826/09

Den 7. september 2009 blev i sag nr. 75.287:

xxxx xxxxx xxxxxxxxx
xxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxx x

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede, der har forsikring med dækning ved tab af erhvervsevne i PFA Pension, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at udbetale fuld forsikringsydelse ved tab af erhvervsevne i perioden 1/4 2004 til 1/3 2007.

Selskabet har siden den 1/3 2007 udbetalt fuld forsikringsydelse til klageren. Efter sagens indbringelse for nævnet har selskabet meddelt, at udbetalingen med virkning fra den 1/6 2009 nedsættes til halv ydelse, idet tilkendelsen af fuld ydelse fra den 1/3 2007 er sket ved en fejl. Klageren er utilfreds hermed, og den for nævnet indbragte klage ses således også at vedrøre, om hun har krav på fuld forsikringsydelse efter den 1/6 2009.

Selskabet har afvist at udbetale fuld forsikringsydelse i perioden 1/4 2004 til 1/3 2007 samt efter den 1/6 2009 med henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne på intet tidspunkt efter den 1/4 2004 har været nedsat med mindst to tredjedele alene af helbredsmæssige årsager. Over for nævnet har selskabet subsidiært gjort gældende, at klagerens krav vedrørende perioden 1/4 2004 til 31/12 2005 er forældet i henhold til forsikringsaftalelovens § 29.

Forsikringen giver bl.a. ret til udbetaling af fuld forsikringsydelse, hvis forsikredes generelle erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde nedsættes til en tredjedel

eller derunder af den fulde erhvervsevne. Nedsættes den generelle erhvervsevne til mellem en tredjedel og halvdelen, giver forsikringen ret til halv ydelse. Herudover indeholder forsikringen en midlertidig dækning i op til seks måneder ved et fagrelateret erhvervsevnetab på mindst halvdelen. Der er en karensperiode på tre måneder.

Klageren, der er født i 1966, ansøgte i januar 2004 om udbetaling ved tab af erhvervsevne. I ansøgningen oplyste hun, at hun siden den 30/6 2003 havde været sygemeldt fra sit arbejde som selvstændig nådler på grund af helbredsmæssige gener.

Selskabet vurderede, at klagerens fagrelaterede erhvervsevne var nedsat i dækningsberettigende grad. Hun fik derfor tilkendt fuld forsikringsydelse fra karensperiodens udløb den 30/9 2003 til den 1/4 2004. På grund af dækningsbegrænsningen på seks måneder (for så vidt angår det fagrelaterede erhvervsevnetab) overgik selskabet til vurdering af den generelle erhvervsevne, som fandtes nedsat med cirka halvdelen. Klageren fik derfor tilkendt halv forsikringsydelse fra den 1/4 2004. Udbetalingen blev som tidligere anført ændret fra halv til fuld ydelse pr. 1/3 2007.

I vurderingen af klagerens erhvervsevnetab indgik diverse lægelige og kommunale oplysninger, som selskabet løbende modtog i forbindelse med sagens behandling.

Af journaludskrift fra Arbejdsmedicinsk Afdeling, Centralsygehuset E.-V., fremgår bl.a.:

"**Ambulant 30. juni 2003**

…

Sammenfatning

36-årig nådler (syr overlæder til ortopædisk fodtøj) henvist af H.L. til vurdering af armgener. Har altid været i samme arbejde. De sidste 6 år selvstændig men de sidste to år med stigende arbejdsintensitet. Arbejdet indebærer betydelig præcisionskrav og ved en hel del af funktionerne betydelig kraftanvendelse især i højre hånd. Gennem de sidste 3-4 år først nakkegener, herefter gener ud især i højre arm. Forværres ved belastning. Der er begyndt at komme paræstesier og håndslip. Ved undersøgelse nu er der på hø. side nedsat kraft og vibrationssans samt let hypalgesi i medianus radialis, musculocutaneus gebetet, mens n. ulnaris synes sparet.

Vurdering

Symptomer og objektive fund forenelig med påvirkning af plexus brachialis på hø. side. Billedet ses hyppigt hos personer med statisk arbejde eller med betydelig kraftanvendelse ikke mindst med armene frem foran kroppen. Det er således sandsynligt, at lidelsen er arbejdsbetinget.

