Ankenævnet *for* Forsikring

Den 3. april 2019 blev i sag nr. 93040:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

MP Pension - Pensionskassen for magistre og psykologer
Smakkedalen 8
2820 Gentofte

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har pensionsordning med dækning ved tab af erhvervsevne. I klageskema af 29/10 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"**Kort redegørelse for sagen**
…
Jeg ønsker at klage over afslag på forlængelse af på midlertidig helbredsbetinget ydelse.
Min klage baserer sig på et grundlæggende problem omkring forsikringstagerens juridiske rettigheder i forbindelse med sygdom der udløser en invalidepension.

Kort formuleret:
Hvis det antal sygedage som på en et given tidspunkt udløser at en invalidepension, ikke ændrer sig, hvordan kan det samme antal sygedage så på et senere tidspunkt danne baggrund for at en invalidepension ophører?

I mit tilfælde:
Jeg bliver den 8/9 - 2017 bevilget 'halv midlertidig helbredsbetinget ydelse' efter en blodforgiftning har forværret mine migrænedage pr. måned så jeg har tab af erhvervsevne på mere end 50%.

Antal migrænedage i min første ansøgning, som er baggrund for at ydelsen bevilges, er 10-12 dage pr. måned.

Den 21/2 - 2018 får jeg afslag på forlængelse af ydelsen, med den begrundelse at mit forbrug af triptan (migrænemedicin) er faldet til 4 om måneden og at antallet af migræne anfald er faldet. (se bilag 2)

Det er dog ikke i overensstemmelse med sandheden og kan kun bygge på en fejlagtig tolkning af min patiensjournal på hovedpineklinikken i …, hvilket bliver bekræftet (mundtligt) af den læge som behandler mig.

Den 8/3-2017 skriver jeg derfor en anmodning om at få afslaget revurderet, idet jeg påpeger den fejlagtige læsning af journal. (se bilag 3)

Den 19/4-2017.Får jeg svar, hvor de fastholder afslaget.

I brevet erkender de dog, at du har migræne 9-13 gange om måneden... (samme antal der var nok til halv invalide pension)

Men vurdere ikke at det er nok til et erhvervstab på 50 %.

Spørgsmål:
Hvordan kan det sygdomsscenerie som på et given tidspunkt udløser halv midlertidig invalidepension på et senere tidspunkt være baggrund på afslag?
Hvorfor har fejlagtig læsning at patientjournal fra forsikringsselskabets side ingen konsekvenser?
Hvis man mener at min erhvervsevne er blevet bedre, skal det dokumenteres gennem en ny speciallæge erklæring, der modbeviser der første speciallæge erklæring.
Jeg mener fortsat er være berettiget til ydelsen da forsikringsselskabet ikke kan bevise en bedring i min tilstand.
Jeg mener spørgsmålet har principiel karakter, hvis forsikringsselskaber frit kan fratage ydelser de har bevilget, uden at dokumentere, at der sker på begrund af forbedringer i ens helbred og arbejdsevne.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Fortsættelse af udbetaling af halv invalidepension – som minimum så længe jeg ikke er færdigbehandlet på hospitalet og min erhvervsevne ikke er blevet bedre."

Selskabet har i brev af 16/11 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"**Tvist**
Klager er utilfreds med, at MP Pension har afvist fortsat udbetaling af halv invalidepension, halv børnepension og halv bidragsfritagelse efter den 31. maj 2018.

Vi har stoppet udbetalingen samt retten til bidragsfritagelse, da klagers erhvervsevne ikke vurderes at være nedsat med mindst halvdelen.

Forsikringens virkemåde
Klager har en arbejdsmarkedspension, der ved et erhvervsevnetab på mindst halvdelen berettiger til udbetaling af halv invalidepension, halv børnepension og halv bidragsfritagelse. Ved et erhvervsevnetab på mindst 2/3 er der ret til fuld invalidepension, fuld børnepension og fuld bidragsfritagelse.
…
Sagsfremstilling

Klager blev sygemeldt den 21. november 2016 efter klager var blevet indlagt, da klager havde fået en infektionssygdom i højre ben. Klager oplevede i perioden efter infektionssygdommen en forværring af klagers migræne. Klager har i en årrække forud for infektionssygdommen haft hovedpine/migræne.

Klager blev opsagt den 20. december 2016 med virkning fra den 30. juni 2017 på grund af manglende økonomi/besparelser.

Det fremgår af journalen fra [klagerens læge] fra 19. januar 2017, at klager arbejdede i … og havde en transporttid på 2 timer hver vej. Klager oplevede at hans anfald startede med at eskalere til mere end et par gange om året efter klager fik arbejdet i …. Journalen fra [klagerens læge] vedlægges som **bilag 3**.

Som følge af at klagers anfald var eskaleret siden indlæggelsen den 21. november 2016 indhentede vi en speciallægeerklæring. Vi modtog en speciallægeerklæring den 8. august 2017 fra …, speciallæge i neurologi. Speciallægeerklæringen vedlægges som **bilag 4**.

