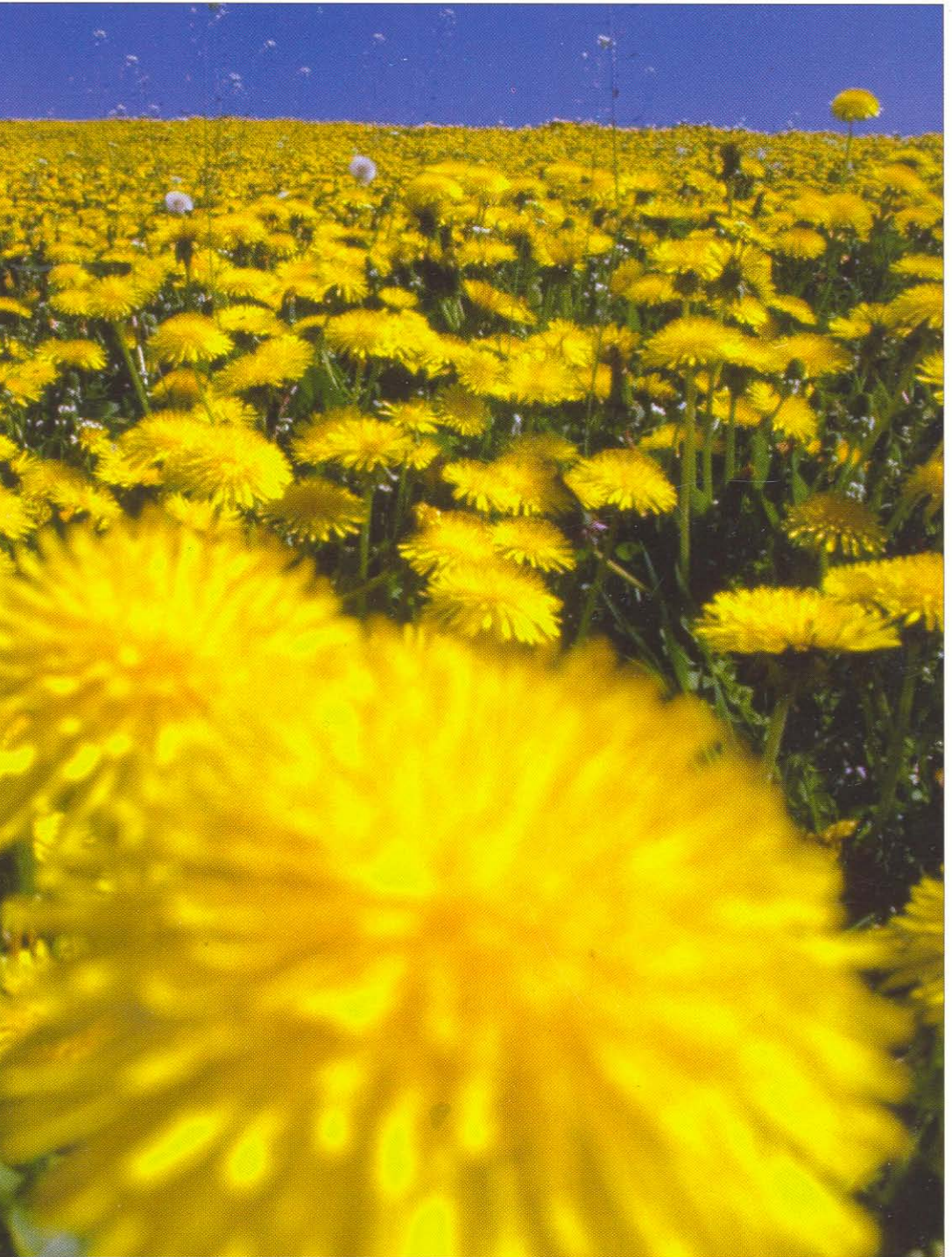


Årsberetning 2000



Årsberetning 2000

Indhold

	Side
Forord	7
1. Patientforsikringen	9
1.1. Lovgrundlag	9
1.2. Organisation	9
1.3. Sagernes behandling	10
1.3.1. Anmeldelse af skader	10
1.3.2. Sagsoplysning	11
1.3.3. Afgørelser	12
2. Talmæssige oplysninger	13
2.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser, afgørelser og verserende sager	13
2.2. Sagsbehandlingstiden	16
2.3. Afgørelser efter patientforsikringsloven	18
2.4. Ansvarlige persongrupper	22
2.5. Tilkendte erstatningsbeløb	23
3. Erstatningsgrundlag og afgørelser	27
3.1. Formål	27
3.2. Patientforsikringslovens erstatningsgrundlag	28
3.3. Eksempler på afgørelser	30
3.3.1. PFL § 1, stk. 1, (er behandlingen foregået på et offentligt sygehus?)	30
3.3.2. PFL § 1, stk. 1, (foreligger der en fysisk skade)	31
3.3.3. PFL § 1, stk. 2, jf. § 4, stk. 1 (organ- og bloddonorere)	35
3.3.4. PFL § 1, stk. 4, (behandling i privat praksis efter henvisning fra sygehusvæsenet)	36
3.3.5. PFL § 2, stk. 1, nr. 1, (specialistmålestokken)	37
3.3.6. PFL § 2, stk. 1, nr. 2, (fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber og andet udstyr)	39
3.3.7. PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode eller teknik)	40

	Side
3.3.8. PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	42
3.3.9. PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1 (forkert diagnose eller diagnoseforsinkelse)	47
3.3.10. PFL 3, stk. 2 (culpa)	51
4. Erstatningsberegning	55
4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler	55
4.2. Eksempler på erstatningsberegning	58
5. Generelle problemstillinger	77
5.1. Genoptagelse af afsluttede sager	77
5.2. Erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992	81
5.3. Hvordan beregnes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for selvstændigt erhvervsdrivende og for skadelidte, der er ansat i et A/S eller ApS, som de selv ejer eller har en dominerende indflydelse på?	86
5.4. Aktindsigt i lægelige vurderinger	91
5.5. Skønsmæssigt godtgørelse for svie og smerte	92
5.6. Principiel landsretsdom: Der kan ikke ydes erstatning for statistisk forringet overlevelsessandsynlighed	97
5.7. Hvornår falder godtgørelse efter patientforsikringsloven i arv?	99
6. Patientforsikringens virksomhed	103
6.1. Foreningens medlemmer	103
6.2. Foreningens bestyrelse	105
6.3. Foreningens administration	106
6.3.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2001	106
6.3.2. Lægeligt konsulentnet	109
6.4. Administrationsaftale	110
6.5. Regnskab og budget	110
7. Beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader	113
7.1. Lovgrundlag	113

	Side
7.2. Organisation	113
7.3. Sagernes behandling	114
7.3.1. Anmeldelse af skader	114
7.3.2. Sagsoplysning	115
7.3.3. Afgørelser	115
7.4. Talmæssige oplysninger	115
7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser	115
7.4.2. Antallet af afgørelser	117
7.4.3. Sagsbehandlingstiden	117
7.5. Afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader	117
7.6. Tilkendte erstatningsbeløb	118
7.7. Erstatningsgrundlag og afgørelser	119
7.7.1. Formål	119
7.7.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader	120
7.7.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader	123
7.8. Særlige problemstillinger	129
7.8.1. Forholdet til produktansvarsreglerne	129
8. The Danish Patient Insurance System (Annual report 2000)	131
8.1. Background for the Danish Patient Insurance Act	131
8.1.1. The Culpa System	131
8.1.2. Redress	131
8.1.3. Prevention	132
8.2. The Insurance Scheme in Outline	132
8.3. Limitations in the Scope	133
8.3.1. Only Treatments at Public Hospitals	133
8.3.2. Only Injuries Caused by Examination and Treatment	134
8.3.3. Only Physical Injuries	135
8.3.4. Other Limitation	135
8.4. Conditions for Damages	136
8.5. Avoidable Injuries	137
8.5.1. "The Specialist Rule" (§ 2 (1), no. 1)	137
8.5.2. "The Equipment Rule" (§ 2 (1), no. 2)	139
8.5.3. "The Alternative Rule" (§ 2 (1), no. 3)	140

	Side
8.6. Unavoidable Injuries	141
8.6.1 "The Endurability Rule" (§ 2 (1), no. 4).	141
8.7. Special Conditions for Damages	143
8.8. Key Figures for the Patient Insurance	143
8.9. The Appeals System	145
8.10. Conclusion	145
Bilag 1. Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24.3.1997	150
Bilag 2. Bekendtgørelse vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring	155
Bilag 3. Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringsselskaber	157
Bilag 4. Bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse efter lov om patientforsikring	160
Bilag 5. Uddrag af lov om erstatningsansvar	162
Bilag 6. Regnskab for 2000, 9. regnskabsår	165
Bilag 7. Lov om erstatning for lægemiddelskader, lov nr. 1120 af 20.12.1995	178
Bilag 8. Lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992	182

Forord

I henhold til patientforsikringslovens § 12, stk. 3, afgiver Patientforsikringen en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

Patientforsikringen fremlægger herved sin årsberetning for 2000. Da behandlingen af enkelte sager er foregået over flere år, men først er afsluttet i foråret 2001, er de medtaget i beretningen. Tilsvarende er der medtaget forskellige administrative spørgsmål, som først har fået deres afslutning i 2001.

Ud over en talmæssig belysning af Patientforsikringens virksomhed er der i beretningen lagt vægt på at belyse foreningens praksis gennem en række eksempler på afgørelser inden for patientforsikringslovens område. Da kendskab til patientforsikringslovens ansvarsregler er en forudsætning for forståelsen af afgørelserne, er der som indledning til denne del af beretningen givet en kort gennemgang af reglerne.

Beretningen indeholder endvidere en redegørelse til sundhedsministeren vedrørende Patientforsikringens administration af lov om erstatning for lægemiddelskader.

Det er Patientforsikringens håb, at beretningen vil være nyttig for alle med interesse for patientforsikringsordningen og lægemidlerstatningsordningen.

Jørgen Bjørnvad

/

Arne Grünfeld

1. Patientforsikringen

1.1. Lovgrundlag

Ved ikrafttrædelsen af lov om patientforsikring 1. juli 1992, indførtes en betydelig lempelse i patienters mulighed for at opnå erstatning for komplikationer i tilknytning til sygehusbehandling.

Samtidigt hermed besluttedes det i henhold til lovens § 12 og § 13, at henlægge sagernes behandling til et administrativt, uvildigt organ - Patientforsikringsforeningen, i det følgende kaldet Patientforsikringen.

Udover at lempe erstatningsadgangen var det hermed hensigten at sikre patienterne en hurtigere behandling af erstatningssagerne. Foreningen er patientforsikringsordningens centrale organ, idet foreningen efter lovens § 13, stk. 1, skal modtage, oplyse og afgøre alle erstatningssager efter loven.

1.2. Organisation

I henhold til patientforsikringslovens (PFL) § 12, stk. 1, opretter de forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af loven, i fællesskab en patientforsikringsforening.

Selvforsikrende myndigheder er ikke som sådan medlemmer af foreningen, men er dog repræsenteret i foreningens bestyrelse, jfr. afsnit 6.2.

Foreningen ledes af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer. 1 medlem udpeges af sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis årlige præmieindtægter og beregnede præmiebeløb svarende til risikoen. De selvforsikrende myndigheder har dog altid ret til at udpege mindst ét medlem af bestyrelsen.

Bestyrelsens opgave er at sørge for en forsvarlig organisation og tilrettelæggelse af foreningens virksomhed.

Foreningens daglige virksomhed varetages af en administration, der ledes af en af bestyrelsen ansat person. Bestyrelsen skal således kun beskæftige

sig med generelle spørgsmål, herunder spørgsmål om administrationens varetagelse af de opgaver, der er pålagt foreningen, hvorimod behandlingen af enkeltsager udelukkende skal finde sted i administrationen. Bestyrelsen kan i ganske særlige tilfælde tage stilling til principielle enkeltsager vedrørende administrationen af lov om patientforsikring og regler fastsat i medfør heraf, f.eks. om Patientforsikringen bør indbringe en ankenævnsafgørelse for domstolene.

Udgifterne til Patientforsikringens administration, herunder udgifter til personale, lokaler og kontorfaciliteter samt, som en særlig post, udgifter til drift af Patientskadeankenævnet, jfr. lovens § 14, stk. 8, afholdes af forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder. Udgifterne til foreningens drift og udgifter i øvrigt, der pålægges foreningen i henhold til loven, opkræves hos forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder, jfr. PFL § 12, stk. 2. Der henvises i øvrigt til Patientforsikringens regnskab, optrykt som bilag 6.

Udgifter til erstatninger afholdes direkte af de enkelte forsikringsselskaber eller selvforsikrende myndigheder.

Patientforsikringens etablering, bestyrelsens sammensætning, de nærmere regler vedrørende opgaver samt foreningens drift og økonomi er nærmere reguleret i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 31 af 20. januar 1992 om vedtægter for foreningen af patientforsikringsselskaber.

1.3. Sagernes behandling

1.3.1. Anmeldelse af skader

Efter PFL § 13, stk. 1, 1. pkt. modtager, oplyser og afgør Patientforsikringen alle erstatningssager efter loven. Dette gælder som tidligere nævnt også skader, der vedrører selvforsikrende myndigheder.

Anmeldelserne sker rent praktisk på to skadeanmeldelsesblanketter - én som udfyldes af patienten, og én som udfyldes af sygehuset.

Patienten skal sørge for, at anmeldelsen kommer Patientforsikringen i hænde hurtigst muligt, og det er patienten, der må sørge for, at erstatningskrav

anmeldes, inden der indtræder forældelse. Patientens anmeldelse indeholder vejledning om, hvortil den skal sendes og et uddrag af loven.

Sygehusets anmeldelse skal indeholde oplysning om, hvordan sygehuset har opfattet skadeforløbet, og anmeldelsen indeholder en opfordring til, at alt relevant materiale, herunder journaler, vedlægges.

Det vil i høj grad være den enkelte læge eller sygeplejerske, der skal tage initiativet til, at skaderne bliver anmeldt, da de normalt har bedst mulighed for at konstatere, om der er indtrådt en skade, som kan erstattes. Det er derfor uhyre vigtigt, at sundhedspersonalet har tillid til, at anmeldelse kan ske, uden at oplysningerne videregives til Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

1.3.2. Sagsoplysning

Når en skade er anmeldt til Patientforsikringen, er det foreningens opgave at oplyse sagen, jfr. PFL § 13, stk. 1, 1. pkt. Det påhviler foreningen af egen drift at indhente alle de oplysninger, som er nødvendige for at kunne tage stilling til, om patienten er berettiget til erstatning efter loven - og i bekræftende fald - selve erstatningsberegningen.

I visse tilfælde vil foreningen kunne afgøre, om der kan ydes erstatning eller ej alene ud fra anmeldelserne, f.eks. hvis skaden vedrører behandlinger, der er sket før lovens ikrafttræden, eller hvis det er åbenbart, at lovens minimumskrav om, at erstatningen skal overstige 10.000 kr., ikke er opfyldt.

I de fleste tilfælde vil det imidlertid være nødvendigt, at der, ud over en juridisk vurdering, ligeledes foretages en lægelig vurdering. Denne kan foretages af foreningens faste lægekonsulenter samt en tandlægekonsulent, men der kan også indhentes supplerende udtalelser og erklæringer fra mere løst tilknyttede speciallæger eller fra det pågældende sygehus.

Fastsættelse af méngrad og erhvervsevnetab foretages også af Patientforsikringens egne læger og jurister. Det følger dog af Patientforsikringens forretningsorden § 8, stk. 3, at foreningen indhenter en vejledende udtalelse om spørgsmålet om fastsættelse af méngraden og erhvervsevnetabsprocenten fra Arbejdsskadestyrelsen, såfremt skadelidte eller skadevolder un-

der sagens behandling fremsætter begæring herom jfr. § 5, stk. 1, i lov om patientforsikring. Udgifter hertil afholdes ikke af Patientforsikringen.

Da det således påhviler Patientforsikringen at oplyse sagerne fuldt ud og dermed varetage patienternes interesser, er det forudsat i patientforsikringsloven, at der ikke kan ske dækning af patientens eventuelle udgifter til advokatbistand.

1.3.3. Afgørelser

Ifølge PFL § 13, stk. 1, 1. pkt. træffer Patientforsikringen afgørelse i alle sager efter loven. Som tidligere nævnt træffes afgørelsen i enkeltsager ikke af bestyrelsen, men af administrationen ved dens leder.

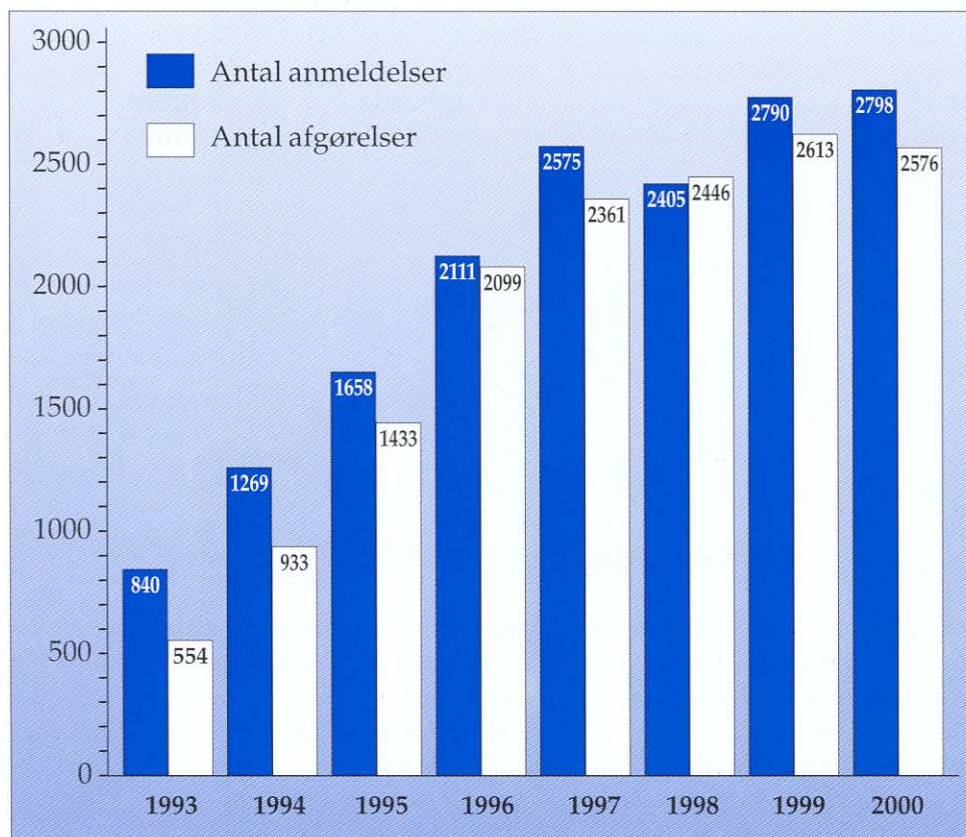
På trods af Patientforsikringens karakter af "privat" forening er foreningen omfattet af forvaltningslovens regler om bl.a. aktindsigt, tavshedspligt og begrundelse, jfr. sundhedsministerens udstedelse af bekendtgørelse nr. 652 af 23. juli 1992 om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringens virksomhed. Patientforsikringen er derimod ikke omfattet af offentlighedsloven.

2. Talmæssige oplysninger

2.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser, afgørelser og verserende sager

I 2000 modtog Patientforsikringen i alt 2.798 anmeldelser, hvilket stort set er det samme antal, som Patientforsikringen modtog i 1999. Underliggende er der dog en væsentlig forskel på de to år, idet Patientforsikringen i 1999 modtog 352 anmeldelser efter den midlertidige lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc-cement. Dette antal faldt i 2000 til 50. Faldet i anmeldelsesantallet fra Boneloc-patienter er altså modsvaret af en tilsvarende stigning i anmeldelsesantallet efter lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader.

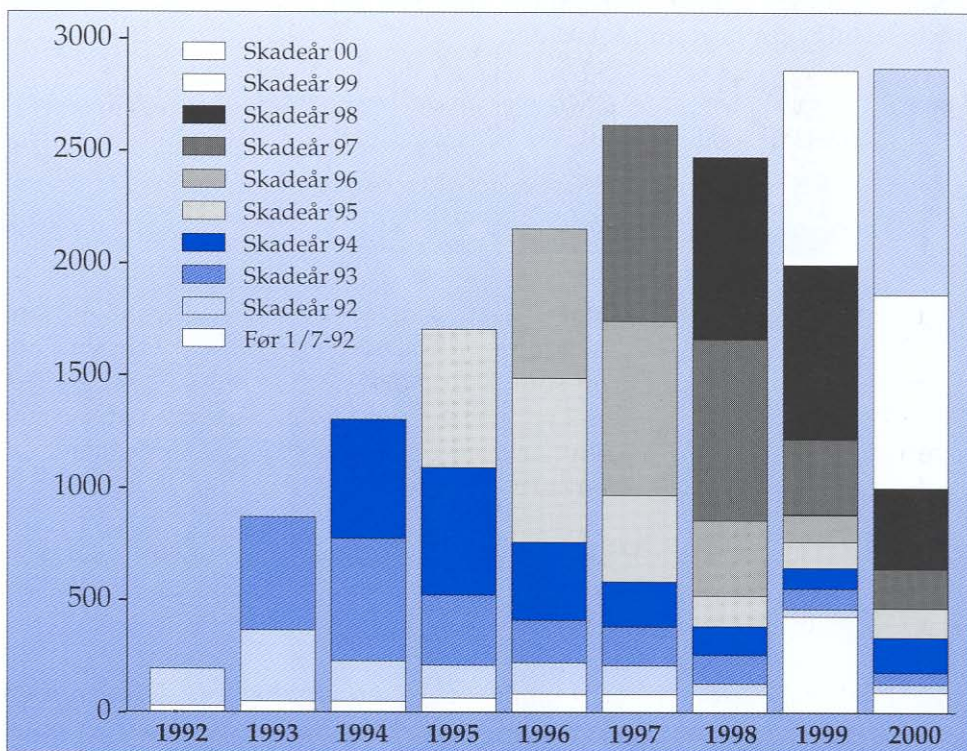
Figur 1 Udviklingen i antal modtagne anmeldelser og truffne afgørelser i årene 1993 til 2000



Ved en umiddelbar betragtning, forekommer den stigning der har været i anmeldelsesantallet fra lovens ikrafttræden voldsom. I perioden 1993 – 1997 er der således tale om en stigning i antallet af anmeldelser på mere end 300 %.

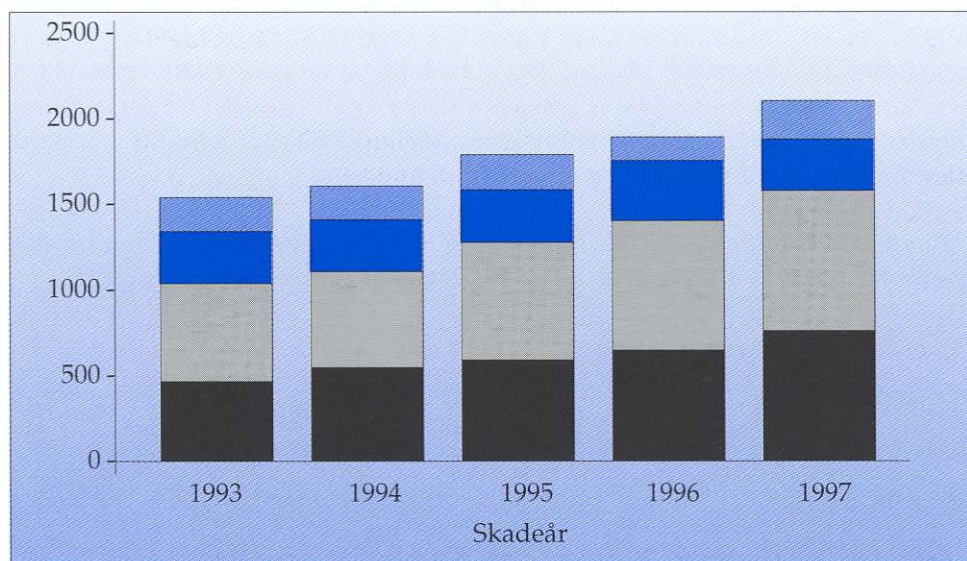
Figur 2 viser imidlertid, at langt størstedelen af anmeldelserne vedrører skader der er indtruffet flere år før anmeldelsen, og at der ikke er nogen væsentlig stigning i antallet af skader, der anmeldes i det år skaden er sket.

Figur 2 *Udvikling i antallet af anmeldelser fordelt efter skadeår*



Når anmeldelsesantallet er steget i perioden, skyldes dette altså stort set alene det faktum, at loven, for hvert år der er gået, omfatter en længere og længere periode, hvorfra anmeldelser kan ske. Loven omfatter jo ifølge § 1 alene skader sket 1. juli 1992 eller senere. Ser man bort fra dette tidsmæssige forhold, får man et mere reelt billede af væksten.

Figur 3 Den reelle vækst i antallet af anmeldelser 1993-1997



Figur 3 viser det samlede antal skader for hvert af årene 1993 til 1997, anmeldt i de fire første år efter skaderne er sket. Den første søjle viser altså antallet af skader sket i 1993 og som er anmeldt i 1993, 1994, 1995 og 1996. Som det kan ses, har der været en vis stigning i antallet af anmeldelser fra hvert skadeår, men stigningen har over en periode på 5 år alene været ca. 38%, eller 7,5 % årligt i gennemsnit.

Opgjort på denne måde, er den reelle vækst i anmeldelsesfrekvensen relativt beskeden. Forestillinger om en eksplosiv vækst i antallet af patienters erstatningskrav er altså forkerte.

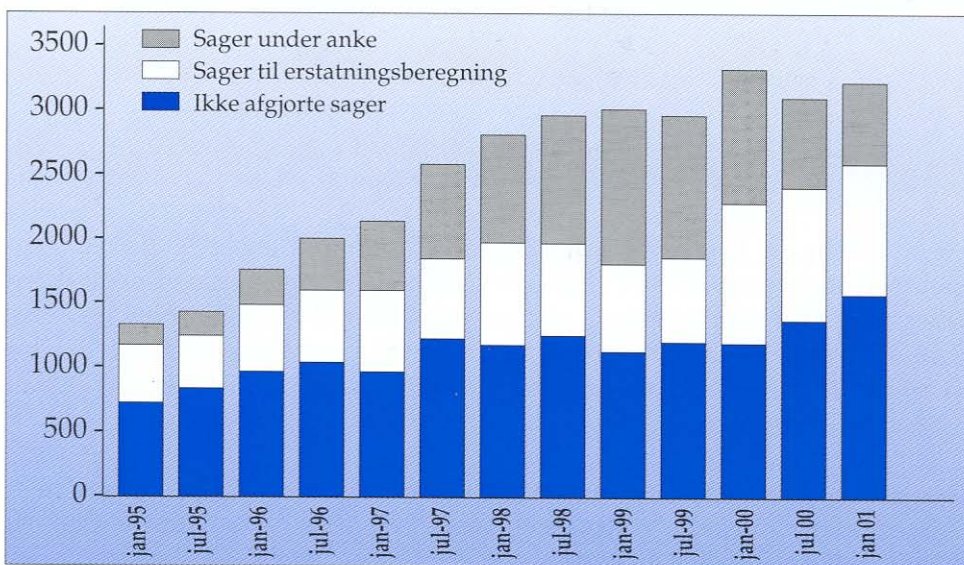
Der er heller ikke grundlag for antagelser om en stigning i skadefrekvensen på sygehusene. Den beskeden stigning der har været, kan forklares ved et voksende kendskab til en i øvrigt ny erstatningsordning blandt patienter og personale.

Af figur 1 fremgår endvidere, at Patientforsikringen i 2000 traf 2.576 afgørelser vedrørende patientforsikringsloven, lægemiddelskadeloven og lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc. Hertil kommer 1.100-1.200 afgørelser efter erstatningsansvarsloven.

Af figur 4 fremgår udviklingen i antallet af verserende sager i 2000. Det fremgår, at antallet af verserende sager er faldet i løbet af 2000, til i alt 3.244 sager. Der er imidlertid sket en væsentlig forskydning, idet antallet af sager under anke er faldet betragteligt som følge af en succesfuld indsats for afvikling af sagspuklen i Patientskadeankenævnet. Antallet af sager til afgørelse efter patientforsikringsloven er derimod steget. Antallet af sager under erstatningsberegning er nogenlunde uændret.

Patientforsikringen forventer i 2001 at få standset denne udvikling og det forventes også, at det samlede antal verserende sager kan falde fra 2002.

Figur 4 Udviklingen i antallet af verserende sager i 1995-2000



2.2. Sagsbehandlingstiden

Det er for Patientforsikringen afgørende, at sagsbehandlingstiden begrænses mest muligt.

Det er i denne forbindelse vigtigt, at man ved patientforsikringslovens vedtagelse lagde vægt på, at ikke blot kriterierne for at få erstatning skulle lem-

pes, men at man i lige så høj grad lagde vægt på, at patienter skulle have afgjort deres erstatnings sag inden for en rimelig tid.

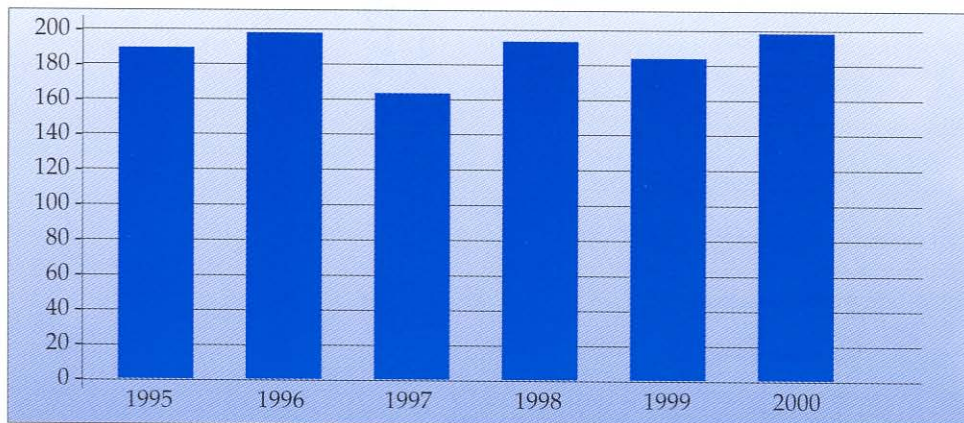
Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid til der træffes afgørelse efter lov om patientforsikring fremgår af figur 5. Den tid, der efterfølgende medgår til at beregne en eventuel erstatning til patienten, er ikke medtaget i figuren. Sagsbehandlingstiden har således i en 5-årig periode svinget mellem 150 og 200 dage.

Ved vurderingen af sagsbehandlingstidens rimelighed skal man være opmærksom på, at der i gennemsnit anvendes næsten 3 måneder af læger, sygehuse og patienter til at fremskaffe det materiale, som er nødvendigt, for at afgørelsen overhovedet kan træffes.

Man skal endvidere være opmærksom på, at visse sager ikke kan afgøres, før patienternes endelige tilstand er kendt. I andre tilfælde er det nødvendigt, at patienterne undersøges af en speciallæge inden afgørelsen kan træffes.

Denne del af sagsbehandlingstiden er Patientforsikringen uden indflydelse på.

Figur 5 Gennemsnitlig sagsbehandlingstid i perioden fra 1. januar 1995 til 31. december 2000



Som det fremgår, var sagsbehandlingstiden i de sager der blev afgjort i 2000 den længste siden 1996. Denne udvikling er en naturlig konsekvens af det stigende antal uafgjorte sager, jf. ovenfor.

Sagsbehandlingstiden forventes at være uændret i 2001 og falde svagt fra 2002.

2.3. Afgørelser efter patientforsikringsloven

Af figur 6 kan man se, hvorledes Patientforsikringens afgørelser fordeler sig på henholdsvis patienter, der er fundet berettiget til erstatning, og patienter der ikke er.

Figur 6 *Afgørelsestyper efter patientforsikringsloven*

Afgørelsestype	Antal 1/7-1992- 31/12 2000	%	Antal 1/1-31/12 2000	%
§ 2, stk. 1, nr. 1, (specialistmålestokken)	2.335	16,1	438	17,5
§ 2, stk. 1, nr. 2, (apparatursvigt)	576	4,0	155	6,2
§ 2, stk. 1, nr. 3, (alternativ metode/teknik)	102	0,7	10	0,4
§ 2, stk. 1, nr. 4, (rimelighedsreglen)	2.083	14,4	424	16,9
§ 3, stk. 2, (ulykker)	50	0,3	10	0,4
§ 4, stk. 1, (donorer og forsøgspersoner)	405	2,8	95	3,8
Omfattet, men efterfølgende konstateret under kr. 20.000/kr. 10.000	575	4,0	36	1,4
I alt omfattet	6.126	42,3	1.168	46,6
Ikke berettiget til erstatning i alt	6.114	42,1	1.044	41,6
Uden for lovens dækningsområde:				
Åbenbart under kr. 20.000/kr. 10.000	836	5,8	120	4,8
Før 1. juli 1992	501	3,5	33	1,3
Ikke offentligt sygehusvæsen	369	2,5	56	2,2
Forældelse	34	0,2	20	0,8
Diverse	526	3,6	67	2,7
I alt uden for lovens dækningsområde	2.266	15,6	296	11,8
Samlet antal afgørelser efter PFL	14.506	100,0	2.508	100,0

Som det fremgår, er antallet af patienter der har fået erstatning på grund af, at behandlingen ikke var optimal (§ 2 stk. 1, nr. 1) af samme størrelse som antallet af patienter der har fået erstatning for uundgåelige skader efter rimelighedsreglen (§ 2 stk. 1, nr. 4).

Antallet af sager, der umiddelbart har kunnet afvises, fordi de ikke var omfattet af lovens dækningsområde, er faldet gennem de seneste år. Det skyldes, at anmeldelser vedrørende skader indtruffet før lovens ikrafttræden nu er ved at forsvinde, mens sager, der afvises som følge af patientforsikringslovens 5 års forældelsesfrist, ikke stiger tilsvarende. Denne udvikling har været forventelig, men udviklingen betyder også, at andelen af anmeldte sager, der skal realitetsbehandles, stiger.

Den kraftige stigning i antallet af anmeldelser, der anerkendes efter reglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 2, skyldes anmeldelser efter lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement. Den del af anmeldelserne der anerkendes efter denne bestemmelse, må forventes at falde i de kommende år. Netop anerkendelsen af de mange Bonelocsager har da også været den væsentlige årsag til, at anerkendelsesfrekvensen er steget betydeligt i de seneste 2 år.

Ser man bort fra de anmeldelser, der ikke faldt inden for lovens dækningsområde, så anerkendtes 52.8% af anmeldelserne i 2000.

Af figur 7a og 7b fremgår antallet af anmeldelser og anerkendelser i de enkelte sygehuskommuner for henholdsvis perioden 1992 - 2000 og for 2000 alene.

Figur 7a Antal anmeldelser og anerkendelser i 2000

Amt	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Københavns Amt	348	2,98	136	1,16
Frederiksborg Amt	162	2,64	31	0,73
Roskilde Amt	112	2,64	31	0,73
Vestsjællands Amt	128	2,41	48	0,90
Storstrøms Amt	115	2,26	41	0,81
Bornholms Amt	26	3,32	11	1,40
Fyns Amt	241	2,38	104	1,03
Sønderjyllands Amt	114	2,40	45	0,95
Ribe Amt	96	2,22	41	0,95
Vejle Amt	137	1,96	51	0,73
Ringkøbing Amt	97	1,89	47	0,92
Århus Amt	344	2,56	147	1,10
Viborg Amt	98	2,06	43	0,90
Nordjyllands Amt	228	2,39	97	1,02
Hovedstadens Sygehusfællesskab	449	2,42	213	1,15
Øvrige	101	-	22	-
Hele landet	2.798	2,53	1.153	1,04

Figur 7b Antal anmeldelser og anerkendelser i perioden fra 1. juli 1992 til 31. december 2000

Amt	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Københavns Amt	1.979	1,99	670	0,67
Frederiksborg Amt	1.147	2,20	407	0,78
Roskilde Amt	638	1,77	200	0,56
Vestsjællands Amt	739	1,63	237	0,52
Storstrøms Amt	677	1,57	227	0,53
Bornholms Amt	150	2,25	63	0,95
Fyns Amt	1.330	1,54	517	0,60
Sønderjyllands Amt	598	1,48	201	0,50
Ribe Amt	577	1,57	224	0,61
Vejle Amt	859	1,45	314	0,53
Ringkøbing Amt	594	1,36	218	0,50
Århus Amt	2.002	1,76	750	0,66
Viborg Amt	620	1,53	242	0,60
Nordjyllands Amt	1.226	1,51	418	0,51
Hovedstadens Sygehusfællesskab	2.876	1,83	1.036	0,66
Øvrige	578	-	76	-
Hele landet	16.590	1,76	5.800	0,62

De forskelle, der kan være i anmeldelses- og anerkendelsesfrekvenserne inden for det enkelte år, ses i høj grad at udligne sig, når tidsperspektivet udvides til hele perioden.

Af figur 8 fremgår efter hvilke bestemmelser i patientforsikringsloven de anerkendte skader i hver sygehuskommune er afgjort.

Sammenligner man figur 7b med figur 8, kan det konkluderes, at sygehuskommuner, med en høj anmeldelsesfrekvens generelt ikke har en tilsvarende høj anerkendelsesfrekvens efter specialismålestokken i PFL § 2 stk. 1, nr. 1, (kolonne A). Der kan altså ikke påvises nogen sammenhæng mellem en høj anmeldelsesfrekvens og den lægefaglige kvalitet i behandlingen.

Figur 8 Afgørelser i de enkelte amter efter afgørelseskategorier for perioden 1. juli 1992 til 31. december 2000

Amt	Antal afgørelser	A %	B %	C %	D %	E %	F %
Københavns Amt	1.469	20	21	2	6	8	43
Frederiksborg Amt	882	19	21	2	6	12	40
Roskilde Amt	473	19	18	1	8	7	47
Vestsjællands Amt	551	22	15	3	5	8	47
Storstrøms Amt	514	24	16	2	6	10	42
Bornholms Amt	107	29	22	1	5	4	39
Fyns Amt	972	21	24	2	5	5	43
Sønderjyllands Amt	434	19	19	1	9	6	46
Ribe Amt	443	26	22	6	7	11	28
Vejle Amt	660	20	23	1	9	9	39
Ringkøbing Amt	443	25	18	1	5	7	44
Århus Amt	1.496	21	24	2	6	5	42
Viborg Amt	471	26	19	2	7	6	40
Nordjyllands Amt	891	21	19	2	6	7	45
Hovedstadens Sygehusfællesskab	2.127	16	22	5	6	7	44
Øvrige	405	0	0	10	0	84	6

- A. Omfattet af specialismålestokken, PFL § 2, stk. 1, nr. 1.
 B. Omfattet af øvrige erstatningsbestemmelser, PFL § 2, stk. 1, nr. 2-4 og § 3, stk. 2.
 C. Omfattet, forsøg og donorer, PFL § 4, stk. 1.
 D. Afvisninger under 20.000/10.000 kr., PFL § 5, stk. 2.
 E. Afvisninger uden for lovens dækningsområde.
 F. Afvisninger - ikke omfattet af lovens erstatningsbestemmelser.

2.4. Ansvarlige persongrupper

Af figur 9 nedenfor fremgår de persongrupper, hvis behandlinger anmeldelserne i 2000 vedrørte. Selvom langt størstedelen af anmeldelserne relaterer sig til den lægelige behandling, så er der dog også andre sundhedspersoners adfærd, der giver anledning til anmeldelser.

Figur 9 Anmeldelser fordelt på grupper af sundhedspersoner

Overlæger/afdelingslæger	1593	Jordemoder	31
Praktiserende speciallæger	15	Fysioterapeuter	12
Praktiserende læger	35	Laboranter	78
Yngre læger	1029	Audiologiassistenter	1
Sygeplejersker	128	Portører	2
Social- og sundheds-assistenter, sygehjælpere	2	Perfundører	1
Tandlæger	7	Ambulanceførere	9

Ofte er det dog således, at skade forvoldt af eksempelvis sygeplejersker, sygehjælpere og fysioterapeuter ikke vedrører egentlig behandling, men derimod svigt i den plejemæssige indsats, eksempelvis faldulykker og lignende.

Uanset, at praktiserende speciallæger ikke er omfattet af lov om patientforsikring modtages dog enkelte anmeldelser. Disse må sædvanligvis afvises, idet skaden er forvoldt udenfor lovens dækningsområde.

Figur 10 viser, hvilke specialer der i 2000 var de mest skadeforvoldende. Tabellen bekræfter, at de kirurgiske behandlinger er klart mest skadeforvoldende. Man skal imidlertid også huske på, at omfanget af eksempelvis kirurgiske behandlinger er forholdsmæssigt meget stort. Derfor må antallet af komplikationer naturligvis også blive forholdsmæssigt større. Når anæstesiologi er repræsenteret med et så stort antal skadeforvoldelser skyldes det naturligvis også det faktum, at en meget stor del af de lidelser der behandles på sygehusene, på et eller andet tidspunkt fordrer en anæstesiologisk indsats.

Figur 10 Afgørelser i 2000 fordelt på skadeforvoldende speciale

Almen medicin	25	Medicinske lungesygdomme	4
Aesthesiologi	115	Nefrologi	4
Arbejdsmedicin	1	Reumatologi	29
Dermatolo- venerologi	4	Kirurgi	246
Radiologi	34	Karkirurgi	23
Gynækologi	82	Kirurgisk gastroenterologi	56
Obstetrik	53	Plastikkirurgi	13
Intern medicin	92	Thoraxkirurgi	41
Hæmatologi	1	Urologi	24
Infektionsmedicin	3	Klinisk Immunologi	72
Kardiologi	24	Klinisk mikrobiologi	2
Medicinsk endokrinologi	1	Neurokirurgi	115
Medicinsk gastroenterologi	6	Neurologi	16
Klinisk neurofysiologi	1	Patologisk anatomi	6
Oftalmologi	48	Psykiatri	27
Onkologi	29	Pædiatri	3
Ortopædisk kirurgi	934	Kæbekirurgi	7
Oto-rhino-laryngologi	69	Børnekirurgi	1

2.5. Tilkendte erstatningsbeløb

De samlede udbetalinger efter patientforsikringsloven siden 1. juli 1992 udgjorde ved udgangen af 2000 ca. 652 mio. kr. Alene i 2000 tilkendtes ca. 136,6 mio. kr.

Figur 11 Udbetalinger fordelt efter såvel skadeår som udbetalingsår i mio. kr.

	Skadeår										i alt*
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000		
1992	0,0										0,0
1993	5,4	0,3									5,7
1994	8,4	13,2	0,2								21,8
1995	15,8	34,9	14,3	0,3							65,3
1996	6,5	25,8	31,0	17,8	2,4						83,5
1997	7,3	14,6	25,3	33,2	19,4	1,2					101,0
1998	4,6	11,1	13,1	23,8	33,9	23,5	2,1				112,1
1999	4,6	12,7	6,9	19,9	21,3	32,6	27,0	1,4			126,4
2000	4,0	8,9	6,9	9,1	12,2	30,6	42,0	21,2	1,7		136,6
I alt*	56,6	121,5	97,7	104,1	89,2	87,9	71,1	22,6	1,7		652,4

* excl. renter.

Figur 11 viser på den ene side hvorledes de samlede årlige udbetalinger er sammensat af erstatninger for skader indtruffet i tidligere år, og på den anden side viser den hvor store de samlede erstatninger for et skadeår er, og hvorledes de fordeler sig på udbetalingsår.

Af figuren fremgår, at de beløb, der udbetales i de enkelte år, kun i meget begrænset omfang vedrører skader, der er indtruffet i året. Ud af i alt 136,6 mio. kr. udbetalt i 2000, var det altså alene 1,7 mio. kr. der vedrørte skader sket i 2000. Langt størstedelen af udbetalingerne vedrørte skader sket mere end to år tidligere.

Årsagen hertil beror på flere forhold:

For det første anmeldes skaderne relativt sent, jævnfør også ovenfor i figur 2.

For det andet går der ganske lang tid fra sagen anmeldes og indtil udbetaling finder sted.

Dette sidstnævnte beror på flere forhold:

- Ofte skal patienterne til en undersøgelse hos en speciallæge for at få vurderet deres helbredstilstand efter patientskaden. Der kan være betydelig ventetid på sådanne undersøgelser.
- Patientens tilstand skal være medicinsk stationær. Dvs. at der selv ved yderligere behandling ikke forventes nogen væsentlig forbedring i helbredstilstanden.
- Ofte skal patienten indsende oplysningsskemaer og dokumentation i form af lønsedler, regninger, årsregnskaber mv.
- Der skal undertiden indhentes pensionsakter fra kommunen og senere tilkomne journaler mv.
- Sagen skal gennemgå en fornyet lægelig vurdering med henblik på fastsættelse af eksempelvis godtgørelse for varigt mén og for svie og smerte.

- Der skal foretages en vurdering af patientens fremtidige erhvervsmuligheder med henblik på beregning af eventuelt erhvervsevnetab.

Konsekvenserne fremgår tydeligt af figur 12. Af figuren kan man se, hvorledes erstatningerne i sager anmeldt i 1995 først udbetales i de efterfølgende år.

Figur 12 Udbetalinger i anmeldelser indgivet i 1995 (mio. kr.) fordelt efter udbetalingsår

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Anmeldelsesår 1995	3	45	32	14	4	4

En af konsekvenserne af det store tidsrum mellem henholdsvis skadens indtræden og erstatningernes udbetaling er, at rentetilskrivningerne bliver meget store. De angivne erstatningsbeløb ovenfor skal således tillægges i gennemsnit 25% i renter.

3. Erstatningsgrundlag og afgørelser

3.1. Formål

Formålet med patientforsikringsloven er at have en offentligt styret patientforsikringsordning, hvor der gives patienter erstatning for skader opstået under behandling mv. i sygehusvæsenet i videre omfang end efter den almindelige erstatningsregel (culpa-reglen) og på en for patienterne lettere og hurtigere måde.

For at nå dette mål indeholder patientforsikringsloven en omfattende og ret detaljeret beskrivelse af, under hvilke betingelser og i hvilke situationer patienter kan opnå erstatning for skader opstået i forbindelse med sygehusbehandling mv.

Ved administrationen af patientforsikringsloven må der lægges afgørende vægt på at følge lovgivers intentioner, således som disse er beskrevet i patientforsikringslovens lovbemærkninger og forarbejder. Dette gælder i særlig grad anvendelsen af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, hvorefter der kan gives erstatning ud fra et "rimelighedssynspunkt", som bygger på to kriterier, dels at skaden skal være sjælden, og dels at skaden skal være relativt alvorlig set i forhold til patientens grundsygdom.

Det indebærer, at patienter, som lider af f.eks. alvorlige hjerte- eller kræftsygdomme, ofte ikke kan få erstatning efter rimelighedsreglen, fordi deres grundsygdom er for alvorlig. Det er vigtigt at følge lovgivers intentioner på dette punkt og få en fast praksis, som stiller alle patienter lige, og som ikke medfører utilsigtede økonomiske konsekvenser for ordningen.

Til vurdering af om Patientforsikringen lever op til intentionerne bag patientforsikringsloven og giver erstatning i de situationer, der var forudsat fra lovgivers side, er det nødvendigt at se på nogle af de mere principielle og typiske afgørelser, der er truffet i beretningsperioden. I så henseende er afgørelser, hvor der er givet afslag, lige så oplysende som afgørelser, hvor der er givet patienten medhold.

For at forstå baggrunden for og betydningen af de forskellige afgørelser er

det nødvendigt at kende erstatningsgrundlaget i patientforsikringsloven, hvorfor der indledningsvis skal gives en kort gennemgang af dette.

3.2. Patientforsikringslovens erstatningsgrundlag

Af lovens § 1 fremgår følgende:

§ 1. Til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med, ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Det er ifølge bestemmelsen en betingelse, at der er indtruffet en fysisk skade. Skader af rent psykisk karakter dækkes altså ikke. Derudover er det en betingelse, at skaden skal være indtruffet i Danmark på et offentligt sygehus, eller et privat sygehus med en offentlig driftsoverenskomst. Skader indtruffet i eksempelvis privat lægepraksis eller ved danskeres behandling i udlandet, er ikke omfattet.

Med virkning fra den 4. juni 1999 er lovens område dog udvidet, således at skader opstået i forbindelse med behandling på private sygehuse og hos private speciallæger mv. her i landet og i udlandet, er omfattet af loven, hvis behandlingen er sket efter henvisning fra et offentligt sygehus.

Patientforsikringslovens centrale bestemmelse er lovens § 2:

§ 2. Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

1. hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået,
2. hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende,

3. hvis skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom, eller
4. hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

PFL § 2, stk. 1, nr. 1-4, anvendes på den måde, at man først undersøger, om nr. 1 er opfyldt. Hvis dette er tilfældet, gives erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 1. Hvis skaden ikke falder ind under nr. 1, går man videre og undersøger, om den eventuelt falder ind under nr. 2 og så fremdeles.

§ 3. Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtige diagnose af patientens sygdom, erstattes kun i de i § 2, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.

Stk. 2. Ved ulykkestilfælde, der ikke omfattes af § 2, stk. 1, nr. 2, ydes erstatning kun, hvis skadelidte er under behandling mv. på et sygehus og ulykken er indtruffet inden for dettes område under sådanne omskændigheder, at sygehuset måtte antages at have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler.

Bestemmelsen i § 3, stk. 1, indeholder således en begrænsning i anvendelsen af reglerne i § 2 i tilfælde, hvor skaden skyldes en forkert eller mangelfuld diagnosticering.

Ligeledes fremgår det af § 3, stk. 2, at der kun kan ydes erstatning efter almindelige erstatningsretlige regler i tilfælde, hvor patienter kommer til skade på sygehuset af andre årsager end selve behandlingen. Patienterne har i disse tilfælde alene ret til erstatning, såfremt tilskadekomsten skyldes fejl eller forsømmelse fra sygehusets side.

§ 4. Til de af § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt. omfattede forsøgspersoner og donorer ydes erstatning for enhver skade, som kan være forårsaget af forsøget eller af udtagelsen af væv mv., medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har anden årsag.

Forsøgspersoner og donorer har ifølge § 4 ret til erstatning, hvis en opstået skade kan skyldes forsøget eller afgivelsen af eksempelvis blod. Der gælder altså en formodning for, at skaden skyldes selve forsøget. I juridisk terminologi er der tale om en "omvendt bevisbyrde".

3.3. Eksempler på afgørelser

I det følgende vil der blive gennemgået eksempler på afgørelser truffet af Patientforsikringen inden for hver af de omtalte kategorier.

3.3.1. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1, (er behandlingen foregået på et offentligt sygehus?)

Speciallægeundersøgelse på offentligt sygehus i forbindelse med arbejdsskadesag

I forbindelse med en arbejdsskadesag var en 52-årig mand til speciallægeundersøgelse hos en overlæge på et offentligt sygehus. Overlægen henviste patienten til behandling hos en privatpraktiserende fysioterapeut, hvor patienten ifølge sin anmeldelse blev påført forøgede smerter og bevægeindskrænkning af armene.

Patienten gjorde gældende, at skaden var indtrådt på grund af fejlagtig henvisning til fysioterapeutisk behandling, og at sygehuset derfor måtte bære ansvaret for den skade, der var påført hos fysioterapeuten.

Patientforsikringen afviste sagen med henvisning til PFL § 1, stk. 1, der fastslår, at loven kun omfatter undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med. Behandling hos en privatpraktiserende fysioterapeut er således ikke omfattet af loven, medmindre de særlige betingelser i PFL § 1, stk. 4, er opfyldt, jf. afsnit 3.3.4.

For så vidt angår overlægens undersøgelse og henvisning til fysioterapeutisk behandling lagde Patientforsikringen vægt på, at undersøgelsen skete på foranledning af Arbejdsskadestyrelsen og mod særskilt vederlag i forbindelse med en arbejdsskadesag. Der var således ikke tale om en sygehuseydelse, men om et tilfælde hvor patienten blev undersøgt på et sygehus af en læge efter de særlige regler om lægers adgang til at behandle egne patienter fra lokaliteter på sygehuset, jf. § 6, stk. 5, i bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring.

Overlægens undersøgelse og henvisning var således ikke omfattet af patientforsikringslovens dækningsområde. Afgørelsen blev tiltrådt af Patient-skadeankenævnet (00-0013).

Sagen viser, at der kan forekomme behandlinger og undersøgelser på offentlige sygehuse, der ikke er omfattet af lov patientforsikring. Det er en betingelse for at opnå erstatning efter loven, at patienten er under ansvar af sygehusvæsenet. Sagen er desuden et eksempel på patientforsikringslovens afgrænsning i forhold til den primære sundhedssektor.

Eftersom overlægens undersøgelse faldt uden for patientforsikringslovens dækningsområde, havde Patientforsikringen ikke anledning til at tage stilling til, om henvisningen til fysioterapeutisk behandling var lægelig korrekt. Hvis undersøgelsen var sket i sygehusregi, og henvisningen var fejlagtig, er det muligt, at en skade påført patienten hos den privatpraktiserende fysioterapeut som følge af henvisningen, ville blive anset som omfattet af patientforsikringsloven.

3.3.2. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (foreligger der en fysisk skade?)

1. Opvågning under operation - psykisk skade

En 27-årig mand blev i 1999 opereret på grund af en mangeårig ryglidelse (Scheuermanns kyfose).

Operationen forløb umiddelbart uden komplikationer, men inden operationen var afsluttet, vågnede patienten op.

Patienten anførte i sin klage til Patientforsikringen, at opvågningsfasen

havde været særdeles smertefuld og ubehagelig, og at han som følge af denne oplevelse havde fået voldsomme gener i dagligdagen i form af mareridt om natten og uro om dagen, ligesom han følte sig ude af stand til at passe et arbejde. På grund af oplevelsen havde patienten været nødsaget til at påbegynde behandling hos psykolog.

Patientforsikringen afviste sagen under henvisning til, at der ikke var påført patienten en fysisk skade, jf. PFL § 1, stk. 1 (00-0649).

Sagen er et eksempel på, at skade af rent psykisk karakter ikke er omfattet af patientforsikringsloven. Hvis der derimod er tale om, at patienten er påført en fysisk skade, der dækkes af patientforsikringsloven, ydes også erstatning for psykiske følger af denne skade.

2. Refleksdystrofi ikke påført ved behandlingen

En 46-årig kvinde forvred i marts 1999 højre fod. Hun kom samme dag på skadestuen, hvor man anlagde støttegips. I den følgende tid havde patienten svære gener med hævelser og smerter, og hun fik jævnligt skiftet bandage. I slutningen af april 1999 var foden hævet og blåmameret. I forløbet stillede man diagnosen refleksdystrofi (svind af knogler, muskler og hud i forløbet efter et traume, som ikke er betinget af en direkte nervelesion).

Man iværksatte behandling med fysioterapi, og tilstanden blev lidt bedre, men der var dog fortsat nedsat bevægelighed og smerter ved berøring.

Patientforsikringen vurderede, at patienten ikke var blevet påført en fysisk skade ved behandlingen på sygehuset. Betingelserne for at opnå erstatning i PFL § 1, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, var dermed ikke opfyldt.

Patientforsikringen lagde vægt på, at refleksdystrofi hyppigst udløses af et traume (f.eks. fald, slag eller lignende), og det ansås derfor for overvejende sandsynlighed, at refleksdystrofien blev udløst af det primære forvridningstraume og ikke af den efterfølgende bandagebehandling.

Det blev endvidere bemærket, at refleksdystrofi efter et sådant traume typisk udvikles hos de patienter, som har særlige dispositioner herfor (00-0028).

Sagen viser, at lidelsen refleksdystrofi kun sjældent kan anerkendes efter lov om patientforsikring. Sygdommen udløses af ukendte årsager, men sædvanligvis efter et traume (stort eller mindre slag eller fald). Endvidere skyldes udviklingen af refleksdystrofi som regel særlige dispositioner hos patienten selv. På grund af den manglende viden om hvad der udløser refleksdystrofi, er det ikke muligt at begrænse risikoen ved at vælge bestemte typer af behandling

3. Fejl i forbindelse med strålebehandling - kun potentiel skade, hvilket ikke i sig selv er en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand

En 77-årig mand blev henvist til strålebehandling på grund af strubekræft. Under behandlingsforløbet blev man opmærksom på, at der var sket en beregningsfejl, således at der var givet en for kraftig stråledosis. Det blev vurderet, at dette indebar en risiko på 10-20% for, at patienten inden for $_1_$ år ville udvikle stråleskade i rygmarvskanalen svarende til det bestrålede område.

Patienten blev orienteret om fejlen, og man informerede ham om risikoen for skade og symptomerne herpå i form af kraftnedsættelse og føleforstyrrelser i kroppen samt om mulighederne for at anmelde sagen til Patientforsikringen. Det blev besluttet at ophøre med yderligere behandling for ikke at belaste rygmarven mere.

Patienten oplyste i sin anmeldelse til Patientforsikringen, at der på grund af forkert strålebehandling var en begrundet mistanke om, at hans rygmarv kunne have taget væsentlig skade. Han havde dog foreløbig ikke gener heraf.

Patientforsikringen fandt, at optimal behandling havde tilsagt, at man havde opdaget beregningsfejlen inden behandlingens start og således havde tilsikret, at der blev givet den korrekte dosis strålebehandling. Patientforsikringen vurderede imidlertid, at patienten ikke var blevet påført en skade i lovens forstand som følge af den høje dosis strålebehandling. Der blev herved lagt vægt på, at patienten foreløbig ikke havde gener svarende til en mulig stråleskade af rygmarven.

Det forhold, at patienten havde risiko for at udvikle symptomer på rygmarvsbeskadigelse efter strålebehandlingen, fandtes ikke i sig selv at

kunne betragtes som en fysisk skade i lovens forstand, idet der alene var tale om en potentiel, fremtidig skade. Patienten var derfor ikke berettiget til erstatning, jf. PFL § 1, stk. 1, jr. § 2, stk. 1.

Patientforsikringen orienterede patienten om, at sagen ville kunne genoptages, hvis patienten på et senere tidspunkt udviklede symptomer på rygmærvsbeskadigelse efter strålebehandlingen (00-2247).

Sagen er et eksempel på, at der kun ydes erstatning, hvis patienten er påført fysisk skade ved behandlingen. Det er således en betingelse, at der rent faktisk er indtrådt en skade. Det er derimod ikke tilstrækkeligt, at der kun er tale om en potentiel skade, heller ikke selvom der er stor sandsynlighed for, at der på et senere tidspunkt vil indtræde en skade, og patienten således på et senere tidspunkt udvikler symptomer efter den skadevoldende begivenhed, den pågældende har været udsat for.

Der henvises til generelle emner punkt 5.6. Principiel landsretsdom: Der kan ikke ydes erstatning for statistisk forringet overlevelsessandsynlighed.

4. Manglende behandling af en tandskade medførte ingen skade

En 30-årig kvinde henvendte sig ved 16-tiden om eftermiddagen på skadestuen efter et traume mod hendes ene fortand. Man fandt tanden løs, men vurderede, at den ikke var lukseret (tanden havde ikke ændret position). Man henviste patienten til at henvende sig i tandlægevagten, som åbnede kl. 20.00, og medgav hende instruks med henblik på fiksatation af tanden.

Patienten henvendte sig samme aften i tandlægevagten, hvor man fandt tanden lukseret og forsøgte at sætte den på plads. Man udstyrede hende herefter med en bideskinne og henviste hende til at søge egen tandlæge snarest muligt. Ifølge patientens oplysninger skulle man have udtalt, at tanden burde have været sat på plads allerede på skadestuen, og at prognosen nu var dårlig på grund af ventetiden, frem til tandlægevagten åbnede.

Patienten henvendte sig efterfølgende hos sin egen tandlæge, som påbegyndte rodbehandling af tanden.

Til brug for behandlingen af sagen indhentede Patientforsikringen en vurdering fra sin tandlægekonsulent, som vurderede, at der var opstået en

rodfraktur ved traumet mod tanden, og det på baggrund heraf ikke ville have været muligt at bevare tanden, selvom den var blevet sat på plads allerede ved undersøgelsen på skadestuen. Det blev således vurderet, at den manglende behandling af tanden på skadestuen ikke havde haft indflydelse på forløbet eller prognosen for tanden.

Patientforsikringen vurderede på den baggrund, at patienten ikke med overvejende sandsynlighed var blevet påført skade som følge af den manglende behandling af tanden på skadestuen, idet tandens status og det heraf følgende behandlingsbehov måtte anses for at være en følge af det oprindelige traume mod tanden, og ikke en følge af den manglende behandling på skadestuen (98-2306).

Denne sag er et eksempel på, at det ikke i sig selv er tilstrækkeligt for at yde erstatning efter PFL, at der ikke er blevet iværksat behandling af den skade, som patienten har pådraget sig før henvendelsen til sygehuset. Det afgørende er derimod, om det ville have ændret på forløbet, hvis der var blevet iværksat behandling. Da dette ikke var tilfældet i den konkrete sag, kunne patienten ikke anses for at være blevet påført skade i patientforsikringslovens forstand som følge af den manglende behandling af tandskaden.

3.3.3. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 2, jf. § 4, stk. 1 (organ- og bloddonorer)

Skade i forbindelse med undersøgelse forud for nyretransplantation

Patientforsikringsloven yder en udvidet dækning af skader, der rammer organ- og bloddonorer. Den udvidede dækning består i, at der ydes erstatning for enhver skade i forbindelse med indgrebet, at beviskravene er lempet, og at undergrænsen på 10.000 kr. ikke gælder. Begrundelsen for donorerens særstatus er, at personer, der frivilligt underkaster sig et vist indgreb for at hjælpe andre, bør holdes skadesløse for alle skader i forbindelse med indgrebet.

Følgende afgørelse giver et eksempel på reglernes anvendelse:

En 33-årig mand, der havde tilbudt sig som frivillig nyredonor, gennemgik et forundersøgelserforløb og herunder en arteriografi (røntgenundersøgel-

se af blodåre ved hjælp af kontraststof). Under arteriografien fik han pludselig smerter i højre lyske, hvor kateteret var ført ind.

Man foretog derfor en akut scanning, hvorved man konstaterede, at han havde udviklet en blodansamling på ca. 500 ml. Man overførte ham derefter til karkirurgisk afdeling, hvor man alene observerede og ikke fandt grundlag for at behandle ham.

Patientforsikringen fandt, at den frivillige nyredonor var berettiget til erstatning efter PFL § 1, stk. 2, jf. § 4, stk. 1, idet han var blevet påført blodansamlingen i forbindelse med den foretagne arteriografi, der var en del af transplantationsprogrammet med henblik på donation af en nyre (00-0899).

3.3.4. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 4 (behandling i privat praksis efter henvisning fra sygehusvæsenet)

Behandling hos privatpraktiserende speciallæge var ikke omfattet af PFL § 1, stk. 4

Ved en lovændring i 1999 (lov nr. 395 af 2. juni 1999) blev patientforsikringsloven udvidet til at omfatte behandling på private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og i udlandet, hvis behandlingen er finansieret af det offentlige sygehusvæsen, jf. PFL § 1, stk. 4. Den nye bestemmelse gælder for skader, der forårsages den 4. juni 1999 eller senere.

Bestemmelsen omfatter ikke behandling i privat praksis, hvis der er tale om en ydelse efter sygesikringsloven. Denne afgrænsning af lovens dækningsområde illustreres af følgende afgørelse:

En 35-årig mand blev henvist fra egen læge til en privatpraktiserende speciallæge med henblik på fjernelse af en udvækst på højre skulder. Indgrebet medførte ifølge patientens anmeldelse et stort sviende og kløende ar.

Patientforsikringen fandt, at behandlingen hos den privatpraktiserende speciallæge ikke var omfattet af patientforsikringslovens dækningsområde, jf. PFL § 1, stk. 1 og 4.

Bestemmelsen i § 1, stk. 4, omfatter behandling hos speciallæge, hvis der er tale om en sygehusydelse, der midlertidigt af kapacitetsmæssige årsager er udlagt til speciallægen.

Denne betingelse var ikke opfyldt i denne sag, idet patienten var henvist fra egen læge. Behandlingen hos speciallægen var således ikke en sygehusydelse, men en ydelse efter sygesikringsloven.

Afgørelsen blev tiltrådt af Patientskadeankenævnet (00-1925).

3.3.5. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)

1. Patienten modsatte sig optimal behandling

En 56-årig kvinde fik hos egen læge påvist blodmangel. Der blev foretaget kikkertundersøgelse af tyktarmen, som dog ikke viste noget unormalt.

Patienten blev indlagt i 1998, hvor det kunne konstateres, at blodprocenten var overordentlig lav, hvorfor man iværksatte blodtransfusioner.

For at finde en eventuel blødningskilde ønskede man at foretage kikkertundersøgelse af mavesækken (gastroskopi), men patienten modsatte sig en sådan undersøgelse.

Der blev i stedet foretaget røntgenundersøgelse af spiserør og mavesæk, men disse undersøgelser viser intet abnormt. Endvidere blev der foretaget røntgenundersøgelse og kikkertundersøgelse af tyktarmen, som ligeledes viste normale forhold. Patienten blev herefter udskrevet til fortsat kontrol hos egen læge.

I de følgende måneder var patienten indlagt flere gange på grund af smerter fra maven. Da patienten kastede blod op, indvilligede hun under sidste indlæggelse i at få foretaget en kikkertundersøgelse af mavesækken. Herved kunne det konstateres, at patienten blødte fra mavesækken.

Med henblik på at hindre yderligere blødning anlagde man en sonde med en oppustelig ballon (Sengstaken-sonde). Da der den følgende morgen ikke

var tegn på blødning, lukkede man luften ud af ballonen, hvorefter der imidlertid opstod kraftig blødning, og patienten afgik ved døden.

Patientforsikringen afviste sagen under henvisning til, at patienten var død som følge af sin grundlidelse, ligesom det var Patientforsikringens vurdering, at undersøgelse og behandling havde levet op til bedste specialstandard, idet det ikke havde været muligt at foretage en gastroskopi tidligere i forløbet, da patienten havde modsat sig dette (00-0812).

Patientforsikringen redegjorde i sin årsberetning 1997, s. 86-92, for den erstatningsmæssige betydning af patientens behandlingsvalg, herunder den sjældne situation, hvor patienten fravælger optimal behandling. Ovenstående afgørelse viser problemstillingen.

2. Død som følge af tang glemt i maven efter operation

En 86-årig kvinde fik ved en operation fjernet to kræftsvulster i tyktarmen og en del af denne. Ca. 1_ år efter blev hun undersøgt på grund af smerter i underlivet, og en røntgenundersøgelse viste, at der ved operationen var blevet efterladt en lille tang (pean), som nu var knækket. Nærmere adspurgt oplyste patienten, at hun havde haft smerter i mindre grad lige siden operationen.

Man foretog fornyet operation, hvor man fjernede tangen. I det efterfølgende forløb opstod der byddannelse og hul på tarmen. Patienten afgik senere ved døden som følge af komplikationerne.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man havde sørget for at fjerne tangen i forbindelse med operationen. Herved ville patienten have undgået den senere operation og derved de komplikationer, der førte til hendes død (99-2648).

Sagen er et eksempel på en fatal fejl, som heldigvis forekommer uhyre sjældent.

3.3.6. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2 (fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber andet andet udstyr)

I henhold til PFL § 2, stk. 1, nr. 2, erstattes skader, der med overvejende sandsynlighed er opstået som følge af fejl eller svigt i apparatur mv., der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende. Der stilles ingen krav til årsagen til, at apparaturet fejler eller svigter.

Nedenfor gengives to sager, hvor Patientforsikringen har erstattet skader som følge af, at behandlingsudstyret har afoøjet fra dets normale og tilsigtede funktion.

1. Defekt hjerteklapprotese medførte patientens død

En 61-årig mand fik i 1992 indopereret en hjerteklapprotese. I oktober 1999 fik manden pludseligt anstrengt åndedræt og blev herefter indbragt på sygehuset, hvor intensiv behandling blev påbegyndt. På trods af den intensive behandling afgik manden ved døden samme dag.

Ved den efterfølgende obduktion fandt man, at patienten var afgået ved døden som følge af hjertepumpesvigt på baggrund af defekt i hjerteklapprotese.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet det blev anset for overvejende sandsynligt, at patienten var afgået ved døden som følge af, at hjerteklapprotesesens ene vippeskive var knækket midt over (00-1261).

2. Defekt narkoseapparat

En 37-årig mand var på grund af højresidig skrumpenyre og venstresidig sæknyre indstillet til nyretransplantation af venstre nyre.

Den indledende del af nyretransplantationen forløb ukompliceret, men på et tidspunkt under operationen begyndte patienten at hoste og bevæge sig, idet han var ved at vågne af narkosen. Derved blev blodforsyningen til den nye nyre skadet i et sådant omfang, at det ikke var muligt at fortsætte indsættelsen af nyren, og man måtte derfor afstå fra transplantationen.

Efterfølgende viste undersøgelse af det anvendte narkosemateriel, at det var utæt, og at narkoseapparatet derved var løbet tør for gas under operationen.

Patientforsikringen vurderede, at nyretransplantationen ikke kunne gennemføres på grund af svigt ved det anvendte narkoseapparat, idet dette var årsag til, at patienten vågnede under operationen. Dermed fandtes patienten berettiget til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, for følgerne af den mislykkede operation (99-2405).

3.3.7. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode eller teknik)

1. Behandling af lårbensbrud

En 74-årig kvinde havde tidligere fået indsat en venstresidig hofteprotese. Under en ferie i udlandet pådrog hun sig senere et brud på venstre lårben, som blev behandlet lokalt med skinner og skruer.

Efter hjemkomsten til Danmark gik patienten til kontrol på det lokale sygehus, hvor man konstaterede, at bruddet var skredet, således at der var kommet en vinkling af bruddet, og skinnerne havde løsnet sig. Man foretog derfor operation med fjernelse af skinner og skruer, rensede op i en begyndende falsk leddannelse (pseudoartrose) og fikserede bruddet med en ny skinne og knoglechips.

Senere opstod der fornyet brudskred, og der var fortsat ingen heling af bruddet. Man foretog derfor endnu en operation, hvor man fjernede både skinner og skruer samt den tidligere indsatte hofteprotese og i stedet indsatte en ny og længere protese. Efterfølgende var patienten generet af en udadrejet vinkling af venstre underben samt smerter i knæet, lårbenet og ryggen.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet det blev vurderet, at det andet leddskred med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis man ved den første operation i Danmark havde foretaget en mere solid sammensætning af bruddet med indsættelse af 2 skinner eller indsættelse af en længere protese svarende til den protese, der blev

indsat ved den sidste operation. Dette blev anset for at være en alternativ, ligeværdig behandlingsmetode til den operation, man faktisk udførte.

Ligeledes blev det vurderet, at patienten med overvejende sandsynlighed ville have undgået en del af det efterfølgende forløb, herunder den sidste operation, samt en del af sine gener, hvis der var blevet anvendt en alternativ behandlingsmetode ved den første operation i Danmark (00-0270).

Ved anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, er det vigtigt at være opmærksom på, at Patientforsikringens afgørelse ikke indebærer en kritik af den valgte behandlingsmetode. I afgørelsen indgår alene en vurdering af, om der fandtes en anden behandlingsteknik eller -metode, som ville have været ligeså effektiv, som den valgte teknik eller metode. Der er således ikke tale om, at sygehuset skulle have valgt den alternative teknik eller metode.

2. Kikkertoperation ligeværdig med åben operation i forbindelse med karpaltunnel syndrom

En 56-årig kvinde havde gennem 6-7 år haft sovende fornemmelser, føleforstyrrelser og smerter i venstre hånd som følge af karpaltunnelsyndrom (gener i hånden som følge af tryk på medianusnerven).

I oktober 1999 frilagde man under en åben operation medianusnerven, som var stærkt klemt. Ved den afsluttende kontrolundersøgelse i juni 2000 konstaterede man, at patienten kun kunne bøje venstre håndled 15 grader i håndryggets retning. Den sovende fornemmelse var forsvundet, men der var fortsat smerter. Patienten ønskede ikke yderligere behandling.

Patientforsikringen anerkendte skaden i form af nedsat bevægelighed i håndleddet som følge af stramninger i arret efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet man fandt, at det havde været en ligeværdig behandlingsmetode, såfremt man i oktober 1999 havde behandlet patienten ved hjælp af en kikkertoperation i stedet for det foretagne åbne operative indgreb.

Patientforsikringen vurderede, at såfremt man havde valgt en kikkertoperation, ville patienten med overvejende sandsynlighed ikke efterfølgende have fået nedsat bevægelighed i håndleddet som følge af stramninger i arret (00-1598).

I denne sag vurderede Patientforsikringen, at kikkertoperation og åben operation var ligeværdige behandlingsmetoder. Patientforsikringen vurderede samtidig, at en kikkertoperation ikke var en bedre behandling end åben operation, idet der ved kikkertoperation er risiko for andre komplikationer end ved åben operation. Sagen var således ikke til anerkendelse efter specialistreglen i § 2, stk. 1, nr. 1.

3.3.8. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)

1. Synsdefekt efter hjerteundersøgelse

En 62-årig mand fik udført en hjerteundersøgelse (koronararteriografi), der viste tegn på svær 3-karsygdom. Undersøgelsen forløb umiddelbart ukompliceret, men samme dag aften bemærkede patienten, at der var opstået nedsat syn svarende til venstre øjes synsfelt. En efterfølgende CT-scanning viste, at der var opstået et infarkt i hjernen.

Patientforsikringen afviste sagen, da betingelserne for erstatning i PFL § 2, stk. 1, nr. 1-4, ikke var opfyldt.

Patientforsikringen lagde til grund, at hjerteundersøgelsen var blevet foretaget i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og at den opståede synsdefekt ikke var tilstrækkelig alvorlig set i forhold til, at undersøgelsen viste, at patienten havde en meget alvorlig hjertesygdom (00-0655).

Sagen illustrerer Patientforsikringens praksis ved skader i forbindelse med diagnostiske indgreb. Hvis det diagnostiske indgreb bekræfter mistanken om en alvorlig sygdom, vil selv temmelig invaliderende skader ikke opfylde betingelserne i PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

2. Hjerneskade efter fjernelse af mandler

En 9-årig dreng blev indlagt med henblik på fjernelse af mandler. Indgrebet forløb planmæssigt, men postoperativt var der en del opkastninger. Forløbet var i øvrigt fredeligt, og patienten blev udskrevet den følgende dag.

3 dage efter udskrivelsen blev patienten atter indlagt, idet han havde kastet

store mængder frisk blod op. Der var herefter flere kraftige blødningstilfælde, og i den forbindelse opstod der kraftigt pulsfald, hvorfor der blev givet hjertemassage. Der var endvidere tilfælde med længerevarende bevidstløshed. 12 dage efter indgrebet blev det konstateret, at blødningen stammede fra en sidearterie fra den ydre halspulsåre, og der blev foretaget underbinding af denne arterie.

Efterfølgende var der mistanke om, at der var sket hjerneforandringer hos patienten på grund af de voldsomme blødningsepisoder og den længerevarende bevidstløshed. Der blev derfor foretaget en børnepsykiatrisk speciallægeundersøgelse af patienten, som konkluderede, at der var sket en hjernepåvirkning som følge af kredsløbskollapset.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet skaden i form af kraftig blødning med kredsløbskollaps og deraf følgende hjernepåvirkning fandtes at gå væsentligt ud over, hvad patienten med rimelighed måtte tåle som komplikation til operationen med fjernelse af mandler. Der blev lagt vægt på, at der var tale om en meget sjælden og alvorlig skade, der udløste et varigt mén på 30% (99-1413).

Sagen illustrerer meget tydeligt en af de yderst sjældne situationer, hvor der opstår en utilsigtet komplikation med meget alvorlige og omfattende følger i tilslutning til et relativt banalt og i de fleste tilfælde ufarligt indgreb. Skader opstået i en sådan situation opfylder klart betingelserne for erstatning i PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

3. Tarmslyng efter operation med fjernelse af livmoderen

En 47-årig kvinde havde forstørret hård livmoder, hvilket blandt andet havde medført tiltagende kraftige og langvarige menstruationsblødninger samt smerter ved samleje. Hun fik derfor foretaget fjernelse af livmoderen. Under operationen opstod der siven fra det venstre hjørne af vaginaltoppen, hvorfor hullet blev lukket med gennemstikning. Operationen og det postoperative forløb var i øvrigt ukompliceret.

14 dage efter operationen blev patienten imidlertid genindlagt med tiltagende mavesmerter og opkastninger. Hun fik foretaget en akut operativ åbning af bughulen, og man konstaterede herved, at der var tale om tarmslyng. Patienten blev herefter behandlet for sygdommen.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Det fandtes overvejende sandsynligt, at den opståede tarmslyng var en følge af den gynækologiske operation, idet komplikationen opstod kort tid efter operationen, ligesom der ikke syntes at være nogen anden årsag til komplikationen.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at tarmslyng efter en i øvrigt ukompliceret fjernelse af livmoderen var en så sjælden og alvorlig komplikation, at betingelserne for erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, var opfyldt. Der blev lagt vægt på, at patienten som følge af komplikationen måtte gennemgå en akut operation med efterfølgende indlæggelse, ligesom hun igennem sygeforløbet havde haft mange smerter (00-0145).

4. Tandskade under operation

En 48-årig kvinde fik foretaget en kikkertundersøgelse i maven på grund af blødning i mavetarmkanalen. I løbet af indgrebet, som blev foretaget under anvendelse af et sovemiddel (Dormicum), bed patienten hårdt i den anvendte bideskinne. Herved løsnede tanden +1 sig, og tanden 1+ brækkede.

Patienten blev herefter tilset af sygehusets tandlæger, der fjernede tandnerven svarende til tanden 1+ og lukkede roden midlertidigt. Man fandt ikke anledning til at foretage anden akut behandling. Tandskaden blev senere udbedret hos patientens egen tandlæge.

I forbindelse med sagen vurderede Patientforsikringens tandlægekonsulent, at tanden +1 forud for skaden havde en veltilpasset stiftkrone, der var genopbygget på bedst mulig måde, men at tanden 1+ til gengæld var svækket som følge af alt for store fyldninger.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet tandskader som følge af en kikkertundersøgelse af maven indtræder meget sjældent, samtidig med, at skaden måtte anses for relativt alvorlig i forhold til kikkertundersøgelsen og patientens grundlidelse.

Uanset at den ene af de beskadigede tænder (1+) allerede var svækket forud for undersøgelsen, fandt Patientforsikringen, at skaden på denne tand også skulle erstattes, idet det ved udbedring af skaden var nødvendigt at indbefatte begge tænder i en bro (99-0816).

Ved bedømmelsen af i hvilket omfang en tandskade kan erstattes, skal der tages hensyn til, hvilken status tænderne havde før skaden. Årsagen er, at meget af det efterfølgende reparationsarbejde ofte skyldes tænder, der i forvejen er løse, ramt af paradentose eller lignende. I denne sag havde den forudgående svækkelse af en tand dog ingen betydning for anerkendelsen og erstatningsudmålingen.

5. Biopsi af hjernesvulst medførte meget alvorlig skade

En 55-årig kvinde havde fået konstateret en svulst i venstre hjernehalvdel, og man foretog biopsi med henblik på nærmere udredning heraf. Forinden havde man orienteret patienten om de risici, der var forbundet med indgrebet, først og fremmest taleproblemer, lammelser m.v. Indgrebet forløb umiddelbart uden komplikationer, og en frysemikroskopi viste tegn til en godartet svulst.

Patienten vågnede imidlertid ikke op på normal vis efter indgrebet, og en CT-scanning viste en voldsom blodansamling i pandelappen. Man foretog akut operation med udtømmning af blodansamlingen og fjernede samtidig en del af svulsten for at skabe plads.

Efterfølgende vågnede patienten fortsat ikke ordentligt op, og den følgende dag viste en fornyet CT-scanning en stor blodansamling ved den hårde hjernehinde, og man foretog fornyet operation med udtømmning heraf. Da patienten vågnede op, konstaterede man, at hun havde udviklet en højresidig lammelse.

De endelige følger efter skaden udgjorde manglende funktion af højre arm, lammelse af højre fod, central lammelse af ansigtsnerven med heraf følgende udtalt talebesvær m.v., inkontinens, udtalt gangbesvær og behov for anvendelse af kørestol.

Patientforsikringen vurderede ved sin afgørelse, at der var tale om en kendt, men yderst sjælden komplikation til et indgreb med biopsitagning af en hjernesvulst.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at skaden var tilstrækkeligt alvorlig til at opfylde betingelserne i loven, også selvom forekomsten af en

hjernesvulst som den aktuelle måtte betragtes som en alvorlig grundsygdom.

Patientforsikringen gennemgik i forbindelse med behandlingen af sagen de foreliggende scanningsbilleder, som viste en stor, diffust infiltrerende svulst placeret midt i venstre hjernehalvdel. Patientforsikringen vurderede på den baggrund, at der var tale om en langsomt voksende svulst, som det ikke var muligt at behandle operativt, og som indebar risiko for livstruende følger.

Endvidere vurderede Patientforsikringen, at svulsten med tiden i sig selv ville have medført alvorlige følger med højresidig lammelse, talebesvær m.v., hvilket vil sige svarende til de symptomer, som patienten udviklede som følge af blodansamlingen.

Det var imidlertid tillige Patientforsikringens vurdering, at der, hvis skaden ikke var indtrådt, kunne være gået flere år, før patienten havde udviklet disse symptomer. Under hensyn hertil samt til karakteren og omfanget af skadens følger, fandt Patientforsikringen således, at skaden var tilstrækkeligt alvorlig til, at betingelserne i loven var opfyldt.

Sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (00-0679).

Sagen er et eksempel på, at det trods kravet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, om, at der skal være tale om en relativt alvorlig skade set i forhold til patientens grundsygdom, ikke er udelukket, at der kan ydes erstatning efter denne bestemmelse, selv i tilfælde, hvor der er tale om en meget alvorlig grundsygdom.

Den skade, der i dette tilfælde blev erstattet, kan ansues som forskellen mellem den efter skaden opståede tilstand og den tilstand, patienten kunne have forøntet at have i forløbet umiddelbart efter behandlingen og frem til det tidspunkt, hvor hun under alle omstændigheder ville have udviklet symptomerne, hvis skaden ikke var indtrådt.

3.3.9. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1 (forkert diagnose eller diagnoseforsinkelse)

1. Forsinket diagnosticering af kræft i æggestok

En 53-årig kvinde fik ved operation den 28. juli 1995 fjernet livmoderen og en del af venstre æggestok på grund af en bindevævsvulst. I forbindelse med operationen opstod der en skade på venstre urinleder, hvilket betød, at patientens venstre nyre senere gik til grunde og måtte fjernes ved en ny operation i november måned 1997. Behandlingsskaden i form af tab af venstre nyre blev anerkendt, og patienten blev tilkendt godtgørelse herfor svarende til 10% varigt mén.

Efter operationen blev den fjernede livmoder sendt til mikroskopisk undersøgelse. Der blev ikke fundet tegn på ondartet lidelse i livmoderen. Den fjernede del af venstre æggestok blev ved en fejl ikke sendt med til den mikroskopiske undersøgelse.

Patienten genoptog sit arbejde efter fjernelsen af nyren og havde ingen gener før hun i april måned 1998 på ny fik mavesmerter og blev henvist til ambulant undersøgelse på Viborg Sygehus. En CT-scanning afslørede nu en tumor i patientens bækken, og den 25. juli 1998 blev hun opereret, i hvilken forbindelse man fjernede en del tumorvæv, der lå nær tyktarmen og strakte sig ud mod venstre side af bækkenet.

Patienten blev efterbehandlet med kemoterapi fra den 18. august 1998 og frem til 7. januar 1999, og fra onkologisk side vurderede man, at det fjernede tumorvæv mest sandsynligt udgik fra den tidligere fjernede æggestok.

Patientforsikringen anerkendte den 5. maj 1999 sagen som en forsinket diagnose af kræftlidelsen med henvisning til PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1. På afgørelsestidspunktet var der progression af tumorforholdene og stigning i tumormarkører, hvilket gav mistanke om recidiv.

Ved vurderingen af sagen blev det i overensstemmelse med den tidligere onkologiske vurdering lagt til grund, at patienten led af en metastaserende æggestokkræft. Det blev endvidere fundet overvejende sandsynligt, at kræftsygdommen havde spredt sig fra den tidligere delvist fjernede ven-

stre æggestok, idet patientens højre æggestok blev fundet normal ved operationen den 25. juli 1998.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at behandlingen af patienten ved operationen den 28. juni 1995 havde afvejet fra den bedste specialiststandard, idet man ikke havde sikret sig, at alt fjernet væv, herunder også den fjernede venstre æggestok, var sendt til mikroskopisk undersøgelse.

Selvom der ved operationen den 25. juli 1998 var gået næsten 3 år siden den første operation, hvor patienten fik fjernet livmoderen og en del af venstre æggestok, blev det efter en lægelig vurdering fundet overvejende sandsynligt, at patienten allerede i 1995 havde en mindre ondartet og langsomt voksende tumor i den venstre æggestok, der kunne være konstateret ved mikroskopisk undersøgelse af det fjernede æggestokvæv efter operationen.

Patientens kræftsygdom havde således fået lov at udvikle sig fra at være en mindre ondartet og langsomt voksende tumor i venstre æggestok af typen 1a i 1995, til i 1998 at være en særdeles ondartet tumor af typen 3c med spredning til de omkringliggende organer, før der blev iværksat relevant behandling. Denne udvikling i patientens kræftsygdom betød samtidig, at patientens 5-års overlevelsesprognose ændrede sig dramatisk.

Såfremt tumoren i venstre æggestok var konstateret og behandlet i 1995, havde patientens 5-års overlevelsesprognose formentlig været i størrelsesordenen 95%. Da tumoren blev konstateret og behandlingen iværksat i sommeren 1998, var 5-års overlevelsesprognosen kun ca. 15%.

Da det således fandtes overvejende sandsynligt, at de gener patienten fik i 1998 ikke var opstået, såfremt hendes sygdom var diagnosticeret og behandlet rettidigt, blev sagen anerkendt, idet patienten var påført en fysisk skade ved behandlingsforsinkelsen (98-1812).

Sagen viser hvor alvorlig selv mindre fejl kan være, når det gælder diagnosticering og behandling af kræftpatienter, idet kræftsygdomme ofte er karakteriseret ved, at fortsat vækst af sygdommen uden behandling har afgørende betydning for behandlingsresultatet og dermed patientens overlevelseschancer.

For at en forsinket kræftdiagnose og behandling skal kunne anerkendes som en patientskade, skal patienten være påført en fysisk skade som følge af behandlingsforsinkelsen. Dette er tilfældet, hvis patientens kræftsygdom i forsinkelsesperioden har udviklet sig i et sådant omfang, at behandlingen bliver mere omfattende end ellers, eller hvis patienten som følge af behandlingsforsinkelsen får gener, som ikke var opstået ved rettidig diagnosticering og behandling.

En særlig situation er den, at behandlingen blot forsinkes, men at dens art og omfang i øvrigt svarer til, hvad patienten skulle have gennemgået, hvis diagnosen var stillet rettidigt. Hvis skaden alene består i en statistisk forringet overlevelsesprognose, men patienten på afgørelsestidspunktet fortsat ikke har gener af sin sygdom, kan der efter Patientforsikringens praksis alene ydes godtgørelse for den psykiske belastning, patienten er påført ved bevidstheden om, at hans eller hendes udsigt til at overleve sygdommen er blevet formindsket som følge af behandlingsforsinkelsen.

I den aktuelle sag havde patientens sygdom spredt sig, før den rette diagnose blev stillet, og hvor det forøvede behandlingsresultat ved rettidig behandling var fuldstændig helbredelse med minimal risiko for tilbagefald, havde behandlingsforsinkelsen nu bragt patienten i en tilstand, hvor helbredelse ikke længere var mulig. Sagen blev derfor anerkendt, og patienten blev tilkendt godtgørelse og erstatning for den helbreds- og erhvervsevneforringelse, hun var påført ved behandlingsforsinkelsen.

Se også gennemgangen af Østre Landsrets dom vedrørende samme problemstilling under generelle problemstillinger afsnit 5.6 i denne årsberetning.

2. Forsinket diagnosticering af kraniebrud

En 42-årig mand væltede på cykel, hvorved han slog sit ansigt kraftigt ned mod den frosne jord. Umiddelbart efter uheldet henvendte manden sig på skadestuen, hvor man konstaterede, at han ikke havde kvalme eller hovedpine. Man konstaterede videre, at han havde et brillehæmatom, rester efter næseblod i begge næsebor samt en blodansamling i næseskillevæggen. Endvidere havde patienten et overfladisk sår på næsetippen.

2 dage senere blev patienten akut indlagt. I forbindelse med indlæggelsen blev det oplyst, at han samme dag havde fået kvalme og havde kastet op flere gange. Natten efter uheldet havde han fået feber og havde siden haft

konstant næseflåd. I forbindelse med indlæggelsen blev han tiltagende sløv og konfus. På grund af mistanke om meningitis påbegyndtes behandling med Penicilin og en efterfølgende CT-scanning påviste et kraniebrud.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 3, stk. 1, jr. § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man på baggrund af patientens symptomer, efter det kraftige hovedtraume, havde indlagt ham til observation.

Patientforsikringen vurderede, at rettidig diagnosticering af skaden med overvejende sandsynlighed ville have medført en væsentlig kortere sygeperiode og et bedre behandlingsresultat (00-0571).

3. Forsinket diagnosticering af bækkenbrud

En 32-årig kvinde henvendte sig på skadestuen efter at være faldet, idet hun frygtede at have pådraget sig brud i hoften. Hun havde en medfødt sjælden knoglelidelse, der bevirkede, at hendes knogler var abnormt skøre. På skadestuen blev der taget røntgenbilleder af bækken og hoften, men man fandt ikke tegn på friske brud. Patienten fik udleveret smertestillende medicin og blev hjemsendt med krykkestokke.

Der blev ikke foranlediget yderligere kontrol eller opfølgning.

Knap 4 måneder senere blev patienten henvist til røntgenafdelingen af egen læge på grund af smerter. Man konstaterede nu ved røntgenundersøgelse, at der var et højresidigt bækkenbrud. Man foretog endvidere CT-scanning, som viste flere brud i højre side. Der var imidlertid ikke noget behandlingstilbud til kvinden, som fik besked på at aflaste bækkenet.

Patientforsikringen fandt, at sagen var omfattet af PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at kvinden havde fået tid til en fornyet kontrol med røntgenundersøgelse eller CT-scanning efter en halv snes dage efter den primære henvendelse på skadestuen. Alternativt kunne man have indlagt patienten til mobilisering samme dag, som faldet indtraf.

Det var således Patientforsikringens vurdering, at de givne omstændigheder burde have foranlediget en yderligere opfølgning på patientens symp-

tomer, hvormed man med overvejende sandsynlighed ville have diagnosticeret bækkenbruddet på et tidligere tidspunkt. Herved kunne man have iværksat behandling i form af mobilisering uden støtte i 6 uger, hvilket ville have givet patienten et bedre behandlingsresultat (00-0385).

3.3.10. Afgørelser efter PFL 3, stk. 2 (culpa)

1. Patient påkørt af bonemaskine

En 87-årig kvinde blev indlagt på sygehus til observation på grund af kaffe-grumslignende, let blodtilblandede opkastninger.

Under indlæggelsen sad patienten i en lænestol på sengestuen, da en rengøringsassistent i forbindelse med rengøring påkørte patientens fødder med en bonemaskine.

I forbindelse hermed opstod der tiltagende smerter fra patientens højre fod, og ved undersøgelse samme dag fandt man misfarvning af den højre tå. På mistanke om brud blev der foretaget røntgenundersøgelse af foden, som bekræftede mistanken, og man iværksatte straks relevant behandling.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 2, idet det opståede uheld fandtes at kunne henføres til en fejl eller forsømmelse fra sygehusets side.

Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at patienten, der var meget dement, var uden egen skyld i hændelsen, der indtraf, mens hun sad i en stol på sengestuen (00-1173).

I forbindelse med sagen blev det oplyst, at den rengøringsassistent, der havde forvoldt skaden, var ansat af et privat rengøringsfirma, der varetog rengøringen på det pågældende sygehus. Sagen rejste derfor det spørgsmål, om sygehusets ansvar efter PFL § 3, stk. 2, omfatter tilfælde, hvor der begås fejl af en selvstændigt virkende tredjemand.

I retspraksis antages det, at ansvar for selvstændigt virkende tredjemænds fejl især kommer på tale på områder, hvor hverogiveren i øvrigt bærer et strengt ansvar.

Dette er tilfældet på sygehusområdet, hvor der påhviler sygehusejeren en skærpet pligt med hensyn til indretning og vedligeholdelse af bygninger og inventar.

På den baggrund, og da det fandtes urimeligt, hvis patienterne i disse tilfælde blev tvunget til at rette deres krav mod det privat rengøringsfirma, fandt Patientforsikringen, at sygehuset over for patienten var ansvarlig for rengøringsfirmaets fejl. Sygehuset havde herefter mulighed for at gøre regres mod rengøringsfirmaet.

2. Manglende montering af sengehest

En 79-årig kvinde blev indlagt på sygehuset, fordi hun gennem de sidste 14 dage forud for indlæggelsen havde været tiltagende svimmel, træt og konfus. Dagen efter indlæggelsen faldt hun ud af sin seng og pådrog sig skade på tænderne.

Ifølge sygehuset var alle senge på medicinsk afdeling udstyret med sengeheste. Det fremgik dog ikke af afdelingens sædvanlige optegnelser, om en patient brugte sengehest eller ej. Opsynet med den enkelte patient blev tilrettelagt ud fra såvel en sygeplejefaglig som en lægefaglig vurdering.

Patientens datter havde tidligere på aftenen været på besøg. Datteren forklarede, at der ikke havde været monteret sengehest på højre side af sengen ud mod vinduet, da hun forlod sin moder.

Patientforsikringen lagde til grund, at der ikke havde været monteret sengehest i begge sider af sengen. Endvidere lagde Patientforsikringen til grund, at patienten stort set hele dagen havde været konfus, og hun havde haft balance- og koordineringsproblemer.

På baggrund af patientens tilstand fandt Patientforsikringen, at sygehuset ikke havde iværksat fornødne sikkerhedsforanstaltninger til afværgelse af det uheld, der indtrådte. Sygehuset blev derfor pålagt ansvaret for den indtrufne tandskade efter PFL 3, stk. 2 (99-2543).

Sagen illustrerer problemet med, hvornår der skal sættes sengeheste op for at hindre patienterne i at falde ud af sengen. Dette gøres ikke rutinemæssigt, da nogle patienter netop kommer til skade ved at kravle over sengehesten, hvis de skal op om

natten. I den aktuelle sag vurderede Patientforsikringen imidlertid, at patienten var så konfus og præget af balanceproblemer, at det havde beskyttet hende bedst, hvis der var sat en sengehest op.

4. Erstatningsberegning

4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler

Patientforsikringen skal ifølge PFL § 5 fastsætte erstatningerne efter reglerne i erstatningsansvarsloven (EAL). I det følgende gengives i hovedtræk, hvilke poster erstatningsansvarsloven giver mulighed for at erstatte. Det skal understreges, at det, der kan erstattes, er følgerne af patientskaden og ikke følgerne af den sygdom eller lidelse, som patienten blev indlagt for (grundlidelsen).

Helbredelsesudgifter og andet tab omfatter rimelige udgifter til eksempelvis medicin, læge og behandlingsudgifter. Ligeledes kan eksempelvis rimelige transportudgifter til og fra sygehuset samt omkostninger til hjælpemidler erstattes. Normalt kan disse krav dog kun erstattes frem til stationærtidspunktet, dvs. *det tidspunkt, hvor patientens helbredstilstand selv ved yderligere behandling ikke kan forventes at blive bedre*. Der er dog en række undtagelser fra denne hovedregel, hvorfor der i visse tilfælde kan ydes erstatning for posterne ud over stationærtidspunktet, eksempelvis i form af livsvarige udgifter til f.eks. medicin eller behandlinger som følge af skaden. I et vist omfang kan sådanne fremtidige udgifter kapitaliseres og erstattes som en engangsydelse. Dette gælder såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin, for så vidt der er lægelig dokumentation for nødvendigheden heraf.

Som eksempler på "andet tab" kan nævnes de økonomiske tab, der kan opstå som følge af forlængelse af et uddannelsesforløb, udgifter til hjemmehjælp, hundepasning mv.

Tabt arbejdsfortjeneste. Er der forskel på den ydelse, man har modtaget, mens man var syg, og den løn, man ville have modtaget, såfremt skaden ikke var indtruffet, kan denne forskel erstattes. Typisk er der tale om forskellen mellem den forventede løn og de sygedagpenge, der er modtaget i perioden fra patientskadens indtræden frem til stationærtidspunktet, eller til arbejdet genoptages.

Svie og smerte godtgøres ligesom erstatning for tabt arbejdsfortjeneste frem til det tidspunkt, hvor arbejdet genoptages, eller hvor tilstanden er medicinsk stationær. Det skal nævnes, at i lighed med en lang række andre

poster efter erstatningsansvarsloven er der også undtagelser fra denne hovedregel. Der er således domspraksis for, at man i de situationer, hvor patienten genoptager sit arbejde på trods af stærke smerter, kan yde en godtgørelse for svie og smerte, der typisk fastsættes skønsmæssigt. I sager, der afgøres efter patientforsikringsloven, har patienten ofte, uden at der har været tale om en egentlig forlængelse af sygeperioden, haft et værre forløb på grund af patientskaden. Også i sådanne tilfælde vil der kunne ydes en skønsmæssig godtgørelse.

Godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2001 henholdsvis 180 kr. pr. sengeliggende dag og 80 kr. pr. ikke-sengeliggende dag. Overstiger godtgørelsen 26.000 kr., vil den godtgørelse, der skal ydes herefter, blive fastsat skønsmæssigt. Ved skønnet vil der blive lagt vægt på varigheden af sygdomsperioden, antallet af indlæggelser, omfanget af smerter mv.

Godtgørelse for varigt mén. Har skaden medført varige ulemper i skadelidtes daglige livsførelse, som ikke er af økonomisk art, kan der ydes godtgørelse for varigt mén. Det er dog en betingelse, at ménet, *som følge af patientskaden*, udgør mindst 5%. Ménet fastsættes i procent, og godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2001, 3.440 kr. pr. méngrad. Méngraden fastsættes ud fra tilstanden på afgørelsestidspunktet, dog tidligst på det tidspunkt, hvor tilstanden ud fra en lægelig vurdering er medicinsk stationær. Godtgørelsen udbetales som et engangsbeløb. Der er fastsat regler om nedsættelse af mén godtgørelsen, og såfremt patienten på skadetidspunktet er fyldt 60 år, nedsættes godtgørelsen med 5% for hvert år, man på skadetidspunktet er over 59 år. Dog kan godtgørelsen maksimalt nedsættes med 50%.

Erstatning for **tab af erhvervsevne** ydes, såfremt skaden vil medføre en varig indtægtsnedgang, eller såfremt det må forventes, at de fremtidige muligheder for at bibeholde den nuværende indtægt er blevet væsentligt forringet.

Kort beskrevet udgør erhvervsevnetabet forskellen mellem den fremtidige indtægt, som man kunne have forventet, hvis skaden ikke var sket, og den indtægt, som man efter skaden har mulighed for at opnå ved en rimelig udnyttelse af erhvervsevnen. På grundlag heraf fastsættes erhvervsevnetabsprocenten. Erstatningen for erhvervsevnetab beregnes som patientens årsløn 12 måneder før skaden ganget med en faktor på 6 og herefter ganget med erhvervsevnetabsprocenten. I mange tilfælde må årslønnen dog fast-

sættes mere skønsmæssigt. Det skal anføres, at årslønnen maksimalt pr. 1. januar 2001 kan andrage 602.000 kr. Erstatningen kan således maksimalt andrage 3.612.000 kr. Der ydes ikke erstatning, hvis erhvervsevnetabsprocenten, for så vidt angår skaden, skønnes at udgøre under 15%. Erstatningen for erhvervsevnetab nedsættes også på grund af alder, nemlig med $8\frac{1}{2}\%$ for hvert år man på skadetidspunktet var ældre end 55 år.

Børn eller unge under uddannelse og hjemmearbejdende uden løn, som ikke eller kun i begrænset omfang har erhvervsindtægt, har også mulighed for at få tilkendt erstatning for erhvervsevnetab. I disse tilfælde anvendes nogle særlige beregningsregler i EAL § 8. Erstatning beregnes som en procentdel af méngodtgørelsen. Ved eksempelvis en méngrad på 50% udgør erhvervsevnetaberstatningen 200% af méngodtgørelsen.

I henhold til EAL er det også muligt at få erstattet **tab af forsørger** samt udgifter til **begravelsesomkostninger**. Afgår en patient ved døden som følge af skaden, kan skadelidtes ægtefælle/samlever eller efterladte børn få erstatning for forsørgertab. Erstatningen til ægtefællen udgør 30% af den erstatning, afdøde ville have haft krav på ved et fuldstændigt tab af erhvervs-evnen. Børn tilkendes en erstatning svarende til de børnebidrag, som afdøde kunne være pålagt at betale til barnet på uheldstidspunktet frem til det fyldte 18. år.

Det skal nævnes, at patienten i henhold til EAL har adgang til at få sagen genoptaget, såfremt der er indtrådt uforudsete ændringer i patientens helbredstilstand, således at méngraden må antages at være væsentligt større end først antaget.

Man bør være opmærksom på, at Patientforsikringens fastsættelse af erstatninger og godtgørelser ofte skal foretages i sager, hvor patienten i forvejen lider af en invaliderende sygdom, og hvor patienten, selv under de bedst mulige forhold, ville have haft et langvarigt sygeleje som følge af den oprindelige lidelse, og også ville have haft varige gener som følge heraf.

Patientforsikringen skal alene tilkende godtgørelse for det yderligere varige mén eller den yderligere svie og smerte samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab, der er forårsaget af patientskaden. Derfor må Patientforsikringen også foretage en vurdering af, hvad følgerne af den oprindelige lidelse ville have været uden skaden.

Denne vurdering er ofte meget vanskelig.

Som det fremgår af foranstående, har erstatningsansvarsloven givet nogle rimelig faste rammer for udmåling af erstatning for personskade. I praksis er det dog ofte vanskelig at fastsætte den korrekte erstatning, dels fordi en række erstatningsposter bygger på vanskelige lægelige skøn, dels fordi der er poster, som er forbundet med en vis fortolkningstvív.

4.2. Eksempler på erstatningsberegning

Erstatningsretlige problemstillinger

EAL § 1

1. Kapitaliseret erstatning for fremtidige fysioterapiudgifter

En 66-årig kvinde fik på grund af tiltagende smerter i venstre hofte indsat en kunstig hofteprotese og blev i den forbindelse påført en total lammelse af peroneus nerven, hvorved hun mistede evnen til at bøje foden opad. Sagen blev anerkendt med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4, da den indtrådte skade fandtes at gå ud over, hvad patienten måtte tåle af følger til den udførte hofteoperation.

Som følge af behandlingsskaden afholdt patienten i tiden efter skaden udgifter til behandling hos en fysioterapeut, og Patientforsikringen fandt hende berettiget til erstatning for disse udgifter afholdt frem til stationærtidspunktet i begyndelsen af 2000.

Samtidig blev patienten tilkendt erstatning for afholdte udgifter til transport i forbindelse med kørsel i egen bil til og fra fysioterapibehandlingen, og erstatningen blev i overensstemmelse med erstatningsretlig praksis beregnet med udgangspunkt i statens lave kilometertakst.

Det fremgik af sagens oplysninger, at behandlingsforløbet hos fysioterapeuten fortsatte efter stationærtidspunktet, og Patientforsikringen indhente derfor supplerende oplysninger, hvoraf det fremgik, at patienten stadig trænede hos fysioterapeuten efter henvisning fra hendes egen læge, og at denne henvisningen gjaldt indtil videre.

Patientforsikringen vurderede på dette grundlag, at patienten måtte forventes at få varige fremtidige udgifter til fysioterapi, og at hun var berettiget til at få disse erstattet i henhold til EAL § 1. Da der var tale om en skønsmæssig erstatning for endnu ikke afholdt udgifter, beregnede Patientforsikringen erstatningen ved at gange patientens faktiske årlige udgifter til fysioterapi med en kapitaliseringsfaktor på 6 efter fradrag af tilskud fra Sygeforsikringen Danmark.

Patientforsikringen vurderede samtidig, at patienten ikke kunne tilkendes erstatning for de fremtidige udgifter til transport til og fra fysioterapibehandlingen, som hun kunne forventes at ville afholde efter stationærtidspunktet, da der ikke var praksis for at erstatte sådanne udgifter efter EAL § 1 (99-0649).

Patientforsikringen erstatter i henhold til erstatningsansvarslovens § 1, rimelige og nødvendige udgifter til patientens helbredelse, såfremt udgifterne er afholdt som følge af behandlingsskaden.

I perioden mellem skadesdatoen og stationærtidspunktet erstattes udgiften efter regning, mens varige fremtidige udgifter der står i forbindelse med patientens helbredelse, kapitaliseres og erstattes som et engangsbeløb.

Det kapitaliserede beløb beregnes ved at udregne patientens årlige udgift efter fradrag for mulige tilskud og derefter gange denne udgift med kapitalfaktor 6. Denne faktor er hentet fra erstatningsansvarslovens § 6, og anvendelsen af faktoren ved beregning af fremtidige helbredelsesudgifter er i adskillige sager tiltrådt af Patient-skadeankenævnet og anvendes tilsvarende af Voldsoffer-nævnet jfr. senest Voldsoffer-nævnets årsberetning 1999, side 23 f.

Der er derimod ikke erstatningsretlig praksis for tillige at erstatte de udgifter, der vil være forbundet med patientens transport til og fra den fremtidige behandling. Den væsentligste årsag hertil er nok, at denne udgift er afhængig af patientens fremtidige valg af både bopæl og behandler, og at det derfor er bedst stemmende med udgiftens noget usikre størrelse at betragte denne som kompenseret ved den tilkendte godtgørelse for varigt mén.

2. Kapitaliseret erstatning for fremtidige medicinudgifter

En 73-årig kvinde blev fundet berettiget til erstatning for en delvis læsion af nervus femoralis (den store nerve, der forsyner låret) på højre ben. Skaden opstod i forbindelse med en kontraststrøntgenundersøgelse, hvor der blev anlagt et kateter i patientens lyske. Nervelæsionen medførte følesvækkelse langs indersiden af patientens højre underben, daglige smerter i benet og let kraftnedsættelse af lårmuskulaturen.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, da det blev vurderet, at skaden gik ud over, hvad patienten skulle tåle efter en diagnostisk undersøgelse med indsprøjtning af kontrastvæske.

Som følge af skaden blev patienten påført livsvarige udgifter til smertestillende medicin som hun ønskede erstatning for. Hun krævede endvidere erstatning for sine udgifter til medlemskab af Sygeforsikringen Danmark, dels i den midlertidige erstatningsperiode, og dels for fremtiden.

Patientforsikringen kapitaliserede og erstattede patientens medicinudgifter ved at gange patientens årlige udgift med faktor 6 efter de retningslinier, der er angivet i afgørelsen ovenfor. Da patienten var medlem af Sygeforsikring Danmark og modtog tilskud til medicinudgifterne herfra, blev der ved opgørelsen af patientens årlige udgift foretaget fradrag for det beløb, patienten fik refunderet af Sygeforsikring Danmark, og alene patientens fremtidige egenudgift til medicinen blev erstattet.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at erstatning for afholdte og fremtidige udgifter tilstræber at stille patienten, som om skade ikke var sket. Der er derfor kun de merudgifter, der er påført patienten som følge af den anerkendte skade, der kan erstattes.

Af samme grund afviste Patientforsikringen at erstatte patientens udgifter til medlemskab af Sygeforsikringen Danmark. Der blev lagt vægt på, at medlemskabet var opnået før patientskaden indtraf, og at udgiften til medlemskabet derfor ikke var en udgift, patienten var blevet påført som følge af den anerkendte skade.

For så vidt angik de fremtidige udgifter til medlemskab af Sygeforsikringen Danmark vurderede Patientforsikringen at det ikke var godtgjort, at

patienten før patientskaden indtraf havde aktuelle planer om at opsiges medlemskabet inden for den nærmeste fremtid, og heller ikke den fremtidige udgift til medlemskabet fandtes derfor at være påført patienten ved den anerkendte skade (99-1885).

Patientforsikringen har tidligere truffet tilsvarende afgørelser vedrørende patienters udgifter til Falck-abonnement, hvor patientens udgifter til medlemskab ligeledes er blevet afvist, idet medlemskabet var etableret før patientskaden og ikke som følge af dette.

3. Udgifter til anskaffelse af en bil ikke erstattet

En 43-årig mand fik foretaget kikkertundersøgelse i knæet og udviklede efterfølgende infektion, der blandt andet resulterede i nedsat bøjeevne i knæet. Skaden blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Det fremgik af oplysningerne, at patienten hidtil havde kørt i firmabil, men at han på grund af knæproblemerne for at kunne genoptage sit arbejde som autotaksator måttet anskaffe sig en høj bil med automatgear. Anskaffelsessummen for denne bil udgjorde 260.000 kr., og patienten modtog ca. 25.000 kr. i tilskud fra kommunen. Over for Patientforsikringen rejste han krav om erstatning for den del af udgifterne, han selv havde måttet afholde til anskaffelsen af bilen.

Patientforsikringen vurderede imidlertid, at anskaffelse af en bil hverken kunne betragtes som en helbredelsesudgift eller som et andet tab i henhold til erstatningsansvarsloven § 1, og at den krævede udgift derfor ikke kunne erstattes efter patientforsikringsloven. Det blev endvidere anset for tvivlsomt, hvorvidt patientens investering i egen bil overhovedet kunne betragtes som et økonomisk tab, idet en betydelig del af investeringen jo på et senere tidspunkt ville kunne realiseres ved salg af bilen. (98-2201).

EAL § 2

1. Tabt arbejdsfortjeneste til selvstændigt erhvervsdrivende

En 29-årig mand faldt på sin cykel og slog hånd og hoved. Han blev fundet

berettiget til erstatning med henvisning til PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, idet man ved en fejl havde overset et ledscred i patientens håndled i forbindelse med den primære behandling. Ledskredet blev først konstateret og behandlet 2 måneder efter ulykken, uanset at det opstod ved ulykken og kunne ses på de røntgenbilleder, der blev taget på skadesdagen.

Patienten fik som følge af behandlingsforsinkelsen konstante smerter, indskrænket bevægelighed og nedsat kraft i håndledet. Patientforsikringen fastsatte de varige mén som følge af behandlingsforsinkelsen til en mængderad på 20%. Patienten havde udover behandlingsskaden ligeledes pådraget sig whip-lash symptomer i nakke og hoved ved ulykken.

Patienten og dennes ægtefælle drev på skadestidspunktet en mindre nystartet virksomhed, som de ejede i lige sameje. Patientforsikringen beregnede på baggrund af de to seneste årsregnskaber for henholdsvis opstartsåret og det første hele regnskabsår efter dette, at det forventede driftsresultat i erstatningsperioden, efter driftsmæssige afskrivninger men før renter, ville have været 175.000 kr., såfremt behandlingsskaden ikke var indtrådt.

Ved fastsættelsen af det forventede driftsresultat i erstatningsperioden lagde Patientforsikringen vægt på, at ægtefællerne på skadestidspunktet fortsat modtog etableringsydelse, som dog under alle omstændigheder ville bortfalde i løbet af erstatningsperioden.

Der blev endvidere lagt vægt på, at patientens ægtefællen, der var gravid, også uden patientskaden ville have været fraværende fra virksomheden i en del af erstatningsperioden som følge af fødsel og barsel. Dette havde under alle omstændigheder affødt et behov for lønnet medhjælp i virksomheden i en periode.

Endelig blev der lagt vægt på, at patientens whip-lash gener i sig selv medført visse indskrænkninger i hans arbejdsevne i erstatningsperioden.

Patientforsikringen beregnede det faktiske driftsresultat i perioden til 150.000 kr. Da virksomheden blevet drevet i lige sameje og driftsresultatet selvangivet med halvdelen hos hver af ægtefællerne, kunne patienten alene få dækket den halvdel af tabet, som vedrørte hans andel af virksomheden (97- 2141).

Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste til selvstændigt erhvervsdrivende fastsættes normalt på grundlag af det såkaldte "vikarprincip". Det forudsættes således normalt, at en selvstændigt erhvervsdrivende ansætter hjælp til at udføre de arbejdsopgaver vedkommende ikke selv kan udføre som følge af patientskaden. I den udstrækning virksomheden i øvrigt opnår den forventede omsætning, vil der alene kunne ydes erstatning for den merudgift til løn, patienten har afholdt som følge af patientskaden.

Virksomhedsejerens fravær betyder imidlertid ofte, at man ikke opnår den forventede omsætning og dermed det forventede resultat, idet der enten ikke er midler til at yde løn til en vikar, eller det ikke er muligt at finde hjælp, som formår at skabe samme indtjening til virksomheden som virksomhedsejeren.

I den foreliggende sag kunne det på grundlag af driftsresultaterne for de forudgående år konstateres, at virksomheden i erstatningsperioden med overvejende sandsynlighed kunne forvente en omsætningsstigning.

Omvendt kunne det imidlertid konstateres, at der med overvejende sandsynlighed under alle omstændigheder måtte påregnes øgede driftsudgifter til løn på grund af ægtefællens barselsorlov og patientens forventede øgede sygefravær på grund af whip-lash generne. Disse modsatrettede tendenser måtte indgå i vurderingen af den forventede indtægt i den erstatningsberettigende periode.

EAL § 3

1. Skønsmæssig fastsat godtgørelse for svie og smerte i den forventede sygeperiode

En 70-årig kvinde blev sat i behandling med kemoterapi, efter at hun havde fået konstateret lymfeknudekræft med store kræftkuder i hele bughindens bagvæg. Ved anlæggelsen af droppet på patientens hånd blev der konstateret en frembuling ved indstiksstedet, men da der var frit tilbageløb i droppet, startede man indgiften med kemoterapivæske.

Det viste sig hurtigt, at droppet ikke var anlagt i den tilsigtede vene, og at kemovæsken derfor løb ud under patientens hud, hvor den forårsagede

store vævsskader. Patienten fik efterfølgende foretaget hudtransplantation med dækning af et 20 x 12 cm stort område på hånd og underarm.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet Patientforsikringen vurderede, at optimal behandling havde tilsagt, at man ved konstateringen af frembulingen i forbindelse med dropanlæggelsen havde forsøgt at anlægge et nyt drop, hvorved skaden med overvejende sandsynlighed var undgået.

Selvom patienten i hele forløbet fra skadens indtræden i september 1999 og frem til hun afgik ved døden medio januar 2000, var meget syg af sin lymfeknudekræft og modtog behandling for denne, vurderede Patientforsikringen, at boet efter patienten var berettiget til en skønsmæssig fastsat godtgørelse for svie og smerte, uanset at der ikke var tale om nogen egentlig forlængelse af patientens sygeperiode som følge af behandlingsskaden.

Ved den skønsmæssige fastsættelse af godtgørelsen blev der lagt vægt på, at patienten i den forventede sygeperiode måtte gennemgå en transplantationsoperation som følge af behandlingsskaden, og at hun i hele perioden var under jævnlige plastickirurgiske tilsyn og fik foretaget talrige sårrevisjoner. Patientforsikringen fandt således, at patienten under sin indlæggelse, selvom denne ikke var fremkaldt af behandlingsskaden, havde haft så betydelige yderligere gener, at der skulle kompenseres herfor med godtgørelse for svie og smerte (99-2007).

Godtgørelse for svie og smerte ydes med en fast takst efter antallet af sygedage i perioden mellem skadedatoen og stationærtidspunktet. Imidlertid ydes der som udgangspunkt ikke godtgørelse i den del af perioden, hvor patienten under alle omstændigheder ville være sygemeldt som følge af sin grundsygdom.

I visse tilfælde kan der dog efter omstændighederne ydes en skønsmæssig godtgørelse for svie og smerte, uanset at patientens sygeperiode ikke er forlænget. Dette vil være tilfældet, hvis patienten som følge af behandlingsskaden har betydelig flere gener i den forventede sygeperiode, end hvad grundsygdommen i sig selv måtte forventes at medføre.

2. Maksimumgodtgørelse for svie og smerte

En 46-årig mand havde igennem flere år udviklet tiltagende balance- og gangbesvær samt lettere hukommelses- og koncentrationsbesvær. Endvidere havde han periodevis sovende fornemmelser i ansigt og arm.

Efter CT-scanning, MR-scanning og undersøgelse af patientens evne til at resorbere hjernevæsken blev det konstateret, at årsagen til hans tiltagende gener var, at han havde vand i hovedet med tryk på hjernen. Han blev derfor opereret i november 1997, hvor der blev etableret adgang fra hjernens tredje hulrum til cisternerne under hjernen for at sikre afløb for ophobet hjernevæske.

Efter operationen var patienten konfus og bevidsthedssvækket og faldt flere gange under indlæggelsen. I forbindelse med et af faldene pådrog han sig en blødning imellem hjernens hinder og udviklede talebesvær.

Da patientens tilstand var betydeligt forværret efter operationen, og da operationen ikke havde haft den forventede effekt på trykket i patientens hoved, blev han efter en måned opereret igen med anlæggelse af en ventil i hjernen og dræn fra hjernen til bughulen.

Også forløbet efter denne operation var kompliceret, idet der opstod ventilsvigt og behov for endnu en korrigerende operation.

Patientens tilstand var efterfølgende præget af taleforstyrrelser, lammelse af 3. og 4. hjernenerve der styrer venstre øjes bevægelser og manglende koordinering af bevægelserne i benene, der medførte behov for kørestol.

Patienten gennemgik efterfølgende et langvarigt genoptræningsforløb på flere forskellige sygehuse og på et genoptræningscenter for hjerneskadede og blev først udskrevet i juni måned 1998.

Patientforsikringen vurderede, at patientens omfattende skader efter de operative indgreb var langt mere omfattende, end han måtte tåle selv sammenholdt med hans alvorlige og fremadskridende grundsygdom, og sagen blev anerkendt med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Ved den erstatningsmæssige opgørelse blev patienten blandt andet tilkendt

en skønsmæssig godtgørelse for svie og smerte på 50.000 kr., hvilket efter Patientskadeankenævnets praksis antages at være den maksimale godtgørelse, der kan tilkendes.

Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at patienten som følge af behandlingen var blevet påført omfattende skader, og at han som følge af disse måtte gennemgå flere store operationer og et omfattende genoptræningsforløb, således at han samlet var indlagt i mere end 1 år (97-2601).

Sagen viser hvilke kriterier Patientforsikringen lægger vægt på, når godtgørelsen for svie og smerte overstiger det i EAL § 3, 3. pkt. anførte vejledende beløb. Se nærmere om Patientforsikringens praksis ved skønsmæssig fastsættelse af svie og smerte under generelle emner, punkt 5.5.

EAL § 4

1. Udbetaling af godtgørelse for varigt mén på 27%

En 32-årig mand, der igennem flere år havde været generet af tilbagevendende flåd fra venstre øre, blev af en privatpraktiserende ørelæge henvist til behandling på øreafdelingen på et offentligt sygehus på mistanke om benæder (perlemorsagtig svulst der vokser progressivt og destruerer omkringliggende knoglevæv).

Patienten fik foretaget en høreforbedrende operation samt fjernelse af et knoglespring bag øret. Ved operation blev patientens øreknoglekæde fundet intakt, og der blev ikke fundet tegn på benæder.

Selve det operative indgreb forløb uden komplikationer, men godt 8 måneder senere rettede patienten henvendelse til skadestuen, idet han to timer forinden havde oplevet en skarp smerte i venstre øre, en højfrekvent øresusen og kraftig svimmelhed.

Der blev nu foretaget operativ åbning af patientens mellemøre, i hvilken forbindelse der blev konstateret udbredt benæder, der havde destrueret de fleste knogler i patientens mellemøre. Der blev foretaget oprensning af øret og udtømning af pus, hvilket dog ikke kunne forhindre, at patienten endte

med næsten totalt høretab på øret, moderat tinnitus (vedvarende hyletone) og svimmelhed.

Sagen blev anerkendt med henvisning til PFL § 3, stk. 1 jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, som en forsinket diagnosticering og behandling af patientens benæder, da det lægeligt blev fundet overvejende sandsynligt, at patientens benæder var blevet overset og efterladt ubehandlet ved den første operation.

Patientens varige mén blev med udgangspunkt i Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel vurderet til samlet at udgøre 35%. Det blev samtidig vurderet, at patienten selv efter rettidig diagnosticering og behandling ville være endt med et varigt mén på 8%, og følgerne af patientskaden blev derfor fastsat til 27%, svarende til forskellen mellem det samlede mén og det forventede mén (98-0968).

Når Patientforsikringen fastsætter godtgørelsen for patientskadens varige følger, sker dette altid med udgangspunkt i Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel. Ved anvendelsen af méntabellen har det været almindelig praksis at fastsætte méngraderne med faste intervaller, således at der efter sammentælling fra tabellen foretages en ned- eller oprunding til nærmeste anvendte intervaltrin. Fra Arbejdsskadestyrelsens praksis kendes således méngrader på 5, 8, 10, 12, 15, 18, og 20%. Herefter fastsættes méngraden normalt med 5%-intervaller, således at de næste intervaltrin hedder 25%, 30% osv.

Hvis Patientforsikringen havde anvendt den skitserede praksis i den konkrete sag ville det have betydet, at patientens méngrad var blevet nedrundet til 25%, hvorved patienten havde fået 6.080 kr. mindre i godtgørelse.

Patientforsikringen vurderede imidlertid, at det ikke var rimeligt at følge den normalt anvendte uløbestemte fastsættelsespraksis, når der, som det næsten altid er tilfældet i Patientforsikringens sager, er tale om et differencemén beregnet som forskellen mellem patientens faktiske helbredstilstand og det forventede behandlingsresultat uden skaden.

EAL §§ 5-7

1. Erhvervsevnetabserstatning, når patienten var under lønnet uddannelse på skadestidspunktet

Sagen vedrørte en 28-årig mand, der blev behandlet på skadestuen på grund af et knivstik i albuen. Ved undersøgelsen af følgerne af knivstikket overså man, at der også var tale om en overskæring af senetilhæftningen af overarmens bøjemuskel. Denne skade blev først konstateret hos en privatpraktiserende speciallæge 3 måneder efter undersøgelsen på skadestuen.

Da skaden blev konstateret var det ikke længere muligt at behandle denne, og patienten endte derfor med et dårligt behandlingsresultat i form af betydelig nedsat kraft i armen ved bøjning i albuen. Patientforsikringen anerkendte sagen med henvisning til PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1 og fandt, at de varige følger af den oversete senelæsion udgjorde et varigt mermén på 5%.

Patientforsikringen vurderede efterfølgende, at patientens erhvervsevne var blevet varigt nedsat med 15% som følge af behandlingsskaden.

Der blev ved denne afgørelse lagt vægt på, at patienten på skadestidspunktet i januar 1997 var radiografelev, og at han kun manglede ganske få måneder af sin elevtid. Han færdiggjorde efterfølgende uddannelsen i august 1997, og arbejdede derefter som radiograf på et sygehus til august 1999. På dette tidspunkt rettede patienten henvendelse til sin hjemkommune, da han ikke længere kunne klare de tunge løft i forbindelse med det daglige arbejde. Kommunen bevilgede ham revalideringsydelse til datamatikeruddannelsen, og patienten fulgte på afgørelsestidspunktet fortsat denne uddannelse.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingsskaden var årsag til, at patienten måtte opgive sit arbejde som radiograf og lade sig omskole til datamatiker. Da følgerne af behandlingsskaden imidlertid var meget beskedne, blev det samtidig fundet overvejende sandsynligt, at patienten kunne gennemføre uddannelsen til datamatiker, og at han derefter, hvis han kunne finde et datamatikerjob, ville kunne oppebære mindst samme indtægt, som han ville have haft som radiograf.

Patienten blev dog tilkendt 15% i erhvervsevnetab, idet han dels havde et betydeligt indtægtstab ved overgangen til revalideringsydelse, og dels fordi han på afgørelsestidspunktet fortsat manglede at gennemføre halvdelen af sin datamatikeruddannelse, hvorfor gennemførelsen af denne derfor fortsat var forbundet med en vis usikkerhed.

Erstatningen for tab af erhvervsevne fastsættes som et engangsbeløb (kapitalbeløb), der som udgangspunkt beregnes på grundlag af årslønnen 12 måneder før behandlingsskaden ganget med en kapitalfaktor på 6 og herefter ganget med erhvervsevnetabsprocenten. Såfremt årslønnen 12 måneder før skadestidspunktet ikke giver et retvisende billede af skadelidtes fremtidige indtægt, fastsættes årslønnen efter et skøn.

Uanset, at patienten på skadestidspunktet var under lønnet uddannelse til radiograf, vurderede Patientforsikringen, at patientens årsløn til brug for beregningen af erstatningen skønsmæssigt skulle fastsættes til et beløb svarende til den indtægt, han ville opnå som nyuddannet radiograf (97-2211).

Da der for patientens vedkommende var tale om lønnet uddannelse, blev erstatningen for erhvervsevnetab beregnet efter reglerne i EAL §§ 5-7, hvor der tages udgangspunkt i patientens indtægt i året forud for skadens indtræden. Men da patienten på skadestidspunktet alene fik en lærlingeløn, der kun i begrænset omfang var repræsentativ for den reelle værdi af hans arbejde, blev årslønnen i overensstemmelse med erstatningsansvarslovens forarbejder fastsat efter bestemmelsen i EAL § 7, stk. 2, med udgangspunkt i gennemsnitslønnen for nyuddannede radiografer.

Er uddannelsen ikke lønnet, skal beregningen af erstatningen sædvanligvis ske efter EAL § 8, og dermed med udgangspunkt i den fastsatte méngrad. Dette ville for den aktuelle patient have betydet, at han ikke havde opnået erstatning, da hans samlede mén efter knivstikket og den oversete senelæsion efter Patientforsikringens vurdering kun udgjorde 10%. For at opnå erstatning efter EAL § 8 skal det samlede varige mén udgøre mindst 15%, og behandlingsskadens varige følger mindst 5%.

2. Erhvervsevnetabserstatning ved forudbestående men ikke aktuelt arbejdshindrende lidelser

En 57-årig kvinde gennemgik i 1995 en operation for grå stær. I forbindelse med operationen opstod der glaslegemetab, der først blev erkendt med nogen forsinkelse. Som følge af den forsinkede behandling af glaslegemetabet endte patienten med et funktionelt dårligt behandlingsresultat i form af nedsat syn og dobbeltsynsgener. Patienten blev for disse gener tilkendt en godtgørelse for varigt mén svarende til en méngrad på 15%.

Patienten var på skadestidspunktet i arbejde som rengøringsassistent men blev som følge af sygeforløbet efter operationen opsagt fra sit arbejde efter 120 sygedage. Efterfølgende blev patienten tilkendt forhøjet almindelig førtidspension og vendte ikke siden tilbage til arbejdsmarkedet.

Ved pensionstilkendelsen lagde pensionsmyndigheder vægt på flere forskellige fysiske og psykiske gener, hvoraf kun en mindre del havde tilknytning til den anerkendte patientskade.

Patientforsikringen vurderede, at patientskaden selvstændigt havde påført patienten et erhvervsevnetab på 15% (98-1653).

Når der fastsættes erhvervsevnetab for en patientskade efter reglerne i erstatningsansvarsloven, skal der som udgangspunkt ses bort fra forudbestående lidelser, med mindre disse allerede havde nedsat patientens erhvervsevne inden patientskaden indtrådte.

Ved vurderingen af erhvervsevnetabet kan man dog lade indgå lidelser, som patienten havde forud for patientskaden, og som på længere sigt måtte forventes at nedsætte patientens erhvervsevne. Således vil en fremadskridende eller tilbagevendende grundlidelse med tiden kunne begrænse erhvervsevnen hos en patient, selvom lidelsen ikke aktuelt var arbejdshindrende på tidspunktet for patientskadens indtræden.

I den aktuelle sag udgjorde patientskaden kun en meget lille del af pensionsmyndighedernes begrundelse for at yde førtidspension. Den væsentligste årsag til pensionstilkendelsen var generel nedslidning i form af tilbagevendende lænde- og skuldersmerter samt spændingshovedpine, ligesom en tilbagevendende angstneurose,

som patienten havde haft siden sin tidlige ungdom, gav hende stadig større problemer med at passe arbejdet som rengøringsassistent.

I forbindelse med pensionssagen blev det lægeligt vurderet, at uanset at patienten genvandt synet godt nok til at klare sig i det daglige, så var det ikke sandsynligt, at hun kunne genoptage det fysiske krævende rengøringsarbejde.

Patientforsikringen fandt, at patients grundlidelser også uden patientskaden inden for en kortere årrække måtte påregnes at føre til arbejdsophør og førtidspensionering. Da patientskaden imidlertid måtte antages at have fremskyndet tidspunktet for førtidspensioneringen, fandtes patienten skønsmæssigt at være påført et fremtidigt indtægtstab svarende til 15%.

3. Ikke erhvervsevnetab da patienten havde skiftet erhverv inden skaden

En 43-årig mand fik efter en operation med indsættelse af knoglepropper i halshvirvelsøjlen (Cloward-operation) svære gener i højre arm i form af sovende fornemmelser, føleforstyrrelser, brændende smerter, muskelkramper og kraftnedsættelse. Patientforsikringen fandt at skaderne gik ud over, hvad han skulle tåle efter en operation som den udførte og anerkendte sagen med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Patienten var oprindeligt uddannet som elektriker men havde i de seneste to år før patientskaden arbejdet som projektmedarbejder med computere og skrivebordsarbejde, hvilket arbejde han genoptog en måned efter skadens indtræden.

Patienten gjorde gældende, at han ikke længer kunne arbejde som elektriker, og at han derfor var berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne.

Patientforsikringen fandt, at patienten ikke var blevet påført et erhvervsevnetab på 15% eller derover som følge af patientskaden, og afviste derfor at tilkende patienten erstatning for erhvervsevnetab.

Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at patienten efter raskmeldingen havde genoptaget sit tidligere arbejde fuldt ud, og at han derfor ikke havde et fremtidigt indtægtstab som følge af skaden (99-1239).

På grund af skaden kunne patienten ikke længere bruge sin oprindelige uddannelse, og han kunne derfor ikke, hvis han ønskede det på et senere tidspunkt, vende tilbage til elektrikerfaget. Imidlertid kunne han godt genoptage det arbejde, han faktisk havde haft før skaden, og da der således ikke var udsigt til, at han ville blive påført noget indtægtstab som følge af patientskaden, var der ikke grundlag for at yde erstatning for tab af erhvervsevne.

EAL § 9

1. Reduktion som følge af stor dødelighedsrisiko

Se sagsfremstillingen under eksempler på afgørelser punkt 3.3.9.1 ovenfor.

Ud fra en statistisk betragtning ville mere end 50% af de patienter med samme sygdom, der var diagnosticeret korrekt og behandlet optimalt i 1995 fortsat være uden symptomer i sommeren 1998, hvor patienten fik tilbagefald af sin kræftsygdom. Da patientens overlevelsesprognose endvidere på dette tidspunkt var mere end halveret som følge af behandlingsforsinkelsen, fandt Patientforsikringen at kræftsygdommens tilbagefald med overvejende sandsynlighed var en følge af behandlingsforsinkelsen, og at patienten var berettiget til godtgørelse og erstatning for den derved udløste helbredsforringelse.

Ved afgørelse af 28. juni 1999 fik patienten tilkendt godtgørelse for et varigt mén på 85%. Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at patientens samlede mén kunne fastsættes til 100%, hvilket ifølge Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel svarer til ménet for uhelbredelig (lunge)cancer. Herfra blev der dog foretaget et fradrag på 15%, idet patienten, selv ved optimal diagnosticering og behandling, med overvejende sandsynlighed skulle have gennemgået et større operativt indgreb med fjernelse af det meste af underlivet.

Da patientens gener ikke oversteg, hvad der var normalt for kræftpatienter med en tilsvarende sygdom, blev patientens mén ikke forhøjet til 120%, hvilket svarer til den maksimale godtgørelse, der kan udløses ved en enkelt skadevoldende begivenhed.

Patienten blev endvidere ved afgørelse af 22. juli 1999 tilkendt erstatning

for 100% erhvervsevnetab, idet patienten efter kræftsygdommens tilbagefald ikke længere var i stand til at varetage nogen form for arbejde.

Ved såvel afgørelsen af 28. juni 1999 som ved afgørelsen af 22. juli 1999 blev patientens erstatningskrav reduceret med halvdelen. Der blev i den forbindelse foretaget en analogislutning fra de principper, der gælder for reduktion som følge af alder og mellemkommende død. I begge tilfælde foretages der en forholdsmæssig reduktion af godtgørelsen for varigt mén og erstatningen for erhvervsevnetab, således at de to poster tilpasses den periode, de skal dække.

I den aktuelle sag fik patienten mavesmerter i april måned 1998, og fik i forbindelse med operationen den 25. juni 1998 konstateret uhelbredelig cancer. På tidspunktet for tilkendelsen af godtgørelse og erstatning i sommeren 1999 havde patienten således levet i godt et år, efter at hun havde fået tilbagefald af sin sygdom, og ville på baggrund af et lægeligt skøn, ud fra det seneste ambulante notat, næppe kunne forventes at leve i yderligere et år.

Ud fra en vurdering af at godtgørelsen for varigt mén og erstatningen for erhvervsevnetab derfor kun skulle dække perioden fra sommeren 1998 og frem til patientens dødsfald, der måtte forventes at indtræde inden for et år efter posternes udbetaling, blev såvel godtgørelsen som erstatningen reduceret med 50%.

Reduktionen betød, at patientens indkomsttab i den forventede to-års periode blev erstattet med 588.000 kr. skattefri kroner samt tillagt renter fra 1995. Dette skal sammenholdes med, at patienten i året forud for tilskadekomsten havde en skattepligtig årsindkomst på 196.000 kr.

Patientens godtgørelse for varigt mén blev ligeledes reduceret til halvdelen, således at hun blev ligestillet med en 69-årig patient, hvis godtgørelse skal kompensere de 8 år, der er tilbage af gennemsnitslevealderen (for kvinder ca. 77 år). Dette skal sammenholdes med, at patientens forventede levetid fra kræftsygdommens tilbagevenden var to år (98-1812).

Godtgørelsen for varigt mén og erstatningen for erhvervsevnetab er ikke en kompensation for mistet levetid, men en kompensation for de gener og det indtægtstab patienten vil have i resten af sin forventede levetid. Hvis en patient derfor må for-

ventes at skulle leve i væsentlig kortere tid end andre på samme alder, enten som følge af sin grundsygdom eller som følge af den påførte skade, er det i erstatningsretlig teori og praksis antaget, at der bør ske en rimelig justering af erstatningskravet.

Med netop denne begrundelse stadfæstede Patientskadeankenævnet afgørelsen.

Den forventning til patientens overlevelse, der blev lagt til grund ved afgørelsen, viste sig efterfølgende at holde stik, idet patienten døde få måneder efter afgørelsen.

I Patientforsikringens årsberetning for 1999 er der medtaget to afgørelser, hvor der blev foretaget fradrag i forsørgertabserstatningen, fordi patienten også uden patientskaden måtte forventes at afgå ved døden indenfor kortere tid. I begge sager blev reduktionen foretaget ud fra en analogislutning til EAL § 9, stk. 1, og ikke som i aktuelle sag ud fra en mere skønsmæssig fastsat brøk.

Begge reduktionsmetoder er stadfæstet af Patientskadeankenævnet, men Patientforsikringen foretrækker at tage udgangspunkt i en analogislutning til EAL §§ 4, stk. 2, og § 9, stk. 1, fordi denne metode i praksis giver større mulighed for at tilnærme godtgørelserne og erstatningerne til de forventede tab. Der kan dog, som det var tilfældet i aktuelle sag, være situationer, hvor de lægelige vurderinger er forbundet med en sådan usikkerhed, at det vil være mere rimeligt at anvende den mere upræcise brøkreduktion.

Samme sag behandles nedenfor under § 13.

EAL § 13

1. Forsørgertabserstatning efter kræftpatient

Sagen er også behandlet ovenfor under § 9.

Patienten afgik ved døden den 6. oktober 1999 kun få måneder efter, at hun var tilkendt godtgørelse for varigt mén og erstatning for erhvervsevnetab. Da det på baggrund af en lægelig vurdering måtte anses for overvejende sandsynligt, at det var behandlingsforsinkelsen, der var årsagen til, at patientens kræftsygdom havde ført til hendes død, blev der tilkendt patientens ægtefælle fuld forsørgertabserstatning uden reduktion.

Der blev ved denne afgørelse lagt vægt på, at mere end 50% af de rettidigt og velbehandlede patienter med samme sygdom statistisk måtte forventes at være i live og uden gener, da patienten godt 3 år efter den første operation afgik ved døden.

Endvidere blev der lagt vægt på, at patientens statistiske overlevelseschance på dødstidspunktet var mere end halveret som følge af behandlingsforsinkelsen, og betingelserne for at fastslå, at patientens dødsfald med overvejende sandsynlighed var en følge af behandlingsforsinkelsen, var derfor opfyldt (98-1812).

Når den rette diagnose stilles, hvilket desværre undertiden først sker, når patienten har fået tilbagefald, fordi sygdommen har spredt sig, foretages der en lægelig vurdering af, hvorledes sygdommen mest sandsynligt havde udviklet sig, hvis den var diagnosticeret og behandlet rettidigt.

I denne vurdering indgår et skøn over sygdommens udbredelse på det tidspunkt, hvor den gode specialist ville have stillet den korrekte diagnose og iværksat behandling. Relevante kriterier ved vurderingen af dette skøn er blandt andet kendskabet til sygdommens udbredelse på det faktiske diagnosetidspunkt, kendskab til sygdommens forventede væksthastighed og patientens symptombillede.

Da disse vurderinger naturligvis er forbundet med nogen usikkerhed, vil Patientforsikringen altid lade enhver rimelig tvivl komme patienten til gode.

Når således det faktiske og det hypotetiske sygdomsforløb (forløbet forudsat optimal behandling) er fastlagt foretages der en sammenligning af de to forløb, for at vurdere hvilken betydning behandlingsforsinkelsen mest sandsynligt har haft for patientens overlevelseschancer.

To betingelser skal være opfyldt, før det kan anses for overvejende sandsynligt, at patientens sygdom er udløst af behandlingsforsinkelsen. Dels skal mere end 50% af de patienter, der blev behandlet på samme tid for samme sygdom, være i live på tidspunktet hvor patienten afgik ved døden, og dels skal patientens overlevelseschancer på dødstidspunktet mindst være halveret som følge af behandlingsforsinkelsen.

Begge betingelser var opfyldt i den aktuelle sag.

5. Generelle problemstillinger

5.1. Genoptagelse af afsluttede sager

I et stigende antal sager anmoder patienterne om, at en afsluttet sag genoptages. Dette kan eksempelvis være begrundet i ændringer i de pågældendes helbredsmaessige eller erhvervsmaessige situation. Anmodningen om genoptagelse kan ogsaa skyldes, at patienten er utilfreds med afgoerelsen og onsker en fornyet prouveelse i Patientforsikringen.

Det forekommer, at Patientforsikringen bliver anmodet om at genoptage sager, hvor Patientskadeankenævnet har truffet afgoerelse. Denne situation rejser nogle saerlige kompetenceproblemer. Patientforsikringen har derfor i samarbejde med Patientskadeankenævnet fastsat retningslinier pa omraadet, jf. nedenfor i afsnit 5.1.2.

Patientforsikringens sagsbehandling er underlagt forvaltningsloven, hvilket indebærer, at Patientforsikringens afgoerelser - uanset at Patientforsikringen formelt er en privat forening - har karakter af forvaltningsakter, svarende til afgoerelser truffet af offentlige myndigheder. Det er derfor som udgangspunkt de forvaltningsretlige regler om genoptagelse, der finder anvendelse pa Patientforsikringens afgoerelser.

I henhold til almindelige forvaltningsretlige regler kan borgeren kraeve en sag genoptaget, hvis der fremkommer nye faktiske eller retlige oplysninger af sa vaesentlig betydning for sagen, at der er en vis sandsynlighed for, at sagen ville have faet et andet udfald, hvis oplysningerne havde foreligget i forbindelse med myndighedens oprindelige stillingtagen til sagen.

I Patientforsikringens praksis anses denne grundsætning for en minimumsregel, idet Patientforsikringen herudover af egen drift genoptager sager, hvor den oprindelige afgoerelse er urigtig, uden at der foreligger nye oplysninger.

I det folgende afsnit beskrives Patientforsikringens praksis vedrorende genoptagelse af sager, der ikke har vaeret behandlet i Patientskadeankenævnet. Dernaest omtales spørgsmalet om genoptagelse af sager, som er afgjort af Patientskadeankenævnet.

5.1.1. Patientforsikringens genoptagelse af sager, der ikke har været behandlet i Patientskadeankenævnet

Genoptagelse af en afgjort sag kommer på tale, hvis Patientforsikringen bliver opmærksom på, at sagen er afgjort forkert, eller hvis der fremkommer nye faktiske eller retlige oplysninger. Disse to situationer beskrives i det følgende:

1. Genoptagelse af egen drift, hvis den oprindelige afgørelse er urigtig

Patientforsikringen har til opgave at varetage de skadelidtes interesser og har dermed pligt til at sørge for, at patienterne får den erstatning, de er berettiget til efter patientforsikringsloven (PFL) og erstatningsansvarsloven (EAL).

Patientforsikringen er derfor forpligtet til at genoptage afgjorte sager, som ved en fornyet vurdering viser sig at være urigtige, f.eks. fordi afgørelsen ikke er i overensstemmelse med sædvanlig praksis, eller fordi det viser sig, at det lægelige grundlag for afgørelsen var utilstrækkeligt. Disse sager genoptager Patientforsikringen af egen drift.

Denne forpligtelse til at genoptage afgjorte sager gælder, uanset om der er fremkommet nye oplysninger eller ej, og uanset om afgørelsen er truffet efter PFL eller EAL. Der er tale om, at Patientforsikringen berigtiger en forkert afgørelse.

Genoptagelse af egen drift forekommer især i de tilfælde, hvor patienten har anket Patientforsikringens afgørelse til Patientskadeankenævnet, og ankenævnet anmoder Patientforsikringen om en udtalelse. Her foretager Patientforsikringen en nøje vurdering af, om sagen skal genoptages. Ved at genoptage sagen frem for at afvente Patientskadeankenævnets afgørelse opnår Patientforsikringen at forkorte sagsbehandlingstiden for skadelidte, og at skåne Patientskadeankenævnet for at behandle en sag, som Patientforsikringen alligevel mener bør ændres.

2. Nye faktiske eller retlige oplysninger

Udover at genoptage sager af egen drift, genoptager Patientforsikringen sager, hvor der efterfølgende fremkommer nye faktiske eller retlige oplysninger af så væsentlig betydning for sagen, at der er en vis sandsynlighed for, at sagen ville have fået et andet udfald, hvis oplysningerne havde foreligget i forbindelse med Patientforsikringens oprindelse afgørelse.

De nye oplysninger kan dels fremkomme i forbindelse med en genoptagelsesansøgning fra patienten eller dennes advokat, dels i forbindelse med, at sagen ankes til Patientskadeankenævnet.

En ny faktisk oplysning, der kan begrunde en genoptagelse af sagen, kan f.eks. være en ny lægelig vurdering, der klart tilsidesætter Patientforsikringens oprindelige vurdering. En sag vil også kunne genoptages, hvis patienten efterfølgende indsender dokumentation for et erstatningskrav, som oprindeligt blev afvist på grund af manglende dokumentation.

En ny retlig oplysning kan eksempelvis være en afgørelse fra Patientklagenævnet eller en udtalelse fra Retslægerådet.

For afgørelser vedrørende fastsættelse af godtgørelse for varigt mén og erstatning for tab af erhvervsevne indebærer EAL § 11 en begrænsning i Patientforsikringens adgang til genoptagelse. Det følger af denne bestemmelse, at genoptagelse af disse to erstatningsposter kun kan ske, hvis der foreligger en uforudset ændring i skadelidtes helbredstilstand.

5.1.2. Patientforsikringens genoptagelse af sager, der er afgjort af Patientskadeankenævnet

Patientforsikringen har efter drøftelse med Patientskadeankenævnet udarbejdet følgende retningslinier for Patientforsikringens genoptagelse af sager, der er afgjort af Patientskadeankenævnet:

1. **Skadelidte anmoder Patientforsikringen om at genoptage Patient-skadeankenævnets afgørelser**
 - a. De faktiske forhold er uændrede: Patientforsikringen afviser genoptagelse.
 - b. De faktiske forhold er uændrede, men der foreligger nye lægelige, juridiske eller andre vurderinger (f.eks. fra Arbejdsskadestyrelsen): Patientforsikringen videresender sagen til Patientskadeankenævnet til videre foranstaltning.
 - c. De faktiske forhold er ændrede: Patientforsikringen realitetsbehandler sagen og træffer positiv eller negativ afgørelse.

2. **Skadelidte anmoder Patientskadeankenævnet om at genoptage nævnets afgørelser**
 - a. Anmodningen bygger på, at de faktiske forhold der lå til grund for nævnets afgørelse nu har ændret sig: Nævnet sender sagen til Patientforsikringen med anmodning om at træffe afgørelse i sagen.
 - b. Anmodningen bygger på andet end en ændring i de faktiske forhold, der lå til grund for nævnets afgørelse: Patientskadeankenævnet træffer selv afgørelse om genoptagelse, og nævnet kan i forbindelse med sagens behandling tage hensyn til nye lægelige, juridiske eller andre vurderinger.

3. **Patientforsikringen opdager på anden måde end ved anmodning fra skadelidte, at sagen kan/bør genoptages**
 - a. De faktiske forhold, der lå til grund for nævnets afgørelse, har ændret sig: Patientforsikringen realitetsbehandler sagen, jfr. foran situation 1, punkt c.
 - b. Nye lægelige eller juridiske vurderinger mv.: Patientforsikringen sender oplysningerne til Patientskadeankenævnet til videre foranstaltning, jfr. situation 1, punkt b.

4. Patientskadeankenævnet opdager selv på anden måde end ved anmodning fra skadelidte, at sagen kan/bør genoptages

- a. De faktiske forhold, der lå til grund for nævnets afgørelse, har ændret sig: se situation 2, punkt a.
- b. Nye lægelige eller juridiske vurderinger: se situation 2, punkt b.

Retningslinierne er kun vejledende. Patientskadeankenævnet kan altid vælge at træffe afgørelse om genoptagelse uden at forelægge spørgsmålet for Patientforsikringen, og omvendt kan Patientforsikringen afstå fra at træffe afgørelse om genoptagelse, hvis der er usikkerhed om, hvilke faktiske forhold Patientskadeankenævnet lagde vægt på, da det traf afgørelse.

5.2. Erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før den 1. juli 1992

5.2.1. Lovgrundlag

Med virkning fra den 4. juni 1999 trådte lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992 i kraft, jf. tillige Patientforsikringens årsberetning 1999.

Konsekvensen af denne lov er, at patienter opereret med Boneloc-cement før den 1. juli 1992 har en udvidet adgang til erstatning sammenlignet med øvrige patienter.

Denne udvidede adgang til erstatning består i, 1) at skader som følge af anvendelsen af Boneloc-cement forud for den 1. juli 1992 er erstatningsberettigende, 2) at skader opstået før den 1. juli 1992, der ikke er en følge af anvendelsen af Boneloc-cement, vil kunne anerkendes, såfremt skaden er sket i tilknytning til en operation, hvorunder der er anvendt Boneloc-cement, og skaden i øvrigt er omfattet af patientforsikringslovens regler, og 3) at forældelsesreglerne for patienter opereret med Boneloc-cement er lempeligere end forældelsesreglerne for øvrige patienter, idet der kun indtræder forældelse, hvis kravet ikke er anmeldt til Patientforsikringen inden den 1. januar 2003.

Loven er medtaget som bilag til årsberetningen.

5.2.2. Talmæssige oplysninger

Patientforsikringen modtog 351 anmeldelser i 1999 og 50 anmeldelser i 2000. I perioden fra den 1. januar 1999 til den 31. december 2000 har Patientforsikringen truffet afgørelse i 381 sager, hvoraf 293 sager var omfattet af loven.

Årsagen til, at 88 sager blev afvist var,

at der ikke kunne konstateres løsning af den indsatte hofteprotese,

at patienten var opereret på et privathospital,

at patienten ikke var opereret med Boneloc-cement, eller

at den samlede erstatning ikke oversteg minimumsgrænsen på 10.000 kr.

Patientforsikringen har i perioden fra den 1. januar 1999 til den 31. december 2000 foretaget 314 erstatningsberegninger. Det skal hertil bemærkes, at der i den samme sag kan være foretaget erstatningsberegning flere gange, idet de enkelte erstatningsposter ikke altid kan beregnes på samme tidspunkt.

Den samlede udbetaling i perioden fra den 1. januar 1999 til den 31. december 2000 udgjorde 12.145.157 kr. I gennemsnit blev der udbetalt 41.451 kr. pr. anerkendt anmeldelse. Erstatningen udbetales af Sundhedsministeriet.

Figur 1 Antal anmeldelser, afgørelser og erstatningsopgørelser i perioden fra den 1. januar 1999 til den 31. december 2000

Antal	1. jan. 1999 - 31. dec. 1999	1. jan. 2000 - 31. dec. 2000	I alt
Anmeldelser	351	50	401
Afgørelser	195	186	381
Heraf anerkendelser	174	119	293
Heraf afvisninger	21	67	88
Erstatningsberegninger	52	262	314
Samlet udbetaling	1.660.751	10.484.406	12.145.157

Af nedenstående figur 2 fremgår det, at ca. 63% af de tilkendte erstatningsbeløb var mindre end 40.000 kr.

Figur 2 Erstatningerne fordelt efter beløbsstørrelse

Beløb i kr.	< 20.000	20.-40.000	40.-60.000	60.-80.000	> 80.000
%	16,6	46,8	27,4	5,1	4,1

Erstatningsbeløbene beregnes efter erstatningsansvarsloven og er generelt ganske lave. Man skal imidlertid være opmærksom på, at mange af de patienter, der er opereret med Boneloc-cement, er kronisk syge i forvejen, ligesom en stor del er ældre mennesker. Derfor vil udbetaling af erstatning for tab af arbejdsindtægt og erhvervsevne være relativt sjælden, idet mange af patienterne på tidspunktet for skadens indtræden var pensionister og således ikke erhvervsaktive.

5.2.3. Eksempler på afgørelser

Afgørelse efter § 1 i lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992, og § 2, stk. 1, nr. 2, i lov om patientforsikring

En 86-årig mand fik den 29. august 1991 indsat en protese i venstre hofte efter at have pådraget sig et brud på venstre lårbenshals. Ved operationen fastgjorde man hofteprotesen med Boneloc-cement.

Den 15. oktober 1992 blev patienten indlagt på ny efter at have oplevet stærke smerter fra venstre hofte. Hofteprotesen blev konstateret løs, og der fandtes indikation for at udskifte protesen. Imidlertid havde patienten urinvejsinfektion, og operationen blev udskudt indtil infektionsparametrene var normaliserede. Patienten fik den 10. december 1992 foretaget reoperation af venstre hofte.

I slutningen af december 1993 henvendte patienten sig på ny på sygehuset, idet der atter var tiltagende smerter i venstre hofte. Man konstaterede, at der var sket fremrykning af protesens hofteskål. Man overvejede umiddelbart at foretage en ny reoperation, men under hensyn til det tidligere tilfælde med infektion vurderede man, at risikoen for en ny infektion ved et 3.

indgreb langt overskyggede det resultat, man ville kunne opnå ved en ny operation. Man afstod derfor fra at re-operere.

Patienten var i efterforløbet i behandling for depression.

Patienten klagede til Patientforsikringen over, at der siden Boneloc-operationen havde været dårlig gangfunktion og forkortelse af venstre ben. Endvidere anførte patienten, at depressionen var opstået på grund af Boneloc-operationen og det efterfølgende sygdomsforløb.

Skaden i form af for tidlig løsning af venstresidig hofteprotese indsat med Boneloc-cement resulterende i en re-operation og et forlænget sygeforløb med depression blev anerkendt efter § 1 i lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992, og § 2, stk. 1, nr. 2, i lov om patientforsikring.

Patientforsikringen lagde vægt på, at man ved røntgen kunne konstatere løsning af den venstresidige hofteprotese, og at denne løsning med overvejende sandsynlighed skyldtes svigtende egenskaber ved Boneloc-cementen. Endvidere lagde Patientforsikringen vægt på, efter indhentelse af de lægelige akter vedrørende patientens behandling af depressionstilstanden, at den opståede depression med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives de udførte hofteoperationer og det efterfølgende sygdomsforløb.

Patienten blev tilkendt en samlet godtgørelse på 66.900 kr. (99-1864).

Afgørelse efter § 1 i lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992, og § 2, stk. 1, nr. 2, i lov om patientforsikring

Boet efter en afdød patient klagede den 22. juni 1999 til Patientforsikringen over en hofteoperation foretaget med Boneloc-cement.

Sagen drejede sig om en 71-årig kvinde, der den 9. oktober 1991 fik foretaget venstresidig hoftealloplastik med indsættelse af en cementeret hofteprotese på grund af kronisk leddegigt. Operationen og det efterfølgende forløb var ukompliceret.

På røntgenoptagelser den 31. maj 1996 og 11. februar 1997 konstaterede

man på sygehuset opklaring omkring den venstresidige hofteprotese, og der fandtes indikation for udskiftning af hofteprotesen.

Den planlagte udskiftningsoperation blev imidlertid aldrig gennemført, idet patienten afgik ved døden den 11. april 1998.

Patientforsikringen fandt, at boet ikke var berettiget til erstatning, idet den samlede godtgørelse og erstatning ikke oversteg lovens undergrænse på 10.000 kr. Patientforsikringen lagde vægt på, at godtgørelse for svie og smerte samt varigt mén ikke faldt i arv, idet sagen ikke var anmeldt til Patientforsikringen, gjort gældende ved sagsanlæg eller anerkendt af sygehuset inden patientens dødsfald, jf. § 18, stk. 2 i lov om erstatningsansvar. I forarbejderne til lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992 er anført, at godtgørelseskrav falder i arv efter erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2. Der forelå ikke helbredelsesudgifter og andet tab, tabt arbejdsfortjeneste eller erhvervsevnetab i sagen.

Sagen blev herefter anket til Patientskadeankenævnet.

Patientskadeankenævnet ændrede Patientforsikringens afgørelse. Begrundelsen herfor var, at patienten i 1997 fremsatte et erstatningskrav over for det behandlende sygehus. Ved brev af 15. maj 1997 meddelte sygehusets forsikringsselskab, at kravet ikke kunne anerkendes. Patientskadeankenævnet vurderede, at lovens forarbejder skulle tolkes analogt, således at godtgørelseskrav tillige falder i arv, hvis patienten inden lovens ikrafttræden har fremsat kravet over for det behandlende sygehus. Eftersom patienten havde fremsat erstatningskravet over for sygehuset i 1997, det vil sige før lovens ikrafttræden, fandtes boet berettiget til de eventuelle godtgørelseskrav, der kunne falde i arv.

Patientforsikringen tilkendte herefter boet efter patienten 42.967 kr. i godtgørelse (99-1273).

5.3. Hvordan beregnes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for selvstændigt erhvervsdrivende og for skadelidte, der er ansat i et A/S eller ApS, som de selv ejer eller har en dominerende indflydelse på?

Selvstændigt erhvervsdrivende, f.eks. håndværkere, forretningsdrivende, arkitekter og tandlæger etc. med en lille virksomhed med få ansatte, driver normalt virksomheden som et *personligt ejet selskab*, hvor deres indtægt svarer til overskuddet i virksomheden.

I andre tilfælde etableres (eller omdannes) virksomheden som et *anpartsselskab* eller et *aktieselskab*, hvor indehaveren eller dennes ægtefælle ejer langt hovedparten af anparterne eller aktierne, og hvor vedkommende indehaver har en dominerende indflydelse på virksomheden. Der kan være mange grunde til en sådan selskabsløsning, f.eks. skattemæssige, hæftelsesmæssige, eller for optagelse af kompagnon i virksomheden. Der kan også være tale om et par ejere, som hver har en dominerende indflydelse på selskabet.

Hvad de selvstændigt erhvervsdrivende næppe tænker på er, at den måde, hvorpå de driver virksomheden kan få betydning for, hvordan en erstatning for tabt arbejdsfortjeneste skal beregnes, hvis de kommer til skade.

Da spørgsmålet er sparsomt beskrevet i den juridiske litteratur, og da retspraksis på området er uklar og ikke omfatter retsstillingen efter patientforsikringsloven, har Patientforsikringen - på baggrund af et responsum fra professor, dr.jur. Bo von Eyben - fundet det relevant at give en mere samlet beskrivelse af de problemer, der findes, når man skal beregne erstatning til selvstændigt erhvervsdrivende, der driver deres virksomhed i selskabsform.

A. Virksomheden drives som et personligt ejet selskab

Kommer sådanne selvstændigt erhvervsdrivende til skade, kan de kræve erstatning for tabt arbejdsfortjeneste svarende til nedgangen i indtjeningen fra virksomheden, i det omfang det kan dokumenteres, at nedgangen skyl-

des den pågældende indehavers fravær. Man ser på de seneste års primære driftsresultater, dvs. virksomhedens driftsoverskud før renter, men efter afskrivning og sammenligner med overskuddet i den periode, hvor indehaveren var syg. Såfremt man har ansat ekstra medhjælp i virksomheden under sygdomsperioden, kan man kræve erstatning for dokumenterede udgifter hertil.

For sådanne selvstændigt erhvervsdrivende findes der en righoldig retspraksis, som belyser, hvordan man beregner den tabte arbejdsfortjeneste, se den kommenterede erstatningslov 5. udgave side 47 til 50.

B. Virksomheden drives som et aktieselskab eller anpartsselskab og ejeren af selskabet er ansat i selskabet med en fast løn

Denne situation indebærer en række juridiske spørgsmål, idet ejeren kan siges at have 2 kasketter på - den ene som ejer af et selskab (en selvstændig juridisk person) og den anden som lønmodtager i selskabet.

Hvilken rolle spiller det for erstatningsmulighederne og erstatningsberegningen?

1. Hvordan er anparts- eller aktieselskabet stillet?

Hvis skaden på ejeren af selskabet er alt andet end en skade omfattet af patientforsikringsloven, f.eks. en autoskade, kan selskabet, som arbejdsgiver, gøre regres mod skadevolderen, hvis det har udbetalt løn til indehaveren under dennes sygdom, jfr. EAL § 17, stk. 2.

Da ejeren af selskabet både er lønmodtager og arbejdsgiver, kan lønnen, ud fra forskellige bevæggrunde (skattemæssige, opsparing i selskabet etc.), være sat enten "for højt" eller "for lavt" i forhold til den stilling og funktion ejeren har i selskabet. Hvis lønnen er sat for højt bliver selskabets tab og dermed dets regreskrav større end det faktisk lidte tab. Det omvendte er tilfældet, hvis lønnen er sat for lavt.

I denne situation kan selskabets krav formentlig reguleres såvel opad- som nedad, således at det svarer til selskabets dokumenterede tab. Der henvises

til en utrykt Vestre Landsretsdom af 7. april 1988 (2. afd. B2157/1980), som nærmere er gennemgået nedenfor under B.2., hvor landsretten udtalte, at krav om erstatning for et evt. yderligere tab i givet fald måtte rejses af og tilkomme anpartsselskabet. Der vil i så fald være tale om et direkte erstatningskrav og ikke et afledet krav. Landsrettens udtalelse bryder med det almindelige erstatningsretlige princip om, at det alene er den direkte skadelidte og ikke den indirekte ramte trediemand, der kan få erstatning. Hvorvidt dette er indgået i landsrettens overvejelser kan ikke udledes af dommen.

Hvis ganske den samme situation foreligger, *men skaden er omfattet af patientforsikringsloven*, er retsstillingen for selskabet helt forskellig. Den løn selskabet udbetaler til patienten i sygeperioden reducerer patientens erstatningskrav efter patientforsikringsloven, og selskabets krav over for Patientforsikringen er derfor et regreskrav. Selskabet er imidlertid i henhold til PFL § 5, stk. 4, afskåret fra at rejse sit regreskrav for den udbetalte løn efter patientforsikringslovens regler.

Har selskabet som følge af patientens sygdom lidt et indtægtstab, vil dette krav, der ikke længere er et regreskrav men et direkte erstatningskrav, heller ikke kunne rejses efter patientforsikringslovens regler. Det følger nemlig af patientforsikringsloven § 1, at det kun er "*patienter som her i landet påføres fysisk skade*", der kan få erstatning efter patientforsikringsloven. - Vil selskabet have dækket sine tab, må kravet uanset om der er tale om et direkte krav eller et regreskrav rejses over for sygehuset efter almindelige erstatningsregler (culpa).

2. Hvordan er ejeren af aktieselskabet eller anpartsselskabet stillet?

Det principielle spørgsmål er her, om ejeren - i relation til beregning af tabt arbejdsfortjeneste - skal have beregnet sin erstatning som en selvstændigt erhvervsdrivende, jvf. foran under A. eller om vedkommende skal behandles som enhver anden lønmodtager.

De 2 beregningsmetoder kan føre til meget forskellige resultater - afhængigt af virksomhedens resultater og den løn, virksomheden har aflønnet sin ejer med. Skadelidte eller dennes advokat vil naturligvis pege på den opgørelsesmetode, som giver den største erstatning for tabt arbejdsfortjene-

ste. Det belyses godt ved 2 relevante Vestre Landsretsdomme, som kort skal gennemgås.

I forsikrings- og erstatningsretlig domssamling (FED) 1995, side 481 er givet en Vestre Landsretsdom, hvor skadelidte var ansat i et ApS, hvis anparter ejedes af ægtefællen. Hans løn udgjorde 25.000 kr. om måneden, og lønudbetalingen standsede efter tilskadekomsten. Han krævede erstatning for tabt arbejdsfortjeneste på grundlag af denne lønindtjening, medens modparten gjorde gældende, at erstatningen måtte fastsættes efter samme principper som for selvstændigt erhvervsdrivende og derfor højst kunne udgøre 15.000 kr. pr. måned. Landsretten fremhævede, at skadelidte - via ægtefællens ejerskab - udøvede bestemmende indflydelse i selskabet og foretog herefter en selvstændig vurdering af værdien af arbejdet (henset til omfanget af det og lønnen til de øvrige ansatte). På dette grundlag nåede retten frem til, at erstatningen kunne beregnes på grundlag af den faktiske løn, dvs. de 25.000 kr.

Dommen viser klart, at retten er indstillet på i et sådant tilfælde at anlægge en selvstændig vurdering af forholdet mellem den (tidligere) udbetalte løn og værdien af arbejdet, således at lønudbetaling ikke uden videre kunne lægges til grund for erstatningsfastsættelsen. Det har ingen betydning herfor, om den bestemmende indflydelse i selskabet skyldes skadelidte eller en ægtefælles ejerskab af aktier/anparter, idet *det afgørende er den bestemmende indflydelse, som skadelidte direkte eller indirekte havde på selskabet*. Dommen omhandler et tilfælde, hvor spørgsmålet var, om den (tidligere) udbetalte løn var urealistisk høj som følge af denne bestemmende indflydelse, men der er ikke noget i dommens præmisser, der antyder, at det samme princip ikke ville gælde i tilfælde, hvor spørgsmålet var, om lønnen var urealistisk lav set i forhold til værdien af skadelidtes arbejdsindsats.

Den omvendte problemstilling berøres imidlertid i en utrykt Vestre Landsretsdom af 7. april 1988 (2. afdeling B2157/1980) om et lille arkitektfirma, der blev drevet som anpartsselskab, og hvor skadelidte var eneanpartshaver. Den skadelidte arkitekt havde en løn fra anpartsselskabet på 14.000 kr. om måneden, og denne lønudbetaling fortsatte i de 2 måneder, som hans uarbejdsdygtighed varede. Skadelidte gjorde gældende, at erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste for disse 2 måneder ikke skulle udmåles efter de principper, som gælder for lønmodtagere, men derimod efter principperne for selvstændigt erhvervsdrivende, idet han mente, at der burde ske identi-

fikation mellem ham og selskabet. Han opgjorde erstatningskravet for de 2 måneder til 70.000 kr. baseret på en revisoropgørelse og omsætningen pr. arkitekt i selskabet. Modparten gjorde gældende, at erstatningen i det hele måtte fastsættes efter almindelige principper for lønmodtagere med den konsekvens, at skadelidte ikke havde noget krav på erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, da den udbetalte sygeløn følgelig måtte fratrækkes.

Landsretten gav sagsøgte medhold. Da skadelidte havde fået udbetalt sin sædvanlig løn fra anpartsselskabet, kunne der ikke tilkomme ham yderligere erstatning for tabt arbejdsfortjeneste. Krav om erstatning for et eventuelt yderligere tab måtte i givet fald rejses af og tilkomme anpartsselskabet.

Der synes umiddelbart at være uoverensstemmelse mellem de 2 Vestre Landsretsdomme for så vidt angår opgørelsen af aktie/anpartsindehaverens krav om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste. Den ene forudsætter klart, at erstatningen kan sættes til et mindre beløb end den sædvanlige lønindtægt, medens den anden afviser at sætte erstatningen til et større beløb end den sædvanlige lønindtægt, fordi krav om erstatning for et eventuelt yderligere tab antages alene at kunne tilkomme selskabet. Det spiller dog i praksis næppe den store rolle, idet skadelidte jo udenfor patientforsikringslovens dækningsområde kan kumulere sit krav med selskabets.

Såfremt man ved vurdering af retsstillingen lægger vægt på den sidste dom, (Vestre Landsretsdommen fra 1988) vil det indebære, at der inden for Patientforsikringens område ikke vil kunne ske en forhøjelse af lønnen i de tilfælde, hvor man har sat denne for lavt f.eks. for at lade en del af værdien af arbejdsindsatsen forblive i selskabet. Anpartsselskabet eller aktieselskabet kan heller ikke gøre noget krav gældende over for Patientforsikringen, jfr. ovenfor under B.1.

Spørgsmålet er sparsomt behandlet i teorien, og ingen har forholdt sig til den særlig problemstilling, som følger af, at man i patientforsikringsammenhæng ikke har mulighed for at "kumulere" skadelidtes og selskabets krav. På denne baggrund forekommer det mest nærliggende at tage udgangspunkt i FED 1995.481V på en sådant måde, at det er muligt at foretage både en nedsættelse og en forhøjelse af indtægtsgrundlaget for erstatningsfastsættelsen i forhold til den udbetalte løn. Der kan endvidere henvises til FED 2000.1065V, som forudsætter, at der ved fastsættelse af erstatnin-

gen til ejeren af et familieaktieselskab kunne være taget hensyn til nedgangen i indtjeningen i dette, selvom han fik udbetalt sin normale løn.

Konsekvensen af foranstående er, at Patientforsikringen ved beregning af tabt arbejdsfortjeneste til skadelidte, der er ansat i et A/S eller ApS, som de selv ejer og har en dominerende indflydelse på, vil blive behandlet som almindelige lønmodtagere, idet man vil anlægge en selvstændig vurdering af, om den udbetalte løn skal forhøjes eller nedsættes på baggrund af værdien af skadelidtes funktioner og faktiske arbejde i virksomheden, og hvad øvrige ansatte får i løn. Dermed stilles selvstændigt erhvervsdrivende som påføres en patientskade på samme måde, som hvis skaden var sket på anden måde f.eks. ved en bilulykke.

5.4. Aktindsigt i lægelige vurderinger

I forbindelse med sagsbehandlingen i Patientforsikringen, og herunder vurderingen af sagernes lægelige aspekter, forelægges sagerne for enten interne lægekonsulenter, som indgår i et egentligt ansættelsesforhold med Patientforsikringen og deltager i interne afgørelsesmøder, eller eksterne lægekonsulenter, der ikke er ansat af Patientforsikringen, men som mod honorering anmodes om skriftlig vurdering af en konkret sag.

De skriftlige vurderinger, som Patientforsikringen modtager fra eksterne lægekonsulenter, bliver betragtet som offentlige lægeerklæringer, og sådanne vurderinger bliver derfor sendt til høring hos den patient, som den konkrete vurdering vedrører, inden der bliver truffet afgørelse i sagen. Disse eksternt indhentede vurderinger medsendes ligeledes til Patient-skadeankenævnet tillige med sagens øvrige akter i tilfælde af, at den enkelte sag ankes.

Indtil den 1. januar 2001 er vurderingerne fra Patientforsikringens interne lægekonsulenter betragtet som sådanne interne arbejds papirer, som sagens parter i henhold til forvaltningsloven ikke har ret til at få aktindsigt i.

Patientforsikringen har pr. 1. januar 2001 ændret sin praksis og indført en udvidet aktindsigtsordning vedrørende de lægelige vurderinger fra Patientforsikringens interne lægekonsulenter, hvorefter der kan gives aktindsigt i de vurderinger, som er afgivet efter den 1. januar 2001.

Formålet med denne udvidede aktindsigtsordningen har primært været at skabe større åbenhed for sagens parter omkring de interne lægelige vurderinger, der lægges til grund for Patientforsikringens afgørelser.

Den udvidede aktindsigtsordning er etableret således, at der kan gives parterne i den konkrete sag aktindsigt i de interne lægelige vurderinger. Det vil sige, at den konkrete patient, sygehuset og sygehusets eventuelle partsrepræsentanter kan få aktindsigt i sagens interne lægelige vurderinger, såfremt der foreligger en konkret og skriftlig anmodning herom. Aktindsigten vil dog først blive givet, når der er truffet afgørelse i den konkrete sag.

Hvis en afgørelse efterfølgende bliver anket til Patientskadeankenævnet, vil de interne lægelige vurderinger i sagen indgå i den del af sagens akter, som bliver sendt til Patientskadeankenævnet til brug for ankenævnets behandling af ankesagen. Dette medfører endvidere, at de interne lægelige vurderinger også vil indgå i sagsakterne i de tilfælde, hvor Patientskadeankenævnets afgørelse senere indbringes for Landsretten.

5.5. Skønsmæssig godtgørelse for svie og smerte

Når en patient er fundet berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven, ydes der godtgørelse for svie og smerte for patientens midlertidige helbredsgener efter de retningslinier, der er angivet i erstatningsansvarslovens § 3. Godtgørelsen ydes frem til stationærtidspunktet, der er det tidspunkt, fra hvilket yderligere behandling ikke længere forventes at ville bedre patientens helbredstilstand væsentligt.

Der kan kun ydes godtgørelse for svie og smerte frem til stationærtidspunktet, uanset om patienten også er sygemeldt efter dette tidspunkt. Fra stationærtidspunktet godtgøres patientens varige helbredsmæssige gener nemlig efter reglerne om varigt mén i erstatningsansvarslovens § 4.

Godtgørelse for svie og smerte er som udgangspunkt en takstmæssig godtgørelse. Godtgørelsestaksterne reguleres hvert år den 1. januar (pr. 1. januar 2000, 80 kr. pr. oppegående sygedag og 170 kr. pr. sengeliggende sygedag) efter de nærmere retningslinier, der fremgår af erstatningsansvarslovens § 15. De takster der anvendes ved beregningen af godtgørelsen, er de

der gjaldt på det tidspunkt, hvor patienten blev påført skaden (skadeårsagstidspunktet).

I det følgende beskrives tre forskellige situationer, hvor Patientforsikringen udmåler svie- og smertegodtgørelsen skønsmæssigt i stedet for takstmæssigt. De to første situationer er en direkte konsekvens af bestemmelserne i erstatningsansvarsloven § 3, 2. og 3. pkt., mens den sidste opstår i de få tilfælde, hvor det ikke er muligt at adskille følgerne af patientskaden fra følgerne af grundsygdommen.

A. Godtgørelse for svie og smerte, når skadelidte ikke er sygemeldt

Godtgørelse for svie og smerte ydes som udgangspunkt alene i den del af erstatningsperioden, hvor den skadelidte er sygemeldt som følge af skaden, men kan i særlige tilfælde, hvor den skadelidte raskmeldes men fortsat har gener i perioden fra raskmeldingen til stationærtidspunktet, fastsættes skønsmæssigt i henhold til erstatningsansvarslovens § 3, 2. pkt.

Det fremgår af erstatningsansvarslovens § 3, 2. pkt., at skadelidte i særlige tilfælde kan tilkendes godtgørelse for svie og smerte uden at være syg. Begrebet syg tolkes i retspraksis som sygemeldt, men også dette begreb kan dog volde vanskeligheder i en situation, hvor den skadelidte ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet, jf. nærmere nedenfor.

Patientforsikringens praksis ved udmåling af godtgørelse for svie og smerte efter, at den skadelidte har genoptaget arbejde, følger den retspraksis, der foreligger på området. Godtgørelsen fastsættes skønsmæssigt under hensyn til de gener, skadelidte har haft i sin dagligdag efter arbejdets genoptagelse samt under hensyntagen til omfanget af de arbejdsopgaver, der eventuelt endnu ikke kan udføres. Godtgørelsestaksten der anvendes i den nævnte periode, kan dog aldrig overstige den takst, der på tidspunktet for skadens indtræden var den gældende beløbstakst for oppegående sygedage.

I overensstemmelse med den foreliggende retspraksis må det antages, at skadelidtes gener efter sygemeldingens ophør skal antage et vist omfang, førend disse kan udløse godtgørelse i henhold til erstatningsansvarslovens § 3, 2. pkt. I dommen FED 98.1349 Ø blev en folkeskolelærer ikke tilkendt

godtgørelse for svie og smerte efter erstatningsansvarslovens § 3, 2. pkt. på trods af, at han i en længere periode efter arbejdets genoptagelse havde gener i form af smerter, ømhed, og til dels nedsat bevægelighed i skulderen efter en delvis rotator-cufflæsion. Landsretten lagde vægt på, at den skadelidtes gener "ikke havde været så betydelige, at betingelserne for at tilkende indstævnte godtgørelse for svie og smerte, jfr. erstatningsansvarslovens § 3, 2. pkt. var opfyldt".

I andre situationer, som f.eks. i dommen FED 98.1654 V er der trods raskmelding og genoptagelse af arbejdet tilkendt fuld godtgørelse for svie og smerte efter den normale takst for oppegående sygedage. Dommen vedrørte en ung pige, der efter et overfald genoptog sit arbejde som ung pige i huset på trods af smerter i kæbe og øre samt susen for ørene og nedsat hørelse.

Landsretten fandt, at pigens gener også efter arbejdets genoptagelse i den konkrete situation var så betydelige, at der skulle tilkendes hende godtgørelse for svie og smerter efter taksten for oppegående sygedage i hele perioden frem til stationærtidspunktet. Det skal hertil bemærkes, at der i visse sager, hvor skaden er påført ved en strafbar voldelig handling, synes at være en tendens til at give godtgørelsen for svie og smerte et vist pønalt præg, ved at lade denne overstige, hvad der normalt må antages at være praksis for.

Ved fastsættelse af godtgørelsen for svie og smerte i en periode, hvor den skadelidte har genoptaget arbejdet, men fortsat har væsentlige gener, tager Patientforsikringen udgangspunkt i halv takstmæssig godtgørelse. Hvis generne, herunder indskrænkningerne i de daglige arbejdsfunktioner er betydelige, ændres udgangspunktet i opadgående retning, medens beskedne gener med mindre betydning for udførelsen af arbejdet vil medføre en fravigelse fra halv takstmæssig godtgørelse i nedadgående retning og eventuelt helt bortfald af godtgørelsen.

Patientforsikringens praksis har støtte i flere trykte domme, i hvilken forbindelse dommen U 1995.253 V kan nævnes. Denne dom omhandlede en skadelidt, der efter et trafikuheld pådrog sig en hjernerystelse, således at hun efter arbejdets genoptagelse fortsat var generet af hovedpine samt hukommelses- og koncentrationsbesvær. Godtgørelsen efter arbejdets genop-

tagelse blev fastsat skønsmæssigt og svarede næsten til halv oppegående godtgørelsestakst.

Fastsættelse af skønsmæssig godtgørelse for svie og smerte i perioder, hvor den skadelidte ikke er sygemeldt, kan volde særlige vanskeligheder i de situationer, hvor den skadelidte ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet, og sygemeldingens ophør derfor ikke kan bruges som udgangspunkt ved udmålingen af godtgørelsen.

Problemet opstår i de sager, hvor de skadelidte er små børn eller pensionister. Disse patientgrupper skal som udgangspunkt have takstmæssig godtgørelse for svie og smerte for hele sygeperioden. Dog vil der, hvis generne i den sidste del af sygeperioden må betragtes som ganske beskedne og normalt ikke ville have forhindret den skadelidte i at genoptage arbejdet, hvis han/hun havde været tilknyttet arbejdsmarkedet, kunne ske en skønsmæssig reduktion i den samlede godtgørelse.

Er der tale om skolebørn eller studerende, vil tidspunktet for genoptagelse af skolegangen eller studiet normalt blive betragtet som raskmeldingstidspunktet.

B. Godtgørelse når beløbsgrænsen i erstatningsansvarslovens § 3, 3. pkt. overskrides

Såfremt den takstmæssige godtgørelse for svie og smerte overstiger den i erstatningsansvarslovens § 3, 3. pkt. fastsatte grænse (pr. 01.01.2000 - 25.000 kr.), fastsættes den del af godtgørelsen, der overstiger beløbsgrænsen skønsmæssigt. Det må efter den erstatningsretlige praksis, der foreligger, antages, at der dog gælder et endeligt maksimum for godtgørelsen på ca. 50.000 kr. således at maksimumbeløbet har været stigende fra ca. 40.000 kr. ved patientforsikringsordningens start.

I retspraksis ses der kun meget sjældent tilkendt en godtgørelse for svie og smerte, der overstiger 30.000 kr. - 35.000 kr. Patientforsikringen har dog i enkelte sager, hvor patienten har haft langvarige og gentagne hospitalsindlæggelser tilkendt godtgørelser på op til 50.000 kr. Denne praksis følges også i Patientskadeankenævnet.

Patientforsikringens praksis vedrørende regulering af den del af godtgørelsesbeløbet, der overstiger den i erstatningsansvarslovens § 3, 3. pkt. nævnte beløbsgrænse følger helt Voldsoffernævnets praksis, der i Jens Møllers "Erstatningsansvarsloven" 5. udgave, side 77, er givet således:

"Nævnet har på et møde den 6. september 1995 besluttet, at der - under forudsætning af tilstrækkelig dokumentation - som udgangspunkt gives halv takst fra fravigelsesbeløbet og op til maksimumsbeløbet (sædvanligvis i størrelsesordenen 40.000-45.000 kr.), hvorefter beløbet afrundes. Såfremt der er tale om skadelidte, der har været udsat for længerevarende hospitalsophold, talrige operationer, store gener m.v., vil nævnet i særlige tilfælde være indstillet på at bortse fra den angivne takstmæssige reduktion, dog således at maksimumsbeløbet ikke overstiges, og beløbet vil blive afrundet. Nævnet har samtidig besluttet, at beløb ud over fravigelsesbeløbet kan nedsættes ud over det ovenfor anførte (halv takst) eller helt bortfalde, såfremt det findes tvivlsomt, om skadelidte i øvrigt ville kunne anses for sygemeldt indtil stationærtidspunktet, f.eks. hvis skadelidte er pensionist, ikke tilknyttet arbejdsmarkedet eller lignende."

Voldsoffernævnet har i sagen FED 96.1232 N fastsat en godtgørelse, der næsten svarede til fuld takst også af den del af godtgørelsen, der oversteg den i erstatningsansvarsloven § 3, 3. pkt. nævnte beløbsgrænse. Sagen vedrørte en skadelidt, der efter at have været udsat for et drabsforsøg, pådrog sig et varigt mén på 100%. I modsat retning går afgørelsen FED 98.679 V, hvor en skadelidt på vandski påsejlede en bådebro og pådrog sig svære skader på hoved og ryg, og fik fastsat et varigt mén til 80%, men alene fik udmålt halv takstmæssig godtgørelse af det beløb, der oversteg den i erstatningsansvarsloven § 3, 3. pkt. nævnte beløbsgrænse.

Patientforsikringens praksis vil i en situation som den sidstnævnte nok have medført en noget højere godtgørelse.

C. Skønmæssig godtgørelse for svie og smerte, når der foreligger årsagskonkurrence

I flere af Patientforsikringens sager kan det være vanskeligt med sikkerhed at adskille følgerne af den anerkendte patientskade fra grundsygdommens følger. I de få situationer, hvor en sådan opdeling er helt umulig, således at

de øvrige godtgørelses- og erstatningsposter fastsættes som en brøkdel af det samlede tab, vil det være naturligt også at foretage en mere skønsmæssig fastsættelse af godtgørelsen for svie og smerte.

Problemstillingen illustreres af dommen FED 98.1688 V, der omhandler en patient med en længerevarende sygeperiode som følge af en forsinket diagnosticering af hans tuberkulose. Landsretten anfører i sin begrundelse for at fastsætte svie- og smertegodtgørelsen skønsmæssigt, at det må antages for nærliggende, at diagnoseforsinkelsen i et vist mindre omfang har medført yderligere sygedage, men angiver ikke nærmere, hvor stor en del af den samlede sygeperiode, der må henføres til diagnoseforsinkelsen. Landsretten reducerede godtgørelsen fra sagsøgers påstand på 30.000 kr. til en skønsmæssig godtgørelse på 10.000 kr.

Det er Patientforsikringens praksis i en situation som den aktuelle, hvor det som følge af årsagskonkurrence er helt umulig at fastsætte en takstmæssig godtgørelse for svie og smerte, at foretage et skøn ud fra den samlede sygeperiodes længde. Afgørende for godtgørelsens størrelse bliver herefter, hvilken del af patientens samlede sygdom, der må antages at være påført ved patientskaden, og det vil i den forbindelse være naturligt at tage udgangspunkt i fordelingen af patientens samlede méngrad på grundsygdom og patientskade.

5.6. Principiel landsretsdom: Der kan ikke ydes erstatning for statistisk forringet overlevelses-sandsynlighed

I Patientforsikringens årsberetning for 1996, side 91-93, er der givet en udførlig redegørelse for ovennævnte sag, hvor Østre Landsret den 16. januar 2001 har afsagt dom.

Sagen handler i korthed om en kvinde, som i sommeren 1992 blev henvist til undersøgelse på sygehus på grund af mistanke om brystkræft, og hvor sygehuset, efter undersøgelsen, meddelte kvinden, at der ikke var fundet noget mistænkeligt. I løbet af efteråret 1992 mærkede kvinden imidlertid forandringer i venstre bryst og i november 1992 viste en ny undersøgelse på sygehuset, at der var tale om en kræftsvulst. Herefter blev venstre bryst-

og lymfeknuder i venstre side fjernet, og efter operationen modtog kvinden strålebehandling og kemoterapi, hvilket gav hende en række gener.

Patientforsikringen vurderede, at kvinden, såfremt kræftsvulsten var blevet korrekt diagnosticeret et halvt år tidligere, ville have fået foretaget den samme operation og efterbehandling, hvorfor selve forsinkelsen ikke havde påført kvinden nogen fysisk skade. Derimod var hendes statistiske overlevelsesmulighed blevet forringet noget, som følge af den forsinkede behandling, men Patientforsikringen fandt heller ikke, at dette var en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand. Man fandt heller ikke, at der efter dansk ret var hjemmel til at dække ikke indtrådte, men mulige fremtidige skader.

Derimod anlagde Patientforsikringen en fortolkning af patientforsikringslovens krav om "fysisk skade", som gjorde det muligt at give godtgørelse for den aktuelle psykiske belastning, som bevidstheden om den forringede overlevelsessandsynlighed påførte kvinden. Med udgangspunkt i Arbejdsskadestyrelsens méntabel fastsatte man derfor et mén herfor på 10%.

Kvinden ankede denne afgørelse til Patientskadeankenævnet, som efter at have indhentet en vurdering fra Arbejdsskadestyrelsen omgjorde Patientforsikringens afgørelse og fastsatte kvindens mén til 30% og tilkendte hende et erhvervsevnetab på 25%, således at hun fik en yderligere erstatning og godtgørelse på 303.000 kr. + renter. Det fremgik af Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at det yderligere mén og erhvervsevnetab var begrundet i kvindens statistisk forringede overlevelseschance.

Kommunernes gensidige Forsikringsselskab og Patientforsikringen indbragte den 10. januar 1997 af principielle grunde Patientskadeankenævnets afgørelse for Østre Landsret med påstand om, at Patientskadeankenævnets afgørelse skulle ophæves og Patientforsikringens afgørelse stå ved magt.

Patientskadeankenævnet påstod frifindelse og i relation til Patientforsikringens afvisning, idet nævnet ikke mente, at Patientforsikringen havde en tilstrækkelig retlig interesse i sagen.

Østre Landsret har nu ved dom af 16. januar 2001 givet Kommunernes gensidige Forsikringsselskab og Patientforsikringen fuldstændig medhold, idet det i dommen hedder:

"Patientforsikringsforeningen, der er oprettet ved lov om Patientforsikringen, har som medlemmer private forsikringsselskaber. Foreningens virke er nærmere reguleret i loven og vedtægter udstedt i medfør af loven. Det fremgår af lovens § 10, at foreningens medlemmer tillige dækker de ikke behørigt forsikrede skader. Selvom foreningen ikke har en selvstændig økonomisk interesse i nærværende sag, har foreningen, som fælles organ for medlemmerne, en overordnet økonomisk interesse i fortolkningen af lovgivningens erstatningsbestemmelser. Udfra en samlet vurdering finder Landsretten herefter, at Patientforsikringsforeningen har en sådan aktuel, særskilt og væsentlig interesse i at få anerkendelsessøgsmålet prøvet, at sagen bør fremmes til behandling i realiteten også for denne sagsøgers vedkommende. De sagsøgte afvisningspåstand over for Patientforsikringsforeningen tages derfor ikke til følge.

Af retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 fremgår, at den helbredsforringelse, som skete ved forsinkelsen af operationen fra juni til december 1992, alene skyldes en statistisk forringet overlevelseschance, idet det formodes, at de fysiske gener og mén på grund af behandlingen, ville have været de samme uafhængig af behandlingstidspunktet. Ib Hessov, Retslægerådet, har supplerende forklaret, at det ikke er muligt at tidsangive en statistisk forringet overlevelseschance. Landsretten finder hverken efter lovens ordlyd eller efter forarbejderne hertil, at en statistisk forringet overlevelseschance er omfattet af PFL § 1, om fysiske skader.

Herefter, og da det med tilstrækkelig tydelighed af Arbejdsskadestyrelsens afgørelse af 6. maj 1996 fremgår, hvorledes kvindens méngrad er beregnet, tages de sagsøgte hjemvisningspåstand ikke til følge, og der gives sagsøgeren medhold i deres anerkendelsespåstand.

Thi kendes for ret: De sagsøgte, Patientskadeankenævnet og (patienten), skal anerkende, at Patientskadeankenævnets afgørelse af 16. juli 1996 ophæves, således at Patientforsikringens afgørelse af 15. juni 1995 står ved magt."

Afslutningsvis bemærkes, at Kommunernes gensidige Forsikringsselskab ikke har krævet den udbetalte erstatning tilbage fra kvinden, idet selskabet og Patientforsikringen alene førte sagen af principielle grunde. Endelig bemærkes, at Patientskadeankenævnet har indbragt spørgsmålet om Patientforsikringens søgsmålskompetence for Højesteret.

5.7. Hvornår falder godtgørelser efter patientforsikringsloven i arv?

Når en patient afgår ved døden, inden Patientforsikringen eller Patientskadeankenævnet har anerkendt patientens sag efter lov om patientforsikring, er det nødvendigt at få afklaret, om eventuelle godtgørelser og erstatninger, patienten ville være berettiget til efter lov om patientforsikring, falder i arv til de efterladte

De betingelser, der skal være opfyldt, for at patientens godtgørelser for svie og smerte samt varigt mén falder i arv, findes i Erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2. Derimod findes der ingen regler om, hvornår erstatningsposterne tabt arbejdsfortjeneste, erhvervsevnetab og forsørgertab falder i arv, og disse poster antages derfor at falde i arv uden videre.

Af erstatningsansvarsloven § 18, stk. 2 fremgår det, at "Krav om godtgørelse for personskade falder i arv, når det er anerkendt eller gjort gældende ved sagsanlæg ..." Betingelsen for, at godtgørelsesposterne falder i arv, er altså at kravet, men ikke dettes størrelse, skal være anerkendt eller gjort gældende ved sagsanlæg, inden patienten afgår ved døden.

Baggrunden for, at der i erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2 opstilles særlige betingelser for, hvornår godtgørelsesposterne falder i arv er, at der er tale om godtgørelser for ikke-økonomisk skade, der er meget tæt knyttet til den skadelidtes person. Lovgiver har derfor fundet, at den skadelidte ved at rejse kravet over for skadevolder eller ved at indbringe dette for domstolene skal have vist vilje til at forfølge kravet.

Samspillet mellem erstatningsansvarsloven § 18, stk. 2 og patientforsikringslovens § 7 giver imidlertid anledning til særlige problemer, idet det af sidstnævnte bestemmelse fremgår, at der hverken kan rejses krav mod lægen eller sygehuset, hvis sagen er omfattet af patientforsikringsloven. Konsekvensen af patientforsikringslovens § 7 er, at patienten vil få sin sag afvist ved domstolene, hvis kravet forsøges rejst, inden Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet har behandlet sagen.

Da dette samspilsproblem er helt specielt for dækning efter patientforsikringsloven har Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet siden patientforsikringslovens ikrafttræden i 1992, fulgt den fortolkning, som Bo von

Eyben anlægger i "Patientforsikring" side 237, nemlig at indgivelse af anmeldelse til Patientforsikringen må sidestilles med udtagelse af stævning, fordi patientforsikringsloven jo netop afskærer patienten fra i stedet at gå til domstolene.

Den fortolkning, der er fulgt i Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet, lever fuldt op til betingelsen om, at patienten skal have vist vilje til at forfølge sit godtgørelseskrav. Samtidig undgås den uheldige situation, at sagsbehandlingstiden i Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet bliver afgørende for, om patientens arvinger får mulighed for at arve godtgørelsesposterne, og dermed om godtgørelserne kommer til udbetaling.

Ved dom afsagt af Østre Landsret den 6. december 2000 har Patientskadeankenævnet imidlertid nu fået medhold i, at erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2 skal forstås efter sin ordlyd, således at indgivelse af anmeldelse til Patientforsikringen ikke kan sidestilles med udtagelse af stævning ved domstolene.

Sagen vedrørte en anmeldelse, der var indgivet til Patientforsikringen den 7. april 1997. Patientforsikringen afviste sagen, og denne afgørelse blev anket til Patientskadeankenævnet den 5. februar 1998. Den 12. april 1998 afgik patienten ved døden, men Patientskadeankenævnet tiltrådte alligevel Patientforsikringens afgørelse den 22. juni 1999.

Patientens arvinger ønskede i overensstemmelse med ankevejledningen i Patientskadeankenævnets afgørelse at prøve denne i landsretten og udtog derfor stævning mod Patientskadeankenævnet. Da patienten ikke havde haft økonomiske tab som følge af sin sygdom, vedrørte sagen, hvis patienten fik medhold, alene godtgørelse for svie og smerte samt varigt mén.

Der blev mellem parterne opnået enighed om, i henhold til retsplejelovens § 253, at lade landsretten tage stilling til, om det forhold, at patienten var død inden sagen nåede frem til landsretten, skulle føre til en frifindelse af Patientskadeankenævnet, fordi patientens eventuelle krav på godtgørelse ikke faldt i arv.

Østre Landsret frifandt Patientskadeankenævnet, idet der ved blev lagt vægt på det faktum, at kravet ikke var blevet gjort gældende ved sagsanlæg inden patientens død, hvorfor landsretten ikke fandt, at betingelsen i

erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2 var opfyldt. Det forhold, at Patient-skadeankenævnet efter patientens død havde færdigbehandlet sagen og givet vejledning om anke af afgørelsen, kunne ikke betragtes som et afkald på, under retssagen, at gøre gældende, at betingelserne i erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2 ikke var opfyldt.

Det er Patientforsikringens vurdering, at Østre Landsrets afgørelse i sagen strider mod hele idéen bag patientforsikringsordningen, nemlig at sikre tilskadekomne patienter og disses efterladte en lettere adgang til erstatning. Hertil kommer, at den ordlydsfortolkning af bestemmelsen i § 18, stk. 2, som landsretten har valgt, stiller de tilskadekomne patienters arvinger ringere end andre tilskadekomnes arvinger, idet patientforsikringsloven jo netop fratager den skadelidte muligheden for at indbringe sit erstatningskrav for retten før den administrative rekurs er udtømt.

Dommen er af afdødes bo anket til Højesteret, men følges indtil videre af Patientskadeankenævnet og dermed også af Patientforsikringen.

Patientforsikringen foretager en registrering af de sager, hvor udbetalingen af godtgørelser afvises med henvisning til Østre Landsrets dom, således at sagerne vil kunne genoptages, hvis dommen ændres i Højesteret.

6. Patientforsikringens virksomhed

6.1. Foreningens medlemmer

I henhold til Patientforsikringens vedtægter § 6, stk. 6, har medlemsfordelingen i Patientforsikringen for 1999 og 2000 været følgende:

Forsikringsselskaber	2000	1999
Kommunernes gensidige Forsikringsselskab (KgF)	31,62%	25,41%
Købstædernes Forsikring	67,92%	74,06%
Zürich Forsikring	0,24%	0,28%
Winterthur International	0,22%	0,25%

KgF har tegnet forsikring for

Nordjyllands Amt
Storstrøms Amt
Frederiksborg Amt
Scleroseforeningen
Hjertecenter Varde
Træningscenter Skagen

Købstædernes Forsikring har tegnet forsikring for

Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS)
Københavns Amt
Roskilde Amt
Bornholms Amt
Fyns Amt
Vejle Amt
Sønderjyllands Amt
Ribe Amt
Gigtforeningen

Zürich Forsikring har tegnet forsikring for

Epilepsihospitalet Dianalund.

Winterthur International har tegnet forsikringer for

Steno Diabetescenter A/S.

Selvforsikrende	2000	1999
Århus Amt	45,90%	46,61%
Ringkjøbing Amt	18,18%	17,79%
Vestsjællands Amt	19,01%	18,48%
Viborg Amt	16,54%	16,54%
Statslige udd.instationer	0,37%	0,58%

Forholdet mellem forsikringselskabers præmier og selvforsikrendes skønnede præmier

	2000	1999
KgF, Købstædernes Forsikring, Zürich Forsikring og Winterthur International	74,31%	74,18%
Selvforsikrende myndigheder	25,69%	25,82%

Medlemsfordelingen er fastsat på baggrund af de respektive forsikringselskabers præmieindtægter ved tegning af patientforsikring. Fordelingen mellem forsikringselskaberne og de selvforsikrende er uændret i forhold til 1999. De selvforsikrende har således udpeget 1 medlem, og forsikringselskaberne har tilsammen udpeget 5 medlemmer til bestyrelsen. Fordelingen bliver foretaget efter "D'Hondtske metode".

På baggrund af medlemsfordelingen og i henhold til vedtægterne § 6, stk. 2, er Kommunernes gensidige Forsikringselskab, Købstædernes almindelig Brandforsikring, Zürich og Winterthur Forsikring anmodet om i fælles-

skab at udpege 5 medlemmer til bestyrelsen. Århus, Ringkøbing, Vestsjællands og Viborg amter har i fællesskab udpeget 1 medlem, og Sundhedsministeriet har ligeledes udpeget 1 medlem til bestyrelsen.

6.2. Foreningens bestyrelse

Til Patientforsikringens bestyrelse var i 2000 udpeget følgende:

Udpeget af Købstædernes Forsikring

Næstformand Jørgen Bjørnvad (HS's bestyrelse)
Advokat Mikael Rosenmejer (Plesner & Grønborg)
Adm. direktør Mogens N. Skov (Købstædernes Forsikring)

Suppleanter

Inger Marie Bruun-Vierø (HS)
Advokat Tina Reissmann (Plesner Svane Grønborg)
Direktør Lars Østenfeld (Købstædernes Forsikring)

Udpeget af Kommunernes gensidige Forsikringsselskab

Amtsrådsmedlem Ejvind Hansen (Fyns Amt)
Amtsrådsmedlem Hjørdis Høegh-Andersen (Storstrøms Amt)

Suppleanter

Amtsborgmester Johannes Flensted-Jensen (Århus Amt)
Amtsrådsmedlem Hans Andersen (Frederiksborg Amt)

Udpeget af selvforsikrere

Amtsrådsmedlem Knud Erik Særkjær (Århus Amt)

Suppleant

Amtsrådsmedlem Inge Bach Nielsen Vestsjællands Amt

Udpeget af Sundhedsministeriet

Afdelingschef Vagn Nielsen (Sundhedsministeriet)

Suppleant

Fuldmægtig Dorte Knudsen (Sundhedsministeriet)

Næstformand i HS's bestyrelse Jørgen Bjørnvad valgtes som formand og amtsrådsmedlem Ejvind Hansen som næstformand.

Der har i 2000 været afholdt 3 bestyrelsesmøder. På møderne har bestyrelsen taget stilling til Patientforsikringens budgetter, regnskaber og personalnormering mv. samt drøftet en lang række administrative spørgsmål, herunder sagsbehandlingstid samt generelle og principielle spørgsmål vedrørende patientforsikringslovens administration. Herudover har sekretariatet orienteret bestyrelsen om mere principielle enkeltafgørelser.

Det har været af afgørende betydning for bestyrelsen, at Patientforsikringens administration fortsat tilstræber at træffe materielt korrekte afgørelser med en så kort sagsbehandlingstid som mulig.

6.3. Foreningens administration

6.3.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2001

Nedenstående oversigt viser Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2001

Arne Grünfeld	direktør
Ole Graugård	sekretariatschef
Martin Erichsen	kontorchef
Dorte Jørgensen	overassistent
Helle Andersen	fuldmægtig

Enhed 1

Anne Gjerding	vicekontorchef
Alan M. Wad	fuldmægtig, cand.jur.
Marie-Louise Holmgreen	fuldmægtig, cand.jur.
Michael Lind Hansen	fuldmægtig, cand.jur.
Ole Kristensen	fuldmægtig, cand.jur.
Jutta Møller Jensen	assistent
Susanne Ricks	assistent
Ole Hart Hansen	overlæge, dr.med. (kirurgisk gastroenterologi)
Ulrik Gerner Svendsen	overlæge, dr.med. (intern medicin)

Enhed 2

Erik Asp Poulsen	vicekontorchef
Anne Helene Rasmussen	fuldmægtig, cand.jur.
Birgitte Frost	fuldmægtig, cand.jur.
Lasse Svestrup	fuldmægtig, cand.jur.
Per Vesten Pedersen	fuldmægtig, cand.jur.
Merete Rolsted	overassistent
Cai Frimodt-Møller	overlæge, dr.med. (parenkymkirurgi)
Steen Mejdahl	overlæge (ortopædkirurgi)

Enhed 3

Peter Jakobsen	vicekontorchef
Helle Brammer	fuldmægtig, cand.jur.
Jens Odgaard	fuldmægtig, cand.jur.
Maria Bienkowski	overassistent
Michael H. Steenberg	fuldmægtig, cand.jur.
Pernille Kofoed	fuldmægtig, cand.jur.
Kasper Gersmann	stud.jur.
Käthe Jørgensen	assistent

Bent Ebskov	adm. overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)
Marianne Juhler	adm. overlæge, dr.med. (neurokirurgi)
Enhed 4	
Morten Henriksen	vicekontorchef
Andreas Madsen	fuldmægtig, cand.jur.
Ann-Birgitte Holm	fuldmægtig, cand.jur.
Lene Hannecke Olsen	fuldmægtig, cand.jur.
Niels Hjortnæs	fuldmægtig, cand.jur.
Lotte Johnson	assistent
Johannes Bock	professor, dr.med. (gynækologi og obstetrik)
Michel Boeckstyns	overlæge (ortopædkirurgi)
Vibeke Henning	overlæge, dr.med. (oftalmologi) speciallæge i øjensygdomme
Enhed 5	
Hans-Jørgen Dam	vicekontorchef
Anne-Louise Wedell-Wedellsborg	fuldmægtig, cand.jur.
Kristina Sprove	fuldmægtig, cand.jur.
Per Vesten Pedersen	fuldmægtig, cand.jur.
Pia Boje	fuldmægtig, cand.jur.
Betina Lund	assistent
Flemming Gjerris	professor, dr.med. (neurokirurgi)
Poul Bretlau	professor, dr.med. (øre-næse-hals)
Søren Solgaard	overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)

Konsulenter

Leif Kledal tandlæge

Patientforsikringens registreringssystem

Jens Krogh Christoffersen overlæge
Ulla Anderson lægesekretær

Øvrigt personale

Else Duus køkkenassistent
Jytte Skov receptionist
Ida Marie Olsson stud.jur.
Kåre Berthelsen lærestuderende
Lone Sloth Kofod receptionist
Svend Rubæk Nielsen medhjælper

6.3.2. Lægeligt konsulentnet

Til brug for Patientforsikringens vurdering af de medicinske aspekter i de anmeldte patientskader har Patientforsikringen tilknyttet lægelige konsulenter inden for forskellige medicinske specialer. Lægekonsulenterne er alle tilknyttede sygehusvæsenet og har den fornødne speciallægeuddannelse og erfaring fra udarbejdelse af erklæringer i revaliderings-, pensions- eller forsikringssager.

Pr. 1. april 2001 var der 12 lægekonsulenter tilknyttet Patientforsikringen.

Herudover har Patientforsikringen tilknyttet 1 tandlægekonsulent, tandlæge Leif Kledal.

I det omfang Patientforsikringens lægelige konsulenter har fundet det nødvendigt i konkrete sager, er der indhentet speciallægeerklæringer eller speciallægevurderinger fra eksterne speciallæger inden for andre specialer.

6.4. Administrationsaftale

Patientforsikringen har siden sin stiftelse i 1992 haft en administrationsaftale med Kommunernes gensidige Forsikringsselskab. Aftalen har omfattet en række ydelser om leje af lokaler og administration af lønudbetalinger, EDB-service, kantinebetjening, bogholderi- og kassefunktion samt regnskabsbistand.

Siden udgangen af 1995 har administrationsaftalen været begrænset til at omfatte lønadministration og bogholderi- og kassefunktion.

6.5. Regnskab og budget

Foreningens virksomhed finansieres ifølge PFL § 12, stk. 2, af forsikrings-selskaber, der tegner forsikring efter loven og selvforsikrende myndigheder.

Den nærmere fordeling af driftsudgifterne er fastlagt i foreningens vedtægter § 11. Heraf fremgår, "at udgifter til foreningens drift afholdes af hver enkelt af forsikringsgiverne og de enkelte selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet, årligt præmiebeløb svarende til risikoen."

Det er således foreningen, der - på baggrund af oplysninger om præmieindtægterne hos forsikringsgiverne - skønsmæssigt fastsætter en præmie for de selvforsikrende myndigheder.

Foreningens budget for 2000 blev godkendt på bestyrelsesmøde i september 1999 og indeholdt budgetterede udgifter på 35.725.000 kr. De samlede udgifter til patientforsikringsordningens (Patientforsikringen og Patient-skadeankenævnet) administration blev i 2000 ifølge regnskabet på i alt 37.444.010 kr. De samlede indtægter blev på 36.009.125 kr. De ekstraordinært store udgifter, i forhold til det budgetterede, må i altovervejende grad tilskrives merudgifter i Patientskadeankenævnet i forbindelse med afvikling af en sagspuklen. Patientforsikringens udgifter til driften af Patientskadeankenævnet udgjorde således ca. 12.234.476 kr.

Patientforsikringen blev, ifølge lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992, pålagt at behandle anmeldelser efter loven. Ifølge aftale med Sundhedsministeriet betales Patientforsikringen pr. sag, og modtog et samlet administrationsbidrag herfor på 1.408.000 kr. i 2000.

I forbindelse med vedtagelsen af lov om lægemiddelskader blev der indgået en administrationsaftale med Sundhedsministeriet om, at Patientforsikringen behandler anmeldelser efter loven mod betaling. Gebyret herfor udgjorde i 2000 928.125 kr.

De omkostninger, der er forbundet med at behandle erstatningssager efter patientforsikringsloven, er meget store, både i relation til sagsbehandlingen i Patientforsikringen og ved Patientskadeankenævnets behandling af ankesager.

Patientforsikringens bestyrelse har i 2000 godkendt et budget for 2001 indeholdende samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen på 39.093.000 kr.

Patientforsikringens budget for 2001 er fastlagt ud fra en forventning om en stigning i antallet af nye anmeldelser på ca. 200.

Regnskabet er optrykt som bilag 6.

Lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992 som bilag 8.

7. Beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader

7.1. Lovgrundlag

Med virkning fra den 1. januar 1996 trådte lov om erstatning for lægemiddelskader (LMSL) i kraft. Loven er medtaget i årsberetningen som bilag 7.

Loven gør det lettere at få erstatning for skader, der skyldes bivirkninger til et lægemiddel. Ordningen gælder både for patienter og for raske personer, der deltager i videnskabelige forsøg samt for donorer.

Ordningen sikrer patienter, raske forsøgspersoner og donorer en bred erstatningsdækning i tilfælde af lægemiddelskader, der skyldes receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin, som er udleveret i Danmark til forbrug eller klinisk afprøvning.

Lov om erstatning for lægemiddelskader supplerer patientforsikringsloven, idet patientforsikringsloven ikke omfatter skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende.

Lov om erstatning for lægemiddelskader er i modsætning til patientforsikringsloven ikke begrænset til sygehusvæsenet, idet loven omfatter alle lægemidler, der er udleveret gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

7.2. Organisation

Lægemiddelskadeerstatningsordningen administreres af Patientforsikringen. Derved sikres det, at de patienter, der har fået udleveret et lægemiddel på et offentligt sygehus, automatisk får vurderet sagen efter både lov om erstatning for lægemiddelskader og lov om patientforsikring. Endvidere sikres en ensartet behandling af alle patienter, hvad enten skaden skyldes sygehusbehandling eller egenskaber ved et lægemiddel.

Patienten skal således ikke henvende sig flere steder, selv om der måtte

være tvivl om, hvorvidt der er tale om skade som følge af egenskaber ved et lægemiddel, eller hvorvidt der er tale om skade som følge af, at udleveringen af et lægemiddel ikke har levet op til bedste specialiststandard.