Behandlingsmæssigt kan forsøges med fysioterapi rettet imod nervepåvirkningen. Det aftales, at vi sender henvisning til fysioterapi til pt., og hun kontakter en af de fysioterapeuter, der har erfaring med behandling efter ANT princippet.
Tilrådes at reducere arbejdsmængden. Endvidere kunne det overvejes, om der var noget at vinde ved at få arbejdspladsens ergonomi gennemgået, måske ved en konsulent fra BST.
Der er aftalt kontrol hos undertegnede 26.aug. kl. 13.00.
Diagnose
G 54.0 Disordo plexus brachialis
…
Ambulant 29. oktober 2003
Pt. har været til undersøgelse hos I.H., der har suppleret med MR-skanning. Der findes ikke tegn på rotator cuff lidelse. I.H. konkl., at det formentlig drejer sig om plexus brachialis påvirkning og I.H. vurderer, at pt. formentlig vil få problemer, hvis hun skal genoptage sit tidligere arbejde på fuld tid.
Pt. har kun været kortvarigt fuldtids sygemeldt. Har siden været halvtids sygemeldt, men har reelt arbejdet mindre. Den senere tid kun i størrelsesorden 1½ time pr. dag.
Er i gang med behandling hos fys. K.U. Er flittig med udspændingsøvelser m.v. Der er fremgang, men langsomt. Udover armgenerne er der begyndt at komme tinnitus fornemmelse.
Ved undersøgelse nu er halsmusklerne meget spændte, ikke mindst m. sternocleidomastoideus. Der er udtalt ømhed ved sternocleidomastoideus insertion på processus mastoideus. Tilrådet at tale med K.U. om dette.
Drøfter sammen med soc.rdg. H.S. den fremtidige arbejdsmæssige situation. Pt. har ingen ideer til, hvad hun skulle lave, hvis hun skulle skifte arbejde. Har meget lidt lyst til at tage nogen former for teoretisk uddannelse, omend hendes seneste skolegang har været i forbindelse med faguddannelsen for mere end 15 år siden.
Pt. er meget glad for sit nuværende fag. Der er stort behov for arbejdskraft i faget, der bliver kun i begrænset omfang uddannet nye.
Det vurderes ikke at være realistisk at vende tilbage til fuldtidsarbejde i faget, idet dette vil medføre betydelig risiko for recidiv. Pt. mener dog, at det vil kunne hænge økonomisk sammen med halvtidsarbejde i faget.
Hvis der under fuldtids sygemelding og fortsat fys. beh. kommer væsentlig mere ro i armen, kan en realistisk plan være arbejdsprøvning indenfor eget arbejdsområde og gradvis øgning af timetallet, formentlig ikke til mere end omkring halv tid.
Endvidere tilrådet besøge hjælpemiddelcentralen for her om muligt at få råd og hjælpemidler, der kan begrænse belastningerne i arbejdet.
Tilbudt at vende tilbage, hvis der bliver spørgsmål. I øvrigt afsluttet under diagnosen G 54.0 Disordo plexus brachialis."

Af journalnotat af 13/11 2003 fra lægekonsulent P.T. fremgår bl.a.:

"Pt. skal undgå hyppigt repeterende monotone bevægelser af specielt højre arm/hånd. Arbejde som nådlerske mener jeg er klart uhensigtsmæssigt i forhold til opstillede skånebehov, idet der er tale om hyppige repeterende bevægelser - ganske kraftfulde."

Af en af læge K.D. den 17/2 2004 underskrevet lægeattest fremgår bl.a., at klagerens sygemelding skyldes disordo plexus brachialis dxt., dvs. forstyrrelse i nerveforsyningen til overarmens muskulatur. Endvidere fremgår det, at prognosen for hendes tilstand er god, såfremt hun skifter arbejde.

I udtalelse af 18/6 2004 fra fysioterapeut K.U.S. hedder det:

"J.M.M. har været i behandling hos undertegnede siden juli 2003.

Hun var henvist til klinikken med svære arbejdsrelaterede symptomer svarende til nakke, hoved og hals samt hø. skulder og arm. Tilstanden formentlig oparbejdet gennem flere års ensidigt belastende arbejde med hø. overekstremitet.

Den fysioterapeutiske undersøgelse har vist stramninger svarende til de myofascielle strukturer samt affektion af plexus brachialis. Holdningsmæssigt ses et cervicothorakalt paradoks med overbelastning af strukturerne til følge.

Den fysioterapeutiske behandling har sammen med ophør af arbejde og patientens egen indsats (øvelser, holdningskorrektion, hvile) betydet en væsentlig reduktion af patientens gener. Tilstanden er blevet tålelig, såfremt arm og nakke ikke belastes over evne.

For at undgå belastning over evne er det, i forhold til fremtidig tilknytning til arbejdsmarkedet, nødvendigt med skånebehov.
Tunge, ensidige, statiske eller gentagne belastninger af armene må undgås. Ligeledes må stillesiddende eller stillestående arbejdsfunktioner minimeres. Patienten får således recidiv af symptomer ved kun kortere tids arbejde ved pc.
Det vil være vigtigt, at fremtidige arbejdsfunktioner er afvekslende, lette og evt. kun i kortere tid af gangen med mulighed for restitution."

Af generel helbredsattest af 10/11 2004 fra læge K.D. fremgår bl.a., at klageren har afhændet sin forretning på grund af helbredsgenerne. Lægen vurderer, at klageren ikke er i stand til at fortsætte med erhvervet som nådler. Det er derimod lægens opfattelse, at hun vil kunne påtage sig en arbejdsfunktion, der ikke stiller store krav til anvendelse af arme.

Af et af overlæge K.B. udfærdiget journalnotat af 13/4 2005 vedrørende forambulant neurologisk undersøgelse fremgår bl.a.:

"<u>Konklusion</u>
Jeg mener, at patientens gener er belastningsrelaterede, og jeg mener, at passende hvile vil få symptomerne til at mildnes og aftage. Jeg anbefaler, at patienten fortsat får fysioterapi, og jeg anbefaler, at patienten pensioneres.
Patienten er tilbageholdende med medicin, og patient og undertegnede er enige om, at det er bedst at begrænse indtagelsen af smertestillende medicin, idet dette kan medføre, at patienten kommer til at byde sig selv mere fysisk belastning, end hvad der er godt. Jeg frarå-der støvsugning.

Jeg finder ingen grund til medikamentel behandling af tremoren, hvilket patienten heller ikke selv ønsker. Det må således være hvile og aflastning og formentlig pensionering, der er den bedste løsning.

afsluttes herfra

…
Diagnose
DM 62.9 Muskelsygdom uden specifikation/.
Ingen mistanke om hverken plexus brachialis læsion eller anden lidelse i centralnervesystemet, ej heller læsion i det perifer nervesystem."

Af et af kommunens sagsbehandler L.R. udarbejdet udateret journalnotat fremgår:

"Det drejer sig om en 39 årig gift kvinde. Pgl har været sygemeldt siden den 30.06.2003 pga. plexus brachialisskade. Er sygemeldt fra arbejde som selvstændig nådlerske. Har afhændet forretningen maj 2004.
J. startede på Reva den 22.11.04 de første 14 dage var hun i Industri afdelingen, men her var det ikke muligt at tilgodese J.s skånebehov. Derfor er J. i stedet afprøvet i diverse piccoline funktioner, undtagen telefonpasning, hvilket der ikke har været mulighed for, fordi J. har familie der er ansat i receptionen på Reva.
Reva oplyser at J. bl.a. har taget kopier, omdelt post, arbejdet lidt ved computer, lavet menuplan, samt lavet en jobsøgningstavle.
Reva oplyser at J. har været meget kreativ i forbindelse med udarbejdelsen at tavle. J. oplyser at det har været svært for hende at erkende at hun ikke kan så meget som tidligere. J. fortæller at hun fx er nødt til at dele printerpapiret op i 4 bunker for at fylde kopimaskinen op, fordi hun ikke kan tage hele bunken.
Reva oplyser at J. har brug for at kunne variere hendes opgaver meget fx kan hun ikke sidde ved computeren mere end 5-10 min af gangen. J. fortæller at hun fx tager lidt post af gangen og så andre opgaver ind imellem. J. har svært ved at læse og skrive, Reva og J. vurderer derfor ikke at en videregående uddannelse er en mulighed for J.
Dertil kommer en videregående uddannelse vil kræve meget stille siddende arbejde, hvilket J. ikke kan holde til i længden. J. oplyser at hun godt kan læse korte og skrive beskeder fx telefonbeskeder J. har arbejdet 3-4 timer dagligt under forløbet på Reva. Vurderer ikke at pgl. vil være i stand til at arbejde i flere timer. J. overanstrengt den ene hånd, og derved har mistet noget af kraften i hånden.
J. er derfor henvist til neurolog.
Sagen er vurderet af lægekonsulenten som vurdere følgende pgl. har en årelang anamnese med smerter i nakke, højreskulder og højre arm. Hun har været igennem et omfattende undersøgelsesprogram via reumatolog, ortopædkirurg, neuromediciner samt Arbejdsmedicinsk Klinik og der er tale om en kronisk smertetilstand med baggrund i en mangeårig overbelastningstilstand af højre skulder og højre overekstremitet medførende smerter og tyngdefornemmelse i arm med forværring ved belastning på hånd.
Tilstanden har ved de kliniske undersøgelser ikke afsløret noget sikkert unormalt. Arbejdsophør samt fysioterapeutisk behandling har medført en vis bedring i tilstanden og pgl. kan med visse begrænsninger varetage almindelig husførelse.
Den praktiserende fysioterapeut beskriver nogle skånehensyn - nemlig at tunge ensidige, statiske eller gentagne belastninger af armene må undgås. Stillesiddende og stillestående arbejdsfunktioner bør minimeres, således at fremtidige arbejdsfunktioner er vekslende - både med hensyn til arbejdsstillinger og med henblik på mulighed for restitution.
Pgl. bliver herefter visiteret til fleksjob men kan ikke selv se sig på arbejdsmarkedet og har ansøgt om førtidspension, som hun den 23.06.05 fik afslag på, idet man fortsat mener at pgl. har en arbejdsevne som kan bruges i et fleksjob.
Pgl. har sidenhen været til samtale ved jobkonsulent, hvor hun oplyser at hun har fået tiltagende problemer med venstre arm og skulder pga. overbelastning."

I en af speciallæge i reumatologi O.M. på baggrund af undersøgelse foretaget den 1/11 2005 udfærdiget speciallægeerklæring af 10/11 2005 hedder det bl.a.:

"Objektivt:
Sundt udseende. Smerteklagende, men upåvirket i hvile. Ikke hyperlatio.

Psykisk upåfaldende, specielt ikke deprimeret - men naturligt trist over sin tilstand.

ET middel.

Kan stå på hæle og tæer.

Gangen normal.

Stet.p.et c.:	nat.
Abdomen:	ingen ømhed eller udfyldninger. Ingen mislyde.
Col.cerv.:	krumninger nat. Hypermobil i alle retninger, uden særlig ømhed. Ingen sikker ændring ved traktion/kompression.
Col.thor.lumb.:	ingen direkte ømhed. Krumninger nat. Pæn kyfosering under foroverbøjning til FGA 10 cm. Ikke hyperextensionssmerter. Sidebevægelighed hypermobil bilat.
OE:	håndtrykskraft (hø/ve): 15/10 kg. Er højrehåndet. I øvrigt ikke udfaldssymptomer. Let pos.Tinel symptom volart på begge håndled. Hypermobile uden kapselsvulst. Lille seneknude radialt på venstre håndled. Pulsationer nat., også ved elevation.
UE:	Lasegue neg/neg. Led hypermobile, uden kapselsvulst. Dybe reflekser livlige, egale. Ikke udfaldssymptomer. Fodpulsationer lidt svage. Ingen mislyde over aa. femorales.
Palp.:	myoser i nakke-skulderåg, især højre side. Kun let ømhed i caput comm. ext./flex. bilat.
Huden:	nat.

Lab.us. (021105): normale parametre (bortset fra marginalt forhøjet p-fibrinogen (jf. kopi)

Diagnose:
Degeneratio disci i.v. cervicalis IV 1.gr.
syndroma canalis carpi bilat. l.gr.
myoses variae
observatio

Konklusion:
Udtalte smerteklager, men begrænsede radiologiske, serologiske og kliniske fund.
Jeg kan ikke - ligesom ved tidligere speciallægekonsultationer - stille en eksakt diagnose. Patienten angiver at selv mindste fysiske arbejdsfunktion accentuerer smerterne.

Som behandling har jeg forsøgt xylocainblokade i myoserne, periostal akupunktur og thoracal manipulation, men patienten oplyser telefonisk at det var uden effekt.

I øvrigt foreslås fortsat behandling med varme, fysioterapi og antireumatica.

Endvidere har jeg stærkt tilrådet ophør med tobaksrygning, som kan være medvirkende årsag til generne.

Tilstanden anses for ret stationær.

Hvis det lykkes at finde et flexjob skal dette være fysisk skånsomt."

I en af speciallæge i ortopædisk kirurgi H.V.J. på baggrund af undersøgelse foretaget den 18/12 2006 udfærdiget speciallægeerklæring af 18/2 2007 hedder det bl.a.:

"**Objektivt**
God AT. Normal af bygning. Højde 158 cm og vægt 62 kg. Betydelig bevægeindskrænkning i nakken med udtalt ømhed af nakke og skulderågsmuskulaturen på begge sider, værst på højre side. Udtalt ømhed af nakkemuskelfæsterne, specielt i højre side. Går med betydeligt reduceret medsving af højre arm. Angiver sig højrehåndet. Der er negativ foramen kompressionstest og ingen neurologiske udfald sv.t. OE. Der er tale om bilateral om end primært højresidig lidelse. Der er ingen sikker muskelatrofi (sideforskel) omkring højre skulder eller overarm. Omfangsmål i cm, højre/venstre, ud for overarmens midte 27,5/27, ved underarmens rod 24/23,5 og handskemål 18/18.
Aktiv og nogenlunde smertefri bevægelighed højre/venstre, fremad opad 110/180 grader, udad opad 140/180, udaddrejning med albuen i siden 60/60. Indaddrejning til bagsiden af låret/mellem skulderbladene. ingen særlig ømhed af højre skulderhøjdeled. Der er positive impingementtests med rotation og smerter ved fremad opad løft af armen. Den passivt mulige bevægelighed på højre side er 180 fremad opad og udad opad med smertereaktion. Der er udtalt ømhed af såvel strække som bøjemuskulaturen og hæftet på albueknoerne (tennis og golfalbuer), ingen bevægeindskrænkning i albue, håndled eller fingre.
Veludtalt nedsættelse af håndtrykskraften på højre side, 12 kg mod 25 kg på venstre side (Smedleys dynamometer).
Kraften ved straktarmsløft som gennemsnit af 3 reproducerbare målinger, højre 3,5 kg og venstre 5,9 kg.

Resume og konklusion
40-årig højrehåndet kvinde der for ca. 9 år siden fik begyndende nakke og primært højresidige skulder-armsmerter. Har siden sit ca. 17. år arbejdet som nådler med kraftbetonede repetitive arbejdsmæssige belastninger i ganske højt tempo. Generne havde tydelig relation til de arbejdsmæssige belastninger. Siden tilkom gener fra hovedet i form af hovedpine, svimmelhedstendens, hylen for ørerne m.v. Generne i højre skulder og arm tiltog over årene og hun fik ligeledes overbelastningsrelaterede gener fra venstre af samme art.
Som konsekvens af de vedvarende gener sygemeldtes hun medio 2003 og har ikke siden været i arbejde som nådler. Har måttet afhændet sin forretning. Der har siden været flere forgæves revalideringsforsøg.
Er undersøgt af ortopædkirurg, reumatolog, neurolog, arbejdsmediciner uden at der har kunnet stilles en specifik diagnose.
Væsentligste objektive fund er positive impingementtests, højre skulder, tydende på irritation under skulderhøjdebenet (rotator cuff syndrom). Der er højre og venstresidig tennisalbue, kraftreduktion ved straktarmsløft til ca. halvdelen af raske arms og reduktion af håndtrykskraften til ca. halvdelen af venstre arms. Der er reduceret aktiv/smertefri bevægelighed af højre skulder.

MR-skanning af højre skulder og røntgenundersøgelse af columna cervicalis og thoracalis har i det væsentlige vist normale forhold. Der er ikke planlagt yderligere udredning eller behandling.
/impingement, højre skulder (rotator cuff syndrom, højre skulder)
epicondylitis lateralis et medialis hum. ds. (tennis og golfalbue)
myofascielle smerter i nakke-skulderåg/"

Af et af kommunens lægekonsulent U.S. udarbejdet notat af 12/3 2007 fremgår bl.a.:

"Der foreligger speciallægeerklæring ved speciallæge i ortopædisk kirurgi, H.V.J., af 18.2.2007.
…
Ved den kliniske undersøgelse påvistes, som det væsentlige, tegn på indeklemningstilstand (rotator cuff syndrom), svarende til højre skulder samt tegn på såvel højre som venstresidig tennisalbue samt en noget indskrænket aktiv/passiv bevægelighed, svarende til højre skulder. Ved straktarmstest er kraften på højre side målt til knap halvdelen af venstre og ganske tilsvarende forskel ved undersøgelse for håndtrykskraft ved et dynamometer. Dette skal dog sammenholdes med, at der ved undersøgelsen ikke er påvist svind af muskulatur, hverken svarende til skuldre, overarme, underarme eller hænder.

MR-scanning af nakke og højre skulder samt almindelig konventionel røntgen af halshvirvelsøjlen, september 2003, viste normale forhold.

Sammenholder vi denne undersøgelse med den i 2005 foretagne speciallægeundersøgelse v/speciallæge i reumatologi, O.M., synes skuldersymptomerne denne gang lidt mere fremtrædende. Der er til gengæld ingen oplysninger om hypermobilitet.

Alt i alt er det lægekonsulentens konklusion, at de lægeligt påviste fund er i forholdsvist beskedent omfang, og skånebehovene heroverfor burde kunne imødekommes i en fleksjobsammenhæng. Der foreligger utvivlsomt en vis 'nedslidning' af bløddelene, svarende til højre skulder og arm med baggrund i hendes mangeårige virke som nådlerske. Yderligere lægelig belysning heraf er dog ikke mulig."

Af udtalelse dateret 10/9 2007 fra speciallæge i ortopædisk kirurgi H.V.J. fremgår:

"Der er, med baggrund i min undersøgelse af JMM 18.12.06, udbedt supplerende bemærkninger på baggrund af lægekonsulent U.S.' notat dateret 12.03.07 hvor min (ortopædkirurgiske) speciallægeerklæring sammenlignes med rheumatolog O.M.'s speciallægeerklæring.

I begge speciallægeerklæringer er det anført at JMM's hovedklager er mangeårige smerter i nakke, hø skulder og hele højre arm. Det er ligeledes i begge erklæringer anført at der også er og i en længere periode har været smerteklager fra venstre skulder og albue.

Der er således tale om en bilateral om end primært højresidig lidelse - hvilket også er anført i min erklæring. Når der er tale om en dobbeltsidig lidelse kan der selvsagt ikke nødvendigvis forventes sideforskel i graden af svind af muskulaturen. Svind af muskulaturen er et indirekte tegn på at ekstremiteten bruges i relativt mindre omfang end den modsidige og kan derfor ikke anvendes som en valid indikator i forbindelse med dobbeltsidige lidelser.
Den fundne relative højresidige kraftnedsættelse ved straktarmsløft og nedsatte håndtrykskraft kan ikke nødvendigvis forventes at resultere i en målelig forskel i armomfang. De ved kraftmålingerne fundne værdier er på højre side betydeligt lavere end det for alder, køn og

erhverv forventelige, men det gælder også for de venstresidige værdier - omend mindre udtalt (skønsmæssigt ca. 30 %). Røntgen eller MR abnormiteter ved et kronisk impingementsyndrom (rotator cuff syndrom) er varierende og inkonstante."

På baggrund af sagens oplysninger bevilgede selskabet - som tidligere anført - fuld forsikringsydelse i perioden 30/9 2003 til 1/4 2004, halv ydelse i perioden 1/4 2004 til 1/3 2007 og fuld ydelse fra 1/3 2007. Klageren var ikke tilfreds med afgørelsen vedrørende perioden med halv udbetaling. Indvendinger fra hende og hendes advokat resulterede ikke i ændring af afgørelsen, og sagen blev derfor efterfølgende indbragt for nævnet.

Af klageskemaet, som nævnet har modtaget den 19/12 2008, fremgår:

"2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
Fuld udbetaling i perioden 1.4.2004 - 1.3.2007, idet der er grundlag herfor. Der er ikke nogen ændring af helbredstilstanden fra 1.4.2004 - 1.3.2007. Der er tale om at de undersøgende læger ikke har stillet korrekt/præcis diagnose, jfr. H.V.J.'s erklæring.
…
Endvidere er der ikke oplysninger i sagen der på nogen måde indikerer at forsikringstageren havde arbejdsevne i behold i det omfang de forudsætter ved deres udbetaling …."

Heroverfor har selskabet i skrivelse af 5/2 2009 til nævnet bl.a. anført:

"**Ny vurdering**
I forbindelse med denne ankenævnssag har vi gennemgået sagen på ny og kan oplyse, at forsikredes erhvervsevne, jf. § 5 stk. 2, skal vurderes i forhold til at arbejde som almindelig fuldtidsbeskæftiget ikke blot i forsikredes nuværende eller tidligere erhverv, men i alle erhverv.

På baggrund af de begrænsede objektive fund på sygdom vurderer vi i overensstemmelse med vores lægekonsulent, der er ortopædkirurg, at erhvervsevnen maksimalt er nedsat med halvdelen af helbredsmæssige årsager. Vi har vurderet, at forsikrede er i stand til at arbejde mere end en tredjedel (måske mere end halvdelen) i forhold til en almindelig fuldtidsbeskæftiget. Det vil dog være uhensigtsmæssigt for hende at arbejde som nådler, men vi skønner, at hun kan varetage et arbejde på mere end en tredjedel tid med skånehensyn i form af hyppige pauser, ligesom hun bør undgå tunge løft og monotone bevægelser i længere tid ad gangen.

På baggrund af det nævnte konstaterer vi, at vores tidligere vurdering var en fejl, da vi antog, at hendes generelle erhvervsevne var nedsat med to tredjedele. Vi kræver imidlertid ikke for meget udbetalt pension tilbagebetalt, men fremover vil udbetalingen på ny blive nedsat til halv dækning ved tab af erhvervsevne. …

PFA Pensions holdning til klagen
Det er vores opfattelse, at forsikrede ikke skal gives medhold i klagen, da vi mener at den generelle erhvervsevne ikke er eller har været nedsat med mindst to tredjedele alene af helbredsmæssige årsager. Det er muligt at arbejdsevnen eventuelt er nedsat med to tredjedele eller mere - men dette beror i så fald på andre årsager end det helbredsmæssige.

Subsidiært gør vi gældende, at alle krav før den 1. januar 2006 er forældede, jf. FAL § 29."

Hertil har klagerens advokat i telefax af 16/3 2009 til nævnet bemærket:

"Det fastholdes, at der er grundlag for at tilkende fuld ydelse allerede fra 1. april 2004 til 1. marts 2007.

Der er ikke sket nogen ændring af sikredes helbredstilstand i perioden. Det er diagnosen, der kommer på plads, men funktionsniveauet er ikke ændret, så hvis selskabet pr. 1. marts 2007 vurderer, at der er grundlag for fuld ydelse, har grundlaget ligeledes været til stede i 2004.

Kravet er ikke forældet. Det forfalder først på det tidspunkt hvor J.M. får kundskab til PFAs tildeling af ydelse med virkning fra marts 2007. Først her har hun mulighed for at rejse krav om ydelse for de tidligere 3 år, da hun der bliver bekendt med, at selskabet på baggrund af samme funktionsniveau som tidligere tilkender pension.

Selskabet meddeler nu, at ydelsen nedsættes til halvdelen med virkning fra 1. juni 2009 …

Det gøres i den sammenhæng gældende, at selskabet ikke på det foreliggende grundlag kan nedsætte ydelsen.
J.M.'s helbredsmæssige gener på grund af nedslidning af bevægeapparatet er så omfattende, at det med hendes uddannelsesmæssige baggrund og tidligere erhvervserfaring har udelukket, at hun kan honorere arbejde svarende til halvdelen eller mere.

Det er ganske teoretisk og da heller ikke konkretiseret nærmere i selskabets begrundelse, hvilket arbejde hun skulle kunne udføre. Der er således ingen realitet i det grundlag, der nu anføres for at nedsætte udbetalingen til 1/2 ydelse, jfr. selskabets meddelelse af 24. februar 2009 der vedlægges i kopi."

Selskabet er fremkommet med afsluttende kommentarer i skrivelse af 2/4 2009 til nævnet.

Af de forsikringsbetingelser, der var gældende på sygemeldingstidspunktet i juni 2003, fremgår bl.a.:

"**Grundlag for udbetaling**

Generel erhvervsevnenedsættelse
§ 5. Begrebet generel erhvervsevne er grundlaget for vurdering af, hvorvidt forsikrede er berettiget til forsikringsydelser ved nedsættelse af erhvervsevne.

Stk. 2. Ved generel erhvervsevne forstås evnen til at arbejde som almindelig fuldtidsbeskæftiget ikke blot i forsikredes nuværende eller tidligere erhverv, men i alle erhverv.

Stk. 3. Ved nedsættelse af den generelle erhvervsevne forstås, at forsikrede alene af helbredsmæssige årsager som følge af sygdom eller ulykkestilfælde ikke længere er i stand til at arbejde som almindelig fuldtidsbeskæftiget, og samtidig har et indtægtstab, der mindst

svarer til henholdsvis to tredjedele eller halvdelen af indtægten før nedsættelsen af erhvervsevnen.

Stk. 4. PFA Pension vurderer, hvor meget den generelle erhvervsevne er nedsat. Vurderingen sker på grundlag af en helhedsvurdering under hensyntagen til forsikredes tidligere og nuværende helbredstilstand. Vurderingen er uafhængig af tilkendelse af helbredsbetinget offentlig førtidspension.
…
Stk. 6. Ret til fuld forsikringsydelse indtræder, når forsikredes generelle erhvervsevne i forsikringstiden på grund af sygdom eller ulykkestilfælde er nedsat til en tredjedel eller derunder af den fulde erhvervsevne.

Stk. 7. Er den generelle erhvervsevne i forsikringstiden på grund af sygdom eller ulykke nedsat til mellem en tredjedel og halvdelen af den fulde generelle erhvervsevne, er forsikrede berettiget til halv forsikringsydelse. …

Midlertidig udbetaling ved fagrelevant erhvervsevnenedsættelse
§ 5a. Denne gruppeforsikring er udvidet med en midlertidig dækning ved fagrelateret erhvervsevnenedsættelse.

Stk. 2. Ved fagrelateret erhvervsevnenedsættelse forstås forsikredes erhvervsevne inden for forsikredes fagområder, såvel nuværende som tidligere. Det er således ikke forsikredes nuværende konkrete arbejdsfunktion, men hele det eller de fagområder, som forsikrede har eller har haft beskæftigelse eller uddannelse inden for, som PFA Pension vurderer erhvervsevne- nedsættelsen ud fra.

Stk. 3. Retten til udbetaling af forsikringsydelse skal være indtrådt inden forsikredes 60. år.

Stk. 4. Udbetaling af forsikringsydelse er betinget af, at forsikrede har et indtægtstab, der mindst svarer til henholdsvis to trediedele eller halvdelen af indtægten fra før erhvervsevnenedsættelsen.

Stk. 5. Udbetaling ved fagrelateret erhvervsevnenedsættelse finder sted fra den dag, den fagrelaterede erhvervsevnenedsættelse har varet i tre måneder. Udbetalingen sker månedligt forud med en tolvtedel af den årlige forsikringsydelse. Der kan maksimalt ske udbetaling i en periode på op til seks måneder. Herefter kan der alene ske udbetaling, såfremt forsikredes generelle erhvervsevne er nedsat, jf. § 5. Sker anmeldelsen af forsikringsbegivenheden senere end et år efter den fagrelaterede erhvervsevnenedsættelse, bortfalder retten til udbetaling ved fagrelateret erhvervsevnenedsættelse.

Stk. 6. I de to første år efter ophør af en udbetaling på grund af fagrelateret erhvervsevnenedsættelse kan der ikke på ny ske udbetaling ved et sygdomsforløb, som direkte eller indirekte har sammenhæng med det sygdomsforløb, der tidligere er sket udbetaling på baggrund af.
…
Udbetaling, dokumentation m.v.
§ 5d. Udbetalingen finder sted fra den dag, nedsættelsen af den generelle erhvervsevne har varet i tre måneder. …

Stk. 6. Genvindes erhvervsevnen i en sådan grad, at forudsætningerne for udbetaling af forsikringsydelse ved nedsættelse af erhvervsevnen efter de forannævnte bestemmelser ikke længere er til stede, ophører udbetalingen af forsikringsydelse."

Forsikringsbetingelserne blev ændret med virkning fra den 1/10 2004. De ovenfor gengivne bestemmelser fremgår også af de nugældende betingelser.

Nævnet udtaler:
Efter sin gennemgang af sagen, herunder de fremlagte lægelige og kommunale oplysninger, finder nævnet det ikke godtgjort, at klagerens generelle erhvervsevne er nedsat til en tredjedel eller derunder efter den 1/4 2004. På det foreliggende grundlag kan nævnet derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale fuld forsikringsydelse i perioden 1/4 2004 til 1/3 2007. Nævnet kan følgelig heller ikke kritisere, at selskabet har nedsat ydelsen til halvdelen fra den 1/6 2009.

Herefter, og idet det af klagerens advokat i øvrigt anførte ikke findes at kunne føre til et andet resultat,

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

Marianne Højgaard Pedersen