Det fremgår af speciallægeerklæringen, at klager ikke længere havde gener fra klagers infektionssygdom i november 2016. Klager havde efter indlæggelsen i november 2016 en forværring af klagers hovedpine/migræneanfald. Siden november 2016 havde der ifølge klager været 5-7 anfald pr. måned med 1-3 dages varighed. Klager startede senere profylaktisk behandling i form af Betablokker. Det havde givet lidt effekt med reduceret migræneanfald til 3-5 anfald om måneden med 3 dages varighed. Speciallægen vurderede prognosen som god. Det forventes, at migræneanfaldene ville blive reduceret markant.

På grundlag af speciallægeerklæringen udbetalte vi halv invalidepension, halv børnepension og ydede halv bidragsfritagelse fra den 1. juli 2017 hvor forsikrede var fratrådt.

Vi modtog efterfølgende yderligere helbredsoplysninger.

Det fremgår af journalen fra [sygehus] af 9. november 2017, at klager oplyser, at der var sket en forandring af hovedpinen, således at den var blevet hyppigere og mildere. Det fremgår at hovedpinen kunne lindres helt ved brug af kodymagnyl. Journalen fra [sygehus] vedlægges som **bilag 5**.

På baggrund af de indhentede oplysninger skrev vi den 21. februar 2018 til klager, at vi ikke længere kunne bevilge udbetaling af halv invalidepension, halv børnepension og yde halv bidragsfritagelse efter den 31. maj 2018. Brevet vedlægges som **bilag 6**.

Klager anmodede os om at se på afgørelsen igen og sendte nye oplysninger den 8. marts 2018. Brevet vedlægges som **bilag 7**.

Som følge af klagers henvendelse indhentede vi fornyede oplysninger fra [sygehus].

Det fremgår af journalen fra 6. marts 2018, at klager havde et forbrug af smertestillende mellem 9-11 dage pr. måned. Klager havde endvidere oplevet, at det 'gamle' anfalds mønster atter var vendt tilbage. Journalen fra [sygehus] er vedlagt som **bilag 5**.

Det var MP Pensions vurdering, at de nye oplysninger ikke kunne begrunde et erhvervsevnetab på mindst halvdelen. Vi fastholdt derfor, at klager ikke var berettiget til dækning efter den 31. maj 2018 ved brev af 19. april 2018. Brevet af 19. april 2018 vedlægges som **bilag 8**.

Klager klagede på ny ved brev af 4. juni 2018 over afgørelsen. Brevet vedlægges som **bilag 9**.

Ved brev af 14. juni 2018 fasthold vi, at klager ikke var berettiget til dækning efter den 31. maj 2018. Brev af 14. juni 2018 vedlægges som **bilag 10**.

Klager har herefter indbragt sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Klager har været sygemeldt i en kort periode efter sygemeldingen den 21. november 2016. Klager er ikke længere sygemeldt og har ikke været sygemeldt længe. Klager har ikke været arbejdsprøvet.

Konklusion
Vi har udbetalt halv invalidepension, halv børnepension og ydet halv bidragsfritagelse fra den 1. juli 2017, hvor forsikrede var fratrådt, og til den 31. maj 2018.

Det er vores vurdering, at klager efter den 31. maj 2018 ikke længere opfylder betingelserne for udbetaling af halv invalidepension, halv børnepension og halv bidragsfritagelse.

Efter klagers indlæggelse på grund af infektionssygdommen i november 2016, oplevede klager en forværring af klagers migræne. Klager havde i en årrække forud for infektionssygdommen haft hovedpine/migræne.

Klager var som følge af forværringen sygemeldt frem til starten af 2017. Det fremgår af speciallægeerklæringen fra den 8. august 2017 fra …, speciallæge i neurologi, at klager efter indlæggelsen i november 2016 havde en forværring af klagers hovedpine/migræneanfald. Speciallægen vurderede prognosen som god. Det forventes, at migræneanfaldene ville blive reduceret markant.

Det fremgår af journalen fra [sygehus] af 9. november 2017, at klager oplyser, at der var **sket en forandring af hovedpinen, således at den** var blevet hyppigere og mildere. Det fremgår at hovedpinen kunne lindres helt ved brug af kodymagnyl. I journalen fra 6. marts 2018 fremgår det, at klager havde et forbrug af smertestillende mellem 9-11 dage pr. måned. Klager havde endvidere oplevet, at det 'gamle' anfalds mønster atter var vendt tilbage.

De seneste oplysninger fra marts 2018, herunder oplysninger om medicinforbrug og migrænefrekvens, medfører efter vores vurdering ikke, at klagers erhvervsevnetab kan anses for nedsat med mindst halvdelen efter den 31. maj 2018. Det bemærkes i den forbindelse, at klager kun har været sygemeldt i en kort periode og ikke længere er sygemeldt. Klager har endvidere ikke været arbejdsprøvet.

Det er som følge heraf MP Pensions vurdering, at klager ikke har dokumenteret et erhvervsevnetab på mindst halvdelen.