Der er tale om en statslig erstatningsordning, og det er således Sundhedsministeriet, der udbetaler erstatning i de sager, hvor Patientforsikringen har fastslået, at skadelidte har krav på erstatning eller godtgørelse.

7.3. Sagernes behandling

7.3.1. Anmeldelse af skader

Patientforsikringen modtager, oplyser og afgør alle sager efter loven. Patientforsikringens afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader kan ankes til Lægemedelskadeankenævnet.

Anmeldelsen sker rent praktisk på to skadesanmeldelser - én som udfyldes af patienten, og én som udfyldes af det sygehus eller den læge, der har ordineret/udleveret lægemidlet.

Patienten skal sørge for, at anmeldelsen kommer Patientforsikringen i hænde hurtigst muligt, og det er patienten, der må sørge for, at erstatningskrav anmeldes, inden der indtræder forældelse. Patientens anmeldelse indeholder vejledning om, hvortil den skal sendes og et uddrag af loven.

Sundhedspersonens anmeldelse skal indeholde oplysning om, hvordan denne har opfattet skadeforløbet, herunder om anmelderen mener, at et lægemiddel er årsag til skadens opståen. Anmeldelsen skal vedlægges kopi af alt relevant journalmateriale.

Det vil i høj grad være de enkelte sundhedspersoner, der skal tage initiativet til, at skaderne bliver anmeldt, da de normalt har bedst mulighed for at konstatere, om der er indtrådt en skade, som kan erstattes.

Patientforsikringen vil i sager, hvor der er sket udlevering af et lægemiddel fra et offentligt sygehus, foretage en vurdering af, om sagen er omfattet af patientforsikringsloven. Som det er beskrevet under afsnit 1.3.1 videregående

ver Patientforsikringen ikke oplysninger til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

7.3.2. Sagsoplysning

Sagsoplysningen følger stort set den procedure, der er beskrevet i afsnit 1.3.2. vedrørende behandling af sager anmeldt efter PFL.

For lægemiddelskadernes vedkommende skal der dog oftere end i patientforsikringsager indhentes sagsoplysninger fra egen læge og speciallæge.

7.3.3. Afgørelser

Ifølge lov om erstatning for lægemiddelskader § 18, stk. 2, har sundhedsministeren bemyndiget Patientforsikringen til at træffe afgørelse i alle sager efter loven.

Selv om Patientforsikringen har karakter af "privat" forening, finder forvaltningslovens regler om bl.a. aktindsigt, tavshedspligt og begrundelse anvendelse i lægemiddelskadesagerne, jfr. lov om erstatning for lægemiddelskader § 18, stk. 3.

7.4. Talmæssige oplysninger

Materialet vedrørende lægemiddelskader er endnu ret lille. Talmaterialet bygger derfor på alle lægemiddelsager fra lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 til 31. december 2000.

7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser

I 2000 modtog Patientforsikringen 75 anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader, hvilket er 8 flere end i 1998 og 1999.

Siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 har der i alt været anmeldt 310 sager efter lov om erstatning for lægemiddelskader. Det forekommer ofte,

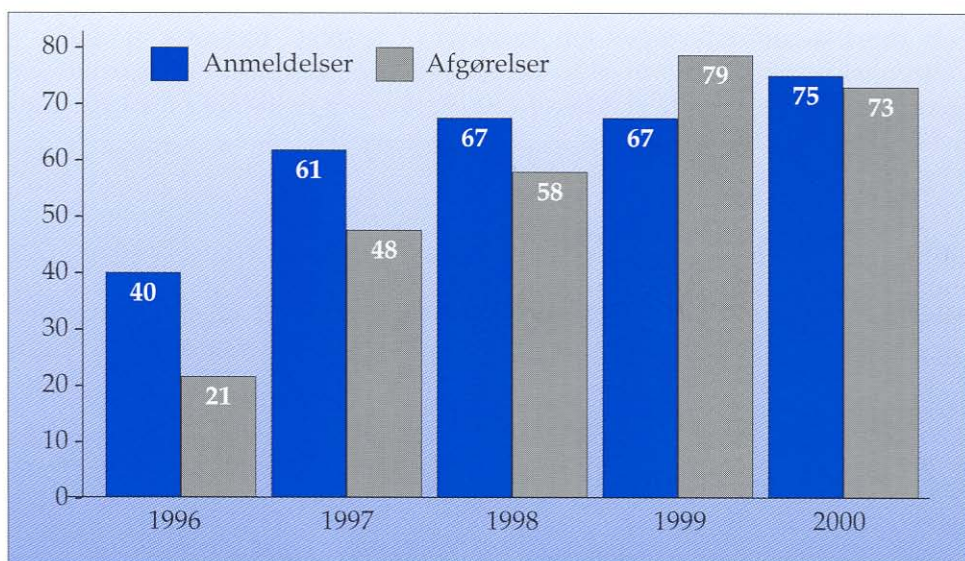
at en sag anmeldes efter lov om patientforsikring, hvor den retteligt skulle have været anmeldt efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

Patientforsikringen behandler alle anmeldelser, hvor lægemidlet er udleveret i forbindelse med behandling på offentlige sygehuse, efter både lov om erstatning for lægemiddelskader og efter lov om patientforsikring. Det vil være resultatet af Patientforsikringens vurdering af skadesårsag, som er afgørende for, om sagen bliver registreret endeligt som en lægemiddelskade eller som en behandlingsskade.

Patientforsikringen har pr. 31. december 2000 afgjort 279 sager efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

Udviklingen i antallet af anmeldelser og afgørelser siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 fremgår af figur 7.1.

Figur 7.1 Udviklingen i antal modtagne anmeldelser og trufne afgørelser i årene 1996 til 2000



Antallet af anmeldelser er forholdsvis lavt, og udviklingen tyder på, at antallet af anmeldelser foreløbig er stagneret på et niveau svarende til ca. 70 anmeldelser årligt. Patientforsikringen vurderer, at årsagen til det forholds-

vis lave antal sager er, at der endnu er et ringe kendskab til muligheden for erstatning for omfattende bivirkninger.

På baggrund af erfaringerne fra patientforsikringsloven forventer Patientforsikringen fremover en stigning i antallet af anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

7.4.2. Antallet af afgørelser

Af figur 7.1 fremgår det, at Patientforsikringen i 2000 traf 73 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader mod 79 året før.

7.4.3. Sagsbehandlingstiden

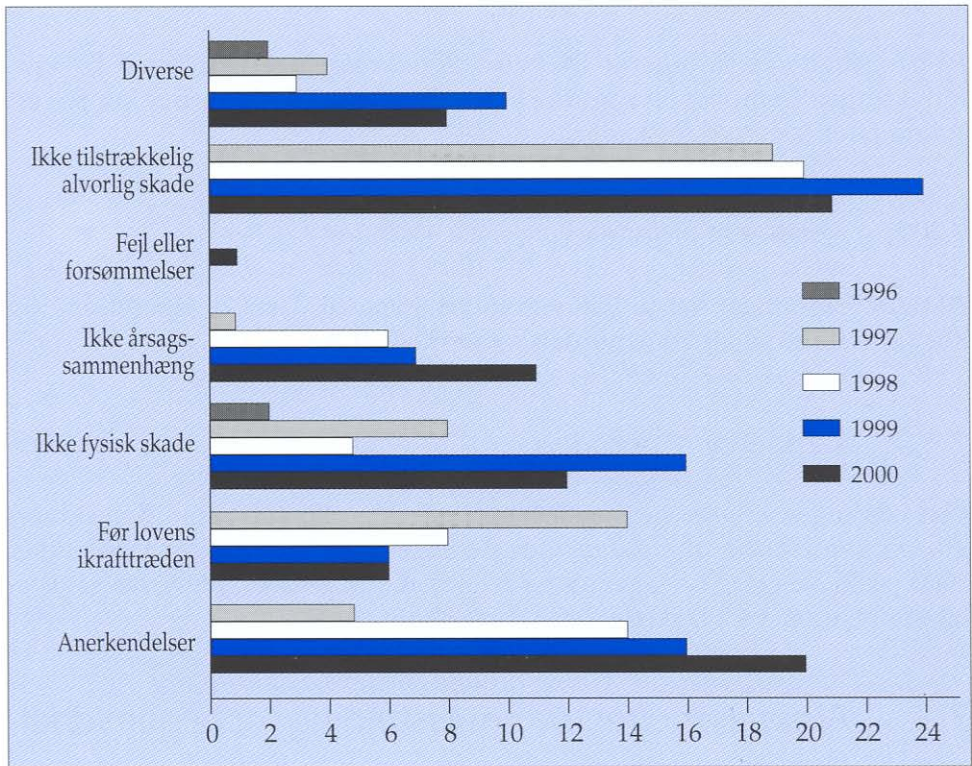
Ved udgangen af året var sagsbehandlingstiden, forstået som den tid der gik fra anmeldelse til afgørelse for de sager, der blev afgjort i december 2000 på 217 dage. For sager, der var afgjort i december 1999, var sagsbehandlingstiden på 247 dage.

7.5. Afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader

Patientforsikringen har i perioden fra 1. januar 1996 til 31. december 2000 anerkendt 55 sager som erstatningsberettigende. Det fremgår af figur 7.1, at Patientforsikringen har truffet 279 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader i perioden.

Af det samlede antal afgjorte sager er knap 20% således anerkendt som erstatningsberettigende lægemiddelskader. Dette svarer stort set til anerkendelsesfrekvensen efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, ("rimelighedsreglen").

Figur 7.2 Afgørelsestyperne efter lov om erstatning for lægemiddelskader



Som det ses, er den helt store hovedårsag til afvisning, at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig i forhold til den grundsygdom, der blev behandlet.

7.6. Tilkendte erstatningsbeløb

De samlede udbetalinger efter lov om erstatning for lægemiddelskader siden 1. januar 1996 udgjorde ved udgangen af 2000 5.724.909 kr. Alene i 2000 tilkendtes 3.731.334 kr.

Figur 7.3 Tilkendt erstatning* fordelt efter udbetalingsår i perioden fra 1. januar 1996 til den 31. december 2000

1996	1997	1998	1999	2000	I alt
0	91.105	1.242.895	659.575	3.731.334	5.724.909

*excl. renter

I 2000 blev der udbetalt over 5,6 gange så meget i erstatning i forhold til 1999. Årsagen hertil er ikke, at Patientforsikringen har anerkendt forholds- mæssigt flere sager i 2000 end i de foregående år, men derimod at der i 2000 blev afgjort en del sager, som vedrørte særligt alvorligt tilskadekomne pati- enter med betydelige mén.

7.7. Erstatningsgrundlag og afgørelser

7.7.1. Formål

Formålet med lov om erstatning for lægemiddelskader er at have en offent- ligt styret erstatningsordning, hvor der gives patienter erstatning for ska- der forårsaget af egenskaber ved et lægemiddel i videre omfang end efter de almindelige produktansvarsregler og på en for patienten lettere og hur- tigere måde.

For at nå dette mål indeholder lov om erstatning for lægemiddelskader en ret detaljeret beskrivelse af, under hvilke betingelser og i hvilke situationer patienter kan opnå erstatning for skader forårsaget af et lægemiddel.

Lov om erstatning for lægemiddelskader opererer i lighed med patientfor- sikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, med et erstatningsgrundlag, hvorefter der kan gives erstatning ud fra et "rimelighedssynspunkt", som bygger på, at skaden skal være relativ alvorlig set i forhold til alvoren af patientens grundsygdom.

For at forstå baggrunden for og betydningen af de forskellige afgørelser er det nødvendigt at kende erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader, hvorfor der indledningsvis skal gives en kort gennem- gang af dette.

7.7.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddel-skader

Erstatningsordningen gælder kun, hvis det lægemiddel, der har forvoldt skaden, er udleveret den 1. januar 1996 eller derefter.

Af lovens §1 fremgår følgende:

§ 1. Til patienter, der påføres fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende (lægemiddelskade), ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Det er ifølge bestemmelsen en betingelse, at der skal være indtruffet en fysisk skade. Skader af rent psykisk karakter dækkes altså ikke.

I § 2 fastlægges det, hvorledes lægemidlet skal være udleveret, for at være omfattet af loven:

§ 2. Erstatning ydes kun, hvis lægemidlet erhvervsmæssigt er udleveret i Danmark til forbrug eller kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg). Udleveringen skal være sket gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

Lovens § 3 definerer nærmere, hvad der forstås ved et lægemiddel:

§ 3. Ved et lægemiddel forstås i denne lov en vare, som er bestemt til at tilføres mennesker for at forebygge, erkende, lindre, behandle eller helbrede sygdom, sygdomssymptomer og smerter eller for at påvirke legemsfunktioner.

Stk. 2. Lægemidlet skal være godkendt til markedsføring i Danmark i henhold til gældende regler. Dette gælder dog ikke for lægemidler, der anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg), jfr. § 1, stk. 2.

Stk. 3.

Stk. 4. Naturlægemidler, homøopatiske lægemidler, vitamin- og mineralpræparater er ikke omfattet af loven. Dette gælder dog ikke, såfremt disse produkter anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg) med henblik på at opnå markedsføringstilladelse som lægemiddel, jfr. stk. 2, 1. pkt.

Det er således en betingelse, at skaden skal være forårsaget af et lægemiddel, der er godkendt til markedsføring i Danmark. Endvidere følger det af lovens § 2, at lægemidlet skal være udleveret gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

Skader forårsaget af, hvad der almindeligvis kendes som "kosttilskud", er ikke omfattet, selv om det måtte være udleveret gennem apotek eller gennem sygehus som led i en behandling ordineret af en læge.

Lovens § 5 afgrænser området for bivirkninger:

§ 5. Som lægemiddelskade anses ikke sygdomme eller anden skade, som

- 1) skyldes, at lægemidlet ikke har haft den tilsigtede effekt på den pågældende patient, eller
- 2) skyldes fejl eller forsømmelse i forbindelse med ordination eller udlevering af lægemidlet til patienten.

Patientforsikringen kan i tilfælde af fejl eller forsømmelse i forbindelse med udleveringen af lægemidlet alene behandle sagen, såfremt udleveringen er sket gennem et sygehus, hvorefter skaden vil kunne være omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Hvis der opstår skade som følge af fejl eller forsømmelse i forbindelse med udlevering af lægemidler uden for sygehusvæsenet, skal patienten rejse erstatningskrav efter de almindelige erstatningsretlige regler.

Når loven undtager skader som følge af, at lægemidlet ikke har haft den tilsigtede effekt, skyldes det, at der ellers ville blive tale om en garantiordning, hvilket ikke har været hensigten.

Bevisbyrden er med § 7 i lov om erstatning for lægemiddelskader lettet meget i forhold til almindelige erstatningsretlige regler, idet erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forårsaget ved brug af lægemidler. Patienten skal altså ikke bevise, at lægemidlet har forårsaget skaden, men der skal være mere end 50%'s sandsynlighed for, at lægemidlet er årsag til skaden.

Lov om erstatning for lægemiddelskaders centrale bestemmelse er lovens § 6:

§ 6. En lægemiddelskade, der er opstået som følge af bivirkninger af et lægemiddel, erstattes kun, hvis bivirkningerne efter deres karakter eller omfang går ud over, hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere. Bestemmelsen omfatter både kendte og ukendte samt konkret påregnelige og upåregnelige bivirkninger.

Stk. 2. Ved afgørelser i henhold til stk. 1 skal der særligt tages hensyn til:

- 1) arten og sværhedsgraden af den sygdom, som behandlingen rettede sig imod,
- 2) den skadelidtes helbredstilstand,
- 3) skadens omfang og
- 4) mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning.

Stk. 3

Lov om erstatning for lægemiddelskader opererer i lighed med patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, med et erstatningsgrundlag, hvorefter der kan gives erstatning ud fra et "rimelighedssynspunkt". Der ydes således kun erstatning for bivirkninger, der er værre, end hvad man med rimelighed bør acceptere set i forhold til alvoren af den sygdom, som behandles med lægemidlet. Det vil sige, at man ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større bivirkninger end ved mindre alvorlige sygdomme.

§ 6 er meget klar for så vidt angår kriteriet vedrørende grundsygdommens alvor, men ud over at operere med et grundsygdomskriterium, mod hvilken bivirkningens omfang skal vægtes, skal patientens generelle helbreds-tilstand også inddrages i vægtningen. Hvis skadens omfang står i forbindelse med, at patientens generelle helbreds-tilstand er dårlig, vil denne særlige modtagelighed tale imod en ret til erstatning.

Patientforsikringen mener, at det er vigtigt, at praksis efter lov om erstatning for lægemiddelskader følger de samme retningslinier, som anvendes i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Til vurdering af, om Patientforsikringen lever op til intentionerne bag lov om erstatning for lægemiddelskader og giver erstatning i de situationer, der var forudsat fra lovgivers side, er det nødvendigt at se på nogle af de mere principielle og typiske afgørelser, der er truffet i beretningsperioden. I så henseende er afgørelser, hvor der er givet afslag, lige så oplysende som afgørelser, hvor der er givet patienten medhold.

7.7.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader

I det følgende vil der blive gennemgået eksempler på Patientforsikringens afgørelser vedrørende en række lægemidler.

1. Hårtab som følge af behandling med Asacol

En 52-årig kvinde med et meget svært tilfælde af colitis ulcerosa (betændelse med sår i tyktarmen) blev fra august 1999 til april 2000 behandlet med medikamentet Asacol 500 mg 3 gange dagligt. Behandlingen viste sig at have god effekt på patientens tarmlidelse.

Patienten klagede imidlertid til Patientforsikringen, idet hun mistede håret under behandlingen og blev næsten totalt skaldet. Efter behandlingens ophør voksede håret dog ud igen.

Patientforsikringen vurderede, at et midlertidigt hårtab ikke var mere, end patienten med rimelighed måtte tåle i betragtning af den overordentlig al-

vorlige og svært behandlelige grundlidelse, hvorfor sagen blev afvist efter LMSL § 6 (00-1636).

2. Hudtab efter behandling med Ibunet

En 55-årig kvinde indtog den 15. og 16. januar 1997 Ibunet-tabletter (NSAID-præparat) på grund af muskelinfiltrationer i ryggen.

Dagen efter indtagelse af sidste pille fik patienten feber, som varede i fire dage, hvorefter hun fik omfattende skader på huden (toksisk epidermal necrolyse) og måtte indlægges den 20. januar 1997.

Patienten blev sat i behandling med væske og antibiotika. Hun rettede sig langsomt og kunne udskrives efter godt en måneds intensiv behandling på sygehuset.

Patientforsikringen lagde ved sin afgørelse vægt på, at toksisk epidermal necrolyse er en såvel sjælden som alvorlig bivirkning til en behandling med Ibunet for muskelinfiltrationer, hvorfor sagen blev anerkendt efter LMSL § 6 (99-2238).

3. Mundtørhed i forbindelse med antipsykotisk behandling

En 45-årig kvinde havde siden ungdommen været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem og haft et mangeårigt fast forbrug af beroligende medicin på grund af en såkaldt kronisk post traumatisk belastningsreaktion.

Patienten var plaget af natlige episoder af psykotisk intensitet og svære søvnforstyrrelser, ligesom hun var generet af intens angst og tilbagevendende depressive perioder med overvejelser omkring selvmord.

Man havde forsøgt at behandle patienten med Cipramil suppleret med Mianserin. Fra marts 1996 blev hun behandlet med Cisordinol, ligesom man under en indlæggelse på psykiatrisk afdeling i januar 1997 påbegyndte behandling med Saroten.

Patienten klagede herefter til Patientforsikringen, idet hun som følge af den medicinske behandling var blevet stærkt generet af mundtørhed med heraf følgende skader på tænderne.

Da mundtørhed er en almindelig og hyppigt forekommende bivirkning i forbindelse med antipsykotisk behandling, afviste Patientforsikringen sagen efter LMSL § 6, idet skader på tænderne ikke fandtes at gå ud over, hvad patienten med rimelighed måtte acceptere i betragtning af den alvorlige psykiatriske grundlidelse (00-0608).

4. Nyrefunktionsnedsættelse efter behandling med Pentasa

En 26-årig kvinde blev i juni 1991 sat i behandling med Pentasa på grund af en kronisk tarmlidelse (Morbus Crohn), som var blevet konstateret i 1990. Behandlingen med Pentasa blev suppleret med Prednisolon.

I august 1996 konstaterede man tegn på nedsat nyrefunktion. I samråd med behandlende læge ophørte patienten med Pentasa-behandlingen i samme måned.

I oktober 1996 fandt man imidlertid svært nedsat nyrefunktion.

Et år senere blev patienten indlagt med henblik på foretagelse af nyrebiopsi. Denne undersøgelse viste forandringer svarende til kronisk nyrebetændelse, som man antog måtte være udløst af den medicinske behandling med Pentasa.

Patientforsikringen fandt, at der var tale om en så sjælden og alvorlig skade, at sagen blev anerkendt efter LMSL § 6 (98-1434).

5. Neurologiske skade efter anvendelse af Xylocain tung

En 53-årig mand fik forud for en knæundersøgelse den 21. marts 1996 anlagt spinalbedøvelse, idet man hertil anvendte bedøvelsesmidlet Xylocain tung. I umiddelbar tilknytning til indstikket mærkede patienten et voldsomt smertejag ned i benene samt et spjæt i venstre ben.

Nogle timer efter bedøvelsen konstaterede patienten en sovende ubehagsfølelse fra navleniveau og nedefter og ud i benene, ligesom han havde vanskeligt ved at holde på vandet. Patienten var endvidere generet af ufrivillig afføring, impotens og hovedpine.

Patientforsikringen vurderede, at skaden med overvejende sandsynlighed var en følge af behandlingen med Xylocain tung. Da denne skade overgik, hvad patienten måtte tåle i forbindelse med en knæundersøgelse, blev sagen anerkendt efter LMSL § 6 (99-1476).

6. Neurologisk skade som følge af behandling med Propofol

En 37-årig kvinde med en betændelsestilstand i højre tommelfinger fik i juni 1999 forud for et kirurgisk indgreb på fingeren en intravenøs infusion af 320 mg Propofol.

Et par timer senere udviklede patienten 8 kortvarige krampeanfald. I forbindelse med disse anfald satte man hende i behandling med Stesolid og Fenemaldrop.

Dagen efter var hun sløv, havde højresidig hovedpine og styringsbesvær af højre arm og ben.

Ved senere neurologiske undersøgelser blev der fundet normale forhold, men patienten klagede imidlertid fortsat over hovedpine og svimmelhed ved stillingskift.

Nytårsaften 1999/2000 blev patienten pludselig utilpas efter at have set på fyrværkeri og blev fundet rodende med opaddrejning af øjnene og smasken.

Patientforsikringen vurderede ved sin afgørelse, at patienten med overvejende sandsynlighed var påført en neurologisk skade som følge af behandlingen med Propofol, ligesom denne skade fandtes at gå ud over, hvad patienten måtte tåle, hvorfor sagen blev anerkendt efter LMSL § 6 (99-2527).

7. Blodprop efter indtagelse af p-piller

En 17-årig pige påbegyndte indtagelse af p-piller af mærket Mercilon i marts 1998. Kort efter begyndte hun at opleve perioder med øget hjertefrekvens og utilpashed.

Den 8. december 1998 opsøgte patienten lægevagten, idet hun havde fået åndenød og hjertebanken. Hun blev sat i behandling med antibiotika, eftersom man havde mistanke om lungebetændelse som årsag til symptomerne.

Den 13. december 1998 kontaktede patientens forældre atter lægevagten, idet symptomerne ikke havde fortaget sig, men patienten blev henvist til at tage kontakt til egen læge dagen efter, såfremt symptomerne ikke var aftaget inden da.

Senere samme dag blev patienten imidlertid indlagt med hjertestop som følge af en blodprop i lungerne. Hun var på dette tidspunkt ukontaktbar og blev behandlet med hjertemassage og DT-stød. Patienten blev senere opereret med henblik på fjernelse af blodproppen.

Patienten havde imidlertid pådraget sig en svær hjerneskade og forblev ukontaktbar, ligesom der var indtruffet udbredte lammelser.

Det blev i Patientforsikringens afgørelse lagt til grund, at blodproppen var opstået som følge af behandlingen med p-piller. Sagen blev anerkendt efter LMSL § 6 (99-2626).

8. Synsskade efter Cordarone-behandling

En 63-årig kvinde blev i december 1997 sat i behandling med Cordarone på grund af en alvorlig hjertelidelse.

I marts 1998 begyndte patienten at opleve synsforstyrrelser, hvorved hun blandt andet fik vanskeligt ved at læse, ligesom hun kun med besvær kunne orientere sig.

Synet blev yderligere forværret, og patienten blev næsten totalt blind på begge øjne.

Patientforsikringen vurderede, at synsskaden med overvejende sandsynlighed var en bivirkning til behandlingen med Cordarone, og at denne skade var mere, end patienten med rimelighed måtte tåle, hvorfor sagen blev anerkendt efter LMSL § 6 (98-2390).

9. Kræft i livmoderslimhinden efter forsøg med Levormeloxifen

En 56-årig kvinde deltog i 1998 i et forsøg med præparatet Levormeloxifen med henblik på behandling af knogleskørhed.

Ved projektets begyndelse blev tykkelsen af livmoderslimhinden målt til 3 mm og fandtes således normal.

Efter to måneders behandling var tykkelsen øget til 9,1 mm, hvorfor der blev udtaget en vævsprøve fra livmoderen, som dog viste sig at være normal.

Senere i forløbet blev patienten undersøgt på grund af pletblødninger. Denne gang konstaterede man kræft i livmoderslimhinden, hvorfor man fjernede livmoderen, ægggestokke og æggeledere, og patienten blev sat i strålebehandling.

Det var Patientforsikringens vurdering, at patientens kræftlidelse med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives behandlingen med Levormeloxifen. Sagen blev anerkendt, idet skaden fandtes at overstige, hvad patienten med rimelighed måtte acceptere (00-0538).

10. Skade efter samtidig behandling med Marevan og Prednisolon

En 78-årig kvinde med en svær hjertesygdom havde siden 1993 været i blodfortyndende behandling med Marevan efter en operation med indsættelse af en hjerteklapprotese.

I 1997 fik patienten konstateret muskelgigt. Man satte hende i behandling med Prednisolon.

Den 14. september 1998 klagede patienten over voldsomme muskelsmer-

ter, hvorfor man blandt andet intensiverede behandlingen med Prednisolon. Patienten var på dette tidspunkt fortsat i blodfortyndende behandling.

Fire dage senere blev patienten indlagt i svært forpint tilstand og ude af stand til at bevæge benene. Man foretog en MR-scanning, som viste, at hun havde en blødning i hele den nederste del af rygmarvskanalen. Man kunne ikke påvise blødningskilden.

Patientens tilstand ændrede sig ikke væsentligt, og den 21. september 1998 foretog man en CT-scanning af hjernen, som viste, at der var blod i hjernens hulrum, ligesom man kunne konstatere, at der var tale om en væsentlig rygmarvsskade.

Den 27. september 1998 var patienten bevidsthedspåvirket, og hendes tilstand blev yderligere forværret frem til den 5. oktober 1998, hvor hun afgik ved døden.

Patientforsikringen vurderede, at den alvorlige grundlidelse havde nødvendiggjort behandling med såvel Prednisolon som blodfortyndende medicin, hvorfor man var nødsaget til at iværksætte en kombineret behandling, som indebar en højere risiko for blødningskomplikationer. På denne baggrund blev sagen afvist efter LMSL § 6 (98-2110).

7.8. Særlige problemstillinger

7.8.1. Forholdet til produktansvarsreglerne

Et lægemiddel er et produkt, og er dermed omfattet af de gældende regler om produktansvar. Ved produktansvar i bred forstand forstås de erstatningsretlige problemer, der opstår, når et produkt under brug forvolder skade på person eller ting.

Produktansvarsloven indeholder regler om objektivt ansvar for skader, der forvoldes af defekte produkter. Ved defekt forstås, at produktet ikke frembyder den sikkerhed, som man med rette kan forvente under hensyntagen til blandt andet markedsføringen.

Ansvar for produktansvarsloven påhviler producenter, importører og mellemhandlere.

Det følger af lov om erstatning for lægemiddelskader § 16, at Sundhedsministeriet indtræder i patientens krav mod lægemiddelproducenter og mellemhandlere i henhold til lov om produktansvar.

Når Patientforsikringen fastslår, at en fysisk skade er forårsaget ved brug af et lægemiddel, afgiver Patientforsikringen samtidig en udtalelse til Sundhedsministeriet om statens muligheder for at søge regres i henhold til lov om produktansvar, jfr. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1156 af 20. december 1995.

Hidtil har Patientforsikringen kun i en enkelt sag vurderet, at der var mulighed for at søge regres efter lov om produktansvar. Den pågældende sag vedrørte en 35-årig kvinde, som pådrog sig en hjertesygdom efter anvendelse af slankemidlet Isomeride. Patienten måtte som følge heraf have indopereret en hjerteklapprotese.

Når Patientforsikringen, bortset fra i ovennævnte sag, har vurderet, at der ikke forelå mulighed for at gøre regres mod producenten og mellemhandleren, skyldes det, at de lægemidler, som efter Patientforsikringens vurdering har forårsaget fysiske skader, ikke har været defekte. Der har alene været tale om kendte bivirkninger, som i de konkrete tilfælde har været mere alvorlige, end hvad man som patient bør acceptere (en abnorm reaktion hos den enkelte patient).

8. The Danish Patient Insurance System (Annual report 2000)

8.1. Background for the Danish Patient Insurance Act

8.1.1. The Culpa System

Before the Patient Insurance Act was introduced in Denmark, patients' possibilities of obtaining damages for injuries caused by treatment were governed by the non-statutory principle of liability – the principle of fault known as the culpa principle. In accordance with this principle, the physician was only liable for the injury sustained (if he was guilty of causing the injury, i.e.) if the injury was a result of a negligent act or omission by the physician.

The culpa principle stems from Roman law and has two principal objects: to seek to redress the injury by making the tortfeasor liable for his acts vis-à-vis the injured party and to have a preventive effect on the tortfeasor and other potential tortfeasors in relation to their future conduct.

Up through the 70s and 80s, it became increasingly clear that a culpa principle which imposes on the patient the onus of proof of the physician's negligence and of a correlation between the physician's negligence and the injury sustained was inexpedient for patient injuries. In particular, it had turned out to be virtually impossible for injured parties to acquire a right to damages for developmental injuries, i.e. injuries where the treatment method applied subsequently turned out to have unforeseen harmful properties.

To this was added that neither of the two primary objects of the culpa principle, redress and prevention seems to have been met in the cases in which a notice of claim was filed with the insurance companies of the hospitals.

8.1.2. Redress

Studies of notices of claim filed under the third party liability insurance policies of the hospitals from the period before the commencement of the Da-

nish Patient Insurance Act show that approx. 250 such claims were filed in Denmark p.a. In comparison, approx. 2700 notices of claim were filed with the Danish Patient Insurance Association in 1999, i.e. more than ten times as many. The low number of filed claims before the Danish Patient Insurance Act came into force shows that one of the objects of the culpa principle, i.e. redress, was only taken into account to a very limited extent in patient injury cases.

8.1.3. Prevention

Nor was the other object of the culpa principle, i.e. to have a preventive effect on the tortfeasor and other parties in connection with their future acts, particularly well served in the area of patient injuries before the Danish Patient Insurance Act.

In accordance with Danish law, the employer (the hospital authority) and not the individual physician is liable for injuries caused unless the injury was caused with intent or by gross negligence. As the hospital authority had often insured itself against this risk by taking out third party liability insurance, it was, in effect, the insurance company of the hospital authority that was liable for any injury and not the hospital authority itself or the physician. Such a system was hardly any particular deterrent for the physician.

8.2. The Insurance Scheme in Outline

As there were consequently not many reasons for maintaining the culpa liability for patient injuries and as there was a political trend towards a desire to extend injured patients' possibilities of obtaining damages, the legislature looked to our Nordic neighbours for inspiration for the introduction of an actual patient insurance scheme.

The aim of such a scheme was to ensure the patient of quicker and easier access to damages. This was to be achieved through the extension of the access to damages in relation to the general law of damages and through the establishment of a publicly regulated patient insurance system.

Extensive committee work resulted in a Bill, which was passed by the Folketing, the Danish Parliament, and put into effect on 1 July 1992.

The scheme that was put into effect with the passing of the Act consists of the following in broad outline:

- An insurance scheme under which insurance is taken out by the hospital authority. The insurance may either be taken out with an insurance company or the hospital authority may choose to be a self-insurer.
- The insurance companies involved and the self-insuring authorities form a joint association, the Patient Insurance Association, or, in ordinary parlance, the Patient Insurance, which examines and decides all cases in accordance with the Act.
- The Patient Insurance's physicians and legal experts must be impartial in their handling of the cases so that the patient does not require legal assistance.
- Furthermore, a public appeals body is set up to which all the decisions of the Patient Insurance in accordance with the Act may be appealed.
- It is no longer a condition that the injury has been caused by a negligent or intentional act on the part of the physician. Also accidental injuries are covered if special conditions are met.
- Finally, the procedural system for the patient is changed, as the onus of proof is made less stringent for the patient, and the cases bypass the courts of first instance, which shortens the overall case handling period.

8.3. Limitations in the Scope

8.3.1. Only Treatments at Public Hospitals

Unlike the schemes known from the other Nordic countries, the Danish Patient Insurance Act does not cover injuries to patients caused by physicians and specialists in general practice or injuries caused by treatment in private hospitals and clinics.

This is, however, only the general rule, and, in recent years, the scope has been extended through various major and minor amendments to the Act so that a number of treatments in private care now come under the scope in special circumstances.

In August 1996, the Minister of Health set up a committee to revise the Danish Patient Insurance Act. This revision was decided already when the Act was passed, and one of the committee's main revision proposals was that the scope of the Act was to be extended to cover all forms of patient treatment in both public care and private care.

The committee felt that the extension, once it had been fully implemented, would only increase the total payments of damages by approx. 10%, equivalent to DKK 14.5-15.5 million. Despite this, the extension has not yet been implemented.

8.3.2. Only Injuries Caused by Examination and Treatment

A major limitation in the scope of the Act follows from the requirement for a causal relation, as only injuries caused by examination, treatment and the like and accidents which occur in connection with the course of treatment are covered by the scope of the Act. Injuries resulting from the patient's underlying disease fall outside this scope.

In practice, the limitation means that, for example infections in open fractures are not covered by the Act, as they are not in all probability caused by the treatment. Likewise, patients who die as a result of a heart condition during hospitalisation without this being connected with the hospital treatment will fall outside the scope of the Act.

Finally, the requirement that the injuries must be treatment related also shows that the patient insurance scheme is not a guarantee scheme, as any discomfort which remains despite relevant treatment is not covered by the Act. In other words, damages cannot be paid under the Danish Patient Insurance Act simply because the treatment does not have the expected effect.

The limitation is also of importance in connection with the calculation of damages for recognised injuries, as damages are only paid for the additional injury which has been caused by the treatment.

8.3.3. Only Physical Injuries

In connection with the passing of the Danish Patient Insurance Act, mental injuries were kept outside the scope of the Act. The principal reason for this was that the legislature found that it would be difficult to delimit the consequences of the underlying disease from the consequences of such injuries, and that it would also be difficult to evaluate which of the patient's disorders were merely a consequence of the treatment not having had the expected effect.

The limitation also means that the violation of the patient's rights when the physician has failed to obtain informed consent prior to the treatment cannot be regarded as a physical injury and consequently does not entitle the patient to damages under the Act.

Finally, damage to objects and property also falls outside the scope of the Act.

8.3.4. Other Limitations

Pharmaceutical injuries are only covered by the Danish Patient Insurance Act to the extent to which the side-effect could have been avoided in accordance with the rules in § 2 (1), nos. 1-3, of the PIA. However, it will sometimes be possible to obtain damages for such injuries in accordance with the rules of the Danish Act on Damages for Pharmaceutical Injuries, which is also administrated by the Patient Insurance.

The commencement provision can be mentioned as an example of other more technical limitations in the scope of the Act. In accordance with this provision, only injuries which have been sustained after the commencement of the Act on 1 July 1992 are covered by the Act.

Finally, it is a condition for becoming entitled to damages that the total amount of the damages exceeds the minimum limit of DKK 10,000 stipulated in the Act.

8.4. Conditions for Damages

If the basic conditions in the Danish Patient Insurance Act have been met, the injury must also meet one of the conditions for damages laid down in § 2 of the Act. Otherwise, there would be strict liability if merely the requirement for a causal relation between treatment and injury was met. However, this has never been the legislature's intention, as, as indicated above, there was merely a political desire to implement a certain extension of the patients' access to damages.

The introduction of an actual strict liability in the field of treatment would also mean that the physicians would have to refrain from performing the types of treatment which were connected with known side-effects regardless of whether the treatments were strictly necessary in order to cure the patient. For example, it is widely known and accepted that different types of cancer treatment are connected with side-effects for the patient without it being reasonable to award the patient damages for these side-effects.

The conditions for damages laid down in the Danish Patient Insurance Act can be divided up into two main groups, i.e. injuries which could have been avoided:

- If the experienced specialist had acted differently
- If defects in or failure of the technical equipment had not occurred
- If another treatment technique or method had been chosen

and *unavoidable* or accidental injuries, which are covered:

- If the injury is rare and more extensive than the patient must reasonably endure

The conditions for damages are ranked and must be evaluated in order, so

that injuries which meet the conditions for damages in several provisions are to be recognised in accordance with the first of the provisions. If, for example, the injury meets the conditions for damages in § 2 (1), no. 1, the case is to be recognised in accordance with this provision, and the other provisions will only apply if the case cannot be recognised in accordance with no. 1, etc.

8.5. Avoidable Injuries

8.5.1. "The Specialist Rule" (§ 2 (1), no. 1)

This provision, which also covers injuries resulting from incorrect or too late diagnosis of the patient's disease or disorder, is related to the culpa principle previously in force, but the liability has been extended, as the tort is compared with the treatment which the best Danish specialist in the field could have been expected to have provided.

The legislature has consequently chosen to use a very high liability standard (*optimus vir*) for any treatment or examination at Danish hospitals. If the patient sustains an injury as a result of the treatment not having followed the best specialist standard, he will, as a general rule, be entitled to damages for the injury sustained.

However, the physical setting of the treatment must be taken into account, and if the injury is a result of limitations in, for example, hospital equipment due to a shortage of resources, it will not trigger damages. However, this is not the case if the injury is the result of a lack of medical expertise, as the evaluation under the specialist rule is based on the assumption that the best possible expertise is available in connection with any treatment provided or examination performed in the public hospital system.

Total result argumentation must not be used in connection with the evaluation, and the evaluation must, therefore, only be based on whether the best specialist in the field in question would, under the same circumstances, have provided a different treatment by which the injury would, in all probability, have been avoided. Only the examinations and treatments which the experienced specialist would have implemented are consequently to be included in the consideration, and knowledge acquired after the time of

treatment must not be taken into consideration in connection with the evaluation of whether the patient is entitled to damages in accordance with the specialist rule.

All levels in the course of treatment must meet the best specialist standard. The provision consequently not only covers the treatment itself but also the initial examinations and subsequent patient supervision and control. For example, the medical judgement of the requirement for supervision and treatment must also meet the best specialist standard.

The treatments which may entitle a patient to damages in accordance with the specialist rule are any type of injury which has been caused because the treatment has deviated from recognised guidelines.

One example of such deviation from an optimal standard of treatment is patients who are operated on for a slipped disk, but where, because no radiology is performed during the operation with a view to determination of level, the operation is performed at a level at which there is no slipped disk.

As the treatment has deviated from the optimal standard of good care, the patient will be entitled to damages for the discomfort caused as a result of the operation at the wrong level and the prolongation of the period of illness which this entails.

Injuries caused by erroneous diagnosis are a subgroup of the specialist rule, but deviate from other patient injuries by the damages often being paid for the consequences of the patient's underlying disease and not for injuries sustained by the patient in connection with the treatment.

Treatment omissions will often be the result of the patient's disease having been overlooked despite his relevant symptoms. An example of such a situation is a patient who, despite symptoms of cancer, is not given the relevant examination, as a result of which the treatment is delayed with a consequent poorer recovery prognosis.

An erroneous diagnosis may also be caused by a mix-up of laboratory samples which means that the patient will undergo unnecessary treatment

with, for example, chemotherapy or radiation therapy. It will also be possible to obtain damages for such unnecessary treatments.

8.5.2. "The Equipment Rule" (§ 2 (1), no. 2)

The provision entitles the patient to damages for injuries caused by defects in or failure of the technical equipment used in the course of treatment. The concept of equipment is wide, as it covers not only various measuring equipment, anaesthesia equipment, etc., but also mechanical implants and prostheses of synthetic material regardless of whether their purpose is to replace or support the patient's own organs. However, injuries caused by the failure of biological donor organs are not covered by the provision.

The delimitation in relation to the specialist rule in § 2 (1), no. 1, of the PIA means that injuries caused by incorrect use of the equipment will be covered by § 2 (1), no. 1, whereas injuries caused by a lack of maintenance of the equipment or equipment failure are to be evaluated in accordance with § 2 (1), no. 2, of the PIA. The cover of injuries caused by a lack of maintenance means that the patient may be awarded damages in accordance with § 2 (1), no. 2, without this requiring an extensive investigation of who was responsible for the maintenance and functional performance of the equipment in the situation in question.

As Danish product liability rules are based on an EU Directive, which Denmark, as a Member State, has incorporated in Danish law, the Danish Product Liability Act applies concurrently with the equipment rule in the Danish Patient Insurance Act.

In practice, this means that, instead of filing a notice of claim with the Patient Insurance, the patient may choose to bring the claim against the producer or subsequent middlemen. This option is, however, of a more theoretical than practical nature, as it will normally be easier to succeed in a claim brought in pursuance of the rules of the Danish Patient Insurance Act.

For the patient insurance company, the possibility of cover under the Danish Product Liability Act means that the company will have a right of recourse against the producer or subsequent middlemen in accordance with

the Danish Product Liability Act for the damages paid in accordance with the Danish Patient Insurance Act.

One example of an equipment failure is defects in measuring instruments which have resulted in death in some cases in connection with the use of anaesthesia equipment. But also equipment failures which results in breaks of crutches and breakdowns of wheel chairs and consequently in injuries to the patient will give the patient this right to damages.

The provision has also been used to recognise injuries caused by the use of Boneloc cement. This Danish-developed prosthesis cement had the defect that the cement quickly crumpled so that the cemented prostheses came loose and a second operation became necessary.

8.5.3. "The Alternative Rule" (§ 2 (1), no. 3)

The last option of having an avoidable injury covered is if, based on a retrospective evaluation, the injury would have been avoided if another equal treatment technique or method had been used.

Unlike the evaluation in accordance with the specialist rule in § 2 (1), no. 1, of the PIA, a retrospective evaluation is adopted in connection with the evaluation in accordance with the alternative rule in § 2 (1), no. 3, as, based on the end result of the treatment and the knowledge of the course of treatment, it is evaluated whether the injury could, in all probability, have been avoided by the use of the alternative technique or method.

It is a condition for injuries to be recognised under the alternative rule that the equal alternative treatment method or technique was available at the time of the treatment. Treatment methods which may have been developed after the time of treatment consequently cannot be taken into consideration.

The provision gives patients the possibility of obtaining damages for injuries which have been caused by the physician's choice in those situations in which the physician had an actual choice, at the time of the treatment, between two treatment methods or techniques which were both equally effective for curing the patient. However, it is still a condition that the injury

would, in all probability, have been avoided if the alternative technique or method had been used.

As previously mentioned, damages may be paid under the alternative rule for side-effects of drugs if there was another equal treatment method, for example surgical, which could have been used with the result that the injury would, in all probability, have been avoided. However, the alternative rule does not apply in those situations in which the choice of treatment was between two kinds of medical treatment and the injury only could have been avoided if the other medical treatment had been used.

The provision's requirement that an alternative equal treatment method or technique must have been regarded as equal also at the time of treatment limits its application to such an extent that it is only used in the Patient Insurance's decisions on very few occasions a year.

In particular within orthopaedic surgery, there are treatment alternatives where the choice may be between different forms of fixation material or between internal and external fixation, and, therefore, the rule is most often used within this field.

The rule may also be used for injuries which are caused in connection with the treatment of certain brain tumours, as such tumours may sometimes be treated either surgically, medicinally or by radiation therapy with an equally good result. If, in connection with the treatment, the patient suffers a serious radiation injury, he would often have been better off, based on a subsequent assessment, if a decision had instead been made to treat the tumour medicinally or to remove it surgically.

8.6. Unavoidable Injuries

8.6.1. "The Endurability Rule" (§ 2 (1), no. 4)

The endurance rule functions as a kind of catch-all rule in the patient insurance system, and the application of the rule is therefore best defined negatively. The rule applies to treatment injuries which could not have been avoided in accordance with the provisions in § 2 (1), nos. 1-3, of the PIA, i.e. could not have been avoided by a better treatment, by the use of better equi-

ipment or by the use of another equal treatment technique or treatment method.

The central condition for damages to be payable under the provision is that the extent of the injury must exceed the level which the patient must reasonably endure. In connection with this weighing, importance must be attached to the relative seriousness of the injury and to the risk of its occurrence. An injury must be both relatively serious and rare for its occurrence to entitle the patient to damages under the provision.

Relative Seriousness

In connection with the evaluation of the relative seriousness of the injury, a weighing must be made of the seriousness of the sustained injury on the one hand and the seriousness of the disease for which the patient was treated on the other hand, including the extent of the necessary treatment and the risks connected with the treatment.

The greater the seriousness of the patient's disease, the more extensive the necessary treatment is, and the greater the risks connected with this, the more severe the treatment injuries which the patient must endure without damages.

The consequence of this criterion is that some diseases such as certain brain and heart diseases and certain cancer diseases are so serious and the treatment connected with such great risks of side-effects that any unavoidable treatment injury must be endured by the patient without damages.

The seriousness of the basic disease must be evaluated on the basis of a total result argumentation, which means that injuries resulting from diagnostic examinations which subsequently show that the patient was healthy will normally meet the requirement for relative seriousness.

Rarity

The notion behind the application of this criterion is that the greater the risk of the occurrence of the injury, the greater the possibility for the patient

to take its occurrence into account. Injuries which occur so frequently that they have been taken into account in connection with the consideration of treatment must therefore be endured by the patient without damages.

In connection with the evaluation of the rarity of the injury, any risk-increasing factors in patients such as overweight, diabetes, etc. must be taken into account. The Patient Insurance uses the general rule of thumb that a concrete injury meets the rarity criterion if it occurs in less than 2% of equivalent patients who undergo the same treatment.

The durability rule is often used on treatment related infections, but only if the infection evaluated on the basis of a total result argumentation, exceeds the level of what the patient must endure without damages.

8.7. Special Conditions for Damages

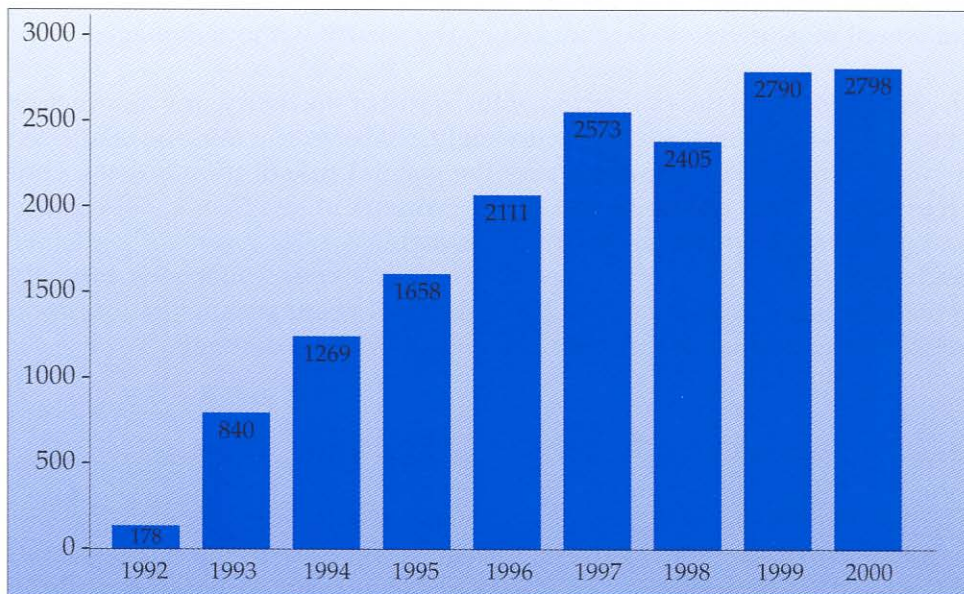
The Danish Patient Insurance Act contains special lenient conditions for damages for donors and healthy subjects. The reason for these lenient conditions is that persons who volunteer to help others deserve particularly easy access to damages.

Injuries caused by an accident in connection with the patient's treatment stay without being a result of the treatment itself are also covered by the Act. The evaluation of liability is, however, made in accordance with the general liability rule of Danish law – the culpa principle – and the right to damages therefore requires that the fault lies with the hospital.

8.8. Key Figures for the Patient Insurance

As the below figure 1 shows, the number of notices of claim filed with the Patient Insurance has increased constantly from 178 notices of claim in 1992 to 2798 notices of claim in 2000.

Figure 1 Notices of claim in the years 1992 to 2000



In 2000, the Patient Insurance made 2508 decisions in accordance with the Danish Patient Insurance Act, and 1132 patients, equivalent to 45%, were found to be entitled to damages.

The accepted notices of claim in 2000 were distributed on the various provisions for damages as shown in figure 2.

Figure 2 Decision types in accordance with the Danish Patient Insurance Act

Decision type	Number 1/1-31/12 2000	%
§ 2 (1), no. 1 (the specialist standard)	438	38.70
§ 2 (1), no. 2 (equipment failure)	155	13.70
§ 2 (1), no. 3 (alternative technique/method)	10	0.85
§ 2 (1), no. 4 (the reasonability rule)	424	37.50
§ 3 (2) (accidents)	10	0.85
§ 4 (1) (donors and subjects)	95	8.40
total	1,132	100.00

As shown in figure 3, payments of damages to patients have also increased constantly from 1 July 1992 to 2000, when damages of approx. DKK 136.6 million were paid.

Figure 3 Awarded damages distributed on year of payment in the period from 1 July 1992 to 31 December 2000*

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total paid
0	5.7	21.8	65.3	83.5	101.0	112.1	126.4	136.6	652.4

* in millions DKK, excl. interests

Finally, as a result of the ever-increasing number of notices of claim, the costs for the administration of the Patient Insurance and the Patient Injury Appeals Board have also increased since the commencement of the Act and amounted to approx. DKK 37.4 million in 2000.

8.9. The Appeals System

The decisions of the Patient Insurance may be appealed against to the Patients Injury Appeals Board within 3 months. The Patient Injury Appeals Board is a public appeals body, the chairman of which is a judge. The other members of the Appeals Board consist of physicians, consumer representatives and representatives from the insured counties.

The decisions of the Patient Injury Appeals Board may be appealed against to the Danish High Court within 6 months.

8.10. Conclusion

The principal object of the patient insurance scheme, i.e. to facilitate patients' access to obtain damages for treatment injuries, seems to have been met with the introduction of the Danish Patient Insurance Act. After the Act has now been in force for nearly 9 years, the number of notices of claim has reached a level which means that damages are paid out annually to

more than ten times as many patients as was the case before the commencement of the Act.

There may be many reasons why patients did not bring claims for damages against physicians prior to the commencement of the Danish Patient Insurance Act. One important prerequisite for a patient to be able to bring a claim for damages is that he is aware that he has sustained an injury and that the injury is due to an act or omission on the part of the treating staff.

Except for a few very clear-cut cases, such knowledge will require that the patient is notified of the injury and its cause by the physician or others with medical insight. Such notification by the physician has difficult conditions if it becomes the cause of a subsequent action brought by the patient against the physician with the objective of proving that the physician has shown culpable conduct.

With this in mind, in connection with the considerations regarding the wording of the Danish Patient Insurance Act, it was found to be essential to create such an acceptance of the scheme in the hospital system that the physicians could be expected, of their own accord, to advise patients on the possibility of filing a notice of claim when an injury had been sustained.

The main tool for meeting this objective has been clearly to separate the issue of damages from the complaints system by letting these two different case types be handled by separate administrative systems. In Denmark, complaints against medical staff are heard by the Patient Complaints Board, which has no knowledge whatsoever of the claims for damages which are being dealt with by the Patient Insurance.

This separation of the complaints system and the damages system means that a patient counsellor has now been employed at all Danish hospitals. The patient counsellor helps and advises patients about their rights to and possibilities of obtaining damages. At the same time, the Patient Insurance is experiencing great co-operativeness on the part of the physicians and hospitals involved. One example of this is that the hospitals sometimes report the injury themselves before the Patient Insurance receives a notice of claim from the patient.

Finally, the concern expressed by a number of politicians that the costs for a patient insurance scheme would spiral out of control must be said to have been shown to be groundless. The total expenses for the scheme still only amount to approx. 3 per mille of the total annual hospital expenses in Denmark. On the face of it, this seems to be a modest price to pay for giving patients greater security during the course of treatment and removing a large part of the criticism previously aimed at the hospitals and physicians.

BILAG

Sundhedsministeriets lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997

Bekendtgørelse af lov om patientforsikring

Herved bekendtgøres lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 14. oktober 1992, med de ændringer, der følger af lov nr. 1133 af 21. december 1994, lov nr. 217 af 29. marts 1995, lov nr. 1227 af 27. december 1996 og lov nr. 1229 af 27. december 1996.

Kapitel 1

Erstatningsomfang

Dækningsområde

§ 1. Til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har drifts-overenskomst med, ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorere.

Stk. 3. Loven gælder også for patienter, der deltager i biomedicinske forsøg inden for den primære sundhedssektor. Med patienter ligestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1-3 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinations-skader.

Erstatningsberettigende skader

§ 2. Erstatning ydes, hvis skaden med overve-

jende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

- 1) hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået,
- 2) hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende,
- 3) hvis skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom, eller
- 4) hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, hvilke skader der efter stk. 1 nærmere er omfattet af loven. Ministeren kan endvidere

re fastsætte regler om, at visse skader efter stk. 1, nr. 3, er undtaget fra loven.

§ 3. Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, erstattes kun i de i § 2, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.

Stk. 2. Ved ulykkestilfælde, der ikke omfattes af § 2, stk. 1, nr. 2, ydes erstatning kun, hvis skadelidte er under behandling m.v. på et sygehus og ulykken er indtruffet inden for dettes område under sådanne omstændigheder, at sygehuset måtte antages at have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler.

Stk. 3. Erstatning efter denne lov ydes ikke for skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende.

§ 4. Til de af § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt., omfattede forsøgspersoner og donorer ydes erstatning for enhver skade, som kan være forårsaget af forsøget eller af udtagelsen af væv m.v., medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har anden årsag.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke ved skader, der omfattes af § 3, stk. 3.

Stk. 3. For de af § 1, stk. 2, 1. pkt., og § 1, stk. 3, 2. pkt., omfattede forsøgspersoner gælder reglen i stk. 1 tilsvarende for psykisk skade.

Erstatningsudmåling m.v.

§ 5. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.

Stk. 2. Erstatning m.v. efter stk. 1 ydes, såfremt den overstiger 10.000 kr. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

Stk. 3. Stk. 2 samt regler fastsat i medfør af stk. 2 finder ikke anvendelse på skader, der omfattes af § 4, stk. 1 eller stk. 3, jf. § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt.

Stk. 4. Erstatning ydes ikke til dækning af regreskrav.

§ 6. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt

eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 7. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til § 5, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

§ 8. Hvis den, der efter almindelige erstatningsregler måtte have pådraget sig erstatningsansvar over for patienten eller dennes efterladte, er omfattet af § 1, stk. 1, eller i øvrigt er ansat på et sygehus, eller er omfattet af § 1, stk. 3, kan ydelser i henhold til § 5 kun danne grundlag for regreskrav, hvis skaden er forvoldt forsætligt.

§ 8 a. I det omfang der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar, gælder reglerne i §§ 7 og 8 ikke.

Kapitel 2

Erstatningsordningens organisation

Erstatningspligt

§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1) Enhver driftsansvarlig for offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med.
- 2) Driftsansvarlige for institutioner, som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, og driftsansvarlige for institutioner, som forestår vævs-, organ- og vævsvæskedonorvirksomhed.

Stk. 2. Den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori den ansvarlige for forsøg i den primære sundhedssektor har sin praksis, har pligt til at yde erstatning efter loven for den i § 1, stk. 3, omfattede personkreds.

Forsikringspligt

§ 10. Krav om erstatning efter loven skal være dækket af en forsikring i et forsikringselskab, jf. dog § 11, stk. 1.

Stk. 2. Forsikringselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, skal underrette sundhedsministeren herom.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter de år-

lige dækningssummer for de i stk. 1 nævnte forsikringer.

Stk. 4. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 3 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 5. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, herunder minimumsbetingelser for forsikringsselskabernes tegning af forsikringer omfattet af denne lov. Ministeren fastsætter herunder bestemmelser om,

- 1) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde af overtrædelse af stk. 1,
- 2) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde, hvor den enkelte driftsansvarliges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum fastsat i medfør af stk. 3,
- 3) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, og selvforsikrende myndigheder i fællesskab yder erstatning efter § 5, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige efter § 9.

Stk. 6. Ministeren fastsætter bestemmelser om maksimering af den fælles erstatningsforpligtelse efter stk. 5, nr. 1-3.

Stk. 7. Præmier for forsikringerne tillægges udpantningsret.

§ 11. Staten, kommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab er undtaget fra forsikringspligten efter § 10.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan godkende, at kommunerne efter aftale overtager forsikringspligten efter § 10, stk. 1, for de private driftsansvarlige, jf. § 9. Overtagelsen kan kun ske for de private driftsansvarlige, som udøver virksomhed inden for kommunens område.

Stk. 3. Kommunerne kan kræve omkostningerne ved de i stk. 2 nævnte forsikringsordninger dækket hos de private driftsansvarlige, der er omfattet af ordningerne.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 2 nævnte forsikringer.

Stk. 5. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 4 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 6. § 10, stk. 5, nr. 1 og 2, samt stk. 6, fin-

der ikke anvendelse, såfremt en kommune efter stk. 2 har overtaget forsikringspligten.

Stk. 7. Der tillægges kommuner udpantningsret for de i stk. 3 nævnte omkostninger.

Patientforsikringsforeningen

§ 12. Forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, opretter i fællesskab en patientforsikringsforening og vælger en bestyrelse for foreningen. Sundhedsministeren kan bestemme, at staten, Hovedstadens Sygehusfællesskab og de kommuner, som er selvforsikrende, kan blive medlem af bestyrelsen.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter vedtægter for foreningens styrelse og virksomhed. Udgifter til foreningens drift samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter loven, afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter en fordeling, som fastsættes i vedtægterne.

Stk. 3. Patientforsikringsforeningen afgiver en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

Sagernes behandling

§ 13. Patientforsikringsforeningen modtager, oplyser og afgør alle erstatningssager efter denne lov. Foreningen kan efter nærmere bestemmelse i vedtægterne bemyndige de enkelte forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper.

Stk. 2. Patientforsikringsforeningen kan lade vidner afhøre ved byretten på det sted, hvor de bor.

Stk. 3. Patientforsikringsforeningens afgørelser meddeles vedkommende forsikringsselskab, staten eller selvforsikrende kommune, som herefter skal udbetale de fastsatte ydelser.

§ 14. Sundhedsministeren nedsætter et patientskadeankenævnt, der består af en formand og et af sundhedsministeren fastsat antal næstformænd og beskikkede medlemmer.

Stk. 2. Formanden og næstformændene, der udnævnes af sundhedsministeren, skal være dommere. Nævnets øvrige medlemmer udpeges af sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet.

Stk. 3. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 1 medlem udpeget af sundhedsministeren,
- 3) 2 sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab udpeget af Sundhedsstyrelsen,
- 4) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab,
- 5) 2 medlemmer udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer og
- 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan bemyndige nævnets formand eller en næstformand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Stk. 5. En repræsentant fra patientforsikringsforeningen kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af sager.

Stk. 6. Patientskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 7. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Patientskadeankenævnet dettes forretningsorden.

Stk. 8. Udgifter til drift af Patientskadeankenævnet afholdes af forsikringselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter den fordeling, som fastsættes af sundhedsministeren efter § 12, stk. 2, 2. pkt.

§ 15. De afgørelser, der træffes efter § 13, kan indbringes for Patientskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Patientskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Patientskadeankenævnet indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Patientskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

§ 16. Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten, der kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Stk. 2. Indbringelse skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

§ 17. Patientforsikringsforeningen kan af kommuner, amtskommuner og andre vedkommende, herunder sygehuse, institutioner, behandlende læger m.v. samt den skadelidte, for-

lange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som foreningen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Patientforsikringsforeningen skal afgive de oplysninger til Patientskadeankenævnet og Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 3

Lægemiddelforsikringsordning

§ 18. Sundhedsministeren kan godkende, at patientforsikringsforeningen samarbejder med en lægemiddelforsikringsordning, som oprettes af lægemiddelbranchens organisationer i Danmark.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan efter anmodning fra lægemiddelbranchen udpege formanden og visse medlemmer til et ankeorgan, der er omfattet af en sådan lægemiddelforsikringsordning.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren fastsætte regler om,

- 1) at organerne i en lægemiddelforsikringsordning kan indhente de i § 17, stk. 1, nævnte oplysninger,
- 2) at forvaltningsloven og offentlighedsloven samt straffelovens bestemmelser om tavshedspligt finder anvendelse på administrationen, og
- 3) at § 13, stk. 2, om vidneafhøring finder tilsvarende anvendelse på organerne i en lægemiddelforsikringsordning.

Kapitel 4

Forældelses- og straffebestemmelser

§ 19. Erstatningskrav efter denne lov skal være anmeldt til patientforsikringsforeningen senest 5 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Stk. 2. Forældelse af erstatningskrav indtræder dog senest 10 år efter den dag, skaden er forårsaget.

§ 20. Overtrædelse af § 10, stk. 1, straffes med bøde. Der kan pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel.

Kapitel 5

Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 21. Loven træder i kraft den 1. juli 1992 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

§ 22. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov nr. 1133 af 21. december 1994, der vedrører § 11, stk. 1, § 12, stk. 1, 2. pkt. og § 14, stk. 1, nr. 2, indeholder i § 14 følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

§ 14

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 1995.

Lov nr. 217 af 29. marts 1995, der vedrører § 1, stk. 3-5, § 4, stk. 1 og 3, § 5, stk. 3, § 8 og § 9, stk. 2, indeholder i § 2 følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. juli 1995 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

Lov nr. 1227 af 27. december 1996, der vedrø-

rer § 5, stk. 2, 1. pkt., indeholder i §§ 2 og 3 følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 1997 og finder anvendelse for sager, som afgøres af Patientforsikringsforeningen den 1. januar 1997 eller senere.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov nr. 1229 af 27. december 1996, der vedrører § 14 og § 20, 2. pkt., indeholder i §§ 2 og 3 følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 1997 og finder anvendelse på sager, som Patientskadeankenævnet har under behandling ved lovens ikrafttræden eller modtager herefter.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Sundhedsministeriet, den 24. marts 1997

BIRTE WEISS

/ Peter Jakobsen

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995

Bekendtgørelse vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring

I medfør af § 1, stk. 4, i lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 14. oktober 1992, med senere ændringer, herunder lov nr. 217 af 29. marts 1995, fastsættes:

§ 1. Med de præciseringer, der nærmere er indeholdt i denne bekendtgørelse, ydes erstatning efter lov om patientforsikring til:

- 1) Patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.
- 2) Personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, idet disse sidestilles med patienter efter nr. 1. Tilsvarende ydes erstatning til vævs-, organ- og vævsvæskedonorere.
- 3) Patienter, der deltager i biomedicinske forsøg inden for den primære sundhedssektor. Med patienter ligestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom.

Stk. 2. Skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling, forsøg eller lignende efter stk. 1, er ikke omfattet af denne bekendtgørelse, jf. lovens § 3, stk. 3, og § 4, stk. 2.

§ 2. Offentlige sygehuse, jf. § 1, omfatter de sygehuse, som amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (sygehuskommuner-

ne) driver i henhold til lovgivningen om sygehusvæsenet.

§ 3. Sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med, jf. § 1, stk. 1, nr. 1, omfatter sådanne private herunder foreningsejede sygehuse, hvormed en sygehuskommune har indgået en driftsoverenskomst, hvorefter kommunen som led i løsning af sine opgaver under sygehusvæsenet har aftalt at benytte og betale for en del af institutionens senge- samt eventuelle ambulatoriefaciliteter m.v. Tilsvarende er omfattet private sygehuse, hvor sygehuskommunerne, uden at en egentlig driftsoverenskomst foreligger, benytter og betaler for nævnte faciliteter.

Stk. 2. Afgrænsningen af private sygehuse efter stk. 1 ændres ikke af, at sygehuskommunerne eller andre måtte yde helt eller delvist tilskud til driften af disse sygehuse.

§ 4. De i §§ 2 og 3 nævnte sygehuse omfatter ikke følgende institutioner:

- 1) kur- og rekonvalescenthjem,
- 2) behandlingsinstitutioner for alkoholskadede,
- 3) private eller offentlige klinikker eller lægehuse, der behandler patienter ambulante eller ved kortere døgnhvide mod patientens egen betaling eller med mulighed for tilskud efter lov om offentlig sygesikring, samt
- 4) private betalingspsykehuse, bortset fra sygehuse, hvor mindst halvdelen af driftsudgifterne måtte vedrøre behandling af patienter betalt af sygehuskommunerne.

Stk. 2. I et bilag til bekendtgørelsen er opregnet de private sygehuse, der på tidspunktet for

bekendtgørelsens udstedelse anses for omfattet af lovens dækningsområde.

§ 5. Den primære sundhedssektor, jf. § 1, stk. 1, nr. 3, omfatter privat praktiserende sundhedspersoner, der er autoriseret ved særlig lovgivning.

§ 6. Erstatning efter lov om patientforsikring ydes for skader, der er forårsaget inden for det geografiske område for de efter denne bekendtgørelse omfattede sygehuse, jf. dog stk. 5.

Stk. 2. Skader efter loven forårsaget uden for sygehusets geografiske område i lokaliteter indrettet til behandlingsformål efter sygehusets anvisning er ligeledes omfattet af lovens område, forudsat patienten fortsat er under sygehusets direkte behandlingsansvar, f.eks. skader efter loven opstået i patientens eget hjem, hvor dette er særligt indrettet til hjemmedialyse.

Stk. 3. Skader efter loven forårsaget uden for sygehusets geografiske område i forbindelse med afgivelse af blod i mobile blodbanker er omfattet af lovens område i tilfælde, hvor tappingen sker efter aftale med det sygehus, der skal modtage blodportionerne.

Stk. 4. Skader efter loven forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse er omfattet af lovens område, hvis transporten foregår med ambulance eller særligt sygekøretøj.

Stk. 5. Skader forårsaget på sygehusets geografiske område i tilfælde, hvor patienten står under ansvar af andre end sygehusmyndigheden, er ikke omfattet af lovens område. Dette gælder ligeledes i tilfælde, hvor patienten undersøges eller behandles på sygehus af en læge efter de særlige regler om lægers adgang til at behandle egne patienter fra lokaliteter på sygehuset.

§ 7. Til personer, der er omfattet af § 1, stk. 1, nr. 2 og 3, ydes erstatning efter loven i tilfælde, hvor forsøg m.v. er foretaget på sygehuse, jf. §§ 2-4 og § 6, på statslige højere uddannelsesinstitutioner (universiteter og højere læreanstalter), i den primære sundhedssektor, jf. § 5, eller andetsteds, hvis de er udført under direkte ansvar for de nævnte sygehuse, højere uddannelsesinstitutioner eller privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner.

Stk. 2. Skader efter loven forårsaget på personer, der deltager i biomedicinske forsøg m.fl., jf. § 1, stk. 1, nr. 2 og 3, der udføres af private firmaer og foreninger, er omfattet af lovens område, hvis forsøget udføres under direkte ansvar af et af de i stk. 1 nævnte sygehuse, en af de nævnte højere uddannelsesinstitutioner eller privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner.

Stk. 3. I tilfælde omfattet af stk. 2, påhviler erstatnings- og eventuelt forsikringspligten efter lov om patientforsikring vedkommende sygehus, højere uddannelsesinstitution eller den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori vedkommende privat praktiserende autoriserede sundhedsperson har sin praksis.

§ 8. Sundhedsministeriet træffer i øvrigt i tvivlstilfælde afgørelse i sager om, hvorvidt en institution eller lignende er omfattet af forsikringspligten efter lov om patientforsikring.

§ 9. Bekendtgørelsen træder i kraft den 15. august 1995.

Stk. 2. § 1, stk. 1, nr. 3, § 5 og § 7 har virkning fra den 1. juli 1995.

Stk. 3. Bekendtgørelse nr. 216 af 27. marts 1992 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring ophæves.

Sundhedsministeriet, den 3. august 1995

YVONNE HERLØV ANDERSEN

/ Peter Jakobsen

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 31 af 20. januar 1992

Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringselskaber

(Patientforsikringsforeningen)

I medfør af § 12, stk. 2, i lov nr. 367 af 6. juni 1991, om patientforsikring fastsættes:

Kapitel 1

Foreningens navn, hjemsted og formål

§ 1. Foreningens navn er Foreningen af Patientforsikringselskaber (Patientforsikringsforeningen). Dens hjemsted er København.

§ 2. Foreningens formål er at administrere den i lov om patientforsikring regulerede patientforsikringsordning. Foreningen skal herunder modtage, oplyse og afgøre alle erstatningsager efter loven, jf. dog stk. 3.

Stk. 2. Foreningen skal endvidere hos forsikringselskaber og selvforsikrende myndigheder foretage opkrævning til dækning af erstatninger, der udbetales i medfør af § 10, stk. 4, i lov om patientforsikring, jf. § 11, stk. 3-6.

Stk. 3. Foreningen kan efter indhentet godkendelse fra sundhedsministeren bemyndige de enkelte forsikringselskaber og selvforsikrende myndigheder til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper.

Stk. 4. Foreningen skal afgive de oplysninger til Patientskadeankenævnet og Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheds varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 2

Medlemmer

§ 3. Medlemmer af foreningen er forsikringselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet

af lov om patientforsikring, og som har givet sundhedsministeren underretning herom.

§ 4. Medlemmerne er forpligtet af de bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, der fastsættes af sundhedsministeren.

§ 5. Et medlem, der ophører med tegning af forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, udtræder af foreningen senest ved kalenderårets udgang.

Stk. 2. Intet medlem kan ved udtræden af foreningen unddrage sig de forpligtelser og/eller udgifter, som påhviler det i henhold til lov om patientforsikring og bestemmelser fastsat i medfør heraf.

Kapitel 3

Bestyrelsens sammensætning og opgaver

§ 6. Foreningen ledes af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer.

Stk. 2. 1 medlem udpeges af sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønmæssigt fastsat beregnet præmiebeløb svarende til risikoen, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. De selvforsikrende myndigheder har dog uanset stk. 2 altid ret til at udpege mindst 1 medlem til bestyrelsen.

Stk. 4. Medlemmer, der repræsenterer forsik-

ringsgiverne, udpeges i fællesskab af forsikringsgiverne.

Stk. 5. Medlemmer, der repræsenterer selvforsikrende myndigheder, udpeges i fællesskab af de selvforsikrende myndigheder.

Stk. 6. Bestyrelsen foretager den i stk. 2 nævnte opgørelse af medlemsfordelingen og giver årligt forsikringsgivere og selvforsikrende myndigheder meddelelse herom inden udgangen af oktober måned, jf. stk. 7.

Stk. 7. Medlemmer af bestyrelsen udpeges for 1 år ad gangen. Medlemsperioden følger kalenderåret.

Stk. 8. Der kan udpeges faste suppleanter.

§ 7. Bestyrelsen fastsætter i overensstemmelse med gældende praksis honorering af medlemmer og formand.

§ 8. Bestyrelsen vælger selv blandt sine medlemmer en formand samt en næstformand, der i formandens fravær træder i dennes sted.

Stk. 2. Bestyrelsen indkaldes til møde, når formanden finder det fornødent, eller når mindst 3 bestyrelsesmedlemmer fremsætter ønske herom. Dagsorden skal angives.

Stk. 3. Der tages referat af bestyrelsens møder.

Stk. 4. Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når over halvdelen af bestyrelsesmedlemmerne, herunder formanden eller næstformanden er til stede. Bestyrelsens beslutninger træffes ved almindeligt stemmeflertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

§ 9. Bestyrelsen godkender foreningens årsregnskab og foretager valg af revisorer.

Stk. 2. Bestyrelsen træffer i øvrigt nærmere bestemmelse om udførelse af sit hverv ved en forretningsorden, der godkendes af sundhedsministeren.

Kapitel 4

Foreningens drift, økonomi m.v.

§ 10. Foreningens daglige virksomhed varetages af et sekretariat, der ledes af en af bestyrelsen udpeget person.

§ 11. Udgifter til foreningens drift og administration samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter lov om patientforsikring, afholdes af hver enkelt af forsikringsgiverne og de enkelte selvforsikrende myndigheder i forhold

til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønmæssigt beregnet årligt præmiebeløb svarende til risikoen.

Stk. 2. Forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder hæfter solidarisk for de i stk. 1 nævnte udgifter i henhold til samme fordelingsnøgle.

Stk. 3. Udgifter afholdt af foreningen til de i § 10, stk. 4, nr. 1 og 2, i lov om patientforsikring nævnte puljer, betales af forsikringsgiverne i forhold til de enkelte forsikringsgiveres årlige præmieindtægt fra forsikringspligtige.

Stk. 4. Erstatninger afholdt i henhold til § 10, stk. 4, nr. 3, i lov om patientforsikring, betales af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen.

§ 12. Foreningen afgiver en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

§ 13. Foreningen tegnes af bestyrelsens formand eller næstformand i forening med et andet bestyrelsesmedlem eller med lederen af foreningens sekretariat.

§ 14. Foreningens regnskabsår er kalenderåret.

§ 15. Foreningens regnskab revideres af 2 af bestyrelsen for ét år ad gangen valgte revisorer, hvoraf mindst én revisor skal være statsautoriseret.

Kapitel 5

Vedtægtsændringer

§ 16. Foreningens vedtægter kan ændres af sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra bestyrelsen.

Kapitel 6

Ikrafttræden m.v.

§ 17. Det stiftende møde i foreningens bestyrelse afholdes inden udgangen af april 1992.

Stk. 2. Som betingelse for adgang til at udpege medlemmer til foreningens bestyrelse skal forsikringssekskaber, der har tegnet forsikrin-

ger omfattet af lov om patientforsikring, senest 15. februar 1992 underrette sundhedsministeren herom, herunder for hvem forsikring er tegnet samt størrelsen af de samlede årlige præmieindtægter.

Stk. 3. Selvforsikrende myndigheder skal ligeledes senest 15. februar 1992 underrette sundhedsministeren som betingelse for at udpege medlemmer til foreningens bestyrelse.

Stk. 4. Sundhedsministeren udarbejder forud for foreningens stiftelse en opgørelse over fordelingen af medlemmer i bestyrelsen efter den i § 6, stk. 2 nævnte fordelingsnøgle.

§ 18. Foreningens første regnskabsår løber fra stiftelsen til 31. december 1992.

§ 19. Bekendtgørelsen træder i kraft den 30. januar 1992.

Sundhedsministeriet den 20. januar 1992

ESTER LARSEN

/ Dorte Knudsen

Bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse efter lov om patientforsikring

I medfør af § 10, stk. 3, og stk. 5-6, og § 11, stk. 4, i lov nr. 367 af 6. juni 1991 om patientforsikring, som ændret ved lov nr. 239 af 8. april 1992, fastsættes:

Kapitel 1

Indledende bestemmelser

§ 1. Bestemmelserne i denne bekendtgørelse finder anvendelse på forsikringer, der tegnes til dækning af krav i medfør af lov om patientforsikring.

§ 2. Et forsikringselskab, der tilbyder at tegne forsikring i medfør af lov om patientforsikring, er forpligtet til at overtage forsikring for enhver forsikringspligtig med de begrænsninger, der følger af selskabets vedtægter eller dets koncession.

§ 3. Forsikringer tegnet til dækning af krav i henhold til lov om patientforsikring skal omfatte alle krav efter loven, jf. dog § 12.

Kapitel 2

Hæftelse

§ 4. Forsikringselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, hæfter for så vidt angår de lovpligtige forsikringer pro rata efter den i stk. 2 fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 50 mio. kr. pr. år for dækning af krav om erstatning efter loven mod en forsikringspligtig, der ikke har opfyldt sin forsikringspligt, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 1. Endvidere hæfter de pågældende forsikringselskaber for de nævnte lovpligtige for-

sikringer subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Forsikringselskaberne hæfter for de i stk. 1 nævnte udgifter i forhold til de enkelte forsikringselskabers årlige præmieindtægt fra forsikringspligtige.

Stk. 3. Der er regres over for den pågældende forsikringspligtige driftsansvarlige myndighed for beløb, som forsikringselskaberne har betalt i medfør af stk. 1, samt adgang til at opkræve den ubetalte præmiesum.

§ 5. De i § 4 nævnte forsikringselskaber hæfter for de lovpligtige forsikringer i henhold til lov om patientforsikring desuden pro rata efter den i § 4, stk. 2, fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 50 mio. kr. i tilfælde, hvor den enkelte forsikringspligtiges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningsum efter § 8, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 2. Endvidere hæfter de pågældende forsikringselskaber for de nævnte lovpligtige forsikringer subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Der er regres over for den enkelte forsikringspligtige driftsansvarlige myndighed for beløb, som forsikringselskaberne har betalt i medfør af stk. 1.

§ 6. Forsikringselskaber, der har tegnet forsikringer for erstatningskrav i henhold til lov om patientforsikring, samt de selvforsikrende myndigheder hæfter pro rata efter den i stk. 2 fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 100 mio. kr. pr. år for dækning af erstatningskrav, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige ef-

ter lovens § 9, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 3. Endvidere hæfter de pågældende forsikringsselskaber samt de selvforsikrende myndigheder subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder hæfter for de i stk. 1 nævnte udgifter i forhold til henholdsvis forsikringsselskabernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for Patientforsikringsforeningen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen.

Stk. 3. Forsikringsselskaberne og de selvforsikrede myndigheder har regres for beløb, der er udbetalt i medfør af stk. 1 over for den erstatningspligtige, såfremt den erstatningspligtige efterfølgende kan udpeges.

§ 7. Hæftelsen for de i § 4 nævnte forsikringsselskaber vedvarer for så vidt angår de lovpligtige forsikringer i henhold til lov om patientforsikring for erstatningskrav opstået som følge af skade, der er forårsaget, inden et selskab er opført med at tegne forsikring i henhold til loven.

Kapitel 3

Dækningssummer

§ 8. For forsikringspligtige er dækningssummen som minimum 20 mio. kr. pr. år for skader forårsaget i forsikringstiden.

Stk. 2. Hvis en forsikringspligtig har beskæftiget mere end 4 læger, omregnet til fuldtidsansatte, forøges dækningssummen som følger:

1) For de næste 10 læger, omregnet til fuldtidsansatte, tillægges 2 mio. kr. pr. læge.

2) For de efterfølgende læger, omregnet til fuldtidsansatte, tillægges 500.000 kr. pr. læge.

Stk. 3. Med henblik på regulering af dækningssummen pr. 1. januar i det efterfølgende år skal forsikringspligtige hvert år pr. 1. oktober til deres forsikringsselskab indberette antallet af de på dette tidspunkt beskæftigede læger, omregnet til fuldtidsansatte.

§ 9. For staten og de kommuner, der har valgt at tegne forsikring efter loven, gælder ingen regler om dækningssum.

Kapitel 4

Forsikringstid

§ 10. Forsikringer efter loven træder i kraft fra det tidspunkt, hvor den underskrevne begæring modtages af selskabet, medmindre en anden senere ikrafttrædelsestid er aftalt med forsikringstageren.

§ 11. Forsikringer, tegnet af forsikringspligtige, skal dække erstatningskrav i tiden, indtil kravet er forældet, jf. lovens § 19, stk. 2.

§ 12. Forsikringer, tegnet af staten og kommuner, skal dække erstatningskrav, der er forårsaget i forsikringstiden og anmeldt senest 3 måneder efter forsikringens ophør.

Kapitel 5

Ikrafttræden

§ 13. Bekendtgørelsen træder i kraft den 20. maj 1992.

Sundhedsministeriet, den 4. maj 1992

ESTER LARSEN

/ Dorte Knudsen

Justitsministeriets lovekendtgørelse nr. 599 af 8. september 1986

Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar

Herved bekendtgøres lov nr. 228 af 23. maj 1984 om erstatningsansvar med de ændringer, der følger af lov nr. 618 af 19. december 1984, § 4.

Kapitel I

Erstatning og godtgørelse for personskade og tab af forsørger

Personskade

§ 1. Den, der er erstatningsansvarlig for personskade, skal betale erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, helbredelsesudgifter og andet tab som følge af skaden samt en godtgørelse for svie og smerte.

Stk. 2. Har skaden fået varige følger, skal der tillige betales godtgørelse for varigt mén samt erstatning for tab eller forringelse af erhvervsevne.

Stk. 3. Værdien af arbejde i hjemmet lige-stilles med erhvervsindkomst.

Tabt arbejdsfortjeneste

§ 2. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fastsættes for tiden fra skadens indtræden, indtil skadelidte kan begynde at arbejde igen eller skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær.

Stk. 2. I erstatningen fradrages løn under sygdom, dagpenge fra arbejdsgiver eller det sociale udvalg og forsikringsydelse, der har karakter af en virkelig skadeserstatning, samt lignende ydelser til den skadelidte.

Svie og smerte

§ 3. Godtgørelse for svie og smerte udgør for tiden fra skadens indtræden, indtil skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær 100 kr. for hver dag, den skadelidte er sengeliggende, og 50 kr. for hver dag, den skadelidte er syg uden at være sengeliggende. Der kan i særlige tilfælde ydes godtgørelse for svie og smerte, selv om skadelidte ikke er syg. Overstiger godtgørelsen 15.000 kr., kan de beløb, der er nævnt i 1. pkt., fraviges.

Varigt mén

§ 4. Godtgørelse for varigt mén fastsættes til et kapitalbeløb, der beregnes under hensyn til skadens medicinske art og omfang og de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse. Mængrader fastsættes efter forholdene på det tidspunkt, da skadelidtes helbredstilstand blev stationær. Godtgørelsen udgør ved en mængrad på 100 pct. 200.000 kr. Ved lavere mængrader nedsættes beløbet forholdsmæssigt. I særlige tilfælde kan mængdgtgørelsen fastsættes til et højere beløb, dog højst 240.000 kr. Ved en mængrad på under 5 pct. ydes ingen godtgørelse.

Stk. 2. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 60 år, nedsættes den i henhold til stk. 1 beregnede godtgørelse for mén med 5 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 59

år ved skadens indtræden. Godtgørelsen nedsættes dog ikke yderligere efter det fyldte 69. år.

Erhvervsevnetab

§ 5. Har en personskade, efter at skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær, medført varig nedsættelse af skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde, tilkommer der skadelidte erstatning for tab af erhversevne.

Stk. 2. Ved bedømmelsen af erhvervsevnetabet skal der tages hensyn til skadelidtes muligheder for at skaffe sig indtægt ved sådant arbejde, som med rimelighed kan forlanges af skadelidte.

Stk. 3. Skadelidtes erhvervsevnetab beregnes i procent (erhvervsevnetabsprocenten). Der ydes ikke erstatning, såfremt erhvervsevnetabet er mindre end 15 pct.

§ 6. Erstatningen fastsættes til et kapitalbeløb, der udgør skadelidtes årsløn, jfr. § 7, ganget med 6 og herefter ganget med erhvervsevnetabsprocenten, jfr. § 5, stk. 3.

§ 7. Som årsløn regnes skadelidtes samlede erhvervsindtægt i det år, der går forud for datoen for skadens indtræden.

Stk. 2. Årslønnen fastsættes dog efter et skøn, når særlige indtægts- eller ansættelsesforhold eller andre særlige forhold har gjort sig gældende.

Stk. 3. Årslønnen kan højst udgøre 350.000 kr.

§ 8. For en skadelidte, der i det væsentlige udnytter erhvervsevnen på en måde, som ikke eller kun i begrænset omfang medfører erhvervsindtægt, og for børn fastsættes erstatningen som et kapitalbeløb på grundlag af den i § 4 nævnte mængde. Erstatningen fastsættes som en procentdel af den i § 4, stk. 1, 1.-4. pkt., nævnte mængde.

Stk. 2. Ved en mængde på under 15 pct. ydes ingen erstatning. Ved mængder på 15 pct., 18 pct. og 20 pct. udgør erstatningen henholdsvis 130 pct., 135 pct. og 140 pct. af mængde.

Stk. 3. Ved en mængde på 25 pct. udgør erstatningen 150 pct. af mængde. Ved mængder på 30 pct., 35 pct., 40 pct., 45 pct. og 50 pct. udgør erstatningen henholds-

vis 160 pct., 170 pct., 180 pct., 190 pct. og 200 pct. af mængde.

Stk. 4. Ved en mængde på 55 pct. udgør erstatningen 225 pct. af mængde. Ved mængder på 60 pct., 65 pct., 70 pct., 75 pct., 80 pct. og 85 pct. udgør erstatningen henholdsvis 250 pct., 275 pct., 300 pct., 325 pct., 350 pct. og 375 pct. af mængde. Ved mængder på 90 pct., 95 pct. og 100 pct. udgør erstatningen 400 pct. af mængde.

§ 9. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 56 år, nedsættes erstatningen med 8 1/2 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 55 år ved skadens indtræden.

Stk. 2. Må det antages, at skadelidte ville have været erhvervsaktiv også efter det fyldte 67. år, kan stk. 1 fraviges helt eller delvis.

Forelæggelse for sikringsstyrelsen

§ 10. Såvel skadelidte som skadevolderen kan indhente en udtalelse om spørgsmålet om fastsættelsen af mængden og erhvervsevnetabsprocenten fra sikringsstyrelsen, jfr. lov om arbejdsskadeforsikring.

Genoptagelse

§ 11. En afsluttet sag om godtgørelse for varigt mén eller erstatning for erhvervsevnetab kan på skadelidtes begæring genoptages, hvis der indtræder uforudsete ændringer i skadelidtes helbredstilstand, således at skadelidtes mængde eller erhvervsevnetabsprocent må antages at være væsentlig højere end først antaget. Ved genoptagelse af sagen kan spørgsmålet om fastsættelsen af mængden og erhvervsevnetabsprocenten igen begæres forelagt for sikringsstyrelsen, jfr. § 10.

Tab af forsørger m.v.

§ 12. Den, som er erstatningsansvarlig for en andens død, skal betale erstatning for rimelige begravelsesudgifter og erstatning til den, som ved dødsfaldet har mistet en forsørger. Forsørgelse omfatter også værdien af afdødes arbejde i hjemmet.

Erstatning til ægtefælle eller samlever

§ 13. Erstatning for tab af forsørger til ægtefælle eller samlever udgør 30 pct. af den

erstatning, som afdøde må antages at ville have opnået ved et fuldstændigt tab af erhvervsevnen, jfr. §§ 5-8. Erstatningen udgør dog mindst 225.000 kr., medmindre der foreligger særlige omstændigheder.

Stk. 2. Var forsørgeren fyldt 56 år, nedsættes erstatningen efter reglerne i § 9.

Forsørgertabserstatning til børn

§ 14. Erstatning for tab af forsørger til efterlevende børn fastsættes til et beløb, der svarer til summen af de bidrag til barnets underhold, som afdøde på skadestidspunktet kunne være pålagt efter lov om børns retstilling, hvis afdøde havde været bidragspligtig. Var afdøde eneforsørger, forhøjes erstatningen med 100 pct.

Regulering af erstatnings- og godtgørelsesbeløb

§ 15. De i § 3, § 4, stk. 1, § 7, stk. 3, og § 13, stk. 1, 2. pkt., nævnte beløb reguleres årligt med samme procent, som ugelønnen for april kvartal er steget eller faldet i forhold til april kvartal 1983. Reguleringen har virkning fra den følgende 1. april. Ugelønnen beregnes som den af Danmarks Statistik offentliggjorte gennemsnitlige timefortjeneste (inkl. dyrtidstillæg, men bortset fra alle andre tillæg) for alle arbejdere inden for håndværk og industri i hele landet i april kvartal ganget med det ugentlige antal arbejdstimer ved fuld sædvanlig arbejdstid. De herefter fremkomne beløb afrundes til nærmeste med 500 delelige kronebeløb, for de i § 3, 1. pkt., nævnte beløb dog til nærmeste med 10 delelige kronebeløb.

Stk. 2. Justitsministeren bekendtgør hvert år, hvilke reguleringer der skal finde sted.

Stk. 3. Erstatning og godtgørelse fastsættes på grundlag af de beløb, der i henhold til stk. 1 var gældende på tidspunktet for skadens indtræden.

Forrentning

§ 16. Krav om godtgørelse for svie og smerte, godtgørelse for varigt mén, erstatning for erhvervsevnetab samt erstatning for tab af forsørger forrentes fra skadestidspunktet, til betaling sker, med en årlig rente, der svarer til den til enhver tid fastsatte officielle diskonto med et tillæg på 6 pct.¹⁾ Justitsmi-

nisteren kan hvert andet år efter forhandling med Danmarks Nationalbank og økonomiministeriet ændre renten.

Regres mod den erstatningsansvarlige

§ 17. Ydelser i henhold til den sociale lovgivning, herunder dagpenge, sygehjælp, pension efter den sociale pensionslovgivning og ydelser i henhold til lov om arbejdsskadeforsikring, som tilkommer en skadelidt eller efterlevende, kan ikke danne grundlag for regreskrav mod den erstatningsansvarlige. Det samme gælder pensionsydelser, der udbetales af stat, kommune eller i henhold til anden pensionsordning, samt forsikringsydelser uanset forsikringens karakter, jfr. § 22, stk. 2.

Stk. 2. En arbejdsgiver, der har udbetalt dagpenge eller sygeløn til en skadelidt eller har udbetalt dertil knyttede ydelser, kan gøre regres mod den erstatningsansvarlige i det omfang, arbejdsgiveren har lidt et tab.

Overførelse m.v. af erstatnings- og godtgørelseskrav

§ 18. Krav om erstatning og godtgørelse for personskade og krav om erstatning til den, der har mistet en forsørger, kan ikke overdrages, så længe kravet og dets størrelse ikke er anerkendt eller fastslået af domstolene.

Stk. 2. Krav om godtgørelse for personskade falder i arv, når det er anerkendt eller gjort gældende ved sagsanlæg eller under en straffesag ved kravets fremsættelse i retten eller et anklageskrift eller en stævning, der er indleveret til retten.

Stk. 3. Erstatning og godtgørelse som nævnt i stk. 1, der ikke må antages at være forbrugt, indgår ikke i formuefællesskabet mellem ægtefæller ved skifte i anledning af ægteskabs ophør, separation eller bosondring. Erstatningen eller godtgørelsen indgår dog i formuefællesskabet, når den, som erstatningen tilkommer, afgår ved døden, medmindre erstatningen eller godtgørelsen ifølge ægtepagt er særreje.

Stk. 4. Reglerne i stk. 1 og stk. 3 finder ikke anvendelse på krav om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Regnskab

for

2000

9. regnskabsår

INDHOLDSFORTEGNELSE:	Side
Bestyrelsens beretning	1
Ledelsens og bestyrelsens underskrifter	4
Revisionspåtegning	5
Anvendt regnskabspraksis	6
Resultatopgørelse for 2000	8
Balance pr. 31. december 2000	9
Noter	10

BESTYRELSENS BERETNING

Indledning

De samlede udgifter til Patientforsikrings og Patientskadeankenævnets administration har i 2000 udgjort kr. 37.211.476.

Udgifterne til Patientforsikringens drift udgjorde af de samlede omkostninger kr. 25.328.015. Udgifterne til Patientskadeankenævnets drift udgjorde kr. 11.883.461.

Der har i 2000 været samlede indtægter på kr. 35.882.999.

Merudgifterne vil blive opkrævet ved beregning af det endelige administrationsbidrag fra forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder.

Patientforsikringens opgave er at modtage og afgøre sager efter lov om patientforsikring, lov om erstatning for lægemiddelskader og lov om erstatning til Boneloc-patienter, samt beregne erstatningernes størrelse.

I 2000 modtog Patientforsikringen i alt 2.798 nye anmeldelser mod 2.790 i 1999. Der blev i løbet af 2000 truffet 2.576 afgørelser efter patientforsikringsloven og lov om erstatning til Boneloc-patienter mod 2.613 i 1999. Der blev tilkendt erstatninger for et samlet beløb på kr. 136,6 mio. kr. ekskl. renter, hvilket er en stigning på ca. 10,2 mio. kr.

Bestyrelsen

Forsikringsselskaberne udpegede i fællesskab 5 repræsentanter til bestyrelsen, og selvforsikrende myndigheder, dvs. Århus, Viborg, Ringkøbing og Vestsjællands amter, udpegede 1 repræsentant.

Fordelingen af bestyrelsesposter var i 2000 uændret i forhold til 1999.

Personale og ekstern konsulentbistand

Patientforsikringen havde ved udgangen af 2000 ca. 41 fuldtidsansatte medarbejdere, hvilket er en stigning på 2 medarbejdere i forhold til 1999.

Sagsbehandlingen bliver varetaget i 5 selvstændige enheder. Hver enhed ledes af en vicekontorchef, der har ansvaret for, at opstillede normer for bl.a. kvalitet, kvantitet og sagsbehandlings-tid opfyldes.

Patientforsikringen har herudover ansat 11 lægekonsulenter indenfor forskellige medicinske specialer. Konsulenterne er til daglig fungerende overlæger på offentlige sygehuse.

Patientforsikringen betjener sig, udover ansatte læger, af en lang række speciallæger over hele landet til udarbejdelse af erklæringer og udtalelser i enkelt-sager.

Sagsbehandlingen

Antallet af anmeldelser efter patientforsikringsloven har i 2000 været større end tidligere. Patientforsikringen modtog således i 2000 ca. 2.748 anmeldelser efter patientforsikringsloven, hvilket er en stigning på 260 anmeldelser. Samtidigt er antallet af anmeldelser efter lov om erstatning til Boneloc-patienter dog faldet.

Det er dog Patientforsikringens vurdering, at der fortsat er stabilitet i anmeldelsesfrekvensen efter lov om patientforsikring.

Patientforsikringen forventer en svag stigning i 2001 således, at det samlede antal anmeldelser i 2001 vil udgøre ca. 2.900.

I 2001 forventer Patientforsikringen en sådan vækst i antallet af afgørelser, at det modsvarer antallet af anmeldelser. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var ved udgangen af året ca. 195 dage, hvilket er det højeste niveau siden 1996.

På baggrund af sagernes kompleksitet, og at sagerne i næsten halvdelen af den medgåede tid afventer materiale fra sygehuse og patienter, finder Patientforsikringen, at en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på ca. ½ år må anses for realistisk.

Patientforsikringen forventer at sagsbehandlingstiden fra 2002 vil nå ned på dette niveau.

Administrationsaftale med KgF

KgF har, i lighed med tidligere år, i 2000 varetaget lønadministration, betalings- og bogføringsfunktion og ydet regnskabsmæssig bistand.

Det er bestyrelsens opfattelse, at Patientforsikringen fortsat har administrative fordele ved en sådan aftale.

Informationsvirksomhed

Patientforsikringen skal hvert år udfærdige en årsberetning til Sundhedsministeren. Beretningen udsendes til alle interessenter, herunder sygehuse og andre sundhedsmyndigheder.

Udover en nærmere beskrivelse af administrative forhold vedrørende patientforsikringsordningen, indeholder beretningen tillige en gennemgang af lo-

vens erstatningsbetingelser, belyst gennem Patientforsikringens praksis.

For yderligere oplysninger vedrørende patientforsikringsordningen, herunder Patientforsikringens virksomhed, henvises derfor til årsberetningen.

Beretningen for 2000 forventes udsendt i forsommeren 2001.

Yderligere informationer om patientforsikringsordningen kan endvidere findes på Patientforsikringens hjemmeside www.patientforsikringen.dk

Lægemiddelskader

Patientforsikringen administrerer tillige Lov om erstatning for lægemiddelskader, der trådte i kraft pr. 1. januar 1996.

Sundhedsministeriet og Patientforsikringen har indgået aftale om, at Patientforsikringen træffer afgørelse i sager vedrørende lægemiddelskader som 1. instans. Afgørelserne kan indbringes for et lægemiddelskadeankenævnet, der modsat Patientskadeankenævnet - ikke finansieres af Patientforsikringen.

Ifølge administrationsaftalen betaler Sundhedsministeriet et gebyr pr. sag. Beløbets størrelse afhænger af antallet af modtagne anmeldelser. Patientforsikringen modtog 75 anmeldelser i 2000.

Patientforsikringen skal årligt afgive en beretning efter loven til sundhedsministeren. Beretningen er medtaget i Patientforsikringens årsberetning.

Anmeldelser efter lov om erstatning til patienter behandlet med Bonelocement.

Folketinget vedtog i 1999, at give patienter behandlet med Boneloc-cement erstatning også i tilfælde, hvor behandlingen havde fundet sted før patientforsikringslovens ikrafttræden. Erstatning betales af Sundhedsministeriet.

Ifølge loven, skal afgørelse i disse sager træffes af Patientforsikringen. Sundhedsministeriet og Patientforsikringen har derfor indgået en aftale om udgiftsdækning i forbindelse med sagernes behandling.

Sundhedsministeriet betaler således et fast beløb for hver sag, som Patientforsikringen behandler efter loven. Beløbet udgør kr. 8.000. Beløbet er beregnet på grundlag af de gennemsnitlige omkostninger ved behandling af sådanne sager, ekskl. behandling af sagerne i Patientskadeankenævnet.

Anmeldelsesantallet faldt i 2000 til 50 fra 352 i 1999. Patientforsikringen forventer, at antallet af sager anmeldt efter denne lov vil ophøre i løbet af 2002.

Ændringer i erstatningsansvarsloven

Justitsministeriet er fremkommet med en betænkning om revision af lov om erstatningsansvar.

Folketinget forventes i 2001 at vedtage de ændringer, som betænkningen anbefaler.

Ændringerne medfører væsentlige stigninger i erstatningsbeløbene.

Patientforsikringen har beregnet merudgifter ved disse lovændringer svarende til en vækst i erstatningsbeløbene på ca. 90% 5 år efter ikrafttræden. Såfremt de nye regler havde været gældende i 2001, ville de samlede udbetalinger have udgjort ca. 272 mio. kr.

Fremtidige omkostninger ved lovens administration

Bestyrelsen har i september 2000 godkendt et budget for 2001 på kr. 38.303.000. Budgettet er fastlagt ud fra et uændrede antal anmeldelser.

Patientforsikringen opkræver i 2001 ekstraordinært hensættelser til skyldige feriepenge på ca. 1,7 mio. kr. Til gengæld afvikles et tidligere ekstraordinært bidrag til egenkapital på 1 mio. kr.

LEDELSENS OG BESTYRELSENS UNDERSKRIFTER

Patientforsikringen
København, den 13. juni 2001

Ledelsen:

Arne Grünfeld
Direktør

Ole Graugaard
Sekretariatschef

Bestyrelsen:

Formand
Jørgen Bjørnvad

Næstformand
Ejvind A. Hansen

Bestyrelsesmedlem
Hjørdis Høegh-Andersen

Bestyrelsesmedlem
Vagn Nielsen

Bestyrelsesmedlem
Mikael Rosenmejer

Bestyrelsesmedlem
Mogens N. Skov

Bestyrelsesmedlem
Knud Erik Særkjær

REVISIONSPÅTEGNING

Vi har revideret det af ledelsen aflagte årsregnskab for 2000 for Patientforsikringen.

Den udførte revision

Vi har i overensstemmelse med almindeligt anerkendte danske revisionsprincipper tilrettelagt og udført revisionen med henblik på at opnå en begrundet overbevisning om, at årsregnskabet er uden væsentlige fejl eller mangler. Under revisionen har vi ud fra en vurdering af væsentlighed og risiko efterprøvet grundlaget og dokumentationen for de i årsregnskabet anførte beløb og øvrige oplysninger. Vi har herunder taget stilling til den af ledelsen valgte regnskabspraksis og de udøvede regnskabsmæssige skøn samt vurderet, om årsregnskabets informationer som helhed er fyldestgørende.

Revisionen har ikke givet anledning til forbehold.

Konklusion

Det er vor opfattelse, at årsregnskabet er aflagt i overensstemmelse med den danske lovgivnings krav til regnskabsaflæggelsen, og at det giver et retvisende billede af forningens aktiver og passiver, økonomiske stilling samt resultat.

København, den 13. juni 2001

DELOITTE & TOUCHE
Statsautoriseret Revisionsaktieselskab

KOMMUNERNES
REVISION

Anders O. Gjelstrup
Statsautoriseret revisor

Ulrik Klausen
Afdelingschef

ANVENDT REGNSKABSPRAKSIS

Årsregnskabet er aflagt i overensstemmelse med lov om patientforsikring, lov nr. 367 af 6. juni 1991 med dertil knyttede bekendtgørelser mv.

Den anvendte regnskabspraksis er uændret i forhold til sidste år.

RESULTATOPGØRELSEN

Administrationsbidrag

Administrationsbidrag opkræves i henhold til lov om patientforsikring. For regnskabsåret opkræves kvartalsvise a conto bidrag hos de forsikringsselskaber, der har tegnet patientforsikring og de selvforsikrende myndigheder. I andet kvartal af det efterfølgende år slutreguleres bidraget i henhold til årsregnskabet.

Opgørelsen af administrationsbidraget foretages på baggrund af forholdet mellem de samlede præmieindtægter, herunder de oplyste præmieindtægter fra forsikringsselskaberne samt den af foreringen fastsatte, skønnede præmie for selvforsikrende myndigheder og det af bestyrelsen godkendte budget for 2000 på kr. 33.575.002.

Følgende fire forsikringsselskaber havde pr. 1. januar 2000 tegnet patientforsikring for 2000:

Købstædernes almindelige Brandforsikring (KaB)
Kommunernes gensidige forsikringsselskab (KgF),
Zürich Forsikring og
Winterthur Forsikring.

Selvforsikrende myndigheder var:

Århus Amt, Viborg Amt, Ringkøbing Amt, Vestsjællands Amt samt statslige højere uddannelsesinstitutioner.

Andre indtægter

Administrationsbidrag opkræves i henhold til lov om lægemiddelskader i Danmark, der trådte i kraft pr. 1. januar 1996.

Sundhedsministeriet og Patientforsikringen har indgået aftale om, at Patientforsikringen træffer afgørelse i sager vedrørende lægemiddelskader som 1. instans. Afgørelserne kan indbringes for et lægemiddelskadeankenævnet, der modsat Patientskadeankenævnet - ikke finansieres af Patientforsikringen.

Ifølge administrationsaftalen betaler Sundhedsministeriet et gebyr pr. sag. Beløbets størrelse afhænger af antallet af modtagne anmeldelser.

Gebyrer opkræves endvidere af forsikringsselskaber for udtalelser i patient-skadesager, der ikke er omfattet af lov om patientforsikring.

Gebyrerne er momspligtige.

Patientforsikringen har i 2000 endvidere behandlet sager anmeldt efter Lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc-cement.

Sagerne honoreres på grundlag af en aftale mellem Sundhedsministeriet og Patientforsikringen med et honorar på kr. 8.000 pr. sag.

Patientforsikringen forventer, at disse sager ikke vil give anledning til indtægter efter 2001.

Administrationsomkostninger

Administrationsomkostninger omfatter de periodiserede udgifter, der kan henføres til regnskabsåret.

Alle anskaffelser, herunder indretning af lejede lokaler, udgiftsføres i regnskabsåret.

Der er med KgF indgået en administrationsaftale. Efter denne aftale udfører KgF lønadministration, betalings- og bogføringsfunktion samt regnskabsmæssig bistand. Aftalen er baseret på omkostningsdækning. I 2000 udgjorde den samlede betaling fra Patientforsikringen til KgF kr. 183.502.

Renter

Renter indeholder renter af bankkonti.

Patientskadeankenævnet

I henhold til lov om patientforsikring skal Patientforsikringen betale samtlige udgifter til Patientskadeankenævnets administration.

Afregning sker kvartalsvis a conto på grundlag af Patientskadeankenævnets budget for indeværende år.

Eventuelle overskud og underskud afregnes på grundlag af årsregnskabet.

Skatter og afgifter

Skatter og afgifter indeholder alene afgifter til offentlige myndigheder.

Patientforsikringen er ikke skattepligtig i henhold til lov om patientforsikring.

BALANCEN**Kapitalandele**

Unoterede kapitalandele værdiansættes til en skønnet markedsværdi baseret på det seneste foreliggende årsregnskab for den pågældende virksomhed.

Egenkapital

Der er etableret en egenkapital af hensyn til et vist behov for en likviditetsreserve. Egenkapitalen er fastsat til kr. 1.000.000.

Tilgodehavende i form af administrationsbidrag

Beløbet vedrører for lidt opkrævet administrationsbidrag hos forsikrings-selskaber og selvforsikrende. Beløbet svarer til regnskabsårets underskud.

Feriepengeforpligtelse

Patientforsikringen har ikke i sit regnskab udgiftsført sine feriepengeforpligtelser for funktionærer.

Patientforsikringen vil fra regnskabsåret 2001 udgiftsføre denne.

Omkostningskreditorer

Det skyldige beløb vedrører primært bidrag til Patientskadeankenævnet. Bidraget for regnskabsåret opkræves a conto kvartalsvis forud på grundlag af et af Patientskadenævnet udarbejdet budget. For lidt erlagt i henhold til regnskabet opkræves det efterfølgende år af Patientskadeankenævnet.

RESULTATOPGØRELSE FOR 2000

<u>Note</u>	2000 <u>Regnskab</u> kr.	1999 <u>Regnskab</u> kr.
BIDRAG		
1 Administrationsbidrag	33.575.000 <u>33.575.000</u>	32.253.907 <u>32.253.907</u>
2 ANDRE INDTÆGTER	<u>2.248.500</u>	<u>2.436.506</u>
ADMINISTRATIONSOMKOSTNINGER		
Løn og honorarer	(18.494.156)	(16.854.764)
Husleje m.v.	(2.163.844)	(2.260.038)
Fremmede tjenesteydelser	(454.838)	(610.952)
Kontorhold m.v.	(991.545)	(890.354)
Øvrige administrationsomkostninger	(1.198.415)	(1.143.005)
Anskaffelser	(538.897)	(739.879)
	<u>(23.841.695)</u>	<u>(22.498.992)</u>
6 UREALISEREDE NEDSKR./OPSKR.	<u>1.353</u>	<u>4.039</u>
3 RENTER	<u>58.146</u>	<u>70.057</u>
4 PATIENTSKADEANKENÆVNET	<u>(11.883.461)</u>	<u>(10.287.985)</u>
5 SKATTER OG AFGIFTER	<u>(1.486.320)</u>	<u>(1.408.873)</u>
RESULTAT	<u>(1.328.477)</u>	<u>568.659</u>
RESULTATDISPONERING		
Opkræves hos medlemmerne	(1.328.477)	568.659
(Tilbagebetalt medlemmerne i 1999)	-	-
Årets resultat	<u>(1.328.477)</u>	<u>568.659</u>

BALANCE PR. 31.12.2000

<u>Note</u>	2000 <u>Regnskab</u> kr.	1999 <u>Regnskab</u> kr.
AKTIVER		
ANLÆGSAKTIVER		
6 Kapitalandele	<u>32.364</u>	<u>31.011</u>
TILGODEHAVENDER		
7 Tilgodehavende adm.bidrag	1.328.477	831.343
8 Andre tilgodehavender	1.661.201	2.639.787
Periodeafgrænsningsposter	<u>150.598</u>	<u>74.660</u>
	<u>3.140.276</u>	<u>3.545.790</u>
LIKVIDER		
Bankbeholdning	<u>3.551.812</u>	<u>1.135.303</u>
	<u>3.551.812</u>	<u>1.135.303</u>
AKTIVER IALT	<u><u>6.724.452</u></u>	<u><u>4.712.104</u></u>
PASSIVER		
EGENKAPITAL		
	<u>1.000.000</u>	<u>1.000.000</u>
GÆLD		
9 A-skat m.m.	768.551	655.108
Versur løn	4.062	1.978
Lønsumsafgift	330.673	347.962
Skyldig pension	137.169	141.060
Skyldig gruppeliv	1.430	2.530
Kreditorer	1.406.666	2.395.744
Moms	205.772	167.722
Periodeafgrænsningsposter	<u>2.870.129</u>	<u>-</u>
	<u>5.724.452</u>	<u>3.712.104</u>
PASSIVER IALT	<u><u>6.724.452</u></u>	<u><u>4.712.104</u></u>
10 Eventualforpligtelser		

NOTER

<u>Note</u>	2000 Regnskab kr.	1999 Regnskab kr.
1 Administrationsbidrag		
KgF	7.890.152	5.743.992
KAB	16.944.872	17.355.042
Zürich	58.948	64.835
Winterthur Forsikring	55.232	59.424
Århus Amt	3.959.252	4.119.838
Vestsjællands Amt	1.640.168	1.740.715
Viborg Amt	1.427.016	1.495.258
Undervisningsministeriet	31.560	42.905
Ringkøbing Amtskommune	1.567.800	1.631.898
	<u>33.575.000</u>	<u>32.253.907</u>
2 Andre indtægter		
Administration af lægemiddelskader	742.500	659.506
Honorar for udtalelser	98.000	11.000
Ekstraordinære indtægter	-	270.000
Adm.bidrag for boneloc-sager	1.408.000	1.496.000
	<u>2.248.500</u>	<u>2.436.506</u>
3 Renter		
Renteindtægter	88.622	72.476
Renteudgifter	(30.476)	(2.419)
	<u>58.146</u>	<u>70.057</u>
4 Patientskadeankenævnet		
Bidrag for året	(12.209.282)	(10.200.000)
Regulering tidligere år	325.821	(87.985)
	<u>(11.883.461)</u>	<u>(10.287.985)</u>
5 Skatter og afgifter		
AER-bidrag	(45.820)	(41.443)
Arbejdsgivers AM-bidrag	-	(42.782)
Lønsumsafgift	(1.422.917)	(1.312.175)
Finansieringsbidrag	(17.583)	(12.473)
	<u>(1.486.320)</u>	<u>(1.408.873)</u>

Patientforsikringen er ikke skattepligtig af virksomhed udøvet i henhold til lov om patientforsikring

NOTER

<u>Note</u>	2000 <u>Regnskab</u> kr.	1999 <u>Regnskab</u> kr.
6 Kapitalandele		
Anskaffelsessum pr. 01.01.	118.227	118.227
Nyanskaffelser	-	-
Anskaffelsessum pr. 31.12.	<u>118.227</u>	<u>118.227</u>
Nedskrivninger pr. 01.01	(87.216)	(91.253)
Tilbageførsel af nedskrivning	1.353	4.039
Nedskrivninger pr. 31.12	<u>(85.863)</u>	<u>(87.216)</u>
Bogført værdi pr. 31.12	<u>32.364</u>	<u>31.011</u>
7 Tilgodehavende administrationsbidrag		
Bidrag til Patientforsikringen opkræves på grundlag af foreningens budget. For meget eller for lidt opkrævet bidrag reguleres over næstfølgende års bidrag.		
8 Tilgodehavender		
Sundhedsministeriet	-	824.383
Sundh.ministeriet boneloc-sager	-	1.496.000
Sundhedsministeriet	-	270.000
Regulering af adm.bidrag til KgF	16.029	18.664
Andre tilgodehavender	1.645.172	30.740
	<u>1.661.201</u>	<u>2.639.787</u>
9 A-skat m.m.		
Skyldig A-skat	487.737	417.942
Skyldig AM-bidrag	109.495	98.063
Skyldig ATP	28.031	27.509
Midlertidig pensionsopsp.	13.080	11.545
Skyldige feriepenge	130.208	100.049
	<u>768.551</u>	<u>655.108</u>
10 Eventualforpligtelser		
Foreningen har følgende forpligtelser:		
Huslejekontrakt	0,8 mio. kr.	
Leasingaftale	1,2 mio. kr.	
Feriepenge	1,7 mio. kr.	

Lov om erstatning for lægemiddelskader

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt:
Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

Kapitel I

Lovens anvendelsesområde

§ 1. Til patienter, der påføres fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende (lægemiddelskade), ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg), der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af persons sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorere. Til forsøgspersoner og donorer, der er omfattet af bestemmelsen, ydes også erstatning for psykisk skade.

Stk. 3. Med lægemiddelskade sidestilles skade forårsaget af et lægemiddel på en person, der plejer eller behandler den, til hvem et lægemiddel er ordineret. Erstatning ydes kun i det omfang, skaden ikke dækkes af lov om forsikring mod følger af arbejdsskade.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke skader efter stk. 1-3 der er omfattet af loven.

§ 2. Erstatning ydes kun, hvis lægemidlet erhvervsmæssigt er udleveret i Danmark til forbrug eller kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg). Udleveringen skal være sket gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

§ 3. Ved et lægemiddel forstås i denne lov en vare, som er bestemt til at tilføres mennesker for at forebygge, erkende, lindre, behandle el-

ler helbrede sygdom, sygdomssymptomer og smerter eller for at påvirke legemsfunktioner.

Stk. 2. Lægemidlet skal være godkendt til markedsføring i Danmark i henhold til gældende regler. Dette gælder dog ikke for lægemidler, der anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg), jf. § 1, stk. 2.

Stk. 3. Magistrelt fremstillede lægemidler og lægemidler, der efter forudgående tilladelse fra Sundhedsstyrelsen importeres til brug for enkeltpersoner, er omfattet af loven.

Stk. 4. Naturlægemidler, homøopatiske lægemidler, vitamin- og mineralpræparater er ikke omfattet af loven. Dette gælder dog ikke, såfremt disse produkter anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg) med henblik på at opnå markedsføringstilladelse som lægemiddel, jf. stk. 2, 1. pkt.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke lægemidler m.v. efter stk. 1-4 der er omfattet af loven.

§ 4. En lægemiddelskade forvoldt af et receptpligtigt lægemiddel erstattes kun, hvis lægemidlet er ordineret til skadelidte.

§ 5. Som lægemiddelskade anses ikke sygdomme eller anden skade, som

- 1) skyldes, at lægemidlet ikke har haft den tilsigtede effekt på den pågældende patient, eller
- 2) skyldes fejl eller forsømmelse i forbindelse med ordination eller udlevering af lægemidlet til patienten.

§ 6. En lægemiddelskade, der er opstået som følge af bivirkninger af et lægemiddel, erstattes kun, hvis bivirkningerne efter deres karakter

eller omfang går ud over, hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere. Bestemmelsen omfatter både kendte og ukendte samt konkret påregnelige og upåregnelige bivirkninger.

Stk. 2. Ved afgørelser i henhold til stk. 1 skal der særligt tages hensyn til

- 1) arten og sværhedsgraden af den sygdom, som behandlingen rettede sig imod,
- 2) den skadelidtes helbredstilstand,
- 3) skadens omfang og
- 4) mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke lægemiddelskader efter §§ 4-6 der er omfattet af loven.

§ 7. Der ydes kun erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forårsaget ved brug af lægemidler.

§ 8. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader.

Kapitel 2

Erstatningsudmåling m.v.

§ 9. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar, jf. dog reglerne i dette kapitel.

Stk. 2. Erstatning m.v. ydes kun, såfremt beløb fastsat efter stk. 1 overstiger 3.000 kr.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

Stk. 4. Stk. 2 og 3 finder ikke anvendelse på lægemiddelskader, der er omfattet af § 1, stk. 2.

§ 10. Erstatning ydes ikke til dækning af afledte regreskrav, jf. § 17 i lov om erstatningsansvar.

§ 11. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 12. Ved en serieskade forstås lægemiddelskader, som er påført flere personer og forårsaget af samme egenskab hos samme substans i et eller flere lægemidler, og

1) som beror på bivirkninger, der ikke på tidspunktet for lægemidlets udlevering var angivet i det af Sundhedsstyrelsen godkendte resumé af lægemidlets egenskaber eller registreret i lægemiddelkataloget, og som medfører skade af en sådan karakter, at denne ikke ved lægemidlets udlevering burde være forudset af en fagmand, eller

2) som skyldes en defekt ved lægemidlet som følge af instruktions-, fabriktions- eller distributionsfejl.

Stk. 2. En serieskade henføres til det år, hvor det første erstatningskrav rejses over for sundhedsministeren eller Patientforsikringsforeningen, jf. § 18, uanset hvornår de senere skader anmeldes.

§ 13. Erstatningssummen for skader i henhold til loven er begrænset til 150 mio. kr. pr. kalenderår.

Stk. 2. Erstatningssummen for hver enkelt serieskade, jf. § 12, er dog begrænset til 100 mio. kr.

Stk. 3. Erstatningssummen for lægemiddelskader ved kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg) er begrænset til 25 mio. kr. pr. forsøg.

Stk. 4. Erstatningen kan ikke overstige 5 mio. kr. pr. skadelidte.

§ 14. Er de i § 13 angivne beløb ikke tilstrækkelige til at dække alle de skadelidtes krav, foretages en forholdsmæssig nedsættelse af de enkelte krav, dog kun i endnu ikke udbetalte erstatningsbeløb. Viser det sig, efter at en skade er indtruffet, at en sådan nedsættelse kan blive nødvendig, kan det bestemmes, at erstatningen indtil videre alene ydes med en del af de anerkendte krav.

§ 15. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til loven, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke i de tilfælde, hvor der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar.

§ 16. I det omfang staten yder erstatning efter denne lov, indtræder Sundhedsministeriet i patientens krav mod lægemiddelproducenter

og mellemhandlere i henhold til lov om produktansvar.

Stk. 2. Staten kan afholde udgifter til advokat, sagsanlæg m.v. til inddrivelse af erstatning fra lægemiddelproducenter og mellemhandlere efter lov om produktansvar, jf. stk. 1. Inddragne erstatningsbeløb i forbindelse hermed tilgår staten.

Kapitel 3

Erstatningsordningens finansiering

§ 17. Udgifter til erstatninger samt andre udgifter til erstatningsordningen afholdes af staten.

Stk. 2. Sundhedsministeren foretager beregning og udbetaling af erstatninger. Sundhedsministeren kan bemyndige andre, herunder private, til at foretage beregning og udbetaling af erstatninger m.v. efter denne bestemmelse.

Kapitel 4

Sagernes behandling

§ 18. Sundhedsministeren behandler og træffer afgørelse i sager efter denne lov.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan bemyndige Patientforsikringsforeningen, jf. lov om patientforsikring, til at behandle og træffe afgørelse i sager efter stk. 1. Patientforsikringsforeningens udgifter i forbindelse hermed afholdes af staten, jf. § 17, stk. 1.

Stk. 3. I tilfælde, hvor sundhedsministeren har bemyndiget andre end offentlige myndigheder til at varetage opgaver efter denne lov, finder forvaltningsloven tilsvarende anvendelse.

Lægemedlenskadeankenævnet

§ 19. Sundhedsministeren nedsætter et lægemiddelskadeankenævnet, som består af

- 1) en af sundhedsministeren udnævnt formand, som skal være dommer,
- 2) 2 medlemmer udpeget af sundhedsministeren,
- 3) 2 medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen med henholdsvis medicinsk og farmaceutisk sagkundskab,
- 4) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen i Danmark, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns og Frederiksberg Kommuner,

5) 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer,

6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Stk. 2. Lægemedlenskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Lægemedlenskadeankenævnet dettes forretningsorden. Ministeren kan heri fastsætte regler om honorar til nævnets formand og medlemmer.

Stk. 4. Udgifter til drift af Lægemedlenskadeankenævnet afholdes af staten, jf. § 17, stk. 1.

§ 20. De afgørelser, der træffes efter § 18, stk. 1 og 2, kan indbringes for Lægemedlenskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Lægemedlenskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Lægemedlenskadeankenævnet skal indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Lægemedlenskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlige grunde her til.

Stk. 4. Lægemedlenskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten. Indbringelse skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

§ 21. Sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver efter denne lov, kan af kommuner, amtskommuner og andre vedkommende, herunder sygehuse, apoteker, institutioner, behandlende læger m.v. samt den skadelidte og vedkommende medicinalfirma, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som skønnes at være af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver efter denne lov, skal afgive de oplysninger til Lægemedlenskadeankenævnet, som er nødvendige for nævnets varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 5

Forældelsesbestemmelser

§ 22. Erstatningskrav efter denne lov skal være anmeldt til sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver

efter denne lov, senest 3 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Stk. 2. Forældelse af erstatningskrav efter denne lov indtræder dog senest 10 år efter den dag, lægemidlet er udleveret til skadelidte.

Kapitel 6

Ikrafttrædelses- og ændringsbestemmelser m.v.

§ 23. Loven træder i kraft den 1. januar 1996. Loven gælder ikke, såfremt det lægemiddel, der har forvoldt skaden, er udleveret til skadelidte inden lovens ikrafttræden.

§ 24. I lov om offentlig sygesikring, jf. lovbestemt kendtgørelse nr. 77 af 31. januar 1994, som ændret ved lov nr. 1133 af 21. december 1994, foretages følgende ændringer:

1. I § 7, *stk. 1*, ændres »75 pct.« 3 steder til: »74,7 pct.«

2. I § 7, *stk. 2*, ændres »50 pct.« 3 steder til: »49,8 pct.«

3. I § 7, *stk. 3*, ændres »50 pct.« til: »49,8 pct.« og »75 pct.« til: »74,7 pct.«

4. I § 7, *stk. 5*, ændres »75 pct.« 2 steder til: »74,7 pct.« og »50 pct.« 2 steder til: »49,8 pct.«

5. I § 7, *stk. 6*, ændres »75 pct.« til: »74,7 pct.« og »50 pct.« til: »49,8 pct.«

§ 25. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Givet på Christiansborg Slot, den 20. december 1995

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

MARGRETHE R.

/ Yvonne Herløv Andersen

Lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt:

Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

Kapitel 1

Erstatningsordning m.v.

§ 1. Patienter, som før 1. juli 1992 er blevet opereret med Boneloc-cement, har ret til erstatning og godtgørelse efter reglerne i lov om patientforsikring, jf. dog §§ 5 og 6. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

§ 2. Patientforsikringsforeningen modtager, oplyser og afgør sager efter denne lov.

Stk. 2. Sundhedsministeren udbetaler erstatning og godtgørelse i overensstemmelse med afgørelser truffet efter denne lov. Sundhedsministeren afholder endvidere andre udgifter som følge af denne lov og indgår herunder aftale med Patientforsikringsforeningen om, at staten afholder udgifter i forbindelse med foreningens administration af sager efter stk. 1 samt andre udgifter, foreningen måtte have som følge af erstatningsordningen.

§ 3. Har den driftsansvarlige sygehusmyndighed anerkendt erstatningspligt i anledning af en operation som nævnt i § 1, kan krav efter denne lov først rejses, når sygehusmyndigheden har til-

kendegivet, hvilken erstatning m.v. der kan ydes.

Stk. 2. Ved udmåling af erstatning og godtgørelse efter denne lov i sager som nævnt i stk. 1 foretages der fradrag svarende til sygehusmyndighedens tilkendegivelse.

Kapitel 2

Ikrafttrædelses- og forældelsesbestemmelser m.v.

§ 4. Loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

§ 5. Bestemmelsen i § 19 i lov om patientforsikring om forældelse af erstatningskrav gælder ikke for patienter, der anmelder deres krav til Patientforsikringsforeningen efter denne lov.

§ 6. Loven omfatter alene krav anmeldt til Patientforsikringsforeningen inden den 1. januar 2003.

§ 7. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Givet på Christiansborg Slot, den 2. juni 1999

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

MARGRETHE R.

/ Carsten Koch