Ankenævnet *for* Forsikring

Den 15. maj 2019 blev i sag nr. 93165:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har erhvervsevnetabsforsikring.

I klageskema af 29/11 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "Undertegnede, …, klager over PFAs afgørelse af den 16. november 2017 vedrørende nedsættelse til halv invalidepension. I 2006 fik jeg tilkendt fuld invaliditetsydelse, men i forbindelse med PFA's gennemgang af min sag i 2017 satte PFA den ned til halv invalidepension og halv præmiefritagelse med virkning fra den 1. februar 2018. Jeg klagede over afgørelsen den 18. december 2017 og fik afslag på min klage den 1. februar 2018. Mit fagforbund, …, tog også sagen op med PFA i foråret 2018, men den 28. juni 2018 afviste PFA endnu engang at ændre deres afgørelse.
>
> Jeg beder nu Ankenævnet for Forsikring om at tage sagen op, idet jeg håber at få omstødt PFAs afgørelse og igen modtage fuld invalidepension samt fuld præmiefritagelse. Jeg henviser til en lang række dokumenter fra læger - se en generel oversigt over alle mine bilag nederst i dette dokument.
>
> Jeg vil i det følgende gøre rede for, hvorfor jeg ikke mener, PFA har belæg for at nedsætte min invalidepension. Jeg vil især bede Ankenævnet for Forsikring om at forholde sig til fire vigtige ting i PFAs afgørelse af den 16. november 2017 (bilag 4):
>
> 1. PFA har ingen lægelige dokumenter, der dokumenterer, at mit helbred og min erhvervsevne er blevet bedre, og at der dermed er grund til at sætte invalidepensionen ned til det halve.
> 2. PFA har undladt at anvende det mest centrale lægelige dokument fra overlæge [speciallæge 1], reumatologisk afdeling, ... (bilag 5), som giver mig diagnosen hypermobilitetssyndrom og fastslår,

at det er en kronisk tilstand. PFA bruger kun reumatolog [speciallæge 2]s udtalelse fra 2005 (bilag 3) om, at der vil ske en bedring, men det er ikke i overensstemmelse med, hvordan det rent faktuelt er gået.

3. PFA argumenterer for nedsættelsen med, at jeg har en arbejdsuge på 18 timer, men det havde jeg også, da de tilkendte mig fuld invalidepension i 2006, og det bør derfor ikke kunne begrunde en nedsættelse.

4. PFA har i deres afgørelser brugt ikke-valide argumenter om, hvad de kalder, mine fritidsinteresser til at fremstille det som om, at jeg har en bedre funktionsevne, end jeg rent faktisk har, samt undladt at læse [speciallæge 1]s anbefalinger (bilag 5) om at træne for at begrænse udviklingen af sygdommen.

Ad 1. Vdr. at PFA ingen dokumentation har for, at mit helbred er blevet bedre:
I PFAs afgørelse af 16. november står der, at de har lavet en ny vurdering af mit helbred og kommet frem til, at min erhvervsevne skulle være blevet bedre. Men det er ikke i overensstemmelse med alle de forskellige lægers vurderinger – som jeg vil redegøre for i det følgende - samt heller ikke med min egen viden om mit helbred. Jeg lider dagligt af stærke smerter i hænder, arme, skuldre, nakke, baghoved, lænd samt ofte også i hofter og højre fod. Mine smerter forværres blandt andet, hvis jeg bruger mine hænder og arme til at skrive på pc eller i hånden, hvilket jeg derfor undlader at gøre, og jeg har en personlig assistent ansat til at udføre alle skrive- og praktiske opgaver for mig på arbejdet. Jeg får også smerter, når jeg sidder ned i længere tid, løfter mindre ting eller laver andet praktisk arbejde. Derhjemme har jeg hjemmehjælp og indkøbsordning gennem kommunen. Trods disse skånehensyn er mit helbred desværre blevet dårligere og dårligere, og mine smerter er blevet langt værre igennem årene. Min læge har i perioden siden 2006 henvist mig til fem forskellige smertecentre og ordinerer forskelligt smertestillende medicin, som jeg tager dagligt.

I 2006 gav overlæge [speciallæge 1] mig diagnosen hypermobilitetssyndrom og fastslog, at det er en kronisk tilstand. Han påpeger, at der med denne lidelse ofte følger smerteproblemer (direkte citat fra bilag 5): "… disse vil som regel være permanent tilstede, trods behandlingsforsøg, og man må således betragte det som en permanent tilstand."

PFA henviser i begrundelsen for nedsættelsen af invalidepensionen (bilag 4) kun til ortopædkirurg [speciallæge 3] speciallægeerklæring (bilag 6). Men hans vurderinger understøtter ikke PFAs vurdering af, at jeg skulle have fået et bedre helbred.

[speciallæge 3] skriver at: "Hypermobiliteten og …'s subjektive symptomer er efter min vurdering ikke brændt ud […] Behandlingsmulighederne er efter min vurdering fortsat af palliativ karakter med smertestillende medicin og fysioterapi." Og han skriver endvidere at: "Hypermobilitetssyndrom er efter min vurdering en reumatologisk diagnose. Jeg vil anbefale, at PFA-pension indhenter en speciallægeerklæring i reumatologi mhp. vurdering af arbejdsevne, funktionsevne og prognose."

Da jeg den 18/12 2017 klagede over PFAs afgørelse, bad jeg netop om, at de skulle indhente en speciallægeerklæring fra en reumatolog, da hypermobilitet falder under det lægefaglige speciale. Det afviste PFA i første omgang. Men da [fagforbund] pressede på, sendte PFA mig til reumatolog [speciallæge 4] i juni 2018 (bilag 2), der ligeledes fastslår, at "… Funktionsniveauet er hos pågæl-

dende nedsat fortsat generelt i moderat til sværere grad, med et fremadrettet varigt generelt skånehensyn […] Der findes ingen helbredende behandling for selve hypermobiliteten. Tilstanden er at regne for stationær og varig fremadrettet. Tilstanden er kronificeret gennem mange år – og pågældende er udover gener fra et hypermobilitetssyndrom, desuden delvist overgået i et kronisk godartet smertesyndrom med øget smerteoplevelse. Er vanskeligt at remittere og prognostisk kan der ikke forventes en mere væsentlig funktionsbedring i forhold til nuværende."

Jeg er desuden lige blevet vurderet på Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling, … Hospital, i november 2018 af læge [speciallæge 5] (bilag 1), han fastslår "Pt. Lider af hypermobilitetssyndrom, og tilstanden er kronisk. Siden 2004 kun sket en forværring i smertetilstandene, og pt. er delvist overgået til et kronisk godartet smertesyndrom, og funktionsniveauet vurderes endvidere varigt nedsat."

[speciallæge 5] kommer til en modsat konklusion end PFA om min erhvervsevne: "…
funktionsevnen er faldet ifm. arbejde, så hun ikke længere kan holde til at være projektleder. Oplever efter 14 års kronisk smertetilstand en dårligere koncentrationsevne, nedsat hukommelse og lavere stresstærskel.

Har behov for simple opgaver samt en stærk afgrænsning for at kunne klare det. Beskriver øget mængde smerter, når tempoet for arbejdet er højt."

Da jeg i sin tid ansøgte om invalidepension foranledigede PFA, at der blev udarbejdet en speciallægeerklæring af reumatolog [speciallæge 2] i 2005 (bilag 3). Han kom med følgende vurdering: "Patientens aktuelle erhvervsevne skønnes under 1/3, da man som ... er meget afhængig af sin mulighed for at benytte arme/hænderne ved betjening af diverse skriveredskaber og mediateknologi. Den generelle erhvervsevne er ligeledes nedsat til under 1/3, i det at det er vanskeligt at forestille sig en jobfunktion, hvor man ikke skal bruge arme og hænder. Revalidering synes ligeledes ikke mulig". Der er ikke fremkommet nye lægelige vurderinger, der taler imod [speciallæge 2] vurdering af min erhvervsevne. [speciallæge 2] vurdering bør derfor indgå som et stærkt argument i denne sag.

Men PFA vælger udelukkende i sin afgørelse af 16. november 2017 (bilag 4) at lægge vægt på, at [speciallæge 2] i 2005 skrev: "Det er mit skøn, at patienten om 5-7 år vil kunne fungere meget bedre". Samtlige læger, jeg er er blevet vurderet af – og som jeg har redegjort for i dette afsnit - har ikke vurderet, at jeg nu fungerer bedre. De har heller ikke fundet grundlag for at skrive - som PFA bruger som argument i bilag 6 - at mine hypermobile led skulle være blevet mere stabile. Konklusionen er tværtimod, at jeg har fået endnu stærkere smerter og dermed et dårligere funktionsniveau.

Ad 2. Undladt at anvende centralt lægeligt dokument fra [speciallæge 1] (bilag 5):
PFA undlader i deres afgørelse (bilag 4) at bruge centrale lægelige oplysninger, selvom den følgende epikrise optræder fire gange i de lægelige dokumenter som indgår i min sag – nemlig vurderingen fra overlæge [speciallæge 1], reumatologisk afdeling, ... (bilag 5), der fastslår, at det er en "… permanent tilstand. Der er ikke nogen helbredende behandling, men man søger gennem træning at begrænse udviklingen". Det er præcis den erfaring, jeg har gjort de sidste 12 år - der er ingen bedring sket.

Ad 3. PFA argumenterer for nedsættelsen med en arbejdsuge på 18 timer:

4. 93165

PFA skriver i bilag 4, at de har lagt vægt på, at jeg har en arbejdsuge på 18 timer. Da jeg blev syg i 2004, begyndte jeg på min læges anvisning at arbejde maksimalt 18 timer om ugen. Jeg havde således også den arbejdstid, da PFA tilkendte mig fuld invalidepension i 2006. Jeg har bidt tænderne sammen og gået på arbejde trods stærke smerter i 18 timer om ugen, fordi jeg gerne har villet bevare mit job. Der er hård kamp om jobbene nutildags, og jeg har vurderet, at der ville være for stor risiko for at miste det ved kortere arbejdstid. PFA har fra starten valgt at give mig fuld invalidepension trods 18 timers arbejdsuge og har aldrig problematiseret det, eller på nogen måde gjort mig opmærksom på, at det skulle være et problem i relation til at få fuld invalidepension. Derfor mener jeg, at det er fuldstændig uetisk, at PFA nu bruger det som et argument for at sætte mig ned til halv dækning.

Det er ligeledes fuldstændig forkert, når PFA vurderer, at jeg med skånehensyn kan arbejde mere end halv tid. Min arbejdsplads har taget og tager fortsat utroligt mange skånehensyn, og som [speciallæge 5] fra Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling skriver i sin konklusion (bilag 1), er jeg kompenseret tilstrækkelig grad og funktionsniveauet er varigt nedsat, så PFA har ingen dokumentation for, at jeg ville kunne holde til at arbejde mere.

Med en 18 timers arbejdsuge lyder det som om, jeg har mere end 1/3 erhvervsevne, men jeg kan jo netop ikke arbejde selvstændigt halv tid, da jeg behøver min assistent til at lave alt mit skrivearbejde og andet praktisk arbejde. Desuden arbejder jeg slet ikke effektivt de 18 timer, jeg har svært ved at koncentrere mig pga. smerterne, så arbejdstempoet lavere end normalen, og jeg er nødt til at holde mange pauser, hvile mig og til tider gå tidligere hjem. Jeg kan således på ingen måde kategoriseres som en regulær halv arbejdskraft, sådan som PFA fremstiller det.

