Ankenævnet *for* Forsikring

Den 23. januar 2019 blev i sag nr. 92799:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Lloyd's v/Crawford & Company Denmark
Lergravsvej 59, 1. sal
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

_____

I klageskema af 23/8 2018 har klageren bl.a. anført:

> "**Kort redegørelse for sagen**
> Crawford Company har vurderet min méngrad til under 10% mén jeg har speciallægeerklæring og scanning som samlet viser at jeg har fået piskesmæld og diskusprolaps i nakken samt snævringer ved nerverne. Idet ønsker jeg at I undersøger om selskabets afgørelse er korrekt, da mit liv er fuldstændig ændret / ødelagt efter ulykken. Siden ulykken har jeg været i behandling hos Fysioteupeut, og indtagelse af en masse forskellige smertestillende for at lindre mine smerter hvilket har vist at intet hjælper på mine permanente smerter.
>
> **Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?**
> Jeg forventer at min méngrad bliver vurderet til over 10 %, da jeg skal leve med disse som piskesmæld og diskusprolapse samt snævringer resten af mit liv."

Selskabet den 11/10 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

> "**Hvilken forsikring er der tale om**
> Skadelidte var på skadetidspunktet den 5. august 2013 omfattet af en gruppeheltidsulykkesforsikring via sit medlemskab af [fagforening].
>
> Forsikringssummen udgør 400.000 kr. ved fuldstændig invaliditet. Kopi af forsikringsbetingelserne vedlægges (bilag A). Forsikringen berettiger til erstatning for følger efter et ulykkestilfælde ved fastsatte méngrader på 10 % eller derover. Forsikring dækker udelukkende de direkte følger efter et ulykkestilfælde.
>
> Forsikringen berettiger ikke til erstatning for forudbestående lidelser og/eller sygdom, jævnfør forsikringsbetingelsernes punkt 5.1 og punkt 11.

Hvori består uenigheden
Skadelidte klager over, at Crawford & Company på vegne af [fagforening] har vurderet de direkte følger efter ulykkestilfældet, der skete den 5. august 2013 til under 10 % - hvorfor der ikke er grundlag for udbetaling af ménerstatning fra forsikringen.

Crawford & Company fastholder på vegne af [fagforening], at de direkte følger efter ulykkestilfældet svarer til en méngrad under 10 %, idet der er sket fradrag for forudbestående lidelser/sygdom. Der er derfor ikke grundlag for udbetaling af erstatning i forbindelse med det anmeldte ulykkestilfælde.

Hvad er der sket
Vi modtager den 16. august 2013 via [fagforening], skadelidtes anmeldelse vedrørende uheldet, der skete den 5. august 2013. Af anmeldelsen fremgår, at skadelidte mister herredømmet over sin bil, da et eller andet dyr er på vejbanen - skadelidte bremser kraftigt op, mister herredømmet over bilen og ender i grøften (bilag B). Der er endvidere vedlagt kopi af journaloplysninger fra den første lægelige behandling. Af de lægelige oplysninger fremgår, at skadelidte har overfladiske læsioner på venstre hånd og smerter i columna cervikalis (nakke) - der foretages CT-skanning og der er intet abnormt. Endvidere klager skadelidte over lidt ømhed i venstre skulder og flanke.

På baggrund af skadeanmeldelsen fremsender vi den 20. august 2013 nogle spørgsmål, som vi beder skadelidte besvare og vi modtager skadelidtes besvarelse via mail den 17. september 2013 (bilag C) og den 18. september 2013 anerkender vi, at hændelsen er omfattet af forsikringen (bilag D). I anerkendelsesbrevet gør vi endvidere opmærksom på, at forsikringen udelukkende dækker de direkte følger efter ulykkestilfældet - forudbestående lidelser er ikke omfattet af forsikringsdækningen. Endvidere beder vi skadelidte vende tilbage, når helbredstilstande efter ulykkestilfældet er stationær og sagen udsættes til årsdagen for skadens indtræden.

Den 16. juni 2014 kontakter skadelidte os telefonisk med oplysning om, at tilstanden fortsat ikke er stationær, idet skadelidte fortsat går til fysioterapibehandlinger.

Herefter kontakter skadelidte os på ny den 1. august 2014, hvor det oplyses, at tilstande fortsat ikke er stationær og skadelidte anmoder om at sagen udsættes 3 måneder til 1. november 2014 – dette bekræfter vi i vores brev af 14. august 2014 (bilag E). Skadelidte kontakter os herefter 10. oktober 2014 og oplyser, at skadelidte skal gennem flere behandlinger og vi aftaler herefter en yderligere udsættelse nogle måneder. Da vi intet hører fra skadelidte, sendes vores brev af 23. januar 2015, hvor vi beder skadelidte oplyse om tilstanden er stationær (bilag E).
På baggrund af telefoniske henvendelser fra skadelidte udsættes sagen yderligere først til 1. oktober 2015 pga. [personlige forhold], herefter til 1. januar 2016 og senest til 1. august 2016, hvorefter sagen lukkes, da vi ikke har hørt yderligere fra skadelidte.

Først den 9. maj 2017 kontakter skadelidte os på ny telefonisk med oplysning om, at skadelidte har fået konstateret piskesmæld efter ulykkestilfældet. Vi beder i den forbindelse skadelidte sende en mail til os med disse oplysninger, samt oplysning om hvor skadelidte er blevet behandlet i hele forløbet.

Vi modtager den 10. maj 2017 mail fra skadelidte (bilag F). Af mailen fremgår, at skadelidte har fået konstateret piskesmæld efter bilulykken og skadelidte beder os om at genbehandle skaden.

Skadelidte oplyser endvidere navnet på den fysioterapeut, der har behandlet skadelidte lige efter ulykkestilfældet. Endvidere oplyser skadelidte navn og adresse på egen læge.

På baggrund af disse oplysninger ønsker vi at indhente kopi af journaloplysninger fra skadelidtes egen læge. Vi indhenter derfor en samtykkeerklæring fra skadelidte og den 21. juli 2017 fremsender vi anmodning til skadelidtes egen læge (bilag G).

Den 30. august 2017 modtager vi kopi af journaloplysninger fra lægen (bilag H) og sagen forelægges for selskabets rådgivende lægekonsulent med henblik på vurdering om skadelidtes tilstand er stationær.

Lægekonsulenten udtaler, at vi skal indhente en funktionsattest til vurdering af årsagssammenhæng og til vurdering af følgerne efter ulykkestilfældet. Vi fremsender herefter en mail til skadelidte den 13. oktober 2017 -vedhæftet en funktionsattest, som lægen skal udfylde (bilag I).

Vi modtager den 1. december 2017 udfyldt funktionsattest fra skadelidtes læge (bilag J). Sagen forelægges på ny selskabets rådgivende lægekonsulent, der udtaler 'at skadelidte har haft et slagtilfælde i 2011 med klager over hovedpine og nakkespændinger. Endvidere anfører lægekonsulenten, at skadelidte sporadisk har kontaktet lægen i de 4 år siden ulykkestilfældet'. På baggrund af disse oplysninger ønsker lægekonsulenten, at vi indhenter en speciallægeerklæring fra en speciallæge i neurologi til vurdering af de direkte følger efter ulykkestilfældet.

Den 17. januar 2018 sender vi mail til skadelidte med forslag om en speciallæge, der kan udføre speciallægeundersøgelsen (bilag K). Dog ønsker skadelidte en anden læge til undersøgelsen, jævnfør mail fra skadelidte af 30. januar 2018 (bilag K). Dog lykkedes det ikke skadelidte at finde en anden speciallæge og den 7. februar 2018 aftaler vi telefonisk, at vi sender sagens akter til speciallægen. Brev og sagens akter sendes til speciallægen den 7. februar 2018 (bilag K). Dog viser det sig, at neurologisk afdeling på det pågældende sygehus var blevet flyttet til et anden sygehus – dette meddeles os telefonisk af sygehuset den 16. marts 2018 og vi sender derfor brev til det nye sygehus den 16. marts 2018 (bilag K).

Vi modtaget resultatet af speciallægeundersøgelsen den 14. maj 2018 (bilag L) og sagen forelægges på ny selskabets rådgivende lægekonsulent. Lægekonsulenten udtaler, 'at der er forudbestående i form af depression og lillehjerneblodprop, der har nogen indflydelse på skadelidtes nuværende tilstand. Det fremgår af speciallægeerklæringen, at skadelidte har daglige nakkesmerter med udstråling, smerterne beskrives som moderate til svære, men forværres af den tilstedeværende depression'. Lægekonsulenten vurderer herefter, at skadelidtes samlet gener svarer til punkt B.1.1.3. i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel = 10 %. Herefter skal der fradrages for forudbestående lidelser/sygdom og de direkte følger efter ulykkestilfældet svarer derfor til en méngrad under 10 %.

Vores afgørelse meddeles til skadelidte i vores brev af 11. juni 2018 (bilag M). Vi oplyser i brevet, at de direkte følger efter ulykkestilfældet svarer til en méngrad under 10 % - idet der i vores afgørelse er sket fradrag for forudbestående lidelser. Vi gør i brevet opmærksom på, at såfremt skadelidte ikke er enig i vores afgørelse, skal skadelidte meddele os dette skriftligt, samt redegøre for uenigheden.

Den 14. juni 2018 modtager vi mail fra skadelidte, der er uenig i vores afgørelse. Skadelidte oplyser, at der bliver sat advokat på sagen (bilag N). Herefter har vi nogen mailkorrespondance med skadelidte, der ønsker kopi af speciallægeerklæringen. Denne sendes til skadelidte den 9. juli 2018 via post (bilag N). Den 15. august 2018 modtager vi mail fra skadelidte, der beder os revurdere sagen (bilag N).

På baggrund af skadelidtes henvendelse gennemgår vi sagen på ny og foretager en revurdering af sagen. Der er ikke i sagen fremkommet nye oplysninger, der kan ændre vores tidligere afgørelse. Det er fortsat vores vurdering, at de direkte følger efter ulykkestilfældet svarer til en méngrad under 10 %. Vi har i vores afgørelse vurderet skadelidtes tilstand til 10 %, jævnfør punkt B.1.3.3. i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel - desværre er der i brevet sket en slåfejl, idet skaden vedrører nakken og punktet derfor hedder B.1.1.3. - dette beklager vi. Men da der samtidig skal ske fradrag for den forudbestående lidelse/sygdom - har vi vurderet de direkte følger efter ulykkestilfældet til under 10 %. Vi fastholder derfor vores tidligere afgørelse - méngraden er vurderet til under 10 % - og dette meddeles skadelidte i vores brev af 21. august 2018 (bilag 0).

I vores brev gør vi skadelidte opmærksom på, at såfremt skadelidte fortsat er uenig i vores afgørelse, kan sagen sendes til vurdering i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Vi oplyser skadelidte om, at det koster 6.220,- kr. i honorar til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og dette beløb skal skadelidte betale - dog returnerer vi beløbet, såfremt Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fastsætter en højere méngrad. Endvidere oplyser vi, hvilken fremgangsmåde skadelidte skal anvende, såfremt skadelidte ønsker sagen vurderet i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Herefter modtager vi den 26. september 2018 Ankenævnet for Forsikrings brev, samt skadelidtes klage.

Begrundelse for at fastholde afgørelsen
Forsikringen dækker følger efter et ulykkestilfælde, hvis méngraden fastsættes til 10 % eller derover.
…
Af de lægelige akter fremgår, at skadelidte inden skaden havde forudbestående lidelse i form af depression og lillehjerneblodprop.

Af speciallægeerklæringen fremgår, at skadelidte har daglige nakkesmerter med udstråling, smerter beskrives som moderat til svære og det fremgår, at disse forværres af den tilstedeværende depression. Det er derfor vores opfattelse, at den forudbestående lidelse/sygdom har nogen indflydelse på skadelidtes nuværende tilstand.

Vores rådgivende lægekonsulent har vurderet, at de direkte følger efter ulykkestilfældet svarer til en méngrad under 10 %. Lægekonsulenten har vurderet skadelidtes gener samlet til 10 %, jævnfør punkt B.1.1.3. i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings méntabel - af punktet i méntabellen fremgår, 'middelsvære, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter, og eventuelt lettere somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer' - men da forsikringen ikke berettiger til erstatning for forudbestående lidelser/sygdom er der sket fradrag for de forudbestående lidelser/sygdom og méngraden er derfor vurderet til under 10 %.

Da méngraden er vurderet til under 10 % er der ikke grundlag for udbetaling af erstatning fra forsikringen.

Endvidere skal vi henlede opmærksomheden på, at det er vores opfattelse, at den rette klageinstans er Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, idet der er tale om uenighed omkring en méngrad. Vi har i vores brev 21. august 2018 (bilag O) meddelt skadelidte dette.

Konklusion
Crawford & Company fastholder på vegne af [fagforening], at de direkte følger efter ulykkestilfældet svarer til en méngrad under 10 %. Der er i afgørelsen sket fradrag for forudbestående lidelser/sygdom, da forsikringen ikke berettiger til erstatning for forudbestående lidelser/sygdom, der var til stede inden skaden skete.

Der er således ikke grundlag for udbetaling af ménerstatning, da de direkte følger efter ulykkestilfældet er vurderet til en méngrad under 10 %."

Af neurologisk speciallægeerklæring af 18/4 2018 fremgår bl.a.:

"**Tidligere:**
Kendt med periodisk depression siden 2004, der overvejende behandles hos egen læge, har kun sporadiske kontakter med psykiatrien. Er for nylig opstartet forløb på psykiatrisk ambulatorium i [by], grundet klinisk forværring og kognitiv deroute med henblik på behandlingsoptimering. Medicineres aktuelt med Venlafaxin 150mg.

Tilbagevendende depressive symptomer efter hjerneblodprop i november 2011. Igen svær depression og massive hukommelsesbesvær udviklet efter skaden d. 05.08.2013. I november 2011 indlagt på neurologisk afdeling [hospital] og derefter på [hospital] med hovedpine, kvalme, opkastninger, højresidigestyrringsbesvær, balancebesvær, talevanskeligheder. Udredningen afslører blodprop i lillehjernen af ukendt årsag. [Klager] har haft et længerevarende træningsforløb i ergoterapien med næsten komplet restitueret finmotoriske højrehåndsvanskeligheder og talebesvær. Ingen varige fysiske udfaldssymptomer relateret til apopleksien, heller ingen betydelige kognitive forstyrrelser konstateret ved afsluttende kontrol hos neurologerne i juni 2012. Der beskrives lette almene symptomer med øget trætbarhed, nedsat energi og udholdenhed, tendens til nakkespændinger, forværring af velkendte depressive symptomer, spændingstype hovedpine frontalt og bag øjnene, men disse var ikke behandlingskrævende eller invaliderende. Disse symptomer er meget almindelige efter blodprop i hjernen, og forventes at aftage over tid. Opblussen af depressive symptomer efter apopleksien, hvor medvirkende psykiske belastninger på hjemmefronten spiller en væsentlig rolle, afspejler hendes psykisk sårbarhed. Man har skønnet ikke nødvendigt neuropsykologisk vurdering på daværende tid. Lokalisationen og størrelsen af infarkt skaden giver ikke anledning til blivende kognitive skader.
…
Aktuelt:
Den aktuelle skade finder sted den 5 august 2013 om natten, hvor hun kom kørende alene i sin bil af [vej] ved [by]. I forbindelse med at ville undvige et rådyr, der pludselig stod på vejen, nåede hun ikke at bremse bilen. Skadelidte kom til at køre ud i noget grus ved vejkanten, da hun mistede kontrollen over bilen, gled et stykke vej, bilen drejede rundt og endte i grøften. Skadelidte bar sikkerhedssele. Airbag ikke udløst. Bilen var angiveligt betydeligt skadet. Skadelidte erindrer ikke om bevidsthedstab ved ulykken. Hendes fart var ca. 100 km/timen. Hun hang under passagersæde, men kom selv ud af bilen, fandt sin mobiltelefon og ringede 112. Hun ved ikke om der var direkte slag mod hovedet. Skademekanismen kan ikke nærmere uddybes. Skadelidte erindrer ikke flere

detaljer omkring hændelsen pga. retrograd amnesi. Køres til [hospital] som akut traumekald efter at være spinalboardet og fået anlagt halskrave.

[Klager] fik umiddelbart i relation til skaden blødende flænge to steder på panden, en trekant formet lige over højre øjenbryn og et længere op på panden, blødning fra næse og mund. Desuden overfladiske glasskære sår læsioner på venstre hånds 2.,3. og 4. finger og venstre knæ, smerter og stivhed til nakken og skuldre især venstre, smerter længere ned i lænderyggen, brystkassen, venstre knæ. Hun angiver at nakken og skuldre var meget stive kort efter skaden med indskrænket bevægelighed til siderne. Hun var forkvalmet og svimmel første døgn.
[Klager] indbringes til skadestuen på [hospital] som traume patient i fuld bevidsthed og ABC-stabil. Klinisk undersøgelse konstaterer overfladiske sår læsioner svt. Venstre håndsfingre 2.,3.,4 finger og på panden, ikke suturkrævende. Derudover lette kontusioner og knubs svarende til øverste nakke hvirvler, venstre skulder, venstre flanke, længere ned til lænderyggen. Man fandt ingen skader eller knoglebrud ud fra klinisk undersøgelse og traume CT-scanning af nakkerygsøjlen. Traume scanninger afkræftede intrakraniale blødninger, ansigtsfrakture, hjernekontusioner, større skader til nakken, rygsøjlen og brystkassen. Hun indlægges på ortopædkirurgisk afdeling til observation uden at frembyde yderligere.

Udskrives næste dag til eget hjem, medgives commotio varsling og hun anbefales fast smertestillende i form af Panodil, Ibuprofen suppleret med Tradolan ved behov, de næste par dage for at kunne bevæge sig rundt så normalt som muligt.

