

Årsberetning 2001



FINGERBØL, DIGITALIS PURPUREA



PATIENTFORSIKRINGEN

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. Anmeldelser og afgørelser	13
2.2. Verserende sager og sagsbehandlingstiden	17
2.3. Tilkendte erstatningsbeløb	19
2.4. Afgørelser efter patientforsikringsloven	20
2.5. Skadernes art	24
2.6. Omkostninger ved sagsbehandlingen	27
3. Erstatningsgrundlag og afgørelser	29
3.1. Formål	29
3.2. Patientforsikringslovens erstatningsgrundlag	30
3.3. Eksempler på afgørelser	32
3.3.1. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (offentligt sygehus?)	32
3.3.2. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (foreligger der en fysisk skade?)	34
3.3.3. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	35
3.3.4. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2 (fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr)	38
3.3.5. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode eller teknik)	39
3.3.6. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	43
3.3.7. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1 (forkert diagnose eller diagnoseforsinkelse)	50
3.3.8. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 2 (culpa)	52

	Side
3.3.9. PFL § 19 (Forældelse)	55
3.3.10. PFL § 22 (Færøerne og Grønland)	56
4. Erstatningsberegning	57
4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler	57
4.2. Eksempler på erstatningsberegning	60
4.2.1. Helbredelsesudgifter og andet tab (EAL § 1)	60
4.2.2. Tabt arbejdsfortjeneste (EAL § 2)	63
4.2.3. Svie og smerte (EAL § 3)	65
4.2.4. Erhvervsevnetab (EAL § 8)	66
4.2.5. Tab af forsørger (EAL § 13)	70
4.2.6. Øvrige eksempler	71
5. Generelle problemstillinger	77
5.1 Merudgifter til erstatning og godtgørelser som følge af den nye erstatningsansvarslov (lov nr. 463 af 7. juni 2001)	77
5.1.1. Baggrunden for beregningen	77
5.1.2. Udvalgelsesmetoden	77
5.1.3. Beregningsforudsætninger	78
5.1.4. Skønsmæssig regulering af beregningen	78
5.1.5. Resultatet af gennemregningen	79
5.1.6. Lovens gennemslagshastighed	80
5.1.7. Fremtidige erstatningstilkendelser	81
5.2. Erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement	82
5.2.1. Generelle bemærkninger	82
5.2.2. Talmæssige oplysninger	84
5.2.3. Eksempel på afgørelse	85
5.3. Erhvervsevnetabserstatning efter EAL § 8 til personer, der har forladt arbejdsmarkedet	86
5.3.1. Problemstilling	86
5.3.2. Domspraksis	87
5.3.3. Patientforsikringens nuværende praksis	88
5.3.4. Konklusion	90
5.5.5. Fremtiden	90
5.4. Refleksdystrofi	91
5.4.1. Definition	91
5.4.2. Praksis	91

	Side
5.5. Bedste specialiststandard ved behandling af underarmsbrud (colles fraktur)	93
5.6. Vejledende udtalelser	96
5.7. Patientforsikringens søgsmålskompetence	98
6. Patientforsikringens virksomhed	103
6.1. Foreningens medlemmer	103
6.2. Foreningens bestyrelse i 2001	105
6.3. Patientforsikringens bestyrelse 2002	106
6.4. Foreningens administration	107
6.4.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2002	107
6.4.2. Konsulentnet	110
6.5. Administrationsaftale	110
6.6. Regnskab og budget	110
7. Beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader	113
7.1. Lovgrundlag	113
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 og deres udfald	117
7.4.3. Tilkendte erstatningsbeløb	118
7.4.4. Sagsbehandlingstiden	118
7.5. Erstatningsgrundlag og afgørelser	119
7.5.1. Formål	119
7.5.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader	119
7.5.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader	123
7.6. Særlige problemstillinger	127
7.6.1. Forholdet til produktansvarsreglerne	127
8. The Danish Patient Insurance System (Annual report 2001)	129
8.1. Background for the Danish Patient Insurance Act	129

	Side
8.1.1. The Culpa System	129
8.1.2. Redress	129
8.1.3. Prevention	130
8.2. The Insurance Scheme in Outline	130
8.3. Limitations in the Scope	131
8.3.1. Only Treatments at Public Hospitals	131
8.3.2. Only Injuries Caused by Examination and Treatment	132
8.3.3. Only Physical Injuries	133
8.3.4. Other Limitations	133
8.4. Conditions for Damages	134
8.5. Avoidable Injuries	135
8.5.1. "The Specialist Rule" (§ 2 (1), no. 1)	135
8.5.2. "The Equipment Rule" (§ 2 (1), no. 2)	137
8.5.3. "The Alternative Rule" (§ 2 (1), no. 3)	138
8.6. Unavoidable Injuries	139
8.6.1. "The Endurability Rule" (§ 2 (1), no. 4)	139
8.7. Special Conditions for Damages	141
8.8. Key Figures for the Patient Insurance	141
8.9. The Appeals System	143
8.10. Conclusion	144
Bilag 1 Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24.3.1997	148
Bilag 2 Bekendtgørelse vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring	153
Bilag 3 Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringselskaber	155
Bilag 4 Bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse af lov om patientforsikring	158
Bilag 5 Uddrag af lov om erstatningsansvar	160
Bilag 6 Regnskab for 2001, 10. regnskabsår	163
Bilag 7 Lov om erstatning for lægemiddelskader, lov nr. 1120 af 20.12.1995	176
Bilag 8 Lov om erstatning til patienter opereret med Bonelov-cement før 1. juli 1992	180
Bilag 9 Anmeldelser og anerkendelser fordelt på sygehuse	181

Forord

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

Patientforsikringen fremlægger herved sin årsberetning for 2001. Beretningen indeholder eksempler på erstatningssager og forskellige administrative spørgsmål, der har fundet deres løsning inden årsberetningens deadline 1. maj 2002.

Der er i beretningen lagt vægt på at belyse foreningens praksis gennem en række eksempler på afgørelser inden for patientforsikrings- og erstatningsansvarslovens område. Da kendskab til patientforsikrings- og erstatningsansvarslovens regler er en forudsætning for forståelsen af afgørelserne, er der som indledning til denne del af beretningen givet en kort gennemgang af reglerne.

Endvidere indeholder beretningen en række talmæssige oplysninger om Patientforsikringens virksomhed i 2001 og tidligere år.

Patientforsikringen skal i henhold til lov om erstatning for lægemiddelskader afgive en årlig beretning til sundhedsministeren om lovens administration. Beretningen indeholder derfor også en redegørelse til ministeren vedrørende Patientforsikringens administration af denne lov.

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

Patientforsikringen kan i 2002 fejre sit 10 års jubilæum. I den anledning vil Patientforsikringen senere på året udgive et jubilæumsskrift med en række artikler om patientforsikringsordningen. Patientforsikringen vil endvidere udgive en samlet oversigt over principielle afgørelser efter loven igennem de seneste 10 år, tillige med artikler om en række generelle problemstillinger.

Margit Ørsted
Formand

/

Arne Grünfeld
Direktør

1. Patientforsikringen

1.1. Lovgrundlag

Ved ikrafttrædelsen af lov om patientforsikring 1. juli 1992 blev skadelidte patienters adgang til at opnå erstatning for komplikationer opstået i tilknytning til sygehusbehandlingen udvidet betydeligt.

Samtidig blev det i henhold til lovens § 12 og § 13 besluttet at henlægge sagerne behandling til et administrativt, uvildigt organ - Patientforsikringsforeningen, i det følgende kaldet Patientforsikringen.

Udover at udvide 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 forsikringsselskaberne 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 dog i ganske særlige tilfælde tage stilling til principielle enkeltsager vedrørende administrationen af lov om patientforsikring og regler fastsat i medfør heraf. Bestyrelsen har imidlertid ikke i den tid patientforsikringsordningen har eksisteret taget stilling til sådanne enkeltsager.

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 forsikringsskadeansvarerne 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. Sagerne 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 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 søges erstattet. 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.

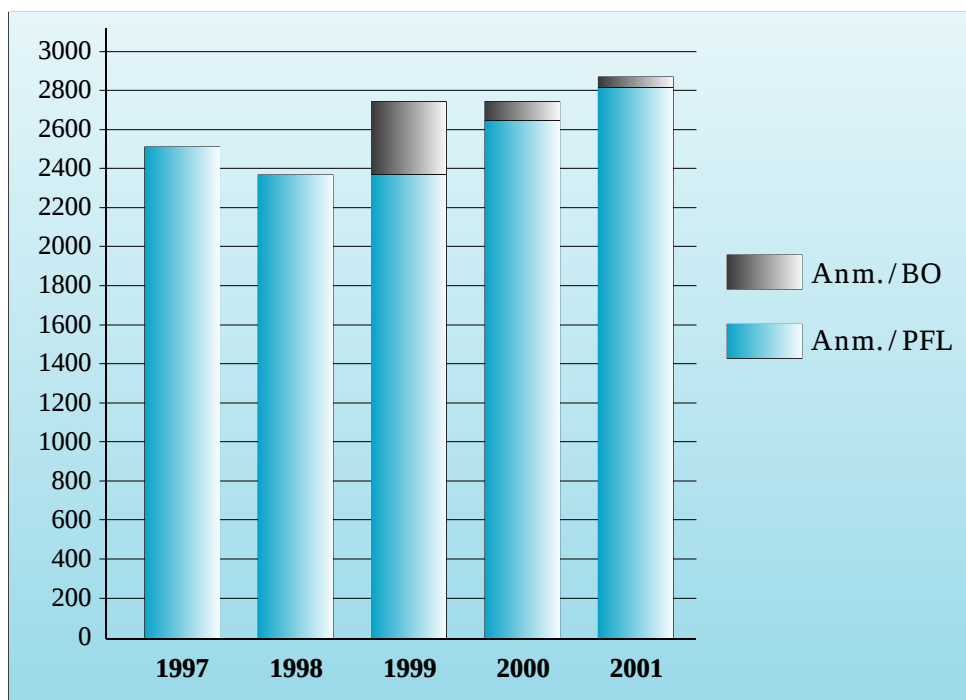
På trods af Patientforsikringens karakter af “privat” forening er foreningen omfattet af forvaltningslovens regler om bl.a. aktindsigt, tavshedspligt og begrundelse, jfr. sundhedsministerens udstedelse af bekendtgørelse nr. 652 af 23. juli 1992 om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringens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

2. Talmæssige oplysninger

2.1. Anmeldelser og afgørelser

Patientforsikringen modtog i 2001 i alt 2.832 anmeldelser efter patientforsikringsloven. Dette er en stigning på 166 anmeldelser i forhold til 2000. Hertil kommer, at Patientforsikringen modtog 16 anmeldelser efter lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc cement før 1. juli 1992, samt 122 anmeldelser efter lægemiddelskadeerstatningsloven. Lægemiddelskadeerstatningsloven er særskilt omtalt i beretningens kapitel 7, og indgår derfor ikke i de talmæssige oplysninger i dette kapitel.

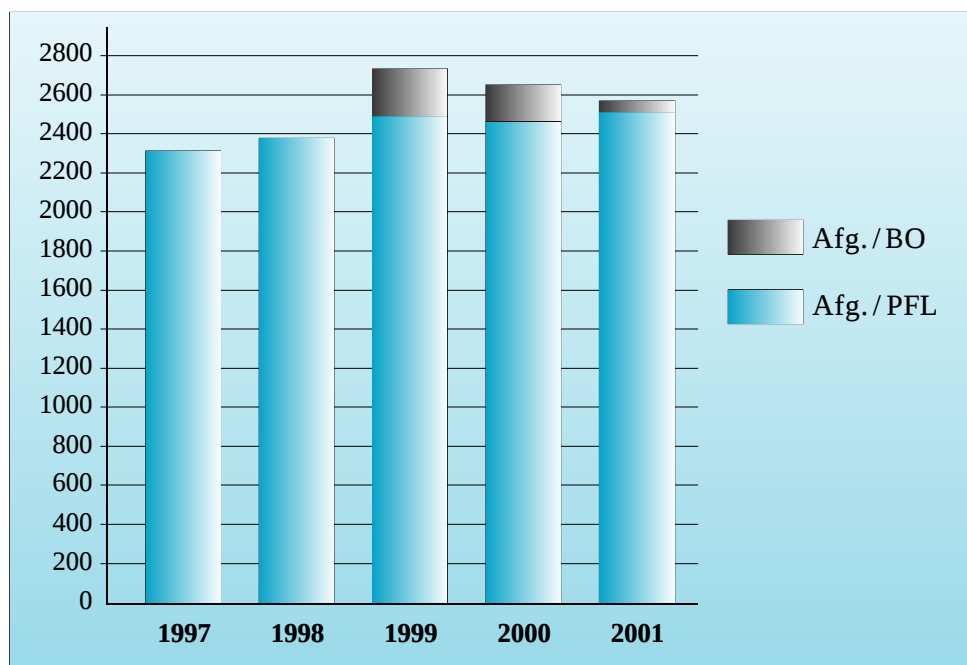
Figur 1 Antal anmeldelser efter patientforsikringsloven og bonelocloven



På baggrund af udviklingen i antallet af anmeldelser igennem de seneste år, forventer Patientforsikringen, at der også i 2002 vil være en vækst, således at anmeldelsesantallet vil nå ca. 3.000.

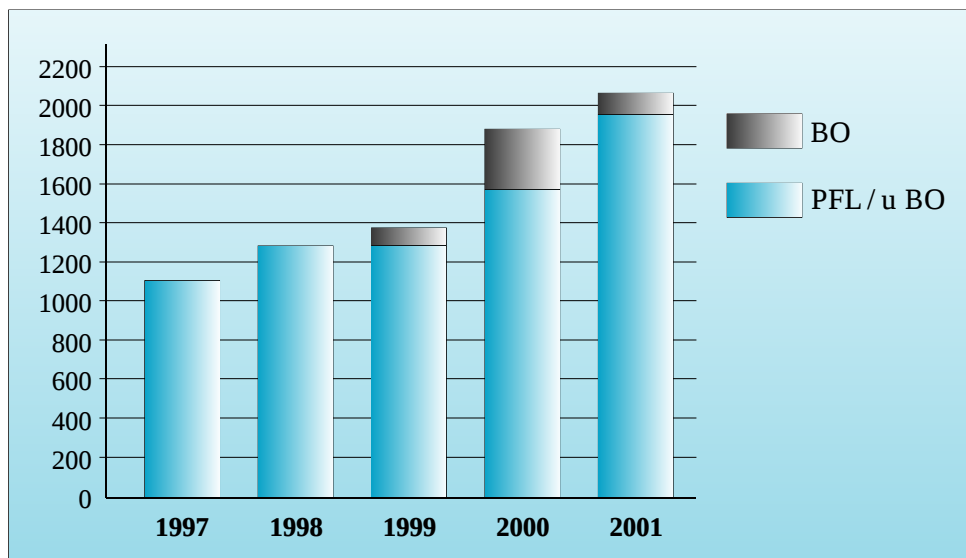
Efter igennem 3 år at have truffet et antal afgørelser efter patientforsikringsloven, der nogenlunde svarede til antallet af nye anmeldelser, var dette ikke muligt i 2001. Som det fremgår af figur 2, blev der truffet afgørelse i 2.559 sager. For at sikre, at Patientforsikringen fremover atter kan træffe et antal afgørelser, som mindst svarer til antallet af nye anmeldelser, er der i 2001 sket en række ændringer i arbejdsrutinerne og ansat nye medarbejdere.

Figur 2 Afgørelser efter patientforsikringsloven og bonelocloven



Som det imidlertid fremgår af figur 3, traf Patientforsikringen i 2001 væsentlig flere afgørelser efter erstatningsansvarsloven end i de tidligere år. Årsagen hertil var en ændret prioritering i 2001, idet Patientforsikringen ønskede at få afsluttet en større mængde af ældre og erstatningstunge sager.

Figur 3 Antal afgørelser efter erstatningsansvarsloven



Af de sager, der blev anmeldt til Patientforsikringen i 2001, vedrørte kun de færreste anmeldelser skader indtruffet i 2001. Det fremgår af figur 4.

Som udviklingen i forhold til 2000 også indikerer, er anmeldelserne i de senere år dog også begyndt at komme kortere tid efter skadens indtræden.

Figur 4 Anmeldelser modtaget i år 2000 og 2001, fordelt efter skadeår i %.

Skadeår	2000	2001
Før 1. juli 1992	1,4	0,2
<1996	8,4	3,5
1996	4,6	3,1
1997	6,0	3,7
1998	12,4	5,9
1999	31,9	11,5
2000	35,3	34,5
2001		37,6
Total	100,0	100,0

Baggrunden for, at anmeldelse generelt sker på et så forholdsvis sent tidspunkt er flere. For det første venter både patienter og sygehuspersonale ofte med at anmelde en skade, indtil skadens følger forekommer mere klare. De fleste patienter får lykkeligvis kun forbigående gener af en eventuel komplikation, og det kan da ofte være svært at skelne mellem følger af patientens grundsygdom og følger af den givne behandling.

For det andet må det også forventes, at de sene anmeldelser skyldes manglende kendskab til patientforsikringsordningen blandt såvel behandlende personale som patienter. I disse situationer kan det være en tilfældighed, at patienten opnår kendskab til ordningen, men det kan også være, at sagen først rejses efter at den har været indbragt for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Væksten i antallet af anmeldelser skyldes således ikke faldende kvalitet i de givne behandlinger, men snarere en kombination af en række forhold, i hvilken forbindelse et konstant stigende aktivitetsniveau på sygehusene og nye behandlingsmuligheder naturligvis også har betydning.

Det har fra flere institutioner, herunder Lægeforeningen, i 2001 været fremhævet, at antallet af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet er meget stort, og at en meget stor del af disse hændelser ikke registreres.

Det kan ikke fastlægges, hvor mange komplikationer og skader der reelt kunne anmeldes til Patientforsikringen, men som ikke bliver det på grund af manglende kendskab til mulighederne for erstatning. På baggrund af de undersøgelser som ligger til grund for blandt andre Lægeforeningens vurdering, må antallet imidlertid skønnes at være ganske betydeligt. Det manglende kendskab til patientforsikringsordningen og den manglende viden hos patienter om, at følgerne ikke alene skyldes deres sygdom, er her afgørende faktorer.

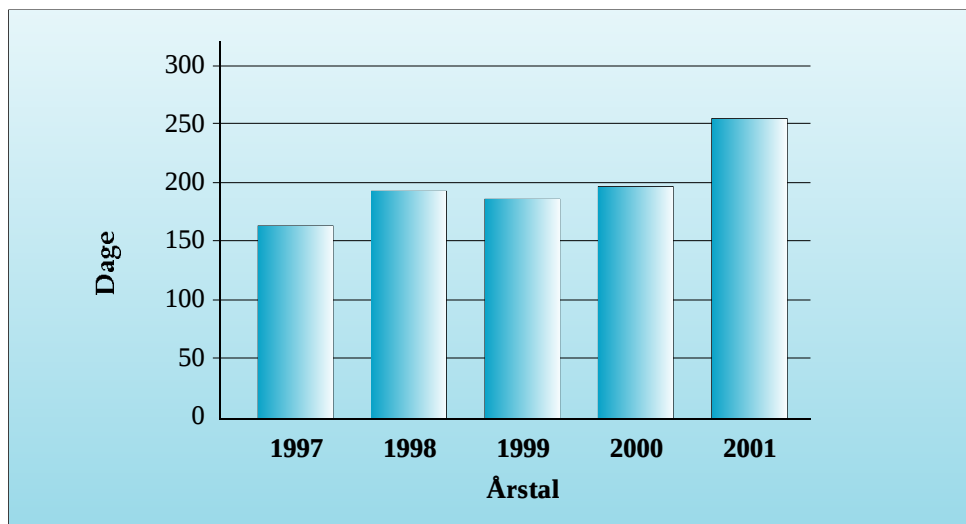
Patientforsikringen har i 2001 iværksat et arbejde med henblik på udarbejdelse af en række artikler om skadeforebyggelse, der skal være med til at skærpe sundhedspersonalets opmærksomhed på erstatningsmulighederne, ligesom Patientforsikringens bestyrelse også i 2002 vil overveje muligheder for en styrkelse af kendskabet til erstatningsmulighederne.

2.2. Verserende sager og sagsbehandlingstiden

Sagsbehandlingstiden var ved udgangen af 2001 steget til 259 i gennemsnit, hvilket er en betydelig stigning. Sagsbehandlingstiden har i tidligere år ligget mellem 160 og 200 dage. Dette fremgår af figur 5.

Det skal i den forbindelse understreges, at Patientforsikringen i ca. 100 dage afventer materiale fra sygehuse og patienter, således at det gennemsnitlige tidsforbrug i Patientforsikringen reelt er væsentligt mindre.

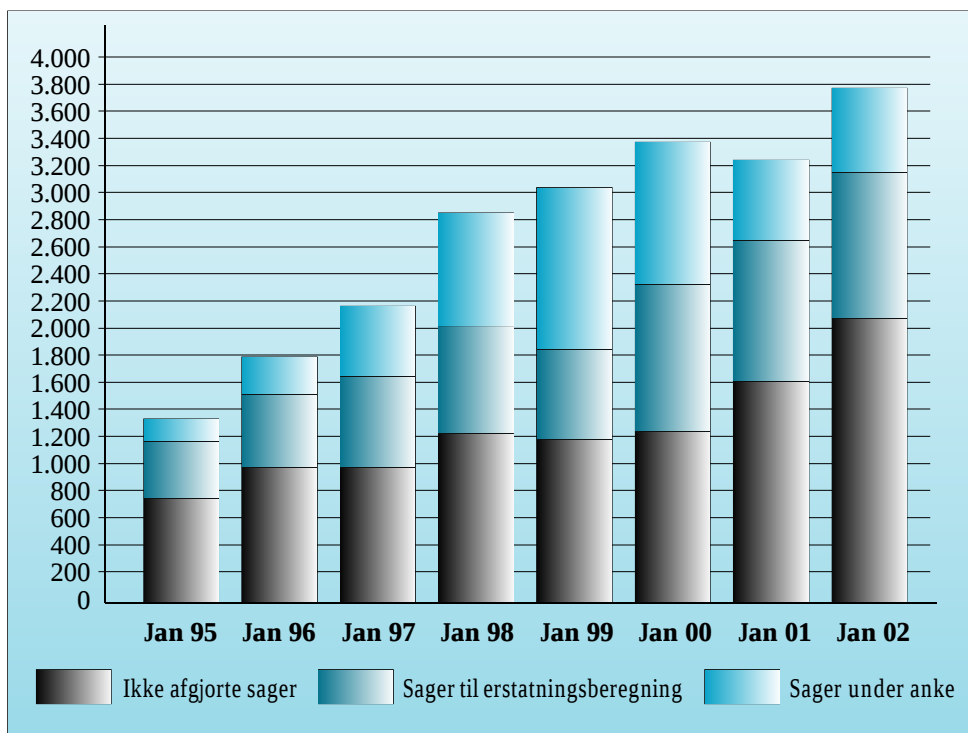
Figur 5 Gennemsnitlig sagsbehandlingstid for afgørelser efter patientforsikringsloven



Årsagen til stigningen i sagsbehandlingstiden i 2001 skyldes ikke blot det faktum, at Patientforsikringen ikke fik truffet et antal afgørelser, der modsvarede antallet af anmeldelser, men derimod i høj grad, at Patientforsikringen, især i den sidste halvdel af året, arbejdede målrettet på at afslutte en lang række ældre, uafsluttede sager. Disse sager har altså medført en væsentlig forhøjelse af den gennemsnitlige sagsbehandlingstid. Pr. 1. juni 2002 er sagsbehandlingstiden da også allerede faldet til 204 dage.

Patientforsikringen finder imidlertid fortsat, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid er for høj, og arbejder derfor målrettet på et fortsat fald i resten af året, således at sagsbehandlingstiden ved udgangen af året ligger tæt på en målsætning om en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på maksimalt 180 dage.

Figur 6 Udviklingen i antallet af verserende sager



Antallet af verserende sager fremgår af figur 6, og som det kan ses heraf, relaterer væksten i antallet af verserende sager sig alene til de sager, hvori der endnu ikke er truffet afgørelse efter patientforsikringsloven, hvorimod antallet af sager under erstatningsberegning er uændret eller svagt faldende. Væksten i antallet af ikke-afgjorte sager er bragt til ophør i de første 5 måneder af 2002, og Patientforsikringen har som målsætning, at antallet af ikke-afgjorte sager skal være begyndt at falde ved udgangen af 2002, ligesom antallet af sager under erstatningsberegning skal forblive uændret lavt.

2.3. Tilkendte erstatningsbeløb

Af figur 7 fremgår både hvor store erstatningsbeløb Patientforsikringen har tilkendt i årene siden lovens ikrafttræden i 1992, og hvor meget der er tilkendt i sager fra de respektive skadeår. Alle beløb er eksklusive renter.

Patientforsikringen tilkendte i 2001 samlede erstatninger på 205,6 mio. kr., hvilket er en kraftig stigning i forhold til året før, hvor de samlede, tilkendte erstatninger udgjorde 130 mio. kr.

Figur 7 Erstatningsbeløb fordelt efter tilkendelsesår og skadeår

Skadeår		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	i alt*
Tilkendelsesår	1992	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	33,3	26,1	2,1				114,1
	1999	3,9	13,1	7,0	19,9	21,1	32,5	28,9	1,4			127,8
	2000	0,7	8,9	7,6	8,8	12,2	29,9	40,3	19,9	1,7		130,0
	2001	7,2	3,8	11,4	13,7	17,6	28,8	35,6	53,9	32,5	1,1	205,6
	I alt*	59,8	125,7	109,9	117,5	106,0	118,5	106,9	75,2	34,2	1,1	854,8

*Eksklusive renter

Årsagen hertil beror først og fremmest på, at Patientforsikringen i 2001 arbejdede målrettet på at afvikle de mange sager, der var under erstatningsberegning, jfr. også bemærkningerne ovenfor til figur 3. Mange af disse sager, der har verseret gennem længere tid, påvirker de samlede erstatningsudbetalinger i stor grad, idet de afsluttende udbetalinger i sådanne sager næsten altid vedrører erstatning for tab af erhvervsevne, der udgør langt den største post i erstatningsudgifterne.

Figur 7 viser da også, at de tilkendte erstatninger i 2001 i høj grad vedrører skader sket flere år tidligere. Denne forsinkelse i udbetalingerne skyldes naturligvis også, at skaderne ofte først anmeldes til Patientforsikringen lang tid efter deres indtræden.

Det skal dog understreges, at de større udgifter også skyldes stigningen i antallet af anmeldelser. Stigningen i antallet af anmeldelser fra 1999 til 2000 på ca. 250 er således først slået igennem i erstatningsudbetalingerne i 2001.

De samlede udbetalinger i 2002 forventes at blive nogenlunde uændrede i forhold til 2001.

Som nærmere omtalt i denne beretnings kapitel 5.1 vedtog Folketinget i 2001 en række ændringer i lov om erstatningsansvar, som også for patientforsikringsordningen vil betyde en meget stor stigning i tilkendte erstatningsbeløb. Udgifterne alene som følge af disse lovændringer vil inklusive renter stige med 61,3%, når lovændringerne er slået fuldt igennem.

2.4. Afgørelser efter patientforsikringsloven

Figur 8 viser, at 45,8 % af de patienter, der fik deres sag afgjort i 2001, fik deres sag anerkendt som en patientskade. Ser man bort fra de patienter, hvis sag faldt helt udenfor lovens dækningsområde, og som Patientforsikringen derfor ikke kunne behandle, så fik 51,8 %, eller godt halvdelen, altså medhold. Det er en stigning i forhold til gennemsnittet for perioden 1996 - 2000 på ca. 4 %. Fordelingen omfatter også de afgørelser, der er truffet i Patient-skadeankenævnet.

Figur 8 Afgørelsestyper efter patientforsikringsloven 1996 - 2000 og 2001

	1996-2000	1996-2000	2001	2001
Afgørelsestype	Antal	%	Antal	%
§ 2, stk. 1, nr. 1, (specialistmålestokken)	1.981	17,4	493	19,7
§ 2, stk. 1, nr. 2, (apparatursvigt)	271	2,4	34	1,4
§ 2, stk. 1, nr. 3, (alternativ metode / teknik)	82	0,7	22	0,9
§ 2, stk. 1, nr. 4, (rimelighedsreglen)	1.795	15,8	500	20,0
§ 3, stk. 2, (ulykker)	42	0,4	15	0,6
§ 4, stk. 1, (donorer og forsøgspersoner)	317	2,8	80	3,2
I alt omfattet	4.488	39,5	1.144	45,8
Ikke berettiget til erstatning i alt	4.873	42,8	1.066	42,6
Uden for lovens dækningsområde:				
Under lovens bagatelgrænse	1.028	9,0	129	5,2
Før 1. juli 1992	302	2,7	16	0,6
Ikke offentligt sygehusvæsen	285	2,5	75	3,0
Forældelse	26	0,2	10	0,4
Diverse	371	3,3	61	2,4
I alt uden for lovens dækningsområde	2.012	17,7	291	11,6
Samlet antal afgørelser efter PFL	11.373	100,0	2.501	100,0

Stigningen i antallet af anerkendelser er størst efter rimelighedsreglen i § 2 stk. 1, nr. 4, hvor der i 2001 er anerkendt 4,2% flere sager. Stigningen skyldes en lempeligere fortolkning af bestemmelsen, herunder Højesterets afgørelse om, at der for visse typer af skader skal ses bort fra grundsygdommens alvor ved vurderingen af, hvorvidt patienten skal have erstatning.

Andelen af anmeldelser, der falder udenfor lovens dækningsområde, er faldet, hvilket primært skyldes, at bagatelgrænsen pr. 1. juni 1997 blev sænket fra 20.000 til 10.000 kr., og ikke siden er reguleret, samtidig med, at erstatningsposterne løbende reguleres opad.

Minimumsgrænsen, der tidligere har været meget omdiskuteret, har således en vigende betydning.

Det er i øvrigt kendetegnende, at lige mange sager anerkendes efter "specialistreglen" og "rimelighedsreglen", i henholdsvis lovens § 2 stk. 1, nr. 1 og 4, hvorimod bestemmelserne i § 2 stk. 1, nr. 2 og 3 kun har ringe betydning.

Af figur 9a fremgår, hvorledes anmeldelser og anerkendelser fordeler sig på de enkelte amter i henholdsvis perioden fra 1. juli 1992 – 2001 og for 2001 alene. Antallet af anmeldelser er sat i forhold til antallet af udskrivinger i de respektive amter, for derved at opnå et sammenligningsgrundlag. (En tilsvarende opgørelse over anmeldelses- og anerkendelsesfrekvenserne for de enkelte sygehuse er optrykt som bilag 9 i denne beretning).

Som det kan ses, anmeldes der ikke forholdsvis lige mange skader fra de enkelte amter. Et større antal anmeldelser fører generelt til et større antal anerkendte sager, men den relativt store forskel mellem anmeldelsesfrekvenserne i de enkelte amter genfindes ikke i samme omfang i anerkendelsesfrekvenserne. Som udgangspunkt er der altså flere sager, der afvises i de amter, hvorfra anmeldelsesantallet er højest.

Figur 9a Antal anmeldelser og anerkendelser efter PFL fra 1. juli 1992 indtil 31. december 2000

Amt	Antal anmel- delser	Pr. 1.000 udskriv- ninger	Antal anerken- delser	Pr. 1.000 udskriv- ninger
Københavns Amt	1.812	1,80	621	0,62
Frederiksborg Amt	1.069	1,98	363	0,67
Roskilde Amt	629	1,69	205	0,55
Vestsjællands Amt	730	1,58	230	0,50
Storstrøms Amt	663	1,51	223	0,51
Bornholms Amt	141	2,05	60	0,87
Fyns Amt	1.268	1,42	483	0,54
Sønderjyllands Amt	586	1,41	207	0,50
Ribe Amt	556	1,44	203	0,53
Vejle Amt	827	1,28	296	0,46
Ringkøbing Amt	579	1,31	214	0,48
Århus Amt	1.948	1,58	734	0,59
Viborg Amt	619	1,44	245	0,57
Nordjyllands Amt	1.210	1,45	418	0,50
Hovedstadens Sygehusfællesskab	2.791	1,78	973	0,62
Øvrige	520	-	54	-
Hele landet	15.948	1,64	5.529	0,57

Figur 9b Antal anmeldelser og anerkendelser i 2001

Amt	Antal anmel- delser	Pr. 1.000 udskriv- ninger	Antal anerken- delser	Pr. 1.000 udskriv- ninger
Københavns Amt	313	2,64	136	1,15
Frederiksborg Amt	179	2,82	68	1,07
Roskilde Amt	111	2,53	40	0,91
Vestsjællands Amt	118	2,18	55	1,01
Storstrøms Amt	112	2,17	54	1,05
Bornholms Amt	19	2,35	9	1,12
Fyns Amt	253	2,41	104	0,99
Sønderjyllands Amt	129	2,76	53	1,08
Ribe Amt	91	2,01	42	0,93
Vejle Amt	143	1,88	51	0,67
Ringkøbing Amt	138	2,65	51	0,98
Århus Amt	320	2,20	134	0,92
Viborg Amt	123	2,44	40	0,79
Nordjyllands Amt	246	2,50	106	1,08
Hovedstadens Sygehusfællesskab	454	2,46	196	1,06
Øvrige	76	-	5	-
Hele landet	2.825	2,47	1.144	1,00

Der er flere årsager til, at anmeldelsesfrekvensen kan variere amterne imellem. Det kan skyldes, at et amt eller HS har flere lands- eller landsdelsspecialer. Det er ofte de mere komplicerede og alvorlige sygdomme, der medfører komplikationer. Det kan også skyldes forskelle i informationsniveauet om patientforsikringsordningen.

Der er imidlertid ikke holdepunkter for, at en højere anmeldelsesfrekvens generelt skyldes forskelle i kvaliteten af den behandling, der bliver ydet. Dette fremgår af figur 10.

Figur 10 Anerkendelser efter PFL § 2.1.1 i 2001 opgjort pr. 1.000 udskrivelser pr. amt.

Amt	Antal anerkendelser	Pr. 1000 udskrivelser
HS	46	0,25
Århus Amt	45	0,32
Københavns Amt	40	0,34
Nordjyllands Amt	37	0,38
Fyns Amt	30	0,29
Frederiksborg Amt	25	0,39
Sønderjyllands Amt	23	0,49
Storstrøms Amt	21	0,41
Vestsjællands Amt	19	0,36
Ribe Amt	19	0,43
Viborg Amt	18	0,37
Ringkøbing Amt	17	0,33
Vejle Amt	15	0,20
Roskilde Amt	12	0,28
Bornholms Amt	4	0,50

Som det fremgår af figur 9b, har Københavns Amt i 2001 haft en høj anmeldelsesfrekvens, men samtidig fremgår det af figur 10, at amtet har en lav frekvens af sager, der er anerkendt efter § 2 stk. 1, nr. 1, altså sager, hvori den givne patientbehandling kunne have været bedre.

Det skal endvidere understreges, at antallet af anerkendelser fra visse amter, eksempelvis Bornholms Amt er så beskedent, at den statistiske usikkerhed er for stor til, at den angivne frekvens kan tillægges nogen betydning.

2.5. Skadernes art

Figur 11 indeholder en oversigt over de medicinske specialer, der medfører flest skader omfattet af patientforsikringsloven.

Som det fremgår, er ortopædkirurgien det medicinske speciale, der er mest

skadeforvoldende. Man skal imidlertid også huske, at ortopædkirurgien er det langt største kirurgiske speciale, altså det speciale med flest behandlinger.

Ser man på de store kirurgiske specialer i figur 11, forvolder disse sammenlagt næsten 60 % af skaderne.

Figur 11 De 20 medicinske specialer med størst anerkendelsesfrekvens, målt på sager anerkendt i 2001.

Speciale	Anerkendelser	Opgjort i %
Ortopædisk kirurgi	417	41,00
Kirurgi	110	10,82
Klinisk biokemi	61	6,00
Gynækologi	61	6,00
Anæstesiologi	52	5,11
Neurokirurgi	51	5,01
Obstetrik	47	4,62
Ort-rhino-laryngologi	46	4,52
Kirurgisk gastroenterologi	30	2,95
Intern medicin	27	2,65
Oftalmologi	24	2,36
Thoraxkirurgi	13	1,28
Urologi	13	1,28
Diagnostisk radiologi	12	1,18
Reumatologi	12	1,18
Klinisk immunologi	10	0,98
Onkologi	9	0,88
Kardiologi	8	0,79
Karkirurgi	8	0,79
Neurologi	6	0,59
Total	1.017	100,00

Vælger man i stedet, som i figur 12, at se på de samme specialer og resultatet af de skader de forvolder, så er rækkefølgen imidlertid en helt anden.

Skader indenfor obstetrik indtræder ikke ofte, men til gengæld er de menneskelige - og dermed økonomiske - konsekvenser af de skader, der rent faktisk indtræder, meget alvorlige. De obstetriske skader med de alvorligste konsekvenser vedrører børn, der under fødslen får hjerneskader som følge af iltmangel.

Figur 12 De 20 dyreste medicinske specialer i 2001

Speciale	Gennemsnitserstatning
Obstetrik	423.515
Karkirurgi	348.830
Intern medicin	345.124
Kardiologi	314.841
Neurokirurgi	284.074
Thoraxkirurgi	248.571
Oto-rhino-laryngologi	212.714
Urologi	203.739
Anæstesiologi	156.776
Reumatologi	150.756
Gynækologi	147.489
Kirurgi	143.218
Ortopædisk kirurgi	97.957
Diagnostisk radiologi	94.354
Plastikkirurgi	87.136
Klinisk immunologi	53.642
Kirurgisk gastroenterologi	52.710
Kæbekirurgi	46.952
Oftalmologi	43.188
Klinisk biokemi	10.642

De ortopædkirurgiske skader indtræder hyppigst, men konsekvenserne af disse skader er gennemsnitligt relativt beskedne.

2.6. Omkostninger ved sagsbehandlingen

De administrative omkostninger, der er forbundet med behandlingen af en anmeldelse til Patientforsikringen, er ganske store.

I figur 14 er udviklingen i de gennemsnitlige omkostninger, der er knyttet til en afgørelse illustreret. Udgifter til Patientskadeankenævnet er ikke medtaget i beregningen.

Figur 13 Omkostningsudviklingen i Patientforsikringens sagsbehandling

År	Administrations- omkostninger	Antal afgørelser efter PFL og EAL	Pris pr. afgørelse
2001	29.642.174	5.028	5.895
2000	26.656.492	4.670	5.708
1999	23.339.206	4.141	5.636
1998	24.960.601	3.701	6.744
1997	17.212.537	3.684	4.672

Den angivne gennemsnitlige pris pr. afgørelse dækker over store udsving fra sag til sag. Visse sager kan afvises alene på grundlag af patientens anmeldelse, og sådanne sager er naturligvis ikke forbundet med nævneværdige sagsbehandlingsudgifter.

De administrative omkostninger ved en sag afhænger i høj grad af, om patientens sag er omfattet af lovens erstatningsbestemmelser, idet beregningen af erstatning efter erstatningsansvarsloven er særlig ressourcekrævende. Dels anvendes der store sagsbehandlerressourcer herpå, og dels er der udgifter til lægeundersøgelser af disse patienter.

3. Erstatningsgrundlag og afgørelser

3.1. Formål

Formålet med patientforsikringsloven er at have en offentligt styret patientforsikringsordning, hvor patienter kan få 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 relativ alvorlig set i forhold til patientens grundsygdom. Patientens grundsygdom er den sygdom eller lidelse, som patienten blev indlagt eller kom under behandling for.

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, som er 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 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 mv. 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.

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 (offentligt sygehus?)

1. Undersøgelse foretaget af lægevagten i lokaler på sygehuset

En 61-årig kvinde søgte om erstatning, idet en læge på et offentligt sygehus havde fejlbedømt en skade på hendes finger, som slutteligt resulterede i en amputation.

Efter en gennemgang af journalmaterialet kunne Patientforsikringen konstatere, at kvinden var blevet behandlet af lægevagten, der havde lokaler på sygehuset.

Patientforsikringen afviste sagen med henvisning til PFL § 1, stk. 1, idet patienten på skadestidspunktet ikke var under behandling på sygehuset, men hos lægevagten, der har lokaler på sygehuset.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at det af § 6, stk. 5, i bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 vedrørende dækningsområde for lov om patientforsikring fremgår, at loven ikke finder anvendelse for skader forårsaget på

sygehusets geografiske område i tilfælde, hvor patienten står under ansvar af andre end sygehusmyndigheden.

Patienten var blevet behandlet af lægevagten, der ikke henhørte under sygehusets ansvar (01-0621).

I sagen stod patienten under ansvar af lægevagten og ikke sygehuset, selv om undersøgelsen geografisk foregik på sygehuset. Patienten var derfor ikke berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven.

2. Skade opstået på et privat sygehus ikke omfattet af PFL

En 80-årig mand fik indsat en højresidig hofteprotese på et privat sygehus. Tre år senere indsatte man en venstresidig hofteprotese på samme sygehus. Patienten foranledigede og betalte selv for begge operationer.

I forløbet efter den sidste operation opstod der smerter samt indskrænket bevægelighed i venstre hofte, og infektionsparametrene var forhøjede.

Patienten blev undersøgt på et offentligt sygehus, og med henblik på behandling af generne ordinerede man fysioterapeutisk genoptræning og antibiotika.

Et halvt år efter undersøgelsen blev patienten indlagt med henblik på oprensning af en byld over venstre hofte. Der var stadig mange smerter, og efter udtagelse af vævsprøver i forbindelse med indgrebet fandt man tegn på infektion i venstre hofte, og patienten blev herefter sat i behandling med antibiotika.

Patienten gjorde i sin anmeldelse gældende, at han var blevet påført en infektion. Han klagede endvidere over, at man udelukkende ordinerede fysioterapeutisk behandling til trods for, at han i en lang periode havde klaget over smerter.

Patientforsikringen afviste sagen med henvisning til PFL § 1, stk. 1, og stk. 4, idet det blev vurderet, at skaden i form af infektion ved venstre hofteprotese var opstået i forbindelse med hofteoperationen på det private sygehus, der ikke var omfattet af patientforsikringsloven.

Behandlingen på det private sygehus var finansieret af patienten selv og ikke det offentlige sygehusvæsen. Behandlingen var derfor ikke omfattet af reglen i PFL § 1, stk. 4, hvorefter behandling på private sygehuse, klinikker mv. kun er omfattet af patientforsikringsloven, hvis behandlingen betales af det offentlige sygehusvæsen.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at patienten ikke var blevet påført en fysisk skade i forbindelse med behandlingen på det offentlige sygehus, idet forløbet på dette sygehus var i overensstemmelse med bedste specialiststandard og udelukkende bestod i at behandle den skade, der var opstået på det private sygehus (01-1388).

Denne sag illustrerer, at der ikke ydes erstatning for et langvarigt korrekt efterfor - løb på et offentligt sygehus, når skaden er opstået på et privat sygehus.

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

1. Sygehus ikke ansvarlig for fjernelse af tænder

En 82-årig kvinde blev indlagt på grund af mavesmerter og væggtab. Man planlagde derfor kikkertundersøgelse af maven med adgang gennem spiserøret. Patienten havde ifølge sygehusets oplysninger kun få og løse tænder tilbage. Det skulle derfor undersøges, om tænderne skulle trækkes ud, før undersøgelsen kunne foretages.

Der blev aftalt tandlægevurdering i sygehusets regi, men patienten opsøgte en privatpraktiserende tandlæge, der trak tænderne ud. Kikkertundersøgelsen blev imidlertid aflyst, idet man vurderede, at patientens hjerte var for dårligt til at gennemføre operationen.

Patienten anførte nu, at hendes tænder havde været i god stand, men at tænderne nu var trukket ud på sygehusets foranledning. Hun måtte derfor bruge en helprotese mod før en halvprotese. Tandudtrækningen havde ifølge patienten været overflødig, da operationen blev aflyst.

Sygehuset oplyste, at det var besluttet, at tænderne skulle vurderes med

henblik på, om de kunne klare operationen. Man havde imidlertid aldrig foretaget en sådan vurdering og heller ikke sendt patienten til tandlæge.

Patienten fastholdt, at hun af sygehuset var sendt til en tandlæge for at få trukket tænderne ud. Hun kunne ikke huske hos hvilken tandlæge, kun i hvilken by. Patientforsikringen skrev derefter til samtlige tandlæger i den pågældende by. En af tandlægerne havde trukket 3 tænder ud på patienten. Det var ifølge journalen sket efter patientens egen henvendelse, fordi tænderne var løse og hun derfor havde svært ved at anvende sin protese.

Patientforsikringen traf derefter afgørelse om, at der ikke med overvejende sandsynlighed var sket en skade i forbindelse med undersøgelse og behandling på sygehuset. Sygehuset var ikke direkte eller indirekte ansvarlig for, at der var sket en udtrækning af patientens resterende tænder (00-2225).

Sagen illustrerer en sjælden problemstilling i form af mulige skader, der kan ske på patienterne som forberedelse til en behandling, der derefter aflyses. I dette tilfælde var der dog ikke sket en skade. Sagen illustrerer endvidere, at det kan være et ganske omfattende arbejde at indsamle alle nødvendige oplysninger, inden der kan træffes afgørelse i en sag.

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

1. Manglende forebyggelse af liggesår

En 76-årig kvinde med velreguleret sukkersyge fik fjernet højre nyre grundet koralsten. Forløbet omkring operationen var ukompliceret. Imidlertid konstaterede man nogle dage senere et stort overfladisk sår lige over endetarmsåbningen. Det fremgår af sagens oplysninger, at man foretog sæbebadning af såret og opfordrede patienten dels til at ligge på siden, dels til at være oppe i videst muligt omfang.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man under operationen havde været mere opmærksom på muligheden for udvikling af liggesår.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at man efter konstatering af lig-

gesåret burde have hjulpet patienten med aflastning af liggesåret og ikke kun have opfordret patienten til at ligge på siden samt være mest muligt oppe. Endelig vurderede Patientforsikringen, at patienten burde have fået en specialmadrass til forebyggelse af liggesår (01-0702).

Sagen er et eksempel på vigtigheden af, at ikke bare et operativt indgreb udføres i overensstemmelse med bedste specialiststandard, men at det efterfølgende behandlingsforløb tillige er optimalt.

2. Manglende kataterisation efter operation

En 64-årig mand blev indlagt på et sygehus med et svært splintret brud af venstre fodled. Man opererede samme dag patienten under rygmarvsbedøvelse.

Efter operationen var patienten generet af manglende evne til at lade vandet og han måtte således bruge et kateter. Der var opstået en blærelammelse i forbindelse med rygmarvsbedøvelsen.

Det fremgik af sygeplejefjournalen, at patienten dagen efter operationen ikke havde spontan vandladning. To dage efter operationen havde patienten ikke haft vandladning siden brug af kateter om natten, og tre dage efter operationen havde patienten fortsat ikke vandladning.

Der var således tilsyneladende ikke lagt nogen plan for fast overvågning af blærefyldning og -tømning for at undgå udspiling af blæren.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet behandlingen af patientens manglende evne til at lade vandet ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard på det pågældende område.

Patientforsikringen vurderede, at optimal behandling ville have tilsagt, at man havde overvåget patienten bedre med henblik på konstatering af den manglende vandladning og behov for kateter.

Patientforsikringen vurderede endelig, at den tilbagevendende udspiling af blæren på grund af manglende tømning var den overvejende årsag til

den varige lammelse af blæren og det deraf følgende varige behov for brug af kateter (00-1793).

3. Psykiske følger af medicinforveksling

En 31-årig kvinde fik efter et kejsersnit, således som dette er rutine, ordineret Syntocinon intravenøst (ved indsprøjtning i en vene) med henblik på at få livmoderen til at trække sig sammen og derved standse blødningerne. Ved en fejl kom man til at give patienten Suxameton, der er et muskelafslappende middel i stedet for Syntocinon. Dette bevirkede, at patientens centralnervesystem blev lammet.

Efter ganske kort tid opdagede man fejlen, og patienten blev lagt i fuld bedøvelse, blev intuberet (anlagt rør i halsen for at sikre frie luftveje) og fik ilt på maske. Patientens tilstand stabiliserede sig i de følgende timer, og hun endte uden fysiske mén, som følge af medicinforvekslingen.

Patienten beskrev sin oplevelse af hændelsesforløbet som et mareridt. Efter at hendes centralnervesystem var blevet lammet, og inden hun blev lagt i fuld bedøvelse, huskede hun episoden som en vild kamp for livet, idet hun ikke længere kunne trække vejret ved egen hjælp, og følte at hun skulle dø. Hun kunne hverken kommunikere eller bevæge sig, da hun var lammet af det muskelafslappende middel.

Efter episoden var patienten ramt af dødsangst og blev gennem længere tid behandlet hos en psykolog.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet den bedste specialiststandard var fraveget. Man burde således have sikret sig, at injektionssprøjten indeholdt det korrekte middel, førend man etablerede droppet.

Patientforsikringen tilkendte endvidere patienten godtgørelse for varigt mén, idet Patientforsikringen anerkendte, at hun var påført en psykisk skade som følge af medicinforvekslingen. Den fysiske skade bestod således i, at man havde indsprøjtet det forkerte middel, nemlig Suxameton i patienten, hvilket havde lammet hendes centralnervesystem med betydelige gener og en forlængelse af sygeforløbet til følge (00-2786).

Som udgangspunkt anerkendes kun fysiske skader efter lov om patientforsikring. Dette følger af PFL § 1, stk. 1. I dette tilfælde vurderede Patientforsikringen dog, at der havde været tale om en fysisk skade, og at patientens psykiske skader var udløst af denne. Når dette er tilfældet, kan sagen anerkendes.

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

1. Infektion på grund af defekt steriliseringsapparat

En 53-årig patient fik på et sygehus foretaget kikkertundersøgelse af begge knæ på grund af belastningssmerter og slidgigt. Efterfølgende opstod der dyb infektion i venstre knæ. Mikrobiologisk undersøgelse viste vækst af gule stafylokokker.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet man fandt det overvejende sandsynligt, at infektionen kunne henføres en defekt i autoklaven (steriliseringsapparat), idet en sådan blev konstateret ved den efterfølgende undersøgelse af apparaturet.

Patientforsikringen lagde ved afgørelsen vægt på, at der på tidspunktet for foretagelsen af kikkertundersøgelsen var fundet positive sporeprøver i autoklaven (01-0229).

Reglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 2, medfører, at der ydes erstatning på objektivet grundlag, dvs. erstatning ydes uanset årsagen til apparaturets svigt. Der ydes således både erstatning for konstruktionsfejl og fejl som følge af mangelfuld kontrol og vedligeholdelse på sygehuset. I disse sager er det derfor ikke nødvendigt for Patientforsikringen at foretage nærmere undersøgelser for at fastslå baggrunden for apparatursvigtet.

2. Instrument knækkede under operation

En 56-årig kvinde blev indlagt for at få indsat en venstresidig hofteprotese. Under operationen knækkede det instrument, der skulle indføre en plug i lårbenet, uden at dette var en følge af forkert anvendelse af instrumentet.

Det var herefter nødvendigt at spalte muskulaturen langs patientens lårben for at lave en rude i knoglen, hvorigennem den afbrækkede instrumentdel kunne bankes ud igen. Det var i den forbindelse også nødvendigt at omplacere den allerede fastcementerede cup.

Patientens genoptræning efter indgrebet gik meget trægt, idet muskulaturen langs hele lårbenet var blevet svækket.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter § 2, stk. 1, nr. 2, under henvisning til, at det knækkede instrument havde nødvendiggjort spaltningen af lårbenets muskulatur, hvilket igen havde kompliceret og forlænget patientens sygeperiode (01-0165).

Sagen blev anerkendt efter apparaturreglen i PFL § 2, stk. 1 nr. 2, fordi skaden var sket som følge af svigt i apparaturet. Var apparaturet derimod knækket som følge af forkert brug af dette, var skaden blevet anerkendt efter specialistreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

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

1. To ligeværdige operationsmetoder til behandling af nyrecyster

En 57-årig kvinde fik på grund af tilbagevendende cyster i nyreregionen foretaget operation med åbning til nyreregionen og udtømning af en nyrecyste på venstre side. Operationen blev udført via et skråsnit bagfra, med patienten liggende i sideleje.

Patienten fik i forløbet efter operationen smerter og en udbuling svarende til operationsstedet.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, der giver mulighed for at give erstatning, 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.

Patientforsikringen lagde vægt på, at der på operationstidspunktet fandtes

en ligeværdig alternativ operationsmetode i form af tværsnit i bugvæggen, således at patienten opereres forfra i rygleje. Denne metode er forbundet med andre risici end den anvendte, men indebærer generelt en lavere risiko for udbulinger i operationsområdet og smerter som følge af dette.

Patientforsikringen vurderede, at den alternative operationsmetode, der anvendes på en række sygehuse i Danmark, i relation til den konkrete patient, fremstod som et ligeværdigt alternativ til den valgte, og at risikoen for skader, som den aktuelle, med overvejende sandsynlighed ville være undgået, såfremt patienten var opereret forfra (00-2078).

2. To ligeværdige fødselsmetoder

En 32-årig førstegangsfødende havde i løbet af graviditeten fået konstateret, at barnet lå med hovedet opad (underkropspræsentation). Man havde forsøgt at vende barnet, men uden held. Man planlagde vaginal fødsel, men aftalte dog at udføre et kejsersnit, hvis moderen ikke var gået i spontan fødsel inden 42. uge.

I uge 41 + 5 dage henvendte moderen sig med veer. Der var begyndende fødsel. Der var imidlertid vesvækkelse, hvorfor man stimulerede med s-drop (vestimulerende middel). Herefter skred fødslen fremad, og man kunne efterhånden skimte barnets sæde. Der blev anlagt klip i mellemkødet, og i næste ve fødtes kroppen til navlen. Herefter fødtes kroppen til brystkassen. Skuldrene sad imidlertid fast, og disse blev forløst med en speciel forløsningsteknik. Hovedet sad efterfølgende fast og blev ligeledes forløst med en særlig teknik.

Efter fødslen blev barnet overflyttet til afdelingen for for tidligt fødte. Man fandt, at der var betydelige blodudtrækninger og hudafskrabninger på balderne og regionen omkring kønsdelene. Det blev endvidere konstateret, at barnet havde brækket begge nøgleben. Senere viste det sig, at barnet var svært retarderet med mistanke om blindhed.

Moderen oplyste over for Patientforsikringen, at hun havde været utryg ved at skulle føde vaginalt, da hun netop frygtede, at barnet ville sidde fast. Hun anførte, at hun flere gange nævnte over for personalet, at hun hellere

ville føde ved kejsersnit, men der blev på trods heraf indgået aftale om, at hun skulle føde vaginalt, dersom hun gik i spontan fødsel inden 42. uge.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, der giver mulighed for at give erstatning, 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.

Patientforsikringen lagde vægt på, at ved fødsel i sædestilling kunne vaginal forløsning og kejsersnit anses for to ligeværdige forløsnings teknikker i den situation, hvor den fødende havde udtrykt angst for at skulle føde vaginalt. Patientforsikringen lagde således vægt på moderens udsagn om, at hun gentagne gange havde udtrykt ønske om at få foretaget et planlagt kejsersnit (00-2191).

Det er vigtigt at understrege, at kejsersnit normalt ikke kan sidestilles med vaginal forløsning, idet vaginal forløsning i Danmark opfattes som den naturlige metode at føde børn ved. Der skal således være særlige forhold til stede hos enten moderen eller barnet, førend kejsersnit er indiceret.

Det er endvidere vigtigt at fremhæve, at afgørelsen ikke giver udtryk for, at behandlingen fraveg bedste specialiststandard. På baggrund af moderens angst for at skulle føde et barn i underkropspræsentation, var der imidlertid anledning for en erfaren specialist til at overveje brug af kejsersnit, og de to metoder måtte på baggrund heraf anses for ligeværdige.

Sagen blev derfor ikke anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, som kun finder anvendelse, hvis behandlingen har fraveget bedste specialiststandard.

3. To ligeværdige metoder til korsbåndsrekonstruktion

En 24-årig kvinde havde i flere år haft smerter i det ene knæ efter en forvridning. Ved kikkertundersøgelse af knæet blev det konstateret, at hun havde en læsion i den indvendige menisk og total overrivning af forreste korsbånd. Efter undersøgelse på sygehuset, besluttede man at foretage rekonstruktion af korsbåndet.

På operationstidspunktet kørte man på afdelingen et forsøg, hvor man sammenlignede to forskellige operationsmetoder. Et hvor man tog et stykke af knæskalssenen og indsatte dette som nyt korsbånd og en anden metode, hvor man tog det store senespejl fra ydersiden af låret og brugte dette som nyt korsbånd.

Patienten blev informeret om dette og accepterede at deltage i forsøget. Ved lodtrækning blev hun udtrukket til operationen med udtagelse af et stykke af knæskalssenen og indsættelse af dette som nyt korsbånd.

Efter operationen udviklede patienten kroniske smerter i knæet, hvor man havde fjernet knæskalssenen. Trods behandling lykkedes det ikke at reducere patientens gener. Tværtimod fik hun nye gener fra huden under knæet som følge af den medicinske smertebehandling.

Patientforsikringen anerkendte patientens smerter i knæet og følgerne af behandlingen af disse som en patientskade, da betingelserne i PFL § 2, stk. 1, nr. 3 var opfyldt.

Patientforsikringen lagde i afgørelsen vægt på, at kvinden deltog i et godkendt forsøg, hvor der blev valgt mellem to forskellige operationsmetoder. Det måtte derfor lægges til grund, at disse to metoder var ligeværdige på tidspunktet for behandlingen.

Det måtte ligeledes lægges til grund, at kvinden ikke havde fået smerter i knæet, hvis man havde valgt den alternative metode med at høste det nye korsbånd fra ydersiden af knæet. Der er også risiko for komplikationer ved den alternative operationsmetode, men de opståede gener ville ikke være indtruffet, hvis den alternative metode havde været valgt (99-0993).

Afgørelsen er et eksempel på anvendelsen af PFL § 2, stk. 1, nr. 3. Ved vurderingen af, om de to operationsmetoder var ligeværdige, indgik det i overvejelserne, at der var et forsøg i gang, hvor begge metoder blev benyttet side om side. På tidspunktet for behandlingen kunne det ikke afgøres, hvilken metode der var bedst eller generelt medførte færrest komplikationer (det var bl.a. det forsøget skulle afklare) og derfor måtte metoderne anses for ligeværdige.

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

1. Nervepåvirkning i forbindelse med kanyleanlæggelse i venstre underarm

En 37-årig kvinde blev indlagt i graviditetsuge 34+5 dage med svangerskabsforgiftning. I forbindelse med behandlingen af kvinden, der efter indlæggelsen udviklede universelle kramper, bevidsthedstab og udsættende vejtrækning, fik hun bl.a. anlagt en arteriekanyle i pulsåren på indersiden af venstre underarm, med henblik på løbende at kunne måle iltkoncentrationen i hendes blod. Det fremgår ikke af journalnotaterne, at der var problemer ved kanyleanlæggelsen.

Der blev foretaget kejsersnit, og herefter kunne kvinden og barnet udskrives i velbefindende. Senere udviklede kvinden stærke smerter i sin venstre arm, og hun havde svært ved at bruge armen. Skaden hindrede hende i at genoptage sit arbejde som frisør.

Patientforsikringen vurderede, at skaden kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, selvom der var tale om en alvorlig grundsygdom, idet den indtrådte skade var sjælden og uden direkte sammenhæng med grundsygdommen. Der blev lagt vægt på, at anlæggelse af en arteriekanyle er nødvendig i mange forskellige sammenhænge, og at kanyleanlæggelsen må betragtes som et rutinemæssigt indgreb (01-1037).

Patientforsikringens afgørelse følger den linie, som Højesteret har lagt ved dom af 20. august 2001 (U 2001.2319 H), hvor Højesteret anerkendte en lejringsbetinget nerveskade efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, bl.a. under hensyn til, at lejringskaden var uden specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor og havde givet anledning til alvorlige konsekvenser for patienten i form af et varigt mén på 35 % og et erhvervsevnetab på 80 %.

Patientforsikringens afgørelse skal endvidere ses i lyset af Patientskadeankenævnets praksis i sager om omfattende vævsbeskadigelser i forbindelse med kemoterapi-behandling, jfr. Patientskadeankenævnets årsberetning 2000, s.151-152. Ankenævnet anerkender sådanne omfattende skader efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, uanset alvoren af patientens kræftsygdom.

2. Beskedne gener efter udløb af kemovæske i væv

En 44 årig kvinde fik fjernet sit ene bryst på grund af en ondartet kræftsvulst. Hun blev herefter tilbudt behandling med kemoterapi.

Ved indgivelse af den 4. serie kemovæske med stoffet Epirubicin fik man mistanke om, at kemovæsken var løbet ud under huden i stedet for ind i blodåren, idet der opstod svien, hævelse og rødme omkring indstiksstedet.

Kvinden blev indlagt til akut fjernelse af det inficerede væv, som udgjorde et område på 7 x 6 cm.

Indgrebet blev dog ikke gennemført, idet man blev opmærksom på muligheden for medicinsk at blokere den skadelige virkning af det toksiske stof Epirubicin. Man valgte derfor alene at tage vævsprøver fra det inficerede område og herefter påbegynde medicinsk behandling med stoffet Cardioxane. Kvinden blev orienteret om behandlingens eksperimentelle karakter og mulige bivirkninger heraf.

Over de følgende dage kunne det konstateres, at der efter behandlingen med Cardioxane tilsyneladende ikke resterede væsentlige følger efter udløbet af den toksiske kemovæske.

7 måneder efter udløbet af kemovæsken havde kvinden fortsat lette gener i form af et misfarvet hudområde på underarmen samt lette smerter og stramning ved tunge løft og når armen skulle bøjes. Derimod var der ingen hævelse, deformitet, bevægeindskrænkning eller føleforstyrrelser.

Patientforsikringen fandt, at behandlingen var sket i overensstemmelse med bedste specialiststandard, hvorfor skaden ikke kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Skaden kunne heller ikke anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, da generne i underarmen i form af lette smerter og stramning ikke var tilstrækkeligt alvorlige set i forhold til patientens kræftsygdom.

Udløbet af kemovæsken under huden havde således ikke medført omfattende skade med bevægeindskrænkning og plastikkirurgisk vansir af armen til følge, idet det via behandlingen med Cardioxane i meget stort om-

fang lykkedes at ophæve følgerne efter kemovæskens udløb under huden (01-0175).

I årsberetning 2000, s.151-152 har Patientskadeankenævnet omtalt 3 sager, hvor utilsigtet udløb af kemovæske under huden har medført så omfattende vævsbeskadigelser, at skaderne er blevet anerkendt efter § PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Patientforsikringen har forstået Patientskadeankenævnets praksis således, at der i disse sager kan bortses fra grundsygdommens alvor, når blot den indtrådte skade isoleret betragtet må anses for alvorlig.

Patientforsikringens afgørelse er et eksempel på en kemoskade, der kun har medført lette gener, og derfor ikke er så alvorlig, at den opfylder betingelserne for anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

3. Meningitis efter prostataoperation

En 70-årig mand blev opereret for forstørret prostata under rygmarvsbedøvelse. Umiddelbart efter operationen fik patienten hovedpine, der blev behandlet med blood-patch (indsprøjtning af en lille smule af patientens eget blod til lukning af hul i den hårde rygmarvshinde, hvorfra rygmarvsvæsken siver).

Knap en uge efter udskrivelsen blev patienten akut indlagt på grund af tiltagende åndenød, feber og træthed. Man mistænkte meningitis, hvorfor man iværksatte højdosis antibiotisk behandling. Efterfølgende blev det bekræftet, at patienten havde pådraget sig staphylococ meningitis. Han gennemgik herefter et langvarigt behandlingsforløb, hvorunder han var i yderste livsfare som følge af multiorgansvigt.

Patientforsikringen vurderede, at komplikationen i form af meningitis var opstået enten i forbindelse med rygmarvsbedøvelsen eller i forbindelse med anlæggelsen af blood-patch.

Patientforsikringen anerkendte sagen i henhold til PFL § 2, stk. 1, nr. 4, da de indtrådte komplikationer var såvel sjældne som alvorlige i forhold til, at skaden opstod efter en rygmarvsbedøvelse til en operation for forstørret prostata.

Det var Patientforsikringens vurdering, at behandlingsforløbet havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, idet både det primære forløb og de efterfølgende iværksatte behandlingstiltag var relevante og velindicerede (01-0866).

Sagen er et heldigvis sjældent eksempel på en utilsigtet komplikation med et meget alvorligt sygeforløb efter et rutinemæssigt indgreb.

4. Lejringsskade efter bypass-operation ikke tilstrækkelig alvorlig

En 46-årig mand fik foretaget en bypass-operation på grund af en forsnævring af venstre kranspulsåre. Indgrebet forløb uden komplikationer, og patienten blev udskrevet smertefri og velbefindende. Senere anførte patienten, at han siden operationen havde haft nedsat følesans i højre hånds ring- og lillefinger samt svært ved at skelne varme- og kuldepåvirkning i de pågældende fingre. Skaden havde ikke medført indtægtstab eller andre udgifter for patienten.

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

Patientforsikringen vurderede, at generne i højre hånds fingre med overvejende sandsynlighed var udløst af tryk under lejringen i forbindelse med operationen, men da denne var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard, kunne skaden ikke anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at de opståede gener i to fingre ikke udgjorde et varigt mén på 5 % eller derover, og da skaden heller ikke havde påvirket patientens erhvervsevne, fandtes skaden - set i forhold til grundsygdommens alvor - ikke at opfylde alvorlighedskriteriet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (01-1214).

Afgørelsen er baseret på en fortolkning af dommen U2001.2319 H, hvor en lejringsskade med alvorlige konsekvenser for patienten blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Det er Patientforsikringens vurdering, at dommen må forstås således, at en lejringsskade, der kun medfører beskedne gener og ingen erhvervsmæssige konse -

kvenser for patienten, ikke opfylder betingelserne for anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, hvis der er tale om en alvorlig grundsygdom.

5. Blodprop i hjernen i forbindelse med hjerteklapoperation

En 53-årig kvinde havde fået påvist en hjerteklapfejl samt en udvidelse af den nedadgående del af legemspulsåren og blev opereret herfor. I forbindelse med opvågning efter operationen konstaterede man, at der var opstået en højresidig lammelse som følge af en blodprop i hendes venstre hjernehalvdel. Man iværksatte herefter straks genoptræning.

Patientforsikringen vurderede, at operationen havde været udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området, og sagen kunne derfor ikke anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at skaden i form af en højresidig lammelse som følge af en blodprop i hjernen opstået i tilslutning til hjertekirurgi var en alvorlig og sjælden komplikation.

Patienten havde en alvorlig grundsygdom med meget stærk indikation for operation. Til trods herfor var skaden mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed måtte tåle, og skaden kunne således anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (01-0245).

Denne sag illustrerer, hvilke komplikationer der efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, anses for at opfylde lovens alvorligheds- og sjældenhedskriterium, når patienten samtidig lider af en alvorlig grundsygdom.

6. Amputation af højre ben

En 66-årig mand blev på grund af gigt i højre hofte indlagt med henblik på at få indsat en cementeret kunstig hofte. Operationen forløb uden komplikationer.

To dage efter hofteoperationen klagede patienten over smerter og hævelse på forsiden af højre underben. Han havde fortsat smerter tre dage efter operationen og kunne kun med besvær løfte højre fod. Patienten havde so-

vet med benet nedad, ud gennem sengehesten, idet dette havde lindret smerterne. Der var svag puls på fodryggen.

Fem dage efter var der betydelig hævelse af højre underben og fortsat puls i fodens arterier. Syv dage efter operationen blev patientens blodårer i benet kontrastrøntgenundersøgt, uden at der herved blev fundet tegn på blodprop i benet.

12 dage efter hofteoperationen blev patienten udskrevet, men der var på det tidspunkt fortsat hævelse og smerter på forsiden af højre underben.

En måned efter udskrivelsen var patienten til kontrol. Der var stadig hævelse og ømhed. 2 1/2 måned efter udskrivelsen var patienten til kontrol med samme symptomer, men manglende puls neden for knæet. Der var to områder med dødt hud på forsiden af skinnebenet. Et halvt år efter operationen blev patienten indlagt, fordi der var sårdannelse på forsiden af skinnebenet. Sårene skulle renses og i den forbindelse fandt man vævsdød i musklen på forsiden af skinnebenet.

I efterforløbet forsøgte man at transplantere hud, men transplantaterne ville ikke slå an. Der var tiltagende dødt væv. Forløbet sluttede med, at patienten fik amputeret højre ben ved knæet.

Patientforsikringen anerkendte sagen som omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet patienten havde fået en tilstopning af flere arterier i underbenet i forbindelse med hofteoperationen, hvilket førte til amputation af benet. Denne skade var særdeles alvorlig i forhold til patientens grundsygdom - slidgigt i højre hofte.

Patientforsikringen vurderede, at patienten i hele forløbet frem til udskrivelsen havde været relevant undersøgt for et muligt compartmentsyndrom eller lignende. Behandlingen havde derfor været i overensstemmelse med bedste specialiststandard (01-0604).

Sagen er et typisk eksempel på et sygdomsforløb, hvor patienten har modtaget optimal behandling, men hvor der alligevel er indtrådt en alvorlig komplikation, der klart opfylder betingelserne for anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

7. Smitte med fnat i forbindelse med sygehusbehandlingen

En 77-årig kvinde var i juli 1999 indlagt til udredning og behandling for en hudsygdom (dermatomycit). Hun var i behandling med Prednison og havde endvidere sukkersyge.

Under indlæggelsen blev der på patientens sengeafdeling konstateret scabies (fnat) hos en medpatient, og nogle måneder senere blev der ligeledes fundet levende scabiesmider på patienten. Patienten blev sat i sædvanlig behandling mod scabies, men på trods af denne havde hun et langt og kompliceret forløb med massiv kløe og betydelig nedsat livskvalitet.

Scabiesbehandlingens manglende effekt hos patienten skyldtes hendes særlige sårbarhed overfor scabiesmiden, fordi hun som følge af sin hudsygdom var i en medicinsk behandling, der svækkede hendes immunforsvar.

Patientforsikringen anerkendte sagen i medfør af PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet det blev anset for overvejende sandsynligt, at patientens smitte var påført hende i forbindelse med sygehusbehandlingen.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at scabiesmiden normalt kun smitter ved tæt fysisk kontakt med en smittet person, hvilket patienten ikke havde haft med den smittede medpatient. Imidlertid viste det sig at smitten også havde bredt sig til plejepersonalet, og da disse dagligt havde været i fysisk kontakt med patienten, blev det anset for overvejende sandsynligt, at smitten var overført i forbindelse med pleje og behandling af patienten (00-1975).

Smitte og infektion, der påføres patienter i forbindelse med disses behandling på offentlige sygehuse, vil normalt skulle vurderes efter tålebestemmelsen i PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Kun i enkelte situationer, hvor smitten påføres i forbindelse med sygehusopholdet, uden at den kan siges at være overført til patienten i forbindelse med pleje eller behandling af denne, vil skaden skulle vurderes efter det almindelige culpa-princip i PFL § 3, stk. 2.

Patientforsikringen behandlede i 1997 jfr. 1997-årsberetningen side 92, en sag med en 6-årig pige, der blev smittet med HIV-virus, da hun under leg på sengeafdeling - en stak hånden ned i en spand med inficerede kanyler. Denne sag blev modsat oven -

nævnte anerkendt efter PFL § 3, stk. 2, fordi det blev fundet mest sandsynligt, at pigen var blevet smittet i forbindelse med sit sygehusophold, uden at smitten kun - ne henføres til behandlingen eller plejen af pigen.

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

1. Ikke forsinket behandling af rotator cuff læsion

En 56-årig kvinde blev indlagt på skadestuen efter et trafikuheld. Ved undersøgelsen konstaterede man, at patienten var øm i skulderen. En røntgenundersøgelse viste ingen tegn til brud, og man havde ikke mistanke om seneskader. Patienten fik anlagt en armslynge til de næste par dage og blev herefter afsluttet fra sygehuset.

Ca. 14 dage senere blev patienten på ny undersøgt på grund af skuldersmerter. Der kunne ikke konstateres defekter ved skulderrundingen eller ømhed ved leddet mellem kraveben og skulder. På sygehuset fandt man, at patienten havde behov for fysioterapi.

Ved en ny undersøgelse af patienten ca. 3 1/2 måned senere konstaterede man, at patienten havde manglende kraft i højre arm og ofte oplevede knæk i armen / skulderen ved udad- og indadføring af denne. Man konkluderede, at patienten muligvis havde en delvis eller total rotator cuff læsion (senet manchete omkring skulderleddet). Patienten fik herefter anlagt en blokade.

Ca. en måned senere fandtes der indikation for at foretage en kikkertundersøgelse af patientens skulder. Dette indgreb blev foretaget 5 1/2 måned senere, hvor rotator cuffen fandtes bristet. I samme indgreb blev rotator cuffen syet fast. Patienten modtog herefter optræning via fysioterapien.

Patienten klagede over, at der var gået for lang tid mellem skadens indtræden og operationen.

Patientforsikringen fandt, at sagen ikke var omfattet af PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, idet patientens behandling på sygehuset var udført i over-

ensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring var det bedst mulige i den givne situation.

Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at det er i overensstemmelse med optimal standard i forbindelse med skader som den aktuelle i første omgang at forsøge konservativ behandling i form af fysio- og ergoterapi. Det var desuden Patientforsikringens vurdering, at der ikke var sket en forsinket diagnosticering af rotator cuff læsionen.

Patientforsikringen fandt endvidere, at patientens gener efter endt behandling med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives patientens grundsygdom i form af et traume mod skulderen i forbindelse med et trafikuheld. Patientforsikringen fandt herudover, at resultatet efter en eventuelt tidligere udført syning af rotator cuff læsionen med overvejende sandsynlighed ikke ville have medført et bedre resultat (00-1481).

I sager om forkert eller forsinket diagnose er det vigtigt at være opmærksom på, at der kun ydes erstatning, hvis betingelserne i § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistreglen) eller § 2, stk. 1, nr. 2 (fejl eller svigt i diagnostisk udstyr) er opfyldt. Diagnosesager kan således ikke anerkendes efter reglen i § 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ ligeværdig metode) eller § 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen). Baggrunden for denne begrænsning er, at diagnosticering er en løbende proces, og at det ville få alt for vidtgående konsekvenser, hvis denne proces blev underkastet den efterfølgende bedømmelse, der ligger i § 2, stk. 1, nr. 3 og 4.

2. For sen reaktion på mistanke om spondylitis

En 60-årig mand, der i mange år havde haft lungesymptomer og været i behandling med Prednisolon, blev indlagt med udtalt åndedrætsbesvær. Efter knap en uges behandling blev han udskrevet, men en måned senere blev han atter indlagt på grund af lungebetændelse.

Under indlæggelsen fandt man vækst af stafylokokker, og der var mistanke om spondylitis (betændelse i hvirvelsøjlen) på grund af forhøjelse af infektionsparameter og smerter i bevægeapparatet. Fire dage senere foretog man en CT-scanning, der bekræftede mistanken om spondylitis. Patienten blev herefter overflyttet til et større sygehus, hvor han blev opereret med

udtømmning af en byld i ryggen. På trods af en vellykket operation havde patienten herefter nedsat førlighed, gangbesvær og rygsmerter.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, da patientens gener i form af gangbesvær, rygsmerter og nedsat førlighed i overvejende grad kunne tilskrives, at man reagerede for sent på mistanken om spondylitis.

Det var Patientforsikringens vurdering, at man skulle have iværksat operation med frilægning af rygmarven tidligere i forløbet, da spondylitis er en alvorlig tilstand med høj risiko for rygmarvsskader og deraf følgende lammelser (00-2742).

3.3.8. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 2 (culpa)

1. Fald under genoptræningsøvelse

En 66-årig kvinde gik til genoptræning i fysioterapien efter en hjerteoperation. En af genoptræningsøvelserne gik ud på, at deltagerne, to og to stående ved siden af hinanden, fik bundet de inderste ben sammen, hvorefter de med de sammenbundne ben skulle sparke til en bold. Øvelsen foregik indledningsvis i et roligt tempo, men herefter blev deltagerne inddelt i hold, der skulle spille mod hinanden. Denne del af øvelsen foregik i et højere tempo.

Kvinden var bundet sammen med en mand, der var væsentligt større end hende. Under øvelsen kom hun ud af balance og landede på højre hofte, hvorved hun pådrog sig et brud på lårbenshalsen. Det var som følge heraf nødvendigt at indsætte en halvprotese.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 2, idet man fandt, at skaden kunne henføres til en fejl eller forsømmelse fra sygehusets side.

Patientforsikringen lagde vægt på, at den tempoprægede aktivitet havde medført en forholdsvis stor risiko for skade, idet deltagerne under dens afvikling var ankelfikserede, hvorfor der var øget risiko for dels at miste balancen, dels ikke at kunne tage fra, såfremt man måtte falde. På det grund-

lag fandt Patientforsikringen, at sygehuset havde handlet uagtsomt, og at patienten var berettiget til erstatning (01-0332).

Patientforsikringen oplyste i afgørelsen, at det generelt er forsvarligt, at der som led i genoptræningen afholdes fysisk prægede aktiviteter, idet et af formålene med genoptræningen er at få deltagernes puls til at stige. Den konkrete aktivitet i sagen indebar dog for stor risiko for utilsigtede skader.

2. Ikke ansvarspådragende at sengehest var slået ned

En 78-årig mand blev indlagt akut på grund af blodmangel. Han havde i ca. 1 1/2 år forud herfor lidt af svimmelhed med markant forværring op til indlæggelsen.

Under indlæggelsen var patienten en aften efter kl. 23.00 kravlet ud mellem sengehesten og enden af sengen, hvorefter han blev hjulpet i seng af personalet. Da han svarede relevant på tiltale, slog man sengehesten ned.

Efter midnat hørte personalet et brag, og man fandt patienten liggende for enden af sengen. Der var urin på gulvet omkring det sted, hvor han blev fundet. Efterfølgende viste det sig, at han havde brækket hoften.

Af udtalelsen fra personalet fremgik det, at patienten ikke var faldet ud af sengen, men var stået op og gået ned til enden af sengen, hvor han faldt. Sengebordet var skubbet til side.

Patientforsikringen fandt ikke grundlag for at pålægge sygehuset erstatningsansvar for faldulykken, idet det forhold, at sengehesten var blevet slået ned, efter tidligere at have været slået op, var blevet gjort efter en konkret sygeplejefaglig vurdering. Patientforsikringen fandt ikke grundlag for at tilsidesætte denne vurdering. Der var derfor ikke sket fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, der kunne begrunde et ansvar (01-0152).

Sagen illustrerer, at sygehuset ikke ifalder ansvar for skader i forbindelse med ulykkestilfælde, hvis sygehuset har handlet i overensstemmelse med god sundhedsfaglig praksis.

3. Ulykkestilfælde under julerevy på sygehus

En 27-årig mand var indlagt på et sygehus til genoptræning efter en operation for rygmarvsvorsnævring i halshvirvelsøjlen. Patienten var kørestolsbruger.

I forbindelse med en julerevy på sygehuset blev patienten hjulpet op på scenen i kørestolen af sygehusets personale. Forinden var antitiphjulene på kørestolen slået fra. Antitipfunktionen blev ikke slået til igen, da patienten var kommet op på scenen.

Da patienten på et tidspunkt lændede sig tilbage i kørestolen, tippede denne bagover og patienten slog nakken og baghovedet mod en glasvæg. Efterfølgende konstaterede man, at patienten havde nedsat kraft og føleevne i højre arm.

Patientforsikringen anerkendte skaden efter PFL § 3, stk. 2, idet man fandt, at uheldet kunne henføres til en sådan fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, at der var grundlag for at pålægge sygehuset erstatningsansvar efter almindelige erstatningsretlige regler.

Patientforsikringen lagde vægt på, at patienten på tidspunktet for tilskadekomsten var kørestolsbruger, at patienten blev hjulpet op og ned af rampen til scenen af sygehuspersonalet, samt at det var sygehuspersonalet, der på tidspunktet for tilskadekomsten slog antitipfunktionen til og fra. Patientforsikringen lagde desuden vægt på, at antitipfunktionen ifølge sygehuset var placeret bag kørestolen og dermed stort set var umulig for patienten selv at slå til og fra (00-0276).

Sagen viser, at et sygehus, ud over at levere en sundhedsydelse, også har en pligt til at tilrettelægge og afvikle patientens ophold på sygehuset på en sådan måde, at risikoen for at patienten kommer til skade minimeres.

Patientforsikringen vurderede, at sygehuset i denne sag ikke havde opfyldt denne pligt, da personalet ikke havde sikret sig, at antitipfunktionen på kørestolen, som sad et sted hvor patienten ikke selv kunne nå den, var slået til igen.

3.3.9. PFL § 19 (Forældelse)

1. Forældet som følge af manglende kendskab til Patientforsikringen

Den 25. januar 1994 blev et barn født med en hjerneskode som følge af iltmangel under fødslen. Den 2. februar 1994 blev moderen orienteret om, at en CT-scanning af barnets hjerne viste tegn på blivende skader i hjernen som følge af iltmangelen. I marts måned indledte moderen en klagesag i Patientklagenævnet.

Først i maj måned 2001 anmeldte moderen sagen til Patientforsikringen, idet hun under et af sit barns mange indlæggelser tilfældigt havde set Patientforsikringens erstatningspjece i et venteværelse på sygehuset. Først på dette tidspunkt, og altså ved en ren tilfældighed, fik hun kendskab til Patientforsikringen.

Patientforsikringen afviste at realitetsbehandle sagen, idet denne var forældet iht. PFL § 19. Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at moderen allerede kort efter fødslen blev gjort bekendt med, at hendes barn var påført en skade, og at skaden kunne være en følge af behandlingen. Da anmeldelsen først indgik i Patientforsikringen mere end fem år efter dette tidspunkt, var sagen forældet (01-1179).

Det er Patientforsikringens vurdering, at forældelsesfristen i henhold til PFL § 19 begynder at løbe fra det tidspunkt, hvor patienten eller dennes værge får kendskab til skaden, og at denne kan være en følge af behandlingen. Det forhold at patienten ikke er blevet orienteret om patientforsikringsordningen, eller på anden måde har fået kendskab til denne, suspenderer ikke forældelsesfristen.

Patientforsikringsloven indeholder ikke nogen anmeldelsespligt for de skadevoldende sygehuse. Orientering af skadelidte patienter om deres erstatningsmuligheder må dog siges at være en naturlig del af lægens informationspligt, og Patientforsikringen finder det da også dybt beklageligt, at moderen hverken i forbindelse med fødslen eller i forbindelse med det årelange efterfølgende kontrolforløb af barnet blev orienteret om de erstatningsmuligheder, der findes i patientforsikringsordningen.

3.3.10. PFL § 22 (Færøerne og Grønland)

1. Behandling på grønlandsk sygehus af dansk læge

En 59-årig mand, der var bosat i Grønland, blev som følge af en arbejdsskade opereret på et sygehus i Grønland af en læge ansat på Rigshospitalet. Efter operationen kunne patienten ikke bruge fingre, hånd og arm samt havde store smerter op til halsen.

Patienten anførte i anmeldelsen, at han var klar over, at patientforsikringsloven ikke omfattede Grønland og Færøerne, men han mente, at Patientforsikringen skulle behandle sagen, da lægen, som opererede ham, normalt var ansat på Rigshospitalet.

Patientforsikringen afviste sagen med henvisning til PFL § 22, der fastslår, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland (01-2504).

Afgørelsen belyser, at behandling på Grønland og Færøerne ikke er omfattet af loven, uanset hvem der foretager behandlingen.

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 eller kom under behandling for (grundlidelsen).

Helbredelsesudgifter og andet tab omfatter rimelige udgifter til eksempelvis medicin, læge og behandling. 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, 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 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 2002 henholdsvis 180 kr. pr. sengeliggende sygedag og 80 kr. pr. ikke-sengeliggende sygedag. Overstiger godtgørelsen 26.500 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 kan ydes, hvis skaden har medført varige ulemper i skadelidtes daglige livsførelse, som ikke er af økonomisk art. Det er dog en betingelse, at ménet *som følge af patientskaden*, udgør mindst 5%. Ménet fastsættes i procent, og godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2002 3.545 kr. pr. méngrad. Méngraden fastsættes ud fra helbredstilstanden på afgørelsestidspunktet, dog tidligst på det tidspunkt, hvor tilstanden ud fra en lægelig vurdering er medicinsk stationær. Godtgørelsen udbetales som et engangsbetrag. Der er fastsat regler om nedsættelse af méngodtgørelsen, og såfremt patienten på skadetidspunktet var fyldt 60 år, nedsættes godtgørelsen med 5% for hvert år, man på skadetidspunktet var 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 fastsættes skønsmæssigt. Det skal anføres, at årslønnen maksimalt pr. 1. januar 2002 kan andrage 620.000 kr. Erstatningen kan således maksimalt udgøre 3.720.000 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 1/2% for hvert år man på skadetidspunktet var ældre end 55 år.

Børn og 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** og udgifter til **begravelsesomkostninger**. Afgår en patient ved døden som følge af skaden, kan skadelidtes ægtefælle/samlever og 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 erhvervsevnen. 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 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, svie og smerte, 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, hvis skaden ikke var indtruffet.

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 vanskeligt 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

4.2.1. Helbredelsesudgifter og andet tab (EAL § 1)

1. Udgifter til børnepasning

En 30-årig kvinde fik i starten af december 1999 foretaget en kikkertgaldestensoperation og blev herunder påført en patientskade i form af perforation af tyndtarmen. Patienten havde kort forinden født et barn, og hun var derfor på barselsorlov, da skaden skete. Da hun som følge af træthed efter den indtrådte patientskade ikke kunne passe barnet, sygemeldte hun sig og overlod det til ægtefællen at holde den sidste del af barselsorloven.

Ægtefællen fortsatte efter endt barselsorlov yderligere på forældreorlov frem til starten af juni måned 2000. I den forbindelse krævede patienten erstatning for ægtefællens indtægtstab i forbindelse med forældreorloven. Begge ægtefæller havde fuld løn under barsel.

Ved Patientforsikringens afgørelse blev det lagt til grund, at der ifølge oplysninger fra patientens bopælskommune var 12 måneders pladsgaranti i den aktuelle periode, og at forældrene ikke kunne forvente at få institutionsplads før dette tidspunkt.

Det blev endvidere lagt til grund, at moderens indtægt oversteg faderens, samt at hun, der var funktionæransat, havde fået fuld løn under sygdomsfraværet.

Da behovet for pasning af barnet efter den normale barselsorlovs udløb således ikke var opstået som følge af den indtrådte patientskade, men som følge af mangel på institutionspladser i kommunen, og da patienten som

følge af sit ansættelsesforhold fik fuld løn i hele fraværperioden, frem til hun genoptog sit arbejde i sommeren 2000, fandt Patientforsikringen ikke, at hun var berettiget til erstatning for pasningsudgifter (00-0131).

I den konkrete sag var der således ikke dokumenteret et løntab. Generelt gælder det dog, at Patientforsikringen alene yder erstatning til patienter og disses efterladte men ikke til andre, der efter almindelige erstatningsretlige regler måtte have et afledt krav i anledning af skaden. Ægtefællers løntab som følge af pasning af patient - en eller dennes børn i sygeperioden, kan derfor ikke dækkes som tabt arbejdsfortje - neste med henvisning til EAL § 2.

Det er dog Patientforsikringens praksis at dække faktiske pleje- og pasningsudgifter efter erstatningsansvarsloven § 1, og såfremt der ikke er afholdt sådanne udgifter, fordi ægtefællen har valgt at tage fri fra sit arbejde uden løn for at varetage opgaven, da at udmåle en skønsmæssig godtgørelse svarende til de udgifter der ellers måtte påregnes at have været til fremmed pleje og pasning.

Godtgørelsen udmåles med henvisning til erstatningsansvarslovens § 1 og kan udbetales til ægtefællen i det omfang denne må anses for indtrådt i den skadelidtes krav. Da godtgørelsen ikke tilsigter at modsvare ægtefællens individuelle løntab, men derimod er udtryk for et skøn over de forventede udgifter til fremmed pasning og pleje, forudsættes det ved udmålingen af godtgørelsen, at denne er skattefri. (Vedrørende skattepligt se modsat Personskadehåndbogen, Forsikringshøjsskolens Forlag, 2001, side 72, hvor udmålingen dog forudsættes at ske med baggrund i løn - tabet). Se tillige Patientforsikringens årsberetning for 1998 side 90 f.

2. Udgifter til akupunkturbehandling erstattet

En 74-årig kvinde med mangeårige lave lændesmerter og smerteudstråling til bagsiden af begge ben fik ved CT-scanning konstateret svær forsnævring af rygmærven i lænden. Hun fik udført operation med frilægning af rygmærven, men i forløbet efter operationen opstod der en større blodansamling, der trykkede på nerverødderne i ryggen. Som følge af nervetrykket fik patienten permanent inkontinens for både urin og afføring, svære periodevis blæresmerter og smerter i begge ben. Hun fik indlagt permanent blærekateter og fik anlagt colostomi (fremføring af tyktarmen til en kunstig åbning på huden).

De opståede skader blev anerkendt med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Som led i behandlingen af patientens blæresmerter, blev hun i en kortere periode behandlet med akupunktur hos en privatpraktiserende speciallæge, og hun havde hertil en dokumenteret udgift på kr. 3.600,00. Patientforsikringen besluttede at tilkende erstatning til denne behandling under hensyntagen til, at akupunkturbehandlingen blev udført af en læge på god indikation og at den kun blev givet i en kortere afgrænset tidsperiode mod de akutte blæresmerter med god effekt (00-2619).

En betingelse for at der kan tilkendes en patient erstatning for afholdte behandlingsudgifter er efter Patientforsikringens praksis, at behandlingen generelt har en dokumenteret effekt mod patientens symptomer, og at behandlingen udføres af en autoriseret medicinalperson. Det er Patientforsikringens vurdering, at lægeligt udført akupunktur, givet over en kortere periode, kan have effekt som smertestillende behandling.

Af Arbejdsskadestyrelsens pjece: "Vejledning om betaling for sygebehandling, optræning og hjælpemidler ved arbejdsskader, 2. udgave, juli 2000", fremgår det, at Arbejdsskadestyrelsen efter tilsvarende principper tilkender erstatning for afholdte udgifter til akupunkturbehandling i arbejdsskadesager.

3. Varige udgifter til proteintilskud erstattet

En 39-årig mand havde gennem 5-6 år været generet af sure opstød med opløb af syre i spiserøret. Han var forsøgt behandlet medicinsk uden at dette dog havde varig effekt, og han fik derfor foretaget kikkertoperation af spiserørets lukkemuskel. Ved denne operation blev der skabt en kunstig ventil, der forhindrede tilbageløb af mavesyre fra mavesækken til spiserøret.

Operationen forløb planmæssigt, men efter operationen var patienten plaget af vedvarende skuldersmerter, specielt efter fødeindtagelse. Kortvarige skuldersmerter i en til to dage er en normal komplikation til operationen, men da patientens smerter fortsatte, fik han foretaget en ny kikkertundersøgelse af mavesækken samt en røntgenundersøgelse af spiserøret. Begge undersøgelser viste imidlertid normale forhold, og den nærmere årsag til skuldersmerterne kunne ikke fastslås.

Patientforsikringen anerkendte skaden i medfør af PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet vedvarende skuldersmerter, efter et indgreb som det udførte, var en både sjælden og ubehagelig skade, der fandtes at gå ud over, hvad patienten burde tåle af gener efter et forsøg på at behandle hans relativt beskedne grundsygdom.

På grund af smerterne efter fødeindtagelse havde patienten et betydeligt ufrivilligt vægttab, og det var derfor nødvendigt for ham at tage et dagligt kosttilskud i form af proteindrik. Patienten prøvede flere gange at ophøre med at tage proteintilskuddet, men hver gang resulterede det i et nyt vægttab.

Patientens egen læge vurderede, at patienten måtte antages at have et varigt behov for kosttilskuddet, og da Patientforsikringen fandt, at præparatets anvendelse var udløst af patientskaden i form af skuldersmerter efter indtagelse af fast kost, blev den årlige udgift til præparatet opgjort og kapitaliseret med faktor 6 svarende til Patientskadeankenævnets praksis (00-1964).

Den anvendte proteindrik var et ikke receptpligtigt kosttilskud, men da nødvendig - heden af anvendelsen var bekræftet af patientens egen læge, og da brugen fandtes rimelig og nødvendig ud fra sagens oplysninger, fandt Patientforsikringen, at ud - giften til præparatet kunne erstattes med henvisning til EAL § 1. Erstatningen for fremtidige udgifter til præparatet blev udmålt ved at gange den årlige udgift med faktor seks efter en analogi til EAL § 6.

4.2.2. Tabt arbejdsfortjeneste (EAL § 2)

1. Ikke dokumentation for tabt arbejdsfortjeneste i sygeperioden

En 23-årig mand fik efter et vridtraume i venstre knæ foretaget en korsbåndsrekonstruktion i 1995. Operationen var ukompliceret, men i de følgende år havde patienten gener fra det rekonstruerede korsbånd. Da patientens gener fortsatte, blev han tilbudt en ny rekonstruktion af korsbåndet, og denne operation blev udført medio august 2000. Ved operationen blev det konstateret, at det borehul, der var anlagt i lårbenet ved operationen i 1995, var placeret 2 cm for langt fremme, og at dette var årsagen til hans gener.

I forbindelse med rekonstruktionsoperationen i august 2000 blev patienten påført en knæinfektion med gule stafylokokker. Infektionen førte til yderligere operative indgreb med oprensning af det inficerede område og langvarig behandling med antibiotika. Patientforsikringen vurderede, at der fra den 30. januar 2001 ikke var udsigt til yderligere bedring i patientens knæ, idet patienten på dette tidspunkt var uden gener fra knæet, der samtidig var uden tegn på infektion.

Patientforsikringen anerkendte hele forløbet fra rekonstruktionen i august 2000 og til den 30. januar 2001 med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet hele dette forløb var udløst af den fejlplacering af korsbåndet, der var sket ved operationen i 1995. Den anerkendte sygeperiode udgjorde 5 1/2 måned, hvoraf patienten samlet var indlagt i 3 uger.

Patienten havde umiddelbart forud for operationen i august 2000 afsluttet sin markedsøkonomuddannelse. Han gjorde herefter gældende, at han havde haft tabt arbejdsfortjeneste, idet han, i en periode på omkring et halvt år efter afslutningen af sin uddannelse som markedsøkonom, havde været forhindret i at søge og påbegynde et arbejde på grund af operationsfølgerne.

Patientforsikringen rettede i forbindelse med erstatningsopgørelsen henvendelse til Civiløkonomernes A-kasse. Det blev her oplyst, at det var normalt forekommende, at nyuddannede markedsøkonomer gik ledige det første halve år efter endt uddannelse, inden de fandt et job.

Patientforsikringen afviste herefter at tilkende patienten erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at patienten kun i en ganske kort del af den anerkendte sygeperiode var forhindret i at søge og starte en ansættelse som markedsøkonom. Hertil kom, at der selv efter den 30. januar 2001, hvor patienten ikke længere havde gener fra knæet, gik yderligere 4 1/2 måned, før han startede i et job som markedsøkonom. Henset til disse forhold og A-kassens oplysning om, at nyuddannede markedsøkonomer ofte var arbejdsløse i en periode efter uddannelsens afslutning, fandt Patientforsikringen det ikke dokumenteret, at patientens jobstart var udskudt som følge af den anerkendte patientskade, og at han derved var påført et indtægststab (00-2337).

Bevisbyrden for at der er lidt et indtægtstab, som følge af en anerkendt patientskade, påhviler den skadelidte patient. Patientforsikringen har dog som afgørelsesinstans pligt til at oplyse sagen bedst muligt ved at indhente alle relevante oplysninger fra patienten og andre.

I den aktuelle sag fandt Patientforsikringen det, trods de indhentede oplysninger, ikke tilstrækkeligt sandsynliggjort, at patienten ville have opnået ansættelse som markedsøkonom inden 30. januar 2001, såfremt patientskaden ikke var indtruffet. Det blev heller ikke fundet sandsynligt, at det forhold, at patienten først startede i en ansættelse som markedsøkonom i sommeren 2001, var en følge af den anerkendte patientskade.

4.2.3 Svie og smerte (EAL § 3)

1. Fortolkning af begrebet ”sengeliggende syg” i relation til godtgørelse for svie og smerte

En 42-årig kvinde blev på grund af en mangeårig rygdeformitet, opereret den 23. maj 2000, hvor man foretog opretning samt stabilisering af hendes ryg. Efterfølgende røntgenundersøgelse den 7. juni 2000 viste imidlertid manglende hold af det indsatte stabiliseringsapparat, hvorfor patienten blev reopereret den 13. juni 2000 med fjernelse af implantatet. Patienten blev udskrevet til ambulant kontrol den 24. juni 2000. Det gik herefter langsomt fremad, og hun genoptog sit arbejde på nedsat tid fra den 1. november 2000.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet Patientforsikringen vurderede, at man havde udført en for omfattende korrektion ved operationen den 23. maj 2000, til at denne kunne forventes at holde, og at hun som følge heraf måtte reopereres den 13. juni 2000. Stationærtidspunktet blev fastsat til datoen for den afsluttende kontrol den 28. maj 2001.

Ved beregningen af godtgørelse for svie og smerte vurderede Patientforsikringen, at et ukompliceret behandlingsforløb ville have varet ca. 6 måneder, dvs. frem til den 23. november 2000. Heraf ville der have været 3 ugers sengeleje. Patienten havde været indlagt på hospitalet i 33 dage. Hun fik herefter godtgørelse for 12 sengeliggende dage og halv takstmæssig godtgørelse for perioden fra hun genoptog sit arbejde den 1. november 2000 og frem til stationærtidspunktet.

Patientens advokat ankede efterfølgende afgørelsen og anførte i den forbindelse, at patientens tilstand ved udskrivelsen fra hospitalet svarede til niveauet for en indlagt patient, da hun kun kunne bevæge sig rundt i ca. 1/2 time ad gangen, hvorefter hun måtte lægge sig ned igen. Overlægen fra hospitalet udtalte, at hun skønsmæssigt måtte ligge ned ca. 12 timer i døgnnet (01-0762).

Patientforsikringen fandt, at patienten efter udskrivelsen fra sygehuset, skulle vurderes som oppegående. I ankeudtalelsen blev der henvist til U1997.226Ø, hvor betingelserne for at være sengeliggende syg ikke var opfyldt på trods af, at patienten kun kunne bevæge sig rundt med støtte fra sin ægtefælle eller i kørestol. Patientforsikringen vurderede herefter, at den aktuelle patient ikke opfyldte de strenge krav til, hvornår man var at betragte som sengeliggende syg.

Udgangspunktet ved sondringen mellem sengeliggende og oppegående sygedage er med dommen U1997.226Ø, at man kun er sengeliggende syg, hvis man er indlagt på sygehus. Om man under sygehusindlæggelsen rent faktisk er sengeliggende eller oppegående efter en operation er imidlertid uden betydning. Som undtagelse til dette udgangspunkt gælder de få situationer, hvor patienten udskrives til videre pleje i hjemmet, og hvor det lægeligt kan dokumenteres, at patienten rent faktisk er sengeliggende. Typisk vil patientens hjem i denne situation blive indrettet til behandlingsformålet med hospitalsseng mv., ligesom supplerende pleje ofte vil blive tilbudt via kommunens hjemmeplejeordning.

Ved lov nr. 463 af 7. juni 2001, der finder anvendelse på skader, der påføres patienter 1. juli 2002 og senere, overflødiggøres den ovennævnte sondring mellem oppegående og sengeliggende sygedage, idet der indføres samme godtgørelsestakst for alle sygedage.

4.2.4 Erhvervsevnetab (EAL § 8)

1. Tab af erhvervsevne til 17-årig udmålt efter § 8, da lønnet uddannelse ikke var påbegyndt

En 17-årig dreng væltede på sin cykel og pådrog sig et brud på højre albue. I forbindelse med den efterfølgende operation, der blev udført i blodtomhed, udviklede han et compartmentsyndrom (ophobning af væske under huden), og følgerne heraf blev anerkendt som en patientskade efter PFL §

2, stk. 1, nr. 1. Det blev ved denne afgørelse lagt til grund, at compartment-syndromet skyldtes, at operatøren havde valgt en ukorrekt fikurationsmetode, hvorved operationen trak ud og blodtomheden blev opretholdt længe, end det generelt anbefales.

I forbindelse med opgørelsen af erstatningen anførte patientens advokat, at erstatningen for tab af erhvervsevne skulle vurderes efter §§ 5-7, idet skadelidte havde været i lære som transportchauffør, men efterfølgende måtte opgive dette. Advokaten mente endvidere, at årslønnen skulle fastsættes svarende til en uddannet transportchaufførs årsløn.

Det fremgik imidlertid af sagens oplysninger, at patienten på skadestidspunktet hverken var påbegyndt uddannelsen til transportchauffør eller havde indgået aftale om en læreplads som transportchaufførelev. Således indtrådte patientskaden den 8. maj 1994, mens patienten først den 16. januar 1995 påbegyndte uddannelsen til transportchauffør. Aftalen om den praktiske uddannelse blev underskrevet den 6. juni 1995 og denne del af uddannelsen påbegyndt den 3. juli 1995.

Da patienten var 17 år på skadestidspunktet og hverken havde truffet aftale om eller var påbegyndt en lønnet uddannelse, blev erhvervsevnetabet beregnet efter EAL § 8 med udgangspunkt i patientens samlede méngrad, der var vurderet til 30 %. Der blev ikke i erhvervsevnetabserstatningen foretaget fradrag for de forventede følger efter optimal behandling, da ménet for disse blev fastsat til 5 %, hvilket ikke udløser erhvervsevnetabserstatning efter EAL § 8.

Advokaten havde endvidere påstået patienten tilkendt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for mistet lærlingeløn. Det fremgik nemlig af sagens oplysninger, at patienten var påbegyndt sin praktiske uddannelse godt et år før stationærtidspunktet, men at han hurtigt måtte opgive denne.

Patientforsikringen fandt imidlertid ikke, at patienten var berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, fordi det af sagens sociale akter fremgik, at patienten havde opgivet sin læreplads som følge af gener fra det ene knæ. Den anerkendte patientskade bestod af gener fra venstre hånd og arm, og Patientforsikringen fandt således ikke, at indtægtstab var udløst af patientskaden (00-2107).

For børn og unge, der på skadestidspunktet var under 18 år, skal erstatning for tab af erhvervsevne fastsættes med udgangspunkt i méngraden jfr. erstatningsansvarslovens § 8. Højesteret har dog i afgørelsen U2000.28 H fastslået, at en 17-årig dreng, der var i lønnet beskæftigelse som arbejdsdreng med henblik på senere ansættelse som smedelærling, skulle vurderes i henhold til EAL §§ 5-7, med udgangspunkt i årslønnen for en nyudlært smed.

Da patienten i den ovennævnte sag ikke var i lønnet beskæftigelse på skadestidspunktet, blev erhvervsevnetabet dog fastsat efter de sædvanlige principper i EAL § 8 med udgangspunkt i méngraden.

2. Erhvervsevnetaberstatning til sygeplejerske på uddannelsesorlov beregnet efter EAL § 8

En 42-årig kvinde havde igennem mange år lidt af smerter i venstre underarm og venstre hånds 4. og 5. finger med periodevis smerteudstråling op i nakken. Hun havde tillige udbredte føleforstyrrelser på hele venstre underarm. På sygehuset vurderede man, at patienten led af et "thoracic outlet syndrome", d.v.s. en tilstand, hvor karnervebuntet ikke kan finde plads nok under sin vej op gennem den øvre åbning af brystkassen ud mod armen.

Man fjernede herefter en stor del af patientens venstre 1. ribben via armhulen. Efter operationen kunne det konstateres, at indgrebet havde hjulpet på størstedelen af symptomerne. Imidlertid var der tilkommet nye og forværrede symptomer med jagende smerter ud i venstre arm, ømhed langs nerverne på venstre overarm og nedsat kraft i venstre hånds bøjemusklér. En EMG undersøgelse viste efterfølgende, at der var sket en påvirkning af ulnaris og medianusnerverne til armen, hvorefter sagen blev anerkendt som en lejringskade med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Patienten var uddannet sygeplejerske og havde arbejdet som sådan frem til ca. 1 år før skaden. Hun havde herefter taget uddannelsesorlov, idet hun ønskede at uddanne sig til at varetage mere administrative opgaver på sin arbejdsplads, da arbejdet som operationssygeplejerske var for fysisk belastende. Hun var således på uddannelsesorlov på skadestidspunktet, og var fortsat ansat på sygehuset, men modtog orlovsydelse fra sin arbejdsløshedskasse.

Efter orlovsperiodens udløb blev hun opsagt med henvisning til 120-sygedagesreglen og overgik efterfølgende til mellemste førtidspension.

Patienten gjorde gældende, at hun havde en uddannelse i forvejen og ønskede at fastholde sit arbejde indenfor det oprindelige uddannelsesområde, blot med mere administrative funktioner, hvorfor hendes erhvervsevnetab skulle vurderes efter EAL §§ 5-7.

Patientforsikringen vurderede, at patienten på skadestidspunktet reelt havde forladt sit arbejde som operationssygeplejerske, og at hendes erhvervsevnetab derfor skulle vurderes efter EAL § 8 (98-1465).

Det kan ind i mellem være vanskeligt at vurdere, om en erhvervsevnetabserstatning skal fastsættes efter §§ 5-7 eller efter § 8 i erstatningsansvarsloven.

Har en personskade medført varig nedsættelse af skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde, tilkommer der denne erstatning for tab af erhvervsevne. Er statningen fastsættes som hovedregel på baggrund af den skadelidtes løn i året forud for skaden. Dette følger af EAL §§ 5-7.

Hvis den skadelidte på tidspunktet for skadens indtræden i det væsentlige udnyttede sin erhvervsevne på en måde, som ikke eller kun i begrænset omfang medførte erhvervsindtægt, fastsættes erhvervsevnetabserstatningen på baggrund af méngraden. Dette følger af EAL § 8.

Når en skadelidte, som er i arbejde på skadestidspunktet, gennemfører en videreuddannelse, som supplement til den uddannelse han eller hun har i forvejen for at dygtiggøre sig inden for sit arbejdsområde, skal erhvervsevnetabserstatningen fastsættes efter EAL §§ 5-7.

Hvis samme skadelidte derimod på skadestidspunktet havde opgivet at arbejde indenfor sit oprindelige uddannelsesområde, f.eks. som led i en revalidering til mindre fysisk belastende arbejde, fastsættes erstatningen efter EAL § 8, da det i denne situation ikke vil være rimeligt at tage udgangspunkt i en årsløn, der vedrører et arbejde, som den skadelidte ikke længere kan udføre.

I den konkrete sag læste patienten EDB under sin uddannelsesorlov, og formålet med uddannelsen var at vende tilbage på samme arbejdsplads, men til mere administrative arbejdsopgaver.

På baggrund af uddannelsens karakter og formål fandt Patientforsikringen ikke, at der var tale om en videreuddannelse, men snarere, at uddannelsen havde karakter af en selviværksat revalidering, hvis formål det var at uddanne patienten til at varetage egentligt kontorarbejde.

Da det således ikke gav mening at fastsætte årslønnen med udgangspunkt i det sygeplejerskejob, som patienten som følge af sin sygdom allerede før patientskadens indtræden havde opgivet, blev erhvervsevnetabserstatningen udmålt med udgangspunkt i méngraden og med henvisning til EAL § 8.

4.2.5. Tab af forsørger (EAL § 13)

1. Forsørgertabserstatning ikke reduceret som følge af konkurrerende grundlidelser

En 52-årig mand der led af AIDS og som følge af dette universel tuberkuloseinfektion, fik som følge af tegn på påvirkning af leveren foretaget leverbiopsi. På grund af utilstrækkelig overvågning af patienten i perioden efter biopsien afgik han imidlertid ved døden som følge af en ukontrollabel blødning fra leveren. Skaden blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, og enken blev således fundet berettiget til erstatning for tab af forsørger.

Da patienten allerede inden patientskaden var alvorligt syg som følge af sin grundlidelse, overvejede Patientforsikringen, om der var grundlag for at reducere forsørgertabserstatningen udfra en vurdering af, at patienten var så syg af sine AIDS-relaterede sygdomme, at han også uden patientskaden måtte antages at ville dø indenfor kortere tid. Til brug for vurderingen heraf indhente Patientforsikringen to speciallægevurderinger, en fra det skadevoldende sygehus, hvor patienten også blev behandlet for sin AIDS, og en fra et andet sygehus ligeledes med speciale i behandling af AIDS patienter.

De to erklæringer var meget forskellige i deres konklusion, primært som følge af forskellige opfattelser af patientens respons på den antituberkuløse behandling. Speciallægen fra det skadevoldende sygehus vurderede, at patienten havde haft stor risiko for at afgå ved døden som følge af sin AIDS-sygdom i løbet af et halvt til et helt år, mens man fra det andet sygehus vurderede, at hans prognose var væsentligt bedre, og at han over en 5-års peri-

ode havde større risiko for at dø af sin hjertelidelse end af AIDS relaterede sygdomme.

Patientforsikringen undlod herefter at reducere forsørgertabserstatningen, idet det ikke fandtes tilstrækkeligt sandsynliggjort, at patienten som følge af sine grundlidelser havde en meget dårlig livsprognose. Der blev endvidere lagt vægt på, at dødens indtræden utvivlsomt var fremkaldt af leverbiopsien og den utilstrækkelige overvågning af patienten efterfølgende og ikke af patientens grundsygdom (99-1920).

Vestre Landsret har i dommen U2001.1581V fastslået, at der intet principielt er i vejen for, at erstatning for tab af forsørger kan reguleres som følge af kausalitet og konkurrerende skadesårsager, men at en sådan reduktion kræver sikre lægelige oplysninger om, at patienten allerede forud for patientskaden havde en meget dårlig livsprognose.

4.2.6. Øvrige eksempler

1. 10.000 kroners-reglens anvendelse ved arbejdsulykker

En 55-årig mand pådrog sig i forbindelse med sit arbejde som chauffør en forvridning af venstre skulder. Der blev på sygehuset foretaget operativ rekonstruktion af rotatorcuffen (senet manchet omkring skulderleddet), og efterfølgende blev skulderen bandageret og fikseret i en armslynge. Patienten blev, som følge af behandlingen, påført en delvis lammelse i højre skulder med højresidig englevinge til følge. Da nerveskaden blev anset for en uundgåelig følge til behandlingen, og da skaden samtidig var meget sjælden og mere alvorlig, end hvad der normalt måtte forventes efter indgreb som det udførte, blev den anerkendt med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Da patientens oprindelige skulderskade var opstået i forbindelse med hans arbejde, vurderede Patientforsikringen, at skulderskaden kunne være omfattet af lov om sikring mod følger af arbejdsskade, og at en endelig opgørelse af patientskadesagen måtte afvente Arbejdsskadestyrelsens behandling af arbejdsskadesagen. Patientforsikringen tilkendte herefter patienten en godtgørelse for svie og smerte på kr. 3.000, idet denne godtgørelsespost ikke er omfattet af arbejdsskadedækningen. Patienten blev samti-

dig informeret om, at der ville blive taget stilling til en eventuel yderligere erstatning og godtgørelse, når Arbejdsskadestyrelsens afgørelse i arbejdsskadesagen forelå (00-1950).

Normalt vil der kun kunne tilkendes erstatning, hvis erstatningsbeløbet overstiger den i PFL § 5, stk. 2, fastsatte bagatelgrænse på kr. 10.000,00. Formålet med bagatelgrænsen er imidlertid at afskære dækningen af patientskader, der alene udløser mindre erstatningskrav, ikke at afskære dækningen af patientskader, der udløser større erstatningskrav som dog udbetalingsmæssigt bliver små, fordi størstedelen af kravet af lovtekniske grunde dækkes gennem arbejdsskadeforsikringslovgivningen.

Udfra denne betragtning finder Patientforsikringen ikke, at det skal komme patienten til skade, at patientskaden tillige er dækket af arbejdsskadelovgivningen, og patienten vil derfor få tilkendt erstatning for sit differencekrav efter PFL, uanset at dette ikke overstiger kr. 10.000.

2. Forholdet til arbejdsskadesikringsloven.

En 61-årig mand pådrog sig en diskusprolaps under sit arbejde som vicevært. I forbindelse med den efterfølgende operation for prolapsen blev patienten påført en nerverodslæsion med lammelser og føleforstyrrelser i venstre ben og fod til følge. Patientforsikringen anerkendte nerverodslæsionen og dennes følger som en patientskade med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 1, da det blev vurderet, at operationen ikke var udført i overensstemmelse med den bedste specialiststandard, og at dette var den nærmere årsag til patientskaden.

I forbindelse med opgørelsen af erstatningen for patientskaden, anmodede Patientforsikringen patienten om at anmelde den opståede diskusprolaps til Arbejdsskadestyrelsen, idet prolapsen var opstået i forbindelse med hans viceværtarbejde.

Patienten svarede herefter ved brev, at han ikke ønskede at sagen blev anmeldt efter arbejdsskadelovgivningen, idet han ikke mente, at der var varige følger efter arbejdsskaden, men kun efter operationen.

Lov om sikring mod følger af arbejdsskade dækker som udgangspunkt alle

følger af arbejdsskaden, herunder også yderligere skader, der påføres på sygehuset ved behandling af arbejdsskaden. Loven dækker dog ikke godtgørelse for svie og smerte, og Patientforsikringen traf derfor afgørelse vedrørende denne erstatningspost.

I afgørelsen blev patienten gjort opmærksom på Arbejdsskadestyrelsens adresse og telefonnummer og igen opfordret til at anmelde skaden. Patientforsikringen oplyste i samme forbindelse, at sagen ville blive genoptaget, såfremt patienten fik afslag på erstatning fra Arbejdsskadestyrelsen (01-0060).

Lov om sikring mod følger af arbejdsskade dækker - såfremt det anmeldte tilfælde er omfattet af arbejdsskadeloven - selve skaden samt alle kausale følger af denne. Loven dækker således også skade som følge af, at patienten på grund af en arbejdsskade efterfølgende behandles på et offentligt sygehus. Det vil sige, at arbejdsskadelovgivningen bl.a. også dækker det mermén, som patienten påføres ved patientskaden.

Af Lov om sikring mod følger af arbejdsskade § 59 følger det, at den skadelidtes krav mod den erstatningsansvarlige nedsættes i det omfang, der er betalt eller er pligt til at betale ydelser efter loven. Højesteret har i sagen U 95.843H fortolket reglen således, at "Reglen indebærer, at når et sådant krav kan være omfattet af arbejdsskadeforsikringsloven, er den skadelidte ikke berettiget til at forfølge sit eventuelle krav efter erstatningsansvarsloven, før spørgsmålet om hans tilsvarende krav efter arbejdsskadeforsikringsloven er afgjort."

Reglen i § 59 medfører altså, at lov om sikring mod følger af arbejdsskade dækker forud for andre erstatningsordninger, herunder patientforsikringsloven, og at patienten ikke kan kræve erstatning efter patientforsikringsloven for poster, der tillige er omfattet af arbejdsskadesikringsloven, før en eventuel arbejdsskadesag vedrørende samme skade er endelig afsluttet.

3. Genoptagelse da afgørelsen var truffet på et urigtigt grundlag

En 58-årig kvinde fik i 1997 konstateret en stor godartet svulst 10 cm oppe i endetarmen. Svulstens størrelse og placering nødvendiggjorde anvendelse af en særlig operationsteknik med specialinstrumenter gennem endetarmen. To dage efter operationen blev patienten reopereret, idet hun havde fået konstateret en stor rift i endetarmen. Det var nødvendigt at fjerne det

beskadigede tarmstykke og midlertidigt fremlægge tyktarmen til en kunstig åbning i huden (colostomi).

Patienten fik i marts måned 1998 tilbagelagt tyktarmsstomien, men denne operation endte med et uventet dårligt resultat, idet patienten fik flere fistler (sprækkedannelser) bl.a. fra endetarmen til skeden med det resultat, at hun havde afgang af afføring gennem skeden. Da det trods flere operationer ikke lykkedes at lukke de opståede fistler, fik patienten anlagt en ny stomi, denne gang fra tyndtarmen (ileostomi) for at aflaste hele tyktarmen. Ileostomien blev lagt tilbage og patientens tarmfunktion genetableret ved operation i maj 2000. Patienten havde dog fortsat betydelige vansir i form af en asymmetrisk bugvæg med frembuling af venstre side af maven og var præget af voldsom træthed efter det langvarige forløb.

Patientforsikringen anerkendte de opståede skader med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet det meget langvarige behandlingsforløb og de omfattende skader fandtes at gå ud over, hvad patienten skulle tåle efter fjernelse af en godartet polyp fra endetarmen.

Til brug for den erstatningsmæssige opgørelse af sagen indhentede Patientforsikringen en speciallægeerklæring dateret den 9. maj 2000. Af denne erklæring fremgik det, at patienten var generet af sin stomi, men at hun ikke umiddelbart var interesseret i tilbagelægning af denne, da dette indebar et stort og risikofyldt indgreb. Hvad den erklæringsudstedende speciallæge imidlertid ikke var bekendt med var, at patienten samme dag som erklæringen blev udarbejdet blev indlagt på det skadevoldende sygehus, hvor hun den efterfølgende dag fik lagt ileostomien tilbage og fik genetableret sin tarmfunktion.

Erklæringen blev efterfølgende sendt til partshøring hos patienten og dennes advokat, der svarede den 4. juli 2000, uden at det i den anledning blev oplyst, at ileostomien var lagt tilbage.

Patientforsikringen opgjorde på baggrund af den indhentede erklæring, ved afgørelse af 22. august 2000, patientens samlede mén som følge af patientskaden til 40 %. Af afgørelsen fremgik det blandt andet, at det ved ménfastsættelsen var lagt til grund, at patienten havde en permanent ileostomi, hvilket ifølge Arbejdsskadestyrelsens méntabel skulle fastsættes til 30 %.

Patientens advokat rettede, efter at have modtaget afgørelsen, henvendelse til Patientforsikringen, idet han fandt, at godtgørelsen for svie og smerte var fastsat for lavt, idet der ikke var taget hensyn til den sygemelding, som patienten havde haft i forbindelse med tilbagelægningen af ileostomien. Først ved denne henvendelse blev det Patientforsikringen klart, at patienten havde fået lagt stomien tilbage i maj 2000, og at hun således ikke var permanent stomibærer, således som det var forudsat ved afgørelsen af 22. august 2000.

På baggrund af advokatens oplysninger genoptog Patientforsikringen sagen, ændrede stationærtidspunktet og tilkendte yderligere godtgørelse for svie og smerte i overensstemmelse hermed. Samtidig nedsatte Patientforsikringen méngraden, idet der blev lagt vægt på, at afgørelsen vedrørende dette spørgsmål var truffet på et urigtigt grundlag, idet patientens ileostomi allerede var tilbagelagt på tidspunktet for Patientforsikringens afgørelse af 22. august 2000.

Der blev endvidere lagt vægt på, at det på baggrund af formuleringen i afgørelsen af 22. august 2000, måtte have stået såvel patienten som dennes advokat klart, at Patientforsikringen ikke havde kendskab til, at stomien var tilbagelagt på afgørelsestidspunktet, og at dette forhold var af afgørende betydning for erstatningsudmålingen (99-0754).

Genoptagelse af afsluttede erstatningssager vil normalt kun ske på patientens begæring, og kun hvis betingelserne i EAL § 11 er opfyldt. Patientforsikringen kan dog helt undtagelsesvist, efter almindelige forvaltningsretlige principper, af egen drift genoptage en allerede afsluttet erstatningssag, hvis det efterfølgende viser sig, at afgørelsen er truffet på et urigtigt grundlag.

I en sag som den aktuelle, hvor der som konsekvens af genoptagelsen træffes en ny afgørelse til skade for patienten, må det efter Patientforsikringens praksis være en betingelse, at den oprindelige afgørelse enten viser sig at være direkte lovstridig, eller at det må have stået patienten klart, at afgørelsen var truffet på et urigtigt grundlag.

5. Generelle problemstillinger

5.1. Merudgifter til erstatning og godtgørelser som følge af den nye erstatningsansvarslov (lov nr. 463 af 7. juni 2001)

5.1.1. Baggrunden for beregningen

I sommeren 2001 gennemregnede Patientforsikringen efter aftale med Justitsministeriet og amterne 100 tidligere henlagte erstatningssager efter reglerne i den nye erstatningsansvarslov (lov nr. 463 af 7. juni 2001), med henblik på at anslå de forventede merudgifter lovændringen måtte antages at medføre på patientforsikringslovens område.

Baggrunden for beregningen var en uenighed mellem Justitsministeriet og Patientforsikringen om, hvilke merudgifter der kunne forventes som følge af lovændringen, og da dette spørgsmål var af afgørende betydning for amternes mulighed for at få kompensation fra staten for de merudgifter til patientforsikringsordningen, som de blev påført ved lovændringen, foreslog Patientforsikringen, at der blev foretaget en egentlig beregning af de økonomiske konsekvenser.

5.1.2 Udvælgelsesmetoden

De sager, der blev beregnet, blev udtrukket blandt henlagte sager, i hvilke der var tilkendt erstatning i 1999. Det totale antal sager udgjorde 865, der blev listet efter størrelsen af de tilkendte erstatningsbeløb. Efterfølgende blev skiftevis hver 8. og 9. sag udtrukket, indtil det samlede antal udtrukne sager udgjorde 100 sager. Ved at udtrække sagerne på den valgte måde blev det sikret, at de udtrukne sager størrelsesmæssigt udgjorde et repræsentativt udsnit af en hel årgangs erstatningstilkendelser.

5.1.3 Beregningsforudsætninger

De udvalgte sager var alle anmeldt til Patientforsikringen i 1999 eller tidligere, og de takster, der var anvendt ved beregning af godtgørelser og erstatninger efter den gældende erstatningsansvarslov var derfor fastsat med udgangspunkt i skadedatoen, jfr. EAL § 15, stk. 3.

Efter L 463 § 15, stk. 3, beregnes erstatningen med udgangspunkt i de takster der gælder på forfaldstidspunktet, hvilket i Patientforsikringens sager normalt vil være månedsdagen efter anmeldelsens modtagelse.

Da L 463 er angivet i 2001-takster, fandt Patientforsikringen det nødvendigt at foretage en tilbageregulering af de i lovforslaget fastsatte takster for derved at isolere de økonomiske konsekvenser, der alene var en følge af lovændringen. Tilbagereguleringen blev foretaget i overensstemmelse med princippet i L 463 om, at godtgørelse for varigt mén, erstatning for erhvervsevnetab og minimumserstatning for forsørgertab alle forhøjes med 2/3.

Endvidere blev godtgørelsen for svie og smerte tilbagereguleret til gennemsnittet af den gældende lovs takst for oppegående og sengeliggende sygedage for de enkelte år og normalårslønningen reguleret i overensstemmelse med arbejds-skadeforsikringslovgivningen.

Ved gennemregningen af de udvalgte sager efter L 463 anvendte Patientforsikringen herefter i hver enkelt sag de takster, der var gældende på forfaldstidspunktet, der i alle sager skønsmæssigt blev fastsat til en måned efter, at patientens anmeldelse blev modtaget i Patientforsikringen.

Patientforsikringen foretog endvidere renteberegning i alle sager. Rentefoden blev ud fra en gennemsnitsbetragtning af den til enhver tid gældende diskonto plus 5 %, fastsat til 10 %.

5.1.4 Skønsmæssig regulering af beregningen

I L 463 § 10, er de skadelidtes adgang til at få genoptaget afsluttede erstatningssager udvidet. Udvidelsen kommer særlig til udtryk ved, at den skadelidte kan få sin afsluttede erstatningssag genoptaget som følge af uforud-

sete ændringer i de erhvervsmæssige forhold, uden at dette er en følge af en ændring i helbredstilstanden. Ligeledes kan de øvrige erstatningsposter genoptages, når visse betingelser er opfyldt.

Det var naturligvis ikke muligt at beregne, hvilke økonomiske konsekvenser den udvidede genoptagelsesadgang vil få på patientforsikringslovens område, idet dette jo afhænger af antallet af genoptagelsesansøgninger. Ved den samlede beregning var det derfor nødvendigt at tillægge et skønsmæssigt beløb for de forventede merudgifter til yderligere godtgørelser og erstatninger som følge af den udvidede genoptagelsesadgang.

5.1.5 Resultatet af gennemregningen

Gennemregningen viste, at lovændringen, når denne er slået fuldt igennem, må forventes at medføre en udgiftsstigning til erstatninger, godtgørelser og renter på 61,3 %.

De største procentvise stigninger må efter gennemregningen forventes på erstatningsposten tabt arbejdsfortjeneste som følge af ophævelsen af stationærbegrebet. Endvidere kan der forventes en stor stigning i erstatningerne for erhvervsevnetab, dels som følge af de meget høje erstatninger, der vil blive givet til børn under 15 år, og dels som følge af, at studerende og husmødre nu skal have individuelt udmålte erstatninger. Aldersaftrapningen, der efter lovforslaget stopper ved 30 % i det 69. år og indførelsen af midlertidige erstatninger, har også betydning for den samlede stigning i erhvervsevnetaberstatningerne.

På baggrund af gennemregningen må det konstateres, at den ændrede aldersnedtrapningsprofil ikke på patientforsikringslovens område får betydning for de godtgørelser, der tilkendes for varigt mén. Således stiger denne godtgørelsespost størrelsesmæssigt helt svarende til, at taksten forhøjes med 2/3.

Betydningen af de ændrede forrentningsregler har tidligere givet anledning til diskussion. Gennemregningen af sagerne viser, at de tilkendte godtgørelser og erstatninger efter den gældende erstatningsansvarslov på patientforsikringslovens område samlet tillægges 28,2% som følge af forrentning. Denne rentepost reduceres som følge af lovforslaget til 15%, idet

forrentningen nu først starter på månedsdagen efter modtagelsen af patientens anmeldelse og ikke som tidligere på skadestidspunktet. Da de hovedstole, der skal forrentes, dog samtidig stiger som følge af lovændringen, bliver den samlede besparelse i renteudgifterne som følge af lovændringen imidlertid kun på 4,2 %, og ændringen af forrentningsreglerne er derfor tæt på at være en udgiftsneutral foranstaltning.

De forventede procentvise ændringer på de enkelte erstatningsposter fremgår af nedenstående tabel:

Erstatningspost	Udgiftsstigningen i % som følge af lovændringen
Helbredelsesudgifter og andet tab	12 %
Tabt arbejdsfortjeneste	113,2 %
Svie og smerte	51,6 %
Varigt mén	67,3 %
Erhvervsevnetab	85,6 %
Forsørgertab	26,8 %
Begravelsesudgifter	- 75,5 %
Overgangsbeløb	Ny erstatningspost, kun anvendt i 2 af de 100 sager
Renter	- 4,2 %
Sum inkl. renter	61,3 %

5.1.6. Lovens gennemslagshastighed

På baggrund af beregninger af med hvilken forsinkelse i forhold til skadestidspunktet godtgørelser og erstatninger tilkendes, har Patientforsikringen forsøgt at udarbejde en prognose for fremtidige udgifter til erstatninger og godtgørelser baseret på en vurdering af, hvornår lovændringen må forventes at slå igennem og dermed få betydning for disse.

Prognosen viser, at merudgifterne til godtgørelser og erstatninger, som følge af lovændringen, vil være meget beskedne i år 2002, hvor loven træder i kraft. Dette skyldes dels, at skaderne i patientforsikringssystemet erfaringsmæssigt først anmeldes 1 til 1 1/2 år efter at skaden er sket, og dels Patientforsikringens sagsbehandlingstid frem til tilkendelsen af godtgørelse og erstatning.

Samtidig viser prognosen, at der vil gå mange år før loven på patientforsikringslovens område, slår fuldt igennem på de tilkendte godtgørelser og erstatninger. Således forventer Patientforsikringen, at 15 % af de sager, i hvilke der tilkendes godtgørelse og erstatning i år 2006, fortsat vil være omfattet af den nugældende erstatningsansvarslov. Først omkring 2009 kan det forventes, at alle erstatningstilkendelser sker med udgangspunkt i L 463.

Selvom lovændringen fortsat ikke er slået fuldt igennem i år 2006, må merudgifterne til godtgørelser og erstatninger på patientforsikringslovens område, som følge af lovændringen, ikke desto mindre forventes at udgøre godt 327 mio. kr. dette år.

5.1.7. Fremtidige erstatningstilkendelser

Et forsøg på at beregne de fremtidige økonomiske konsekvenser, lovændringen vil få på patientforsikringslovens område, er naturligvis behæftet med stor usikkerhed, idet dette er afhængig af, hvor store godtgørelser og erstatninger, der ville være tilkendt, såfremt lovændringen ikke var vedtaget. I de seneste år har erstatningstilkendelserne svinget meget, idet summen har vist sig meget følsom overfor opsamling og afvikling af sagspukler.

Som det imidlertid vil fremgå nedenfor, har der gennemsnitligt i perioden 1998-2002 (forventet) været en årlig tilvækst i erstatningstilkendelserne på 30 mio. kr.

Stigningen er primært en følge af den årlige regulering af de takster, der lægges til grund ved beregningerne, men også i høj grad en følge af den generelle lønstigning i samfundet, et forhold der har afgørende betydning for beregningen af både tabt arbejdsfortjeneste, erhvervsevnetab og forsørger-tab.

Patientforsikringens vurdering af de fremtidige udgifter til godtgørelser og erstatninger på patientforsikringslovens område fremgår af nedenstående tabel:

	Forventede tilkendelser inkl. renter uden lovændring	Sager der skal vurderes efter L 463	Merudgift som følge af lovændringen (61,3 %)	Samlede udgifter til godtgørelser og erstatninger
1998	146,4 mio. kr.	0 %	0	146,4 mio. kr.
1999	163,8 mio. kr.	0 %	0	163,8 mio. kr.
2000	166,1 mio. kr.	0 %	0	166,1 mio. kr.
2001	263,7 mio. kr.	0 %	0	263,7 mio. kr.
2002	265,0 mio. kr.	0,5 %	0,8 mio. kr.	265,8 mio. kr.
2003	295,0 mio. kr.	25 %	45,2 mio. kr.	340,2 mio. kr.
2004	325,0 mio. kr.	50 %	99,6 mio. kr.	424,6 mio. kr.
2005	355,0 mio. kr.	80 %	174,9 mio. kr.	529,9 mio. kr.
2006	385,0 mio. kr.	85 %	200,6 mio. kr.	585,6 mio. kr.
2007	415,0 mio. kr.	90 %	229,0 mio. kr.	644,0 mio. kr.
2008	445,0 mio. kr.	95 %	259,2 mio. kr.	704,2 mio. kr.
2009	475,0 mio. kr.	100 %	291,2 mio. kr.	766,2 mio. kr.

Som det fremgår af tabellen, må det forventes, at Patientforsikringen i 2009 vil tilkende op mod 3/4 mia. kr. i godtgørelser og erstatninger. Beregningen er dog meget usikker og i høj grad påvirkelig overfor uventede stigninger eller fald i antallet af nye anmeldelser, ligesom en politisk regulering af lovens dækningsområde til f.eks. at omfatte den primære sektor vil ændre afgørende på forudsætningerne bag beregningen af de fremtidige udgifter.

Patientforsikringen vil i de kommende år følge udviklingen i erstatningstilkendelserne nøje, og resultatet vil løbende blive taget op i Patientforsikringens bestyrelse til orientering for de involverede forsikringsselskaber og selvforsikrende amter.

5.2. Erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement

5.2.1. Generelle bemærkninger

Patienter, opereret med Boneloc-cement, har kunnet opnå erstatning efter patientforsikringsloven, såfremt behandlingen var foretaget efter 1. juli 1992.

Da mange af disse patienter imidlertid blev opereret før dette tidspunkt, vedtog Folketinget i 1999 en lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992.

Konsekvensen af loven var, at patienter opereret med Boneloc-cement før patientforsikringslovens ikrafttræden, fik en udvidet adgang til erstatning sammenlignet med øvrige patienter.

Loven havde til formål at fjerne den urimelighed, at kun patienter, der var påført skade af Boneloc-cementen efter patientforsikringslovens ikrafttræden, kunne få erstatning.

Denne udvidede adgang til erstatning bestod i:

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

Loven er medtaget som bilag til årsberetningen.

Dette afsnits statistiske oplysninger vedrører disse sager, men da anmeldelser vedrørende Boneloc nu begynder at nærme sig sin afslutning, og Patientforsikringen også har afgjort næsten alle anmeldelser, skal der knyttes nogle mere generelle bemærkninger til de mange sager.

Der findes ingen præcise opgørelser over, hvor mange behandlinger der blev foretaget henholdsvis før og efter 1. juli 1992, men det samlede antal patienter behandlet med Boneloc udgør i hvert fald 3.550. Dette fremgår af amternes og HS' indberetninger til Sundhedsstyrelsen.

At de fleste behandlinger er foregået før patientforsikringslovens ikrafttræden, bekræftes af de anmeldelser Patientforsikringen har modtaget, idet der samlet forventes henholdsvis ca. 440 erstatningsberettigende skader sket før 1. juli 1992 og ”kun” ca. 300 derefter.

Det samlede antal erstatningsberettigede - og dermed tilskadekomne - patienter, kan altså nu endeligt opgøres til ca. 740. Hertil kommer et ukendt antal patienter, der har haft komplikationer af cementen, men som er afdøet ved døden og derfor ikke har kunnet rejse sag. Dermed kan det også konkluderes, at i hvert fald 30 % af de patienter, der er behandlet med Boneloc, er blevet påført skade som følge heraf.

Ud fra de statistiske oplysninger umiddelbart nedenfor kan det vel konkluderes, at de økonomiske konsekvenser af de mange skader trods alt har været begrænsede. Det samme gælder de varige følger for de fleste af patienterne. Det ændrer imidlertid ikke ved det faktum, at mange patienter har haft langvarige smerter og behandlingsforløb, der også har belastet de pårørende.

5.2.2. Talmæssige oplysninger

Patientforsikringen modtog 16 anmeldelser i 2001. Der er således tale om et klart fald i antallet af anmeldelser, da Patientforsikringen til sammenligning modtog 351 anmeldelser i 1999 og 50 anmeldelser i 2000.

I 2001 har Patientforsikringen truffet afgørelse i 28 sager, hvoraf 23 sager var omfattet af loven. I samme periode blev der foretaget 62 erstatningsberegninger til et samlet beløb af kr. 4.503.510,-. I forbindelse med erstatningsberegningerne skal det bemærkes, at der ofte bliver foretaget flere erstatningsberegninger i hver enkelt sag, idet ikke alle erstatningsposter kan regnes på samme tidspunkt.

Figur 1 Antal anmeldelser, afgørelser og erstatningsopgørelser i perioden fra den 1. januar 1999 til den 31. december 2001

Antal	1999	2000	2001	I alt
Anmeldelser	351	50	16	417
Afgørelser	195	186	28	409
Heraf anerkendelser	174	119	23	316
Heraf afvisninger	21	67	5	93
Erstatningsberegninger	52	262	62	376
Samlet udbetaling	1.660.751	10.484.406	4.503.510	16.648.667

Figur 2 Erstatningerne fordelt efter beløbsstørrelse

Beløb i kr.	< 20.000	20.-40.000	40.-60.000	60.-80.000	> 80.000
%	18,3	43,9	27,7	4,5	5,6

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 patienter. Derfor vil udbetalinger af erstatning for tab af arbejdsindtægt og erhvervsevne være relativt sjældne, idet mange af patienterne på tidspunktet for skadens indtræden ikke var erhvervsaktive.

5.2.3. Eksempel på afgørelse

Indtægtstab ikke en følge af Boneloc-skaden

En 60-årig mand, der i en årrække havde haft gigtgener, fik i 1991 indsat en total højresidig hofteprotese. Protesen blev fastgjort med Boneloc-cement.

I årene efter operationen gik det fint, og han var uden gener. Først i november 2000 kom han til undersøgelse, da han igennem de sidste par år havde haft tiltagende belastningssmerter og var begyndt at gå med stok. Ved en gennemgang af røntgenbillederne fra 1999 fik man mistanke om løsning af leddskålskomponenten, hvorefter han blev opskrevet til reoperation.

Reoperationen fandt sted den 29. januar 2001. Ved den afsluttende kontrol den 15. august 2001, kunne han gå frit og var uden smerter.

Skaden i form af for tidlig løsning af den højresidige hofteprotese, der var isat med Boneloc-cement, resulterede i en reoperation og et forlænget sygeforløb 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.

Patienten blev tilkendt en samlet godtgørelse på kr. 52.777,50.

I forbindelse med erstatningsberegningen havde patienten oplyst, at han havde haft et indkomsttab, indtil han gik på pension i 1998. Dette var imidlertid inden, at han begyndte at få gener som følge af den løse Boneloc-hofte (hans gener begyndte i årsskiftet 1998/1999), og han var derfor ikke berettiget til erstatning for dette indkomsttab (01-0425).

5.3. Erhvervsevnetabserstatning efter EAL § 8 til personer, der har forladt arbejdsmarkedet

5.3.1. Problemstilling

Personer, der får en varig skade, kan være berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne. For erhvervsaktive personer beregnes erstatningen efter reglerne i EAL §§ 5-7, hvor man sammenligner arbejdsevnen og indtjeningen før skaden med situationen efter skaden. For personer, der ikke havde en indtægt, f.eks. børn, studerende og hjemmearbejdende personer fastsættes erstatningen efter reglerne i EAL § 8. Efter denne paragraf fastsætter man erstatningen for tab af erhvervsevne på baggrund af méngraden.

Et særligt problem i den forbindelse udgøres af førtidspensionister, og andre der forlader arbejdsmarkedet "før tiden", dvs. før de når normal pensionsalder.

Siden vedtagelse af erstatningsansvarsloven har det i den juridiske litteratur været antaget, at personer, der havde forladt arbejdsmarkedet - især førtidspensionister, efterlønsmodtagere, personer på overgangsydelse og

lignende - var omfattet af reglerne i EAL §§ 5-7, og dermed som hovedregel ikke berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne, da de ikke havde nogen erhvervsindtægt.

5.3.2. Domspraksis

Domspraksis har været mindre entydig, og i år 2000 kom der to domme fra Østre Landsret, der efter reglerne i EAL § 8 gav erstatning for tab af erhvervsevne til personer, der modtog førtidspension. Dommene gengives kort i det følgende:

Østre Landsrets dom af 30. maj 2000: En kvinde modtog mellemste førtidspension efter en operation for diskusprolaps i 1994. Hun kom ud for et trafikuheld i 1995 og fik en whiplash-skade. Kvinden var gift med en udearbejdende mand og havde to mindreårige børn. Det blev lagt til grund, at kvinden efter skaden ikke i samme omfang som tidligere kunne udføre husligt arbejde, og at manden nu i højere grad måtte klare dette og hjælpe børnene med lektielæsning. Kvinden fandtes omfattet af § 8 og berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne.

U2000.2357Ø: En kvinde havde siden 1982 modtaget mellemste pension på grund af gigt. I 1994 faldt hun på et glat fortov. Mén som følge af skaden blev vurderet til 40% (samlet mén for alle helbredsgener udgjorde 75%). Kvinden var gift med en mand, der modtog højeste førtidspension og var meget plejkrævende. Kvinden lavede alt det huslige arbejde og plejede den syge ægtefælle, der ikke fik hjemmehjælp fra kommunen. Retten afgjorde, at kvinden havde brugt sin resterhvervsevne til at passe den syge ægtefælle, og at denne resterhvervsevne var bortfaldet ved ulykken. At der ikke var nogen indtægt i husstanden gjorde ingen forskel. Erstatning blev beregnet efter EAL § 8.

I samme forbindelse skal også nævnes en ældre dom fra 1991 (U1991.456Ø). Her fandt landsretten ikke, at en mand på mellemste førtidspension var omfattet af reglerne i EAL § 8. Årsagen var, at retten, bl.a. efter gennemgang af pensionssagen, fandt, at manden var så fysisk svækket, at han ikke havde haft en resterhvervsevne, der blev udnyttet i hjemmet.

5.3.3. Patientforsikringens nuværende praksis

Det skal bemærkes, at førtidspensionister, i lighed med almindelige lønmodtagere, ikke kan være omfattet af både reglerne i EAL §§ 5-7 og af reglerne i EAL § 8. Hvis man som førtidspensionist derfor før skaden udnytter sin resterhvervsevne til lønarbejde 200 timer om året, så beregnes erstatningen for tab af erhvervsevne på baggrund af denne lønindtægt efter reglerne i EAL §§5-7.

En førtidspensionist uden arbejde kan være omfattet af reglen i EAL § 8, hvis følgende særlige forhold gør sig gældende:

- A. *Den skadelidte førtidspensionist havde før skadens indtræden en arbejdsevne i behold, som blev udnyttet eller kunne udnyttes til at udføre arbejde i hjemmet*

Det er en betingelse, at skadelidte også forud for skaden har eller må antages at kunne have udført arbejde i hjemmet trods de gener, som var årsagen til førtidspensioneringen. Hvis den skadelidte havde så betydelige fysiske gener forud for skaden, at det ikke er sandsynligt, at skadelidte kunne udføre arbejde i hjemmet i nævneværdigt omfang, så er det heller ikke sandsynligt, at skadelidte havde en erhvervsevne i behold, som blev udnyttet i hjemmet. Der kan i den forbindelse blandt andet lægges vægt på oplysningerne fra en eventuel pensionssag eller lignende. Se bl.a. dommen U1991.456Ø.

- B. *Den skadelidte førtidspensionist udførte arbejde i hjemmet for andre end sig selv*

Det er således en betingelse, at den skadelidte var ”noget for nogen”, hvorved traditionelt forstås, at den anden person har en indtægt, som forsørger husstanden. For førtidspensionister er der naturligvis tale om en lempelse af dette krav, fordi de sociale myndigheder ved tilkendelsen af førtidspension jo netop tilvejebringer det økonomiske grundlag for førtidspensionisten. Førtidspensionister er derfor ikke afhængige af en udearbejdende ægtefælles indtægter. Østre Landsret har således i dommen U2000.2357 Ø fundet, at en førtidspensionist, som udførte arbejde for en ikke-udearbejdende ægtefælle, var berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne efter EAL § 8.

C. *Der skal være tale om "arbejde i hjemmet", jfr. EAL § 1, stk. 3*

Det er således ikke tilstrækkeligt, at førtidspensionisten er gift med en udearbejdende ægtefælle. Der må stilles krav om, at førtidspensionisten udførte arbejde i hjemmet, som udgjorde mere end almindelig rengøring og madlavning. I U2000.2357Ø plejede den skadelidte en syg ægtefælle, og i Østre Landsrets dom af 30. maj 2000 varetog den skadelidte ægtefælle alt det huslige arbejde samt passede familiens mindreårige børn.

Der må være en klar afgrænsning mellem indskrænkninger i den personlige livsførelse, som erstattes efter reglerne om godtgørelse for varigt mén, og indskrænkninger i erhvervsevnen herunder værdien af arbejde i hjemmet. Alle personer med en arbejdsevne i behold må forventes at skulle passe eget hjem og lave mad. Bortfald af evnen til at udføre disse opgaver hos udearbejdende personer medfører ikke erstatning for tab af erhvervsevne, hvis personen i øvrigt må forventes fortsat at kunne bestride sit erhvervsarbejde i sædvanligt omfang. Værdien af arbejdet i hjemmet tilskrives endvidere ikke årslønnen efter EAL § 7, hvis skadelidte før skaden udførte erhvervsarbejde i normalt omfang. Generne indgår derimod i vurderingen af det varige mén som følge af skaden.

Det samme må antages at gøre sig gældende vedrørende vurderingen af "arbejde i hjemmet" i henhold til EAL § 8. Arbejdet må således have et sådant omfang, at den udearbejdende ægtefælle derved reelt blev aflastet og således frigøres til at kunne koncentrere sig om at erhverve indkomst ved erhvervsarbejde. Arbejdet må endvidere gå ud over almindelige daglige huslige pligter, som også udføres af udearbejdende personer. I U 2000.2357Ø udførte skadelidte således stort set alt husligt arbejde, ligesom hun plejede en meget syg ægtefælle.

D. *Den erstatningsberettigede skade skal have medført et "tab af erhvervsevne"*

Det er ikke tilstrækkeligt, at skadelidte er blevet påført varige følger af behandlingsskaden. Det må også kræves, at skadens følger medfører en egentlig forringelse af evnen til at udføre arbejde i hjemmet.

I den udstrækning skadelidte efter skaden stadig er i stand til at udføre arbejde i hjemmet i samme omfang som før skaden, vil skadelidte ikke være berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne efter EAL § 8, idet der ikke lides et tab, heller ikke selv om ménet måske er betydeligt.

EAL § 8 er en skematisk opgjort erstatning for tab af erhvervsevne, hvor der ikke i samme grad, som i reglerne efter EAL §§ 5-7, er mulighed for at foretage et skøn over erhvervsevnetabet. Reglen er imidlertid begrundet med, at det på grund af skadelidtes manglende indtægtsgivende arbejde på skadestidspunktet ikke er muligt at fastsætte en årsløn som grundlag for en vurdering af et erhvervsevnetab og beregning af en erstatning. EAL § 8 er således et supplement til reglerne i EAL §§ 5-7, som omfatter de tilfælde, som ikke umiddelbart er mulige at vurdere efter reglerne i EAL §§ 5-7. Det findes imidlertid ikke at have været intentionen med EAL § 8, at der uden videre skulle tilkendes erstatning for tab af erhvervsevne på grundlag af varige mén, som aldrig ville have udløst erhvervsevnetab efter reglerne i EAL §§ 5-7 (se Jens Møller, Erstatningsansvarsloven, 5. udgave, side 212 og Betænkning 976/1983 om udmåling af erstatning ved personske og tab af forsørger side 119).

5.3.4. Konklusion

Det er muligt for førtidspensionister og andre, der har forladt arbejdsmarkedet, at opnå ret til erstatning for tab af erhvervsevne, når de får en patientskade. Betingelserne er, at man før skaden udførte en reel arbejdsindsats i hjemmet, at man havde en udearbejdende ægtefælle eller samlever og/eller udførte en særlig indsats i hjemmet, der gik udover almindelige huslige opgaver, som de fleste udfører i større eller mindre omfang. Endeligt skal skaden faktisk have haft betydning for skadelidtes fremtidige arbejdssevne.

5.5.5. Fremtiden

Den 1. juli 2002 træder der en ny erstatningsansvarslov i kraft for skader, der sker efter denne dato. Loven medfører en del ændringer og indebærer bl.a. at kun børn under 15 år skal have beregnet erstatning for tab af er-

hvervsevne på baggrund af méngraden. Alle andre også pensionister skal have vurderet erstatningen efter EAL §5-7. Der skal dog fortsat foretages en konkret vurdering af den enkelte skadelidtes arbejdsevne før skaden og af de praktiske og økonomiske konsekvenser af skaden. For personer, der har fået en skade før den 1. juli 2002, gælder de nuværende regler fortsat.

5.4. Refleksdystrofi

5.4.1. Definition

Refleksdystrofi er et syndrom, der er kendetegnet ved en samtidig tilstedeværelse af en række symptomer. Symptomerne er smerter, ødem (hævelse), svedtendens, øget hud- og muskeltemperatur, hudforandringer, øget blodgennemstrømning i området i hvile og kalksvind i knoglerne.

Syndromet er også kendt under andre navne som f.eks. Shoulder-hand syndrome, posttraumatisk osteoporose og Sudecks atrofi og opstår typisk efter smertefulde traumatiske tilstande.

Problemet med refleksdystrofi er, at ingen rigtigt ved, hvorfor nogle patienter udvikler refleksdystrofi og andre ikke. Imidlertid er det dog sådan, at man kan konstatere, at refleksdystrofi sædvanligvis er udløst af et egentligt traume, og at refleksdystrofien således optræder efter eksempelvis et brud på en underarm.

I 2001 modtog Patientforsikringen via Patientskadeankenævnet to udtalelser fra retslægerådet, hvoraf det fremgik, at refleksdystrofi, der opstår efter en operativ undersøgelse og uden et forudgående traume, må betragtes som en sjælden behandlingskomplikation der kunne vurderes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Dette kan eventuelt være tilfældet, når refleksdystrofi opstår efter en arthroskopi af et knæ, hvor patientens grundlidelse er mangeårig slidgigt.

5.4.2. Praksis

Som konsekvens af ovenstående er det Patientforsikringens praksis at anerkende refleksdystrofi som en behandlingsskade i de situationer, hvor pa-

tienten ikke forud for hospitalsbehandlingen har været udsat for et egentligt traume i det område, hvor refleksdystrofien udvikles. Hvis patienten således udvikler refleksdystrofi efter en operation eller en operativ undersøgelse (f.eks. arthroskopi) af et ikke traumatiseret område, kan sagen anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, såfremt refleksdystrofien medfører en alvorlig skade, grundsygdommen taget i betragtning.

Dette kan både være tilfældet, hvor patienten opereres for en ikke traumeudløst sygdom, f.eks. slidgigt, åreknuder, carpaltunnel syndrom, og hvor grundsygdommen er "traumatisk" f.eks. et benbrud, men hvor dette ligger flere år forud for den udførte behandling, uden at der har været symptomer på refleksdystrofi i den mellemliggende periode. I sådanne situationer anvendes en formulering, der går på følgende:

"Patientforsikringen finder, at den opståede refleksdystrofi må anses for at være forårsaget af Deres behandling på sygehus. Der er ved denne vurdering lagt vægt på, at refleksdystrofi oftest optræder efter egentlige traumer (slag, brud m.v.), men da De ikke har været udsat for et egentlig traume forud for kontakten til sygehuset, må det anses for overvejende sandsynligt, at det er behandlingen, der har udløst refleksdystrofien."

Har patienten derimod umiddelbart forud for hospitalsbehandlingen været udsat for et traume (f.eks. et brud) i det område, hvor der efterfølgende udvikles refleksdystrofi, afvises sagen, da det må anses for overvejende sandsynligt, at det er dette traume og ikke hospitalsbehandlingen, der har påført patienten refleksdystrofien. Dette gælder uanset om hospitalsbehandlingen består af en ikke operativ behandling som f.eks. gips-pålæggelse eller af en operation eller operativ undersøgelse. I sådanne situationer anvendes en formulering, der går på følgende:

"Patientforsikringen finder, at den opståede refleksdystrofi må anses for at være forårsaget af Deres forudgående traume i form af ..., og ikke af den efterfølgende behandling på sygehuset. Der er ved denne vurdering lagt vægt på, at refleksdystrofi oftest optræder efter egentlige traumer (slag, brud m.v.), og at de kun i de sjældne tilfælde hvor patienten ikke har været udsat for et traume forud for kontakten til sygehuset må betragtes som behandlingsudløste. Det er således Patientforsikringens vurdering, at refleksdystrofien i Deres tilfælde er opstået på trods af optimal behandling, og i en sådan situation kan der ikke ydes erstatning efter lov om patient -

*forsikring, idet loven ikke hjemler mulighed for at yde erstatning alene fordi en hos -
pitalsbehandling ikke har kunnet afhjælpe den forudbestående sygdom, og følgerne
heraf.”*

5.5. Bedste specialiststandard ved behandling af underarmsbrud (colles fraktur)

Patientforsikringen følger med interesse med i det arbejde forskellige danske speciallægeselskaber udfører, for at sikre en høj grad af kvalitet inden for sygehusenes behandling. Som led heri udgav Dansk Ortopædisk Selskab efter generalforsamlingen den 4. maj 2001 et referenceprogram vedrørende collesfrakturer. Dette referenceprogram har Patientforsikringen siden anvendt i sine vurderinger af, hvorvidt optimal specialiststandard har været anvendt i relation til behandling af disse håndledsnære brud.

Referenceprogrammet vedrører den særlige type af håndledsnære underarmsbrud, som kaldes collesfrakturer. Definitionen af en collesfraktur angives som: ”et brud på underarmens spoleben indenfor 4 cm over håndledsniveau med forskydning opad af det håndledsnære spolebensbrudstykke. Spolebensbruddet kan være med eller uden ledsagende brud i den udvækst på albuebenets håndledsdel, der kaldes processus styloideus ulnae.”

Det skal bemærkes, at andre former for underarmsbrud f.eks. brud længere oppe på spolebenet, eller brud med forskydning nedad af det håndledsnære brudstykke, eller mere udtalte ledsagende brud længere oppe på albuebenet ikke er behandlet i referenceprogrammet, da disse ikke indeholdes i definitionen af en collesfraktur.

Det håndledsnære brud og herunder særligt collesfrakturen er et meget hyppigt forekommende brud og derfor også en brudtype, som Patientforsikringen ofte ser i de indsendte erstatningsanmeldelser. Dette er naturligvis ikke nødvendigvis et resultat af, at der indtræder skader som følge af behandlingen af disse håndledsbrud, men snarere en følge af selve bruddets hyppighed og den omstændighed, at særligt de svære brud oftest vil efterlade mén, som for mange kan være arbejdshindrende i større eller mindre grad. I den forbindelse skal bemærkes, at collesfrakturen omfatter en række forskellige frakturtyper af forskellige sværhedsgrader og således

omfatter brud, der er simple at behandle og andre brud, der er vanskelige at behandle.

Af referenceprogrammet fremgår, at den anbefalede måde at klassificere de forskellige sværhedsgrader af collesfrakturerne, er den såkaldte Olders-klassifikation. Olders-klassifikationen indeholder fire typer og omfatter således alle brud lige fra et enkelt brud i spolebenet uden forskydning i dette, til de meget svære brud med knusning af spolebenets brudstykke og forskydninger af disse brudstykker. De største behandlingsmæssige problemer opstår naturligvis når brudforskydningerne og eventuelle brudstykker medinddrager selve håndleddet og dermed medfører instabilitet og andre funktionshindringer i håndleddet.

Det fremgår endvidere af referenceprogrammet, at der anbefales behandling med gipsskinne og immobilisering i tre uger ved de enkleste af collesfrakturerne, det vil sige de uforskudte brud på spolebenet eller bruddene med minimale forskydninger (Older type I). Sådanne brud vil kun meget sjældent give anledning til behandlingsmæssige problemer, og det er da også meget sjældent, at sådanne sager ses i Patientforsikringen.

Ved brud med forskydning i spolebensbruddet (Older type II) angives, at der bør foretages reposition i lokal analgesi, og herefter anlægges gips med hånden i neutralstilling. For disse brud er det vigtigt, at der foretages røntgenkontrol efter 10-14 dage, og hvis frakturen skrider til mere end 10 graders opadbøjning, bør der overvejes behandlingsskift til eksempelvis ekstern fiksatation. Omvendt kan der ved fortsat god frakturstilling ved kontrollen, normalt ske fjernelse af gipsskinnen efter 4-5 uger.

Patientforsikringen ser nogle gange sager, hvor kontrol er forsømt, og man har undladt at skride ind overfor et skred i bruddet i helingsperioden, selv om der oprindeligt var forskydning i bruddet. Sådanne sager vil blive anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, såfremt forsømmelsen med kontrol har medført, at bruddet mellem den umiddelbare påpladsætning og ophelingen er skredet mere end 10 grader. Det er Patientforsikringens vurdering, at dette kunne være opdaget, og at der burde være foretaget ny påpladsætning, eventuelt med ekstern fiksatation.

Ved de sværere brud med mere udtalt forskydning i brudstykket eller egentlig knusning af spolebenet (Older type III og IV fraktur), bør der ved

det primære forsøg på at bringe bruddet i anatomisk korrekt stilling overvejes ekstern fiksatation. Dette gælder særligt, såfremt der ikke kan opnås tilfredsstillende frakturstilling, men også såfremt, der er grund til at tro, at bruddet ikke vil kunne holde den anatomiske korrekte stilling. Dersom der findes spring i ledfladen på mere end 2 mm, bør der særligt hos aktive patienter med store krav til håndledsfunktionen, endvidere overvejes intern fiksatation.

Når man har valgt at anlægge et eksternt fiksatationsapparat bør dette efterspændes i behandlingsperioden, og det skal tilsikres, at patienterne har fået den fornødne vejledning om træning af de ikke immobiliserede led. Også ved disse vanskeligste brud, kan det være acceptabelt at anvende konservativ behandling med påpladssætning og immobilisering i gips. Men disse brud skal i endnu højere grad end de ovenfor omtalte Older type II frakturer, nøje kontrolleres, med henblik på at sikre, at bruddet ikke skrider til uacceptabel stilling. Det er særligt i denne gruppe af collesfrakturer, at Patientforsikringen ser mange anmeldelser. Dette skyldes dels, at nogle af disse brud altid vil medføre mén, uanset at de er behandlet optimalt, men også at det særligt for disse brud har stor betydning, at bruddet behandles korrekt.

Essensen i Dansk Ortopædkirurgisk Selskabs referenceprogram vedrørende collesfraktur består således i, at der altid ved collesfrakturer skal foretages en reel vurdering af det konkrete bruds sværhedsgrad og dermed gøres overvejelser om mere indgribende operative behandlinger som f.eks. anlæggelse af ekstern fiksatation.

Det væsentligste for behandlingsvalget er således, at man ved behandling af de collesfrakturer, hvor der er størst risiko for brudskred og dermed instabilitet og dårlig funktion i håndleddet, foretager grundige ambulante kontroller og skifter til en mere intensiv behandlingsform, det vil sige til operation og anlæggelse af ekstern og / eller intern fiksatation i de situationer, hvor det viser sig, at en korrekt brudstilling ikke kan opnås ved almindelig konservativ behandling med gips og immobilisering.

I konklusionen fra Dansk Ortopædkirurgisk Selskabs referenceprogram anføres således følgende: "At et håndledsbrud efterlader senfølger er uafvendeligt, men det er ortopædkirurgernes opgave at sørge for, at disse følger bliver færrest mulige under hensyntagen til eventuel risiko ved be-

handlingen. Det er vores opgave at informere patienterne om disse forhold og derved at stille realistiske forventninger til behandlingsresultatet.”

5.6. Vejledende udtalelser

Siden 1996 har Patientforsikringen, efter anmodning fra forsikringsselskaber, afgivet vejledende udtalelser om, hvorvidt et specifikt behandlingsforløb på et privathospital eller i en privat speciallægeklinik ville berettige til erstatning, såfremt man antog, at behandlingen havde fundet sted på et offentligt sygehus.

Anmodningerne kommer fra de forsikringsselskaber, som har tegnet ansvarsforsikringer for privathospitaler og speciallægeklinikker. Ansvarsforsikringerne tegnes typisk således, at der gives de skadelidte patienter en dækning, der helt svarer til den, der følger af patientforsikringsloven. Patienter, som behandles på disse private behandlingssteder har således fået mulighed for at opnå erstatning efter de samme lempelige betingelser, som gælder for patienter behandlet inden for det offentlige sygehusvæsen.

Tidligere blev sådanne erstatningssager ofte indbragt for domstolene. For hurtigere og billigere at opnå en forligsmæssig løsning har nogle af forsikringsselskaberne aftalt med Patientforsikringen, at Patientforsikringen mod betaling, fremkommer med en sagkyndig udtalelse om, hvorvidt betingelserne i patientforsikringsloven ville være opfyldt, såfremt man antog, at sagen var omfattet af lovens dækningsområde. På den måde kan Patientforsikringen stille sin viden om fortolkning af patientforsikringsloven til rådighed også uden for lovens dækningsområde.

Hvis forsikringsselskabet ønsker det, foretager Patientforsikringen tillige en beregning af den erstatning, patienten skulle have haft, såfremt skaden havde været omfattet af patientforsikringsloven. I den forbindelse gør Patientforsikringen dog altid opmærksom på, at Arbejdsskadestyrelsen anses for at være det særlige sagkyndige organ i relation til fastsættelse af varigt mén og erhvervsevnetab.

Patientforsikringens honorar for en vejledende udtalelse efter patientforsikringsloven udgør kr. 4.400,- excl. moms. Honoraret for en supplerende erstatningsopgørelse efter erstatningsansvarsloven udgør kr. 3.300,- excl.

moms. Herudover kan der, afhængig af omstændighederne i de enkelte sager, blive tale om yderligere udgifter til eksempelvis indhentelse af speciallægeerklæringer mv.

Det skal bemærkes, at udtalelserne fra Patientforsikringen alene er af vejledende karakter, og at udtalelserne ikke kan ankes til Patientskadeankenævnet. Eventuelle uenigheder mellem parterne henhører under domstolene og er Patientforsikringen uvedkommende.

I perioden fra 1996 til 1999 omhandlede langt størstedelen af de vejledende udtalelser behandlingsskader sket i forbindelse med plastikkirurgiske indgreb. Dette synes at stemme godt overens med, at dette område tidligere var et af de største specialer for privathospitaler og speciallægeklinikker. Patientforsikringen har indenfor dette kirurgiske speciale afgivet vejledende udtalelser vedrørende behandlingsskader i forbindelse med ansigtsløftninger, fedtsugninger, opretninger af skæve næser, brystreduktioner og indsættelse af brystimplantater.

Gennem de senere år er området udvidet væsentligt, således at Patientforsikringen nu også forelægges sager indenfor medicinske og kirurgiske specialer, der tidligere hovedsageligt blev udført på offentlige sygehuse. Patientforsikringen har således afgivet vejledende udtalelse i sager vedrørende behandlingsskader i forbindelse med operativ indsættelse af hofte- og knæproteser, skulderoperationer, knæarthroskopier, operativ fjernelse af åreknuder, øjenoperation for grå stær og operationer grundet diskusprolaps.

Baggrunden for, at behandlingerne af patienterne i de forelagte sager finder sted på landets privathospitaler og speciallægeklinikker, har også ændret sig, idet det tidligere hovedsageligt var patienterne selv, der opsøgte og betalte for behandlingen på de pågældende privathospitaler og speciallægeklinikker. I de seneste år ses en stadig større del af patienterne i de forelagte sager imidlertid at være blevet henvist til behandling på privathospital eller speciallægeklinik fra det offentlige sygehussystem.

I de tilfælde, hvor en patient på grund af ventetid på offentlige sygehuse i Danmark er blevet henvist til vederlagsfri undersøgelse og behandling på privathospitaler eller speciallægeklinikker, er patienten automatisk omfattet af patientforsikringsloven. Dette gælder dog kun skader forårsaget den

4. juni 1999 eller senere, jfr. lov nr. 395 af 2. juni 1999. Hvis der anmodes om en vejledende udtalelse i disse tilfælde, foretager Patientforsikringen i stedet sagsbehandling i henhold til patientforsikringslovens regler og orienterer såvel patient, sygehus som forsikringsselskab herom.

Da der også i sygehusvæsenet i Norge har været en del ventetid på visse behandlinger, har man på privathospitalerne i Danmark efter henvisning behandlet flere norske patienter, og Patientforsikringen er også i nogle af disse tilfælde blevet anmodet om en vejledende udtalelse.

I løbet af 2001 har Patientforsikringen modtaget i alt 30 anmodninger om vejledende udtalelser. Herudover har forsikringsselskaberne i stort set alle de tilfælde, hvor det var relevant, anmodet Patientforsikringen om at udarbejde en supplerende udtalelse om grundlaget for erstatningsopgørelsen.

5.7. Patientforsikringens søgsmålskompetence

Patientforsikringen har i sin årsberetning for 2000, side 97 f., redegjort for Østre Landsrets dom af 16. januar 2001, afsagt i en principiel patientskadesag. Sagen var indbragt for Østre Landsret af Patientforsikringen og KommuneForsikring i fællesskab mod Patientskadeankenævnet og den skadelidte patient.

Baggrunden for sagsanlægget var en afgørelse truffet af Patientskadeankenævnet, der gav patienten en betydelig erstatning for den statistiske forringelse af hendes overlevelsesprognose, der var en følge af, at hendes brystkræft var blevet overset på et offentligt sygehus.

Patientforsikringen og KommuneForsikring havde indbragt Patientskadeankenævnets afgørelse for Østre Landsret, fordi man vurderede, at der ikke i dansk erstatningsret var hjemmel til at tilkende patienten erstatning, alene fordi hendes risiko for at få tilbagefald af kræftlidelsen statistisk set var blevet forøget som følge af behandlingsforsinkelsen. Denne risiko havde nemlig aldrig manifesteret sig, og på tidspunktet for sagsanlægget, næsten 5 år efter behandlingsforsinkelsen, var patienten fortsat symptomfri.

Patientforsikringen og KommuneForsikring nedlagde i stævningen påstand om ophævelse af Patientskadeankenævnets afgørelse, således at

Patientforsikringens afgørelse, hvorefter erstatning og godtgørelse for det endnu ikke indtrådte tilbagefald var blevet afvist, skulle stå ved magt.

Kammeradvokaten nedlagde på de sagsøgtes vegne dels påstand om afvisning i forhold til Patientforsikringen med anbringende om, at Patientforsikringen ikke var søgsmålsberettiget og dels påstand om frifindelse i forhold til den nedlagte ophævelsespåstand.

I Østre Landsrets dom hedder det: "Patientforsikringen, der er oprettet ved lov om patientforsikring, har som medlemmer private forsikringsselskaber. Foreningens virke er nærmere reguleret i loven og vedtægter udstedt i medfør af loven. Det fremgår af § 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 Patientforsikringen 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 sagsøgtes afvisningspåstand over for Patientforsikringen tages derfor ikke til følge."

Ved samme dom blev det fastslået, at der i dansk erstatningsret hverken var hjemmel til at tilkende erstatning for forringelsen af en patients statistiske overlevelseschance eller for den sags skyld for andre potentielle, men endnu ikke udløste skader.

Patientskadeankenævnet accepterede Østre Landsrets dom i relation til spørgsmålet om muligheden for at yde erstatning for patientens statistisk forringede prognose, men indbragte spørgsmålet om Patientforsikringens søgsmålskompetence for Højesteret. Ankesagen blev alene ført af Kammeradvokaten på vegne af Patientskadeankenævnet, idet KommuneForsikring frafaldt at kræve den foreløbigt udbetalte erstatning tilbagebetalt af patienten, der derfor havde undladt at anke.

For Højesteret gjorde Kammeradvokaten i hovedtræk gældende, at:

1. Der hverken i patientforsikringsloven eller i Patientforsikringens vedtægter var hjemmel til, at Patientforsikringen kunne indbringe Patient-skadeankenævnets afgørelser for domstolene.
2. Patientforsikringen varetager en offentlig myndighedsopgave, og at Patientforsikringens interesse i sagen udelukkende var en myndighedsinteresse. Den interesse, en underordnet myndighed har i resultatet af en overordnet myndigheds afgørelse, er alene en ideel interesse, som ikke i sig selv indebærer, at den underordnede myndighed har retlig interesse i søgsmål til prøvelse af den overordnede myndigheds afgørelse.

Patientforsikringens advokat gjorde heroverfor i hovedtræk gældende, at:

1. Patientforsikringen i sin egenskab af privat forening har rimelig såvel som væsentlig interesse i at få påkendt Patientskadeankenævnets afgørelse, og dermed nævnets fortolkning af begrebet fysisk skade i relation til forringet overlevelsesprognose ved domstolene.
2. Administrationen af patientforsikringsloven er henlagt til en privat forening, der er dannet af de forsikringsselskaber, der tegner forsikringer i henhold til loven, og som derved udgør et fælles organ for de forsikringsselskaber, der tegner forsikringer på dette område.
3. Forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder har væsentlig interesse i, at Patientforsikringen som forening er selvstændigt søgsmålsberettiget i sager af væsentlig betydning for fortolkningen og dermed for administrationen af loven, idet Patientforsikringen dermed kan føre principielle sager på vegne af samtlige de forsikringsselskaber, der tegner forsikringer i henhold til loven og tillige de selvforsikrede myndigheder og således kan varetage disses interesser.

Højesteret afsagde dom i sagen den 12. april 2001, og det hedder i præmisserne: "Efter karakteren af Patientforsikringsforeningens lovbestemte opgaver, hvorefter foreningen skal administrere lovens patientforsikringsordning og træffe afgørelse i erstatningssager mellem patienter og sygehuse

m.v., og efter lovens regulering af forholdet mellem foreningen og ankenævnet, hvorefter foreningen er bundet af ankenævnets afgørelser, finder Højesteret, at en adgang for Patientforsikringsforeningen til at indbringe Patientskadeankenævnets afgørelser for domstolene måtte kræve udtrykkelig hjemmel i loven. Da en sådan hjemmel ikke findes, har Patientforsikringsforeningen savnet søgsmålskompetence.”

Patientskadeankenævnet fik altså medhold i, at Patientforsikringen ikke er søgsmålsberettiget.

Af PFL § 16 fremgår det, at Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Det fremgår ikke af bestemmelsen, hvem der kan indbringe afgørelsen for landsretten. Af lovbemærkningerne til bestemmelsen fremgår det imidlertid, at afgørelsen kan indbringes for landsretten af ”alle med en retlig interesse”, i hvilken forbindelse patienten og forsikringsselskabet nævnes.

Lovgiver fandt altså ikke, at man burde lovgive om, hvem der havde søgsmålskompetence. Dette spørgsmål måtte afklares ved domstolene ud fra kriteriet ”retlig interesse”.

Set i dette lys måtte det forventes, at Højesteret havde foretaget en konkret vurdering af, om Patientforsikringen havde en retlig interesse i at føre den indbragte sag. Højesterets præmis, der alene bygger på det forhold, at der ikke findes udtrykkelig lovhjemmel for Patientforsikringens søgsmålskompetence, forekommer, i lyset af lovgivers intentioner om at overlade spørgsmålet til domstolene, overraskende.

Patientforsikringen har taget Højesterets dom til efterretning og vil i fremtiden søge principielle og lovfortolkende afgørelser fra Patientskadeankenævnet indbragt for domstolene via de involverede forsikringsselskaber og skadelidte.

6. Patientforsikringens virksomhed

6.1. Foreningens medlemmer

I henhold til Patientforsikringens vedtægter § 6, stk. 6, har medlemsfordelingen i Patientforsikringen for 2000 og 2001 været følgende:

Forsikringsselskaber	2001	2000
KommuneForsikring	33,75%	31,62%
Købstædernes Forsikring	65,76%	67,92%
Zürich Forsikring	0,26%	0,24%
XL Winterthur International	0,23%	0,22%

KommuneForsikring 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

Kolonien Filadelfias Epilepsihospital, Dianalund.

XL Winterthur International har tegnet forsikringer for

Steno Diabetes Center A/S.

Selvforsikrende	2001	2000
Århus Amt	46,61%	45,90%
Ringkjøbing Amt	17,79%	18,18%
Vestsjællands Amt	18,48%	19,01%
Viborg Amt	16,54%	16,54%
Statslige udd.institutioner	0,58%	0,37%

Forholdet mellem forsikringsselskabers præmier og selvforsikrendes skønnede præmier	2001	2000
KommuneForsikring, Købstædernes Forsikring, Zürich Forsikring og XL Winterthur International	74,15%	74,31%
Selvforsikrende myndigheder	25,85%	25,69%

Medlemsfordelingen er fastsat på baggrund af de respektive forsikringsselskabers præmieindtægter ved tegning af patientforsikring. Fordelingen mellem forsikringsselskaberne og de selvforsikrende er uændret i forhold til 2000. De selvforsikrende har således udpeget 1 medlem, og forsikringsselskaberne har tilsammen udpeget 5 medlemmer til bestyrelsen. Fordelingen bliver foretaget efter den "D'Hondtske metode".

På baggrund af medlemsfordelingen og i henhold til vedtægterne § 6, stk. 2, har KommuneForsikring og Købstædernes Forsikring udpeget 5 medlemmer til bestyrelsen. Århus, Ringkjøbing, Vestsjællands og Viborg amter har i fællesskab udpeget 1 medlem, og Sundhedsministeriet har ligeledes udpeget 1 medlem til bestyrelsen.

6.2. Foreningens bestyrelse i 2001

Til Patientforsikringens bestyrelse var i 2001 udpeget følgende:

Udpeget af Købstædernes Forsikring

Næstformand Jørgen Bjørnvad (HS' bestyrelse)
Advokat Mikael Rosenmejer (Plesner Svane 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 KommuneForsikring

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' bestyrelse Jørgen Bjørnvad valgtes som formand og amtsrådsmedlem Ejvind Hansen som næstformand.

Der har i 2001 været afholdt 4 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 enkelte, trufne principielle enkeltafgørelser.

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

6.3. Patientforsikringens bestyrelse i 2002

Patientforsikringen har i 2002 følgende medlemmer:

Udpeget af Købstædernes Forsikring

Næstformand i HS, direktør Margit Ørsted
Advokat Mikael Rosenmejer
Direktør Lars Østenfeld

Udpeget af KommuneForsikring

Amtsrådsmedlem Ejvind Hansen
Amtsrådsmedlem Hjørdis Høegh Andersen

Udpeget af selvforsikrende amter

Amtsrådsmedlem Carl Johan Rasmussen

Udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Fuldmægtig Dorte Knudsen

Bestyrelsen har konstitueret sig på møde den 22. april 2002. Næstformand i HS' bestyrelse Margit Ørsted valgtes som formand og amtsrådsmedlem Ejvind Hansen som næstformand.

6.4. Foreningens administration**6.4.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2002**

Nedenstående oversigt viser Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2002

Arne Grünfeld	direktør
Ole Graugaard	sekretariatschef
Martin Erichsen	kontorchef
Dorte Muusmann	IT-koordinator
Helle Andersen	direktionssekretær

Enhed 1

Anne Gjerding	vicekontorchef
Marie-Louise Holmgreen	fuldmægtig, cand.jur.
Michael Lind Hansen	fuldmægtig, cand.jur.
Nina Barfred	fuldmægtig, cand.jur.
Susanne Ricks	overassistent
Susanne Malene Pedersen	assistent

Ole Hart Hansen	overlæge, dr.med. (kir. gastroenterologi, kirurgi)
Ulrik Gerner Svendsen	overlæge, dr.med. (intern medicin)

Enhed 2

Erik Asp Poulsen	vicekontorchef	
Anne Helene Rasmussen	fuldmægtig, cand.jur.	
Helle Brammer	fuldmægtig, cand.jur.	
Lasse Sveistrup	fuldmægtig, cand.jur.	
Ole Kristensen	fuldmægtig, cand.jur.	
Ida Marie Olsson	Stud.jur.	
Betina Andersen	assistent	
Cai Frimodt-Møller	overlæge, dr.med.	(urologi, kirurgi)
Steen Mejdahl	overlæge	(ortopædkirurgi)

Enhed 3

Peter Jakobsen	vicekontorchef	
Christina Scavenius Borg	fuldmægtig, cand.jur.	
Jens Odgaard	fuldmægtig, cand.jur.	
Michael H. Steenberg	fuldmægtig, cand.jur.	
Tina Halvorsen	fuldmægtig, cand.jur.	
Käthe Jørgensen	assistent	
Bent Ebskov	adm. overlæge, dr.med.	(ortopædkirurgi)
Marianne Juhler	adm. overlæge, dr.med.	(neurokirurgi)

Enhed 4

Morten Henriksen	vicekontorchef	
Camilla Bang Lilleør	fuldmægtig, cand.jur.	
Lene Hannecke Olsen	fuldmægtig, cand.jur.	
Maria Bienkowski	overassistent	
Niels Hjortnæs	konsulent	
Lotte Johnson	assistent	
Johannes E. Bock	professor, dr.med.	(gyn. og obstetrik)
Michel E.H. Boeckstyns	overlæge, dr.med.	(ortopædkirurgi)
Vibeke Henning	overlæge, dr.med.	(oftalmologi)

Enhed 5

Hans-Jørgen Dam	vicekontorchef	
Anne-Louise Wedell-Wedellsborg	fuldmægtig, cand.jur.	
Birgitte Frost	fuldmægtig, cand.jur.	

Charlotte R. Gransøe
Inger Tranberg Jensen
Mads Ulrikkeholm
Bettina Lund
Tina Rømer Olsen

fuldmægtig, cand.jur.
fuldmægtig, cand.jur.
fuldmægtig, cand.jur.
assistent
assistent

Flemming Gjerris
Poul Bretlau
Søren Solgaard

professor, dr.med. (neurokirurgi)
professor, dr.med. (øre-næse-hals)
overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)

Ann-Birgitte Holm Gregersen
Kristina Sprove

fuldmægtig, cand.jur. (barsel)
fuldmægtig, cand.jur. (barsel)

Øvrige konsulenter

Leif Kledal tandlæge

Patientforsikringens registreringssystem

Jens Krogh Christoffersen
Ulla Anderson

overlæge
lægesekretær

Øvrigt personale

Jenny Gadebirk
Lone A. Sand
Torben Fogh
Rikke Juel Larsen
Svend Rubæk Nielsen
Sune Odér

receptionist
receptionist
kok
piccoline
medhjælper
medhjælper

6.4.2. 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 2002 var der 12 lægekonsulenter tilknyttet Patientforsikringen.

Herudover har Patientforsikringen tilknyttet 1 tandlægekonsulent, tandlæge Leif Kledal. Patientforsikringens juridiske konsulent Niels Hjortnæs har medvirket ved fastsættelsen af erhvervsevnetab.

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.

6.5 Administrationsaftale

Patientforsikringen har siden sin stiftelse i 1992 haft en administrationsaftale med KommuneForsikring. 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.

6.6. Regnskab og budget

Foreningens virksomhed finansieres ifølge PFL § 12, stk. 2, af forsikringselskaber, 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 2001 blev godkendt på bestyrelsesmøde i september 2000 og indeholdt budgetterede udgifter på 38.303.000 kr. De samlede udgifter til patientforsikringsordningens (Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet) administration blev i 2001 ifølge regnskabet på i alt 42.237.798 kr. De samlede indtægter blev på 41.166.828 kr. Patientforsikringen opkrævede i 2001 ekstraordinært 1.725.797 kr. til hensættelser til skyldige feriepenge. Patientforsikringens udgifter til driften af Patientskadeankenævnet udgjorde 11.415.000 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 208.000 kr. i 2001.

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 1.245.816 kr. i 2001.

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

Patientforsikringens bestyrelse har i 2001 godkendt et budget for 2002 indeholdende samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen på 41.508.000 kr.

Patientforsikringens budget for 2002 er fastlagt ud fra en forventning om en stigning i antallet af nye anmeldelser på ca. 200.

Regnskabet er optrykt som bilag 6.

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, tandlæge eller salgssted godkendt til salg af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler.

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 Indenrigs- og 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 Lægemiddelskadeankenævnet.

Anmeldelsen sker rent praktisk på to skadesanmeldelser - én som udfyldes af patienten, og én som udfyldes af det sygehus eller den læge (sundhedspersonen), 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 er i høj grad de enkelte sundhedspersoner, der skal tage initiativ til, at skaderne bliver anmeldt, da de normalt har bedst mulighed for at konstatere, om der er indtrådt en skade, som eventuelt kan erstattes.

I sager, hvor der er sket udlevering af et lægemiddel fra et offentligt sygehus, foretager Patientforsikringen en vurdering af, om sagen er omfattet af patientforsikringsloven. Som det er beskrevet under afsnit 1.3.1, videregir

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 patientforsikringsloven.

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

7.3.3. Afgørelser

Efter LMSL § 18, stk. 2, har indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiget Patientforsikringen til at træffe afgørelse i alle sager efter loven.

Selv om Patientforsikringen har karakter af en "privat" forening, gælder forvaltningslovens regler om bl.a. aktindsigt, tavshedspligt og begrundelse anvendelse i lægemiddelskadesagerne, jfr. LMSL § 18, stk. 3.

7.4. Talmæssige oplysninger

Materialet vedrørende lægemiddelskader er stadig begrænset. Talmaterialet bygger derfor på alle lægemiddelsager fra lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 til 31. december 2001.

7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser

I 2001 modtog Patientforsikringen 122 anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader, hvilket er 47 flere end i 2000.

Siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 har der i alt været anmeldt 432 sager efter lov om erstatning for lægemiddelskader. Det forekommer ofte,

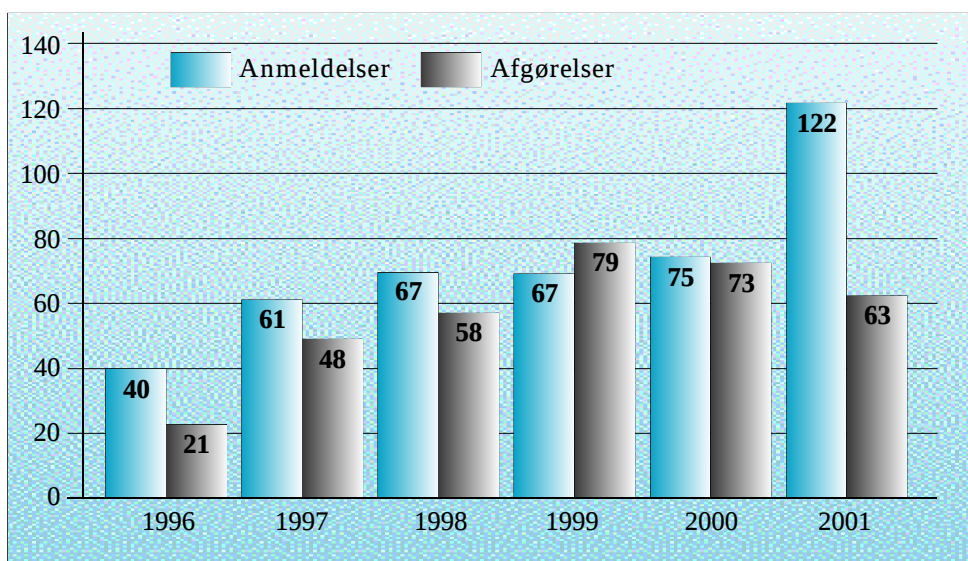
at en sag anmeldes efter lov om patientforsikring, hvor den retteligt skulle have været anmeldt efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

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. På baggrund af årsagen til skaden vurderer Patientforsikringen, om sagen bliver registreret endeligt som en lægemiddelskade eller som en behandlingsskade.

Patientforsikringen har pr. 31. december 2001 afgjort 342 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 truffne afgørelser i årene 1996 til 2001



Antallet af anmeldelser er forholdsvis lavt til trods for, at det i 2001 steg fra et niveau på ca. 70 anmeldelser årligt til 122 anmeldelser.

Patientforsikringen vurderer, at årsagen til det forholdsvis lave antal sager er, at der endnu er et ringe kendskab til muligheden for erstatning for omfattende bivirkninger af et lægemiddel.

På baggrund af erfaringerne fra patientforsikringsloven forventer Patientforsikringen, at antallet af anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader vil stige yderligere.

7.4.2. Antallet af afgørelser og deres udfald

Af figur 7.1. fremgår det, at Patientforsikringen i 2001 traf 63 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader mod 73 året før.

Patientforsikringen har i perioden fra 1. januar 1996 til 31. december 2001 anerkendt 72 sager som erstatningsberettigende. Det fremgår af figur 7.1, at Patientforsikringen har truffet 342 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader i perioden.

Af det samlede antal afgjorte sager er 21% således anerkendt som erstatningsberettigende lægemiddelskader. Dette svarer stort set til anerkendelsesfrekvensen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen).

Figur 7.2 Afgørelsestyperne efter lov om erstatning for lægemiddelskader

	1996-2000	1996-2000	2001	2001
Afgørelsestyper	Antal	%	Antal	%
Anerkendelser	55	20,4	17	27,0
Før lovens ikrafttræden	34	12,6	4	6,3
Ikke fysisk skade	43	16,0	3	4,8
Ikke årsagssammenhæng	25	9,3	11	17,5
Fejl eller forsømmelse	1	0,4	0	0,0
Ikke tilstrækkelig alvorlig skade	84	31,2	24	38,1
Diverse	27	10,0	4	6,3
I alt	269	100,0	63	100,0

Som det ses af figur 7.2, er den helt store hovedårsag til afvisning, at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig i forhold til den grundsygdom, der blev behandlet.

Anerkendelsesprocenten er steget, men det skyldes primært, at andelen af sager, der er afvist med, at skaden er sket før lovens ikrafttræden, er faldet.

7.4.3 Tilkendte erstatningsbeløb

De samlede udbetalinger efter lov om erstatning for lægemiddelskader siden 1. januar 1996 udgjorde ved udgangen af 2001 kr. 9.820.834. Alene i 2001 tilkendtes kr. 4.095.925.

Figur 7.3. Tilkendt erstatning i kr. fordelt efter udbetalingsår i perioden fra 1. januar 1996 til den 31. december 2001*

1996	1997	1998	1999	2000	2001	I alt
0	91.105	1.242.895	659.575	3.731.334	4.095.925	9.820.834

*ekskl. renter

I 2001 blev der udbetalt ca. det samme i erstatning som i 2000. Baggrunden for dette er, at der i løbet af disse to år blev afgjort en del sager, som vedrørte særligt alvorligt tilskadekomne patienter med betydelige mén.

7.4.4. Sagsbehandlingstiden

Ved udgangen af 2001 var sagsbehandlingstiden, dvs. tiden fra anmeldelse til afgørelse 227 dage. For sager, der blev afgjort ved udgangen af 2000, var sagsbehandlingstiden på 217 dage.

7.5. Erstatningsgrundlag og afgørelser

7.5.1. Formål

Formålet med lov om erstatning for lægemiddelskader er at have en offentligt styret erstatningsordning, der giver patienter mulighed for erstatning for skader forårsaget af egenskaber ved et lægemiddel i videre omfang end efter de almindelige produktansvarsregler og på en lettere og hurtigere måde for patienten.

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

Lov om erstatning for lægemiddelskader opererer i lighed med PFL § 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 dette vil blive gennemgået kort.

7.5.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader

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.

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 personens sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorere. Til forsøgspersoner og donorer, der er omfattet af bestemmelsen, ydes også erstatning for psykisk skade.

Som følge af denne bestemmelse ydes der erstatning til raske forsøgspersoner for psykiske skader.

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, tandlæge eller salgssted godkendt til salg af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler i henhold til LMSL § 8, stk. 1.

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. Magistrelt fremstillede lægemidler og lægemidler, der efter forudgående tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen 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 markedsførings-tilladelse 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, tandlæge eller salgssted godkendt til salg af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler.

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.

I tilfælde af fejl eller forsømmelser i forbindelse med udlevering af lægemidlet kan Patientforsikringen kun behandle sagen, hvis udlevering er sket gennem et sygehus. Skaden vil herefter kunne være omfattet af PFL § 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 LMSL § 7 lempet 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% sandsynlighed for, at lægemidlet er årsag til skaden.

Den centrale bestemmelse i LMSL er § 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.

Lov om erstatning for lægemiddelskader opererer i lighed med PFL § 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.

Hvis skadens omfang står i forbindelse med, at patientens generelle helbredstilstand er dårlig, vil denne særlige modtagelighed tale imod en ret til erstatning. For så vidt angår kriteriet om grundsygdommens alvor, er § 6

meget klar, men udover dette grundsygdomskriterium som bivirkningens omfang skal afvejes imod, inddrages også patientens generelle helbredstilstand i afvejningen.

Patientforsikringen mener, at det er vigtigt, at praksis efter lægemiddelskadeloven følger de samme retningslinier, som anvendes i PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Til vurdering af, om Patientforsikringen lever op til intentionerne bag lægemiddelskadeloven 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.

7.5.3. 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. Psykisk skade som følge af forsøgsbehandling med Ecopipam

En 22-årig mand og en 54-årig kvinde deltog i henholdsvis juli og september 2000 i et forsøg, som skulle have gavnlig effekt på deres overvægt. Forsøget bestod i behandling med præparatet Ecopipam.

Ved en kontrolundersøgelse i juni 2001 konstaterede man, at begge patienter havde pådraget sig en endogen depression.

Patienterne klagede til Patientforsikringen over, at de havde pådraget sig denne skade som følge af deltagelse i forsøget.

Sagerne blev afvist i medfør af LMSL § 1, stk. 1 og 2, idet Patientforsikringen vurderede, at patienterne ikke havde pådraget sig en fysisk skade som følge af behandlingen, men alene en psykisk skade i form af endogen depression.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at det skadevoldende lægemiddel var indgået som et led i behandling af patienternes overvægt. I lovens forstand kunne de således ikke betragtes som raske forsøgspersoner, hvilket indebar, at der ikke kunne ydes erstatning for den psykiske skade (01-1850 og 01-1843).

Sagerne illustrerer, at man som hovedregel skal være påført en fysisk skade, før der kan ydes erstatning, jfr. LMSL § 1, stk. 1. Sagen viser desuden anvendelsesområdet for LMSL § 1, stk. 2, der giver mulighed for erstatning for psykisk skade til raske forsøgspersoner.

I de pågældende sager vurderede Patientforsikringen, at afprøvningen af Ecopipam var indgået som et led i behandling af patienternes overvægt, da præparatet netop blev givet med henblik på at opnå en terapeutisk effekt i form af vægttab. Patienterne kunne således ikke betragtes som raske forsøgspersoner i lovens forstand. Behandlingen tog direkte sigte på patienternes lidelse, som dermed var relevant i forhold til behandlingen.

Patienterne var herefter ikke omfattet af bestemmelsen om, at der ydes erstatning til raske forsøgspersoner for psykisk skade, idet afprøvningen af præparatet var et led i behandlingen af patienternes overvægt.

2. Nervebeskadigelse som følge af forebyggende influenzavaccine

En 64-årig kvinde blev i oktober 1998 vaccineret mod influenza hos egen læge.

I december 1998 opstod der føleforstyrrelser i fingre, hænder og fødder, og patienten blev efterfølgende indlagt med muskelømhed, hovedpine og kvalme. En akut neurofysiologisk undersøgelse viste tegn på skader på nervesystemet.

Under indlæggelsen blev patientens tilstand forværret, idet der opstod dobbeltsidig ansigtslammelse og kraftnedsættelse i benene. Senere konstaterede man endvidere vejtrækningsbesvær samt udtale- og synkebesvær. Herefter stillede man diagnosen Guillain Barre's polyneuropati (nervebeskadigelse).

I slutningen af december 1998 skete der en bedring i patientens helbredstilstand, og hun blev efterfølgende indlagt med henblik på genoptræning. Genoptræningsforløbet varede frem til september 1999 og var præget af gentagne urinvejs- og øjeninfektioner, svær behandlingskrævende depressiv tilstand samt smerter.

Patientforsikringen vurderede, at nervebeskadigelsen med overvejende sandsynlighed var en følge af influenzavaccinationen.

Patientforsikringen anførte endvidere i sin afgørelse, at nervebeskadigelsen var både en alvorlig og sjælden bivirkning til en influenzavaccine. Skaden gik tillige ud over, hvad patienten med rimelighed burde acceptere, hvorfor sagen blev anerkendt efter LMSL § 6 (00-0734).

3. Skade på balanceorganet som følge af behandling med Gentamicin

En 37-årig kvinde med forudbestående balanceproblemer blev i oktober 1999 indlagt med tegn på infektion i nyreregionerne og infektion i urinvejene. Hun blev herefter sat i behandling med Gentamicin. Man anlagde endvidere kateter i begge sider, hvorefter patientens tilstand blev forbedret.

Efter endt behandling konkluderede man, at patientens gener formentlig var opstået på grund af en sten i urinlederen, som imidlertid var forsvundet af sig selv.

Efterfølgende fik patienten konstateret, at der var opstået yderligere varig skade på balanceorganerne.

Patientforsikringen vurderede, at den yderligere varige skade på balanceorganerne med overvejende sandsynlighed var opstået som følge af behandlingen med Gentamicin.

Patientforsikringen anførte endvidere i sin afgørelse, at skaden var en både sjælden og alvorlig bivirkning opstået i forbindelse med behandling med Gentamicin. Skaden oversteg tillige, hvad patienten med rimelighed burde acceptere, hvorfor sagen blev anerkendt efter LMSL § 6 (00-0547).

4. Skade i form af brud på lændehvirvel og afkalkning af knogler i forbindelse med epilepsibehandling

En nu 65-årig mand, der siden 30-års alderen havde haft epilepsi, fik ændret sin medicinering fra Tegretol til Lamictal i juni 1999. I september 1999 blev han indlagt efter et generaliseret enkeltstående krampeanfald, hvor han havde slået ryggen og pådraget sig et brud på 4. lændehvirvel.

Patientforsikringen afviste rygskaden efter LMSL § 1, stk. 1, da der ikke fandtes at være den fornødne sammenhæng mellem behandlingen med Lamictal og den opståede rygskade. Ved vurderingen lagde Patientforsikringen vægt på, at patienten var sat i behandling med Lamictal for at begrænse de epileptiske anfald. Han havde aldrig på noget tidspunkt været anfaldsfri, og skaden fandtes således at kunne tilskrives grundsygdommen.

Rygskaden blev endvidere afvist efter § 1, stk. 1, i lov om patientforsikring, da den med overvejende sandsynlighed fandtes at være forårsaget af den epileptiske grundsygdom og således ikke en skade forårsaget af behandling eller undersøgelse.

Patienten klagede endelig over afkalkning af knogler med heraf følgende større risiko for knoglebrud ved fald som følge af den mangeårige behandling med antiepileptisk medicin.

Patientforsikringen afviste denne skade efter LMSL § 6, da den ikke fandtes at overstige, hvad patienten med rimelighed burde acceptere i forbindelse med behandling for epilepsi (99-2607).

5. Ledsmærter som følge af behandling med Propyltiouracil

På grund af forhøjet stofskifte efter begyndende hjertesymptomer blev en 51-årig kvinde henvist til medicinsk afdeling i juli 1998. Her påbegyndte man behandling med Thycapzol. Da hun fik udslæt på kroppen heraf, ændrede man behandlingen, og i august 1998 blev der indledt behandling med Propyltiouracil. Kort tid efter, at denne behandling blev iværksat, fik patienten pludselig ledsmærter i både skulder, albue, tommel, hofte og tæer. På trods af, at man ophørte med behandlingen, fortsatte generne.

Patientforsikringen afviste skaden efter LMSL § 6. I afgørelsen blev der lagt vægt på, at skaden i form af ledsmerter ikke oversteg, hvad patienten med rimelighed bør tåle i forhold til den grundsygdom hun blev behandlet for, Thyreotoxicose (forgiftning af skjoldbruskkirtlen), som i øvrigt også i sig selv kan medføre muskel- og ledsymptomer.

Skaden blev ligeledes afvist efter PFL. Det blev vurderet, at behandlingen havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, at skaden ikke var forvoldt ved fejl eller svigt i teknisk apparatur, og at behandlingen ikke kunne være gennemført med en anden, lige så effektiv ikke-medicinsk behandlingsmetode (00-0681).

6. Hjerterklapfejl som følge af behandling med Isomeride

Den 4. februar 1997 blev en 44-årig kvinde sat i behandling med Isomeride på grund af overvægt. Den 27. februar 1997 opsøgte hun sin egen læge på grund af influenzasymptomer, og Isomeride-behandlingen blev midlertidig afbrudt. Efterfølgende påbegyndte hun atter behandlingen i perioder frem til september 1997, hvor hun opsøgte sin læge på grund af vejrtrækningsbesvær. Patienten gennemgik herefter et undersøgelsesprogram, hvor det blev konstateret, at mitralklappen var svært insufficient. I april 1998 fik hun indsat en mekanisk klap.

Ved sagens vurdering lagde Patientforsikringen vægt på, at skaden på patientens mitralklap med overvejende sandsynlighed var en følge af egenskaber ved lægemidlet Isomeride. Skaden fandtes at være en alvorlig og meget sjælden bivirkning til behandling med Isomeride, hvilket oversteg, hvad patienten med rimelighed måtte acceptere i forbindelse med behandling for overvægt. Skaden blev således anerkendt efter LMSL § 6 (00-2556).

7.6. Særlige problemstillinger

7.6.1. 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.

Ansaret efter produktansvarsloven påhviler producenter, importører og mellemhandlere.

Det følger af LMSL § 16, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet indtræder i patientens krav mod lægemiddelproducenter og mellemhandlere i henhold til lov om produktansvar.

I sager, hvor Patientforsikringen træffer afgørelse om, at en fysisk skade er forårsaget ved brug af et lægemiddel, afgiver Patientforsikringen samtidig en udtalelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om statens muligheder for at søge regres i henhold til lov om produktansvar, jfr. § 2, stk. 3, i bekendtgørelse nr. 1156 af 20. december 1995.

Hidtil har Patientforsikringen kun i to sager vurderet, at der var mulighed for at søge regres efter lov om produktansvar. Begge sager vedrører kvinder, der har pådraget sig en hjerteklapfejl efter anvendelse af slankemidlet Isomeride. Sagerne er anerkendt efter LMSL § 6, og patienterne har fået erstatning. I den ene sag har statens advokat, Kammeradvokaten, ikke fundet grundlag for at rejse en produktansvarssag mod producenten. Den anden sag verserer ved domstolene.

Når Patientforsikringen, bortset fra disse to sager, har vurderet, at der ikke har været 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 2001)

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. 2.830 notices of claim were filed with the Danish Patient Insurance Association in 2001, 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 provisi-

ons 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 radioscopy 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 equipment 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 endurability 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

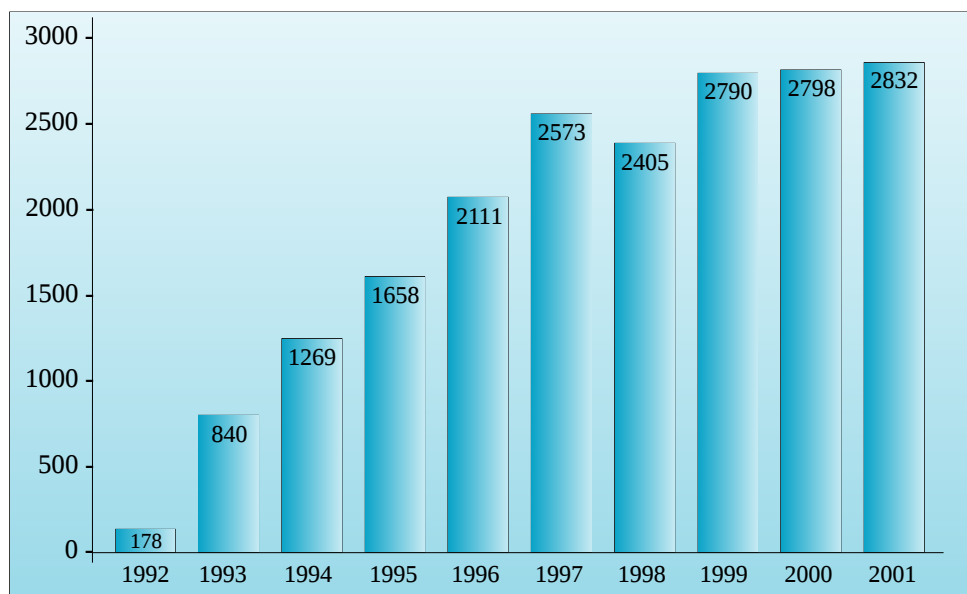
The Danish Patient Insurance Act contains special lenient conditions for damages for donors and healthy subjects. The reason for these lenient conditions is that persons who volunteer to help others deserve particularly easy access to damages.

Injuries caused by an accident connected with the patient's treatment and stay in hospital that was not an outcome 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 2.832 notices of claim in 2001.

Figure 1 Notices of claim in the years 1992 to 2001



In 2001, the Patient Insurance made 2.501 decisions in accordance with the Danish Patient Insurance Act, and 1.144 patients, equivalent to 45,8 %, were found to be entitled to damages.

The accepted notices of claim in 2001 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	%
§ 2 (1), no. 1 (the specialist standard)	19,7
§ 2 (1), no. 2 (equipment failure)	1,4
§ 2 (1), no. 3 (alternative technique / method)	0,9
§ 2 (1), no. 4 (the reasonability rule)	20,0
§ 3 (2) (accidents)	0,6
§ 4 (1) (donors and subjects)	3,2
Entitled to compensation (total)	45,8
Not entitled	42,6
Outside field and scope	11,6
Total	100,0

As shown in figure 3, payments of damages to patients have also increased constantly from 1 July 1992 to 2001, when damages of approx. DKK 205.6 million were paid.

Figure 3 Awarded damages distributed on year of payment in the period from 1 July 1992 to 31 December 2001*

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total paid
5.7	21.8	65.3	83.5	101.0	114.1	127.8	130.0	205.6	854.8

* 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. 42.3 DKK million in 2001.

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 Bo-

ard 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 lovebekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997

Bekendtgørelse af lov om patientforsikring

Herved bekendtgøres lov om patientforsikring, jf. lovebekendtgørelse 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 driftsoverenskomst 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 lige-stilles 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 forsikringsselskab, jf. dog § 11, stk. 1.

Stk. 2. Forsikringsselskaber, 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 patienteskadeankenævn, 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, Amdradsforeningen, 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 Amds-rådsforeningen og Hovedstadens Sygehus-fællesskab,
- 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. Patientskadeankenævns 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 dets forretningsorden.

Stk. 8. Udgifter til drift af Patientskadeankenævnet afholdes af forsikringsselskaberne 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. Patientskadeankenævns 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

Lægemedelforsikringsordning

§ 18. Sundhedsministeren kan godkende, at patientforsikringsforeningen samarbejder med en lægemedelforsikringsordning, som oprettes af lægemedelbranchens organisationer i Danmark.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan efter anmodning fra lægemedelbranchen udpege formanden og visse medlemmer til et ankeorgan, der er omfattet af en sådan lægemedelforsikringsordning.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren fastsætte regler om,

- 1) at organerne i en lægemedelforsikringsordning 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 lægemedelforsikringsordning.

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 ambulant eller ved kortere døgnhvil mod patientens egen betaling eller med mulighed for tilskud efter lov om offentlig sygesikring, samt
- 4) private betalingsygehuse, 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 tapningen 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 sygekeretøj.

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 sygehus, 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 Patientforsikringsselskaber

(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 Patientforsikringsselskaber (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 erstatnings-sager efter loven, jf. dog stk. 3.

Stk. 2. Foreningen skal endvidere hos forsikringsselskaber 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 forsikringsselskaber 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 forsikringsselskaber, 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 skønsmæssigt 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 skønsmæssigt 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 skønsmæssigt 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 forsikringselskaber, 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 forsikringsselskab, 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. Forsikringsselskaber, 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 forsikringsselskaber for de nævnte lovpligtige for-

sikringer subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Forsikringsselskaberne hæfter for de i stk. 1 nævnte udgifter i forhold til de enkelte forsikringsselskabers årlige præmieindtægt fra forsikringspligtige.

Stk. 3. Der er regres over for den pågældende forsikringspligtige driftsansvarlige myndighed for beløb, som forsikringsselskaberne har betalt i medfør af stk. 1, samt adgang til at opkræve den ubetalte præmiesum.

§ 5. De i § 4 nævnte forsikringsselskaber 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 forsikringsselskaber 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 forsikringsselskaberne har betalt i medfør af stk. 1.

§ 6. Forsikringsselskaber, 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 forsikringsydelser, 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. Mængden fastsættes efter forholdene på det tidspunkt, da skadelidtes helbredstilstand blev stationær. Godtgørelsen udgør ved en mængdegrad på 100 pct. 200.000 kr. Ved lavere mængdegrader nedsættes beløbet forholdsmæssigt. I særlige tilfælde kan mængdegraden fastsættes til et højere beløb, dog højst 240.000 kr. Ved en mængdegrad 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 skadelidt, 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 retsstilling, 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 bosøndring. Erstatningen eller godtgørelsen indgår dog i formuefællesskabet, når den, som erstatningen tilkommer, afgår ved døden, medmindre erstatningen eller godtgørelsen ifølge ægtepagt er søreje.

Stk. 4. Reglerne i stk. 1 og stk. 3 finder ikke anvendelse på krav om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Regnskab
for
2001
10. regnskabsår

INDHOLDSFORTEGNELSE:

Side

Bestyrelsens beretning	1
Ledelsens og bestyrelsens underskrifter	4
Revisionspåtegning	5
Anvendt regnskabspraksis	6
Resultatopgørelse for 2001	8
Balance pr. 31. december 2001	9
Noter	10

BESTYRELSENS BERETNING

Indledning

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 2001 modtog Patientforsikringen i alt 2.969 nye anmeldelser mod 2.748 i 2000. Der blev i løbet af 2001 truffet 2.608 afgørelser efter patientforsikringsloven mod 2.557 i 2000. Der blev samtidigt truffet 2.053 afgørelser efter erstatningsansvarsloven mod 1.873 i 2000, og tilkendt erstatninger for et samlet beløb på ca. 209 mio. kr. ekskl. renter, hvilket er en stigning på ca. 72,5 mio. kr. Disse udgifter afholdes af forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder.

Patientforsikringen har i 2001 haft administrationsomkostninger på kr. 27.477.405, hvortil kommer skatter og afgifter på kr. 1.719.596, samt en ekstraordinær hensættelse til skyldige feriepenge på kr. 1.725.797. Denne udgift er dog delvist imødegået ved en indtægtsførelse af egenkapitalen på 1 mio. kr., som alene var opbygget af hensyn til Patientforsikringens likviditet.

Udgifterne til Patientskadeankenævnets drift udgjorde kr. 11.415.000.

De samlede udgifter til Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets administration har således i 2001 udgjort kr. 43.337.798.

Der har i 2001 været samlede indtægter på kr. 41.166.828.

Differencen på kr. 1.170.970 vil blive opkrævet ved beregning af det endelige administrationsbidrag fra forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder.

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 2001 uændret i forhold til 2000.

Personale og ekstern konsulentbistand

Patientforsikringen havde ved udgangen af 2001 ca. 43 medarbejdere, hvilket er en stigning på 2 medarbejdere i forhold til 2000. Antallet af årsværk udgjorde ca. 34.

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 sagsbehandlingstid opfyldes.

Patientforsikringen har herudover ansat 12 lægekonsulenter indenfor forskellige medicinske specialer. Konsulenterne er til daglig fungerende speciallæger 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 steg med 221 i 2001. Den reelle vækst i antallet af anmeldelser efter patientforsikringsloven har dog været større, idet indgivelse af anmeldelser efter lov om erstatning til patienter behandlet med Bone-loc-cement er ophørt i løbet af 2001.

Patientforsikringen forventer, at der også i 2002 vil være en stigning i anmeldelsesantallet således, at det samlede antal anmeldelser i 2002 forventes at udgøre ca. 3.200.

Patientforsikringen har i 2001 foretaget en række ændringer med henblik på en fortsat forbedring og effektivisering af sagsbehandlingen. Patientforsikringens EDB-systemer er forbedret på en række væsentlige punkter, sagsbehandlingsprocedurer er omlagt, og der er overført ressourcer fra kontorpersonele til juridisk personale. De store ressourceanvendelser på disse omlægnings- samt ansættelse af nyt personale har været en afgørende faktor for, at stigningen i anmeldelsesantallet ikke har kunnet modsvares af en tilsvarende stigning i antallet af afviklede sager. Antallet af verserende sager steg således fra 2.680 til 2.879.

Af disse årsager er den gennemsnitlige sagsbehandlingstid steget fra 203 til 255 dage i løbet af 2001. Patientforsikringen forventer dog, at sagsbehandlingstiden vil falde væsentligt i løbet af 2002. Patientforsikringen finder, at en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på ca. ½ år er et realistisk mål, som vil kunne nås med udgangen af 2002 under forudsætning af, at antallet af nye anmeldelser ikke stiger ud over det forventede.

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 lovens erstatningsbetingelser, belyst gennem Patientforsikringens praksis.

For yderligere oplysninger vedrørende patientforsikringsordningen, herunder Patientforsikringens virksomhed, henvises derfor til årsberetningen.

Beretningen for 2001 forventes udsendt i forsommeren 2002.

Yderligere informationer om patientforsikringsordningen kan endvidere findes på Patientforsikringens hjemmeside www.patientforsikringen.dk

Patientskader og skadeforebyggelse.

Patientforsikringen har i 2001 fortsat arbejdet med en omfattende registrering af skadeårsager og skadeforløb i nye og tidligere indgivne anmeldelser. Registreringen sker både med henblik på at opnå sikkerhed for ensartede afgørelser og med henblik på anvendelse af anmeldelserne til skadeforebyggelse. Bestyrelsen har i 2001 og 2002 afsat ressourcer til forskning i disse registreringer, og der forventes i 2002 at blive udgivet en række artikler om skadeforebyggelse baseret på disse registreringer.

Administrationsaftale med KF

KommuneForsikring har, i lighed med tidligere år, i 2001 varetaget lønadm-

nistration, betalings- og bogføringsfunktion og ydet regnskabsmæssig bistand.

Det er bestyrelsens opfattelse, at Patientforsikringen fortsat har administrative fordele ved en udlicitering af disse funktioner.

Lægemedelskader

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 lægemiddelskadeankenævn, der modsat Patientskadeankenævnet - ikke finansieres af Patientforsikringen.

Ifølge administrationsaftalen betaler Sundhedsministeriet et gebyr pr. sag. Gebyret fastsættes på baggrund af den gennemsnitlige pris for behandling af sager i Patientforsikringen i året, med et tillæg på 10 %. Den gennemsnitlige pris udgjorde i 2001 kr. 9.680. Patientforsikringen modtog 117 anmeldelser i 2001.

Patientforsikringen skal årligt afgive en beretning efter loven til sundhedsministeren. Beretningen er medtaget i Patientforsikringens årsberetning.

Ændringer i erstatningsansvarsloven

Folketinget har i 2001 vedtaget en række væsentlige ændringer i lov om erstatningsansvar. Ændringerne træder i kraft 1. juli 2002

Ændringerne medfører kraftige stigninger i erstatningsudgifterne efter patientforsikringsloven.

Justitsministeriet har tilsluttet sig Patientforsikringens beregninger, hvorefter erstatningsbeløbene forventes at stige med 61,3% når loven er fuldt gennemført. Loven finder alene anvendelse for skader indtruffet efter ikrafttrædelsesdatoen, og ændringerne forventes derfor først at medføre en stigning i erstatningsudgifterne fra 2003.

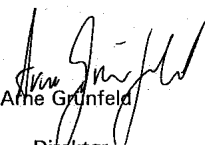
Fremtidige omkostninger ved lovens administration

Bestyrelsen har i september 2001 godkendt et budget for 2002 på kr. 42.648.000. Budgettet er fastlagt ud fra en forventning om en stigning i antallet af anmeldelser på ca. 250.

LEDELSENS OG BESTYRELSENS UNDERSKRIFTER

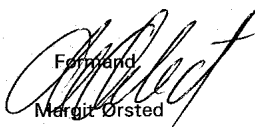
Patientforsikringen
København, den 22. april 2002

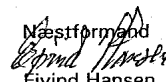
Ledelsen:

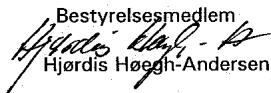

Arne Grünfeld
Direktør


Ole Graugaard
Sekretariatschef

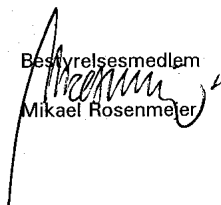
Bestyrelsen:

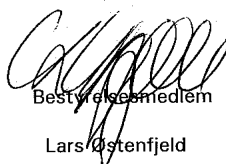

Formand
Margit Ørsted

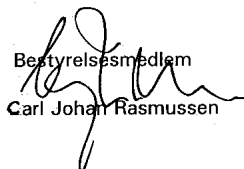

Næstformand
Ejvind Hansen


Bestyrelsesmedlem
Hjørdis Høegh-Andersen


Bestyrelsesmedlem
Dorte Knudsen


Bestyrelsesmedlem
Mikael Rosenmejer


Bestyrelsesmedlem
Lars Østenfeld


Bestyrelsesmedlem
Carl Johan Rasmussen

REVISIONSPÅTEGNING

Vi har revideret det af ledelsen aflagte årsregnskab for 2001 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 udførte 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 for-
eningens aktiver og passiver, økonomiske stilling samt resultat.

København, den 22. april 2002

DELOITTE & TOUCHE
Statsautoriseret Revisionsaktieselskab


Anders O. Gjelstrup
Statsautoriseret revisor

KOMMUNERNES REVISION


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 2001 på kr. 39.093.000.

Følgende fire forsikringsselskaber havde pr. 1. januar 2001 tegnet patientforsikring for 2001:

Købstædernes Forsikring,
KommuneForsikring,
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 lægemiddelskadeankenævn, 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 2001 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 KommuneForsikring indgået en administrationsaftale. Efter denne aftale udfører KommuneForsikring lønadministration, betalings- og bogføringsfunktion samt regnskabsmæssig bistand. Aftalen er baseret på omkostningsdækning. I 2001 udgjorde den samlede betaling fra Patientforsikringen til KommuneForsikring kr. 180.124.

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

Patientforsikringen har indtil 2001 haft en egenkapital på 1 mio. kr., af hensyn til et vist behov for en likviditetsreserve. Egenkapitalen er i 2001 indtægtsført, idet likviditetsbehovet fra 2001 anses for imødekommet gennem hensættelsen til skyldige feriepenge.

Tilgodehavende i form af administrationsbidrag

Beløbet vedrører for lidt opkrævet administrationsbidrag hos forsikrings-selskaber og selvforsikrende. Beløbet svarer til regnskabsårets underskud.

Feriepengeforpligtelse

Patientforsikringen har i regnskab 2001 medtaget sine feriepengeforpligtelser. Patientforsikringen har ikke tidligere foretaget hensættelser hertil.

Optræksningen af feriepengeforpligtelsen er delvist imødegået ved en modregning af egenkapitalen på 1 mio. kr.

Omkostningskreditorer

Det skyldige beløb vedrører primært bidrag til Patientskadeankenævnet. Bidraget for regnskabsåret opkræves a conto kvartalsvis forud på grundlag af et af Patientskadeankenævnet udarbejdet budget. For lidt erlagt i henhold til regnskabet opkræves det efterfølgende år af Patientskadeankenævnet.

RESULTATOPGØRELSE FOR 2001

Note	2001 Regnskab kr.	2000 Regnskab kr.
BIDRAG		
1 Administrationsbidrag	38.303.000	33.575.000
	<u>38.303.000</u>	<u>33.575.000</u>
2 ANDRE INDTÆGTER	<u>1.590.816</u>	<u>2.248.500</u>
ADMINISTRATIONSOMKOSTNINGER		
Løn og honorarer	(20.977.557)	(18.494.156)
Husleje m.v.	(2.353.083)	(2.163.844)
Fremmede tjenesteydelser	(952.608)	(454.838)
Kontorhold m.v.	(1.079.498)	(991.545)
Øvrige administrationsomkostninger	(1.289.718)	(1.198.415)
Anskaffelser	(824.941)	(538.897)
	<u>(27.477.405)</u>	<u>(23.841.695)</u>
6 UREALISEREDE NEDSKR./OPSKR.	<u>3.475</u>	<u>1.353</u>
3 RENTER	<u>269.537</u>	<u>58.146</u>
4 PATIENTSKADEANKENÆVNET	<u>(11.415.000)</u>	<u>(11.883.461)</u>
5 SKATTER OG AFGIFTER	<u>(1.719.596)</u>	<u>(1.486.320)</u>
RESULTAT	<u>(445.173)</u>	<u>(1.328.477)</u>
RESULTATDISPONERING		
Resultat	(445.173)	(1.328.477)
Opkrævning af feriepenge pr. 31.12.2000	(1.725.797)	-
Tilbagebetaling af egenkapital	<u>1.000.000</u>	<u>-</u>
ÅRETS RESULTAT	<u>(1.170.970)</u>	<u>(1.328.477)</u>
(Opkræves hos medlemmerne)		

BALANCE PR. 31.12.2001

Note	2001 Regnskab kr.	2000 Regnskab kr.
AKTIVER		
ANLÆGSAKTIVER		
6 Kapitalandele	35.839	32.364
TILGODEHAVENDER		
7 Tilgodehavende adm.bidrag	1.170.970	-
8 Andre tilgodehavender	2.089.684	1.661.201
Periodeafgrænsningsposter	95.579	150.598
	<u>3.366.233</u>	<u>1.811.799</u>
LIKVIDER		
Bankbeholdning	783.035	3.551.812
	<u>783.035</u>	<u>3.551.812</u>
AKTIVER IALT	<u>4.185.107</u>	<u>5.395.975</u>
PASSIVER		
EGENKAPITAL		
	0	1.000.000
GÆLD		
9 A-skat m.m.	2.629.787	768.551
Versur løn	-	4.062
Lønsumsafgift	141.603	330.673
Skyldig pension	8.114	137.169
Skyldig gruppeliv	-	1.430
Kreditorer	729.594	1.406.666
Mellemregning m/KF	144.679	-
Moms	531.330	205.772
Periodeafgrænsningsposter	-	2.870.129
	<u>4.185.107</u>	<u>5.724.452</u>
PASSIVER IALT	<u>4.185.107</u>	<u>6.724.452</u>
10 Eventualforpligtelser		

NOTER

<u>Note</u>	<u>2001</u> <u>Regnskab</u> <u>kr.</u>	<u>2000</u> <u>Regnskab</u> <u>kr.</u>
1 Administrationsbidrag		
KommuneForsikring	9.586.072	7.890.152
Købstædernes Forsikring	18.677.556	16.944.872
Zürich	73.880	58.948
Winterthur Forsikring	64.992	55.232
Århus Amt	4.614.828	3.959.252
Vestsjællands Amt	1.829.452	1.640.168
Viborg Amt	1.637.276	1.427.016
Undervisningsministeriet	57.368	31.560
Ringkøbing Amtskommune	1.781.576	1.567.800
	<u>38.303.000</u>	<u>33.575.000</u>
2 Andre indtægter		
Administration af lægemiddelskader	1.245.816	742.500
Honorar for udtalelser	82.000	98.000
Ekstraordinære indtægter	55.000	-
Adm.bidrag for boneloc-sager	208.000	1.408.000
	<u>1.590.816</u>	<u>2.248.500</u>
3 Renter		
Renteindtægter	270.322	88.622
Renteudgifter	(785)	(30.476)
	<u>269.537</u>	<u>58.146</u>
4 Patientskadeankenævnet		
Bidrag for året	(11.415.000)	(12.209.282)
Regulering tidligere år		325.821
	<u>(11.415.000)</u>	<u>(11.883.461)</u>
5 Skatter og afgifter		
AER-bidrag	(62.948)	(45.820)
Lønsumsafgift	(1.654.002)	(1.422.917)
Andre afgifter	(2.646)	-
Finansieringsbidrag	-	(17.583)
	<u>(1.719.596)</u>	<u>(1.486.320)</u>

Patientforsikringen er ikke skattepligtig af virksomhed udføret i henhold til lov om patientforsikring

NOTER

Note	2001 Regnskab kr.	2000 Regnskab 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	(85.863)	(87.216)
Tilbageførsel af nedskrivning	3.475	1.353
Nedskrivninger pr. 31.12	<u>(82.388)</u>	<u>(85.863)</u>
Bogført værdi pr. 31.12	<u>35.839</u>	<u>32.364</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		
Regulering af adm.bidrag til KommuneForsikring	15.079	16.029
Andre tilgodehavender	2.084.605	1.645.172
	<u>2.099.684</u>	<u>1.661.201</u>
9 A-skat m.m.		
Skyldig A-skat	476.746	487.737
Skyldig AM-bidrag	109.123	109.495
Skyldig ATP	30.118	28.031
Midlertidig pensionsopsp.	13.485	13.080
Skyldige feriepenge	2.000.315	130.208
	<u>2.629.787</u>	<u>768.551</u>
10 Eventualforpligtelser		
Foreningen har følgende forpligtelser:		
Huslejekontrakt	0,8 mio. kr.	
Leasingaftale	0,8 mio. kr.	

Lov nr. 1120 af 20. december 1995

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 1

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 vævsvæskedonorer. 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 tilføje 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. Inddrevene 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.

Lægemiddelskadeankenævnet

§ 19. Sundhedsministeren nedsætter et lægemiddelskadeankenævn, 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. Lægemiddelskadeankenævnets 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 Lægemiddelskadeankenævnet dettes forretningsorden. Ministeren kan heri fastsætte regler om honorar til nævnets formand og medlemmer.

Stk. 4. Udgifter til drift af Lægemiddelskadeankenævnet afholdes af staten, jf. § 17, stk. 1.

§ 20. De afgørelser, der træffes efter § 18, stk. 1 og 2, kan indbringes for Lægemiddelskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Lægemiddelskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Lægemiddelskadeankenævnet skal indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Lægemiddelskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlige grunde hertil.

Stk. 4. Lægemiddelskadeankenævnets 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 Lægemiddelskadeankenævnet, 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. lovbe- 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 nr. 397 af 2. juni 1999

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

Anmeldelser og anerkendelser fordelt på sygehuse

Antal anmeldelser og antal anerkendelser i perioden
1992 til 2000 pr. 1.000 udskrivninger.

Københavns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
KAS Gentofte	593	1,73	188	0,55
KAS Glostrup	629	1,83	241	0,70
KAS Herlev	590	1,85	192	0,60
I alt	1812	1,80	621	0,62

Frederiksborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Esbønderup Sygehus	4	0,65	-	-
Frederikssund Sygehus	182	1,94	66	0,70
Hillerød Sygehus	553	1,74	169	0,53
Hørsholm Sygehus	162	3,55	59	1,29
Helsingør Sygehus	168	2,24	69	0,92
I alt	1069	1,98	363	0,67

Roskilde Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset Roskilde	264	1,08	86	0,35
Roskilde Amts Sygehus Køge	360	3,09	118	1,01
Amtssygehuset Fjorden	5	0,43	1	0,09
I alt	629	1,69	205	0,55

Vestsjællands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Epilepsihospitalet i Dianalund	3	0,40	1	0,13
Psykiatrihospitalet i Dianalund	2	0,37	1	0,18
Holbæk Sygehus	279	1,78	86	0,55
Kalundborg Sygehus	61	1,13	22	0,41
Nykøbing Sj. Sygehus	41	1,81	16	0,71
Ringsted / Haslev Sygehus	65	1,97	22	0,67
Slagelse Sygehus	265	1,63	80	0,49
Høng Sygehus / Sæby Sygehus	11	0,81	2	0,15
Amtshospitalet i Nykøbing Sj.	2	0,38	-	-
I alt	729	1,58	230	0,50

Storstrøms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset i Fakse	38	1,10	9	0,26
Amtssygehuset i Nakskov	60	1,40	15	0,35
Amtssygehuset i Stege	39	1,64	18	0,76
Centralsygehuset i Nykøbing F. incl. Maribo	235	1,78	76	0,58
Centralsygehuset i Næstved incl. Vordingborg	291	1,42	105	0,51
I alt	663	1,51	223	0,51

Bornholms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Bornholms Centralsygehus	141	2,05	60	0,87
I alt	141	2,05	60	0,87

Fyns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Assens Sygehus	1	0,20	-	-
Bogense Sygehus	4	0,52	-	-
Fåborg Sygehus	46	0,74	20	0,32
Middelfart Sygehus	132	1,98	61	0,92
Nyborg Sygehus	65	1,41	23	0,50
Odense Universitetshospital	799	1,48	291	0,54
Ringe Sygehus	2	0,28	-	-
Rudkøbing Sygehus	3	0,31	1	0,10
Svendborg Sygehus	205	1,55	84	0,64
Ærøskøbing Sygehus	11	0,95	3	0,26
I alt	1268	1,42	483	0,54

Sønderjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Augustenborg Sygehus	3	0,17	-	-
Haderslev Sygehus	156	1,45	59	0,55
Sønderborg Sygehus	227	1,25	76	0,42
Tønder Sygehus	72	1,43	34	0,67
Åbenrå Sygehus	128	2,56	38	0,76
I alt	586	1,41	207	0,50

Ribe Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Grindsted-Brørup Sygehuse	77	0,98	30	0,38
Centralsygehuset Esbjerg-Varde	467	1,61	172	0,59
Ribe Sygehus	6	2,06	1	0,34
Psykiatrisk afd. ved Ribe	3	0,22	-	-
I alt	553	1,43	203	0,53

Vejle Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brædstrup Sygehus	22	0,46	8	0,17
Fredericia Sygehus	96	1,06	31	0,34
Give Sygehus	56	2,84	17	0,86
Horsens Sygehus	189	1,55	69	0,57
Kolding Sygehus	175	1,00	61	0,35
Vejle Sygehus	289	1,52	110	0,58
I alt	827	1,28	296	0,46

Ringkøbing Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Herning Centralsygehus	202	1,18	60	0,35
Holstebro Centralsygehus	242	1,56	105	0,68
Lemvig Sygehus	27	0,80	11	0,33
Psykiatrien i Ringkøbing Amt	1	0,10	-	-
Ringkøbing Sygehus	56	1,40	15	0,37
Tarm Sygehus	51	1,52	23	0,69
I alt	579	1,31	214	0,48

Århus Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Grenå Centralsygehus	103	1,70	48	0,79
Hammel Fysiurgiske Hospital	2	0,64	-	-
Marselisborg Hospital	11	0,25	-	-
Odder Sygehus	63	0,99	19	0,30
Psykiatrien i Århus incl. Risskov	14	0,31	3	0,07
Randers Centralsygehus	259	1,51	112	0,65
Silkeborg Centralsygehus	278	2,58	113	1,05
Skejby Sygehus	263	0,76	102	0,29
Tranebjerg Sygehus	8	0,81	3	0,30
Århus Amtssygehus	276	2,03	88	0,65
Århus Kommunehospital	671	2,71	246	0,99
I alt	1948	1,58	734	0,59

Viborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Viborg-Kjellerup Sygehus	332	1,42	139	0,60
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	199	1,74	82	0,72
Skive Sygehus	85	1,27	24	0,36
Psykiatrisk Sygehus, Søndersøparken	3	0,29	-	-
I alt	619	1,44	245	0,57

Nordjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brovst Sygehus	19	0,78	7	0,29
Dronninglund Sygehus	41	1,09	17	0,45
Farsø Sygehus	67	1,55	30	0,69
Frederikshavn-Skagen Sygehus	130	1,47	52	0,59
Hjørring / Brønderslev Sygehus	229	1,53	65	0,43
Hobro / Terndrup Sygehus	75	1,18	29	0,46
Ålborg Sygehus	643	1,55	216	0,52
Ålborg Psykiatrisk Hospital	4	0,37	1	0,09
I alt	1208	1,44	417	0,50

Hovedstadens Sygehusfællesskab

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amager Hospital *	305	2,11	129	0,89
Bispebjerg Hospital	450	1,88	180	0,40
Frederiksberg Hospital	264	1,81	104	0,71
Hvidovre Hospital	561	1,58	176	0,49
Kommunehospitalet	13	1,43	-	-
Rigshospitalet	1194	1,80	384	0,58
Sct. Hans Hospital	4	0,35	-	-
I alt	2791	1,78	973	0,62

* incl. udskrivninger fra Sankt Elisabeth, Københavns Amt

Antal anmeldelser og antal anerkendelser i 2001
pr. 1.000 udskrivninger.

Københavns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
KAS Gentofte	127	3,15	50	1,24
KAS Glostrup	96	2,38	41	1,02
KAS Herlev	90	2,39	45	1,20
I alt	313	2,64	136	1,15

Frederiksborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Frederikssund Sygehus	36	3,27	21	1,90
Frederikssund Sygehus, Dybendal	0	0	0	0
Hillerød Sygehus	82	2,19	22	0,59
Hørsholm Sygehus	26	4,84	9	1,68
Helsingør Sygehus	35	3,97	16	1,81
Esbønderup Sygehus	0	0	0	0
I alt	179	2,82	68	1,07

Roskilde Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset Roskilde	54	1,88	18	0,63
Roskilde Amts Sygehus Køge	57	4,16	22	1,61
Amtssygehuset Fjorden	0	0	0	0
I alt	111	2,53	40	0,91

Vestsjællands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Epilepsihospitalet i Dianalund	0	0	0	0
Holbæk Sygehus	53	2,87	24	1,30
Kalundborg Sygehus	17	2,67	4	0,63
Nykøbing Sj. Sygehus	6	2,25	2	0,75
Ringsted / Haslev Sygehus	11	2,83	5	1,29
Slagelse Sygehus	29	1,52	17	0,89
Høng Sygehus / Sæby Sygehus	2	1,25	2	1,25
Amtshospitalet i Nykøbing Sj.	0	0	1	1,61
I alt	118	2,18	55	1,01

Storstrøms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset i Fakse	13	3,19	4	0,98
Amtssygehuset i Nakskov	10	1,98	2	0,40
Centralsygehuset i Nykøbing F.	39	2,51	24	1,54
Centralsygehuset i Næstved	41	1,83	21	0,94
Amtssygehuset i Stege	8	2,86	3	1,07
Amtshospitalet i Vordingborg	1	0,61	0	0
I alt	112	2,17	54	1,05

Bornholms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Bornholms Centralsygehus	19	2,35	9	1,12
I alt	19	2,35	9	1,12

Fyns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Fåborg Sygehus	11	1,50	0	0
Middelfart Sygehus	33	4,21	14	1,79
Nyborg Sygehus	11	2,03	8	1,48
Odense Universitetshospital	167	2,63	64	1,01
Svendborg Sygehus	27	1,74	15	0,97
Ærøskøbing Sygehus	3	2,21	3	2,21
Ringe Sygehus	1	1,18	0	0
I alt	253	2,41	104	0,99

Sønderjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Augustenborg Sygehus	1	0,47	0	0
Gråsten Sygehus	0	0	0	0
Haderslev Sygehus	38	3,01	17	1,35
Sønderborg Sygehus	53	2,48	20	0,94
Tønder Sygehus	16	2,70	10	1,69
Åbenrå Sygehus	21	3,57	6	1,02
I alt	129	2,76	53	1,08

Ribe Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Grindsted-Brørup Sygehuse	18	1,94	8	0,86
Centralsygehuset Esbjerg-Varde	58	1,70	31	0,91
Amtssygehuset Esbjerg	2	1,27	0	0
Ribe Sygehus	3	8,75	0	0
Sct. Joseph Hospital	10	-	3	-
I alt	91	2,01	42	0,93

Vejle Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brædstrup Sygehus	6	1,06	1	0,18
Fredericia Sygehus	17	1,60	6	0,56
Givø Sygehus	7	3,02	3	1,29
Horsens Sygehus	26	1,81	16	1,12
Kolding Sygehus	34	1,66	10	0,49
Sct. Maria Hospital	0	0	0	0
Vejle Sygehus	53	2,36	15	0,67
I alt	143	1,88	51	0,67

Ringkøbing Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Herning Centralsygehus	51	2,53	16	0,79
Holstebro Centralsygehus	65	3,57	26	1,43
Lemvig Sygehus	3	0,76	2	0,51
Ringkøbing Sygehus	12	2,55	4	0,85
Tarm Sygehus	7	1,78	3	0,76
I alt	138	2,65	51	0,98

Århus Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Gigtsanatoriet	0	0	0	0
Grenå Centralsygehus	13	1,83	2	0,28
Hammel Fysiurgiske Hospital	0	0	0	0
Marselisborg Hospital	1	0,20	0	0
Odder Sygehus	10	1,34	5	0,67
Psykiatrisk Hospital i Århus	2	0,38	0	0
Randers Centralsygehus	46	2,28	17	0,84
Silkeborg Centralsygehus	37	2,92	22	1,73
Skejby Sygehus	64	1,57	28	0,69
Tranebjerg Sygehus	0	0	0	0
Århus Amtssygehus	52	3,25	16	1,00
Århus Kommunehospital	95	3,26	44	1,51
I alt	320	2,20	134	0,92

Viborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Viborg-Kjellerup Sygehus	71	2,58	24	0,87
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	32	2,38	9	0,67
Skive Sygehus	20	2,54	7	0,89
Psykiatrisk Hospital	0	0	0	0
I alt	123	2,44	40	0,79

Nordjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brovst Sygehus	1	0,35	1	0,35
Brønderslev (psykiatrisk)	1	1,80	0	0
Dronninglund Sygehus	8	1,80	3	0,68
Farsø Sygehus	28	5,50	10	1,96
Frederikshavn-Skagen Sygehus	22	2,12	9	0,87
Hjørring/Brønderslev Sygehus	51	2,89	22	1,25
Hobro/Terndrup Sygehus	6	0,80	7	0,94
Skørping Privathospital	0	-	0	-
Ålborg Sygehus	128	2,62	54	1,11
Ålborg Psykiatrisk Hospital	1	0,79	0	0
I alt	246	2,50	106	1,08

Hovedstadens Sygehusfællesskab

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Bispebjerg Hospital	61	2,16	22	0,78
Hvidovre Hospital	95	2,27	38	0,91
Amager Hospital*	36	2,12	14	0,82
Frederiksberg Hospital	41	2,39	23	1,34
Rigshospitalet	220	2,82	99	1,27
Sct. Hans Hospital	1	0,73	0	0
I alt	454	2,46	196	1,06

* incl. udskrivninger fra Sankt Elisabeth, Københavns Amt