889/12

Den 28. marts 2012 blev i sag nr. 81.196:

xxxxx xxxxxx
xxxxxxxxx xx xxxxxx
xxxx xxxxxx x

mod

Alm. Brand Forsikring A/S
Midtermolen 7
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring i Alm. Brand Forsikring A/S. Han klager over, at selskabet har afvist at dække behandlingsudgifter i videre omfang end sket i forbindelse med to anmeldte ulykkestilfælde.

Selskabet har afvist kravet med henvisning til, at der ikke længere er tale om rimelige og nødvendige udgifter til behandling af de anmeldte skader.

Klageren, der er født i 1988, pådrog sig den 21/12 2009 en skade i højre ankel, og den 20/3 2010 pådrog han sig en skade i højre knæ. Den første skade blev anmeldt til selskabet ved skadeanmeldelse af 10/1 2010, og den anden skade blev anmeldt ved skadeanmeldelse af 12/4 2010.

Af klageskemaet, der er underskrevet af klageren den 6/9 2011, fremgår bl.a.:

> "1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.
>
> Jeg havde to skader med 3 mdr. mellemrum. De blev anerkendt og udløste hver mulighed for at bruge op til 5.000 kr. til behandlingsudgifter. Skaderne er selvfølgelig blevet behandlet sideløbende. Forsikringsselskabet vil dog kun dække behandlinger noteret på den ene skade og har sagt stop ved 5.000 kr. De vil således ikke tage hul på behandlingsudgifterne til min knæskade (der er stadig problemer med knæet jf. lægejournal).
>
> 2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

Jeg vil gerne opnå at få dækket udgifter til behandling af min knæskade op til 5.000 kr."

Selskabet har i brev af 14/11 2011 til nævnet redegjort for hændelsesforløbet og sin afgørelse således:

"**Fremstilling**
Kunden har været udsat for to skader henholdsvis den 21.december 2009 og 20. marts 2010. Derudover er der ligeledes en skade fra den 13. juni 2008.

Kunden har angiveligt fået den opfattelse, at han havde 3 x 5.000 kr., som han uden yderligere specifikation kunne bruge på behandlinger.

Efter at have kontaktet behandlerne, fik vi oplyst, at kunden blev behandlet for andet end de anmeldte skader og at behandlingen ikke var helbredende men vedligeholdende.

Vi vurderede på de foreliggende oplysninger, at der ikke var yderligere grundlag for betaling af behandlingsudgifter.

Sagen er efterfølgende forelagt for Nævnet.

Begrundelse
Tvisten handler om behandlingsudgifter for en ankelskade fra den 21. december 2009 og en knæskade fra den 20. marts 2010.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringen dækker rimelige og nødvendige udgifter til behandling.

Af telefonnotat fra den 14. januar 2011 fremgår det, at behandler ... behandlede kunden sidste gang den 3. august 2010. Det blev samtidig oplyst, at behandlingen angik skulder, nakke og ryg. Der blev også set lidt på højre knæ, som så fint ud. Desuden oplyste ..., at han senest havde set kunden dagen forinden, men at det ikke havde noget med hans skader at gøre.

Den 7. maj 2010 modtog vi regning for behandlingen den 13. januar 2010, hvor det nu pludselig er anklen der er blevet behandlet.

Samtidig oplyser en anden behandler ..., at den behandling han har givet udelukkende er vedligehold. Dermed er den uden værdi for den del, der er relevant i forhold til de to anmeldte skader. Behandlingsudgifterne er tiltænkt den helbredende del af behandlingen, således der kan opnås en effekt i forhold til det varige mén.

Vi har således vurderet, at kundens tilstand på et langt tidligere tidspunkt har været stationær og at yderligere behandling ikke havde nogen gavnlig effekt på et eventuelt varigt mén.

Desuden må vi på baggrund af de foreliggende oplysninger konstatere, at kunden i mindst to tilfælde har misbrugt dækningen til anden behandling end den der var dækning for på ulykkesforsikringen.

På den baggrund vurderede vi, at det ikke længere handlede om rimelige og nødvendige udgifter til behandling efter de anmeldte skader, hvorfor vi sagde nej til yderligere refusion.

Konklusion
Da kunden ikke længere opfylder kravet til at få refunderet udgifter til behandling, har vi fastholdt vores afgørelse."

Hertil har klageren i brev af 28/12 2011 til nævnet bemærket:

"Alm. Brand fremfører, at de sagde nej til yderligere refusion, da de mente, at min tilstand længe havde været stationær, og at yderligere behandling derfor ikke ville have nogen gavnlig effekt. Den begrundelse har de aldrig brugt overfor mig. De skrev uden varsel, at beløbet på de 5000 kr. var overskredet, så de ikke kunne dække den seneste behandling. Her havde de øjensynlig glemt (eller set bort fra), at der var tale om to forskellige og selvstændigt anerkendte skader. Begrundelsen med, at beløbet var overskredet, blev fremført i brev af 15. nov. 2010 og gentaget i mail af 26. juni 2011.

Mine to skader opstod med tre måneders mellemrum og blev behandlet sideløbende og under samme konsultationer. Oftest havde behandleren **kun** skrevet 'Body-sds' på kvitteringen, nogle gange også 'knæ' eller 'ankel' eller 'knæ **og** ankel'. Når jeg sendte kvitteringen ind, vedlagde jeg en seddel, hvor jeg vekslede mellem at skrive: Ang. enten det ene eller det andet skadenummer - eller begge to. Dette anfægtede de aldrig. Således har der været taget hul på begge behandlingspuljer, og det giver for mig at se ingen mening at stoppe ved 5000 kr. med besked om, at beløbet var overskredet. Først efter jeg skrev til dem, at der måtte være sket en fejl, indhentede de yderligere oplysninger.

Body-sds er en helhedsbehandling, så man vil aldrig nøjes med bare at massere knæet f.eks. Man arbejder ud fra en overbevisning om, at hele kroppen hænger sammen, og at skader et sted kan udløse spændinger et helt andet sted og således blive selvforstærkende. Derfor er det helt naturligt at få masseret nakke og ryg også, når man kommer med en knæskade f.eks. Desuden bruger de manipulation af led og zonetryk, som kan foregå et helt andet sted, end skaden er.

Jeg skal pointere, at min læge havde anbefalet, at min ankel- og min knæskade blev behandlet med Body-sds. Lægeordination er Alm. Brands betingelse for at godkende behandlingen. I øvrigt er jeg hver eneste gang gået til min behandler med det formål at opnå bedring for smerter i mit knæ og min ankel. Det har været en lang proces, hvor det er gået frem og tilbage. Derfor mener jeg, at behandlingerne hele tiden har været rimelige og nødvendige.

Alm. Brand har spurgt min seneste behandler, om behandlingerne var helbredende eller vedligeholdende. Han svarer, at **'på det niveau det har nu,** må behandlingerne betragtes som vedligeholdende' (min fremhævning). Dette må indikere, at nogle af de tidligere behandlinger har været 'helbredende'. Han har udtalt sig i marts, et stykke tid efter min sidste behandling hos ham. Allerede d. 19/12-10 skrev jeg til Alm. Brand og oplyste, at jeg havde vedvarende smerter i knæet og derfor ville kontakte en ortopædkirurg. Jeg spurgte dem samtidig, hvornår jeg kunne få vurderet méngraden (der var ikke gået et år fra skadens indtræffen). Det svarede de aldrig på.

I øvrigt undrer det mig, at Alm. Brand lægger så meget vægt på, hvad behandlerne udtaler. Behandlerne gør deres bedste for at lindre smerter og afhjælpe spændinger. Kun tiden kan vise, om behandlingerne er helbredende. Hvor alvorlig skaden og tilstanden faktisk er, mener jeg kun en speciallæge kan udtale sig om. Da jeg til sidst erkendte, at der ikke længere skete varige fremskridt, bestilte jeg tid hos en ortopædkirurg. Dette skete i maj/juni 2011. Der var ventetid på en konsultation.

D. 19/5 -11 anmodede jeg Alm. Brand om at få vurderet méngraden på mit knæ. D. 23/6 -11 anmodede jeg dem om at vurdere méngraden på min ankel. Først her omkring betragtede jeg tilstandene som stationære. Efter min mening var behandlingerne således rimelige og nødvendige også fra december 2010, hvor Alm. Brand stoppede dækningen af behandlinger, og frem til i hvert fald maj/juni 2011.

Jeg ser frem til Ankenævnets vurdering om, hvorvidt Alm. Brand havde lov til at stoppe refusion af behandlingsudgifter til min ankel- og min knæskade på det foreliggende grundlag, samt om jeg stadig kan få dækket behandlingsudgifter hos dem, hvis jeg skulle have behov, og indtil loftet er nået."

Nævnet har fået forelagt de bilag, som parterne har fremlagt, herunder bl.a. lægelige oplysninger.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Nr. 2 Erstatning ved invaliditet**
...
2.5 Behandlings- og transportudgifter
Som følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde betales rimelige og nødvendige udgifter til behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor. Endvidere betales rimelige nødvendige udgifter til anden behandling som er lægeordineret eller lægeanbefalet. Erstatning for behandlingsudgifter dækkes med maksimalt 5.000 kr. pr. ulykkestilfælde, og kun hvis udgiften ikke erstattes fra anden side. Erstatning ydes indtil ménprocenten er fastsat, dog højst i to år fra skadedatoen. Udgifter til medicin og hjælpemidler er ikke dækket."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af parternes indlæg og de fremlagte bilag finder nævnet det ikke godtgjort, at klageren har krav på dækning af yderligere behandlingsudgifter. På det foreliggende grundlag kan nævnet derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Henning Jønsson