Efter hun kom hjem oplever tiltagende smerter flere steder på kroppen, værst på nakken, venstre skulder og ryggen. Kontakter vagtlægen og egen lægen de følgende dage mhp. smertelindrende medicinering. Selv opsøger skadeklinikken i [by] pga. mange smerter i nakken. Tilskadekomne oplyser at været behandlet i en periode lige efter traumet med Tradolan 50mg, Panodil 500mg, Kodein 25mg, Ibumetin 400mg. Indtager aktuelt kun Panodil og intermitterende Ibuprofen mod smerter. Kort efter skaden påbegynder behandlinger hos fysioterapeut [klinik]. Har gået til fysioterapeut fra november 2013 til november 2015. Der gives behandlinger hos fysioterapeut og massør for tiden. Hun føler ikke, at hun har den nævneværdige effekt af fysioterapien. Siden skaden klager [klager] over persisterende daglige smerter og stivhed i nakken, især om morgenen, spændinger, hovedpine, skuldersmerter med udstråling over begge skulderlåg og arme. Smerterne til nakke og skuldre opleves i hvile og ved bevægelser og forværres ved mekanisk funktion og belastninger, samt uhensigtsmæssige stillinger. Ingen provokation ved hoste, nys eller bugpresse aggravation. Umagelige stillinger ligesom tung løft, vrid i kroppen, længere oppestående stilling, armstrækning og løft over hovedet, udløser og forstærker nakke/ryg-smertegenerne, der ofte forplanter sig frontalt som en kraftig hovedpine. Smertestyrken anføres at variere fra moderat til svær grad med behov for Panodil op til 6-8 tabletter daglig. På intet tidspunkt efter skaden været helt smertefri. Tilstanden aggraveres i forbindelse med recidiv af depression. Udover direkte nakkesmerter klager over muskelspændinger til nakken og baghovedet, der trækker ned mod begge skuldre, begge arme og hænder især venstre eller forplanter sig foran i panden og giver trykkende spændebåndsagtig hovedpine. Det sker ofte, at hovedpinen opleves med karakter af jagende smerter især om natten med kompromitteret nattesøvn. Kan vågne om natten med kraftige jag i hovedet, fornemmelse af lyn chok i hovedet eller skærende skarpe smerter med sekunders varighed. Vågner ofte om morgenen med hovedpine, nakkesmerter, stivhed i overkroppen og må sætte en pude bag nakken til at slappe af og starte dagen. Smertestyrken anføres at variere fra moderat til svær grad og vekslende fra dag til dag. På intet tidspunkt siden skaden været helt smertefri.

Udover smerte gener udvikler pseudoradikulære sensibilitetsforstyrrelser over venstre arm med nedsat følesans, disse dog i bedring over tiden. Har ikke haft motoriske udfaldssymptomer.

Udover smerteproblematikken anføres en række non-specifikke gener efter ulykken i form af øget trætbarhed, koncentrationsbesvære, lysoverfølsomhed, kompromitteret huskeevne, nedsat belastningstolerance, udholdenhed og overskud. Hun anfører at miste koncentration og overblik i større forsamlinger med mange mennesker i stressende og pressende situationer, hvor hun oplever forværring af talen og koordinationen af højre hånd. Således opleves tilbagevendende infarkt relaterede symptomer.

Mest frustrerende anføres svært nedsat hukommelse, svækket indlæringsevne, større hukommelseshuler. Hun erindrer ikke detaljer om forløbet efter traumet. Har svært med at huske navne, glemmer aftaler, små dagligdagsting. Hun synes der er sket snigende tiltagende svækkelse af hukommelse og kognition det sidste halve år. Dette hænger sammen med forværring af tilbagevendende depressive symptomer. Hun bliver frustreret, at hun ikke kan huske vigtige ting, bebrejder sig selv for tilstanden og bliver enorm træt i hovedet. Har svært med at holde fokus og koncentration i længere tid. Hun oplever at smertetilstanden ikke bedres med tiden, som hun har håbet på, tværtimod kraftig forværring over de seneste måneder i takt med reaktivering af depression.

Skadelidte klarer sine daglige gøremål /ADL/ og de fleste huslige opgaver selvstændigt i små bid og med hvilepauser. Får hjælp fra sin [familie] i forbindelse med barnets pasning. Hendes [familiemedlem] hjælper dagligt med madlavning og rengøring. [Klager] har desuden opgivet alle fritidsaktiviteter.

[Klager] har ikke været i arbejde eller været aktiv jobsøgende efter hun ophørte med sin uddannelse pga. apopleksien. Modtager kontanthjælp og lille økonomisk boligstøtte.