Ad 4. PFAs ikke-valide argumenter om, hvad de kalder, mine fritidsinteresser:
PFA skriver desuden i deres begrundelse for nedsættelsen af invalidepensionen (bilag 4):
"… har du fritidsinteresser såsom; gå lange ture, cykling samt styrketræning." Jeg vil gerne præcisere her, hvilket ortopædkirurg [speciallæge 3] har noteret fuldstændig korrekt (bilag 6), at jeg kun kan gå korte ture på maks 10 minutter, at jeg for at transportere mig på arbejde cykler på en elcykel, netop fordi det ikke belaster mine led at træde den, og endelig kan jeg kun lave meget let træning – det er ikke styrketræning, men varmtvandsbassintræning på ... samt derhjemme, hvor jeg laver et let gymnastikprogram som en fysioterapeut på […] Hospitals smertecenter har lavet til mig. Jeg følger således reumatolog [speciallæge 1] lægelige anbefaling (bilag 5): "Der er ikke nogen helbredende behandling, men man søger gennem træning at begrænse udviklingen." Der er altså ikke tale om fritidsinteresser, men om at jeg dyrker let motion for at begrænse sygdommens udvikling. Det burde ikke komme mig til skade i PFAs revurdering af min erhvervsevne.

Min egen læge,… siger da også konkluderende (bilag 7): "Patienten forsøger at holde sig i form, hvilket er godt for grundsygdommen ved let træning såsom varmtvandsgymnastik. […] Det er min klare opfattelse, at patienten har gjort, hvad der står i hendes magt mhp. at forbedre sin funktionsevne [...] Det skønnes, at patientens erhvervsevne fortsat er nedsat til under 1/3 i dette og i alle fag."

Selskabet har i brev af 21/12 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"**Hvilken type forsikring er der tale om?**

Ordningen er oprettet den 1. februar 1996 via forsikredes tidligere arbejdsgiver … pensionsfond. Ordningen gik i 1997 i fripolice, hvor forsikrede valgte at viderefører ordningen privat. I forbindelse med forsikredes ansættelse hos [arbejdsgiver] i 2000 blev ordningen overtaget af [arbejdsgiver].

Ordningen giver ret til invalidepension og præmiefritagelse, når forsikredes erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykkestilfælde nedsættes med 2/3. Nedsættes erhvervsevnen med halvdelen giver forsikringen ret til halv invalidepension og halv præmiefritagelse.

Der henvises til forsikringsbetingelser af 1. juni 1994 (bilag A).

Hvad handler tvisten om – parternes overordnede synspunkter?
Forsikrede er utilfreds med, at PFA pr. 1. februar 2018 har nedsat hendes ydelser fra fuld invalidepension og præmiefritagelse til halv invalidepension og præmiefritagelse. Selskabet har nedsat ydelserne med henvisning til, at forsikrede ikke har godtgjort, at hendes generelle erhvervsevne efter dette tidspunkt er nedsat med to tredjedele. Det er selskabets vurdering, at forsikredes erhvervsevne er nedsat til mellem halvdelen og en tredjedel og at hun derfor alene er berettiget til halve ydelser.

Sagsfremstilling
Forsikrede er født i [1960-erne]. Forsikrede er uddannet ... i 1996 og blev i 1999 ansat hos [arbejdsgiver] som ..., hvor hun fortsat er ansat på nedsat tid.

Ved anmeldelse af 16. februar 2005 ansøgte forsikrede om udbetaling ved tab af erhvervsevne.

Som diagnose oplyste forsikrede i anmeldelsen: ”*Tennisalbuer i begge arme samt nakkesmerter*”. Samtidig oplyste hun, at hun var blevet sygemeldt den 25. oktober 2004 (bilag B).

Efterfølgende oplyste forsikrede telefonisk, at hun den 14. februar 2005 havde genoptaget sit arbejde to timer dagligt og ved samtale med PFA den 28. februar 2005 oplyste forsikrede videre, at hun havde øget timeantallet fra 15 til 18 timer om ugen. Hun arbejdede fortsat som ... i [arbejdsgiver]. Hun oplyste desuden, at hun havde en assistent, der skrev for hende.

Til brug for sagens behandling indhentede selskabet en række lægelige akter, herunder journal fra egen læge og Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik. Selskabet foranstaltede desuden en reumatologisk speciallægeundersøgelse.

I Arbejds- og Miljømedicinsk Kliniks speciallægeerklæring (bilag C) udarbejdet på baggrund af undersøgelse den 9. februar 2005 er følgende blandt andet noteret:
*”**Objektivt***
Columna cervicalis: normal fleksion, ekstension og rotation. Der er udtalt palpationsømhed svarende til musculus trapezius bilat.

Columna thorakolumbalis: fri bevægelighed, kan nå gulv med begge hænder ved antefleksion, nat. ekstension og rotation let accentueret thorakalkyfose scapula alatae i let grad.

OE: fri bevægelighed i alle led. Der er diffus ømhed af overarms- og underarmsmuskulaturen, specielt svarende til ekstensormuskulaturen, ganske let ømhed svarende til epikondylerne bilat., men

ingen indirekte ømhed, ej heller indirekte ømhed ved supination mod modstand eller ekstension af 3. finger mod modstand. Intet på ve. side. Normal egal sensibilitet bilat.

Columna thorakolumbalis: fri bevægelighed, kan nå gulv med begge hænder ved antefleksion, nat. ekstension og rotation let accentueret thorakalkyfose scapula alatae i let grad.

Resumé og konklusion
Det drejer sig om en …-årig ... som siden 1999 har arbejdet som ... i [arbejdsgiver]. Arbejdet er varieret arbejde men 1 gang årligt arbejdet ved computer noget mere end i den øvrige periode. I denne periode arbejder pt. ca. 4-5 timer dagligt ved sin computer, hvor det primært drejer sig om tekstbehandling og musebruget er begrænset. Udvikling efter få ugers sådant skrivearbejde smerter i hø. underarm, flyttede herefter musen over i ve. hånd, hvorefter smerterne debuterede her. Smerterne har efterhånen udviklet sig således at de stråler op i begge overarme og op i nakkeskulder.

Har gennemgået diverse former for fysioterapeutisk behandling uden effekt. Ligeledes fået blokader uden effekt og måtte sygemelde sig den 25.10. Har indtil i går været sygemeldt.

Er nu påbegyndt en ordning, hvor pt. skal arbejde 18 timer om ugen hvor pt. i videst muligt omfang vil undgå skrivearbejde, idet en anden medarbejder vil tage sig af dette.

Pt. bærer 2 håndledsskinner og oplyser at smerterne aktuelt er således at hun ikke kan skrive mere end ganske få ord, hvorefter der kommer smerter i arme, strålende om i nakkeskulder. Smerterne er invaliderende, pt. kan intet foretage sig de næste dage. Har det bedst når hun aflaster fuldstændig.

Objektivt
Findes i dag ingen tegn på epikondylitis, men diffus muskulær ømhed af nakkeskuldermuskulatur, overarmsmuskulatur og underarmsmuskulaturen.

Det er svært at forklare hvorfor pt. har vedvarende gener og hvorfor en så relativ lille belastning har medført symptomer af denne karakter. Det vides i dag at aktivt arbejde med mus i mere end 20-25 timer medfører en øget risiko for smerter, men at der ikke er fundet nogen overhyppighed af egentlig lidelser af arbejde med hverken mus og tastatur. Pt. opfordres til at deltage i holdningskorrigerende gymnastik, motions- og styrketræningsprogrammer, hvor belastningen er meget lille og evt. svømme flere gange ugentligt. Jeg oplyser til pt. at jeg ikke finder at pt. har nogen lidelser i form af hverken tennis eller golfalbue og at prognosen skulle være god. Det er vigtigt at hun fortsætter i sit arbejde, selvom det i perioder vil betyde at smerterne tiltager. Hos langt de fleste med belastningsrelaterede smerter er forløbet godartet og smerterne forsvinder efter en kortere eller længere periode. Jeg har undersøgt muligheden af at pt. kunne deltage i gymnastikprogram her på BBH via vores rheumatologiske afdeling, men dette er ikke muligt. Med hensyn til evt. anmeldelse af lidelsen til Arbejdsskadestyrelsen findes dette ikke relevant idet sådanne lidelser for øjeblikket afvises i arbejdsskadesystemet."

Af den indhentede speciallægeerklæring fra speciallæge i reumatologi dateret den 15. august 2005 (forsikredes bilag) fremgår blandt andet:
*"**Konklusion:***

Som udgangspunkt må jeg ud fra de anamnestiske oplysninger og de objektive fund konkluderer, at der foreligger to hovedproblemstillinger:

1. Afklemningssyndrom opadtil i begge underarme. Dette er i overensstemmelse med forværring ved steroidinjektioner og ved selv små muskelspændinger. Der er ingen tegn til egentlig epicondylitis selvom 2 reumatologer har behandlet patienten herfor.

2. Hypermobilitet i generel arvelig form – muligvis en egentlig Ehlers-Danlos syndrom, idet der ses moderat til svær hypermobilitet af mange led, øget hudelasticitet, pastøs hud, familiær anamnese samt mislyd på hjertet (slap bindevæv i hjerteklap).

Lider patienten af sådanne afklemningssyndromer er der overensstemmelse mellem symptomerne og de objektive fund. Desværre finder den ingen sikret diagnostisk metode til at afklare diagnosen på. Elektrofysiologisk undersøgelse kan hjælpe kan hjælpe men ingen sikker argumentation.

Behandlingsmulighederne er meget ringe. Aflastning igennem flere år og en derefter indsættende langsom genoptræning igen over år kan normalisere forholdene. Medicin har ingen effekt. I svære tilfælde kan kirurgisk frilægning komme på tale.

I dette tilfælde er der to forhold som relativt kontraindicerer dette: patientens bilaterale problemer og den generaliserede hypermobilitet, som kan medvirke til et meget dårligt operationsresultat.

Patientens aktuelle erhvervsevne skønnes under 1/3 da man som ... er meget afhængig af sin mulighed for at benytte armene/hænderne ved betjening af diverse skriveredskabet og mediateknologi.

Den generelle erhvervsevne er ligeledes nedsat til under 1/3, idet det er vanskeligt at forestille sig en jobfunktion, hvor man ikke skal bruge arme og hænder.

Revalidering synes ligeledes ikke mulig.

Den aktuelle ordning, hvor patienten får hjælp til det nødvendige skrive/research arbejde, synes ideel, idet en almindelig flexjobordning ikke engang ville være tilstrækkelig til at holde patienten på arbejdsmarkedet.

Det er mit skøn, at patienten om 5-7 år vil kunne fungerer meget bedre."

Den 7. oktober 2005 ringede forsikrede og oplyste, at der skulle være møde på hendes arbejdsplads i slutningen af oktober og at det var afgørende for hendes fortsatte ansættelse, at hun havde modtaget en afgørelse fra PFA forinden. Hun var bekymret fordi kommunen eventuelt også snart stoppede hende sygedagpenge, da hun havde været syg så længe.

I brev af 10. oktober 2005 (bilag D) tilkendte selskabet forsikrede midlertidig fuld invalidepension fra den 25. januar 2005, hvor forsikrede havde været sygemeldt i tre måneder.

Forsikrede underskrev den 9. november 2005 en fuldmagt (bilag E), hvor hun gav hendes arbejdsgiver fuldmagt til at modtage den invalidepension, som hun eventuelt var berettiget til i perioden fra 1. december 2005 og fremover. Fulmagten var betinget af fortsat ansættelse og udbetaling af

løn fra arbejdsgiver. Såfremt invalidepensionen oversteg hendes løn, ville den overskydende invalidepension blive udbetalt til forsikrede selv.

Ved samtale med forsikrede den 16. januar 2006 oplyste forsikrede, at sygedagpengene fra kommunen var stoppet med udgangen af november 2005 og at kommunen havde afvist at drøfte fleksjob.

Forsikrede blev i 2006 udredt på Klinik for Sjældne handikap og af journalen fremgår den 24. august 2006 (forsikredes bilag):
"Informeres om konklusionen ved [S.U.] er samstemmende med min, det vil sige at det ikke drejer sig og Ehlers Danlos syndrom, men at det drejer sig om hypermobilitetssyndrom.
[…]

Hypermobilitets tilstand vil som sagt hos nogen medføre smerteproblemer. Disse vil som regel være permanent tilstede, trods behandlingsforsøg og man må således betragte det som en permanent tilstand. Der er ikke nogen helbredende behandling, men man søger gennem træning af begrænse udviklingen, evt. at bruge træningen som forebyggende inden symptomer opstår. Der er ikke noget videnskabelig bevis for at nogen speciel træning er bedre end anden træning, og der er mange teoretiske overvejelser til grund for diverse træningsformer som f.eks. isometrisk træning, Pilates træning, træning af neuromotorisk kontrol. Hun spørger til sammenhængene med kronisk tennisalbue og indeklemningssyndrom i underarm og behandlingsmuligheder for dette. Jeg har ikke nogen sikker viden om at specielt tennisalbuer skulle være vanskeligere at løse i forbindelse med hypermobilitetssyndrom og heller ikke nogen speciel viden om at det skulle være specielt risikabelt at blive opereret for et evt. indeklemningssyndrom. Rent teoretisk ville jeg forvente at den svækkede arvævsdannelse snarere kunne være en fordel, idet man i hvert kunne afvise at der opstod strammende arvævsdannelse, og at operationen således mislykkedes. Hun spørger ligeledes til de mange springende smerter som hun ikke helt kan sætte i relation til bestemte ting. Jeg har ikke nogen forklaring på dette fænomen."

Selskabet fulgte i 2011 op på forsikrede sag. Ved brev af 9. maj 2011 (bilag F) bevilgede selskabet på baggrund af de indhentede lægelige oplysninger, journal fra undersøgende hospital (bilag G) forsikrede fortsat udbetaling af invalidepension og præmiefritagelse.

Selskabet vurderede i afgørelsen, at forsikredes erhvervsevne stadig var nedsat til en tredjedel eller mindre. Selskabet overgik til en generel vurdering af forsikredes erhvervsevne og begrundede afgørelsen med, at forsikredes helbredstilstand var uændret. Selskabet gjorde i brevet opmærksom på, at selskabet ville følge op på sagen igen i 2016.
Selskabet fulgte i 2016 op på sagen. Ved besvarelse af spørgebrev, underskrevet af forsikrede den 5. oktober 2016 (bilag H), oplyste forsikrede, at hun fortsat var ansat hos samme arbejdsgiver og fortsat arbejdede 18 timer om ugen med hjælp fra en personlig assistent ti timer om ugen.

I forbindelse med opfølgningen foranstaltede selskabet en ortopædkirurgisk undersøgelse af forsikrede. Af erklæringen dateret den 8. juni 2017 (forsikredes bilag) fremgår bl.a.:
*"**Objektiv undersøgelse:***
[…]
Virker ikke smerteforpint. Bevæger sig frit omkring, men oplever ubehag ved at skulle ligge på undersøgelseslejet på ryggen. […]
Columna:

Bækkestand lige. Egal benlængde. Fri og smertefri bevægelighed i columna cervicalis i alle planer. Columna thoracalis og lumbalis bevæges frit og uømt. FG afstand = 0 med ekstenderet knæ.

Ingen palpationsømhed af processus spinosi og paravertebralt.

Højre og venstre skulder:
Ingen strofi. Bevæges fri. Ingen palpationsømhed af skulderled. Ingen nedsat kraft svarende til rotator cuff. Negativ Hawkins og Neers test. Negativ smertebue.

Bevægelse i grader af skuldre:

	Højre		Venstre	
	Aktiv	Passiv	Aktiv	Passiv
Fleksion	180	180	180	180
Abduktion	180	180	180	180
Ekstension	40		40	
Udadrotation	40		40	
Indadrotation, tommel føres til	TH10		TH10	

Højre og venstre albue:
Normalt tonus og trofik, uøm ved palpation.

Bevægelse af højre og venstre albueled i grader:

	Højre	Venstre
Fleksion-ekstension	Bløddelsstop –(-5 grader)	Bløddelsstop – (-5 grader)
Indadrotation/Udadrotation	80/80	80/80

Højre og venstre håndled og hånd:
Der er normal og egal sensibilitet på begge arme ved berøring
Der findes normale og egale forhold omkring begge håndled og fingerled, hvad angår bevægelighed, kraft og stabilitet. 1 finger kan bilateralt appositioneres til underarm.

Resumé og konklusion:
Denne speciallægeerklæring drejer sig om en nu …-årig kvinde […] som for 13 år siden fik stillet diagnosen hypermobilitetssyndrom. [Forsikrede] er aktuelt tilknyttet Smerteklinikken, […] hvor hun behandles med Saroten, Dolol og Panodil.

[Forsikrede] er uddannet … fra 1996. Hun arbejder maximalt 18 timer ugentligt som … hos […]. Hun får hjælp fra personlig assistent i højst 10 timer ugentligt til sit arbejde. […]

[Forsikrede] klarer selv personlig pleje, men får hjælp fra sin kommune til indkøb og rengøring.

[Forsikrede] går til varmtvandstræning en gang om ugen på […]. Hun cykler (elcykel) dagligt til og fra sit arbejde (ca. 30-40 min). I sin fritid går hun til fitness efter evne og går korte gåture.
[Forsikrede] klager aktuelt over:

2) Smerter i hoved, nakke, ryg, arme, hofter og ben. Smerterne er daglige, intermitterende og forværres ved overbelastende fysisk aktivitet og stress. Indimellem er smerterne voldsomt forværret i intensitet, men bedres efter en periode, dog uden at smerterne forsvinder. Lokalisationen af smerterne varierer fra led til led. [Forsikrede] fortæller at hun også har smerterne om natten. Gennem de sidste par år har [forsikrede] oplevet forværring i smertetilstanden og har oftere sygedage på sit arbejde.

[Forsikrede] kommer gående normalt og sidder normalt til speciallægeundersøgelsen. Objektivt finder jeg ikke [forsikrede] smerteforpint fraset subjektive klager, da [forsikrede] skal ligge på undersøgelseslejet. Der er hypermobilitet svarende til ryg, albuer og tommelfingre.

Der er ingen tegn på hævelse eller rødme af skulder-, albue- håndled eller hofte-, knæ-, ankelled. Der findes ingen palpationsømhed af led. Hypermobiliteten og [forsikredes] subjektive symptomer er efter min vurdering ikke brændt ud. Mit lægefaglige indtryk er, at [forsikrede] har subjektive symptomer fra bevægeapparatet som ved speciallægeundersøgelen er vanskelige at objektivisere. [Forsikrede] oplyser, at hendes fysiske aktivitetsniveau er aftaget og at antallet af sygedage på arbejdet er tiltaget pga. tiltagende symptomer fra hendes bevægeapparat.

Hypermobilitetssyndrom er efter min vurdering en reumatologisk diagnose. Jeg vil anbefale, at PFA-pension indhenter en speciallægeerklæring i reumatologi mhp. af vurdering af arbejdsevne, funktionsevne og prognose. Behandlingsmulighederne er efter min vurdering fortsat af palliativ karakter med smertestillende medicin og fysioterapi."

Ved brev af 16. november 2017 (forsikredes bilag) meddelte PFA, at selskabet vurderede, at forsikredes generelle erhvervsevne var nedsat til mellem halvdelen og en tredjedel.

Selskabet fortsatte derfor udbetalingerne og præmiefritagelsen, men regulerede ydelserne ned til halve ydelser pr. 1. februar 2018. Med henvisning til forsikredes fuldmagt fortsatte selskabet udbetalingen af invalidepensionen til forsikredes arbejdsgiver.

Forsikredes repræsentant klagede den 15. december 2017 over afgørelsen og anmodede om en revurdering.

Selskabet revurderede sagen og fastholdt ved brev af 1. februar 2018 afgørelsen (bilag I).

Da forsikrede fortsat ikke var tilfreds med afgørelsen indhentede selskabet på forsikredes anmodning en speciallægeerklæring fra Speciallæge i reumatologi og intern medicin. Af erklæringen dateret den 13. juni 2018 (forsikredes bilag) fremgår blandt andet:

*"**Nuværende lidelser:***
[…]
Der har på et tidspunkt været mistanke om, at pågældende kunne have fibromyalgi, men det er blevet udelukket efter undersøgelse, også på […] hospital.

OBJEKTIVT:
Fremtræder lettere kronisk medtaget.
I hvile på stol ikke forpint.
Bevæger sig overvejende frit.

Sidder godt 30 minutter
Opfylder flere kriterier til hypermobilitet:
- første finger til underarm
- femte finger til ret
- når gulvet med flad hånd og strakte ben.
- hyperekstenderer i flere led.
Columna cervicalis – bevæges frit i rotation til begge sider.
Columna thorakolumbalis – bevæges frit – hypermobilt sidefleksion.
Står lidt usikkert på et ben af gangen.
Rimeligt håndtryk bilateralt.
Omkring højre albue nogen ømhed svarende til extensor muskulaturen, men ikke svarende til en regulær lateral epicondylit.

INDTRYK:
Anamnese med angivet dagligt fysisk funktionsniveau og klager, sammenholdt med objektive undersøgelse og ledsagende oplysninger ,stemmer nogenlunde overens.

Desuden cognitive gener.
Det drejer sig om …-årige kvindelig ..., som igennem adskillige år har haft udbredte gener fra bevægeapparatet.
[…]
Har været forsøgt behandlet symptomatisk gennem mange år, og især siden forværring af de udbredte bevægeapperatrelaterede gener i 2004.
Der er dog ikke sket nogen funktionsbedring, tværimod føles en vis forværring.

Pågældende har et mere væsentlig nedsat alment dagligt funktionsniveau, præget af både fysiske gener, men også de kognitive gener. Har tilknyttet personlig assistent, men klarer dog visse almene fysiske funktioner selvstændigt.
Er noget medtaget af en kraftigere smerteoplevelse set i relation til grundlidelsen.
Der er således tale om hypermobilitet/hypermobilitetssyndrom, som er kronisk.
Invaliditeten grundet dette er varierende ,-oftest uden mere væsentlig begrænsning under lettere ikke led/bevægeapparatbelastende arbejdsfunktioner – men kan hos enkelte være mere udtalt begrænsende.

Funktionsniveauet er hos pågældende nedsat fortsat generelt i moderat til sværere grad, med et fremadrettet varigt generelt skånehensyn.
Der er forsøgt al form for symptomatisk behandling.
Der findes ingen helbredende behandling for selve hypermobiliteten.
Tilstanden er at regne for stationær og varig fremadrettet.
Tilstanden er kronificeret gennem mange år – og pågældende er udover gener fra et hypermobilitetssyndrom , desuden delvist overgået i et kronisk godartet smertesyndrom med en øget smerteoplevelse.

Er vanskeligt at remitter og prognostisk kan der ikke forventes en mere væsentlig funktionsbedring i forhold til nuværende.

Hypermobilitet/hypermobilitetssyndrom
Cognitive gener

Kronisk godartet smertesyndrom"

Ved brev af 28. juni 2018 (bilag J) fastholdt selskabet afgørelsen om udbetaling af halv invalidepension til forsikredes arbejdsgiver og halv præmiefritagelse.
Forsikrede har herefter indbragt sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Vedlagt klagen til nævnet er Besøgssammendrag fra Arbejds- og miljømedicinsk Afdeling af 19. november 2018 (forsikredes bilag). Af sammendraget fremgår bl.a.:
*"**Uddannelses- og erhvervsanamnese***
[…]
Pt. har siden 2004 arbejdet på nedsat tid som ... hos […]; 18 timer ugtl. -4,5 timer dgl. I 4 dg. Blev bevilliget personlig assistent til 10 timer ugtl. (via handicapordning) til skrivning. Pt. sidder på arbejdsplads med personlig assistent ved sin side. Assistent skriver på computer, og pt. dikterer ved siden af; dikterer oplæg, skriv til hjemmesiden, e-mails m.m. Personlig assistent bærer også tungere elementer for pt. De sidste 8 timer ugtl. Bruges til møder og anden aktivitet, hvor pt. ikke har behov for at skrive. Pt.s kontorplads er indrettet med hæve-/sænkebord, to forskellige ergonomiske kontorstile til skiftende aflastning samt sofa til at tage hvil på ved større smerter.

Aktuel status og funktionsevne
Funktion i arbejdet beskrevet ovenfor. Pt. beskriver herudover, at funktionsevnen er faldet ifm. arbejde, så hun ikke længere kan holde til at være projektleder. Oplever efter 14 års kronisk smertetilstand en dårligere koncentrationsevne, nedsat hukommelse og lavere stresstærskel. Har behov for simple opgaver samt en stærk afgræsning for at kunne klare det. Beskriver øget mængde smerter, når tempoet for arbejdet er højt.

I hjemmet har pt. hjemmehjælp til rengøring gange 1 ugtl. samt en indkøbsordning gennem kommunen til indkøb gange 1 ugtl. Herudover har pt. fleks-handicapkørselsordning.

Er udstyret med hjælpemidler i form af specialknive med omvendt greb samt aflastningspuder til at sove med. Beskriver læderet søvn pga. smerter. Kan ikke selv gøre rent. Kan en del af tiden lave halvfærdige retter i mikrobølgeovnen til sig selv. Kan maksimalt selv klare at lave en omelet med en lille salat til fra bunden. Kan selv klare personlig hygiejne.

Medicin
2 tbll. Panodil med modif. 665 mg x 3 dgl.
1 tbl Dolor Retard Uno p.n.
Objektivt
AT: Ut. må hjælpe med at bære ting ind i konsultationen. Pt. må skifte siddestilling efter kort at have rejst sig 3 gange under konsultation på 80 min. Normokoloreret, varm og tør. Klar og orienteret. Højrehåndet.

ET: Middel. Vægt 64 kg, højde 162 cm, begge pt. oplyst.
OE: Pt. fremviser hypermobilitet i hånd- og fingerled.
Psykisk: God formel og emotionel kontakt. Normalt psykomotorisk tempo. Fremstår med normal intelligens samt reel. Fremstår ikke deprimeret. Kan holde tråden i samtalen og har god fortælleevne. Ingen grådlabilitet. Ingen agitation. Ingen positive/produktive symptomer.

Resume

[…]
Har smerter i skuldre, arme, lave del af nakken, og de kan sprede sig op i baghovedet.
Herudover smerter i hofter, højre underben og højre ankel. Pt. har 3-4 ugers drypvise sygedage om året og kæmper sig derudover igennem hverdagen med kroniske smerter forsøgt dækket med 1330 mg Panodil x3 dgl. Samt Dolor Retars Uno p.n. Beskriver arbejdet som tiltagende presset gennem årene, og at smertetilstanden har resulteret i koncentrations- og hukommelsesbesvær samt lavere stresstærskel.

[…]
Konklusion og plan
Pt. lider af hypermobilitetsyndrom, og tilstanden er kronisk. Siden 2004 kun sket en forværring i smertetilstandene, og pt. er delvist overgået til et kronisk godartet smertesyndrom, og funktionsniveauet vurderes endvidere varigt nedsat. Pt. er kompenseret med personlig assistent i hvad, der vurderes som tilstrækkelig grad, men på trods af dette går pt. ofte på arbejde med mange smerter. Det skønnes fordelagtigt med en god afgrænsning af pt.s opgaver, der ydermere bør være fhv. simple af karakter. Der kan derfor ikke forventes en bedring i tilstandene, og da der allerede er forsøgt at lave adskillige fastholdelsestiltag, skønnes et fastholdelsesfleksjob at være et fornuftigt tiltag.

Diagnose:
/DZ04.8E Kontakt mhp. erhvervsevnevurdering
DM35.7 Hypermobilitetssyndrom
DR52.2E Komplekse langvarige eller kroniske ikke-maligne smerter/"

Begrundelse for PFA's "afgørelse"
Selskabet har udbetalt invalideydelser og bevilget præmiefritagelse i perioden fra den 25. januar 2005 og frem til 1. februar 2018, hvor selskabet regulerede ydelserne ned til halve ydelser, idet selskabet ikke længere vurderede erhvervsevnen nedsat med mindst to tredjedele, men alene halvdelen.

Forsikrede har modtaget dækning i cirka 13 år, og efter nævnets praksis – herunder blandt andet nævnets kendelse i sag 92164 – påhviler det selskabet i en sådan situation at godtgøre, at der er indtruffet en sådan bedring af klagerens forhold, som fører til, at hun ikke længere har det hidtidige dækningsberettigende erhvervsevnetab, medmindre selskabet har sandsynliggjort, at tilkendelse af helbredsbetingede ydelser har bygget på alt for lempelige vurderinger af klageren eller i øvrigt har haft kulancemæssigt præg.

Det gøres i den forbindelse gældende, at forsikredes helbredstilstand er forbedret i en sådan grad, at hun ikke længere opfylder betingelserne for udbetaling af fulde ydelser. Herudover gøres det gældende, at bevillingen af fuld invalidepension og fuld præmiefritagelse siden tilkendelsen i 2005, og i hvert fald siden 2011, hvor selskabet overgik til en vurdering af den generelle erhvervsevne, er sket på baggrund af alt for lempelige vurderinger af forsikredes erhvervsevne. Selskabet har derfor været berettiget til at ændre udbetalingen af invalidepension og præmiefritagelse ned til halve ydelser, idet den generelle erhvervsevne ikke er nedsat med mindst to tredjedele, men alene halvdelen.

PFA har ved sin vurdering lagt vægt på følgende omstændigheder:

14. 93165

I henhold til forsikringsbetingelserne giver forsikringen ret til fulde ydelser, når den generelle erhvervsevne er nedsat på grund af sygdom eller ulykkestilfælde til en tredjedel eller derunder af den fulde erhvervsevne. Forsikredes erhvervsevne skal således vurderes i forhold til den brede vifte af erhverv, som man med rimelighed kan forlange, at forsikrede måtte påtage sig og ikke kun i forhold til forsikredes hidtidige erhverv som ....

Ved ansøgningen i 2005 anmeldte forsikrede til PFA, at hun havde gener i form af armsmerter som følge af diagnosen tennisalbuer. Forsikrede har efterfølgende fået stillet diagnosen hypermobilitetssyndrom.

Ved vurderingen af forsikrede midlertidige erhvervsevne indhentede selskabet Reumatologiske Speciallægeerklæring af 15. august 2005. Speciallægen har heri anført, at forsikredes erhvervsevne i forhold til hendes arbejde som ... var nedsat til under 1/3, og at den generelle erhvervsevne ligeledes var nedsat under 1/3, idet lægen fandt det vanskeligt at forestille sig en jobfunktion, hvor man ikke skal bruge arme og hænder. PFA er ikke enig heri. Der findes bestemt jobfunktioner, som ikke er arm- og skulderbelastende. Det bemærkes desuden, at der ikke er tale om nularme. Forsikrede har fuldt bevægelighed og kraft i armene og skuldrene, og der er ikke fundet objektive tegn, som kan begrunde forsikredes subjektive klager.

I Arbejds- og Miljømedicinsk Kliniks speciallægeerklæring af 9. februar 2005 er konstateret fri bevægelighed, normal sensibilitet og alene diffus til let ømhed i ryggen og overekstremiteter (skuldre/arme).

PFA overgik til en vurdering af den generelle erhvervsevne ved brev af den 9. maj 2011 på baggrund af oplysningerne i akterne fra ... om, at der ingen væsentlig ændring var i forsikredes helbredstilstand.

Ved de objektive undersøgelser i forbindelse med udfærdigelse af den ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 8. juni 2017 og den reumatologiske speciallægeerklæring af 13. juni 2018 i forbindelse med PFA's ændring af bevilling, er konstateret normale forhold, herunder vedrørende bevægelighed, kraft og stabilitet, både ved undersøgelse af håndled, arme og skuldre. Der er ikke fundet tegn på hævelse eller rødme af skulder-, albue-, håndled-, hofte-, knæ- eller ankelled og der er ikke konstateret ømhed ved berøring (palpationsømhed). Den ortopædkirurgiske speciallæge har i sin erklæring fundet anledning til at notere, at forsikrede *"kommer gående normalt og sidder normalt til speciallægeundersøgelsen. Objektivt finder jeg ikke [forsikrede] smerteforpint fraset subjektive klager, da forsikrede skal ligge på undersøgelseslejet."* På den baggrund, sammenholdt med forsikredes funktionsniveau, er det PFA's vurdering, at forsikredes generelle erhvervsevne er nedsat med halvdelen, men ikke nedsat med mindst to tredjedele af helbredsmæssige årsager - sygdom eller ulykkestilfælde.

PFA bemærker, at der i de to indhentede speciallægeerklæringer i 2017 og 2018, udarbejdet med et års mellemrum, ikke er konstateret nogen objektiv lægelig forværring, men at forsikrede subjektive gener synes tiltaget. Det bemærkes, at selskabets afgørelse om nedsættelse af ydelser blev givet på baggrund af den ortopædkirurgiske speciallægeerklæring dateret 8. juni 2017 sammenholdt med de tidligere indhentede helbredsmæssige oplysninger, og at den reumatologiske erklæring blev indhentet på forsikredes anmodning efter selskabets vurdering om nedsættelse af ydelser til halvdelen.

15. 93165

Der er ved de lægelige undersøgelser hos henholdsvis ortopædkirurg, reumatolog og på Arbejds- og miljømedicinsk Afdeling samlet set, alene gjort særdeles beskedne kliniske fund, ligesom at forsikredes funktionsniveau i dagligdagen, både fysisk, mentalt og socialt, beskrives tilnærmelsesvis normal med fritidsinteresser og sociale arrangementer, ligesom at hun cykler (el-cykel) til og fra sit arbejde, 30-40 minutter af gangen.

PFA bemærker desuden, at diagnosen hypermobilitet er en normal og godartet tilstand, hvilket bekræftes i reumatologisk speciallægeerklæring af 13. juni 2018. Tilstanden giver som udgangspunkt ikke funktionsbegrænsninger, men patienter med denne diagnosen bør undgå overbelastning af leddene. Det bemærkes, at diagnosen fibromyalgi er blevet udelukket.

PFA anerkender, at forsikredes erhvervsevne er nedsat, men der er ikke dokumentation for, at erhvervsevne er nedsat med mindst to tredjedele, ligesom at bevillingen af fulde ydelser er sket på alt for lempelige vurderinger. PFA henviser i den forbindelse til nævnets kendelse i sag 92164, hvor nævnet gav PFA medhold i, at der var foretaget en alt for lempelig vurdering af klagerens helbred.

Det er PFA's vurdering, at forsikrede – med hendes helbredsmæssige gener – burde kunne arbejde over en tredjedel tid eller mere i et erhverv, såfremt forsikredes skånehensyn over for ledbelastende arbejde, specielt armbelastende arbejde, stressende arbejde og ensidigt gentagende arbejdsfunktioner blev iagttaget. Forsikrede har gennem de seneste 13 år vist, at hun kan arbejde 18 timer om ugen, dog med 10 timers hjælp til skrivearbejde. Det er vores vurdering, at forsikredes aktuelle arbejde som ... med arbejdsfunktionerne overvejende i form af stillesiddende kontorarbejde og som, ifølge Besøgssammendrag fra Arbejds- og miljømedicinsk Afdeling gennem årene har været "tiltagende presset", på ingen måde tilgodeser forsikredes skånebehov. Den ugentlige arbejdstid har i øvrigt været fordelt på dagene mandag til torsdag med en fridag om fredagen. Den ugentlige fridag ses ikke begrundet i eksempelvis et ønske om en fridag midt på ugen til at kunne restituere. Der ses således ikke dokumentation for, at forsikrede ikke også skulle kunne arbejde om fredagen.

PFA bemærker endvidere, at man i dag – i modsætning til i 2005 – har en lang række arbejdsmæssige hjælpemidler, herunder talegenkaldelse, således at man ikke blot kan aflaste, men helt undgå armbelastende skrivearbejde.

PFA gør opmærksom på, at forsikrede ikke er blevet arbejdsprøvet i kommunalt regi, men er vedblevet med at arbejde i hendes hidtidige erhverv som .... Der foreligger således ikke oplysninger om, i hvilket omfang forsikrede ville kunne arbejde i en arbejdsfunktion, der på mere optimal vis kompenserende forsikredes skånehensyn. Der er dog en indikation af, at omfanget ikke er under 18 timer om ugen, hvilket er det timeantal, som forsikrede har præsteret at arbejde gennem de seneste 13 år. Det er mere end en tredjedel tid.

Konklusion
På baggrund af det anførte fastholder PFA, at selskabet har været berettiget til at nedsætte forsikredes invalidepension og præmiefritagelse til halve ydelser med henvisning til, at forsikredes generelle er erhvervsevne ikke er nedsat med to tredjedele efter den 1. februar 2018.

Klageren har i brev af 13/1 2019 til nævnet bl.a. anført:

"…
Indlægget indeholder en længere sagsfremstilling og begrundelse for nedsættelse af fuld invalidepension og præmiefritagelse. Der savnes imidlertid en afgørende ting: helt grundlæggende mangler PFA, at fremlægge dokumentation for, at jeg i 2018 skulle have fået et bedre helbred end jeg havde i 2005. Det er min klare observation, at PFA har refereret **meget selektivt** fra mine lægelige dokumenter og lavet en **fejlagtig fremstilling af mit helbred og funktionsevne**. Det står klart, når man læser disse epikriser og speciallægeerklæringer i deres fulde længde, at der ikke er sket en bedring af mit helbred og dermed heller ikke af min generelle erhvervsevne, og **PFA har således ikke dokumentation for, at de har ret til at nedsætte min dækning fra hel til halv ydelse.**

Udover mine følgende uddybende bemærkninger til PFAs indlæg, beder jeg især om at Ankenævnet forholde sig til min sagsfremstilling i min klage indgivet til Ankenævnet 27. november 2018 - for således ikke her at gentage alt det, der står deri. Min sagsfremstillingen der er bygget op omkring fire punkter, hvor jeg grundigt redegør for, at mit helbred og erhvervsevne løbende er blevet dårligere i gennem årene samt kommenterer på fejlslutninger i PFAs brev af 17. november 2017, der indholder afgørelsen om nedsættelse af invaliditetsydelse (mit bilag 4).

Vdr. PFAs bevisbyrde
Ankenævnet har tidligere fastslået, at i en situation, hvor pensionsselskabet har ydet dækning i en årrække, **påhviler det selskabet at godtgøre**, at der er indtruffet en sådan **bedring af klagers forhold**, at klager ikke længere har det hidtidige dækningsberettigede erhvervsevnetab.

PFA har således bevisbyrden for, at min aktuelle og generelle erhvervsevne ikke længere er nedsat med 2/3, sådan som reumatolog [speciallæge 2] fastslog i sin speciallægeerklæring – som PFA selv indhentede i 2005 (mit bilag nr. 3). Mit helbred og dermed min erhvervsevne er tilmed løbende forværret gennem årene – det har jeg redegjort grundigt for i klageskrivelsen af indgivet til Ankenævnet 27. november 2018. Jeg lider dagligt af stærke smerter i hænder, arme, skuldre, nakke, baghoved, lænd samt ofte også i hofter og højre fod og disse smerter medfører, at jeg har lav koncentrationsevne og hurtig udtrættes. Jeg er forsat meget handicappet, fordi jeg ikke kan bruge mine arme og hænder til noget, ikke kan sidde eller stå særligt længe eller gå ret meget. Alle disse følger af min kroniske lidelse har været løbende negativt tiltagende gennem årene 2005 til 2018 (og altså ikke blot - som PFA skriver - fra 2017 til 2018), hvilket fremgår i de forskellige lægers epikriser: reumatolog [speciallæge 4] fra 2018 (mit bilag 2), læge [speciallæge 5] Arbejds- og Miljømedicinsk afdeling, ... fra 2018 (mit bilag nr. 1) samt fra 2017 af [egen læge] - min egen læge gennem nitten år (mit bilag nr. 7).

Kommentarer til PFAs forkerte brug af hypermobilitet og -syndrom
I PFAs høringssvar af 21. december 2018 bliver der tegnet et helt andet billede af mit helbred og af min sygdom – hypermobilitetssyndrom. For eksempel bliver der lagt stor vægt på udtalelser fra ortopædkirug [speciallæge 3] speciallægeerklæring (mit bilag nr. 6) at ”forsikrede kommer gående normalt og sidder normalt til speciallægeundersøgelsen.

Objektivt finder jeg ikke forsikrede smerteforpint fraset subjektive klager, da forsikrede skal ligge på undersøgelseslejet. ” For det første **er** jeg meget smerteforpint, men gør en dyd ud af ikke hele tiden at vise det, beklage mig og belemre mine omgivelser med mine smerter, så der er ikke tale om en valid observation, der har bund i virkeligheden.

Desuden hører min sygdom hypermobilitetssyndrom under et andet lægefagligt speciale – reumatologi – hvilket [speciallæge 3] selv gør opmærksom på – han spørger mig direkte under undersøgelsen: ”hvorfor er du sendt hen til mig”og han skriver selv afslutningsvis i speciallægeerklæringen, at PFA bør lade mig blive undersøgt af en reumatolog, hvilket PFA afviser i første omgang. Men da mit fagforbund lægger pres på, indvilliger PFA i at sende mig til en reumatolog. Det er således ikke sagligt, når PFA i overvejende grad i sin argumentation henviser til [speciallæge 3] speciallægeerklæring, som er en læge med det forkerte speciale, og jeg vil derfor bede om, at man ser helt bort fra hans udtalelser i denne sag.

Dette understøttes af, at PFA selv indvilligede i, at der skulle indhentes en ny speciallægeerklæring. Ankenævnet bør derfor overordnet set ikke tillægge [speciallæge 3] speciallægeerklæring nogen værdi.

I høringssvaret skriver PFA om hypermobilitet det er ”…en normal og godartet tilstand(…) giver som udgangspunkt ikke funktionsbegrænsninger…osv.” Men det er fejlagtigt at benævne min diagnose hypermobilitet, jeg lider af hypermobilitetssyndrom, som er en diagnose, man først får, når man har fået smerter, store funktionsbegrænsninger og skader efter overbelastning af leddene. Derfor beder jeg Ankenævnet være meget opmærksom på denne fejlagtige brug og sammenblanding af diagnoserne.

Som overlæge [speciallæge 1] - der gav mig diagnosen - netop påpeger om hypermobilitetssyndrom (direkte citat fra mit bilag 5): ”...Det er således sammenhængen mellem hypermobiliteten og symptomerne der gør det til et syndrom.” Og [speciallæge 1] forsætter ang. at det er en lidelse, der ofte giver store smerteproblemer "...disse vil som regel være permanent til stedet, trods behandlingsforsøg, og man må således betragte det som en permanent tilstand." Og reumatolog [speciallæge 4] (mit bilag 2) skriver: ”...funktionsniveauet er hos pågældende nedsat fortsat generelt i moderat til sværere grad, med et fremadrettet varigt generelt skånehensyn (.....) tilstanden er at regne for stationær og varig fremadrettet (...) og prognostisk kan der ikke forventes en mere væsentlig funktionsbedring i forhold til nuværende."

Desværre er der ikke lavet særlig meget forskning omkring hypermobilitetssyndrom, og derfor findes der kun få objektive kriterier – jeg lever op till dem alle – blandt andet ’scorede’ jeg højt på Beightons test dvs. at syv ud af de ni led, man måler på, er hos mig hypermobile i stor grad (udfaldet af min test er omtalt af [speciallæge 1] i bilag 5). Desuden anvendes forskellige kvalitative udredninger til at stille diagnosen hypermobilitetssyndrom (HMS), hvor [speciallæge 1] netop anfører, at jeg har disse symptomer og giver mig diagnosen tilbage i 2006. Desuden finders der i tusindvis af enslydende udsagn fra HMS-patienter om, at skader og belastninger af leddene giver dem store varige mén i form af stærke smerter og store funktionsnedsættelser. Så at der - ligesom ved mange andre sygdomme ikke findes mange målbare gener bør ikke – som PFA gør - bruges negativt mod mig til at fremmale et billede af, at jeg er langt raskere end jeg er. Som bekendt er lidelsen på den officielle sundhedsfaglige liste over kroniske lidelser – og det **har i mit tilfælde givet mig et permanent smerteforløb**, hvilket bekræftes af flere af mine lægers udtalelser fx [speciallæge 1] (mit bilag 5), [speciallæge 4] (mit bilag 2), samt [egen læge], (mit bilag 7) samt er årsagen til, at min egen læge fem gange har henvist mig til smertecentre, og at jeg dagligt tager smertestillende medicin.

På baggrund af det ovenstående vil jeg gerne problematisere, at PFA generelt hele tiden forsøger sakse lige præcist de passager fra lægernes beskrivelser af mit helbred, som kan lyde som om, jeg

er blevet raskere, men det er jeg ikke blevet, og jeg vil derfor bede Ankenævnet om at læse den fulde ordlyd af disse lægelige dokumenter, hvor det fremgår tydeligt, hvor plaget jeg forsat er af min kroniske lidelse. Når man læser lægernes beskrivelser i deres fulde længder fremgår det nemlig tydeligt, at jeg ikke er blevet mindre syg – tværtimod – så helt overordnet har PFA ingen dokumentation for, at min erhvervsevne dermed skulle være blevet bedre. Så da bevisbyrden påhviler PFA, har selskabet ingen retmæssig dokumentation for at nedsætte min invaliditetsdækning fra fuld til halv ydelse.

Vdr. PFAs påstand om for lemplige vurderinger
I høringssvaret skriver PFA desuden, at bevillingen af fuld ydelse er sket på alt for lempelige vurderinger og henviser til, at det også er sket i sag 92164. For det første er der stor forskel på den sag og min sag, da det i mit tilfælde er således, at mit helbred ikke har forandret sig til det bedre gennem årene. Desuden bygger PFAs tilkendelsen af fuld ydelse til mig fra 2005 på reumatolog [speciallæge 2] (mit bilag nr. 3) vurdering af min erhvervsevne i den speciallægeerklæring, som PFA oprindeligt selv indhentede i 2005. Det er selvfølgelig meget bekvemt for PFA nu at skyde det ind under, at de dengang har lavet for lempelige vurderinger, men **rent faktuelt var PFAs vurderingen af erhvervsevne helt enslydende med lige præcist det, [speciallæge 2] skrev om min aktuelle og generelle erhvervsevne, at den er "....nedsat til under 1/3" (se fuldeordlyd i mit bilag 3)** - og det bør derfor ikke være muligt bare at kunne lave så drastiske ændringer i en kundes invaliditetsydelse ved at skyde det ind under, at det var en for lempelig vurdering – **uden** at have solid dokumentation for, at forsikringstageren nu skulle være blevet raskere. Når Ankenævnet læser den fulde ordlyd af de forskellige lægers udtalelser, vil I kunne se, at både [speciallæge 4], [speciallæge 5] og [egen læge] understreger, at jeg stadigvæk er lige så smerteplaget og handicappet, som da [speciallæge 2] kom med sin vurdering i 2005.

Vdr. PFAs kommentarer om antallet af arbejdstimer og skånehensyn
PFA påstår i høringssvaret, at jeg vil kunne arbejde flere timer om ugen end nu, og at det ikke handler om restitution, når jeg holder fri om fredagen i stedet for midt på ugen. Det er ikke et validt argument, da jeg har erfaret, at det for mig virker mest effektfuldt og genopbyggende at have en lang restitutionsperiode fra fredag til og med søndag.

PFA bruger også som et argument for nedsættelsen, at jeg "…gennem tretten år har arbejdet atten timer om ugen, dog med ti timers hjælp til skrivearbejde." Som jeg i min klage af 27. november 2018 fastslog: "Da jeg blev syg i 2004, begyndte jeg på min egen læges anvisning at arbejde maksimalt 18 timer om ugen. Jeg havde således også den arbejdstid, da PFA tilkendte mig fuld invalidepension i 2005. Jeg har bidt tænderne sammen og gået på arbejde 18 timer om ugen trods stærke smerter, fordi jeg gerne har villet bevare mit job. Der er hård kamp om jobbene nutildags, og jeg har vurderet, at der ville være for stor risiko for at miste det ved kortere arbejdstid. PFA har fra starten valgt at give mig fuld invalidepension trods deres kendskab til min 18 timers arbejdsuge og har aldrig problematiseret det, eller på nogen måde gjort mig opmærksom på, at det skulle være et problem i relation til at få fuld invalidepension. Derfor mener jeg, at det er fuldstændig uetisk, at PFA nu bruger det som et argument for at sætte mig ned til halv dækning. Hvis det med timetallet er meget afgørende, burde PFA have orienteret mig om det og givet mig mulighed for at handle på den oplysning inden en nedsættelse – da et forsikringsselskab jo har pligt til at oplyse og betjene deres kunder og pensionsindskydere fair og rimeligt.

PFA anfører gang på gang, at jeg med endnu flere skånehensyn på mit nuværende arbejde kan arbejde mere end halv tid. Min arbejdsplads har taget og tager fortsat utroligt mange skånehensyn,

og som [speciallæge 5] fra Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling skriver i sin konklusion (bilag 1), er jeg kompenseret i tilstrækkelig grad og funktionsniveauet er varigt nedsat, så PFA har ingen dokumentation for, at jeg ville kunne holde til at arbejde mere.

Med en 18 timers arbejdsuge lyder det som om, jeg har mere end 1/3 erhvervsevne, men jeg kan jo netop ikke arbejde selvstændigt i 18 timer, da jeg behøver min assistent til at lave alt mit skrivearbejde og andet praktisk arbejde. Det er ikke 18 timers effektiv arbejdstid, da det desuden tager ekstra tid, hele tiden at skulle instruere min assistent i alt, hvad der skal gøres. I det hele taget arbejder jeg slet ikke effektivt de 18 timer, da jeg har svært ved at koncentrere mig pga. smerterne, så arbejdstempoet er lavere end normalen, og jeg er nødt til at holde mange pauser, hvile mig og til tider gå tidligere hjem eller melder mig syg hele dage. **Min effektive arbejdstid er dermed under 12 timer om ugen**, og jeg kan således på ingen måde kategoriseres som en regulær halvtids arbejdskraft – sådan som PFA fremstiller det.

For første gang her i høringssvaret fra 21. december 2018 skriver PFA, at de nu mener, at det er min nuværende arbejdsplads, det er galt med, og at jeg i et andet type job kunne arbejde langt flere timer. Der findes ikke nogle typer job i dag, hvor man ikke skal bruge sine hænder og arme, hvilket [speciallæge 2] også gjorde opmærksom på (mit bilag 3), da han skrev:

”Den generelle erhvervsevne er ligeledes nedsat til under 1/3, i det at det er vanskeligt at forestille sig en jobfunktion, hvor man ikke skal bruge sine arme og hænder. Revalidering synes ligeledes ikke mulig. ”

Jeg får desværre også mange smerter af at gå og stå eller sidde ned, har koncentrationsproblemer, er lyd- og lysfølsom, og bliver i det hele taget meget træt efter fire en halv times arbejde. På grund af alle disse problemer har jeg meget svært ved at forestille mig et arbejde, hvor man ikke enten skal sidde eller stå, bruge sine hænder og arme eller på anden måde udføre en funktion, så et andet type arbejde vil ikke kompensere for det. Alternativet kunne så være slet ikke at arbejde, men det er ikke muligt for mig økonomisk.

Jeg kan heller ikke klare mig udelukkende ved hjælp af talegenkendelse, som foreslået af PFA – det er ikke muligt at indtale tekster fejlfrit, og jeg vil gentagende gange skulle lave manuelle rettelser, hvilket jeg ikke kan tåle selv at gøre. Faktisk har jeg afprøvet talegenkendelsessystemer og fået mange undervisningsgange i det fra det offentlige handicaphjælpecenter CSV - og det er ikke lykkes mig at komme til at betjene alle funktioner på computeren kun ved hjælp at talegenkendelse. Systemet kræver, at man kan indtale hele sætninger og afsnit meget præcis ud i én lang køre, for ellers kan det ikke genkende godt, hvad man siger. Men desværre kan det ikke anvendes til at skrive især …, kreative tekster, hvor jeg - ligesom alle andre - er nødt til at arbejde med sproget ned i detaljen ved at omformulere og ændre ord midt i sætningen, men systemet kan ikke håndtere, at der pauser i indtaling, så genkender det ikke, hvad man siger, og så kommer der utrolig mange fejl (hvilket der også gør i mindre grad ved almindelige emails), som skal rettes manuelt, og det bliver meget belastende for mine arme og hænder.

Min nuværende arbejdssituation med en assistent til skrivearbejdet og en meget forstående arbejdsplads, der tager mange skånehensyn, passer på nuværende tidspunkt godt til min helbredssituation. Som [speciallæge 5] (mit bilag 1) fra Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling skriver, **er** jeg **kompenseret i tilstrækkelig grad på mit nuværende arbejde**, og han skriver netop også, at **funk-**

tionsniveauet er varigt nedsat, så PFA har ingen dokumentation for, at jeg ville kunne holde til at arbejde flere timer eller i et andet type job.

PFAs kommentarer om mit daglige funktionsniveau
Jeg har tidligere i min klage til Ankenævnet d. 27. november 2018 under punkt fire i min sagsfremstilling - påvist fejl i PFAs fremlægning af, hvad selsskabet kalder 'mine fritidsinteresser' i deres afgørelse fra 16. november 2017 (mit bilag 4). Og igen her i høringsvaret af 21. december 2018 skriver PFA, at jeg er "...tilnærmelsesvis normal med fritidsinteresser og sociale arrangementer, ligsom at hun cykler (elcykel) til og fra arbejde....". PFA forsøger bevist at tegne et meget 'lyserødt' billede af mit helbred - og få det til at fremstå som om, at jeg er raskere, end hvad tilfældet er. Det er - som jeg har anført i mit klage – ikke tale om fritidsinteresser, når jeg går til varmtvandsbassintræning på ... samt laver et let gymnastikprogram specialdesignet til mig af en fysioterapeut fra […] hospitals smertecenter, men derimod gør jer begge dele for at følge overlæge [speciallæge 1] (mit bilag 5) anbefalinger om, "...at man gennem træning forsøger at begrænse udviklingen af sygdommen". Der er således slet ikke tale om fritidsinteresser men om, at jeg træner på en skånsom måde for at begrænse sygdommens udvikling. Det burde ikke kommet mig til skade i PFAs revurdering af min erhvervsevne. Ligesom det heller ikke bør gøre det, at jeg kører på elcykel i […] - som jeg har forklaret om i min klage - er det den transportform, der giver den mindst mulig belastning på leddene, og det er jo nødvendigt at tage en eller anden form for transport for at komme på arbejde.

Jeg kan slet ikke selv genkende PFAs beskrivelse af mig – og af, at jeg skulle have et normalt funktionsniveau i hverdagen, så langt fra!!! Det må siges at være langt fra normalen som …-årig, at have en hverdag, hvor jeg ikke kan klare at arbejder mere 18 timer, har assistent på jobbet, og hvor jeg ofte er nødt til at gå i seng på grund af stærke smerter med det samme, jeg kommer hjem, hvor jeg ikke selv kan lave rigtig aftensmad og i det hele taget må afstå fra normale fritidsinteresser. Det falder heller ikke ind under 'normalt funktionsniveau' at være nødt til at modtage hjemmehjælp, indkøbsordning og køre med handicapflextransport, når jeg engang imellem skal ud.

Derfor er det utrolig vigtigt, at mine forskellige læger udtalelser om mit helbred bliver læst i **deres fulde længde og vurderet i en helhed af Ankenævnet."**

Selskabet har i brev af 31/1 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Ankenævnet for Forsikring har via meddelelse på sagsportalen den 14. januar 2019 anmodet PFA Pension (herefter PFA) om at komme med eventuelle bemærkninger til [klagers] (herefter forsikrede) brev af 13. januar 2019.

PFA fastholder, at selskabet har været berettiget til at nedsætte forsikredes ydelser og præmiefritagelse fra fulde ydelser og fuld præmiefritagelse til halve ydelser og halv præmiefritagelse pr. 1. februar 2018. PFA henviser til indholdet af selskabets brev i sagen til Ankenævnet dateret den 21. december 2018.

PFA har følgende enkelte kommentarer til det fremsendte brev på seks sider fra forsikrede.

Indledningsvis skal selskabet gøre opmærksom på, at vi ikke er uenige i diagnosen, hypermobiltetssyndrom. Der er - som anført af forsikrede - tale om en diagnose, hvor der kun findes få objek-

tive kriterier. Diagnosen og symptomerne baserer sig primært på subjektive klager. I forbindelse hermed anfører forsikrede, at der bør ses bort fra den ortopædkirurgiske speciallæges erklæring (forsikredes bilag) og lægens bemærkning om, at han objektivt ikke fandt forsikrede smerteforpint fraset de subjektive klager. Det er forsikredes opfattelse, at der ikke er tale om en valid observation, da hun "ikke beklager sig eller belemre sine omgivelser med sine smerter". PFA gør opmærksom på, at selskabets erhvervsevnevurdering baserer sig på det skriftlige materiale i sagen og da der, som anført også af klageren, alene er meget beskedne objektive fund, så er observationer om forsikredes smertetilstand særdeles relevante for vurderingen.

PFA gør dog opmærksom på, at selskabet ikke uenig i, at forsikrede har gener som følge af lidelsen. I overensstemmelse hermed har selskabet også anerkendt, at forsikredes erhvervsevne er nedsat med halvdelen. Det er dog selskabets vurdering, at der ikke er lægelig dokumentation for, at forsikredes erhvervsevne er nedsat med to tredjedele. PFA henviser i den forbindelse endvidere til selskabets redegørelse i brev af 21. december 2018.

Selskabet bemærker desuden, at forsikredes medicinforbrug er mindsket fra tablet Saroten 10 mg en dagligt, tablet Panodil Retard 665 mg 6 dagligt og tablet Dolol Retard 100 p.n. til, at forsikrede ved den seneste reumatologiske undersøgelse i 2018 anvender tablet panodil 1 gram ved behov og ind imellem tablet Dolol Retard - et ganske ubetydeligt medicinforbrug.

Vi gør opmærksomme på, at de lægelige oplysninger, herunder de indhentede speciallægeerklæringer, er fremlagt i deres fulde længde. PFA har derfor ikke citeret erklæringerne i deres helhed, men fremhævet, hvad selskabet har lagt vægt på ved vurdering af sagen.

Med henvisning til forsikredes bemærkninger vedrørende den reumatologiske speciallægeerklæring af 15. august 2005 (forsikredes bilag) finder PFA anledning til at bemærke, at erklæringen blev indhentet til brug for selskabets vurdering af forsikredes erhvervsevne i eget erhverv. På baggrund af erklæringen tilkendte selskabet forsikrede midlertidige ydelser. Ved indhentelse af en speciallægeerklæring er det speciallægens opgave at beskrive subjektive klager og objektive fund, herunder hvilke funktionsbegrænsninger disse klager og gener medfører. Vurderingen af erhvervsevnen er en juridisk vurdering på baggrund af blandt andet speciallægens udtalelser.

Speciallægens vurdering af forsikredes erhvervsevne indenfor eget og generelt erhverv er derfor ikke afgørende for selskabets vurdering, ligesom at selskabet ikke er afhængig af speciallægens eventuelle kendskab til jobfunktioner på det brede arbejdsmarked, hvor man kan eller ikke kan bruge sine arme og hænder.

Forsikrede forklarer i brevet, at hun i sit hidtidige erhverv som ... får tilgodeset sine skånebehov i tilstrækkelig grad. Hun anfører samtidig, at talegenkaldelsessystemer endnu ikke er tilstrækkeligt udviklede og at selskabets anvisning af et sådan system ikke til fulde kan kompensere for manuelt tekstarbejde. Det er selskabet opfattelse, at en arbejdsprøvning i et mindre skrivetungt arbejde på mere optimalt vis ville kunne tilgodese forsikredes skånehensyn. Selskabet bemærker, at forsikrede ikke har været arbejdsprøvet i kommunalt regi, hvor forsikredes bevarede funktionsevne kan udnyttes og hendes begrænsninger kan tilgodeses. Forsikredes beskrivelser af hendes aktuelle arbejdsindhold, effektivitet, skånehensyn og mulighederne for andre typer opgaver, beror på forsikredes egne oplevelser.

PFA finder anledning til at summe op, at forsikrede gennem 13 år har arbejdet og modtaget løn for en 18 timers arbejdsuge som ..., ikke er blevet arbejdsprøvet på det brede arbejdsmarkedet og ikke er blevet tilkendt førtidspension. For tilkendelse af fulde ydelser kræves i henhold til forsikringsbetingelser, at forsikredes erhvervsevne er nedsat med to tredjedele. Forsikrede burde aldrig have haft fulde ydelser, men alene halve ydelser. PFA har aldrig givet forsikrede et tilsagn om udbetaling til forsikringens udløb, men har i forbindelse med tilkendelserne oplyst forsikrede, at selskabet løbende fulgte op på forsikrede situation, jf. bilag K-M.

PFA har herefter ikke flere kommentarer til sagen, og den kan efter selskabets vurdering afgøres på det foreliggende grundlag, såfremt der ikke fremkommer væsentlige nye oplysninger.

Til dette har klageren fremsendt brev af 8/2 2019, hvori det bl.a. er anført:

"**Bemærkninger:**
1) Jeg fastholder, at det er uberettiget, at PFA har sat mig ned til halv invaliditetsydelse og halv præmiefritagelse - og jeg henviser her igen til min dokumentation for det i mine lægedokumenter (som jeg tidligere har indsendt som bilag 1-7) samt mine sagsfremstillinger fra henholdsvis fra 27. november 2018 og 13. januar 2019 - hvor er jeg i begge påviser, at PFA ikke har dokumentation for at nedsættelsen skulle være berettiget og påpeger, at **selskabet ikke har løftet bevisbyrden** og bevist, at jeg skulle være blevet mere rask - hvilket slet heller ikke er tilfældet, tværtimod!

I brev 2 skriver PFA igen det følgende: "... Det er dog selskabets vurdering, at der ikke er lægelig dokumentation for, at erhvervsevnen er nedsat med to tredjedel."

Men PFA skriver (i deres bilag M) - som er et brev til mig fra 9. maj 2011 - direkte, at min erhvervsevne ER nedsat med to tredjedel, og at selskabet bygger det på akter fra reumatologisk klinik på ..., hvilket er de samme akter som mit bilag 5, epikrisen fra overlæge [speciallæge 1], der gav mig diagnosen kronisk hypermobilitetssyndrom.

Citat fra PFAs brev - bilag M:
Under overskriften: Vi fortsætter udbetalingerne, i første afsnit:
"....Ud fra oplysningerne har vi vurderet, at din erhvervsevne stadig er nedsat til en tredjedel eller mindre.
Vi fortsætter derfor udbetalingerne og præmiefritagelsen som hidtil".

PFA skriver i andet afsnit: Hvordan har vi vurderet din erhvervsevne?
"...Vores vurdering bygger på dit opfølgningsskema og akter fra reumatologisk klinik på .... Vi har lagt vægt på, at din helbredstilstand er uændret."

Ligeledes skriver PFA i svar 2 (at forsikrede)"... ikke er blevet arbejdsprøvet på det brede arbejdsmarkedet...".

I forsikringsbetingelserne står der ikke noget om, at arbejdsprøvning er et krav, og jeg vil gerne henvise til, hvad selskabet selv skriver direkte (igen citat fra bilag M):
"Vi har bedømt din erhvervsevne ud fra en samlet vurdering af dit helbred og din indtjeningsevne inden for alle de erhverv, du er uddannet til at udføre og inden for alle de erhverv, som svarer til eller ligner dem, du tidligere har været ansat i".

Konklusionen er således klar: erhvervsevnen skal vurderes ud fra en samlet vurdering inde for erhverv, jeg er uddannet til at udføre og indenfor de erhverv, der svarer til eller ligner de erhverv, jeg tidligere har været ansat i. Der er således tale om en ret begrænset erhvervsmæssigt område, og jeg beder Ankenævnet om at være opmærksom på, at erhvervsevne altså ikke skal vurderes ud fra ethvert erhverv.

2) Og med hensyn til PFAs udtalelse i både svar 1 og svar 2 om, at jeg aldrig skulle have haft fulde ydelser, henviser jeg til mit svar af 13. januar 2019 - se mit afsnit under overskriften ”Vdr. PFAs påstand om for lempelige vurderinger”.

Jeg har dog en tilføjelser: PFA skriver, at de har lavet en fejl og vurderet for lempeligt. Men dette er jo sket, ikke bare én gang – men hele tre gange, at selskabet er kommet til samme konklusion. De skriver fx i bilag M, at min erhvervsevne ”…er nedsat til en tredjedel eller mindre…” og forsætter: "...Vores vurdering bygger på dit opfølgningsskema og akter fra reumatologisk klinik på ... .” det er således **netop på baggrund af mine lægepapirer, at de har tilkendt mig fulde ydelser.** Ligeledes i deres to første vurderinger kommer selskabet til den konklusion, at jeg skal have fulde ydelser (Bilag K og L). Det kan derfor ikke betegnes som en fejlvurdering, men derimod en bevidst vurdering fra et forsikringsselskab. Så når PFA nu bare skyder det ind under, at det var en for lempelig vurdering, virker det ikke rimeligt og troværdigt – men som et statement, der er bekvemt og for letkøbt.

Som almindelig person uden juridisk uddannelse er det svært at hamle op med forsikringsselskabets jurister i formuleringsevne omkring dette emne "for lempelig vurdering", men jeg har en stærk trang til at sige, at det krænker min retsopfattelse og retfærdighedsfølelse, at man som forsikringsselskab bare kan sige:

'hovsa, vi er kommet med en for lempelig vurdering engang' (min formulering, ikke direkte citat) og deres såkaldte dokumentation for det stammer fra, at selskabet har sakset meget selektiv i mine lægepapirer fra 2017 og 2018 (selvom det fremgår tydeligt, når man læser dem i sin helhed, at jeg ikke er blevet raskere og tværtimod). Dette falder udenfor moderne, fair og etisk korrekt kundebehandling – og jeg håber også, at Ankenævnet vil afvise denne måde at lave en kovending på.

Rettelse:
3) I svar 2 omtaler PFA mit medicinforbrug med henvisning til reumatolog [speciallæge 4] (mit bilag 2) han skriver: "....anvender nu Panodil 1 g..." Der er tale om en slåfejl, jeg tager ikke kun eet gram. Som det er gengivet korrekt af læge [speciallæge 5] i efteråret 2018 (I mit bilag 1) tager jeg følgende:
"Medicin: 2 tbll. Panodil med modif 665 mg x 3 dgl. [= 4 gram per dag, min tilføjelse] 1 tbl. Dolol Retard Uno p.n.”
Der er ikke - som PFA skriver - tale om, at jeg har mindsket mit medicinforbrug, men at jeg har fået nye præparater. Det er korrekt, at jeg ikke længere tager Saroten 10 mg. dgl., som jeg tog en periode, da en læge sagde, at det muligvis kunne give bedre ubrudt søvn, men da det ikke var tilfældet - jeg har fortsat ligeså mange smerter og afbrudt søvn om natten - er jeg sammen med lægen blev enige om, at stoppe med at tage det.

Årsagen til jeg ikke tager andre typer medicin end disse nævnte er også det følgende, som [speciallæge 5] skriver korrekt - i mit bilag 1: "Kendt med irritabel tyktarm fra cirka 2003" samt "...får øvre dyspepsi af Ibuprofen og andre NSAID-præparater".

Jeg vil til slut sige, at jeg naturligvis ER rigtig glad for, at PFA (i svar 2) skriver: "...at forsikrede har gener som følge af lidelsen". Det er vigtigt for mig at læse, at selskabet anerkender, at jeg har mange gener og smerter af min kroniske lidelse. Men det er - som skrevet før - uforståeligt for mig, hvis selskabet bare kan få lov at lave en kovending og ikke længere være enig i deres egne tidligere vurderinger af min erhvervsevne.
… "

Hertil har selskabet i brev af 26/2 2019 til nævnet bl.a. anført:

"…

PFA har følgende kommentarer til det fremsendte brev.

Af forsikredes forsikringsbetingelserne fremgår om udbetaling ved tab af erhvervsevne, jf. betingelserne afsnit C, § 1, stk. 5:
"En ydelsesberettiget nedsættelse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede – efter PFA Pensions skøn – ikke længere er i stand til at tjene mere end en tredjedel respektive halvdelen af, hvad der er sædvaneligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder. Bedømmelsen sker på grundlag af en helhedsvurdering under hensyn til forsikredes tidligere og nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere beskæftigelse."

Ved vurderingen af erhvervsevnen i henhold til betingelserne, er der tale om en vurdering i forhold til den generelle erhvervsevne, dvs. ethvert erhverv, hvilket der er enighed om i retspraksis. Sammenligningsgrundlaget er i overensstemmelse med betingelserne, hvad der er sædvaneligt at tjene for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder. Ved overgangen til den generelle erhvervsevnevurdering er der tale om en skærpet vurdering holdt op i mod det brede arbejdsmarked i modsætning til en midlertidig vurdering, hvor vurderingen af erhvervsevnen foretages i forhold til forsikredes hidtidige erhverv.

PFA bemærker i den forbindelse, at forsikrede har smertegener relateret til bevægeapparatet, særligt til skuldre, arm og håndled. Generne begrænser hendes funktionsevne særligt for armbelastende erhverv, hvorfor forsikredes aktuelle arbejde som ... ikke forekommer optimalt. Forsikrede er ikke blevet arbejdsprøvet, hvorfor det ikke er nærmere undersøgt, i hvilket omfang klageren ville være i stand til at arbejde inden for det bredere arbejdsmarked under iagttagelse af relevante skånehensyn og det er PFA's vurdering, at forsikrede her ville kunne arbejde over en tredjedel – særligt henset til, at hun gennem de seneste 13 år har arbejdet 18 timer ugentligt i et erhverv, som ikke tilgodeser hendes skånehensyn optimalt.

…"

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

Af brev fra selskabet til klageren af 10/10 2005 fremgår blandt andet:

"Afgørelse på din sag
Vi har nu afgjort din sag og kan oplyse dig om, at du er berettiget til midlertidig invalidepension fra den 25. januar 2005, hvor du har været sygemeldt i tre måneder. Du har ligeledes ret til midlertidig præmiefritagelse fra den 1. februar 2005.

Udbetaling af invalidepension

Den månedlige pension udgør **14.500 kr.**
Pensionen bliver udbetalt forud hver den 1. i måneden og beskattes som personlig indkomst.
Pensionen udbetales længst til den 1. maj 2032.
……

Opfølgning på din sag
Invalidepensionen og præmiefritagelsen ydes midlertidigt, idet vi vil følge op på din sag.

Hvis din situation bliver anderledes
Hvis der forinden sker ændringer i dine helbredsmæssige eller arbejdsmæssige forhold, skal du kontakte os.

Hvis vi ikke får oplysninger om ændringer i dit helbred og i dine arbejdsforhold, bliver der måske udbetalt for meget i pension i en periode – og det skal du betale tilbage. Derfor er det vigtigt, at du med det samme kontakter os, hvis der sker ændringer."

Af brev fra selskabet til klageren af 22/12 2006 fremgår blandt andet:

"Vi har modtaget dit opfølgningsskema, din lægeattest, oplysninger fra …hospitalet og notat fra din fysioterapeut.

Din udbetaling er vurderet på ny, og vi kan oplyse, at du fortsat findes berettiget til udbetaling af invalidepension.

Du har oplysningspligt
Vi følger løbende op på din situation. Hvis din helbredstilstand eller tilknytning til arbejdsmarkedet ændrer sig, skal du meddele det til os. Hvis du ikke giver besked, kan du risikere at skulle betale ydelsen tilbage."

Af brev fra selskabet til klageren af 9/5 2011 fremgår blandt andet:

"Tak for de nye oplysninger om dit helbred og din erhvervsevne.

Ud fra oplysningerne har vi vurderet, at din erhvervsevne stadig er nedsat til en tredjedel eller mindre. Vi fortsætter derfor udbetalingerne og præmiefritagelsen som hidtil, udbetalingerne sker som hidtil til din arbejdsgiver, … .

Du får invalidepension og præmiefritagelse, så længe vi vurderer, at din erhvervsevne er nedsat. Invalidepensionen og præmiefritagelsen ophører dog senest den 1. maj 2032.
…

Hvordan har vi vurderet din erhvervsevne?
Vi har bedømt din erhvervsevne ud fra en samlet vurdering af dit helbred og din indtjeningsevne inden for alle de erhverv, du er uddannet til at udføre og inden for alle de erhverv, som svarer til eller ligner dem, du tidligere har været ansat i.

Vores vurdering bygger på dit opfølgningsskema og akter fra reumatologisk klinik på …hospitalet. Vi har lagt vægt på, at din helbredstilstand er uændret.

Ændrer din situation sig, skal du meddele det til os
Det er vigtigt, at du kontakter os, hvis din erhvervsevne eller din tilknytning til arbejdsmarkedet ændrer sig, da det kan få betydning for din invalidepension og præmiefritagelse. Vi beder dig derfor kontakte os, hvis du fx

• øger din arbejdstid

Giver du ikke besked, risikerer du at få mindre udbetalt, end du er berettiget til, eller du kan komme til at betale penge tilbage til os, hvis du har fået udbetalt for meget i invalidepension.

Hvornår følger vi op?
Vi kontakter dig automatisk igen inden den 1. april 2016 for at høre, om din situation har ændret sig."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§ **1. Definition af invaliditet/erhvervsevnetab**
…
Stk. 5. En ydelsesberettiget nedsættelse af erhvervsevnen foreligger, når forsikrede - efter PFA Pension's skøn - ikke længere er i stand til at tjene mere end en tredjedel resp. halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder.

Bedømmelsen sker på grundlag af en helhedsvurdering under hensyn til forsikredes tidligere og nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere beskæftigelse.
…

§ **4. Ikrafttræden og ophør af invalidepension og/eller præmiefritagelse**
…
Stk. 4. Genvindes erhvervsevnen i en sådan grad, at betingelserne for udbetaling af invalidepension og/eller ydelse af præmiefritagelse ikke længere er til stede, ophører udbetalingen af invalidepension med dertil hørende præmiefritagelse med indtil 3 måneders varsel. Er der alene ydet præmiefritagelse, ophører denne med 1 måneds varsel.

Stk. 5. Tilsagnet om at yde halv invalidepension og/eller halv præmiefritagelse gælder for et kalenderår ad gangen.

Tilsagnet kan bortfalde med 3 måneders skriftigt varsel, hvis forholdene kræver dette. **Men allerede tilkendt halv invalidepension og/eller halv præmiefritagelse bortfalder først, når betingelserne for disse ydelser ifølge § 1 ikke længere er til stede.**

Ankenævnet *for* Forsikring

27. 93165

Nævnet udtaler:

Klageren lider af hypermobilitetssyndrom og har smerter i hoved, nakke, ryg, arme, hofter og ben. Klageren har en længerevarende uddannelse og har siden 2005 arbejdet 18 timer om ugen inden for sit erhverv. Det er oplyst, at klageren via en handicapordning har tilknyttet en assistent på sit arbejde 10 timer om ugen til at varetage skriveopgaver mv.

Klageren er omfattet af en ordning, der berettiger til fulde ydelser ved en nedsættelse af erhvervsevnen med 2/3 eller derover. Ved nedsættelse af erhvervsevnen med mellem 1/2 og 2/3 berettiger ordningen til halve ydelser. Selskabet bevilligede i 2005 fulde midlertidige ydelser og fastholdt bevillingen igen i 2006. Ved brev af 9/5 2011 bevilligede selskabet klageren fulde ydelser på baggrund af en vurdering af hendes generelle erhvervsevne.

Tvisten vedrører, at selskabet i forbindelse med opfølgning på hendes bevilling i 2017 med virkning fra den 1/2 2018 har nedsat hendes ydelser til halve ydelser med henvisning til, at hendes erhvervsevne er nedsat med mellem halvdelen og 2/3.

Klageren har over for nævnet blandt andet anført, at hendes helbredstilstand ikke er bedret, og at dette er dokumenteret i sagens lægelige bilag. Endvidere har hun anført, at hendes erhvervsevne er nedsat med 2/3 eller derover. At hun kan arbejde 18 timer om ugen skyldes, at hun har en assistent tilknyttet 10 timer om ugen, og at hendes alvorlige og vedvarende gener i arme og nakke bevirker, at hun ikke i øvrigt på det brede arbejdsmarked vil kunne arbejde svarende til 1/3 eller derover. Hun har herudover anført, at hun finder, at forsikringsbetingelserne er formuleret, så dækningen tager udgangspunkt i den fagspecifikke og dermed ikke den generelle erhvervsevne. Hun har også bemærket, at selskabet senest i 2011 på et i det væsentlige identisk faktuelt grundlag har vurderet, at hendes erhvervsevne var nedsat med 2/3 eller derover, og at hun har vanskeligt ved at se, hvorfor denne afgørelse skulle bero på en fejlvurdering fra selskabets side.

Selskabet har til støtte for, at det har været berettiget til at nedsætte klagerens ydelser til halve ydelser pr. 1/2 2018 heroverfor anført, at klagerens forsikring dækker tab af den generelle erhvervsevne, og at hendes helbredstilstand er forbedret i en sådan grad, at hun ikke længere opfylder betingelserne for udbetaling af fulde ydelser. Herudover gør selskabet gældende, at bevillingen af fulde ydelser i 2005 og i alt fald siden 2011, hvor selskabet gik over til en vurdering af den generelle erhvervsevne, er sket på baggrund af alt for lempelige vurderinger af klagerens erhvervsevne. Selskabet har herved anført, at der findes jobfunktioner, der ikke er armbelastende, som klageren vil kunne varetage, og at klageren i øvrigt stadig har en vis armfunktion. Selskabet har i øvrigt bemærket, at der alene er gjort særdeles beskedne kliniske fund ligesom det anføres, "…forsikredes funktionsniveau i dagligdagen, både fysisk, mentalt og socialt, beskrives tilnærmelsesvis normal med fritidsinteresser og sociale arrangementer, ligesom at hun cykler (el-cykel) til og fra sit arbejde, 30-40 minutter af gangen".

Af reumatologisk speciallægeerklæring af 13/6 2018 indhentet af selskabet fremgår blandt andet, at klageren har været forsøgt behandlet symptomatisk gennem mange år, og især siden forværringen af de udbredte bevægeapparatrelaterede gener i 2004. Endvidere anføres det blandt andet, "Der er dog ikke sket nogen funktionsbedring, tværtimod føles en vis forværring. Pågældende har et mere væsentligt nedsat alment dagligt funktionsniveau, præget af både fysiske gener, men også de kognitive gener". Det anføres videre, at anamnese med angivet dagligt fysisk funktionsniveau og klager, sammenholdt med den objektive undersøgelse og ledsagende oplysninger, efter lægens vurdering stemmer nogenlunde overens. Desuden bemærkes det, at klageren har kognitive gener. Det anføres, at der er tale om hypermobilitet/hypermobilitetssyndrom, som er kronisk, og at invaliditeten som følge heraf er varierende – oftest uden mere væsentlig begrænsning under lettere ikke led/bevægeapparatbelastende arbejdsfunktioner – men at dette hos enkelte kan være mere udtalt begrænsende. Funktionsniveauet beskrives fortsat som nedsat generelt i moderat til sværere grad, med et fremadrettet varigt generelt skånehensyn. Det bemærkes, at der er forsøgt al form for symptomatisk behandling, at der ingen helbredende behandling findes for selve hypermobiliteten, og at tilstanden er kronificeret gennem mange år. Det noteres, at klageren udover gener fra et hypermobi-

litetssyndrom desuden delvist er overgået i et kronisk godartet smertesyndrom med en øget smerteoplevelse, og at det er vanskeligt at remittere, og at der prognostisk ikke kan forventes en mere væsentlig funktionsbedring i forhold til nuværende.

Nævnet bemærker indledningsvis, at erhvervsevnetabsforsikringen, som klageren er omfattet af, efter nævnets opfattelse, og når der bortses fra midlertidige ydelser, dækker den generelle erhvervsevne og dermed ikke den fagspecifikke erhvervsevne. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har vurderet klagerens erhvervsevne i forhold til det brede arbejdsmarked.

Klageren har modtaget dækning i cirka 13 år, og efter nævnets praksis påhviler det selskabet i en sådan situation at godtgøre, at der er indtruffet en sådan bedring af klagerens forhold, som fører til, at hun ikke længere har det hidtidige dækningsberettigende erhvervsevnetab, medmindre selskabet har sandsynliggjort, at tilkendelse af helbredsbetingede ydelser har bygget på alt for lempelige vurderinger af klageren eller i øvrigt har haft kulancemæssigt præg.

Et mindretal udtaler:
Efter en gennemgang af sagen finder mindretallet, at der i sagens lægelige bilag eller sagens øvrige oplysninger vedrørende f.eks. klagerens livsførelse ikke er holdepunkter for, at klagerens helbredstilstand skulle være forbedret siden 2011, hvor selskabet vurderede, at klagerens generelle erhvervsevne var nedsat med 2/3 eller derover.

Spørgsmålet er herefter om selskabets tidligere vurdering af klagerens generelle erhvervsevne har bygget på alt for lempelige vurderinger. Mindretallet finder efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering, at selskabet har sandsynliggjort, at selskabets tidligere afgørelse i 2011, hvor selskabet overgik til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne, har bygget på en alt for lempelig vurdering i forhold til forsikringsbetingelserne. Mindretallet har derfor ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har nedsat til klagerens ydelser til halve ydelser pr. 1/2 2018.

Mindretallet har blandt andet lagt vægt på oplysningerne om, at klageren ikke er blevet arbejdsprøvet. Endvidere har mindretallet lagt vægt på, at hun aktuelt arbejder 18 timer om ugen, og at der ikke er oplysninger i sagen, der efter mindretallets vurdering godtgør, at hun i et ikke armbelastende erhverv uden fysisk krævende arbejdsopgaver og med de rette skånehensyn i forhold til gener − uden assistenthjælp − ikke ville kunne arbejde et tilsvarende antal timer og dermed ville være i stand til at tjene mellem 1/3 og halvdelen af, hvad der er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan efter mindretallets opfattelse ikke føre til andet resultat.

Et flertal udtaler:

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder flertallet, at selskabet ikke har godtgjort, at klagerens erhvervsevne efter den 1/2 2018 ikke længere er nedsat med 2/3, men alene mellem halvdelen og 2/3.

Flertallet finder i denne forbindelse, at selskabet ikke har sandsynliggjort, at selskabets tidligere afgørelse i 2011, hvor selskabet overgik til en vurdering af klagerens generelle erhvervsevne, har bygget på alt for lempelige vurderinger i forhold til forsikringsbetingelserne.

Flertallet har blandt andet lagt vægt på, at der i sagens lægelige bilag eller sagens øvrige oplysninger vedrørende f.eks. klagerens livsførelse ikke er betydende holdepunkter for, at klagerens helbredstilstand skulle være forbedret siden 2011, hvor selskabet vurderede, at klagerens generelle erhvervsevne var nedsat med 2/3 eller derover.

Flertallet har endvidere lagt vægt på sagens lægelige oplysninger, herunder den i 2018 indhentede reumatologiske erklæring samt oplysningerne om, at klageren via en handicapordning har tilknyttet en assistent på sin arbejdsplads 10 timer om ugen, der bistår hende med skriveopga-

ver o.l., og det anførte om klagerens vedvarende og alvorlige gener fra bevægeapparatet, smertesyndrom og omfattende skånehensyn.

Der træffes afgørelse i overensstemmelse med flertallets votum.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Selskabet, PFA Pension, skal anerkende, at klagerens erhvervsevne efter den 1/2 2018 fortsat er nedsat med 2/3 eller derover, og udbetale helbredsbetingede ydelser i overensstemmelse hermed. Allerede forfaldne pensionsydelser skal forrentes i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings