762/06

Den 18. december 2006 blev i sag nr. 68.618:

xxxx xxxxxxx xxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx xxx xxxxxxxx
xxxx xxxxxxx

mod

Finanssektorens
Pensionskasse
Amaliegade 27
1256 København K

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der har pensionsordning med dækning ved tab af erhvervsevne i Finanssektorens Pensionskasse, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at udbetale invalidepension fra den 1/7 2005.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat til en tredjedel eller derunder af den fulde erhvervsevne.

Klageren blev optaget i pensionskassen den 1/4 1966. Han har pensionsordning i afdeling B1. Han har henstand til den 1/10 2006.

Den 18/4 2005 modtog selskabet ansøgning om udbetaling af invalidepension fra klageren, der er født i 1944. Det fremgår af ansøgningen, at han ikke aktuelt er sygemeldt, men at han i perioder har haft nedsat arbejdstid samt enkelte dages fravær.

Af et af klageren udfærdiget tillæg til ansøgningen om invalidepension fremgår bl.a., at han siden midten af 1990'erne har oplevet smerter i nakke, skuldre og hænder. Han har i årenes løb gennemgået forskellige undersøgelser og modtaget behandling af forskellig art. I tillægget til ansøgningsskemaet hedder det endvidere:

2. 68.618

"Gennem årene er de konstante smerter øget og bevægeligheden i specielt skuldrene nedsat betydelig, ligesom ømheden i fingrene giver tiltagende problemer. Blot det at komme i et par strømper giver problemer, ligesom det i perioder er svært blot at holde på en kuglepen. Det uundgåelige computerarbejde øger klart stivheden og smerterne. Smerterne giver tillige store søvnproblemer, som medfører problemer med koncentration om dagen og som har givet anledning til adskillige 'fritimer' dels om morgenen og dels i løbet af dagen.

Gennem de sidste par år har jeg endvidere fået tiltagende problemer med knæene, der ikke rigtig vil i gang om morgenen og protesterer voldsomt, hvis jeg har siddet stille mere end en ganske kortperiode.

For fuldstændighedens skyld skal oplyses, at jeg som følge af et fald midt i 1970'erne nu er udstyret med en krum venstre arm, hvor méngraden så vidt jeg husker blev fastsat til 8 i forbindelse med udbetaling fra en fritidsulykkesforsikring i Baltica.

...

Jeg kan oplyse, at jeg gennem hele perioden har været kreditchef i S. T., hvor jeg stadig er ansat. I forbindelse med en 'organisationsændring' medio 2004 blev mit ansvarsområde indskrænket og jeg indgik i oktober måned en nødvendig aftale med sparekassen om fratrædelse pr. 30. juni 2005. Sidste arbejdsdag er 29. april 2005. Herudover modtaget jeg en fratrædelsesgodtgørelse, der ikke er forhandlet endelig på plads, men minimum udgør værdien af min frie bil, der vel på fratrædelsestidspunktet vil have en værdi på kr. 180.000-200.000.

Min årsløn er kr. 660.000 + fri bil m.v.

Jeg driver et mindre fritidslandbrug med planteavl - i alt væsentlighed ved hjælp af maskinstation. Jeg overvejer p.t. frasalg af jorden.

Jeg har ikke søgt offentlig førtidspension eller andre ydelser, ligesom jeg ikke på anden måde er forsikret mod erhvervsevnetab."

I forbindelse med sagens behandling modtog selskabet efterfølgende diverse lægelige oplysninger.

Af journalnotat af 17/1 2001 fra neurokirurgisk ambulatorium, V. sygehus, fremgår bl.a.:

"Henvist m.h.p. vurdering.

Har gennemgået de meget fyldige sagsakter.

Han har klinisk neurologisk ingen tegn til noget rodtryk. Hans gener er forst og fremmest omkrinq skuldrene.

Jeg gennemgår ham, op jeg finder intet neurologisk abnormt i dag. Han har bevarede dybe refl. og sensibilitet. Ingen diskriminations-sansforstyrrelser. Han har infiltrative forandringer i skulderregionen.

MR-skanning af col. viser discusprolaps C.6/7 af ældre dato bredende sig op på bagsiden af 6. corpus. På dette sted er medulla tydeligt, atrofisk, her burde den være tykkest, men er det ikke. Der er ikke noget, der aktuelt trykker.

Det drejer sig således om en gammel skade, og man kan ikke stille noget kirurgisk op. Dette er også i overensstemmelse med det neurofysiologiske fund, der viser en let sensorisk marginal påvirkning.

Jeg har forklaret ham om smertemekanismer.

Afsluttes.

P.S.: hans urologiske gener har intet med den aktuelle lidelse at gøre."

I en af selskabet indhentet reumatologisk speciallægeerklæring af 24/5 2005 hedder det bl.a.:

"<u>Tidligere sygdomme</u>

Mangeårig psoriasis. Der er dog ikke fundet tegn til psoriasisgigt.

Fraktur af venstre albue 1975. Opereret med 2 skruer, der senere er fjernet. Der er en strækkedefekt i venstre albue på ca. 30 grader. Der er belastningssmerter ved tungere arbejde med venstre arm.

<u>Nuværende sygdom og aktuelt</u>

Ca. 1995 snigende debut af smerter og stivhed i nakken samt smerter i skuldre og begge hænder. Forsøgte først kiropraktor og massør uden effekt. Derefter

undersøgt af speciallæge i Reumatologi og i Neurologi. Senere undersøgt af en anden neurolog i V. Der er foretaget røntgen af columna cervicalis 1999. som viser betydelige slidgigtforandringer i nakken. MR-skanning angiveligt af halsrygraden giver ingen sikker forklaring til smerterne. Behandlet mange gange hos forskellige fysioterapeuter uden sikker effekt. Har fået behandlinger med akupunktur og manuel medicin. Har også gået til Mensendieck gymnastik med kortvarig lindring. Smerterne er dog tiltaget gennem årene. Har det største problem fra hænderne frem for alt fra fingrenes mellemled og håndleddene. De seneste par år tiltagende igangsætningssmerter, belastningssmerter fra knæene og ind imellem hvilesmerter.

Der er udført røntgen af begge knæ april 2005, svaret kendes ikke. Der er også kommet tiltagende belastningssmerter fra tæerne og fra skuldrene. Patienten er derfor maj 2005 blevet undersøgt i Reumatologisk Ambulatorium, V. Sygehus. Her stilles diagnosen reumatoid arthritis (leddegigt). Patienten sættes derfor i behandling med tablet Salazopyrin. Han sættes også i behandling med Prednisolon, hvor han nu tager 5 mg dagligt. Har oplevet en vis effekt af sidstnævnte. Kontrol på Reumatologisk Afdeling den 03.08.05.

Aktuelle symptomer

Det største problem er smerter og stivhed i hænderne, hvilket forhindrer patienten i at udføre det meste arbejde. Dertil kommer belastningssmerter fra venstre albue, fra skuldre og fra nakke samt knæ og tæer. Desuden varierende ledhævelser frem for alt fra hænderne. Der er morgenstivhed på ca. 1/2 time, og der er altid igangsætningsbesvær især fra knæene, når han har siddet et stykke tid. De totale smerter varierer mellem 6 og 8 på en skala fra 0 til 10. Oplever desuden en vis træthed, dog ikke hele tiden.

...

Funktionsniveau

Efter at patienten stoppede på sit arbejde 01.05.05, udfører han lettere forefaldende arbejde i deres landbrug. Han passer halmfyret, slår græs fra en lille havetraktorplæneklipper og udfører lettere oprydning. Har nu maskinstation til at udføre alt det grove arbejde i marken, dvs. harver og sår, høster og pløjer. Han har

tænkt at sælge jorden, da der ikke længere er økonomi i det, når han ikke kan passe noget selv.

Han laver lidt mad en gang imellem. Han har det bedst, når han hele tiden er i bevægelse uden overanstrengelser. Går en tur på ca. 2 km næsten hver dag.

...

Objektivt

...

Bevægeapparat generelt: Gangen er langsommere end normalt men uden halten. Kan med noget besvær gå på hæle og tæer. Kan tage en knæbøjning med besvær, angiver smerter i knæene.

Af- og påklædning og vendinger på undersøgelseslejet foregår langsommere end normalt. Nar han rejser sig fra stolen, går han noget besværet de første skridt angiveligt pga. smerter i knæene.

Muskulatur: Normalt udviklet. Ingen generel ømhed.

Columna cervicalis: Fremskudt hovedholdning. Alle bevægelser er betydeligt nedsat med flere smerter i yderstillinger. Fleksion med afstand mellem hage og brystben 4 cm. Bagudbøjning er nedsat til ca. 50 % af det forventede.

Rotationer 30 grader bilateralt. Sidebøjning 30 grader bilateralt. Der er diffus ømhed over nakkemuskulatur og musculus trapezius. Ingen tegn til rodtryk.

Columna thoracalis: Brystkyfosen er øget. Bevægeligheden er nedsat ved kompression. Der er ømhed i øverste del fra Th1 til Th4.

Columna lumbalis: Normal lordose. Ingen skoliose. Finger-gulv-afstand 20 cm. Bagudbøjning, sidebøjninger og rotationer let nedsatte uden smerter. Der er ingen ømhed.

Overekstremiteter:

Skuldre: Der er betydeligt nedsat bevægelighed i alle retninger på begge sider. Fleksion 90 grader bilateralt. Abduktion 70 grader bilateralt. Kan med noget besvær sætte hænderne på modsat skulder. Når han fører hænderne bag på ryggen, nar fingrene i højde med ca. L2. Ingen hævelse.

Albuer: Højre med normal bevægelighed, ingen smerter, ingen hævelse.

Venstre albue med strækkedefekt på 30 grader, normal fleksion. Der er ossøs deformering, men ingen hævelse, i øvrigt.

Håndled: Nedsat bevægelighed på begge sider til ca. 45 grader bade ekstension og fleksion. Der er let hævelse.

Der er normal bevægelighed i MCP-leddene, men let hævelse flere steder. I PIP-leddene er der nedsat bevægelighed både ved fleksion og ekstension. Afstand mellem fingerspidser og håndflade andrager ca. 2 cm, når han knytter hænderne. I DIP-leddene er der nedsat bevægelighed og ossøs hævelse.

Kraften ved håndtryk er nedsat til mindre end 50 % af det forventede, angiveligt pga. smerter. I albuer er kraften nedsat til ca. 75 % af det forventede. I skuldrene nedsat til ca. 50 % af det forventede.

Sensibilitet og reflekser symmetrisk.

Underekstremiteter:

Hofter: Der er let nedsat bevægelighed. Ingen smerter.

Knæ: Der er normal passiv bevægelighed. Der er skurren og krepitation bag patella. Der er let ossøs hævelse, men ingen hævelse i øvrigt. Der er smerter i yderstillinger.

I fodled er der normal bevægelighed. Ingen smerter, ingen hævelser.

I tæerne er der hammertådannelse i de 4 laterale tæer på begge fødder. Tæerne kan ikke strækkes helt ud.

Fødderne har normal temperatur og pulsation.

Strakt benløft bilateralt 80 grader med let stramhed i hasemuskler, men ingen tegn til rodtryk.

Kraft, sensibilitet og reflekser i benene skønnes normal og symmetrisk.

<u>Diagnoser</u>

...

Kronisk leddegigt.

Middelsvær slidgigt i nakken med kroniske nakkesmerter.

Følger efter et opereret brud på venstre albue.

<u>Konklusion</u>

Diagnose:

Vurderet ud fra sygehistorien frem for alt de langsomt tiltagende smerter og stivhed i hænderne, har patienten sandsynligvis haft reumatoid artrit i flere år, selv om

diagnosen først er blevet stillet nu. Desuden har patienten middelsvær slidgigt i nakken, som han sandsynligvis har haft i hvert fald siden nakkesmerterne startede omkring 1995. Der kan også være et element af reumatoid artrit i nakkesmerterne. Når patienten har haft reumatoid artrit i nogle år, vil der næsten altid være et element af artrose (slidgigt) i de fleste led.
Patientens reumatoide artrit følges på Reumatologisk Afdeling, V. Sygehus. Ved næste kontrol der august 2005 anbefales, at man bestiller røntgenbilleder af alle de smertende strukturer, som ikke er røntgenfotograferet inden for de seneste 4-5 år. Da vil man bedre kunne vurdere sværhedsgraden af leddestruktionerne.

Behandling:
Anbefaler fortsat daglige gåture, hvis han kan gå i normalt tempo og lade være med at halte.
Anbefaler at han prøver cykling, hvor han sidder med så lodret ryg som muligt på en velaffjedret saddel, evt. skaffer en kondicykel.
Patientens reumatoide artrit behandles i øvrigt efter gældende regler.
Anbefaler også, at han ved næste kontrol på Reumatologisk Afdeling, V. Sygehus henvises til en ergoterapeut mhp. gennemgang af hjælpemiddelsituationen.

Prognose:
Hvis den medicinske behandling har god effekt på aktiviteten i den reumatoide artrit, kan han muligvis få lidt mindre ledsmerter og lidt bedre bevægelighed i visse led. Der kan dog gå mindst 1/2 år, inden effekten af disse behandlinger kan vurderes. Det er dog ikke realistisk at forvente en væsentlig forbedring af funktionsniveauet.

Erhvervsevne:
Patientens erhvervsevne som kreditchef i S. er langsomt aftaget siden ca. 1995. Dette har i første omgang vist sig ved at han har taget mere og mere arbejder med hjem og arbejdede flere timer for at nå det. Sommeren 2004 blev patienten frataget en større del af sine hidtidige arbejdsopgaver, fordi han ikke kunne overkomme det pga. tiltagende besvær.

Funktionsniveauet i landbruget er også langsomt aftaget gennem årene, hvilket frem for alt har vist ved at han har gjort tiltagende brug af maskinstation.

Henviser i øvrigt til patientens egen beskrivelse maj 2005 med mere detaljerede eksempler på det aftagende funktionsniveau.

Alt i alt vil jeg konkludere, at patientens erhvervsevne er varigt nedsat til mindre end 1/3 inden for alle realistiske erhverv, trods at han har en god uddannelse som indebærer hovedsagelig kontorarbejde. Et stort problem i den forbindelse er dog, at han har tiltagende svært ved at arbejde ved computer pga. smerter i hænderne."

Af journalnotat af 3/8 2005 fra reumatologisk ambulatorium, V. sygehus, fremgår bl.a.:

"Kontrol af seronegativ reumatoid artrit. I behandling med Salazoyrin 1 g x 2 dagl. + Panodil efter behov.

For 14 dage siden afsluttet Prednisolonkur.

Kan godt mærke effekten af Salazopyrin. Aftagende hævelse af led, men stadigvæk ømhed svarende til de fleste MCP-led samt begge skuldre.

Tåler Salazopyrin. Har ikke haft bivirkninger.

Morgenstivhed under en time.

For nylig opsagt sit job i S. og gået på pension, mest på grund af nakkeproblemer.

...

Objektivt:

Rimeligt upåvirket. Virker lidt stiv i kroppen, mest i nakken. Ømhed svarende til flere led.

Der udfyldes ledscoreled, hvor der findes 14 led der er ømme, men kun let synovit svarende til højre knæ.

Result/Paraklin:

Normalisering af CRP, normale levertal.

HLA-B27 negativ.

Vurdering/plan:

cresc. Salazopyrin til Ik 9 x 2 dagl."

De modtagne oplysninger blev forelagt selskabets lægekonsulent, der ikke fandt klagerens erhvervsevne nedsat i dækningsberettigende grad. Selskabet afviste derfor at

yde forsikringsdækning. Efterfølgende blev sagen indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Klageren har ved sin advokat nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at hans generelle erhvervsevne varigt er nedsat med to tredjedele. Til støtte herfor har advokaten i klageskrivelse af 18/1 2006 bl.a. anført, at det er urealistisk at forestille sig, at klagerens erhvervsevne vil blive forbedret fremover. Selvom der er en effekt af behandlingen, er dette - ifølge advokaten - ikke ensbetydende med, at erhvervsevnen øges. Endvidere har advokaten bl.a. henvist til, at det i den af selskabet indhentede speciallægeerklæring konkluderes, at klagerens erhvervsevne varigt er nedsat til mindre end en tredjedel.

Selskabet har over for nævnet fastholdt sin afgørelse. Selskabet har til støtte herfor i skrivelse af 15/2 2006 til nævnet bl.a. anført:

> "Betingelserne for udbetaling af invalidepension fremgår af FSP's Pensionsregulativ for afdeling B.1 § 9 ...
>
> ...
>
> Ifølge denne bestemmelse er det Pensionskassen, der afgør et medlems erhvervsevnenedsættelse og derved medlemmets ret til invalidepension. Det betyder, at vi har selvstændig afgørelseskompetence. Ifølge Pensionsregulativet for afdeling B.1 § 3, stk. 3, er speciallægeerklæringer udarbejdet til brug for en invalidepensionssag alene vejledende ...
>
> H.S. har udfærdiget en vejledning i at skrive speciallægeerklæringer, ... Heraf fremgår det, at en speciallæge kun skal skrive, om der er et varigt erhvervsevnetab eller ej, men ikke erhvervsevnetabets størrelse. Vurderingen af dette påhviler forsikringsselskabet.
>
> Det er FSP's vurdering, at erhvervsevnetabet er på 50 %, og at klagerens tilstand er forbedret siden diagnosticeringen af leddegigt i maj 2005. Han bliver først på dette tidspunkt sat i behandling med Salazopyrin og Prednisolon. Klageren har ifølge speciallægeerklæringen oplevet en effekt af dette. Klageren kan udføre forskellige

arbejdsopgaver i hjemmet og gå 2 km om dagen. Derudover passer han sit fritidslandbrug med planteavl."

Af pensionsregulativet fremgår bl.a.:

"**Oplysninger til Pensionskassen**

§ 3.

...

Stk. 3. Lægelige vurderinger er alene vejledende.

...

Invalidepension

§ 9. Ret til invalidepension foreligger fra den 1. i måneden efter, at er medlem er fratrådt pensionsberettigende stilling inden det 65. år, såfremt og så længe erhvervsevnen i ethvert erhverv efter optagelsen er nedsat til en tredjedel eller derunder inden det 65. år, hvad enten det skyldes sygdom eller ulykke. Nedsættelsen af erhvervsevnen vurderes endeligt af Pensionskassen, jf. dog Vedtægtens § 20."

Nævnet udtaler:

Uanset konklusionen i den af selskabet indhentede speciallægeerklæring må nævnet erklære sig enigt med selskabet i, at klagerens generelle erhvervsevne ikke kan anses for nedsat til en tredjedel eller derunder. På det foreliggende grundlag kan nævnet således ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale invalidepension som sket.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen