Ankenævnet for Forsikring

922/13

Den 9. september 2013 blev i sag nr. 83.957:

xxxxxx xxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxx xxx xxxxxx
xxxx xxxx

mod

Mølholm Forsikring A/S
Finlandsgade 1, 2.th.
5100 Odense C

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Sikrede er omfattet af en sundhedsforsikring i Mølholm Forsikring A/S. Han klager over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for de udgifter, han har afholdt til fysioterapi- og kiropraktikbehandling af en sygdom – betændelse i bækkenleddet.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til forsikringsbetingelsernes bestemmelse om, at forsikringen kun dækker yderligere behandlinger, når der er gået 12 måneder efter sidste behandling.

I mail af 24/1 2013 til klageren fra selskabet hedder det bl.a.:

> "Vi har ikke modtaget en skadeanmeldelse og henvisning vedr. din bækken smerter. Vi har modtaget en skadeanmeldelse og henvisning vedr. din ryg/lænd.
> Da vi ikke har modtaget en henvendelse vedr. dit bækken har vi *ikke* kunne tage stilling til om det *er* dækket. Man kan desuden ikke klare over noget som forsikringsselskabet ikke har taget stilling til.
> Du kan indsende en skadeanmeldelse og henvisning vedr. dit bækken og så vil vi vurdere din sag. Når din sag er blevet behandlet kan du klage hvis du ikke er enig i denne afgørelse."

Dertil har klageren i mail af 24/1 2013 til selskabet bl.a. påpeget:

> "Tak for dit/Jeres svar.
> Jeg indsender gerne en ny skadeanmeldelse på mit bækken.
>
> Skadesanmeldelsen er oprindeligt lavet, ud fra at min læge i første omgang havde mistanke om rygproblemer, at det så ved nærmere undersøgelser viser at være mit bækken der er problemet, burde da ingenlunde stille mig ringere overfor Jer.

Jeg har løbende holdt Jer underrettet med læger og øvrige specialisters bemærkninger til min sag - så det kan undre mig at ingen tidligere har oplyst mig om at jeg blot skulle ændre min ansøgning, hvis det blot var det der var nødvendigt.

Mit spørgsmål er derfor: Såfremt jeg indsender en ny skadesanmeldelse på mit bækken og I godkender denne, er de udgifter jeg så allerede har haft siden min første skadesanmeldelse så dækket?"

I brev af 30/1 2013 fra klagerens egen læge fremgår bl.a.:

"Patientens gener startede september 2012 med smerter over lænden, som strålede ned på bagsiden af venstre lår.
Jeg tolkede det som var det måske en discusprolaps i kenderegionen, men det har senere vist sig at det nok skyldes en Sacroiliitis (betændelse i bækkenleddet).
Diagnosen er stillet af Rheumatolog … i december 2012.
Patienten har siden smerterne startede regelmæssigt konsulteret fysioterapeut og kiropraktor."

I brev af 2/2 2013 til klageren fra selskabet hedder det bl.a.:

"På vegne af Mølholm Forsikring skal jeg hermed meddele dig, at du er tilkendt op til 10 fysioterapi behandlinger (intensiv fysioterapi). Godkendelsen gælder i 7 måneder fra anmeldelsestidspunktet og omfatter normal-behandlinger af den pågældende sygdomsregion (chokbølgebehandling o.l. er ikke dækningsberettiget). **Bemærk at du kan ikke få refunderet behandlinger, der er foretaget mere end 14 dage før, vi modtog din skadeanmeldelse.**

Denne godkendelse gælder frem til d. 30.august 2013 .
Dvs. at de tilkendte behandlinger skal være afholdt inden denne dato.

Hvis du, indenfor godkendelsesperioden, har behov for yderligere behandlinger af denne sygdomsregion, bedes du kontakte os. Når din godkendelse udløber, kan der først bevilges yderligere behandlinger 12 måneder fra anmeldelsestidspunktet. § 7.2.1 Betales der regninger for fysioterapi og kiropraktik, som ligger før anmeldelsestidspunktet (dog maksimalt 14 dage), indgår behandlingstidspunkterne (datoerne) i de maksimale 7 måneder."

Den 5/2 2013 modtog nævnet klageskema, hvori klageren bl.a. har anført:

"**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. …**
Jeg oplever primo sep. 12, en smerte i min venstre balde/lænd-region. Jeg går til egen læge, som hører om mine symptomer og smerte i balde og området omkring. Egen læge mistænker bl.a. diskusprolaps og giver mig henvisning til fysioterapeut, for at få fastlagt grunden til mine smerter - jeg har på INTET tidspunkt haft smerter i selve ryggen.

Jeg sender henvisningen til Mølholm Forsikring, som afviser den med begrundelse om, at jeg indenfor 12 måneder har modtaget fysioterapi for problemer i min lænd - hvilket er korrekt.
Jeg starter til fysioterapeut, som min læge har henvist mig til. Denne fysioterapeut undersøger mig ikke yderligere, men beder mig lave nogle 'McKenzie-øvelser' som jeg selv føler gør mine smerter i balde regionen større. Jeg kontakter derfor en kiropraktor efter drøftelse med min læge, som omgående kan konstatere at mine smerter intet har med ryggen at gøre, men

stammer fra mit bækken. Han starter behandlingen og fjerner omgående de største smerter, derudover skifter jeg fysioterapeut, som ligeledes konstaterer, at der intet problem overhovedet er med min ryg, men udelukkende mit bækken.

Jeg kontakter og klager efterfølgende Mølholm Forsikring igen for at få dem til at dække min behandling, da det nu er konstateret, at det intet har med min ryg at gøre, som min læge i første omgang mistænkte. Jeg vedlægger bl.a. udtalelser fra såvel kiropraktor som fysioterapeut - jeg hører intet fra forsikringsselskabet, trods gentagende henvendelser over adskillige uger.
…
Jeg indsender en ny skadesanmeldelse ultimo jan. 2013, med henvisning fra min læge (bilag …). Min læge gør dem også her opmærksom på at hun i første omgang mistænkte mine symptomer som værende af en slags, men at det viste sig at være af en anden slags - som jeg for mange måneder siden gjorde Mølholm opmærksomme på med udtalelser fra andre fagfolk.

Mølholm vender denne gang hurtigt tilbage, med en godkendelse af min nye skadesanmeldelse, men med en understregelse af at dækningen IKKE omfatter udgifter afholdt mere end 14 dage før de har modtaget min skadesanmeldelse, altså medio jan. 2013.

Ovenstående svar beviser at jeg ER berettiget til min dækning! …
…
Det kan i min optik ikke være rigtig, at jeg bliver fanget på denne måde, af Mølholm Forsikring, som virker totalt ligeglad med fornuftig argumentation og udtalelser fra fagfolk, til trods for den ene endda er efter deres egen henvisning. Mølholm Forsikring klamrer sig fast til den henvisning som egen læge lavede for at få be- eller afkræftet hendes mistanke hos en fysioterapeut. Fysioterapeut, kiropraktor og senere egen læge er efterfølgende enige i, at det ikke er min ryg der er problemet, men mit bækken. Dertil kommer det at Mølholms læge (… fra Privat Hospitalet …, ligeledes skriver der intet problem er med min ryg. Alt dette ignorer Mølholm Forsikring fuldstændig - de end ikke svarer på mine spørgsmål til diverse fagfolks vurderinger.

Jeg er ikke læge og kan ikke vurdere om smerterne i min blade/bækken stammer fra dit eller dat, jeg ved bare hvor jeg har ondt og får fagfolk til at vurdere hvad det skyldes og hvor det stammer fra. Men et er sikkert, min ryg fejler intet og har på intet tidspunkt i forløbet, givet mig problemer eller smerter i øvrigt - at man i første omgang mistænker at det kan stamme fra ryggen, kan jeg ikke vurdere om er korrekt eller ej, faktum er bare, at fagfolkene hurtigt kan isolere mine smerter til mit bækken og jeg fortsat har problemer hermed.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
At Mølholm Forsikring dækker mine allerede afholdte udgifter til fysioterapi og kiropraktor, fra jeg indsendte min første skadeanmeldelse ultimo aug/primo sep. 2012."

Dertil har selskabet i brev af 2/4 2013 til nævnet bl.a. bemærket:

"De faktiske forhold:
Indtrådt i forsikringen den 1. august 2008.

1. skadeanmeldelse den 31. januar 2012. Egen læge skriver myosis lumbalis

2. Skadeanmeldelse indsendt den 5. september 2012. Egen læge skriver recidiverende lavt siddende lændesmerter.

Der kan maksimalt gives 6 måneders fysioterapi for samme lidelse.

§ 7.0.2 Hvis der ikke er foretaget behandling (operation), kan Behandlingsforsikring Fritid dække forsikredes udgifter til intensiv fysioterapi eller intensiv kiropraktik i op til 6 måneder fra anmeldelsestidspunktet. Herefter skal der gå 12 måneder fra sidste behandling, før der atter kan bevilges yderligere behandlinger Er behandlingen en blandingsbehandling (både intensiv fysioterapi, intensiv kiropraktik, ergoterapi, akupunktur, zoneterapi og massage til samme lidelse/sygdom), kan Behandlingsforsikring Fritid dække forsikredes udgifter i op til 6 måneder fra anmeldelsestidspunktet, såfremt lidelsen/sygdommen/skaden er fritidsrelateret. Herefter skal der gå 12 måneder fra sidste behandling, før der atter kan bevilges yderligere behandlinger.

Vi har allerede da forsikrede indsender 2. skadeanmeldelse dækket i 6. måneder. Derfor afvises yderligere behandling."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§ 6.0 Hvad dækker Behandlingsforsikring Fritid?

§ 6.1 Behandlingsforsikring Fritid dækker forsikredes udgifter i forbindelse med speciallægeordineret behandling af sygdom og følger efter ulykkestilfælde, som er fritidsrelateret. Udgifterne skal være godkendt af Mølholm Forsikring A/S inden, behandlingen sættes i gang.

…

§ 7.0 Intensiv fysioterapi og almindelig fysioterapi og Intensiv kiropraktik samt almindelig kiropraktik

§ 7.0.1 Medarbejderen kan ikke vælge mellem intensiv fysioterapi og almindelig fysioterapi og intensiv kiropraktik samt almindelig kiropraktik. Når det drejer sig om en varig/kronisk/årelang lidelse, kan man ansøge om almindelig fysioterapi og almindelig kiropraktik, såfremt lidelsen/sygdommen/skaden er fritidsrelateret.

§ 7.0.1.1 Medarbejderen kan søge om intensiv fysioterapi/kiropraktik, ved nyopståede skader/lidelser/sygdomme. Der kan behandles intensivt i 7 måneder pr. sygdomsregion fra anmeldelsesdagen. Herefter skal der gå 12 måneder inden, der atter kan bevilges for den pågældende region regnet fra anmeldelsesdagen. Den forsikrede kan selvfølgelig få tildelt behandling for andre regioner.

§ 7.0.1.2 Der kan i stedet for den intensive fysioterapi/kiropraktik, søges om almindelig fysioterapi/kiropraktik. Dette modul er alene rettet mod ansatte, som ikke har brug for intensiv behandling, men derimod en vedligeholdende behandling året igennem p. gr. a. at den ansatte har en varig/kronisk/årelang lidelse. Der kan her bevilges 12 behandlinger pr. kalenderår i alt. Har den ansatte ikke en vig/kronisk/årelang lidelse, kan modulet: Almindelig fysioterapi ikke vælges.

§ 7.0.1.2.1 Er behandlingen en blandingsbehandling (fysioterapi, kiropraktik, ergoterapi, akupunktur, zoneterapi og massage, kan der i alt maksimalt tildeles 12 behandlinger pr. kalenderår.

§ 7.0.1.3 Der kan ikke skiftes mellem de to moduler for den pågældende region.

5. 83.957

§ 7.0.1.4 Er der bevilget alm. fysioterapi/kiropraktik, kan det ikke bevilges igen i samme kalenderår.

§ 7.0.1.5 Er der behov for fysioterapi for anden region, kan der kun bevilges intensiv fysioterapi.

§ 7.0.1.6 Ved region forstås f.eks. ryggen (ryggen kan deles op i to, cervical og resten). hø. knæ, ve, skulder osv.

§ 7.0.2 Hvis der ikke er foretaget behandling (operation), kan Behandlingsforsikring Fritid dække forsikredes udgifter til intensiv fysioterapi eller intensiv kiropraktik i op til 6 måneder fra anmeldelsestidspunktet. Herefter skal der gå 12 måneder fra sidste behandling, før der atter kan bevilges yderligere behandlinger. Er behandlingen en blandingsbehandling (både intensiv fysioterapi, intensiv kiropraktik, ergoterapi, akupunktur, zoneterapi og massage til samme lidelse/ sygdom), kan Behandlingsforsikring Fritid dækkeforsikredes udgifter i op til 6 måneder fra anmeldelsestidspunktet, såfremt lidelsen/sygdommen/skaden er fritidsrelateret. Herefter skal der gå 12 måneder fra sidste behandling, før der atter kan bevilges yderligere behandlinger.

§ 7.0.2.1 Ved intensiv fysioterapi bevilges behandlingerne i portioner af op til 10 behandlinger. Fysioterapi skal ordineres af egen læge (henvisning) eller speciallæge (henvisning). Fysioterapeuten skal være godkendt af den danske sygesikring (have et såkaldt yderne).

§ 7.0.2.2 Ved tildeling af yderligere portioner, skal der tages hensyn til, om det ville være mere hensigtsmæssigt, at den forsikrede undersøges af en speciallæge. Ved tildeling af flere portioner, skal der ikke udfyldes ny skadeanmeldelse. Det kan i enkeltstående tilfælde kræves, at den forsikrede udfylder en skadeanmeldelse efter 3 måneders behandling, for at afdække, om der i realiteten er behov for speciallægebehandling.

§ 7.0.2.3 Ved en fysioterapi/kiropraktor/ergoterapi/massage/ zoneterapi/akupunktur behandling forstås &I behandling af 35-45 minutter. Tages der behandling af længere varighed tæller, dette som to, eller flere behandlinger.

§ 7.0.2.4 **Mølholm Sundhed**
Mølholm Sundhed er Mølholm Forsikring A/S' eget netværk vedrørende fysioterapi og kiropraktik. Mølholm Sundhed har aftale med 320 fysioterapi- klinikker og 180 kiropraktorklinikker.
Mølholm Sundhed har følgende telefon nummer: …
Den ansatte visiteres af fysioterapeuter, der tager sig af den professionelle visitering.
Ved visiteringen kan det anbefales anden form for behandling, hvis det skønnes relevant.

§ 7.0.2.4.1 I Mølholm Sundheds netværk er der ubegrænset behandling af fritidsrelaterede lidelser/sygdom/skader

§ 7.0.2.4.2 Behandleren afgør behandlingsforløbet.

§ 7.0.2.4.31 Mølholm Forsikring A/S' første brev til den ansatte vil der være en bevilling på 5 behandlinger, men behandlingsforløbet er ubegrænset. (se §.70.2.4.1 og § 70.2.4.2).

§ 71 Ved kroniske lidelser kan der maksimalt bevilges 12 behandlinger, hvis disse skønnes at føre til betydelig bedring. Disse skal være afholdt indenfor et kalenderår.

§ 7.1.1 Der kan kun søges 1 gang pr. kalenderår.

§ 7.1.2 **Stiller speciallægen en kronisk diagnose, er der ikke videre dækning for behandling af denne kroniske lidelse/sygdom/skade.**

§ 7.1.2.1 Hvis den varige lidelse/sygdom/symptomer har varet mere end 10 år, er der ikke dækning, idet den betragtes som kronisk uanset speciallægens diagnose.

§ 7.1.3 Er behandlingen en blandingsbehandling fysioterapi, kiropraktik, akupunktur, zoneterapi, kan der i alt maksimalt tildeles 12 behandlinger pr. kalenderår. Der kan dog stadig maksimalt tildeles de behandlinger der står under hvert modul f.eks. akupunktur 10 behandlinger og herefter er der 2 behandlinger til anden behandling.

§ 7.2 Regninger for fysioterapi og kiropraktik skal være indsendt senest 3 måneder efter, at sidste behandling er foretaget, for at være berettiget til refusion.

§ 7.2.1 Betales der regninger for fysioterapi og kiropraktik, som ligger før anmeldelsestidspunktet (dog maksimalt 14 dage), indgår behandlingstidspunkterne (datoerne) i de maksimale 7 måneder.

§ 7.3 Vælger den forsikrede en fysioterapeut, som er med offentligt sygesikringstilskud, dækkes egenbetalingen.

§ 7.3.1 Vælger den forsikrede en fysioterapeut, der ikke er godkendt af den danske sygesikring (altså uden ydernr.) eller uden tilskud fra den offentlige sygesikring, vil godtgørelsen pr. behandling være 155 kr.

§ 7.4 Holdtræning er godkendt, såfremt der er tilskud fra Den Alm. Danske Sygesikring (have ydernr. og lægehenvisning).

§ 7.5 Ved operation foretaget på et offentligt sygehus eller betalt af det offentlige på privathospital, kan der godkendes op til 6 måneders fysioterapi. Tilkendelsen på op til 6 måneder til fysioterapi er at regne fra operationsdagen.

§ 7.5.1 Ved operation på et offentligt hospital, har det offentlige lovmæssig pligt til at sørge for genoptræningen.

§ 7.6 Har den forsikrede fået bevilget intensiv fysioterapi/kiropraktik, for lidelse/sygdom/skade der er fritidsrelateret, og er der ikke foretaget nogen behandlinger i den 7 måneders periode, kan den forsikrede ansøge på ny. Er der blot foretaget 1 behandling, gælder reglerne i § 70.2. Der skal udfyldes ny skadeanmeldelse og ny henvisning.

7. 83.957

Nævnet udtaler:
Ifølge de gengivne forsikringsbetingelser dækker forsikringen behandlingsudgifter i op til 6 måneder fra anmeldelsestidspunktet. Herefter skal der gå 12 måneder fra sidste behandling. Sådan som bestemmelsen er formuleret, er det nævnets opfattelse, at bestemmelsen § 7.0.2 alene sætter en begrænsning af forsikringsdækningen for behandlinger for samme sygdom.

Da klagerens krav vedrører udgifter til fysioterapi- og kiropraktikbehandling af en sygdom i hans bækken, og nævnet således må lægge til grund, at den vedrører behandlingen af en anden sygdom end den, der først blev anmeldt, finder nævnet, at forsikringsbetingelsernes bestemmelse § 7.0.2, ikke begrænser forsikringsdækningen for behandlingen af bækkensygdommen.

Forsikringsbetingelsernes bestemmelse om, at forsikringen kun dækker for udgifter til behandling, der ligger senere end 14 dage før anmeldelsestidspunktet, skal efter nævnets opfattelse fortolkes i overensstemmelse med forsikringsaftalelovens § 21. Efter denne bestemmelse fortaber forsikringstageren kun sit krav, såfremt selskabet - som følge af den sene anmeldelse - vil lide retstab. Da dette ikke ses at være tilfældet, og da bestemmelsen er ufravigelig bortset fra nogle forsikringsarter, hvortil denne forsikring ikke kan henføres, finder nævnet, at selskabet har været uberettiget til at afvise kravet med henvisning hertil.

Herefter finder nævnet, at selskabet skal genoptage sagsbehandlingen.

8. 83.957

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Mølholm Forsikring A/S, skal anerkende, at det ikke er berettiget til at afslå dækning med henvisning til forsikringsbetingelsernes § 7.0.2 og skal genoptage behandlingen af klagerens krav.

Marianne Højgaard Pedersen
formand