Vi fastholder herefter vores afgørelse og dermed vores afslag på fortsat udbetaling og bidragsfritagelse efter den 31. maj 2018."

5. 93040

Til dette har klageren i brev af 4/12 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "M.P. Pension fremfører 2 argumenter for at afvise min klage og nægte fortsat udbetaling af halv invalidepension, som de godkendte og udbetalte i perioden. 1. juli 2017 - 31. maj.2018.
>
> 1. M.P. Pension fremfører som begrundelse for tilbageholdelse af halv invalidepension, at jeg ikke har været sygemeldt eller deltaget i arbejdsprøvning.
>
> Jeg valgte efter tildeling af midlertidig invalidepension kun at leve af halv invalidepension – og midlertidigt vælge sygedagpenge systemet fra. Det skete efter råd fra migrænelæger.
> Migræne er en medfødt neurologiske forstyrrelse, men forværres ved fysiske og psykiske traumer. Den blodforgiftningen jeg var indlagt med og den efterfølgende psykiske stress, kan således være medvirkende årsag til at migræneanfaldende er steget til 8-14 anfald pr. måned. Jeg formodede derfor at en periode med absolut ro og rekonvalsens, var den bedste måde at nedbringe anfaldende på og genvinde min erhvervsevne på. Det gav den halvinvalde pension mulighed for.
> Der er i forsikringsbetingelserne ikke nogle bestemmelser om at invalidepension fra M.P. Pension er afhængig af sygedagpenge systemet.
> Det er således ikke juridisk holdbart – og urimeligt, at den periode med rekonvalsens der skulle sikre ro til helbredelse – med store økonomiske omkostninger, nu bruges som argumentation for at nægte udbetaling af invalidepension.
>
> Efter at M.P. Pension stoppede udbetalingerne 31.maj. 2018, er jeg fortsat uarbejdsdygtig og er startet op i sygedagpenge systemet.
> **Bilag 1.** Er fra min socialrådgiver og dokumenterer at jeg i dag fortsat vurderes som sygemeldt og uarbejdsdygtig.
> **Bilag 2.** Er en lægeerklæring. LÆ285. Som dokumenterer at jeg fortsat er uarbejdsdygtig på grund af 'migræne, hyppige anfald, ca. 8-14 pr. måned'.
>
> På hovedpineambulatoriet [sygehus] er jeg fortsat i behandling. Jeg er startet i behandling med den 3 betablokker Candestan, og skal i dec. sættes op til 32 mg.
> **Bilag 3.** Er de seneste udskrifter fra min journal der dokumenterer, at jeg fortsat er i behandling – og at behandlingen indtil nu, ikke har kunne nedbringe antallet af migræneanfald, der forsat i gennemsnit ligger på 8-14 pr. måned.
>
> 2. M.P. Pension fremfører som begrundelse for tilbageholdelse af halv invalidepension, at M.P. Pension vurderer at oplysninger ikke kan begrunde et erhvervsevne tab på mindst halvdelen.
>
> M.P. Pensions 'vurdering' savner en nærmere uddybning og begrundelse. F.eks. indblik i den udtalelse som de har fået fra en ekstern læge – eller indblik i de kriterier der ligger til grund for vurderingen. F.eks. hvor mange migræneanfald skal der til, for at ens erhvervsevne er halveret med halvdelen? Når jeg af egen læge bliver vurderet som uarbejdsdygtig er begrundelsen f.eks., at udfaldene ikke kommer i rækkefølge. Man kan ikke sige, at jeg f.eks. altid har migræne i de første 10 dage af en måned og så kan arbejde resten. Da anfaldene er spontane og tilfældige nedsætter det min evne til at passe et arbejde. Den type begrundelser for vurdering af arbejdsevne har M.P. Pension ikke kommet med i deres begrundelser. Der er således 2 instanser vurdering af min erhvervsevne og uarbejdsdygtighed der modsiger M. P. Pensions vurdering.

M.P. Pension nævner i sin 'vurdering' flere gange speciallægeerklæringen fra 8. august 2017 og hæfter sig ved udtalelsen 'prognosen er god'. Men jeg mener at ovenstående og bilagene er dokumentation for at denne prognose indtil nu – ikke har holdt stik.

Hvis 8-14 migræneanfald var nok til at bevilge halv invalidepension 1.juli 2017. Hvordan kan den samme anfaldsfrekvens så være begrundelse for at inddrage udbetalingerne?
Det anfald migræneanfald som vurderes på et tidspunkt at uløse halv invalidepension, kan vel ikke på et andet været begrundelse for at stoppe udbetalingerne?

Jeg mener at overstående og bilagene løfter bevisbyrden for at jeg stadigvæk er berettiget til minimum halv invalidepension og at ophøret af udbetalingen d. 31 maj 2018 var uberettiget.

Jeg er forsat i behandling på hovedpineambulatoriet på [sygehus] for 8-14 migræneanfald pr. måned.
Jeg er blevet vurderet som syg og uarbejdsdygtig i sygedagpengesystem,
Jeg er blevet vurderet som syg og uarbejdsdygtig af en læge.

Jeg opfordrer derfor M.P. Pension til at være imødekommende og genoptage ydelsen så længe jeg fortsat er uarbejdsdygtig og i behandling."

Selskabet har i brev af 10/12 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har modtaget [klagerens] (herefter klager) svar af 4. december 2018.

Det fremgår af bilag 1, vedlagt af klager, at klager for nylig er blevet sygemeldt igen. Det fremgår endvidere, at klager er blevet orienteret om § 56 aftale, hvor arbejdsgiver har mulighed for at få refunderet udgifterne til sygedagpenge fra første sygedag, og som bruges til at fastholde medarbejdere, der har øget risiko for flere sygedage på grund af for eksempel en kronisk sygdom. Det fremgår endvidere, at klager fortsat har migræneanfald.

Det forhold at MP Pension i en kortere periode har bevilliget dækning, kan ikke medføre, at MP Pension skal fortsætte udbetaling. Det bemærkes, at det er sædvanligt, at der i starten af et sygeforløb ydes dækning på et mere formløst grundlag.

Det er fortsat vores vurdering, at de nye oplysninger ikke kan begrunde et erhvervsevnetab på mindst halvdelen. Det er vores vurdering, at klager vil have mulighed for at arbejde på mere end halv tid eventuelt via en § 56 aftale.

Klager har således ikke på det foreliggende grundlag dokumenteret, at klagers erhvervsevne er nedsat med mindst halvdelen.

Vi fastholder herefter vores afgørelse og dermed vores afslag på fortsat udbetaling og bidragsfritagelse efter den 31. maj 2018."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Et uddrag gengives i det følgende.

7. 93040

Af neurologisk speciallægeerklæring af 8/8 2017 fremgår bl.a.:

"**Aktuel behandlingsforløb:**
Klienten angiver, i [30 års alderen] kom der stille og roligt anfaldvis hovedpine, ca. 2 gange om året. Det drejer sig om voldsom dunkende og en gang imellem pressende hovedpine, ledsaget af kvalme og opkastninger, forværres ved fysisk aktivitet, fortsætter op til 3 dage pr. anfald. Har ikke påvirket dagligdagsaktivitet eller arbejdsliv.

I [40 års alderen] begyndte hovedpinen at tiltage både i intensitet og hyppighed. Ca. 3 anfald pr. måned med varighed fra 1 til 3 dage, hvor klienten var nødt til at aflyse møder, lektier og undervisning og flytte det til et andet tidspunkt uden at have nogen særlig sygemelding grundet dette.

I sep. 2015 startede han forløb på Neurologisk ambulatorium, [sygehus], hvor den egentlige diagnose migræne blev stillet og han startede med Triptanbehandling. Der har været god effekt af Triptaner, dog fortsat aflysning af undervisning, lektier og møder på de dårlige dage. Der blev udført MR-scanning af hjernen med henblik på udredning af strukturelle forandringer i hjernen, som kunne være årsag til hovedpinen, hvilket blev afkræftet, da der blev fundet normale hjerneforhold.

I forbindelse med indlæggelse på … sygehus i nov. 2016 i forbindelse med rosen, kunne han mærke, at hovedpinen var tiltaget markant, både i intensitet og hyppighed samt aftagende effekt af Triptaner. Siden nov. 2016 har der været 5-7 anfald pr. måned med 1-3 dages varighed. Han har bemærket, at han er blevet mere labil til at udvikle migræne og Triptaner med betydelig mere begrænset effekt end før. Desuden er tidsintervallet mellem starttidspunktet for hovedpinen og til hovedpinen er på sit højeste blevet væsentlig kortere. Han er begyndt at bruge Kodimagnyl, men også med begrænset effekt.

Ved opfølgning på Neurologisk ambulatorium har man taget stilling til opstart af profylaktisk behandling i form af Beta-blokker. Man har valgt langsom optrapning på grund af bivirkninger i form af dårlig søvn og natlige drømme. Han får aktuelt 20 mg x 2 og der er planlagt optrapning til 3 gange om dagen og han afventer ambulant kontrol den 1. sep. 2017 i Hovedpineklinikken. Klienten har stadig et åbent forløb på Hovedpineklinikken og afventer opfølgning og medicinoptimering.

Det er drøftet med klienten, at reducere forbruget af smertestillende tabletter og så vidt som muligt undgå dem, for at undgå at udvikle en medicinoverforbrugshovedpine. Klienten er helt med på og indforstået hermed.

Siden opstart af Beta-blokker kan han mærke, at der er lidt effekt med reduceret migræneanfald til 3-5 anfald om måneden med 3 dages varighed.

Klienten benægter provokerende faktorer.

Grundet ophobning af migræneanfald siden udskrivelsen fra ... sygehus i nov. 2016 har der været mange sygemeldinger og han var sygemeldt hele jan. 2017, i feb. 2017 stoppede han arbejdet og fik tilbud om fratrædelsesordning i 6 måneder + 2 måneders fratrædelsesgodtgørelsesløn.
…
Konklusion og plan:

… mand [i 50'erne] sund og rask med stor familiær disposition til migræne fra både mors og fars side. I [30'erne] begyndte han at udvikle migræne med sjælden hyppighed ca. 2 gange om året. Efter ca. 10 år bliver migræneanfaldene hyppigere, anfald 2-3 gange om måneden med 1-3 dages varighed. Henvist til Neurologisk ambulatorium og senere tilknyttet Hovedpineklinikken. I starten fik han Triptaner med nogenlunde god effekt. Klienten ønskede ikke profylaktisk behandling på dette tidspunkt, da det kun var 2- 3 anfald om måneden og der var god effekt af Triptaner. Indlagt på … sygehus i nov. 2016 og det blev et vendepunkt i migrænepræsentationen, hvor der er tydelig forværring af både intensiteten og hyppigheden samt begrænset effekt af Triptaner, desuden kortere interval fra starttidspunktet for hovedpinen til den når et maksimum. Anfaldene varer desuden længere.

Anfaldsbeskrivelsen er pressende, dunkende hovedpine ledsaget af kvalme og opkastninger, lysfobi og forværring ved fysisk aktivitet, har fået fastslået diagnosen migræne uden aura. MR-scanning med normale forhold. Anfaldshyppighed efter nov. 2016 er 5-7 anfald om måneden med 1-3 dages varighed pr. anfald.

Den 2. juni 2017 er han startet med Beta-blokker, som trappes op og patienten får stadigvæk en lille dosis 20 mg x 2, der er planlagt stille og rolig optrapning til 20 mg x 3 og stadigvæk for optimering af den medicinske behandling. Klienten kan mærke, at Beta-blokker har gjort en lille bitte forskel med bedring i anfaldene. På grund af migræneanfald kan klienten ikke passe sit job. Har været nødt til at blive sygemeldt mange dage om måneden, var sygemeldt hele jan. 2017, kunne ikke arbejde og trækker sig også fra socialt samvær. Er aktuelt stoppet fra arbejdet som underviser … med fratrædelsesordning til okt. 2017. Siden feb. 2017 har klienten ikke været på arbejdsmarkedet, dette har ikke ændret på migrænemønstret.

Aktuelt har han et åbent forløb i Hovedpineklinikken med henblik på medicinering og optimering af behandlingen af migræne.

Ud fra undersøgelsen i dag vurderer jeg, at aktuelle klager har påvirket klientens funktionsevne betydeligt med mange aflysninger af lektier, undervisning og møder og senere flere dages sygemelding om måneden, hvor klienten nogen gange er nødt til at tage hjem i undervisningen på grund af tiltagende hovedpine og senere sygemelding frem til nu.

Prognose:
Klienten er lige startet på profylaktisk behandling for migræne med førstevalgspræparat Beta-blokker og klienten får stadigvæk en lille dosis og han har allerede bemærket en lille bitte effekt og der afventes optrapning og opfølgning. Ifølge den mest optimale behandlingsstrategi vurderer jeg, at prognosen er god, det forventes, at migræneanfaldene vil blive reduceret markant, evt. anfaldsfrihed med gennembrud af anfaldene en gang imellem, hvor anfaldsbehandlingsmedicin og Triptaner fortsat kan anvendes, eventuel skifte til anden slags Triptaner. Således er behandlingsmulighederne stadigvæk åbne."

Af journaludskifter fra Hovedpineambulatoriet fremgår bl.a.:

"**02-06-2017**
…
Patienten følges her på Hovedpineambulatoriet grundet migræne, som beskrives som trykkende hovedpine på venstre side af hovedet ledsaget af kvalme og tidligere opkast.

Har god effekt af Zolmitriptan, men effekten indtræder først efter en time, men dette er patienten tilfreds med.
Yderligere har patienten taget Kodymagnyl med god effekt, men synes at triptanen virker bedre.
Han har været til grænsen af MOH, idet han har op til 10 dage med hovedpine gennem de sidste 3-4 måneder og forbrug af enten Kodymagnyl og triptan eller begge dele på disse dage.
Angiver at have god effekt af begge mediciner, men er informeret om at komme af med Kodymagnyl forbruget og bruge triptanen kun.
Som aftalt fra tidligere besøg d. 27. marts, opstartes patienten nu på profylakse medicin Propranolol med optrapning til 60 mg dagligt.
Patienten er informeret om, at dette ikke er permanent behandling, men en behandling som skal nedsætte antallet af hovedpinedage på måneden.
Patienten synes selv at han har mange hovedpinedage og dette er kommet efter perioden med rosen, hvorefter hovedpinemønstret har ændret sig med større tendens til hovedpine.
Zolmitriptan beholdes som anfaldsmedicin.
Anfaldsmedicinen skal vurderes igen og profylakse medicinen skal vurderes gennem hovedpinekalenderen til næste kontrol. Ved manglende effekt kan patienten optrappes yderligere med større dosis eller skifte til Saroten, da patienten også angiver at hovedpinerne kan komme om natten, typisk kl. 5 og kan forstyrre nattesøvnen.
…
09-11-2017
…
Pt kontaktes på opfordring.
…
Pt fortæller, at han får Tbl Propranolol 60 mg dagligt (20+20+20). Pt har svært ved at vurdere effekt. Fortæller, at der mere er sket en forandring i hovedpinen, således den nu er blevet hyppigere og mildere. Kan nu lindres helt ved brug af Kodymagnyl, hvor anfaldene tidligere ikke har så hyppigere, men derimod voldsommere, hvor pt ikke kunne nøjes med Kodymagnyl og måtte supplere med Triptan.