[Klager] har ikke været behandlet hos speciallæge i reumatologi eller rygspecialister for de aktuelle gener. På grund af forværring af hovedpinen påbegyndte i november 2017 behandlingsforløb på Neurologisk ambulatorium, [hospital]. Der fortages en klinisk vurdering og nye cerebral MR-scanning med fund af uændrede følger efter lille cerebellart infarkt. Således ikke fundet neuroradiologisk forklaring på hovedpinen, der vurderes af spændingstype og muligvis medvirkende medicin induceret, relateret til daglig Paracetamol forbrug i en lang periode. Aktuelt prøver hun at reducere forbruget til 4-6 tabletter dagligt og supplerer med Ibuprofen ved behov. Der er ikke for nylig afprøvet andre gruppe præparater til smertebehandling. [Klager] er i april 2018 påbegyndt behandlingsforløb på psykiatrisk ambulatorium.

Tilskadekomne anfører spontant selv, at situationen i al væsentlighed er blevet værre siden ulykken i august 2013 og især over de sidste par måneder.

Skadelidte har ikke været i et tværfagligt behandlingsforløb på en specialiseret smerteklinik. Som konservative behandlinger for sin kroniske smertesyndrom udover længevarende fysioterapi, massage og dagligt forbrug af Panodil og Ibuprofen over det seneste år er der ikke forsøgt anden medicinsk behandling, heller ikke behandlinger hos psykolog mht. smertehåndering. Der er ikke fortaget neuropsykologisk undersøgelse til afklaring omfanget af kognitive skade.
…
Objektivt:
…

Psykisk: Upåfaldende

Fremstår vågen, klar og orienteret i tid, sted og egne dato. Garderet kontaktform. Fremstår i let forsænket stemningsleje. Man får i undersøgelsessituationen indtryk af massive hukommelsesvanskeligheder. Har svært med at gøre rede for forløbet efter ulykken, glemmer ord under samtalen, svarer med latens tid. Hun har svært med at holde fokus på en struktureret samtale.
…
Columna cervicalis: Normale krumninger. Fri bevægelighed i alle planer, uden betydelige indskrænkninger. Negativ foramenkompression test. Hage- sternum afstand lem. Betydelige myofasciale forandringer, palpation og tryk ømhed cervikal paravertebralt og svarende til nakkemuskelfæster, splenius capitis, trapezius, og ned til scapula muskulaturen på begge sider, værst på venstre. Negativ Lhermitte tegn.

Columna Iumbalis: Normale krumninger. Fri og fuld bevægelighed uden betydelige myogene forandringer. Finger/gulv afstand O cm. Neg. Lassegue.
Motorisk: Ingen bevægeindskrænkninger ved samtlige led. Normale muskel kræfter grad 5 svt. samtlige led begge OE og UE, normal tonus og trofik. Egale middellivlige dybe reflekser uden patologiske.
…
Sensorisk:
På venstre arms yderside ned fra albue og distalt til alle fingre angives nedsat sensibilitet for prik og temperatur sans. Normal sensorik i øvrigt. Bevaret stillingssans billateralt.

Diagnoser:

1. Status post contusio et distorsio columna cervicalis/ whiplash/

2. Status post commotio cerebri

3.Spændingshovedpine

4.Kronisk non malign smertesyndrom

5.Periodisk depression

6.Status post cerebellar apopleksi

Resume og konklusion:
…
Umiddelbart vurderer jeg, at hun har pådraget sig ved skaden kontusion og voldsom forvridning i cervikothorakal del af rygsøjlen udover bløddele små kontusioner flere steder på kroppen. Nakkeryg skaden kan således siddestilles med en piskesmæld /whiplash/ skade. Første døgn efter skaden var hun også præget af svimmelhed, kvalme, træthed, kompromitteret nattesøvn, således symptomer på en hjernerystelse.

Konklusion:
Det samlede kliniske billede skønnes fuld forenelig med følger efter færdselsulykke udløst cervikal whiplash skade, hvorefter tilskadekomne udvikler en posttraumatisk permanent smerte symp-

tomkompleks samt sekundær psykosomatiserende tilstand med massive kognitive gener og reaktivering af depression. Bløddele små kontusioner flere steder på kroppen og overfladiske sår i akutte fase efter skaden næppe af betydning for kronisk smertesyndrom. Jeg er ikke i tvivl om at de betydelige kognitive forstyrrelser, som hun udvikler efter traumet, skyldes psykosomatisk overbygning og næppe cerebral organiske postapoplektiske sequelae. En uddybet neuropsykologisk undersøgelse vil bedre kunne belyse omfanget af ramte kognitive domæner.

Forudbestående periodisk depression samt beskedne følger efter cerebellar apopleksien i 2011 skønnes at kunne være disponerende faktor til udvikling af kronisk smertetilstand efter whiplash, men næppe direkte udløsende årsag og afspejler hendes fysisk og psykisk sårbarhed og særlig følsomhed overfor smerteskader. Den lille cerebellar infarkt skade alene vurderes næppe til grund for udvikling af alvorlig permanent funktionstab, ej heller varig erhvervsevne tab.

Kausaliteten til den kliniske problemstilling skønnes at være relateret til hændelsen den 05.08.2013 og velbelyst på aktuelle grundlag.

Tilstanden nu 5 år efter skaden skønnes at være indfundet i et stationært niveau med betydelige funktionsindskrænkninger. Næppe forventes bedres indenfor overkommelig fremtid. Hendes tilknytning til arbejdsmarkedet på sigt synes alvorlig truet. Jeg vurderer som urealistisk, at tilskadekomne ville kunne gennemføre en akademisk uddannelse fremover.

Jeg vurderer, at der bliver en permanent behov for analgetika fremover. Jeg vil dog ikke udelukke yderligere gavnlig virkning af fysioterapien til at kunne vedligeholde nuværende funktionsevne. Jeg vil anbefale at lade hende henvise til et tværfagligt behandlingsforløb på en højere specialiseret smerteklinik, hvor der er muligheder for yderligere optimering af konservative behandlingsindsats."

Af ambulantnotat af 18/6 2012 fremgår bl.a.:

"**Aktuelt**
Møder til opfølgende kontrol efter lille cerebellare infarkt primo november sidste år. Lav risikoprofil, ikke afsløret embolikilde og infarkt genese. I hjerdyl behandling. BT-112/65. Har afsluttet fysioterapien, finmotorikken venstre hånd er næsten komplet normaliseret, væsentlig bedring af hendes håndskrift. Har det godt til dagligt fraset tendens til nakke spændinger med enkelte jæg, nogle gange lidt hovedpine med trykkende karakter, mest om morgen og trykken bagved Øjnene. Ingen syns symptomer i øvrigt. Lidt træthed og manglende energi. De fleste almene symptomer som har haft efter apopleksien er blevet væsentlig bedre. Tilrådes for en sikkerhedsskyld at vurderes ved en praktiserende øjenlæge. Har psykiske belastninger i hjemmet i forbindelse med kræftsygdom i familien.

Konklusion
Tilfredsstillende kontrol efter lille cerebellare infarkt. Uændret tromboseprofylakse med hjerdyl i monoterapi. Hovedpine gener tilskrives muskulære spændinger, medvirkende psykiske belastninger i hjemmet. Tilrådes massage og ambulant øjenlægevurdering.
Afsluttes."

Af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring vejledende méntabel fremgår bl.a.:

"B.1. HVIRVELSØJLEN

B.1.1. Nakken
Følger efter forvridninger, diskusprolaps, brud og belastningsskader

Ved vurderingen af bevægeindskrænkningen tages der udgangspunkt i den forventede bevægelighed på baggrund af tilskadekomnes alder. Eventuel stivgørende operation kan indgå i vurderingen.

Ved væsentligt nerverodsudfald eller væsentlig rygmarvspåvirkning gives et tillæg med udgangspunkt i tabellens øvrige afsnit.

B.1.1.1. Lette, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning: 5%

B.1.1.2. Hyppige, svære nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning: 5%

B.1.1.3. Middelsvære, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter, og eventuelt lettere somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer: 10%

B.1.1.4. Svære, daglige nakkesmerter med middelsvær bevægeindskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter og middelsvære somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer: 15%"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Vilkår**
Méngrad: Invaliditetsskader dækkes fra 10 % méngrad.
Ulykke: En pludselig hændelse der forårsager personskade.

Sektion A- Generelle betingelser
1. Forsikringens omfang
Ulykkesforsikringen giver ret til erstatning ved ulykkestilfælde, hvorved forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.
Ulykkesforsikringen giver ligeledes ret til erstatning ved ulykkestilfælde indtruffet i forbindelse med handlinger, der foretages til afværgelse af skade på person eller ejendom under sådanne omstændigheder, at handlingen må anses som forsvarlig.

5. Generelle undtagelser
Forsikringen dækker ikke:
5.1. Enhver sygdom og udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde, såvel som ulykkestilfælde, der skyldes sygdom, og forværring af følgerne af ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom. Følger af lægelig behandling, som ikke er nødvendiggjort af et af forsikringen omfattet ulykkestilfælde.

11. Erstatning ved invaliditet
Såfremt et ulykkestilfældet har medført en invaliditetsgrad på mindst 10% har forsikrede ret til invaliditetserstatning, der fastsættes, så snart ulykkestilfældets endelige følger kan bestemmes dog senest 3 år efter ulykkestilfældets indtræden.

Invaliditetserstatningen udgør den til invaliditetsgraden svarende procent af forsikringssummen.

> Invaliditetsgraden fastsættes efter den tilskadekomnes medicinske invaliditetsgrad på grundlag af Arbejdsskadestyrelsens méntabel og uden hensyntagen til forsikredes specielle erhverv.
>
> Invaliditetsgraden for tab af flere legemsdele kan sammenlagt ikke overstige 100%. En før ulykkestilfældet tilstedeværende invaliditet berettiger ikke til erstatning. En bestående invaliditet kan ikke bevirke, at erstatningen ansættes højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde været til stede.
>
> De for en person gældende forsikringssummer nedsættes 1/10 årligt i 5 år fra dennes fyldte 67. år til halvdelen fra den fyldte 71. år. Forsikringen bortfalder i sin helhed ved den første præmieforfaldsdag efter forsikredes fyldte 74. år. "

Nævnet udtaler:

Klageren var den 5/8 2013 involveret i et trafikuheld. Hun har efterfølgende haft en række gener, heriblandt nakkesmerter og hovedpine. Hun klager over, at selskabet har afvist at udbetale godtgørelse for varigt mén, da det har vurderet hendes méngrad efter ulykken til mindre end 10 %.

Selskabet har anført, at klagerens gener kan sammenlignes med punkt B.1.1.3. i Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vejledende méntabel, hvorefter middelsvære, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning, eventuelt med udstrålende armsmerter, og eventuelt lettere somatiske, kognitive og affektive ledsagesymptomer vurderes til 10 %. Da klageren forud for ulykken havde været i behandling for depression og for en hjerneblødning, har selskabet foretaget et fradrag i méngraden og har på denne baggrund fastsat méngraden til mindre end 10 %.

Det fremgår af den neurologiske speciallægeerklæring af 18/4 2018, at klageren har daglige smerter og stivhed i nakken, spændinger, hovedpine og skuldersmerter med udstråling ud i begge arme. Derudover lider hun af øget trætbarhed, koncentrationsbesvær, lysoverfølsomhed, kompromitteret huskeevne, nedsat belastningstolerance, udholdenhed og overskud.

Det fremgår videre af speciallægeerklæringen, at klageren i november 2011 fik en blodprop i hjernen. Om dette har den neurologiske speciallæge anført: ”I november 2011 indlagt [hospital]

med hovedpine, kvalme, opkastninger, højresidigestyrringsbesvær, balancebesvær, talevaskeligheder. Udredningen afslører blodprop i lillehjernen af ukendt årsag. [Klageren] har haft et længerevarende træningsforløb i ergoterapien med næsten komplet restitueret finmotoriske højrehåndsvanskeligheder og talebesvær. Ingen varige fysiske udfaldssymptomer relateret til apopleksien, heller ingen betydelige kognitive forstyrrelser konstateret ved afsluttende kontrol hos neurologerne i juni 2012". Af erklæringens konklusion fremgår blandt andet: "Forudbestående periodisk depression samt beskedne følger efter cerebellar apopleksien i 2011 skønnes at kunne være disponerende faktor til udvikling af kronisk smertetilstand efter whiplash, men næppe direkte udløsende årsag og afspejler hendes fysisk og psykisk sårbarhed og særlig følsomhed overfor smerteskader. Den lille cerebellar infarkt skade alene vurderes næppe til grund for udvikling af alvorlig permanent funktionstab, ej heller varig erhvervsevnetab. Kausaliteten til den kliniske problemstilling skønnes at være relateret til hændelsen den 05.08.2013 og velbelyst på aktuelle grundlag".

Nævnets flertal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen, herunder de lægelige oplysninger om, at klageren tidligere har haft en depression og en hjerneblødning, finder flertallet, at klageren ikke har bevist, at følgerne efter uheldet den 22/4 2016 svarer til et varigt mén på 10 % eller derover. Flertallet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat. Flertallet bemærker, at klageren vil kunne indhente en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring om størrelsen af den méngrad, der er en direkte følge af ulykken. Flertallet har for sit vedkommende ikke fundet anledning til at pålægge selskabet at forelægge sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

13. 92799

Nævnets mindretal udtaler:

Mindretallet finder, at der består en sådan usikkerhed om, hvorvidt klagerens forudbestående lidelser kan begrunde et fradrag i méngraden, at selskabet skal indhente en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring om klagerens varige mén som følge af tilskadekomsten den 5/8 2013.

Afgørelsen træffes efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Jens Kruse Mikkelsen
formand