Antal af triptan:
september 10 dage pr måned
Oktober 4 dage pr måned

Antal Kodymagnyl:
September 5 dage pr måned
Oktober 8 dage pr måned.

Pt ligger således på grænsen til en MOH, men alligevel ikke helt kriminelt.
…
12-12-2017
…
Patienten kommer til opfølgende kontrol i Hovedpineklinikken. Opstartet i sommers med Propranolol, siger at det har hjulpet dels på anfaldene. De er dog blevet hyppigere til 9-11 anfald per måned, men ikke så kraftige som før.
Patienten klager over søvnløshed
…

Patienten får i alt 60 mg Propranolol om dagen, således ikke særlig høj dosis. Konfereret med overlæge … og Propranolol seponeres og der opstartes med Metoprolol 25 mg om dagen, og den kan øges med 25 mg per uge til maksimal dosis 100 mg.
…
06-03-2018
…
Patienten kommer til planlagt kontrol i Hovedpineambulatoriet.
…
Pt har medbragt sin hovedpinekalender, som stadig viser et forbrug af smertestillende mellem 9-11 dage pr måned. Pt gør brug af Kodymagnyl Og Zolmitriptan som anfaldsbehandling, hvorfor der stadig er mistanke om MOH. Pt er ændret i sin profylaktiske behandling fra Propranolol til Metoprolol. Er nu på 50 mg dagligt. Tåler behandlingen fint. Oplever ingen bivirkninger.

I starten oplevede pt en pæn reducering af antal af migræne, men i løbet af 14 dage, oplevede pt, at det 'gamle' anfaldsmønster atter vendte tilbage. Pt fortæller, at sådan var det også, da han opstartede på Propranolol. Han måtte dog stoppe med Propranolol grundet bivirkninger.

Såfremt pt vågner tidlig morgen, og er i anfald, gør han brug af Zolmitriptan, men opstår anfaldet i løbet af dagen, forsøger han stort set altid med Kodymagnyl først inden Zolmitriptan. Det ender dog stort set altid med at pt gør brug af Zolmitriptan. Enkelte gange er Kodymagnyl nok."

Af selskabets brev af 19/4 2018 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi har sammen med vores eksterne lægekonsulent vurderet, at din erhvervsevne er nedsat i et vist omfang, som dog ikke er på mindst 50%. Vi anerkender, at du har migræne 9-13 gange om måneden i perioden november 2017 til februar 2018. Du har desuden taget triptaner 6-8 gange per måned og kodigmagnyl i alt 12 gange per måned. Vi er ligeledes bekendt med, at dit indtag af metoprolol skal øges. Disse fakta, ændrer dog ikke på at din erhvervsevne nu er nedsat med mindre end 50% og vi dermed fastholder vores afslag på halv invalidepension af 21. februar 2018."

Af opfølgningssamtale den 30/10 2018 med kommunen vedrørende sygedagpenge fremgår bl.a.:

"Notat fra opfølgningssamtale d. 30.10.201[8]

Aktuel beskrivelse af uarbejdsdygtighed og forventning til raskmelding
[Klageren] er aktuelt fuldt uarbejdsdygtig pga. migræne som medføre 8-14 anfald om måneden.

Forventning til raskmelding
Vides ikke pt.
…
Hvilken beskæftigelsesindsat er iværksæt
Ingen pt. Det er aftalt med [klageren], at han drøfter opstart i træningsforløb [sundhedscenter] med hovedpineklinikken.

Beskrivelse af nuværende situation

[Klageren] oplyser, at han lider af migræne som er behandlingskrævende. [Klageren] er tilknyttet hovedpineklinikken i ….
[Klageren] Fortæller, at han i 2016 blev akut indlagt pga. blodforgiftning.
For ham tog det rigtigt langt tid at komme over det, og efterfølgende har han lagt mærke tid, at migræne blev forværret 16-17 anfald om måneden.
[Klageren] oplyser, at hans migræne er arveligt …, [Klageren] oplyser, at han ikke har lagt mærke til, at pressende situationer har betydning for migrænehyppigheden.
[Klageren] oplyser, at han har en ny tid til konsultation på hovedpineklinikken d. 5.11.2018
[Klageren] oplyser, at han oplever en gradvist bedring, dog han fortsat har mange migræneanfald 8-14 gange om måneden- nuværende medicin hjælper, og han plejer at få det bedre 2-3 timer efter indtagelse af medicin mod migræne.

… fra [sundhedscenter] forespurgte om han har prøvet f. eks akupunktur eller zoneterapi. [Klageren] siger, at han ikke har prøvet noget andet. [Klageren] rådes til at overveje de muligheder.

Vi har drøftet [klagerens] tilbagevenden til arbejdsmarkedet, [klageren] forventer at vende tilbage til ordinær beskæftigelse, dog han har brug for at afvente en ny konsultation på hovedpineklinikken. [Klageren] er uddannet … og har arbejdet i faget. [Klageren] overvejer at vende tilbage til arbejdsmarkedet som selvstændigt.

[Klageren] oplyser, at han havde en halv invalidepension pga. migræne som er stoppet pt. Han har klaget over afgørelsen.

[Klageren] er orienteret omkring § 56 aftale- hvor arbejdsgiver har mulighed for at få refunderet udgifterne til sygedagpenge fra første sygedag, og som bruges til at fastholde medarbejdere, der har øget risiko for flere sygedage pga. f. eks en kronisk sygdom.

[Klageren] er orienteret omkring træningsforløb [sundhedscenter]. Vi har ikke aftalt opstart pt. Det er aftalt, at [klageren] drøfter opstart med forløbet med hovedpineklinikken så tager vi det op igen til næste opfølgningssamtale. Det er aftalt, at … fra [sundhedscenter] indkaldes til næste opfølgning.

Der anmodes om LÆ285 fra praktiserende læge

Samlet faglig vurdering §7
Det vurderes, at pgl. jf. Sygedagpengelovens § 7.4 er uarbejdsdygtig efter bred vurdering, idet [klageren] vurderes aktuelt fuld uarbejdsdygtig som følge af migræneanfald, der for ham medfører hovedpine- migræneanfald 8-14 gange om måneden.
På baggrund af ovenstående er [klageren] fortsat berettiget til fulde sygedagpenge.

Samlet faglig vurdering jf. Sygedagpengelovens § 15.1 og helhedsvurdering i henhold til retssikkerhedslovens § 6.
Det vurderes, at der er behov for at afvente konsultation på hovedpineklinikken inden vi aftaler en konkret plan omkring [klagerens] tilbagevenden til ordinær beskæftigelse.
Det vurderes at der er behov for en nu opfølgningssamtale om ca. 4 uger, hvor [sundhedscenter] deltager for at drøfte evt. opstart med forløbet, hvis [klageren] fortsat vurderes uarbejdsdygtig."

12. 93040

Af journaludskrift fra Hovedpineambulatoriet af 5/11 2018 fremgår bl.a.:

> "Det drejer sig om en … mand [i 50'erne], følges her grundet episodisk migræne ca. 8 til 14 migræneanfald i måneden. Tidligere har han prøvet med Metroprolol og nu Candesartan. Patienten bemærker effekt, når han starter på forebyggende behandling, men efterhånden bliver effekten aftagende. Nu får patienten 3 tabl. á 8 mg Candesartan dvs. 24 mg, han angiver, at i starten var der god effekt, men efterfølgende aftagende. Nu får han igen 8 til 14 migræneanfald. Blodtrykket er målt til …, derfor er vi enige om, at patienten godt kan få 1 tabl. mere, dvs. 32 mg om morgenen i stedet for til natten. Desuden får han Zolmitriptan ved anfald med god effekt, men det tager lidt tid om at virke, men efterfølgende har han det bedre.
> rp. ny tid om 2 måneder, hvis der igen er aftagende effekt, kan man overveje at starte med Lamotrigin eller Topimax som forebyggende behandling."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

> "**§ 10. INVALIDEPENSION**
>
> *Stk. 1. Retten til invalidepension*
> Et medlem har ret til invalidepension, hvis medlemmets erhvervsevne efter optagelsen i pensionskassen og inden folkepensionsalderen på grund af ulykke eller sygdom nedsættes midlertidigt, længerevarende eller varigt med mindst 2/3 af den fulde erhvervsevne.
>
> Et medlem har ret til halv invalidepension, hvis medlemmets erhvervsevne efter optagelsen i pensionskassen og inden fem år før folkepensionsalderen på grund af ulykke eller sygdom nedsættes midlertidigt, længerevarende eller varigt med mindst halvdelen af den fulde erhvervsevne.
>
> Midlertidig invalidepension tilkendes i tilfælde, hvor det er uvist, om tilstanden vil være længerevarende/varig. Der skal dog være en formodning om, at erhvervsevnen vil være nedsat i minimum 12 måneder.
> …
> *Stk. 2. Bedømmelse af erhvervsevnen*
> Ved bedømmelsen af erhvervsevnen er medlemmets fagspecifikke erhvervsevne afgørende, det vil sige erhvervsevnen i det erhverv eller fag, som medlemmet er uddannet inden for og/eller hidtil har været beskæftiget inden for.
>
> Nedsættelse af erhvervsevnen bedømmes ud fra en ren medicinsk vurdering af medlemmets evne til at bestride et passende arbejde inden for sit erhverv eller fag ud fra helbredsmæssige kriterier.
>
> Nedsættelsen af erhvervsevnen vurderes af pensionskassen ud fra objektive helbredsmæssige kriterier.
> …
> *Stk. 4. Revurdering af erhvervsevnetabet*
> Genvindes erhvervsevnen i en sådan grad, at forudsætningerne for udbetaling af invalidepension ikke længere er til stede, ophører udbetalingen. Medlemmet har pligt til at give pensionskassen besked, hvis der sker bedring i helbredsforholdene.
>
> Pensionskassen foretager med jævne mellemrum en revurdering af, om betingelserne for udbetaling af invalidepension fortsat er opfyldt."

Ankenævnet *for* Forsikring

13. 93040

Nævnet udtaler:

Klageren, der er i 50'erne og har arbejdet med undervisning, har lidt af migræne, siden han var i 30'erne, hvor han havde anfald 2 gange om året, hvilket i 40'erne ændrede sig til ca. 3 anfald om måneden af 1-3 dages varighed. Efter en infektionssygdom den 21/11 2016 steg hans anfald til 5-7 om måneden af 1-3 dages varighed. Han har fra den 2/6 2017 været på profylaktisk behandling med beta-blokkere og tager triptan og kodymagnyl som anfaldsmedicin. Klageren har modtaget halve helbredsbetingede ydelser fra den 1/7 2017, hvor han havde lønophør, og frem til den 31/5 2018. Han har først ansøgt og fået sygedagpenge efter, at selskabet har standset hans helbredsbetingede ydelser.

Selskabet har standset udbetalingerne og bidragsfritagelse med henvisning til, at klagerens fagspecifikke erhvervsevne ikke længere er nedsat med mindst halvdelen.

Klageren har anført, at han fortsat har migræne 8-14 gange om måneden, hvilket var samme antal, der var nok til at give halv invalidepension, at han ikke er færdigbehandlet på hospitalet, og at han er vurderet syg og uarbejdsdygtig i sygedagpengesystemet og af sin læge.

Af journalnotater fra Hovedpineambulatoriet fremgår, at klageren den 9/11 2017 har svært ved at vurdere effekt af den profylaktiske behandling, og at "der mere er sket en forandring i hovedpinen, således den nu er blevet hyppigere og mildere". Den 12/12 2017 har klageren oplyst, at medicinen "har hjulpet dels på anfaldene. De er dog blevet hyppigere til 9-11 anfald pr. måned, men ikke så kraftige som før". Den 6/3 2018 har han oplyst, at en ændring af medicinen i starten medførte "en pæn reducering af antal af migræne, men i løbet af 14 dage, oplevede [han] at det 'gamle' anfaldsmønster vendte tilbage", og at han havde et forbrug af smertestillende medicin mellem 9-11 dage pr. måned. Den 5/11 2018 har en ny ændring af den profylatiske medicin medført, "at i starten var der god effekt, men efterfølgende aftagende. Nu får han

igen 8-14 migræneanfald". Klageren får "Zolmitriptan ved anfald med god effekt, men det tager lidt tid om at virke, men efterfølgende har han det bedre".

Det fremgår af lægeattest af 29/11 2018, at forsikrede ikke kan genoptage arbejdet hverken fuldt eller delvist for nuværende. Det fremgår videre, at der er et uklart sygdomsbillede, og at varigheden ikke kan angives p.t. Endvidere fremgår det, at lægen anbefaler fleksibel arbejdstid med mulighed for fravær på migrænedage.

På et møde den 30/10 2018 med kommunen vedrørende sygedagpengeopfølgning har klageren oplyst, at han "oplever en gradvist bedring, dog han fortsat har mange migræneanfald 8-14 gange om måneden – nuværende medicin hjælper, og han plejer at få det bedre 2-3 timer efter indtagelsen af medicin mod migræne".

Nævnet bemærker indledningsvist, at det er den, der rejser et krav, der skal bevise, at kravet er omfattet af forsikringsdækningen. Det er derfor klageren, der skal bevise, at hans erhvervsevne er nedsat i en sådan grad, at han har ret til forsikringsdækning.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren har dokumenteret, at hans fagspecifikke erhvervsevne ud fra en medicinsk vurdering er midlertidigt nedsat efter den 1/6 2018.

Nævnet har bl.a. lagt vægt på, at klageren stadig har en anfaldshyppighed, som er ganske betragtelig. Det fremgår af journaludskrift af 5/11 2018, at klageren efter ændring af den profylaktiske medicin har oplevet aftagende effekt. Der er dog fortsat uafprøvede medikamenter, som forebygger migræneanfald.

Selskabet skal derfor anerkende, at klageren også efter den 1/6 2018 er berettiget til dækning for midlertidigt erhvervsevnetab.

15. 93040

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Selskabet, MP Pension – Pensionskassen for magistre og psykologer, skal anerkende, at klageren også efter den 1/6 2018 er berettiget til dækning for midlertidigt erhvervsevnetab. Allerede forfaldne ydelser forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels