

Patient Forsikrings Foreningen
Nytorg 5
1450 København K
Telefon 33 12 43 43
Fax 33 12 43 41
pf@patientforsikringen.dk
www.patientforsikringen.dk

Årsberetning 2002



Patientforsikringen

Forsiden er et parti fra Nytorv,
København med springvandet Caritas i
forgrunden.

Fotograf: Peter Willersted

Årsberetning 2002

*Patient*forsikringen

Indhold

	Side
Forord	9
1. Patientforsikringen	10
1.1. Lovgrundlag	10
1.2. Organisation	10
1.3. Sagernes behandling	11
1.3.1. Anmeldelse af skader	11
1.3.2. Sagsoplysning	12
2. Talmæssige oplysninger	13
2.1. Anmeldelser og afgørelser	13
2.2. Verserende sager og sagsbehandlingstiden	16
2.3. Tilkendte erstatningsbeløb	17
2.4. Afgørelser efter patientforsikringsloven	18
2.5. Skadernes art	22
2.6. Administrative omkostninger	23
3. Erstatningsgrundlag og afgørelser	25
3.1. Formål	25
3.2. Patientforsikringslovens erstatningsgrundlag	26
3.3. Eksempler på afgørelser	27
3.3.1. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (foreligger der en fysisk skade som følge af behandlingen?)	28
3.3.2. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	32
3.3.3. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2 (fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr)	37
3.3.4. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode eller teknik)	38
3.3.5. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	40
3.3.6. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1 (forkert diagnose eller diagnoseforsinkelse)	46
3.3.7. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 2 (culpa)	49
3.3.8. PFL § 19 (forældelse)	51

Indhold

	Side
4. Erstatningsberegning	52
4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler (1984-loven)	52
4.2. Eksempler på erstatningsberegning	54
4.2.1. Helbredelsesudgifter og andet tab (EAL § 1)	54
4.2.2. Tabt arbejdsfortjeneste (EAL § 2)	58
4.2.3. Varigt mén (EAL § 4)	59
4.2.4. Erhvervsevnetab (EAL § 5-7)	61
4.2.5. Begravelsesudgifter (EAL § 12)	63
4.2.6. Forsørgertabserstatning til ægtefæller (EAL §13)	65
4.2.7. Forsørgertabserstatning til børn (EAL §14)	66
4.2.8. Øvrige eksempler	67
5. Generelle problemstillinger	69
5.1. Hvad forstår man ved "tidspunktet for skadens indtræden" ved patientskader	69
5.2. Patientforsikringslovens bevisregel om "overvejende sandsynlighed" på baggrund af Højesterets dom af 2. maj 2002, UFR 2002. 1690 H	72
5.3. Højesterets dom af 16. december 2002 om EAL § 18, stk. 2 (Højesterets dom vedrørende arv af godtgørelser)	78
5.3.1. Problemstillingen	78
5.3.2. Højesterets dom	79
5.3.3. Patientforsikringens bemærkninger	80
5.4. Anastomoselækage (lækage af tarmsammensyning)	81
5.5. Sædefødsler	84
5.6. Ændring af kapitaliseringsfaktoren for varige helbredelsesudgifter tilkendt efter §1 i den tidligere EAL (1984-loven)	86
5.6.1. Tidligere praksis	86
5.6.2. Dom fra Højesteret	87
5.6.3. Patientskadeankenævnets nye praksis	87
5.6.4. Patientforsikringens praksis	87
6. Patientforsikringens virksomhed	89
6.1. Patientforsikringens medlemmer	89
6.2. Patientforsikringens bestyrelse i 2002	90
6.3. Patientforsikringens bestyrelse i 2003	91

Indhold

	Side
6.4. Patientforsikringens administration	91
6.4.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2003	91
6.4.2. Lægeligt konsulentnet	93
6.5. Administrationsaftaler	93
6.6. Regnskab og budget	94
7. Beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader	95
7.1. Lovgrundlag	95
7.2. Organisation	95
7.3. Sagernes behandling	96
7.3.1. Anmeldelse af skader	96
7.3.2. Sagsoplysning	96
7.3.3. Afgørelser	96
7.4. Talmæssige oplysninger	97
7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser	97
7.4.2. Antallet af afgørelser og deres udfald	98
7.4.3. Tilkendte erstatningsbeløb	99
7.4.4. Sagsbehandlingstiden	99
7.5. Erstatningsgrundlag og afgørelser	99
7.5.1. Formål	99
7.5.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader	100
7.5.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader	103
7.6. Særlige problemstillinger	105
7.6.1. Skader som følge af behandling med epilepsipræparatet Sabrilex	105
7.6.2. Forholdet til produktansvarsreglerne	108
8. The Danish Patient Insurance System	109
8.1. Background for the Danish Patient Insurance Act	109
8.1.1. The Culpa System	109
8.1.2. Redress	109
8.1.3. Prevention	110
8.2. The Insurance Scheme in Outline	110
8.3. Limitations in the Scope	111

Indhold

	Side
8.3.1. Only Treatments at Public Hospitals	111
8.3.2. Only Injuries Caused by Examination and Treatment	111
8.3.3. Only Physical Injuries	112
8.3.4. Other Limitations	112
8.4. Conditions for Damages	113
8.5. Avoidable Injuries	113
8.5.1. "The Specialist Rule" (§ 2 (1), no. 1)	113
8.5.2. "The Equipment Rule" (§ 2 (1), no. 2)	115
8.5.3. "The Alternative Rule" (§ 2 (1), no. 3)	116
8.6. Unavoidable Injuries	117
8.6.1. "The Endurability Rule" (§ 2 (1), no. 4)	117
8.7. Special Conditions for Damages	119
8.8. Key Figures for the Patient Insurance	119
8.9. The Appeals System	120
8.10. Conclusion	120
 Bilag 1 Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24.3.1997	 122
Bilag 2 Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om patientforsikring	127
Bilag 3 Bekendtgørelse vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring	129
Bilag 4 Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringssselskaber	132
Bilag 5 Bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse af lov om patientforsikring	135
Bilag 6 Lov om erstatningsansvar	137
Bilag 7 Regnskab for 2002, 11. regnskabsår	140
Bilag 8 Lov om erstatning for lægemiddelskader, lov nr. 1120 af 20.12.1995	153
Bilag 9 Lov om erstatning til patienter opereret med Bonelov-cement før 1. juli 1992	157
Bilag 10 Anmeldelser og anerkendelser fordelt på sygehuse	158

Forord

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

Patientforsikringen fremlægger herved sin årsberetning for 2002. Beretningen indeholder eksempler på erstatningssager og forskellige administrative spørgsmål, der har fundet deres løsning inden årsberetningens deadline 1. april 2003.

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 2002 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 lægemiddelerstatningsordningen.

Poul-Erik Svendsen	/	Arne Grünfeld
Bestyrelsesformand		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 sagernes behandling til et administrativt, uvidt 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 forsikrings-selskaber, 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 indenrigs- og sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis årlige præmieindtægter og beregnede præmiebeløb svarende til risikoen. De selvforsikrende myndigheder har dog altid ret til at udpege mindst ét medlem af bestyrelsen.

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

Foreningens daglige virksomhed varetages af en administration, der ledes af en af bestyrelsen ansat person.

Bestyrelsen skal således kun beskæftige sig med generelle spørgsmål, herunder spørgsmål om administrationens varetægtelse 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 forsikringsgiverne 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 7.

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

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

1.3. Sagernes behandling

1.3.1. Anmeldelse af skader

Efter PFL § 13, stk. 1, 1. pkt. modtager, oplyser og afgør Patientforsikringen alle erstatningssager efter loven. Dette gælder 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 initiativ 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.

2. Talmæssige oplysninger

2.1. Anmeldelser og afgørelser

Patientforsikringen modtog i 2002 i alt 3.558 anmeldelser. I 2001 udgjorde antallet af anmeldelser 2.995. Tallene inkluderer anmeldelser efter lægemiddelstatningsordningen samt lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc cement. I det følgende vil alene anmeldelser efter patientforsikringsloven blive omtalt, idet anmeldelser efter lægemiddelstatningsordningen behandles særskilt i denne beretnings kapitel 7. For så vidt angår Boneloc sager henvises til den udførlige redegørelse i Patientforsikringens årberetning 2001.

Patientforsikringen modtog i 2002 i alt 3.414 anmeldelser efter patientforsikringsloven, hvilket er en stigning på 589 anmeldelser i forhold til 2001, hvor antallet af anmeldelser alene udgjorde

2.825. Udviklingen i antallet af anmeldelser fremgår af figur 1.

Antallet af anmeldelser er således steget kraftigt i 2002. På baggrund af udviklingen i antallet af anmeldelser i tidligere år, forventede Patientforsikringen, at anmeldelsesantallet ville nå ca. 3.000 i 2002.

På baggrund af væksten i 2002, forventer Patientforsikringen i 2003 at modtage 3.650 anmeldelser efter patientforsikringsloven samt 150 anmeldelser efter lægemiddelstatningsloven, i alt 3.800.

Det kan ikke fastlægges, hvad der er den egentlige baggrund for den kraftige vækst i antallet af anmeldelser fra 2001 til 2002. Det er imidlertid ikke sandsynligt, at det skyldes faldende kvalitet i behandlingen. Mange komplikationer og skader kunne anmeldes til Patient-

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 ind-

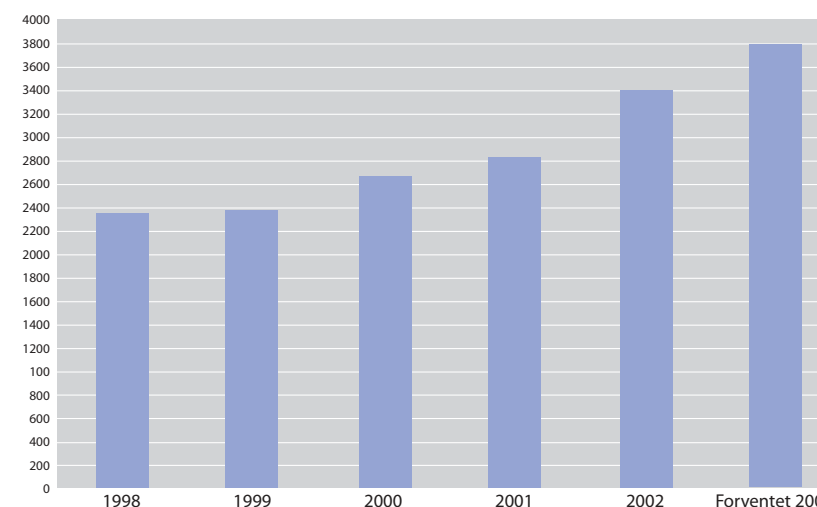
henter en vejledende udtalelse om spørgsmålet om fastsættelse af méngraden og erhvervsevnetabsprocenten fra Arbejdsskadestyrelsen, såfremt skadelidte eller skadevolder under sagens behandling fremsætter begæring herom jfr. § 5, stk. 1, i lov om patientforsikring. Udgifter hertil afholdes ikke af Patientforsikringen.

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.

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.

Figur 1. Antal anmeldelser efter patientforsikringsloven.



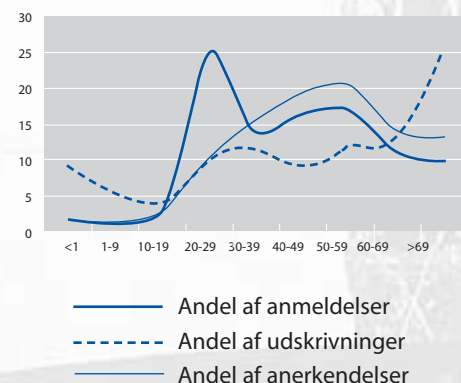
forsikringen, men bliver det ikke på grund af manglende kendskab til mulighederne for erstatning både blandt patienter og personale, så der er populært sagt, "nok at tage af".

Nogle vil tage det som udtryk for en stigende bevidsthed om klagemuligheder og dalende respekt for autoriteter. Der er imidlertid intet, der taler for, at respekten skulle være dalet, specielt fra 2001 til 2002.

Der har mediemæssigt været fokus på patientsikkerhed og komplikationer i 2002 både i sundhedsfaglige medier og i nyhedsmediene. Derfor er det mest sandsynligt, at det er den øgede fokus herpå, der har gjort såvel patienter som sundhedspersonale opmærksomme på erstatningsmulighederne. Dette højere informationsniveau må anses for glædeligt.

Det er naturligvis ikke ensbetydende med, at en lavere tolerance i befolkningen ikke kan have meget stor betydning for antallet af anmeldelser til Patientforsikringen. Nedenstående figur er udarbejdet til brug for en artikel i Patientforsikringens jubilæumsskrift i efteråret 2002. Figuren viser størrelsen af de enkelte aldersgruppers andel af anmeldelserne til Patientforsikringen og samtidig vises deres andel af de anmeldelser, der rent faktisk fører til erstatning. Aldersgruppernes andel af udskrivninger fra sygehusene fremgår også.

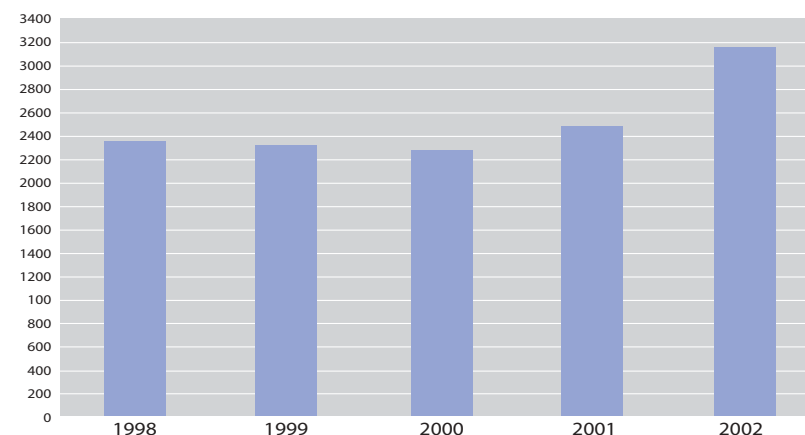
Figur 2. Anmeldelser, anerkendelser og udskrivninger fordelt på alder i %.



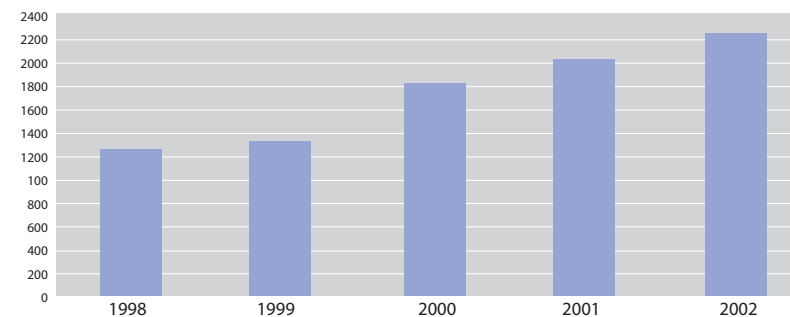
Som det kan ses, er det kendetegnende, at aldersgruppen 20 til 29-årige er betydeligt mere kritiske overfor den behandling, de har fået end andre aldersgrupper. Selvom de kun beslaglægger ca. 10% af aktiviteterne på sygehusene, så kommer 25% af alle anmeldelser fra denne aldersgruppe. Til gengæld udgør andelen af de 20 til 29-årige klager, der rent faktisk får medhold i klagen, kun ca. 10% af alle de anerkendte sager.

Som det fremgik ovenfor af figur 1, modtog Patientforsikringen godt 400 sager mere end forventet i 2002, og det var derfor heller ikke muligt at træffe et tilsvarende antal afgørelser efter patientforsikringsloven.

Figur 3. Afgørelser efter Patientforsikringsloven.



Figur 4. Antal afgørelser efter erstatningsansvarsloven.

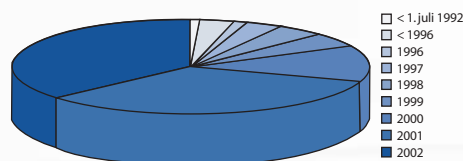


Der blev i 2002 truffet afgørelse i 3.174 sager, hvilket er 662 flere end i 2001 og 125 flere end forventet ved budgetlægning 2002, men altså ikke en tilstrækkelig stigning i forhold til udviklingen i antallet af anmeldelser. Udviklingen i antallet af afgørelser efter patientforsikringsloven fremgår af figur 3.

Som det fremgår af figur 4, traf Patientforsikringen i 2002 også flere afgørelser

efter erstatningsansvarsloven end tidligere. Antallet af afgørelser efter erstatningsansvarsloven steg til 2.255. Antallet af erstatningsopgørelser må forventes at stige forholdsvis meget i de kommende år, efterhånden som den nye erstatningsansvarslov slår fuldt ud igennem. Loven betyder formentlig, at der vil blive truffet flere afgørelser om a conto erstatninger end tidligere.

Figur 5. Anmeldelser modtaget i år 2002, fordelt efter skadeår i %.



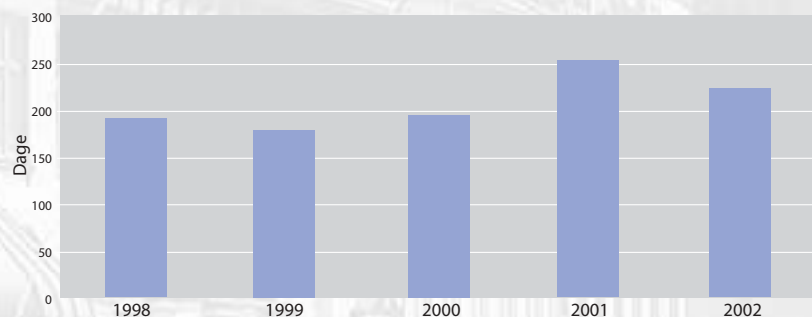
Af de sager, der anmeldes til Patientforsikringen, vedrører kun de færreste anmeldelser skader indtruffet i anmeldelsesåret. Figur 5 viser anmeldelserne modtaget i 2002 fordelt efter det år, hvori skaderne er sket. Der kom således i 2002 flere anmeldelser, der vedrørte skader indtruffet i perioden 2000 - 2001, end anmeldelser der vedrørte skader sket i 2002.

Det er der imidlertid intet bemærkelsesværdigt i. For det første venter både patienter og sygehuspersonale ofte med at anmelde en skade, indtil skadens følger er mere klare, og for det andet kan det ofte være svært at skelne mellem følger af patientens grundsygdom og følger af behandlingen.

2.2. Verserende sager og sagsbehandlingstiden

Som konsekvens af den uventede kraftige stigning i anmeldelsesantallet er det ikke lykkedes Patientforsikringen at nedbringe sagsbehandlingstiden fra den rekordhøje sagsbehandlingstid i 2001 til det niveau, som var målsætningen for 2002, nemlig mindre end 200 dage. Det fremgår af figur 6. En gennemsnitlig sagsbehandlingstid på mellem 160 og 180 dage er et realistisk

Figur 6. Gennemsnitlig sagsbehandlingstid for afgørelser efter patientforsikringsloven.



mål, som Patientforsikringen konstant har sig for øje. Det er også for 2003 Patientforsikringens klare målsætning, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid skal ned under 200 dage med udgangen af året. Målet vurderes at være realistisk, såfremt væksten i antallet af anmeldelser i 2003 ikke overstiger de forventede 3.800, jf. ovenfor i afsnit 2.1.

Det skal dog understreges, at Patientforsikringen i ca. 90 dage afventer materiale fra sygehuse og patienter, således at det gennemsnitlige tidsforbrug i Patientforsikringen reelt er væsentligt lavere. Ikke desto mindre er det Patientforsikringens klare opfattelse, at en reel sagsbehandlingstid i Patientforsikringen på 135 dage er for høj.

2.3. Tilkendte erstatningsbeløb

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

Patientforsikringen tilkendte i 2002 samlede erstatninger på 224,4 mio. kr. Stigningen er på godt 19 mio. kr. i forhold til 2001, hvilket er en relativ beskeden stigning. Når stigningen er så forholdsvis meget lavere end stigningen var fra 2000 til 2001 skyldes det, at Patientforsikringen i 2001 afviklede ekstraordinært mange, ældre sager, hvori erstatningsbeløbene ofte er betydelige.

Figur 7. Erstatningsbeløb fordelt efter udbetalingsår og skadeår.

		Skadeår											i alt*
		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Udbetalingsår	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
	2002	4,4	5,9	4,6	4,3	11,9	20,6	25,1	53,9	47,8	43,0	2,9	224,4
	I alt*	64,2	131,6	114,5	121,8	117,9	139,1	132,0	129,1	82,0	44,1	2,9	1.079,2

*ekskl. renter

Patientforsikringen har i de første 10 år, fra 1. juli 1992 til 1. juli 2002 tilkendt 1 mia. kr. i erstatning.

Figur 7 viser også, at de tilkendte erstatninger i høj grad vedrører skader sket flere år tidligere. Det er således bemærkelsesværdigt, at der er tilkendt flest penge til skader sket i 1997 (139,1 mio. kr.), selvom erstatningsudbetalingerne i 1997 (101,0 mio. kr.) var langt under halvdelen af udbetalingerne i 2002. Denne fosinkelse i udbetalingerne skyldes naturligvis også, at skaderne ofte først anmeldes til Patientforsikringen lang tid efter deres indtræden.

Folketinget vedtog 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 stige med 61,3%, når lovændringerne er slået fuldt igennem.

Det er meget vanskeligt at skønne hvor stor stigningen i de samlede erstatningsudbetalinger vil være i 2003, både på grund af usikkerheden om konsekvenserne af det forhøjede erstatningsniveau og på grund af den kraftige stigning i

anmeldelsesantallet i 2002. De samlede erstatninger må i hvert fald skønnes at udgøre mindst 250 mio. kr.

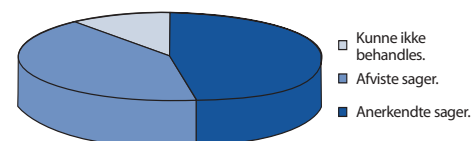
Figur 8 viser erstatningerne fordelt efter beløbsstørrelse, således som denne blev beregnet henholdsvis ved udgangen af 1997 og ved udgangen af 2002. Andelen af patienter der ikke har kunnet få erstatning, fordi beløbet var under minimumsgrænsen på 10.000 kr. er ganske vist halveret, men derudover har væksten i de øvrige erstatningsbeløb været relativ beskedent. Det bliver imidlertid interessant at se de forskydninger, som det forhøjede erstatningsniveau kommer til at medføre i de kommende år.

2.4. Afgørelser efter patientforsikringsloven

Figur 9 viser, at 47% af de sager der blev afgjort i 2001, blev anerkendt som patientskader. Ser man bort fra de patienter, hvis sag faldt helt uden for lovens dækningsområde, og som Patientforsikringen derfor ikke kunne behandle, så fik over 53 % medhold. Fordelingen omfatter også de afgørelser, der er truffet i Patientskadeankenævnet. Til sammen-

ligning kan det nævnes, at andelen af patienter, der efter den norske patientforsikringsordning fik medhold i 2002, udgjorde 29,3%.

Figur 9. Fordelingen af anerkendelser og afvisninger.



Figuren dokumenterer, at det bestemt ikke er svært at få erstatning, når man som patient henvender sig til Patientforsikringen. Når man har sig for øje, at der i en sag altid er to parter, nemlig en patient der vil have en kompensation og et for-

sikringsselskab eller et amt der skal betale, så må det alt andet lige konkluderes, at afgørelserne rent faktisk har en tendens til at falde ud til patientens fordel.

I figur 10 er afgørelserne fordelt efter de bestemmelser i loven, hvorefter de er afgjort. Andelen af anmeldelser, der afvises med, at en eventuel erstatning vil være under lovens bagatelgrænse på 10.000 kr. er efterhånden marginal. Når henses til, at erstatningsniveauet på de mindre sager også forhøjes i kraft af ændringerne i erstatningsansvarsloven, og når henses til omkostningerne ved sagsbehandlingen, jf. figur 15, så må den nuværende grænse siges at være ganske fornuftig.

Figur 10. Afgørelsestyper efter patientforsikringsloven 1997 - 2001 og 2002.

	1997-2001	1997-2001	2002	2002
Afgørelsestyper	Antal	%	Antal	%
§ 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	2.174	18,4	669	21,1
§ 2, stk. 1, nr. 2 (apparatursvigt)	235	2,0	25	0,8
§ 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ teknik/metode)	89	0,8	21	0,7
§ 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	2.031	17,2	644	20,3
§ 3, stk. 2 (ulykker)	54	0,5	12	0,4
§ 4, stk. 1 (donorer og forsøgspersoner)	345	2,9	125	3,9
I alt omfattet	4.928	41,8	1.496	47,2
Ikke berettiget til erstatning i alt	5.112	43,3	1.320	41,6
Uden for lovens dækningsområde:				
Under lovens bagatelgrænse	936	7,9	188	5,9
Før 1. juli 1992	209	1,8	23	0,7
Ikke offentligt sygehusvæsen	280	2,4	76	2,4
Forældelse	36	0,3	17	0,5
Diverse	301	2,5	54	1,7
I alt udenfor lovens dækningsområde	1.762	14,9	358	11,2
Samlet antal afgørelser efter PFL	11.802	100,0	3.174	100,0

Figur 8. Erstatningerne fordelt efter beløbsstørrelse i 1.000 kr.

	Beløb	<10	<50	<100	<250	<500	<1.000	>1.000
1997	%	6,4	54,3	16,1	9,1	6,6	6,0	2,3
2002	%	3,2	56,9	18,0	9,0	5,6	4,4	2,9

Figur 11a. Antal anmeldelser og anerkendelser efter PFL fra 1. juli 1992 indtil 31. december 2001.

Amt	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivinger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
Københavns Amt	2.125	1,88	757	0,67
Frederiksborg Amt	1.248	2,07	431	0,72
Roskilde Amt	740	1,83	245	0,61
Vestsjællands Amt	847	1,68	285	0,57
Storstrøms Amt	775	1,58	277	0,57
Bornholms Amt	160	2,09	69	0,90
Fyns Amt	1.521	1,52	587	0,59
Sønderjyllands Amt	715	1,61	260	0,58
Ribe Amt	644	1,55	245	0,59
Vejle Amt	970	1,35	347	0,48
Ringkøbing Amt	717	1,48	265	0,55
Århus Amt	2.268	1,71	868	0,65
Viborg Amt	742	1,60	285	0,61
Nordjyllands Amt	1.454	1,58	523	0,57
HS	3.245	1,86	1.169	0,67
Øvrige	596	-	59	-
Hele landet	18.767	1,75	6.672	0,62

Figur 11b. Antal anmeldelser og anerkendelser i 2002.

Amt	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivinger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
Københavns Amt	339	2,86	154	1,31
Frederiksborg Amt	229	3,61	99	1,56
Roskilde Amt	131	3,09	65	1,53
Vestsjællands Amt	150	2,83	59	1,11
Storstrøms Amt	151	2,93	68	1,32
Bornholms Amt	28	3,47	11	1,36
Fyns Amt	315	2,99	139	1,32
Sønderjyllands Amt	138	2,95	71	1,52
Ribe Amt	130	2,97	51	1,16
Vejle Amt	178	2,35	86	1,13
Ringkøbing Amt	116	2,27	66	1,29
Århus Amt	409	2,92	180	1,29
Viborg Amt	138	2,83	61	1,25
Nordjyllands Amt	290	3,00	136	1,41
HS	570	3,11	245	1,34
Øvrige	102	-	5	-
Hele landet	3.414	3,03	1.496	1,33

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

Af figur 11 a og b fremgår, hvorledes anmeldelser og anerkendelser fordeler sig på de enkelte amter i henholdsvis perioden fra 1. juli 1992 til 2002 og for 2002 alene. Antallet af anmeldelser er sat i forhold til antallet af udskrivinger i de respektive amter. (En tilsvarende opgørelse over anmeldelses- og anerkendelsesfrekvenserne for de enkelte sygehuse er optrykt som bilag 10 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 forskellen er dog noget mindre. Som udgangspunkt er der altså flere sager der afvises i de amter, hvorfra anmeldelsesantallet er højest.

Der er flere årsager til, at anmeldelsesfrekvensen kan variere. 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 12.

Figur 12. Anerkendelser efter PFL § 2.1.1 i 2002 opgjort pr. 1.000 udskrivinger pr. amt.

Amt	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
HS	70	0,38
Århus Amt	64	0,46
Nordjyllands Amt	53	0,55
Københavns Amt	48	0,40
Fyns Amt	43	0,41
Frederiksborg Amt	36	0,57
Vejle Amt	30	0,40
Storstrøms Amt	27	0,52
Sønderjyllands Amt	24	0,51
Ringkøbing Amt	24	0,47
Vestsjællands Amt	22	0,42
Roskilde Amt	21	0,49
Ribe Amt	19	0,43
Viborg Amt	19	0,39
Bornholms Amt	6	0,74

Som det fremgår af figur 11b, har Hovedstadens Sygehusfællesskab haft en af de højeste anmeldelsesfrekvenser i 2002, men samtidig fremgår det af figur 12, at HS var den laveste frekvens af sager, der er anerkendt efter § 2 stk. 1 nr. 1, altså sager, hvori den givne patientbehandling kunne have været bedre.

2.5. Skadernes art

Figur 13 indeholder en oversigt over de

Figur 13. De 20 medicinske specialer med størst anerkendelsesfrekvens, målt på sager anerkendt i 2002.

Speciale	Anerkendelser	Opgjort i %
Ortopædisk kirurgi	417	41,00
Kirurgi	110	10,82
Klinisk biokemi	61	6,00
Gynækologi	61	6,00
Anæstesiology	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

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 13, forvolder disse sammenlagt næsten 60% af skaderne.

Figur 14. De 20 dyreste specialer.

Speciale	Gennemsnits erstatning i t. kr.
Obstetrik	425
Karkirurgi	350
Intern medicin	345
Kardiologi	315
Neurokirurgi	285
Thoraxkirurgi	250
Oto-rhino-laryngologi	215
Urologi	205
Anæstesiology	155
Reumatologi	150
Gynækologi	150
Kirurgi	145
Ortopædisk kirurgi	100
Diagnostisk radiologi	95
Plastikkirurgi	90
klinisk immunologi	55
Kirurgisk gastroenterologi	55
Kæbekirurgi	45
Oftalmologi	45
Klinisk biokemi	10

Vælger man i stedet, som i figur 14, 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 meget alvorlige af de skader, der rent faktisk indtræder. De obstetriske skader med de alvorligste konsekvenser vedrører børn, der under fødslen får hjerne-skader som følge af iltmangel.

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

2.6. Administrative omkostninger

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

I figur 15 er udviklingen i de gennemsnitlige omkostninger, der er knyttet til en af-

gørelse illustreret. Udgifter til Patientska-
deankenævnet er ikke medtaget i bereg-
ningen og beregningen inkluderer af-
gørelser efter lægemiddelerstatnings-
loven.

Som det fremgår, har den gennemsnitlige
omkostning pr. afgørelse i 2002 været
den laveste i 5 år endda målt i løbende
priser. Den faldende gennemsnitlige ud-
gift pr. afgørelse, skyldes for det første den
generelle rationaliseringsgevinst der lig-
ger i behandlingen af et stigende antal
sager, men det skyldes også en målrettet
effektivisering, særligt i løbet af 2001. Det
skal i den forbindelse nævnes, at eksem-
pelvis omkostningerne ved først og frem-
mest lægeundersøgelser af patienterne i
2002 udgjorde 10% af de samlede om-
kostninger imod blot 3% i 1998.

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 for-
bundet med nævneværdige udgifter.

De administrative omkostninger ved en
sag afhænger i høj grad af, om patientens
sag er omfattet af lovens erstatnings-
bestemmelser. Særligt beregningen af
erstatning er ressourcekrævende.

Figur 15. Omkostningsudviklingen i Patientforsikringens sagsbehandling.

År	Administrations- omkostninger	Antal afgørelser efter PFL og EAL	Pris pr. afgørelse
2002	30.156.157	5.698	5.618
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

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, der offentligt 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 (foreligger der en fysisk skade som følge af behandlingen?)

1. Tredobbeltsyn var ikke en følge af behandlingen

En 61-årig kvinde fik foretaget en operation i højre ørespytkirtel på grund af daglige smerter i højre kæbe. I opvågningsfasen efter narkosen klagede patienten over dobbeltsyn og fornemmelsen af at være ør. Da øjensymptomerne fire dage efter operationen ikke havde fortaget sig, fik patienten foretaget en øjenundersøgelse. Her kunne man ikke påvise objektive fund, der kunne forklare patientens gener. Dagen efter blev der foretaget en neurologisk undersøgelse og en CT-skanning af hjernen, der begge viste normale forhold.

To måneder efter operationen var patienten til undersøgelse på neurologisk afdeling, hvor hun klagede over, at hun siden operationen havde været generet af 3-dobbeltsyn mod højre, hvor billederne overlappede hinanden. En MR-skanning af hjernen viste normale forhold.

Patientforsikringen fandt, at patientens 3-dobbeltsyn ikke var en følge af operationen eller narkosen. Patienten var derfor ikke berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven, da hun ikke var påført en fysisk skade som følge af behandling, undersøgelse eller lignende, jf. PFL § 1, stk. 1.

Patientforsikringen lagde vægt på, at der ikke var forhold i forbindelse med den udførte bedøvelse, der kunne begrunde, at der skulle være sket en skade, der kunne medføre et tripelsyn. Der var endvidere ikke ved en efterfølgende CT-skanning påvist skader på hjernen, herunder en skade i form af en blodprop i hjernen. Heller ikke ved en øjenundersøgelse kunne der påvises objektive fund, der kunne forklare patientens gener.

I forbindelse med sagen havde Patientforsikringen indhentet udtalelser fra en speciallæge i øjensygdomme og en speciallæge i anæstesi (bedøvelse), der begge vurderede, at behandlingen var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard (01-1611).

Sagen viser, at selv en meget tæt tidsmæssig sammenhæng mellem behandling og skade ikke udløser erstatning, hvis der ikke kan påvises en medicinsk årsagssammenhæng.

Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. Det var nævnets vurdering, at der var tale om et cerebralt betinget flerdobbeltsyn uden påviselig organisk årsag, og at generne ikke havde årsagssammenhæng med bedøvelsen ved operationen.

2. Ufrivillig barnløs på grund af blindtarmsbetændelse

En 21-årig kvinde blev akut indlagt på sygehuset om natten, idet hun siden dagen forinden havde haft smerter i højre side og symptomer på blindtarmsbetændelse. Der havde været både diaré og opkastninger. Ved indlæggelsen var hendes temperatur 37 grader og maven var blød med direkte ømhed i lyskeområdet, men der var ingen indirekte ømhed eller slipømhed. Man observerede hende natten over og satte hende til at faste med henblik på eventuel operation næste morgen.

Ved operation dagen efter fandt man blindtarmen kraftigt betændt, fortykket og præget af vævsdød. Under udløsningen af blindtarmen gik der hul på denne, og der kom tarmindehold ud i bughulen, hvorfor der blev skyllet med saltvand og givet ekstra antibiotisk behandling.

Fire år efter operationen klagede kvinden til Patientforsikringen over, at hun ikke var i stand til at få børn. Hun mente, at dette var forårsaget af arvæv i underlivet på grund af den perforerede blindtarm.

Patientforsikringen traf afgørelse om, at patientens infertilitet (ufrivillig barnløshed) ikke var en behandlingsskade efter patientforsikringsloven.

Patientforsikringen vurderede, at der var en mulig sammenhæng mellem patientens blindtarmsbetændelse og infertiliteten. Patientforsikringen fandt dog, at det var overvejende sandsynligt, at hvis denne sammenhæng var til stede, så måtte infertiliteten anses som en følge af blindtarmsbetændelsen (grundsygdommen) snarere end en følge efter undersøgelse eller operation.

Patientforsikringen lagde ved denne vurdering særligt vægt på, at forløbet efter operationen var ukompliceret, og det derfor ikke var sandsynligt, at den perforation, der opstod i forbindelse med udløsningen af blindtarmen, havde haft nogen indflydelse på kvindens evne til at få børn.

Patientforsikringen bemærkede samtidig, at behandlingen var i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring var den bedst mulige i den givne situation (02-2386).

Sagen illustrerer, at der ikke ydes erstatning efter patientforsikringsloven for følger af patientens sygdom, hvorved forstås den sygdom, der var årsag til undersøgelse og behandling på sygehuset. Det er en betingelse for erstatning, at patienten i forbindelse med behandlingen med overvejende sandsynlighed er påført en fysisk skade.

3. Fejlagtig behandling med epilepsi medicin i fem år medførte ikke fysisk skade

En 33-årig kvinde blev i 1993 undersøgt på grund af tiltagende gener i form af smerter i nakke og skuldre, rysteanfald, pressen i hovedet samt snurren i fingrene og omkring munden. Efter undersøgelsen ordineredes behandling med medicin mod epilepsi. Efter en måned konstaterede man, at behandlingen havde haft god effekt, idet patientens anfaldstilfælde var aftagende.

Da hyppigheden af anfaldene kort tid efter tog til, fortsatte den medicinske behandling under jævnlig kontrol. I de følgende år var anfaldshyppigheden meget svingende. I samme periode var patienten i behandling for depression.

Den medicinske behandling mod epilepsi fortsatte frem til 1998, hvor hyppigheden af anfaldene endnu engang tog til. Patienten blev henvist til specialistundersøgelse, og på baggrund af de fornyede undersøgelser konstaterede man, at patienten ikke led af epilepsi, men derimod af panikangst. Behandlingen med epilepsimedicin ophørte herefter straks, og i stedet kom patienten i psykiatrisk behandling.

Patientforsikringen vurderede, at patienten fejlagtigt var blevet behandlet med epilepsimedicin i fem år, men at fejlbehandlingen ikke havde påført patienten en fysisk skade. Der forelå alene en forsinket behandling af patientens psykiatriske lidelse, hvilket ikke udgjorde en fysisk skade. Patienten var således ikke berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven (02-0397).

Sagen er et eksempel på, at patientforsikringsloven skelner mellem fysisk og psykisk skade. I henhold til § 1, stk. 1, ydes der kun erstatning for en fysisk skade. Det indebærer, at enhver skade af psykisk karakter, der ikke står i forbindelse med en fysisk skade, falder uden for loven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i foråret 2003 fremsat lovforslag om at udvide patientforsikringsloven til at omfatte psykisk skade.

4. Uønsket graviditet ikke anset for en fysisk skade

En 33-årig kvinde var gravid, men ønskede at få foretaget en abort. På baggrund af en ultralydsundersøgelse vurderede man, at hun var 14 uger og 4 dage henne. Herefter fortalte man hende, at da graviditeten var over grænsen på 12 uger for legal provokeret abort, var hun nødsaget til at opnå

myndighedernes tilladelse til svangerskabsafbrydelsen.

Kvinden følte sig hverken fysisk eller psykisk rustet til at få foretaget en abort til den tid, hvor en eventuel godkendelse fra myndighederne forelå, hvorfor hun valgte at beholde graviditeten.

To måneder senere kom kvinden til svangerskabsundersøgelse og fik foretaget en ny ultralydsundersøgelse.

Undersøgelsen viste, at man ved den tidligere skanning havde fejltolket skanningsresultaterne, idet hun på daværende tidspunkt ikke kunne have været 14 uger og 4 dage henne, men alene små 12 uger henne. Kvinden kunne således have fået foretaget en provokeret abort uden myndighedernes tilladelse.

Patientforsikringen vurderede, at det ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard, at man havde fejlførtolket skanningsresultaterne ved kvindens første henvendelse. Endvidere vurderede Patientforsikringen, at det ikke er en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand at være gravid og få et barn. Da det er en betingelse for at få erstatning efter lov om patientforsikring, at der er indtruffet en fysisk skade som følge af behandlingen, var kvinden ikke berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring (02-1720).

Sagen illustrerer, at det forhold, at man som følge af en fejltolkning af graviditetsstadiet ikke får den ønskede abort, ikke er en skade, som kan anerkendes efter lov om patientforsikring.

5. Ikke erstatning for et mongolbarn

Sagen vedrører et ægtepar, som klagede over, at man havde afvist at foretage fostervandsundersøgelse og/eller moderkagebiopsi under kvindens graviditet. Sygehusets begrundelse herfor var, at kvinden ikke opfyldte alderskriteriet for disse undersøgelser i Sundhedsstyrelsens retningslinier. Efter fødslen blev det konstateret, at barnet havde såkaldt Down's syndrom, dvs. mongolisme. I anmeldelsen til Patientforsikringen rejste forældrene blandt andet krav om godtgørelse for svie og smerte, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste mv. De oplyste i den forbindelse, at såfremt barnets Down's syndrom var blevet diagnosticeret i tide, ville de have valgt barnet fra.

Patientforsikringen fandt, at hverken forældrene eller barnet kunne anses for at være blevet påført fysisk skade som følge af den manglende fostervandsundersøgelse/moderkagebiopsi og den heraf følgende sene diagnosticering af barnets Down's syndrom.

Der blev herved lagt vægt på, at manglende diagnosticering af et fosters handicap ikke betragtes som en skade i pa-

tientforsikringslovens forstand, uanset om en diagnosticering heraf ville have udløst en abort.

Det blev desuden bemærket, at i tilfælde, hvor et barn fødes med handicap, og hvor dette handicap må anses for at være en følge af en given sygehusbehandling, eksempelvis manglende indgriben over for iltmangel i fødselsforløbet, er det barnet, der betragtes som den skadelidte. Dette betyder, at det kun er barnet, der vil kunne tilkendes erstatning efter lov om patientforsikring, hvis betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt. Derimod vil der ikke kunne tilkendes erstatning til forældrene, da disse ikke betragtes som skadelidte, uanset den belastning det har været for dem at få et handicappet barn.

Det blev endvidere bemærket, at barnet ikke kunne anses for at være blevet påført skade i patientforsikringslovens forstand som følge af, at det blev født med handicap i stedet for slet ikke at være blevet født. Der kunne derfor ikke ydes barnet erstatning for dets handicap.

Patientforsikringen afviste således sagen efter PFL § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1 (02-3296).

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

1. Defekt bor var ikke blevet kasseret

En 23-årig kvinde havde i forbindelse med håndboldspil revet højre skulder af led. Trods behandling var der et år senere fortsat problemer med skulderen. Sygehuset fandt derfor grundlag for at foretage en kikkertundersøgelse.

Ved denne undersøgelse fandt man en såkaldt Hill-Sachs læsion og en bruskdefekt. Det fremgår af beskrivelsen i journalen, at det anvendte bor, som altid havde en vis tendens til at fremkalde trevler i forreste labrum (bruskring), denne dag i usædvanlig og uacceptabel grad havde beskadiget bruskringen. Da man undersøgte boret, viste det sig, at det var et bor, der var lidt skævt, hvorfor man ved en tidligere operation havde besluttet, at det skulle kasseres. Dette var imidlertid ikke efterkommet.

Tre måneder efter kikkertoperationen havde patienten fortsat smerter i skulderen. Hun fik derfor foretaget et ledfrigørende indgreb, hvilket forbedrede tilstanden væsentligt.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man ikke havde anvendt et defekt bor, som man

tidligere havde besluttet at kassere. Patientforsikringen vurderede, at anvendelsen af det defekte bor havde forringet operationsresultatet (02-1528).

Skader, der skyldes defekt operationsudstyr, anerkendes normalt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet behandlingspersonalet er uden skyld i, at udstyret er defekt. I dette tilfælde, hvor man havde kendskab til defekten, var det en fejl at anvende udstyret, og derfor blev sagen anerkendt efter specialistreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

2. Dødsfald på grund af ikke-optimal behandling i ambulance

En 85-årig kvinde blev indlagt med kraftige mavesmerter og opkastninger. Der blev anlagt et aflastende kateter til mavesækken (ventrikelsonde), ligesom kvinden fik ilt.

På grund af mistanke om tarmslyng eller galdestensanfald skulle kvinden overflyttes til et andet sygehus, hvorfor der blev bestilt Falck-transport. Sygehuset vurderede, at der ikke var behov for lægeledsagelse i ambulancen.

Da Falck-redderne var ankommet, blev ilten frakoblet og ventrikelsonden afmonteret suget og lukket, og der blev sat en lille plastpose omkring enden af sonden for at undgå overløb af mavesæk-

kens indhold. Falck-redderne fik at vide, at der skulle gives ilt under transporten.

Under transporten i ambulancen blev den gennemsigtige iltslange fra ambulancens iltflowmeter tilsluttet den anlagte ventrikelsonde i den tro, at der var tale om et iltkateter i næsen.

Tilslutningen skete ved, at posen, omkring sonden, blev fjernet, og iltflowmeterets iltslange blev tilpasset sonden ved hjælp af en såkaldt konnektor, som fandtes i ambulancen, men almindeligvis blev anvendt til andre formål.

Kort herefter mistede kvinden bevidstheden og åndedrættet ophørte.

Situationen blev opfattet som hjertestop, og Falckredderne forsøgte forgæves genoplivning.

Ved ankomsten til sygehuset blev kvinden erklæret død som følge af ophobning af ilt i kroppen.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling af en erfaren specialist på det pågældende område havde tilsagt, at man under ambulancetransporten ikke havde forsøgt at behandle med ilt igennem den anlagte ventrikelsonde med plastpose omkring, men derimod havde givet iltbehandling ved anvendelse af et egnet iltbehandlingsprincip.

Patientforsikringen lagde ved afgørelsen vægt på, at ventrikelsondens udseende og påsætning af plastpose afveg fra ethvert kendt iltbehandlingsprincip, som Falck-reddere almindeligvis benyttede sig af.

Der blev ligeledes lagt vægt på, at ambulancens iltflowmeter kun kunne tilsluttes ventrikelsonden ved hjælp af yderligere tilslutning af en såkaldt konektor, hvilket burde have givet mistanke om, at der var ved at ske forkert tilkobling af iltforsyningen.

I henhold til patientforsikringsloven blev boet tilkendt erstatning for de afholdte begravelsesudgifter (01-1510).

Sagen er et meget sjældent eksempel på en behandlingsskade under transport til et sygehus. Skader af denne karakter er omfattet af patientforsikringsloven i henhold til § 6, stk. 4, i bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring, hvoraf fremgår, at skader, forårsaget under transport af patienter til et sygehus, er omfattet af lovens område, hvis transporten foregår med ambulance eller særligt sygekøretøj.

Bestemmelsen i § 6, stk. 4, omfatter ikke ulykkestilfælde i forbindelse med transporten, herunder trafikulykker. Det er en betingelse for dækning efter patientforsikringsloven, at skaden skyldes be-

handling - eventuelt undladt behandling - under transporten.

3. Amputation af højre ben

Efter at have gennemgået adskillige hjerteoperationer i løbet af sin barndom blev en 15-årig dreng indlagt med henblik på at gennemgå endnu en hjerteoperation.

Under operationen opstod der komplikationer, og man valgte derfor at tilkoble en hjerte-lungemaskine ved hjælp af kanyler i patientens højre lyske. Efter et langvarigt operationsforløb fjernede man hjerte-lungemaskinen, hvorefter man konstaterede, at der havde været dårlig blodgennemstrømning i højre ben under operationen, således at muskulturen havde været udsat for iltmangel. Man fandt en forsnævring i lysken i det ene af de kar, hvor hjertelungemaskinen havde været tilkoblet, og korrigerede straks forsnævringen samtidig med, at man frilagde de skadede muskler i benet.

I den følgende periode opstod der tegn på muskelhenfald i benet, og man forsøgte derfor at operere patientens ben, men det var ikke muligt at redde benet.

Patienten fik herefter amputeret højre ben over knæet.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet det ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området ikke at kontrollere cirkulationen i patientens ben under operationen. Ved en sådan kontrol kunne man have afkortet perioden med dårlig cirkulation i benet.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at det ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området at beskadige et kar i lysken i forbindelse med fjernelse af hjerte-lungemaskinen. Patientforsikringen fandt dog ikke, at karskaden havde været den primære årsag til den efterfølgende amputation, men kun medvirkende hertil.

Patienten var således berettiget til erstatning som følge af amputation af højre ben.

Patientforsikringen vurderede, at operationen og tilkoblingen af hjerte-lungemaskinen havde været velindiceret (01-1290).

På tidspunktet for sagens afgørelse dækkede Patientforsikringens interne konsulentnet ikke thorax-kirurgi. Afgørelsen blev derfor truffet på grundlag af to eksterne specialistvurderinger.

4. Akut behandling af rygmarslæsion

En 45-årig mand stødte ind i en bom, mens han cyklede, og blev indlagt på et sygehus. Han havde smerter og følelseløshed i armene, og ved berøring af den nedre del af halsrygsøjle- og lænderygsøjlerregionen udløstes smerter. Røntgenundersøgelse og CT-skanning viste tegn på degenerative forandringer, men ingen tegn på friske brud. Han havde tidligere haft svære smerter i ryggen. Han forblev indlagt til observation for rygmarslæsion.

Lidt senere konstaterede man, at patienten ikke havde ladet vandet spontant. Han viste tegn til medullært tvær-snitssyndrom (akut afbrydelse af rygmarslen medførende tiltagende lammelser) neden for 5. halshvirvel. Han kunne ikke bøje armene, og der var hverken kraft over håndled eller fingrene. Han angav endvidere nedsat føleevne på ydersiden af underarm og hånd. Benene var lammede, og der kunne ikke udløses dybe reflekser.

Sygehuset kontaktede neurokirurgisk afdeling på et større sygehus, som ikke fandt indikation for behandling med binyrebarkhormon, da der var gået mere end otte timer fra ulykken. Man fandt indikation for akut MR-skanning, som viste intramedullær (inde ved rygmarslen) blødning ud for 4. og 5. halsryghvirvel og en del spinalstenose (rygmarslsforsnævring). Efter fornyet kon-

ference med neurokirurgisk afdeling anlagde man stiv halskrave, og patienten blev akut overflyttet til det større sygehus.

På trods af lang tids genoptræning var patienten komplet tetraplegisk (lammelse af arme, ben og lukkemuskelfunktion).

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet den primære behandling af patientens akutte rygmærskade på det første sygehus ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Patientforsikringen lagde vægt på, at optimal behandling havde tilsagt, at patienten senest otte timer efter ulykken var blevet behandlet med store doser binyrebarkhormon.

Behandling med binyrebarkhormon umiddelbart efter rygmærskaden ville med overvejende sandsynlighed have begrænset omfanget af de motoriske skader (01-0492).

I det konkrete tilfælde, hvor der opstod en komplet tetraplegi neden for læsningsniveauet, ville behandling med binyrebarkhormon have givet mulighed for en bedre - men ikke normal - motorisk funktion i arme og hænder, men uændrede lammelser af benene.

5. Mislykket abort

En 27-årig kvinde fik foretaget en provokeret abort i 6. uge + 4 dage. Ved ind-

grebet blev det noteret, at der kun var fjernet sparsomt væv, og ved efterfølgende ultralydsskanning fandt man livmoderen tom uden tegn på foster.

På grund af fortsatte graviditetssymptomer opsøgte kvinden senere egen læge, som konstaterede, at hun på trods af indgrebet var gravid. Kvinden måtte derfor gennemgå en sen abort (uge 17), hvilket medførte en kortere sygdomsperiode på grund af psykiske problemer samt indtægtstab.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man ved ultralydsskanningen, som blev foretaget umiddelbart efter det første indgreb, havde opdaget, at graviditeten ikke var blevet afbrudt som planlagt. Herefter havde optimal behandling tilsagt, at man havde foretaget et fornyet indgreb med fjernelse af fosteret, hvorved kvinden havde undgået efterfølgende at skulle gennemgå et nyt og større abortindgreb (02-1468).

Et abortindgreb har ikke altid den tilsigtede effekt. Det kan imidlertid være vanskeligt at påvise, at indgrebet teknisk set ikke blev udført i overensstemmelse med optimal lægelig standard. Sagen blev derfor heller ikke anerkendt på grund af udførelsen af selve abortindgrebet.

Patientforsikringens anerkendelse var derimod begrundet med, at man ved den

efterfølgende ultralydsskanning overså det foster, der stadig var til stede.

6. Dødsfald som følge af manglende overvågning

En 42-årig kvinde blev indlagt på et hospital med henblik på operation for epilepsi. Som led i behandlingen blev patienten ved indlæggelsen frataget al antiepileptisk medicin, således at man kunne beskrive anfaldstype og EEG-forandringer under anfald. Hun blev herefter anbragt på en videoovervåget stue, hvor personalet havde mulighed for at overvåge stuen på en videoskærm i personalestuen. Den første nat havde patienten voldsomme epileptiske anfald.

Fire dage senere døde patienten på den videoovervågede stue i forbindelse med et natligt anfald. Hun var blevet observeret i overensstemmelse med afdelingens almindelige observationsniveau, idet der ikke var forventninger om særlige problemer, som skulle udløse ordination af fast vagt. Imidlertid blev anfaldet ikke set af personalet, som var i gang med andre opgaver. Hun blev således først ca. 3 timer senere fundet død af personalet.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter § 2, stk. 1, nr. 1, idet man vurderede, at optimal behandling havde tilsagt, at man havde overvåget patienten mere intensivt, idet man tidligere havde observeret voldsomme anfald.

Patientforsikringen vurderede desuden, at man ved en mere intensiv overvågning med overvejende sandsynlighed kunne have forhindret, at patienten afgik ved døden som følge af det natlige anfald (02-0083).

Denne ulykkelige hændelse har efterfølgende fået hospitalet til at skærpe overvågningen af disse patienter.

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

1. Defekt øreimplantat

En 7-årig dreng fik på grund af en tidligere opstået trommehindedefekt indsat et implantat i øresneglen i højre øre. Efter operationen var han velbefindende, og der var ingen problemer. Ved de efterfølgende ambulante kontroller gik det godt med implantatet.

Omkring et halvt år efter indsættelsen af implantatet blev patienten undersøgt af en medarbejder fra implantatfirmaet, der foretog en integritetstest af det indsatte implantat, idet implantatet var holdt op med at virke. Der fandtes at være fejl på implantatet. Der blev herefter foretaget reoperation med udskiftning af elektroder og indsættelse af et nyt implantat.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter § 2, stk. 1, nr. 2, idet der var opstået en defekt på det indsatte implantat, og idet patienten som følge heraf måtte gennemgå en ekstra operation med indsættelse af et nyt implantat (02-1938).

Sagen illustrerer anvendelsen af apparaturreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 2, hvorefter der gives erstatning på objektivt grundlag, dvs. at der ydes erstatning uanset årsagen til apparaturets (i denne sag - implantatets) svigt. Var implantatet derimod defekt som følge af en forkert indsættelse, ville skaden være blevet anerkendt efter specialistreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

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

1. To ligeværdige dialysemetoder

En 28-årig mand havde igennem mange år været i behandling med peritonealdialyse (dialyse igennem bughinden) og fået foretaget gentagne nyretransplantationer på grund af en kronisk nyresygdom.

Efter en nyretransplantation fik patienten mavesmerter og opkastninger, og man tog derfor vævsprøver fra bughulen. Prøverne viste forandringer, som kunne tyde på bindevævsaflejringer i hele bughulen, herunder også på tarmen (skleroserende peritonitis).

Der var ingen reelle behandlingsmuligheder af patientens symptomer, og det blev besluttet, at patienten ikke længere burde indtage peroral (via munden) væske og føde for at give tarmene mest mulig ro. Væskeindtag blev dog senere genoptaget.

Patienten fik herefter anlagt et såkaldt Browiac-kateter med henblik på livsvarig parenteral ernæring (ernæring uden om tarmene).

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 metode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor man havde mulighed for at vælge mellem forskellige behandlingsmåder, der på behandlingstidspunktet fremstod som lige gode. Det er imidlertid en betingelse, at den alternative behandlingsmåde rent faktisk var til rådighed.

Patientforsikringen fandt, at patientens helbredstilstand med overvejende sandsynlighed skyldtes mange års behandling med peritonealdialyse, der havde medført skleroserende peritonitis.

Patientforsikringen fandt ligeledes, at der i stedet for behandling med peritonealdialyse eksisterede et ligeværdigt behandlingsalternativ i form af hæmodialyse (dialyse via en kunstig nyre). Endelig vurderede Patientforsikringen, at hvis patienten i det mangeårige sygeforløb var blevet behandlet med hæmodialyse, ville den aktuelle komplikation i form af skleroserende peritonitis med overvejende sandsynlighed ikke være tilstået (02-0840).

Patientforsikringen fremhævede i afgørelsen, at patienten var blevet behandlet optimalt, da der under den mangeårige behandling med peritonealdialyse ikke var opstået komplikationer, eksempelvis peritonitistilfælde, ud over det forventelige hos dialysepatienter. Afgørelsen skal derfor ikke tolkes som en kritik af den valgte behandling, men alene som udtryk for, at PFL § 2, stk. 1, nr. 3, giver mulighed for at yde erstatning, hvis der foreligger en anden ligeværdig behandlingsmetode.

2. To ligeværdige metoder til behandling af lyskebrok

En 22-årig kvinde blev opereret for lyskebrok i både højre og venstre side. Ved operationen indlagde man implantater (plademeche og kræmmerhuse) løst i begge sider. Hun blev udskrevet dagen efter.

Tre uger senere blev patienten set i organkirurgisk ambulatorium, idet hun siden operationen havde haft arsmarter og nedsat følelse i et håndfladestort område i venstre lyskeregeion. Man fandt, at der var tale om en nervepåvirkning efter operationen.

I højre side var der også gener, men de forsvandt efter en operation.

Patienten klagede over, at man ikke syede implantaterne fast ved den første brokoperation. Derved ville hun have undgået de varige gener i form af manglende følelse i venstre lårmuskel.

Sygehuset oplyste i anmeldelsen, at det var normal procedure på operationstidspunktet at lægge denne type proteser løst ind. Det oplystes også, at man siden hen var begyndt at sy sådanne proteser fast for at undgå, at de vandrede.

Patientforsikringen anerkendte skaden i medfør af PFL § 2, stk. 1, nr. 3.

Patientforsikringen lagde ved sin afgørelse vægt på, at da der var tale om små laterale brok, havde en anden ligeværdig behandlingsmetode været at fjerne broksækken efter at have gennemstukket den ved halsen. Endvidere kunne man have forsnævret brokporten. Hvis man havde anvendt denne metode, ville man formodentlig have undgået de gener i venstre lår, som patienten efterfølgende klagede over (02-2251).

3. Sårdefekt kunne være undgået ved syning

En 33-årig kvinde havde efter to fødsler været generet af en forstørret skamlæbe, som medførte ømhed og fremmedlegemeformnelse, specielt ved cykling og under menstruation samt lette gener under samleje.

Hun gennemgik derfor en operation, hvor man fjernede et stykke af skamlæben. Operationen blev foretaget med el-kniv, og der blev ikke sutureret (syet). Efterfølgende sprang såret op og resektionsfladen skred, hvorefter patienten blev sat i behandling med brusning samt smertestillende medicin og mælkesyrebakterier. Såret helede efterhånden op, men patienten oplevede vedvarende gener. I sin anmeldelse til Patientforsikringen anførte patienten, at man efter hendes opfattelse burde have syet hende efter indgrebet.

Patientforsikringen vurderede, at det ikke var i strid med gældende retningslinier, at man undlod at foretage suturering ved indgrebet, idet resektionsfladen var meget snæver. Patientforsikringen vurderede dog, at suturering efter indgrebet i det konkrete tilfælde måtte betragtes som en alternativ, ligeværdig behandlingsmetode, og at den opståede sårdefekt med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis såret var blevet sutureret.

Patientforsikringen fandt således, at sagen var omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (02-1967).

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

1. Følger efter kemoterapi berettigede ikke til erstatning

En 10-årig dreng blev undersøgt på et sygehus, idet han igennem 11 måneder havde været generet af smerter i højre ben, appetitløshed, opkastninger og træthed. En knogleskintigrafi viste massiv opladning i højre side af bækkenet.

En efterfølgende vævsprøve fra højre hofte viste knoglekræft (osteogent sarkom). Efter at man havde foretaget diverse undersøgelser, der ikke viste tegn på spredning af kræften, blev der indledt behandling med kemoterapi. Under behandlingen opstod der komplikationer i form af kvalme, opkastninger og voldsomme slimhindeproblemer. Der blev anlagt sonde til væske og ernæring.

Efter tre kemokure var der tiltagende opheling samt delvis regression af bløddelskomponenterne og begyndende tumorsvind. Der var herefter indikation for operation med fjernelse af svulsten og stivgøring af hofteleddet.

Der blev efter det operative indgreb givet yderligere tre kemokure. Forløbet efter kurene var kompliceret af en langvarig mave-tarminfektion, smerter svarende til sonden og slimhindeproblemer i mund og hals. En undersøgelse viste desuden et betydeligt høretab medførende behov for at anvende høreapparater.

Der var efterfølgende kun langsom fremgang med hensyn til mave-tarmfunktionen og fortsat perioder med voldsom diarré.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingen var foretaget i overensstemmelse med optimal standard. Spørgsmålet var derfor, om komplikationerne efter behandlingen med kemoterapi kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Ifølge PFL § 2, stk. 1, nr. 4, kan der ydes erstatning, hvis der i forbindelse med undersøgelse, herunder diagnostisk 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.

Denne regel betyder, at der kun kan ydes erstatning for skader som følge af behandlingen, hvis skaden er meget sjælden og meget alvorlig i forhold til patientens grundsygdom.

Patientforsikringen fandt, at selvom de tilstødte varige komplikationer til kemobehandlingen i form af hørenedsættelse på begge ører og mave-/tarmproblemer isoleret set var alvorlige komplikationer, var de efter en sammenligning med alvoren af drengens grundlidelse (kræft) og helbredstilstand i øvrigt ikke mere omfattende, end hvad man som patient måtte tåle i forbindelse med den nødvendige behandling med kemoterapi.

Patientforsikringen lagde ved sin afgørelse vægt på, at drengen led af en alvorlig kræftlidelse, der ubehandlet ville have haft en alvorlig helbreds- og livstruende prognose. Der blev ligeledes lagt vægt på, at det fremgik af de seneste journaloptagelser, at mave-/tarmproblemerne var bedret markant.

Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at de tilstødte komplikationer var velkendte og relativt hyppigt forekommende bivirkninger til behandling med kemoterapi (00-1930).

Sagen viser, at patienter med en sygdom, der ubehandlet har en alvorlig og helbreds- og livstruende prognose, må tåle selv alvorlige

komplikationer ved den nødvendige behandling af grundlidelsen.

2. Blodprop efter arteriekanyle i venstre arm

En 10 dage gammel pige fik i forbindelse med behandling af en medfødt hjertefejl (ductus arterialis) anlagt en arteriekanyle i venstre arm. Dagen efter blev venstre hånd blåsort med manglende blodomløb i fingrene. Man fandt alene mulighed for konservativ behandling.

Senere foretog man en fasciotomi (operativ opsplitning af en eller flere bindevævshinder) på venstre hånd og fingre, men på grund af manglende bedring fik patienten senere amputeret alle fem fingre på venstre hånd ved grundledene.

På baggrund af en speciallægeerklæring vurderede Patientforsikringen, at der efter anlæggelsen af arteriekanylen i venstre arm var sket en blodproppdannelse.

Selvom pigen led af en alvorlig grundsygdom anerkendte Patientforsikringen sagen i henhold til PFL § 2, stk. 1, nr. 4, da den indtrådte komplikation i form af blodproppdannelse, der medførte amputation af alle fem fingre på venstre hånd, var yderst sjælden og alvorlig i forhold til pigens grundsygdom. Patientforsikringen

lagde ved vurderingen heraf bl.a. vægt på, at skaden skete i forbindelse med en sædvanlig og normalt helt ufarlig procedure - anlæggelse af en arteriekanyle i venstre arm (01-2978).

Sagen er et eksempel på, at Patientforsikringen ved vurderingen af en skades alvor også inddrager farligheden af de behandlinger eller procedurer, som medfører skaden.

3. Lammelser efter strålebehandling

En 34-årig kvinde blev på et sygehus sat i strålebehandling på grund af livmoderhalskræft. Svulsten var 8-10 cm bred og i stadium 2b (udbredelsen af kræften - i dette tilfælde udbredelse uden for selve livmoderhalsen). Strålebehandlingen varede 2½ måned.

Ved en undersøgelse knap et år efter afsluttet strålebehandling konstaterede man, at der ikke var recidiv af kræften. Patientten skulle dog fortsætte med kontrolundersøgelser.

Ved en kontrolundersøgelse, året efter, konstaterede man, at patienten havde det alment godt. Hun havde dog i de sidste par måneder haft gener med snurren i begge fødder. Hun var endvidere noget slap i højre ben. I den følgende tid

forværredes generne, idet der opstod nedsat kraft og tydelig påvirkning af gangen. Der kom endvidere føleforstyrrelser i benene, mest udtalt i højre ben.

Ved en neurologisk undersøgelse konstaterede man, at der var lammelser af begge ben, mest i højre ben med op hævede reflekser og ændret føleevne. Der var normal lukkemuskelkraft, men vandladningen var blevet en smule imperiøs (bydende). En MR-skanning af lænderyggen og bækkenet viste normale forhold bortset fra stråleforandret knoglemasse svarende til korsbenet og 5. lændehvirvel, og en neurofysiologisk undersøgelse viste tegn på motorisk neuropati (degenerativ forandring af nerver). Man konkluderede, at generne kunne skyldes både kræftpolyneuropati og følger efter strålebehandlingen.

Patientforsikringen vurderede, at strålebehandlingen på sygehuset havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at patientens nerveskade var en følge af strålebehandlingen, og at skaden var tilstrækkelig alvorlig og sjælden i forhold til grundlidelsen, således at skaden kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Patientforsikringen lagde ved sin afgørelse vægt på, at patientens neuro-

logiske skader, ifølge en indhentet speciallægeerklæring efter al sandsynlighed skyldtes strålebehandlingen. Patientforsikringen lagde videre vægt på, at det af samme erklæring fremgik, at det var overordentligt sjældent at se svære nerveskader, som i det aktuelle tilfælde, ved den anvendte stråleteknik. Patientforsikringen lagde endelig vægt på, at der efter endt strålebehandling ikke var konstateret recidiv af livmoderhalskræften (01-0883).

Nerveskader efter strålebehandling viser sig sædvanligvis inden for et år efter behandlingens afslutning. I dette tilfælde opstod nerveskaden først næsten to år efter endt strålebehandling, hvilket er meget usædvanligt. Der var dog ikke andre nervebeskadigende påvirkninger end strålebehandlingen, som kunne forklare nerveskaden.

Afgørelsen er et eksempel på den afvejning mellem alvorligheden og sjældenheden af skaden set i forhold til patientens sygdom og helbredstilstand, som der skal foretages efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Spørgsmålet om sjældenhed voldte ikke problemer i sagen, da det af speciallægeerklæringen fremgik, at svære nerveskader var overordentligt sjældne ved den anvendte stråleteknik.

I relation til vurderingen af alvorligheden af sygdommen i forhold til behandlings-skaden, fremgik det af statistisk materiale, at

den 5-årige overlevelsesprognose var 60-65% ved en stadium to livmoderhalskræft, som ikke havde spredt sig til lymfeknuderne. Der var således tale om en relativ alvorlig sygdom, og i disse tilfælde gives der, ifølge Patientforsikringens praksis, kun erstatning for meget alvorlige stråleskader, der medfører en betydelig nedsat livskvalitet.

Da stråleskaden i denne sag havde medført et varigt mén på 50% og et erhvervsevnetab på 100%, fandt Patientforsikringen, at skaden og dens følger var tilstrækkeligt alvorlige til anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, selvom patientens sygdom også var alvorlig.

4. Nervepåvirkning i forbindelse med skulderoperation

En 55-årig kvinde, der igennem 20 år havde været i behandling for svær kronisk leddegigt, og som bl.a. havde fået foretaget en knæoperation, stivgøring af håndleddene samt en diskusprolapsoperation, fik indsat en protese i venstre skulder.

Da skulderprotesen ikke fungerede særlig godt, blev patienten reopereret i skulderen efter ca. tre år. I forbindelse med operationen, hvor den gamle skulderprotese skulle bankes ud, opstod der et brud i overarmsknoglen ca. 10 cm nede på skaftet. Man fik dog isat en ny

protese, der fik fat 6 cm nede i den del af skaftet, hvor der ikke var brud.

Patienten bemærkede efterfølgende en stikkende og prikkende fornemmelse i området omkring radialisnerven på venstre arm. Man foretog derfor en neurofysiologisk undersøgelse, som påviste tegn på tryk af radialisnerven.

Patienten klagede til Patientforsikringen over, at hun i forbindelse med reoperationen i venstre skulder var blevet påført smerter i overarmen og hånden samt snurrende fornemmelser i håndens tre første fingre.

Patientforsikringen fandt, at sagen ikke var omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Patientforsikringen vurderede, at den indtrådte komplikation i form af påvirkning af radialisnerven formentlig var opstået som følge af manipulation og brud i overarmsknoglen under reoperationen. Komplikationen fandtes dog hverken tilstrækkelig sjælden til at opfylde lovens krav om sjældenhed eller tilstrækkelig alvorlig set i forhold til patientens grundlidelse.

Patientforsikringen lagde vægt på, at der var tale om en reoperation, hvilket giver en øget risiko for komplikationer.

Endvidere blev der lagt vægt på, at patienten led af en mangeårig, svær kronisk

leddegigt, der i sig selv medførte nedsat styrke i knoglerne, og som dermed gav en øget risiko for komplikationer (02-0003).

Sagen giver et billede af, at Patientforsikringen i relation til PFL § 2, stk. 1, nr. 4, dels lægger vægt på patientens generelle helbredstilstand, dels lægger vægt på, om skaden er opstået i forbindelse med en reoperation. Begge faktorer kan føre til, at der foreligger en forhøjet risiko for komplikationer, således at komplikationerne ikke er tilstrækkeligt sjældne til anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

5. Tarmlækage efter tarmoperation

En 57-årig mand med endetarmskræft fik foretaget en operativ fjernelse af det tarmstykke, der var kræft i. Efter at man havde fjernet tarmstykket, foretog man sammenføring af tarmenderne (tarm-anastomose). På grund af risikoen for at sammensyningen af tarmen skulle briste, valgte man at anlægge en aflastende fremlægning af tyndtarmen til huden (loop-ileostomi). Umiddelbart forløb operationen uden komplikationer og den følgende uges tid var der ikke tegn på anastomoselækage.

Efter en uge fik patienten mavesmerter og blev tiltagende utilpas. Der var dog ikke tegn på, at anastomosen var bristet, idet patienten var blød og uøm i underlivet og således ikke havde tegn på bughinde-

betændelse. Da tilstanden blev værre, foretog man en operation, hvor man fandt, at anastomosen var bristet, og der var opstået svær bughindebetændelse. Man forsøgte at rense bughulen, hvorpå endetarmen blev blindlukket, og tyktarmen blev lagt frem til huden.

På trods af operationen afgik patienten ved døden dagen efter.

Patientforsikringen afviste at yde erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, og § 2, stk. 1, nr. 4. Ved afgørelsen lagde Patientforsikringen vægt på, at anastomose-lækage er en relativt hyppig komplikation ved tarmanastomoser mellem endetarm og tyktarm. Endvidere er det en betydelig del af de patienter, der får anastomoselækage, som dør som følge heraf. Endelig led patienten af en meget alvorlig grundsygdom - fremskreden tarmkræft - der selv velbehandlet var forbundet med en 5-års overlevelse på kun 35%.

Afgørelsen er meget illustrativ for den slags sager, hvor skaden består i en bristning af en tarmanastomose. I disse sager er der meget ofte tale om patienter, der lider af tarmkræft, hvilket er en meget alvorlig sygdom. Samtidig er selve operationen med fjernelse af et stykke tarm og efterfølgende sammenføring af tarmenderne en farlig tilstand, hvortil der findes flere alvorlige komplikationer. Der henvises i øvrigt til afsnit 5.4.

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

1. Bugspytkirtelbetændelse tolket som kræft

En 59-årig mand blev indlagt på grund af blod i afføringen og mavesmerter. Undersøgelser viste, at patienten havde en svær kronisk bugspytkirtelbetændelse med begyndende forsnævring af den dybe galdegang og bugspytkirtlens udførselsgang. Der blev ilagt dræn i bugspytkirtelgangen.

Børstebiopsi fra bugspytkirtelgangen havde påvist ondartede celler, der blev tolket som kræft, og CT-skanning gav mistanke om en 2 cm stor svulst i bugspytkirtlens hoved.

Supplerende undersøgelser viste en 7-8 mm stor svulst på det sted, hvor drænet gik igennem. Man konkluderede efter undersøgelserne, at det drejede sig om en svulst, der kunne opereres, og patienten blev tilbudt Whipple's operation, hvor man fjernede 1/3 mavesæk, tolvfingertarmen, hovedet af bugspytkirtlen samt galdeblæren. Under operationen blev der foretaget ultralydsskanning, som bekræftede, at der sad en 1 cm stor svulst i bugspytkirtlens hoved.

Mikroskopi af det udtagne væv viste imidlertid, at der ikke var tale om kræft, men derimod om bugspytkirtelbetændelse.

Patienten klagede over, at man havde diagnosticeret hans sygdom forkert, og at han havde fået fjernet 1/3 mavesæk, tolvfingertarmen, hovedet af bugspytkirtlen og galdeblæren uden grund.

Patientforsikringen fandt ikke, at sagen kunne anerkendes efter patientforsikringsloven.

Patientforsikringen lagde vægt på, at skade opstået som følge af, at der ikke er blevet stillet den rigtige diagnose af patientens sygdom kun erstattes i to situationer, 1) hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende og 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.

Patientforsikringen fandt, at behandlingen var udført efter bedste specialiststandard, idet de foretagne undersøgelser gav stærk mistanke om, at patienten havde kræft i bugspytkirtlen. Der var ikke andre undersøgelser som kunne af- eller bekræfte mistanken.

Der blev endvidere lagt vægt på, at diagnosen kræft i bugspytkirtlen er overordentlig vanskelig at stille, og at det er god specialiststandard at tilbyde Whipple's operation, når mistanken er så stærk som den var i den konkrete sag (02-1791).

Sagen viser, at der ikke ydes erstatning efter patientforsikringsloven for skader på grund af en forkert diagnose, hvis de diagnostiske undersøgelser er udført i overensstemmelse med optimal lægelig standard, og det først er bagefter, at man kan finde ud af, hvad patienten fejlede.

2. Diagnosen muskelsvækkelse stillet på forkert grundlag

Efter en længere periode med muskelsmerter, generel træthed og mathed samt nedsat fysisk formåen blev en 46-årig kvinde indlagt med henblik på at gennemgå forskellige undersøgelser.

Da undersøgelserne var færdige, stillede man diagnosen muskelsvækkelse (myastheni), hvorefter patienten påbegyndte medicinsk behandling.

Tilstanden forbedredes stort set ikke, og to år senere opstod der mistanke om, at patienten ikke led af muskelsvækkelse, hvorfor hun blev indlagt på ny med henblik på revurdering af diagnosen. Samtidig påbegyndtes udtrapning af den medicinske behandling.

Efter en forbedring af tilstanden bekræftede en neurofysiologisk undersøgelse, at der ikke havde været tale om muskelsvækkelse.

Patientforsikringen vurderede, at patienten ikke var blevet behandlet i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området og anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1.

Der blev herved lagt vægt på, at man havde stillet diagnosen muskelsvækkelse på et for spinkelt grundlag, idet man havde lagt uforholdsmæssig stor vægt på usikre observationer og kliniske skøn, som blev tolket til fordel for diagnosen. Negative udfald af specifikke prøver blev endvidere misfortolket eller havde ikke haft indflydelse på den kliniske beslutningsproces.

Patienten blev tillige behandlet med en relativ aggressiv form for behandling, som medførte en ikke ubetydelig risiko for bivirkninger. En sådan form for behandling forudsætter en sikker diagnose.

Patientforsikringen fandt endelig, at fraværet af en forventelig positiv behandlingseffekt burde have medført revision af diagnosen på et tidligere tidspunkt (00-2656).

3. Patienten udeblev fra kontrolundersøgelse

En 19-årig mand pådrog sig i forbindelse med sit arbejde et traume mod venstre hånd, hvorfor han henvendte sig på skadestuen. På skadestuen foretog man en røntgenundersøgelse, hvor man konstaterede en fissur (et ikke gennemgående brud) i bådbenet i venstre håndled. Patienten havde meget lidt ømhed i hånden og fik anlagt en gipsskinne.

Ved en røntgenkonference på sygehuset den følgende dag fik man alligevel mistanke om et brud i bådbenet i venstre håndled. Patienten blev derfor indkaldt til en ny røntgenundersøgelse af håndleddet ca. 14 dage senere. Patienten blev oplyst om, at man atter ville gennemgå de nye røntgenoptagelser ved en røntgenkonference, og at patienten ville blive kontaktet, såfremt man konstaterede, at der var tale om et operationskrævende brud.

Patienten blev efter røntgenkonferencen indkaldt til ny ambulant kontrol. Patienten udeblev imidlertid fra denne kontrol.

Ca. 5½ år senere var patienten udsat for et nyt traume mod venstre hånd. Patienten kom på skadestuen, hvor man konstaterede pseudoartrose (falsk leddannelse) på det sted, hvor der tidligere havde kunnet ses en fissur i venstre håndled.

Patienten klagede til Patientforsikringen over, at man ved det første traume ikke konstaterede, at der var et brud i venstre håndled.

Patientforsikringen fandt, at sagen ikke var omfattet af PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, idet behandlingen af det første traume på sygehuset var udført i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring var det bedst mulige i den givne situation.

Patientforsikringen fandt, at sygehuset primært stillede den korrekte diagnose, men at man efterfølgende ikke var sikker på, om der var tale om et egentligt brud. Man fandt derfor indikation for at indkalde patienten til en ny kontrol, fra hvilken patienten imidlertid udeblev.

Patientforsikringen vurderede herefter, at det forhold, at patienten i årene efter udviklede pseudoartrose i bådbenet på venstre hånd ikke kunne tilskrives behandlingen på sygehuset, men måtte tilskrives, at patienten rent faktisk udeblev fra den planlagte kontrol (01-1234).

Sagen er interessant, fordi det er patienten selv, der er årsagen til, at han har de gener i hånden, som han klager til Patientforsikringen over. Hvis han havde mødt frem til den planlagte kontrol, havde sygehuset haft mulighed for at behandle skaden.

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

1. Patient overfaldet af medpatient på psykiatrisk afdeling

En 65-årig mand, der var indlagt på en lukket psykiatrisk afdeling, blev pludselig overfaldet af en medpatient, som troede, at den 65-årige var med i den argentinske mafia.

Medpatienten væltede den 65-årige, sparkede ham og hakkede en snes gange efter hans øjne med en skalpel, hvilket medførte skader i området omkring øjnene.

Da overfaldsmanden var særdeles voldelig, var det ikke muligt for plejepersonalet at stoppe ham, hvorfor overfaldet først blev bragt til ophør ved politiets ankomst. Den skadelidte patient blev herefter straks transporteret til øjenafdelingen, hvor han blev opereret.

I forbindelse med politiets efterforskning blev det oplyst, at overfaldsmanden den pågældende dag havde været anspændt, og at han på et tidspunkt havde været tvangsmedicineret. Han havde desuden ikke været glad for at dele stue med den 65-årige patient, som han ikke var tryk ved. Personalet havde diskuteret muligheden for at flytte den 65-årige, men havde ikke nået at gennemføre flytningen.

Patientforsikringen fandt ikke grundlag for at pålægge sygehuset erstatningsansvar for overfaldet, idet ulykken efter Patientforsikringens opfattelse ikke skyldtes fejl eller forsømmelse fra sygehusets side.

Patientforsikringen lagde vægt på, at der var tale om et uforudseeligt og helt usædvanligt voldeligt overfald begået af en medpatient, som aldrig tidligere havde været indlagt på grund af en psykiatrisk lidelse, ligesom den pågældende medpatient ikke var fremkommet med trusler eller lignende forud for overfaldet, som kunne have advaret om det forestående overfald (00-2329).

2. Patient tabt på gulvet i forbindelse med operation

En 62-årig kvinde blev indlagt på sygehus med henblik på en stivgørende operation i venstre fod. I forbindelse med flytning af patienten efter operationen fra operationslejet til sengen blev hun tabt på gulvet. Hun slog herved blandt andet baghovedet og højre hofte.

Patienten klagede efterfølgende over ømhed af rygsøjlen og baghovedet. Patienten klagede endvidere over synsproblemer, nakkesmerter og vandladningsgener efter faldulykken.

Patientforsikringen anerkendte skaden efter PFL § 3, stk. 2, idet ulykken efter Patientforsikringens vurdering kunne henføres til en sådan fejl fra sygehusets side, at der i den konkrete situation var grundlag for at pålægge sygehuset erstatningsansvar efter almindelige erstatningsretlige regler.

Patientforsikringen lagde herved vægt på, at man fra sygehusets side ved flytningen af patienten efter operationen burde have sikret sig, at hjulene på sengen var låst, ligesom man burde have sikret sig, at der stod personale på begge sider af sengen, hvorved ulykken med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at det af redegørelsen fra sygehuset fremgik, at personalet stod på samme side af sengen ved flytningen af patienten, hvilket var imod vanlig praksis (01-0159).

Patientforsikringen fandt, at patientens skade var opstået ved et ulykkestilfælde, og at sagen derfor skulle afgøres ud fra en culpavurdering, jf. PFL § 3, stk. 2. Da sygehuset selv oplyste, at flytningen af patienten ikke havde været i overensstemmelse med vanlig praksis, var det uproblematisk at fastslå, at der var begået fejl fra sygehusets side.

3. Defekt elevator

En 67-årig mand kom til skade i forbindelse med, at han trådte ind i en elevator på et offentligt sygehus. Der var en niveauforskel på 40-50 cm, hvilket bevirkede, at patienten faldt ind i elevatoren, idet han ikke havde været opmærksom på niveauforskellen. På grund af faldet skete der en forværring af patientens smerter i lænderyggen.

Det var over for Patientforsikringen oplyst, at der, få dage forud for faldulykken, var blevet foretaget service på den pågældende elevator, hvilket i øvrigt fandt sted en gang om måneden.

Patientforsikringen anerkendte skaden efter § 3, stk. 2, i lov om patientforsikring. Patientforsikringen lagde på baggrund af retspraksis vægt på, at der ifølge domspraksis gælder et særligt skærpet culpaansvar i sager vedrørende fejl eller svigt af elevatorer. Patientforsikringen fandt det således ikke bevist, at ulykken ikke kunne have været undgået ved en mere hensigtsmæssig konstruktion og indretning af elevatoren og dens sikkerhedssystem (01-2041).

Sagen belyser, at der gælder et særligt skærpet ansvar i sager vedrørende fejl eller svigt af elevatorer.

3.3.8. PFL § 19 (forældelse)

1. Manglende kendskab til skadesårsagen suspenderede forældelsesfristen

En 79-årig mand havde slidgigt og fik derfor indsat en kunstig hofte i venstre side. Manden havde dog fortsat gener fra hofte, og to måneder efter operationen orienterede sygehuset ham om, at der var kommet infektion i hoften. Man forsøgte i første omgang at behandle infektionen medicinsk, men senere måtte man udskifte den inficerede protese i håb om, at man dermed bedre kunne bekæmpe infektionen. Dette lykkedes imidlertid ikke.

I de følgende år fik patienten yderligere to gange udskiftet hofteprotesen på grund af infektion uden at nogen fortalte ham, hvad der var baggrunden herfor, endsige at det var muligt at søge om erstatning. Til sidst måtte man fjerne hofteprotesen, og man opgav at indsætte en ny. Patienten endte dermed med en såkaldt girdlestonestatus, dvs. uden hofteben eller protese. Hovedsageligt som følge heraf var manden derefter kørestolsbruger.

Sagen blev anmeldt til Patientforsikringen mere end 5 år efter, at sygehuset havde orienteret patienten om, at der var kommet infektion i hoften.

Efter PFL § 19, stk. 1, skal en skade anmeldes til Patientforsikringen senest 5 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Skaden skete ved infektionen, der opstod efter den første hofteoperation. Patienten blev orienteret om infektionen to måneder senere. Begge disse tidspunkter lå mere end 5 år forud for sagens anmeldelse til Patientforsikringen.

Patientforsikringen fandt alligevel, at sagen ikke var anmeldt for sent. Patientforsikringen lagde vægt på, at manden nok var blevet orienteret om infektionen, men ikke om årsagen til infektionen, og om de omstændigheder, der bevirkede, at der kunne være grundlag for erstatning i henhold til patientforsikringsloven. Manden kunne på den baggrund ikke selv forventes at vide, at infektionen var blevet påført ham ved operationen. Sagen blev derfor realitetsbehandlet og infektionen og dens alvorlige følger anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (02-0606).

Den 5-årige forældelsesfrist løber fra det tidspunkt, hvor den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden. Det er i den forbindelse ikke tilstrækkeligt, at patienten kan konstatere, at der er indtrådt komplikationer til behandlingen, men patienten skal også have kendskab til de omstændigheder, der bevirker, at der er grundlag for at søge om erstatning - i nærværende sag at infektionen skyldes behandlingen og ikke forhold hos vedkommende selv. Patientforsikringen lægger i den forbindelse vægt på, at de informationer, personalet giver patienten, er rimeligt klare, og at patienten er i stand til at forstå informationerne.

4. Erstatningsberegning

4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler (1984-loven)

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 patient-skaden 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 ménen som følge af patientskaden, udgør mindst 5%. Ménen fastsættes i procent, og godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2002 3.545 kr. pr. méngrad. Méngraden fastsættes ud fra helbreds-tilstanden på afgørelsestidspunktet, dog tidligst på det tidspunkt, hvor tilstanden ud fra en lægelig vurdering er medicinsk stationær. Godtgørelsen udbetales som et engangsbeløb. Der er fastsat regler om nedsættelse af mén godtgørelsen, og såfremt patienten på skadetidspunktet 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 8½% 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 mén godtgørelsen. Ved eksempelvis en méngrad på 50% udgør erhvervsevnetaberstatningen 200% af mén godtgørelsen.

I henhold til erstatningsansvarsloven 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 erstatningsansvarsloven 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 rimelige faste rammer for udmåling af erstatning for personskaade. 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 fortolkningstvivel.

4.2. Eksempler på erstatningsberegning

(Patientforsikringen har i 2002 kun truffet ganske få afgørelser efter den nye erstatningsansvarslov, og nedenstående afgørelser er derfor medmindre andet er markeret truffet efter 1984-loven).

4.2.1. Helbredelsesudgifter og andet tab (EAL § 1)

1. Udgifter til naturmedicin samt iris- og zoneterapi afvist

En 24-årig kvinde der havde adskillige cyster på æggestokkene (polycystisk ovariesyndrom), fik cysterne brændt (el-koaguleret) væk ved en åben operation. Efterfølgende fik hun en blodansamling

samt infektion i det opererede område i underlivet. Komplikationerne medførte, at patientens fertilitet blev varigt nedsat, og Patientforsikringen fandt, at denne skade var tilstrækkelig sjælden og alvorlig til at være omfattet af § 2, stk. 1, nr. 4, i lov om patientforsikring.

Flere år efter operationen havde patienten udgifter til behandling hos en naturmediciner, som behandlede hende med iris- og zoneterapi samt med vitaminer og mineraler. Patientforsikringen afviste at erstatte hendes udgifter i forbindelse med behandlingerne, dels fordi udgifterne var afholdt lang tid efter det primære behandlingsforløb, dels fordi der ikke var tale om lægeordineret behandling (01-1277).

Enkeltstående og uforudsete udgifter til patientens helbredelse, der afholdes længe efter, at patientskaden har antaget varig karakter, erstattes ikke, men må anses for kompenseret ved en eventuel godtgørelse for varigt mén.

Det er endvidere Patientforsikringens praksis alene at erstatte patientens udgifter til behandlinger, der udføres af en autoriseret medicinalperson, og som har en generel og veldokumenteret effekt på symptomer som patientens. Af Arbejdsskadestyrelsens pjecce: "Vejledning om betaling for sygebehandling, optræning og hjælpemidler ved arbejdsskader, 2. udgave, juli 2000", fremgår

det, at Arbejdsskadestyrelsen ud fra tilsvarende betragtninger afviser at yde erstatning for afholdte udgifter til iris- og zoneterapi samt til naturmedicin, idet der ikke findes lægelig dokumentation for, at sådanne behandlingsformer har en varig helbredende effekt.

2. Udgifter til hjælpemidler, videofilm og pasning i hjemmet

En 39-årig kvinde påbegyndte som følge af en vægtstigning behandling med slankemidlet Letigen. Behandlingen sluttede efter et år, idet der da var indtrådt et passende vægttab.

Fem måneder senere blev patienten indlagt akut med venstresidig hovedpine, manglende orientering samt hængende højre mundvig. Under indlæggelsen var hun udsat for krampetilfælde og blev efterfølgende lam i højre side af kroppen, samtidig med at hun delvist mistede synet.

Man foretog forskellige undersøgelser og konstaterede, at patienten led af cerebral vaskulitis (betændelse i hjernens karvægge).

Efterfølgende gennemgik patienten et langvarigt genoptræningsforløb.

Patientforsikringen vurderede, at patientens hjerneskade med overvejende sandsynlighed var en følge af behandlingen med Letigen og fandt, at skaden oversteg, hvad patienten med rimelighed burde acceptere. På baggrund heraf fandt Patientforsikringen, at patienten var berettiget til erstatning i medfør af § 6 i lov om erstatning for lægemiddelskader.

Patienten krævede herefter erstatning for udgifter afholdt til træningsudstyr og forskellige hjælpemidler samt for transportudgifter afholdt i forbindelse med anskaffelsen af disse. Herudover krævede patienten erstatning for udgifter til indkøb af videofilm og for udgifter til pasning og pleje i hjemmet.

Patienten havde som følge af skaden anskaffet træningsudstyr i form af en brynjehandske til køkkentræning samt hjælpemidler i form af nye ure, en telefon med store taster, en simpel fjernbetjening, materiale til genindlæring af tal og bogstaver samt computerbaserede genoptræningsprogrammer.

Patientforsikringen afviste at erstatte såvel de afholdte udgifter som de transportudgifter, patienten havde haft i forbindelse med anskaffelserne. Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at udgifterne alle havde karakter af hjælpemidler, der havde til formål at reducere følgerne af patientskaden, og at udgifterne efter praksis derfor måtte anses for indeholdt i méngodtgørelsen.

Patienten krævede endvidere erstatning for udgifter til indkøb af 111 videofilm, idet hun som følge af skaden hverken kunne læse eller udføre manuelt hobbyarbejde. Det eneste hun således kunne beskæftige sig med i sin fritid var at se TV og film med dansk tale.

Patientforsikringen afviste at yde erstatning for udgifterne til indkøb af videofilm, idet der var tale om anskaffelse af forbrugsgoder, og idet bestemmelsen i EAL § 1, ikke tager sigte på at erstatte udgifter til anskaffelse af forbrugsgoder.

Endelig krævede patienten erstatning for udgifter til pasning i hjemmet. Patientens kommune havde vurderet, at pasningen kunne varetages af en faglært social- og sundhedshjælper og havde derfor bevilliget et beløb, der svarede til mindstelønnen for en faglært social- og sundhedshjælper. Patientens ønskede imidlertid pasningen varetaget af en psykolog, som skulle have en højere løn. På baggrund heraf krævede patienten erstatning for de supplerende lønudgifter, som havde været afholdt i forbindelse med pasningen.

Patientforsikringen afviste med støtte i kommunens vurdering at yde erstatning for de supplerende lønudgifter, da udgiftsafholdelsen ikke ansås for nødvendig for at opfylde behovet for pasning (01-2509).

Bestemmelsen i EAL § 1 tager som udgangspunkt sigte på at erstatte de udgifter, der er forbundet med patientens helbredelse, herunder udgifter til medicin og behandling. Imidlertid kan patienten også som et "andet tab" få dækket andre udgifter, der står i direkte forbindelse med patientskaden. Patienten har dog ved afholdelse af sådanne udgifter en pligt til at begrænse skadevolders tab og kun afholde udgifter, der må anses for nødvendige.

Afgørelsen afspejler det relativt begrænsede anvendelsesområde bestemmelsen i EAL § 1 har fået i doms- og forsikringspraksis, når det kommer til erstatning af andre udgifter, end dem der står i direkte forbindelse med patientens helbredelse.

3. Ikke erstatning til et hjerneskadet barn for udgifter afholdt til svømning og ridning

En barn blev under fødslen påført en hjerneskade (cerebral parese), der medførte lammelse af venstre arm samt tegn på lettere lammelser i venstre ben. Skaden blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, da behandlingen ikke havde levet op til den bedste specialiststandard.

Patientens forældre fremsatte blandt andet krav om dækning af udgifter til patientens svømning og ridning. Af et brev fra sygehuset fremgik det, at pa-

tienten blev anbefalet at dyrke ridning og svømning med henblik på at vedligeholde og eventuelt forbedre armens motoriske funktion.

Patientforsikringen fandt, at der ikke kunne ydes erstatning for disse udgifter, uanset, at der forelå et brev fra sygehuset om, at disse aktiviteter kunne anbefales. Patientforsikringen fandt, at svømning og ridning, om end det naturligvis ikke kunne afvises, at disse aktiviteter kunne have en gavnlig og vedligeholdende effekt på patienten, ikke havde karakter af egentlige helbredende foranstaltninger.

Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at de udgifter til genoptræning, der ifølge gældende retspraksis kan erstattes efter EAL § 1, som udgangspunkt er begrænsede til anerkendte behandlinger, der forestås af en autoriseret sundhedsperson, mens ridning og svømning, der ikke varetages af en fysioterapeut, i den sammenhæng må betragtes som alternative behandlingstilbud, der falder uden for bestemmelsens dækningsområde (98-1899).

Patientforsikringens afgørelse blev påklaget til Patientskadeankenævnet. Patientens advokat fandt ikke, at retspraksis kunne hindre, at der blev ydet erstatning for udgifter til ridning og svømning. Advokaten anførte, at der var et konkret behov for træning, og at der ikke var tale om fritids-

aktiviteter, men om tvungen genoptræning, som patienten var nødt til at deltage i for at bevare sit hidtidige funktionsniveau samt eventuelt at forbedre dette.

Patientskadeankenævnet stadfæstede Patientforsikringens afgørelse.

4. Kapitalisering af fremtidige helbredelsesudgifter

En 88-årig mand fik i forbindelse med indsættelse af en kunstig hofte infektion i operationssåret. Til trods for at såret helede rimeligt op, ville infektionen dog ikke gå helt i ro, og patienten var derfor henvist til livslang antibiotisk behandling.

Da patienten således havde et varigt behov for antibiotisk behandling, erstatte Patientforsikringen udgiften krone for krone frem til stationærtidspunktet, hvorefter patientens årlige egenudgift på kr. 1.850 blev kapitaliseret med faktor 10. Den beregnede erstatning på kr. 18.500 blev herefter reduceret med 40%, idet patienten var fyldt 88 år på skadestidspunktet (02-1110).

Uanset at skaden var indtrådt før 1. juli 2002, og derfor skulle reguleres efter den tidligere erstatningsansvarslov, blev den kapitaliserede erstatning for patientens varige medicinudgifter i overensstemmelse med Patientforsikringens praksis beregnet efter en analogi til den nugældende EAL § 1a.

Patientforsikringens praksis på området er nærmere uddybet under "Generelle problemstillinger" i denne årsberetning.

4.2.2. Tabt arbejdsfortjeneste (EAL § 2)

1. Tabt arbejdsfortjeneste og erstatning for tab af erhvervsevne til en selvstændig erhvervsdrivende, der var 68 år på skadestidspunktet.

En 68-årig mand faldt i september 1998 og brækkede højre håndled. Bruddet blev sat på plads på hospitalet, men skred efterfølgende, hvilket hospitalet først opdagede med nogen forsinkelse. Behandlingsforløbet blev betydeligt forlænget som følge af den forsinkede behandling.

Patientforsikringen vurderede, at hospitalet på et tidligere tidspunkt skulle have grebet ind over for skreddet i bruddet. Derved havde man undgået en del af det lange behandlingsforløb og samtidig opnået et bedre slutresultat. Patientens samlede varige mén blev fastsat til 10%, hvoraf følgerne af denne forsinkede behandling blev fastsat til 5%.

Efter endt behandling genoptog patienten, der var landmand, arbejdet på sit landbrug på nedsat kraft, frem til oktober 2001, hvor gården blev solgt. Patienten var på dette tidspunkt fyldt 70 år.

Efter en konkret vurdering besluttede Patientforsikringen at yde erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for tiden frem til gården blev solgt, mens der ikke blev ydet erstatning for tab af erhvervsevne (00-1919).

Til grund for aldersreduktionsreglen i den tidligere EAL § 9 ligger en forventning om, at man normalt forlader arbejdsmarkedet, når man fylder 67 år. Derfor er man som udgangspunkt ikke berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne, hvis man på skadestidspunktet var 67 år eller ældre. Denne hovedregel kan dog fraviges, hvis det må antages, at skadelidte uden skaden faktisk ville have været erhvervsaktiv efter det fyldte 67. år.

Formålet med reglerne om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab er at kompensere skadelidte for de økonomiske skadesfølger. I den konkrete sag, hvor arbejdet var genoptaget delvist, fandt Patientforsikringen, at patientens tab bedst kunne kompenseres ved at erstatte nedgangen i driftsoverskuddet, frem til gården blev solgt, idet dette tab var kendt på afgørelsestidspunktet.

Til gengæld blev der ikke givet nogen erstatning for tab af erhvervsevne. Manden var fyldt 70 år, da gården blev solgt, og han havde endvidere andre fysiske gener end følgerne af den forsinkede behandling, der efter Patientforsikringens vurdering i sig selv ville have afholdt ham fra at fortsætte driften af gården efter det fyldte 70 år.

4.2.3. Varigt mén (EAL § 4)

1. Patienten tilkendt yderligere mén, uagtet at han tidligere var tilkendt 100% mén efter arbejdsskadeloven

En 56-årig mand, der igennem mange år havde været stomibærer, blev på grund af tiltagende gener fra den blindlukkede endetarmsstump opereret i september 2001 med fjernelse af endetarmsstumpen.

Forud for operationen lå en sygehistorie, som startede helt tilbage i 1983, hvor patienten blev udsat for en voldsom motor-savsskade. Følgerne af denne var bl.a. amputation af en stor del af højre ben, amputation af venstre ben i hofteleddet samt omfattende bløddelsskader, bl.a. skader på den øverste del af endetarmen, hvorfor tyktarmen blev lagt frem til en stomi.

I forbindelse med den operative fjernelse af endetarmsstumpen opstod der en skade på patientens urinveje, som nødvendiggjorde anlæggelse af en Brickerblære (tildannelse af en kunstig blære af et stykke tarm). Patientforsikringen anerkendte den opståede skade.

Patientforsikringen opfordrede i forbindelse med sagens anerkendelse patienten til at søge arbejdsskadesagen fra 1983 genoptaget, idet den operative fjernelse af endetarmsstumpen havde relation til

den gamle arbejdsskadesag. Patientforsikringen blev efterfølgende gjort opmærksom på, at patienten var blevet tilkendt både en méngrad og et erhvervsevnetab på 100% i arbejdsskadesagen og henset hertil samt til den lange tid, der var hengået siden arbejdsskadesagens afslutning, blev det fundet formålsløst at søge sagen genoptaget.

Patientforsikringen vurderede herefter at behandlingsskaden måtte anses for en selvstændig skade, og at merménen derfor skulle dækkes af patientforsikringsloven.

Patientforsikringen fastsatte herefter patientens varige mén som følge af behandlingsskaden til en méngrad på 50%. Der blev ved fastsættelsen af méngraden lagt vægt på, at behandlingsskaden havde medført anlæggelse af Bricker blære samt en række andre gener, herunder forringet fødeoptagelse, tendens til opkastning og diarre, impotens samt dårlig komfort, da patienten ikke længere kunne sidde ordentligt i sin kørestol (02-0423).

Ved fastsættelsen af méngraden tages der udgangspunkt i Arbejdsskadestyrelsens méntabel. Ved omfattende skader, der rammer flere legemsdele, vil en normal sammenlægning af tabellens mén kunne medføre et resultat, der overstiger 100%. Når der i disse situationer alene er tale om følger efter en og samme skadevoldende begivenhed, fastsættes skaderne til en méngrad på 100%.

Af lov om sikring mod følger af arbejdsskade § 59 følger, at loven går forud for anden erstatningslovgivning. Er årsagen til den primære tilskadekomst en arbejdsskade, dækker Arbejdsskadestyrelsen derfor også eventuelle patientskader, der måtte opstå i forbindelse med den tilskadekomnes behandling for arbejdsskaden.

Da Arbejdsskadestyrelsen på tidspunktet for patientskadens indtræden allerede havde tilkendt 100% mén, og da der var gået næsten 18 år mellem den primære arbejdsskade og den behandling, der udløste patientskaden, vurderede Patientforsikringen, at skaden på patientens urinveje var en følge af en ny skadevoldende begivenhed, der derfor kunne udløse en yderligere méngrad på 50%. Der blev udover den tidsmæssige faktor lagt vægt på, at de opståede skader var nyttilkomne, og at de derfor ikke var indgået i Arbejdsskadestyrelsens oprindelige afgørelsesgrundlag.

Patientforsikringen fandt dog ikke, at der kunne tilkendes yderligere erstatning for tab af erhvervsevne, da patienten tidligere fra Arbejdsskadestyrelsen havde fået erstatning svarende til fuldstændig tab af erhvervsevnen til dækning af alle fremtidige økonomiske tab.

4.2.4. Erhvervsevnetab (EAL § 5-7)

1. Fastsættelse af årsløn til en deltidsansat

En 49-årig kvinde blev opereret for slidgigt i venstre knæ. Ved operationen foretog man gennemsækning af skinnebenet, fjernede et kileformet stykke knogle (valganiserende osteotomi) og indsatte kramper. Efter indgrebet konstaterede man, at patienten havde udviklet en dropfod. Patientforsikringen anerkendte dropfoden med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Da operationen ikke havde effekt på patientens knæsmærter, blev hun efterfølgende opereret med indsættelse af et kunstigt knæled. Da patienten havde tilsvarende gener fra det andet knæ, blev hun ligeledes opskrevet til foretagelse af proteseoperation i dette knæ.

Patienten havde i flere år forud for operationen været beskæftiget som ufraglært omsorgsmedhjælper med en ugentlig arbejdstid på 32 timer. På tidspunktet for operationen havde hun været sygemeldt fra sit arbejde i fem måneder som følge af slidgigtgenerne fra knæet. Patienten fratrådte stillingen efter operationen.

Patientforsikringen afviste, at patienten var blevet påført et erhvervsevnetab som følge af dropfoden, idet den væsentligste

årsag til hendes arbejdsophør var de tiltagende gigtgener fra begge knæ, der tvang hende til at ophøre med enhver form for knæbelastende arbejde.

Afgørelsen blev anket til Patientskadeankenævnet, der ændrede afgørelsen og fastsatte patientens erhvervsevnetab som følge af dropfoden til 15%. Sagen blev herefter hjemvist til Patientforsikringen til fastsættelse af årslønnen.

Årslønnen blev beregnet på baggrund af patientens arbejdstid på 32 timer ugentligt, idet Patientforsikringen fandt, at den nedsatte arbejdstid var udtryk for patientens reelle indtjeningsevne. Ved vurderingen blev der lagt vægt på, at patienten siden 1997 havde arbejdet 32 timer om ugen, at hun var beskæftiget som ufraglært i et knæbelastende job, og at hendes slidgigt var tiltagende. Det fremgik af sagen, at patienten i flere år havde haft dårlige knæ, og at hun forud for operationen i 2000 havde fået foretaget kikkertoperationer i 1995, 1997 og 1999 (00-0168).

Er patienten deltidsbeskæftiget, skal årslønnen fastsættes efter den faktiske indtægt, medmindre skadelidte kan godtgøre, at der var aktuelle og gennemførlige planer om at gå op i tid. I denne sag havde patienten ikke aktuelle planer om at gå op i tid, og det var Patientforsikringens vurdering, at sådanne planer heller ikke ville have været gennem-

førlige, idet patienten i forvejen havde tiltagende svært ved at klare det knæbelastende arbejde på 32 timer. Da der således ikke var udsigt til, at patienten ville og kunne have påtaget sig arbejde på fuld tid, blev årslønnen beregnet på baggrund af den nedsatte arbejdstid på 32 timer ugentligt.

2. Erhvervsevnetabserstatning til en selvstændig erhvervsdrivende

En 52-årig mand blev fundet berettiget til godtgørelse og erstatning, da han var blevet påført en infektion i forbindelse med indsættelse af en hofteprotese. Infektionen gjorde det nødvendigt at fjerne den indsatte protese, og patienten blev i længere tid behandlet med antibiotika. Efter endt behandling blev det fra lægelig side vurderet, at ethvert forsøg på at indsætte en ny hofteprotese ville være forbundet med en så stor risiko for genopblussen af infektionen, at dette ikke skulle forsøges. Patienten blev herefter afsluttet og endte med at måtte klare sig uden hofteled (Girdlestonestatus).

Som følge af det manglende hofteled fik patienten betydelig nedsat gangfunktion og kunne kun bevæge sig ved hjælp af to krykkestokke.

Patientforsikringen fastsatte patientens samlede méngrad til 35%, heraf blev 25% vurderet til at være en følge af den ind-

trådte infektion. Patienten blev endvidere tilkendt en skønsmæssig fastsat godtgørelse for svie og smerte på kr. 35.000.

Patienten havde på skadestidspunktet været selvstændig ostehandler gennem et par år med et relativt lille driftoverskud. Han var uddannet guldsmed, men havde i de sidste 15 år forud for opstarten af den selvstændige virksomhed arbejdet som lærer, beskæftigelseskonsulent og kursusleder på en revalideringsvirksomhed. Som følge af patientskaden måtte han opgive sin ostehandel og påbegyndte i stedet en uddannelse til voksenunderviser.

Patientforsikringen vurderede, at patientens erhvervsevne var nedsat med 65% som følge af skaden. Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at patienten ikke længere kunne arbejde som ostehandler, og at han derfor havde været nødsaget til at afhænde ostebutikken. Der blev endvidere lagt vægt på, at skaden besværliggjorde beskæftigelse inden for hans tidligere ansættelsesområder, og at han selv som voksenunderviser med overvejende sandsynlighed ville være så generet af smerter og den nedsatte gangfunktion, at hans fremtidige muligheder for indtægts-erhvervelse ved erhvervsarbejde var væsentligt forringet.

I året forud for skaden havde patienten i sin virksomhed haft et driftsoverskud på

kr. 31.000. Året før, der var mandens første år som selvstændig, havde han haft underskud. Patientforsikringen fastsatte skønsmæssigt årslønnen på skadestidspunktet til kr. 50.000 under henvisning til, at virksomheden var relativt nystartet på skadestidspunktet, og at værdien af hans arbejdskraft således reelt var noget højere end driftsoverskuddet i året forud for skaden, men at det på baggrund af regnskaberne ikke var sandsynligt, at virksomheden ville have givet noget betydeligt overskud, selv om skaden ikke var sket.

Patienten blev tilkendt kr. 195.000 i erstatning for tab af erhvervsevne. Afgørelsen blev anket til Patientskadeankenævnet, der tiltrådte afgørelsen (01-0207).

4.2.5. Begravelsesudgifter (EAL § 12)

1. Begravelsesudgifter reduceret og tabt arbejdsfortjeneste til de efterladte afvist

En 12-årig pige blev indlagt på et sygehus, efter at hun ca. en time tidligere havde fået en bom fra et sejlskib i hovedet. Hun havde ikke været bevidstløs og havde hverken haft opkastninger, kvalme eller synsforstyrrelser. Patienten havde dog haft næseblod. Hun klagede over træthed og hovedpine, hvor bommen havde ramt hende. Der var ingen klager over kraftnedsættelser eller føleforstyrrelser.

Patienten fik konstateret to buler i panden på 2 x 3 cm og en dybde på max 1 mm. Man mistænkte dog ikke brud på kraniet. Der blev fundet indikation for røntgenundersøgelse af patientens halsrygsøjle men ikke for CT-skanning af hovedet, og patienten blev derefter indlagt på børneafdelingen til observation for følger efter hjernerystelse.

I løbet af dagen havde patienten flere opkastninger. Ellers var hun vågen og orienteret.

Efter et par dages observation konstaterede man, at der var en klar bedring i patientens tilstand. Man fandt hende upåvirket, og da hun svarede godt for sig, blev hun udskrevet.

Efter udskrivelsen havde patienten gulligbrunt flåd fra næsen, når hun bøjede sig fremover. En privatpraktiserende øre/næse/halslæge vurderede imidlertid, at flåddet ikke havde nogen betydning.

Ca. 1½ måned efter udskrivelsen blev pigen indlagt på sygehuset igen under diagnosen meningitis. Hun var pludselig blevet syg med voldsom hovedpine og opkastninger natten igennem. Hun var ved indlæggelsen ukontaktbar og nakkestiv. Prøver fra patientens rygmarvsvæske viste vækst af pneumokokker. CT-skan-

ning af hjernen viste svær iskæmi (manglende blodforsyning) og blodproppdannelse i hjernens kar. Patienten blev tiltagende dårlig og afgik kort efter ved døden.

Patientforsikringen vurderede, at optimal behandling havde tilsagt, at patienten allerede ved den første undersøgelse efter ulykken havde fået foretaget en CT-skanning af hovedet, at hun var blevet sat i forebyggende antibiotikabehandling med penicillin, og at forældrene var informeret om, at der ved vedvarende næseflod skulle undersøges for åbent brud til næsehulen med henblik på operativ lukning heraf.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at patientens dødsfald kunne henføres til den ikke optimale behandling, idet hendes død var forårsaget af, at næsehulens bakterier via et brud i kraniet havde spredt sig til hjernen (02-0153).

Efter den tidligere EAL § 12 skulle den, som var erstatningsansvarlig for en andens død, betale erstatning for rimelige begravelsesudgifter og erstatning til den som ved dødsfaldet havde mistet en forsørger.

Der var i sagen blandt andet fremsat krav om erstatning af ca. kr. 130.000 til dækning af begravelsesudgifter. Udgifterne vedrørte primært indretningen af gravstedet og vedligeholdelsen af dette. Der forelå dokumentation for samtlige udgifter.

I teori og praksis antages det, at de samlede udgifter til begravelsen - uanset om de enkeltvis alle er rimelige og dokumenterede - ikke må overstige et vist samlet "rimeligt" beløb, svarende til det gennemsnitlige udgiftsniveau for begravelser i Danmark. Det maksimale beløb som kan erstattes er ifølge praksis 25-30.000 kr., medmindre der foreligger særlige omstændigheder.

Efter retspraksis er der alene givet højere erstatning for begravelsesudgifter i forbindelse med begravelser i udlandet. Hertil kommer, at udgiften til vedligeholdelse af gravstedet, der i den konkrete sag udgjorde næsten halvdelen af det krævede beløb, ifølge retspraksis ikke anses for en begravelsesudgift, som kan erstattes efter EAL § 12.

Patientforsikringen fandt herefter alene grundlag for at erstatte kr. 30.000 til begravelsesudgifter.

Der var endvidere fremsat krav om erstatning for moderens tabte arbejdsfortjeneste som følge af sygefravær efter datterens død.

Patientforsikringen vurderede, at der ikke var hjemmel i erstatningsansvarsloven til at yde erstatning for moderens tabte arbejdsfortjeneste. Patientforsikringen lagde her ved vægt på, at der efter PFL § 1, stk. 1, alene kan ydes erstatning til patienten og dennes efterladte udmålt efter reglerne i erstatningsansvarsloven. Efter almindelige erstatningsretlige regler er det kun den di-

rekte skadelidtes (datterens) tabte arbejdsfortjeneste der kan erstattes. Det indkomsttab moderen havde lidt, fordi hun efter datterens død ikke havde været i stand til at passe sit arbejde, kunne derfor ikke erstattes. Afgørelsen har støtte i Højesteretsdommen U2002.2407H.

Patientforsikringen har i helt særlige situationer delvist kompenseret forældres tabte arbejdsfortjeneste som en helbredelsesudgift for barnet efter EAL § 1, i de situationer hvor forældre har taget fri fra arbejde for at passe et sygt barn. I den aktuelle sag var moderens indkomsttab imidlertid begrundet i fravær som følge af datterens død og kunne derfor ikke betragtes som en helbredelsesudgift for datteren.

4.2.6. Forsørgertabserstatning til ægtefæller (EAL §13)

1. Forsørgertabserstatning - skadestidspunkt og aldersreduktion

En 65-årig kvinde blev i august 1998 opereret for mavebrok (ventralhernie) og udviklede efterfølgende infektion og fisteldannelse, som blev behandlet igen længere tid.

Som følge af komplikationerne måtte man i september 2000 fjerne en del af patientens tyktarm og anlægge en loop-ileostomi (sammensyning af to tynd-

tarmslynger), men efterfølgende blev patienten tiltagende dårlig, og man konstaterede, at tarmsammensyningen var utæt, og at patientens tarmindehold var sivet ud i bughulen. Der blev konstateret yderligere perforationer af tarmen, patientens tilstand blev yderligere forværret, og hun afgik ved døden i oktober 2000.

Patientforsikringen anerkendte det komplicerede forløb med døden til følge efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet der fandtes at være årsagsforbindelse mellem det komplicerede forløb efter operationen i august 1998 og dødsfaldet i oktober 2000.

På operationstidspunktet var patienten 65 år, og hun var på dødstidspunktet 67 år. Hun modtog såvel på operationstidspunktet som på dødstidspunktet pension, hvorfor forsørgertabserstatningen måtte fastsættes på baggrund af den lovregerede minimumsforsørgertabserstatning.

Det måtte på baggrund af retspraksis og teori (U 1991.960 H med kommentarer af Højesteretsdommer Peter Blok i U 1992 B 409ff.) lægges til grund, at skadedatoen i en situation som den aktuelle måtte forstås som operationsdatoen i august 1998, hvorfor minimumsforsørgertabserstatningen i 1998 skulle anvendes ved beregningen af forsørgertabserstatningen.

Da det endvidere fremgår af EAL § 13, stk. 2, jf. EAL § 9, stk. 1, at man ved aldersreduktion af forsørgertabserstatningen tager udgangspunkt i skadelidtes alder på skadestidspunktet, som i dette tilfælde var operationstidspunktet og ikke dødstidspunktet, skulle aldersreduktionen foretages på baggrund af en alder på 65 år. Forsørgertabserstatningen blev derfor kun reduceret med 85% og ikke med 100%, hvad der havde været tilfældet, hvis det var alderen på dødstidspunktet der skulle lægges til grund ved beregningen (01-1035).

Den i U 1991.960 H (og kommentaren i U 1992 B. s. 409 ff.) anlagte fortolkning af skadestidspunktet i relation til aldersreduktion ved dødsfald medførte i det konkrete tilfælde, at der skulle ydes forsørgertabserstatning for perioden mellem operationstidspunktet og dødstidspunktet, selvom patienten i denne periode fortsat var i live og med sin pension bidrog til familiens forsørgelse. De efterladtes tab opstod først på dødstidspunktet, hvor skadelidtes pension faldt bort og ikke på skadestidspunktet.

Der sker efter ændringerne af erstatningsansvarsloven ikke længere fuld reduktion af forsørgertabserstatningen, når skadelidte er fyldt 67 år, men derimod reduktion til 30% af fuld forsørgertabserstatning, når skadelidte er ældre end 69 år. Til gengæld indtræder aldersreduktionen allerede, når

skadelidte er fyldt 30 år på skadestidspunktet, hvorfor ovennævnte problemstilling fortsat vil bestå også efter den nye erstatningsansvarslov.

4.2.7. Forsørgertabserstatning til børn (EAL §14)

1. Uddannelsesbidrag afvist til en 20-årig datter med betydelig egenindtægt

En 48-årig kvinde blev på et sygehus lagt i fuld bedøvelse med henblik på udskrabning (abrasio). I forbindelse med bedøvelsen fik patienten spasmer i struben, hjertestop og afgiv herefter ved døden. Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, da man vurderede, at skaden kunne være undgået, såfremt man havde foretaget udskrabningen i enten lokalbedøvelse eller uden anvendelse af bedøvelse.

Afdødes ægtefælle blev herefter tilkendt forsørgertabserstatning og erstatning for begravelsesudgifter efter EAL § 12 og § 13.

Der var i sagen endvidere fremsat krav om forsørgertabserstatning til afdødes datter.

På skadestidspunktet var afdødes datter 20 år gammel. Hun var efter det oplyste på skadestidspunktet indskrevet på en højskole, og det blev lagt til grund, at dat-

teren var under uddannelse. Af datterens årsopgørelser fra året før skaden fremgik, at hun havde en personlig indkomst på kr. 58.504 og i skadeåret en personlig indkomst på kr. 74.386. Afdødes indtægt et år før skaden var kr. 292.539.

Det fremgår af § 14 i erstatningsansvarsloven, at 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 (BL), hvis afdøde havde været bidragspligtig. Var afdøde eneforsørger, forhøjes erstatningen med 100%.

Bidraget fastsættes efter BL § 14, stk. 1, under hensyn til barnets tarv og forældrenes økonomiske kår, herunder deres erhvervsevne. Efter BL § 14, stk. 2, ophører bidragspligten ved barnets fyldte 18. år, men efter BL § 14, stk. 3, kan bidrag til undervisning eller uddannelse dog pålægges indtil barnets fyldte 24. år.

Ifølge praksis fastsættes der ikke uddannelsesbidrag, hvis den unge har en egenindtægt, der antages at sætte den unge i stand til at forsørge sig selv. Således fastsættes der ikke uddannelsesbidrag, hvis den unges egenindtægt klart overstiger tre gange normalbidrag (i skadeåret udgjorde normalbidraget kr. 706 pr. måned).

Afdødes datter havde en egenindtægt i året før skaden og i skadeåret svarende til henholdsvis kr. 4.875 og kr. 6.199 pr. måned. Afdøde ville således efter administrativ praksis ikke være blevet pålagt uddannelsesbidrag på skadestidspunktet på grund af datterens egenindtægt.

Patientforsikringen fandt på den baggrund ikke, at der kunne tilkendes forsørgertabserstatning til afdødes datter (99-0701).

Ved vurderingen af om der kan tilkendes forsørgertabserstatning til afdødes børn efter EAL § 14, vil der, når barnet er fyldt 18 år, blive lagt afgørende vægt på størrelsen af barnets eventuelle egenindtægt.

Afgørelsen er tiltrådt af Patientskadeankenævnet.

4.2.8. Øvrige eksempler

1. Afvisning under kr. 10.000 efter 2001-loven

En 77-årig kvinde, som havde haft høreapparat i mange år, fik i september 2002 foretaget en høremåling (audiometriundersøgelse) med luft- og benledning. Der blev efter sædvanlige retningslinier foretaget stimulering på 120 dB. Efterfølgende oplevede patienten en ændret

hørelse med dæmpet lydopfattelse og en metallisk forvrængning af sin egen stemme. Der kunne dog ikke konstateres noget yderligere høretab som følge af lydbelastningen. Ved de efterfølgende ambulante kontroller var der ikke nogen egentlig bedring af patientens gener.

Patientforsikringen fandt, at sagen principielt kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet patientens grundsygdom var meget beskeden, hvorfor hendes gener i form af generende tinnitus i begge ører var tilstrækkelige sjældne og alvorlige til anerkendelse.

Patientforsikringen fandt imidlertid ikke, at den samlede erstatning oversteg patientforsikringslovens minimumsgrænse på kr. 10.000, og patienten var derfor ikke berettiget til erstatning. Patienten havde ikke afholdt ekstra udgifter som følge af skaden, og idet hun var folkepensionist og ikke udnyttede sin arbejdsevne til indtægtsgivende arbejde, var hun hverken berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste eller erhvervsevnetab.

Patientens gener i form af tinnitus på begge ører berettigede endvidere ikke til godtgørelse for varigt mén, idet der i henhold til Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel ikke kan fastsættes et varigt mén for tinnitus, hvis der ikke samtidig er opstået en sikker og påviselig varig hørenedsættelse.

For så vidt angik godtgørelse for svie og smerte fandt Patientforsikringen, at denne skulle fastsættes frem til tilstanden kunne anses for varig, idet der ikke kunne fastsættes en godtgørelse for varigt mén. Den samlede godtgørelse for svie og smerte udgjorde herefter kr. 1.620 (02-1110).

Efter den nugældende erstatningsansvarslov fastsættes der ikke et egentligt stationærtidspunkt, hvorfor de midlertidige godtgørelses- og erstatningsposter udmåles frem til, at der kan fastsættes godtgørelse for varigt mén og/eller erstatning for erhvervsevnetab. I den aktuelle sag fandtes der ikke at være opstået et varigt mén som følge af skaden, hvorfor der alene kunne fastsættes godtgørelse for svie og smerte frem til helbredstilstanden fandtes at være af varig karakter.

Hændelsen fik efterfølgende det skadevoldende sygehus til at ændre retningslinierne for undersøgelsen, idet der nu maksimalt må stimuleres med 110 dB ved høreundersøgelser.

5. Generelle problemstillinger

5.1. Hvad forstår man ved "tidspunktet for skadens indtræden" ved patientskader

Den 1. juli 2002 trådte lov nr. 463 af 7. juni 2001 om ændring af lov om erstatningsansvar mv. i kraft, jf. lovens § 4, stk. 1, og loven finder ifølge § 4, stk. 2, "anvendelse på erstatningsansvar for skader, der indtræder efter lovens ikrafttræden".

For en lang række tilskadekomne patienter vil det være helt afgørende for deres erstatnings størrelse, hvad man nærmere skal forstå ved ordene "der indtræder efter lovens ikrafttræden".

Tidspunktet for skadens indtræden eller skadestidspunktet er ikke noget nyt begreb i erstatningsansvarsloven, men efter de ændringer, der trådte i kraft den 1. juni 2002, har begrebet primært betydning for ikrafttrædelsesbestemmelsen.

Lang de fleste personskader i Danmark indtræder i forbindelse med ulykker, typisk trafikulykker, hvor man straks kan konstatere, om der er sket en personskade, selv om man måske ikke kan konstatere omfanget heraf straks. Det antages derfor i teori og praksis, at tidspunktet for skadens indtræden er "ulykestidspunktet". Hvis symptomerne først viser sig efter nogen (længere) tids forløb, må det afgørende tidspunkt i almindelighed være, når de første sikre symptomer på skaden viser sig", se Jens Møller

og Michael S. Visbys kommenterede erstatningsansvarslov, 6. udgave side 344-346 og side 592-595.

I relation til patientforsikringsloven er problemstillingen, at mange skader i forbindelse med sygehusbehandling sker på en måde, som næppe kan karakteriseres som ulykkestilfælde.

Som eksempler herpå kan nævnes:

- Skader som følge af brug af lægemidler, hvor skaden først manifesterer sig efter kortere eller længere tids brug af lægemidlet.
- Skader i forbindelse med indsættelse af implantater, f.eks. hofteproteser eller kunstige hjerteklapper, hvor protesen først løsner sig efter flere års brug.
- Infektioner, hvor skaden først manifesterer sig kortere eller længere tid efter, at infektionen er påført.
- Diagnoseskader, hvor følgerne af den fejlagtige diagnosticering først manifesterer sig kortere eller længere tid efter den forkerte diagnose.

Patientforsikringen må således forvente, i flere år efter lovens ikrafttræden, at modtage skadeanmeldelser for skader, der er forårsaget før lovens ikrafttrædelsestidspunkt, men som først manifesterer sig efter dette tidspunkt.

At begrebet "skadestidspunktet" kan give anledning til tvivl i Patientforsikringens sager fremgår af en dom, som er gengivet i FED 2001.1434 Ø, hvor Østre Landsret, ved en forsinket diagnosticering af kræft, satte skadestidspunktet til tidspunktet for den forkerte diagnose i 1992 (forårsagelsestidspunktet), selvom sikre tegn på sygdommen først viste sig tre år senere ved årsskiftet 1995/96. Afgørelsen er kommenteret af professor, dr. jur. Bo von Eyben i Patientforsikringens jubilæumsskrift fra 2002, side 42-44, hvor det bl.a. hedder: "Landsrettens kriterium "skadestidspunktet" er for så vidt rigtigt, men retten valgte blot et forkert tidspunkt, idet det valgte tidspunkt var det, hvor skaden blev forårsaget, hvilket er noget andet end det tidspunkt, hvor skaden er indtrådt. Tidspunktet for skadens indtræden er i disse tilfælde det tidspunkt, hvor de første symptomer på sygdommen begynder at vise sig."

Som følge af at begrebet "tidspunktet for skadens indtræden" har helt afgørende betydning for størrelsen af skadelidtes erstatning har Patientforsikringen forelagt spørgsmålet om forståelsen af dette begreb for Justitsministeriet, som bl.a. har tilkendegivet følgende:

"Det er i den juridiske litteratur antaget, at tidspunktet for skadens indtræden i almindelighed må forstås som ulykkestidspunktet, når der er tale om en pludseligt indtrædende begivenhed. I tilfæl-

de, hvor skaden ikke skyldes en sådan pludselig begivenhed, f.eks. ved erhvervs sygdomme, er det antaget, at det afgørende tidspunkt formentlig i almindelighed må være, når de første sikre symptomer på skaden viser sig.

Efter Justitsministeriets opfattelse må det således bero på en konkret vurdering af den enkelte skade og dennes karakter, hvornår skaden må anses for indtrådt."

Bo von Eyben har på spørgsmål herom tilkendegivet over for Patientforsikringen: Vedrørende spørgsmålet om betydningen af tidspunktet for en skades "indtræden" er det utvivlsomt rigtigt, at det ikke er det samme som tidspunktet for forårsagelsen af skaden, idet skaden først er indtrådt, når en eller flere følger af den begynder at manifestere sig.....".

Det er Patientforsikringens opfattelse, at det egentlig er mindre hensigtsmæssigt at sige, at skadestidspunktet er "ulykkestidspunktet", når en lang række personskader indtræder på en måde, som ikke kan karakteriseres som ulykker. Det afgørende ved ulykkestilfælde er, at man straks - i forbindelse med ulykken - kan konstatere, at der er sket en personska- de, selvom man ikke kan overskue alle skadefølger. Det var også tilfældet i den Højesterets dom (U 1991.960 H), som har dannet grundlag for opfattelsen af, at skadestidspunktet er lig med ulykkestidspunktet.

På baggrund af foranstående har Patientforsikringen anlagt følgende praksis i relation til fastsættelse af skadestidspunktet.

- Alle patientskader, som indtræder pludseligt f.eks. nerveoverskæringer, tarm-læsioner, infektioner i umiddelbar tilknytning til operationer, kemovæske, der flyder uden for blodåren, har karakter af ulykkestilfælde, og skadestidspunktet falder sammen med dette. Det samme gælder naturligvis egentlige ulykkestilfælde, f.eks. hvor patienter falder ud af sengen eller falder på glatte gulve etc. og kommer til skade.
- Lægemedelskader, skader som følge af fejl ved proteser og implantater mv. og infektioner, hvor skaden udvikler sig gradvist eller først indtræder længere tid efter, at den er forårsaget, har ikke karakter af ulykkestilfælde, og man må sætte skadestidspunktet til det tidspunkt, hvor skaden første gang manifesterer sig tydeligt.

Det er klart, at det kan give anledning til tvivl, hvornår en skade kan siges at have manifesteret sig tydeligt, men det må bero på en lægelig vurdering i det enkelte tilfælde.

Skader, som følge af en fejlagtig diagnosticering, er karakteriseret ved, at den forkerte diagnose ikke i sig selv forvolder

skade, men det er de handlinger eller undladelser, som foretages i tillid til den forkerte diagnose, som forvolder skaden.

- Fejldiagnosen fører til en forkert behandling, f.eks. diagnosticeres en diskusprolaps på et forkert niveau. To måneder efter foretages operationen på det forkerte niveau og forvolder skade. Her er det naturligvis operationstidspunktet, der er skadestidspunktet og ikke tidspunktet for fejldiagnosticeringen.
- Fejldiagnosen fører til, at man undlader at foretage relevant behandling, hvorved der sker skade. I så tilfælde regnes skadestidspunktet for det tidspunkt, hvor sikre tegn på skaden viser sig første gang.

Ved skader, der anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, er det erstatningsbegrundende forhold, at "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".

I nogle tilfælde indtræder den alvorlige og sjældne skade umiddelbar i tilknytning til en operation eller anden behandling, og det vil i så fald være "skadestidspunktet".

I andre tilfælde er skadens alvor og sjældenhed et resultat af et langvarigt behandlingsforløb med mange komplikationer. Selvom det erstatningsbegrundende forhold først foreligger, når kravene til skadens alvor og sjældenhed er opfyldt, har Patientforsikringen fundet det mest i overensstemmelse med domspraksis at sætte skadestidspunktet til det tidspunkt, hvor de første sikre tegn på, at der er sket skade, manifesterer sig.

5.2. Patientforsikringslovens bevisregel om "overvejende sandsynlighed" på baggrund af Højesterets dom af 2. maj 2002, UFR 2002.1690 H

Højesteret har med ovennævnte dom truffet en afgørelse, som har givet anledning til tvivl om, hvorvidt Højesteret helt eller delvis har tilsidesat patientforsikringslovens almindelige bevisregel om "overvejende sandsynlig årsagssammenhæng" i tilfælde, hvor ansvarsgrundlaget bygger på, at den erfarne specialist ville have handlet anderledes.

Dommen kan således have vidtgående betydning for Patientforsikringens administration af specialistreglen, hvorfor en vurdering og en stillingtagen til Højesteretsdommen er en nødvendighed.

a. Patientforsikringslovens bevisregel om "overvejende sandsynlighed"

Det fremgår af PFL § 2, stk. 1, at erstatning ydes, hvis skaden "med overvejende sandsynlighed" er forvoldt på en af de fire måder, der er opregnet i § 2, stk. 1, nr. 1-4.

Reglen angiver de krav, der skal stilles til beviset for årsagssammenhæng mellem skaden og den pågældende undersøgelse eller behandling. Reglen er således en bevisregel, der bestemmer, hvem af parterne - forsikringsselskabet/sygehuset eller patienten - det skal gå ud over, at der ikke tilvejebringes vished for, om der er årsagsforbindelse mellem behandling mv. og den indtrådte skade. Formålet med reglen er at fastslå, at en sådan tvivl skal komme patienten til gode i videre udstrækning, end den gør efter almindelige erstatningsretlige regler.

Bevisreglen er udførligt kommenteret i bemærkningerne til forslag til lov om patientforsikring FT1990/1991, spalte 3286, hvor det bl.a. hedder:

"Der foreligger herefter en patientskade, hvis det efter en undersøgelse af sagens konkrete omstændigheder, herunder blandt andet den tidsmæssige sammenhæng mellem behandlingen og den indtrufne skade, fremstår som mere sandsynligt, at den er forårsaget af erstatningsbegrundende helbredelsesforan-

staltninger, end at den er forårsaget på anden måde, herunder ved komplikationer i forbindelse med grundsygdommens forløb, som har udviklet sig uafhængigt af behandlingen. I princippet er selv en minimal sandsynligheds-overvægt tilstrækkelig. Hvis intet sikkert om skadesårsagen kan fastslås, må den relative sandsynlighed af de mulige skadesårsager vurderes og afvejes over for hinanden. Må det herefter antages, at det er lige så sandsynligt, at skaden kan have udviklet sig uafhængigt af behandlingen, eller kan intet siges om den relative sandsynlighed af de mulige skadesårsager, foreligger der ikke en (erstatningsberettigende) patientskade".

Det siges videre: "Det er imidlertid sjældent muligt at træffe afgørelsen i tvivlsomme tilfælde alene på grundlag af generelle statistiske erfaringer. Formuleringen udelukker ikke, at der i sådanne tilfælde kan inddrages andre momenter i vurderingen, hvor dette findes rimeligt. Hvis det f.eks. konstateres, at der klart er begået fejl ved behandlingen af patienten, som kan have forårsaget den konkrete skade, kan det være rimeligt at lade en eventuel tvivl om den faktiske årsagssammenhæng komme patienten til gode".

Endelig fremgår det af bemærkningerne til lovforslaget FT 1990/1991 spalte 3275, at "For så vidt angår bevisbyrdereglerne

er disse efter lovforslaget lettet for patienten i to henseender. Dels påhviler der ikke direkte patienten nogen bevisbyrde i den forstand, at det er patienten, der skal tilvejebringe bevis for, at skaden er forårsaget ved et af de i lovens § 2 nævnte forhold, som opfylder de materielle dækningskriterier. Patientforsikringsforeningen varetager - efter anmeldelse af skaden - oplysningen af sagen (§ 13), og på grundlag heraf vurderer foreningen, om erstatningsbetingelserne er opfyldt i den enkelte tilfælde. Dels skal der kun foreligge en overvejende sandsynlig sammenhæng (§ 2) mellem behandling og erstatningsgivende skade, for at erstatning kan ydes".

Lovgiver har således med patientforsikringsloven gennemført klare lempelser i de sædvanlige bevisregler for årsagssammenhæng, og lovgiver har i lovbe-mærkningerne klart beskrevet, hvorledes bevisreglen om "overvejende sandsynlighed" skal forstås, og hvordan beviskravene yderligere kan lempes, hvis ansvarsgrundlaget bygger på, at der foreligger en klar fejl.

b. Højesterets dom af 2. maj 2002 og vurderinger af denne

Sagen omhandlede en person, som blev indbragt på en skadestue på grund af ildebefindende og opkastninger. Man

fandt på baggrund af en undersøgelse, at patienten havde tegn på et maveonde, hvorfor denne blev sendt hjem igen.

Patienten blev to dage senere indlagt på hospitalet på foranledning af egen læge med tegn på blodprop i hjernen (apopleksi). Man iværksatte derpå behandling med acetylsalicylsyre (antitrombocytbehandling). Efter endt behandling måtte det konstateres, at patienten havde blivende gener efter blodproppen, og patienten måtte senere afhænde sin virksomhed og gå på pension.

Patientforsikringen fandt, at en erfaren specialist på baggrund af patientens symptomer på skadestuen ville have fået mistanke om begyndende apopleksi, og at optimal behandling havde tilsagt, at patienten var blevet indlagt til observation, hvorved man ville have bemærket en senere forværring af tilstanden og på et tidligere tidspunkt kunne have iværksat relevant behandling. Patientforsikringen fandt derfor, at ansvarsgrundlaget i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, var opfyldt. Endvidere fandt Patientforsikringen ved en senere afgørelse, at det ansvarsbegrundende forhold - med overvejende sandsynlighed - var årsag til en vis forringelse af det endelige resultatet efter patientens behandling, hvorfor patienten skønsmæssigt var berettiget til et varigt mén på 10% (det samlede mén var noget større). Man fandt derimod ikke, at det ansvars-

bærende forhold havde medført et midlertidigt indtægtstab (tabt arbejdsfortjeneste) eller et varigt indtægtstab (tab af erhvervsevne), idet patientens grundlidelse (apopleksi) i sig selv ville have medført så alvorlige varige mén, at patienten allerede af den årsag ikke ville kunne have genoptaget sit arbejde.

Patientskadeankenævnet tiltrådte siden denne afgørelse.

I forbindelse med sagens behandling for retten forelagde man sagen for Retslægerådet, som blandt andet oplyste, at der langt fra var enighed om værdien af at iværksætte antikoagulations- eller antitrombocytbehandling ved akut apopleksi eller apopleksi under udvikling ("stroke-in-progression"). Retslægerådet oplyste, at der ikke fandtes nogen større kontrollerede kliniske undersøgelser, som kunne give svar på, om en sådan behandling ville have en positiv virkning. Af samme årsag oplystes det, at det derfor heller ikke er alle neurologiske afdelinger, som anvender disse behandlingsformer ved apopleksi.

Retslægerådet udtalte endvidere, at det var muligt, men ikke overvejende sandsynligt, at patientens symptomer på længere sigt var bedret noget, såfremt man tidligere havde påbegyndt antikoagulations- eller antitrombocytbehandling.

Østre Landsrets flertal fandt, at det var en fejl, at patienten ikke blev indlagt til observation allerede ved den første undersøgelse, men man fandt det ikke overvejende sandsynligt, at patienten som følge af fejlen, havde lidt et indkomststab eller et erhvervsevnetab på mindst 15%.

Østre Landsrets mindretal fandt, at den fejlagtige behandling, i form af manglende indlæggelse til observation, måtte karakteriseres som en klar fejl, og med henvisning til ovennævnte lempelse af bevisbyrden ved klare fejl fandtes sygehuset at være erstatningsansvarlig i overensstemmelse med påstanden, idet det i henhold til Retslægerådets udtalelse ikke kunne udelukkes, at merskaden kunne have indebåret en mernedsættelse af erhvervsevnen på 15%.

Højesteret ændrede landsrettens dom, idet man med hensyn til spørgsmålet om årsagssammenhæng udtalte følgende:

"Med hensyn til årsagsforbindelsen i relation til merskaden som følge af den forsinkede behandling, går Retslægerådet i sin erklæring af 3. februar 2000 - under henvisning til, at der ikke findes større kontrollerede kliniske undersøgelser vedrørende effekten af blodfortyndende behandling - ikke videre end til at udtrykke, at det er "muligt", men ikke "overvejende sandsynligt", at P's symp-

tomer på længere sigt var bedret noget, såfremt blodfortyndende behandling var blevet iværksat på et tidligere tidspunkt. Uanset denne erklæring finder Højesteret - på linie med Patientforsikringen, men i modsætning til Patientskadeankenævnet, - at der foreligger en situation omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1, dvs. at det i patientforsikringslovens forstand er overvejende sandsynligt, at den skade, der er overgået P, i et vist omfang ville været undgået, hvis han var blevet undergivet den nævnet optimale behandling. Højesteret lægger herved vægt på, at det modsatte resultat - at der ikke foreligger en af § 2, stk. 1, nr. 1, omfattet situation - ville være ensbetydende med, at en patient, der undergives en fejlagtig sygehusbehandling, ville blive dårligere stillet i henseende til vurderingen af årsagssammenhæng mellem fejl og skade end tilfældet var før patientforsikringslovens indførelse, jf. bl.a. Højeretsdommene U 1965.680, U 1967.828, U 1968.452, U 1993.908, U 1996.215 og U 1997.1628. En sådan forringelse af patienters retsstilling i henseende til spørgsmålet om årsagssammenhæng, ville ikke være forenelig med, hvad der i forarbejderne til patientforsikringsloven er anført som et væsentligt formål, jf. Folketingstidende 1990, 2. samling, tillæg A, spalte 3270, 3275f og 3285f."

Højesteretsdommens præmisser er på flere punkter uklare, idet det ikke fremgår

- hvorvidt bevislettelsen vedrørende årsagssammenhæng er betinget af, at der foreligger en klar fejl (culpa) og
- om det er Højesterets opfattelse, at der i den konkrete sag foreligger en klar fejl.

Dette giver naturligvis basis for gisninger om, hvad Højesteret egentlig har ment med afgørelsen.

Dommen er udførligt gennemgået af professor, dr.jur. Bo von Eyben i Patientforsikringens jubilæumsskrift "De første 10 år", side 22-29 (findes på Patientforsikringens hjemmeside), hvor det hedder:

"Sammenfattende kan det således siges, at dommen enten bygger på en misforståelse af forholdet mellem culpareglen og reglen i § 2, stk. 1, nr. 1, (specialistreglen), eller den bygger på en uudtalt og ikke overbevisende forudsætning om, at der faktisk forelå culpa, eller den udvider området for bevislettelse i strid med de lovmotiver, som den påberåber sig, og i strid med formålet med lovens almindelige og særlige regler om kravet til bevis for årsagssammenhæng.

Indtil Højesteret måtte få lejlighed til - og bekvemme sig til - at udtrykke sig mere klart, må det være forsvarligt at tage dens henvisning til motiverne for pålydende. Området for lettelsen af kravet til bevis for årsagssammenhæng - i forhold til lovens almindelige krav om overvejende sandsynlighed - bør derfor, indtil andet siges, begrænses til de tilfælde, hvor der foreligger et sædvanligt erstatningsretligt ansvarsgrundlag (culpa). Der kan efter dommen ikke stilles krav om, at tilstedeværelsen heraf skal være "klar", men området for denne udvidelse af bevislettelsen bør begrænses til skadetilfælde af den karakter, som både den aktuelle sag og de fleste af de tidligere domme, der henvises til, omhandler, dvs. tilfælde, hvor tvivlen om årsagssammenhæng drejer sig om, hvorvidt bedre observation mv. af patienten og dennes symptomer ville have resulteret i en behandling, som kunne have begrænset eller elimineret følger af grundsygdommen eller af indtrådte komplikationer mv."

Advokat Karsten Høj, som er medlem af Patientskadeankenævnet, har i bladet Advokaten af 7. august 2002 givet en vurdering af Højesteretsdommen, hvor det bl.a. hedder:

"Da Højesteret helt klart slækker på kravet til graden af sandsynlighed for at patienten er påført skade, når der ikke

foreligger optimal behandling, må det efter min vurdering medføre, at man i de fleste sager må starte med at bedømme, om patienten er behandlet optimalt i overensstemmelse med lovens § 2, stk. 1, nr. 1. Er det ikke tilfældet, må man med baggrund i Højesteretsdommen foretage en vurdering af, hvorvidt det er muligt, at der som følge af den ikke optimale behandling er indtrådt en merskade. Da Højesteret henviser til tidligere retspraksis, efter hvilken man ved konstatering af en lægelig fejl, vendte bevisbyrden for så vidt angår årsagssammenhæng mellem fejl og skade, kan man forestille sig, at det samme bliver tilfældet i skader omfattet af patientforsikringsloven. Hvis dette viser sig at blive resultatet af Højesteretsdommen, vil det betyde, at det vil være op til Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet at dokumentere, at det må anses for sikkert eller næsten sikkert, at der ikke er indtrådt en skade, som følge af den ikke optimale behandling, hvis erstatning skal afslås."

c. Patientforsikringens praksis efter Højesteretsdommen

Det er Patientforsikringens vurdering, at Højesteret, med den udførlige henvisning til retstilstanden før patientforsikringslovens indførelse, herunder en række Højesteretsdomme, som har statueret en lempelse af beviset for årsagssammen-

hæng, hvor der foreligger en klar fejl i forbindelse med observation af patienten, har ønsket at markere, at denne retstilstand skal videreføres også efter patientforsikringslovens indførelse. Højesteret har klart tilkendegivet, at man ikke har ønsket forringelser på dette område, og retten har åbenbart været af den opfattelse, at såfremt man ikke statuerede årsagssammenhæng i den konkrete sag, ville der være tale om en forringelse i forhold til praksis før patientforsikringsloven.

En sådan markering fra Højesterets side er i overensstemmelse med forarbejderne til patientforsikringsloven, hvor det hedder: "Hvis det kan konstateres, at der klart er begået fejl ved behandlingen af patienten, som kan have forårsaget den konkrete skade, kan det være rimeligt at lade en eventuelt tvivl om den faktiske årsagssammenhæng komme patienten til gode." Højesteret fremhæver endvidere, at man i relation til spørgsmålet om årsagssammenhæng lægger afgørende vægt på, hvad der efter forarbejderne er anført som et væsentligt formål med loven.

Patientforsikringen anser det for udelukket, at Højesteret skulle have haft til hensigt at anlægge en praksis, som er i strid med en helt klar lovregel (PFL § 2, stk. 1), hvor lovgivers motiver er grundigt oplyst i lovbemærkningerne. Højesteret

er om nogen forpligtet til at respektere loven og at følge lovgivers intentioner, og såfremt Højesteret gennem sin afgørelse ville ændre en helt klar lovregel, ville Højesteret have tiltaget sig en kompetence, som tilkommer lovgiver.

På denne baggrund finder Patientforsikringen ikke anledning til at anlægge gisninger om, hvad der er baggrunden for udformningen af Højesterets præmisser. Patientforsikringslovens bevisregel er ikke blevet ændret ved dommen. Man kan naturligvis diskutere, om Højesterets konkrete vurdering af, at der i lighed med de domme, Højesteret henviser til, foreligger en klar fejl, men det kan ikke tages til indtægt for, at Højesteret har tilsidesat loven.

Højesterets dom har således ikke konsekvenser for Patientforsikringens vurderinger af spørgsmålet om årsagssammenhæng efter PFL § 2, stk. 1. Patientforsikringen vil som hidtil stille krav om, at der skal foreligge en overvejende sandsynlig årsagssammenhæng mellem det ansvarspådragende forhold og den indtrådte skade.

I tilfælde, hvor der klart foreligger en fejl, som kan være årsag til den indtrufne skade, vil Patientforsikringen som hidtil lade en eventuel tvivl om den faktiske årsagssammenhæng komme patienten til gode.

Afslutningsvis skal Patientforsikringen

henvise til den nedenfor under punkt 5.3 kommenterede dom af 16. december 2002, hvor Højesteret tilsidesatte en klar lovregel, EAL § 18, stk. 2, som imidlertid på grund af senere lovgivning, patientforsikringsloven, var blevet meningsløs og i strid med lovgivers intentioner. I et sådant tilfælde er Højesteret naturligvis berettiget til at tilsidesætte loven.

5.3. Højesterets dom af 16. december 2002 om EAL § 18, stk. 2 (Højesterets dom vedrørende arv af godtgørelser)

5.3.1. Problemstillingen

I Patientforsikringens årsberetning for 2000 side 100 (Praksisoversigten side 284) er der givet en udførlig gennemgang af en Østre Landsrets dom af 6. december 2000. Dommen vedrører de efterladtes mulighed for at arve godtgørelser for en patientskade i en situation, hvor patienten dør, efter at anmeldelse er indgivet til Patientforsikringen, men inden skaden er anerkendt efter patientforsikringsloven.

Det følger af PFL § 5, stk. 1, at erstatning og godtgørelse for patientskader fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar herunder lovens § 18, stk. 2, der regulerer de efterladtes mulighed for at indtræde i den afdødes krav på godtgørelser.

Dør patienten inden patientskaden er anerkendt, følger det af EAL § 18, stk. 2, at godtgørelse for patientskaden kun falder i arv til de efterladte, hvis kravet er gjort gældende ved sagsanlæg inden dødsfaldet. En stringent ordlydsfortolkning af erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2 i relation til udmåling af patientskadeerstatninger er imidlertid problematisk, fordi det af PFL § 7 fremgår, at der hverken kan rejses krav mod lægen, sygehuset, amtet eller andre, hvis skaden er omfattet af patientforsikringsloven.

Det spørgsmål, som Østre Landsret skulle tage stilling til, var derfor, om indgivelse af anmeldelse til Patientforsikringen, i relation til EAL § 18, stk. 2, måtte sidestilles med et sagsanlæg med den virkning, at godtgørelse for svie og smerte samt godtgørelse for varigt mén faldt i arv allerede fra anmeldelsestidspunktet. Eller med andre ord, om bestemmelsen ved tvivl skulle fortolkes efter sin ordlyd eller efter sit formål.

Østre Landsret valgte en ordlydsfortolkning og afviste ved dom af 6. december 2000 at lade godtgørelserne falde i arv, idet kravet ikke var gjort gældende ved sagsanlæg inden dødsfaldet.

Som følge af, at Østre Landsrets dom var klart i strid med Patientforsikringens årelange praksis på området og urimelig over for skadelidtes arvinger, fandt

Patientforsikringen det helt nødvendigt, at dommen blev prøvet ved Højesteret, og man har i den forbindelse ydet støtte til skadelidte.

5.3.2. Højesterets dom

Østre Landsrets dom er nu ophævet ved Højesterets dom af 16. december 2002, trykt i U 2003.616 H.

Under sagen, der blev procederet skriftligt for Højesteret, henviste parterne til forarbejderne til både patientforsikringsloven og erstatningsansvarsloven.

I bemærkningerne til forslag til lov om patientforsikring Folketingstidende 1990-91, 2. samling, tillæg A sp. 3270 fremgår det: "Henvisningen til erstatningsansvarsloven omfatter desuden en række andre regler, der har betydning i forbindelse med erstatningsfastsættelsen, nemlig ... og § 18 om overførelse af erstatnings- og godtgørelseskrav".

Bestemmelsen i EAL § 18, stk. 2, er en videreførelse af den nu ophævede regel i Lov nr. 127 af 15. april 1930, om ikrafttrædelse af borgerlig straffelov (ikrafttrædelsesloven) § 15, stk. 4. Af bemærkningerne i Rigsdagstidende tillæg A II 1927-28, spalte 5418 til denne bestemmelse fremgår det: "De i Stk. 3 (senere ændret til stk. 4) foreslåede

Bestemmelser begrundes ved, at den, der har Krav på Godtgørelse for økonomisk Skade, selv bør være Herre over, om Kravet skal rejses".

Højesteret konkluderer på baggrund af disse henvisninger følgende i sine bemærkninger: "... Efter Højesterets opfattelse vil det være bedst stemmende med patientforsikringsordningens formål og indhold at forstå lovens § 5, stk. 1, således, at skadelidtes anmeldelse af skaden til Patientforsikringen ved anvendelse af reglen i erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2, må sidestilles med det sagsanlæg, som denne bestemmelse kræver for så vidt angår godtgørelseskrav omfattet af den almindelige erstatningsret, men som patientforsikringslovens § 7 udelukker for så vidt angår godtgørelseskrav omfattet af patientforsikringsloven....".

Om formålet med bestemmelsen i EAL § 18, stk. 2, nemlig at sikre at det er den skadelidte selv, der er "Herre" over, om kravet skal rejses over for skadevolder, bemærker Højesteret videre: "... Ved at skadelidte selv skal have anmeldt skaden til Patientforsikringen, må det bag erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2, liggende hensyn endvidere anses for at være tilstrækkeligt tilgodeset i relation til godtgørelseskrav efter patientforsikringsloven."

5.3.3. Patientforsikringens bemærkninger

Som det fremgår af gennemgangen af Østre Landsrets dom i Patientforsikringens årsberetning for 2000, så forekommer det helt uholdbart, at Østre Landsret anvender en objektiv ordlydsfortolkning af EAL § 18, stk. 2, og fastholder kravet om sagsanlæg også på patientforsikringslovens område, når patienten som følge af PFL § 7 er afskåret fra at foretage dette retsskridt. Man kan vel med rette sige, at Landsrettens afgørelse stiller krav om det umulige.

Højesterets afgørelse er derimod udtryk for en lovfortolkning, der søger at finde formålet med lovbestemmelsen. At der er tale om en sådan formålsfortolkning fremgår klart af de to ovennævnte uddrag af Højesterets bemærkninger.

Højesteret vil normalt ikke give sig i kast med at fortolke på klare retsregler, der regulerer skadelidtes eller de efterladtes adgang til erstatning, medmindre resultatet af en ordlydsfortolkning medfører et resultat, der strider mod retsreglens formål. Når Højesteret i den konkrete sag begiver sig ud i en lovfortolkning der udvider et ellers klart begreb som "sagsanlæg", så må det tages til udtryk for, at PFL § 7 udelukker et sagsanlæg, og at en ordlydsfortolkning ikke blot er urimelig men også helt meningsløs, når det drejer sig om godtgørelse for patientskader.

Patientforsikringen finder, at det resultat, der er opnået med dommen, der stadfæster Patientforsikringens og Patient-skadeankenævnets årelange praksis, må anses for absolut rimelig og helt i overensstemmelse med lovbestemmelsens formål. Patientforsikringen har nu genoptaget alle de sager, som man med hjemmel i Østre Landsrets dom har måttet afvise.

I forbindelse med ændringen af erstatningsansvarsloven har en arbejdsgruppe overvejet (Betænkning nr. 1412/2002), om der fortsat var grund til at opretholde en regel, der sondrede mellem godtgørelse og erstatning for økonomisk skade i relation til, hvornår disse krav faldt i arv. Resultatet af arbejdsgruppens overvejelser blev et forslag om, at bestemmelsen i EAL § 18, stk. 2, helt skulle udgå, hvilket efterfølgende er sket med lov nr. 35 af 21. januar 2003. Retsstillingen er således nu den samme for godtgørelser som for erstatninger, nemlig at kravet falder i arv uden begrænsninger, uanset om patienten afgår ved døden før eller efter, der er indgivet anmeldelse til Patientforsikringen. Lovændringen finder anvendelse for alle skader, der indtræder efter ændringens ikrafttræden.

5.4. Anastomoselækage (lækage af tarmsammensyning)

Hvert år bliver ca. 3-4000 patienter opereret på de danske sygehuses mave-/tarm-kirurgiske afdelinger med en operation, hvor der fjernes et større eller mindre stykke af tarmen og foretages sammensyning af tarmenderne (tarm-anastomose). Det drejer sig især om patienter, der lider af forskellige kræftsygdomme eller betændelsestilstande i tarmene f.eks. coloncancer, rectumcancer, colitis ulcerosa og morbus Crohn. Ved disse operationer vil man ofte forsøge at sy tarmenderne sammen i forbindelse med den primære operation (primær anastomose). I visse situationer, hvor det skønnes, at risikoen for lækage af sammensyningen er forhøjet, vil man vælge at foretage en fremlægning af tarmen til huden (stomi) med henblik på en senere tilbagelægning af tarmen og dermed en senere reetablering af tarmfunktionen ved sammensyning af tarmenderne.

Patientforsikringen modtager årligt en række anmeldelser, der vedrører patienter, der har været ude for, at en sammensyning på tarmen ikke har holdt tæt (anastomoselækage). Det drejede sig om ca. 12 sager i 2000, ca. 14 sager i 2001 og ca. 15 sager i 2002. Tallene er dog forbundet med en vis usikkerhed, da ikke alle sager for de pågældende år er registreret endnu.

Når der indtræder en lækage af en sådan tarmsammensyning, er der tale om en meget alvorlig situation, idet tarmindehold kommer ud i bughulen, hvilket kan medføre bughindebetændelse og bylddannelse. Sådanne tilstande kræver operation med oprensning af bughulen og massiv antibiotikabehandling, ligesom der normalt må fjernes yderligere tarm og foretages enten en permanent fremlægning af tarmen til huden eller en midlertidig fremlægning af tarmen til huden med henblik på senere tilbageføring af tarmen.

Det antages, at den væsentligste årsag til anastomoselækage skyldes utilstrækkelig blodforsyning til tarmen i området omkring sammensyningen. En utilstrækkelig blodforsyning ses generelt ved visse sygdomme hos ældre mennesker, og hvor der er tale om betændelsesforandringer i tarmen. Flere studier har endvidere vist, at tidligere strålebehandling medfører en øget risiko for lækage, ligesom det er velkendt, at der hyppigst opstår lækage, når sammensyningen er mellem tyktarmen og endetarmen.

Anastomoselækage er en relativt hyppig komplikation, og man ved fra opgørelser vedrørende kræft i tyk- og endetarmen, hvor anastomosen er mellem tyk- og endetarm, at der opstår anastomose-lækage efter ca. 16% af operationerne. I andre publikationer, der vedrører anasto-

moser længere oppe på tarmen, synes der generelt at være enighed om, at anastomoselækagefrekvensen overstiger 5%. I disse tilfælde angives hyppigheden at være størst ved sammensyninger, hvor årsagen til operationen er betændelsestilstande i tarmen, eller hvor der i øvrigt måtte være nedsat blodforsyning.

Som tidligere anført medfører anastomoselækage komplikation en meget farlig betændelsestilstand. Man ved således, at der ved anastomoselækage er en postoperativ dødelighed på ca. 15% for patienter, der bliver opereret for kræft i endetarmen, hvor anastomosen er mellem tyk- og endetarm. Udover den høje dødelighed medfører anastomose-lækage hos en betydelig del af patienterne et meget langt sygeforløb; ofte med respiratorbehandling på intensivafdelinger og gentagne operationer. I denne gruppe af patienter ses der ligeledes ofte blivende følger som for eksempel brok i bugvæggen eller permanent fremlægning af tarmen til huden.

Anastomoselækage er således en velkendt og relativt hyppig komplikation, der bliver taget meget alvorligt. Der foretages derfor rutinemæssigt peroperativ lækagetest ved de operationer, hvor anastomosen er mellem tyk- og endetarm. Endvidere vil man ofte vælge at anlægge en forebyggende aflastende fremlægning af tyndtarmen til huden,

hvis man under en operation får mistanke om, at sammensyningen kan blive utæt, eller såfremt der i øvrigt er en forøget risiko herfor.

Det er overordentlig sjældent, at anastomoselækager kan anerkendes efter lov om patientforsikring som følge af suboptimal behandling (PFL § 2, stk. 1, nr. 1), og hovedparten af de anmeldelser, Patientforsikringen modtager, må således afgøres efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Efter denne bestemmelse er der mulighed for at yde erstatning, såfremt en hændelig komplikation har medført en sjælden og alvorlig skade, der ligger ud over, hvad patienten bør tåle, når der henses til grundsygdommens alvor og de risici, der er forbundet med behandling heraf.

Som det fremgår ovenfor, er der dog oftest tale om meget alvorlige grundsygdomme, ligesom behandlingen er forbundet med stor risiko for komplikationer og skader som følge heraf. Der er derfor kun sjældent mulighed for at yde erstatning efter denne bestemmelse.

Med ovenstående viden om de forholdsvis mange operationer samt den høje komplikationsfrekvens kan det overraske, at Patientforsikringen ikke får flere anmeldelser, end det faktisk er tilfældet. Patientforsikringen antager, at dette skyldes, at patienterne på grund af egen sygdomsindsigt og patientinfor-

mation er vidende om risikoen for disse komplikationers opståen. Det må således antages, at både patienten og sygehuset i overensstemmelse med Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets praksis - ikke finder "at skaden er mere end, hvad der bør tåles", og at man derfor slet ikke anmelder skader.

Det er imidlertid vigtigt at få anmeldt de sager, hvor der måtte være mulighed for anerkendelse. I den forbindelse påhviler der særligt sygehusene en opgave med at hjælpe de patienter, der kommer ud for en anastomoselækage, med at få anmeldt sagen, særligt hvis anastomosen tilhører den gruppe, hvor risikoen for lækage er i den lave ende af spektret, og særligt hvor grundsygdommen har en god prognose, og hvor skaden er meget omfattende.

Som eksempler på den almindelige praksis hos Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet kan henvises til Patientforsikringens årsberetning 1999, side 47 (se www.Patientforsikringen.dk) og nærværende beretning afsnit 3.3.5. Endvidere kan henvises til Patientskadeankenævnets årsberetning 2001, side 54, 55 og 56, hvori der er refereret to sager, hvor nævnet har tiltrådt, at betingelserne i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, ikke var opfyldt.

5.5. Sædefødsler

Patientforsikringen offentliggjorde i årsberetningen for 2001 en afgørelse vedrørende en vaginal forløsning af et barn i underkropspræsentation. Da valg af forløsningsmetode (planlagt kejsersnit/vaginal forløsning) har været genstand for en del debat igennem hele år 2002, har Patientforsikringen valgt i denne årsberetning at redegøre for den udvikling, der har været i praksis, og dens betydning for det, man i Patientforsikringen opfatter som bedste specialiststandard.

I Danmark har den generelle opfattelse blandt obstetrikere været, at vaginal forløsning har været at foretrække, såfremt det kunne lade sig gøre også ved sædepræsentation. Holdningen har været den, at underkropspræsentation var at betragte som en risikofaktor, men at der skulle yderligere risikofaktorer til, før der var indikation for kejsersnit. Årsagen hertil har været, at et kejsersnit er et egentligt operativt indgreb, der medfører større risici og gener for moderen end vaginal forløsning. Disse komplikationer drejer sig om skader på tarm, blære eller urinledere, blødningskomplikationer, infektioner, brok i operationsar, samt en forøget risiko for bristning af livmoderen ved senere graviditet. Endeligt ses en øget risiko for blødning ved senere fødsler samt en negativ påvirkning af det umiddelbare mor/barn forhold.

Omvendt er det kendt, at fødsler, hvor fosteret står i sædepræsentation, generelt er forbundet med en øget forekomst af dødsfald og invaliditet blandt fostre og nyfødte. Dette skyldes dels, at en del af sædepræsentationerne skyldes bagvedliggende faktorer, som også har betydning for fosterets udvikling og overlevelsesmuligheder, og dels at sædepræsentation er forbundet med vanskeligheder ved den vaginale fødsel. Det er således kendt, at en del sædepræsentationer i forvejen bliver planlagt som kejsersnit, fordi der er andre og flere indikationer end sædepræsentationen. Endvidere ses det ofte, at en planlagt vaginal fødsel ender som kejsersnit, idet der i fødselsforløbet opstår komplikationer, der udløser behov for skift i fødselsmåde.

Sagens problem har således været, om man skulle opretholde et princip om, at man fortsat ville foretrække vaginal forløsning i de tilfælde, hvor det overhovedet kunne lade sig gøre, eller om man skulle foretrække kejsersnit, og kun tillade vaginal fødsel, hvor dette var patientens ønske.

Når emnet særligt har været til diskussion i de seneste år, hænger det sammen med, at en canadisk arbejdsgruppe i slutningen af år 2000 offentliggjorde en artikel i det internationale tidsskrift *The Lancet* - Vol 356 - oktober 21, 2000, i det følgende refereret til som Hannah's multicenter undersøgelse.

Hannah's multicenter undersøgelse var baseret på indberetninger fra 121 fødselscentre i 26 lande over hele verden, vedrørende fødsler af børn i underkropsstilling. Formålet med undersøgelsen var at klarlægge, om kejsersnit eller vaginal forløsning burde være første valg som forløsningsmetode. I alt blev der modtaget data for 2.083 planlagte fødsler, hvoraf de 1.041 var fødsler hvor der var planlagt kejsersnit, og de 1.042 var fødsler, hvor der var planlagt vaginal forløsning.

Af de 1.041 fødsler, hvor der var planlagt kejsersnit, endte de 941 fødsler rent faktisk med et kejsersnit. For de 1.042 kvinder, hvor der var planlagt vaginal forløsning, endte de 591 rent faktisk med vaginal fødsel. I de to grupper undersøgte man efterfølgende forekomsten af alvorlige tilstande (død og alvorlig invaliditet) for både moderen og barnet.

Man fandt herved, at 1,6% af de børn, der var blevet forløst fra gruppen med planlagt kejsersnit, endte i en alvorlig tilstand. For mødrene var det 3,9%, der fik alvorlige komplikationer i samme gruppe. For den gruppe, hvor man havde planlagt vaginal fødsel, fandt man, at 5% af børnene endte i en alvorlig tilstand, medens mødrene i denne gruppe fik alvorlige komplikationer i 3,2% af fødslerne.

På baggrund af undersøgelsen konkluderede forfatterne, at det var bedre at planlægge kejsersnit som fødselsmetode ved fostre i underkropspræsentation end at planlægge vaginal forløsning. Man fandt således, at forskellen i det antal børn, der endte med at komme i en alvorlig tilstand, måtte henføres til den omstændighed, at der var flere komplikationer for børnene, når man gennemførte vaginal forløsning eller planlagde/startede fødslen som en vaginal forløsning. For så vidt angår mødrenes risici fandt man ikke, at der var nogen signifikant forøgelse af risikoen, der kunne opveje gevinsten for børnene, hvorfor man konkluderede, at planlægning af kejsersnit burde være udgangspunktet ved planlægning af forløsning ved sædepræsentation.

Efter Patientforsikringens opfattelse har ovennævnte undersøgelse givet anledning til, at hovedparten af fødeafdelingerne på de danske sygehuse gradvist har ændret behandlingsstrategi, således at færre og færre børn i underkropsstilling forløses ved vaginal fødsel. Endvidere må det konkluderes, at hovedparten af de danske fødeafdelinger i dag rutinemæssigt tilbyder planlagt kejsersnit til alle, der venter barn i underkropspræsentation. Patientforsikringen har derfor fundet, at planlagt kejsersnit i dag må anses for bedste specialiststandard på danske sygehuse.

Ovennævnte betyder imidlertid ikke, at vaginalforløsning ved underkropspræsentation som sådan kan betragtes som en ikke anerkendt fødselsmetode. Der er således fortsat en række situationer, hvor det må anses for optimalt, at en fødeafdeling tilråder vaginal forløsning frem for kejsersnit. Sådanne situationer kunne tænkes, hvor et kejsersnit må frygtes at være særligt farligt for moderen, og hvor der samtidig synes at være særlige grunde til at antage, at en vaginal forløsning ikke vil blive kompliceret. Betydningen i den ændrede praksis på landets sygehuse bliver dog, at det her efter vil påhvile fødeafdelingen at påpege de relevante årsager til, at der konkret blev planlagt vaginal forløsning, og at dette behandlingsvalg er et, som moderen har givet samtykke til. I den forbindelse skal bemærkes, at det endelige behandlingsvalg naturligvis tilkommer moderen, og at fødeafdelingen næppe kan pålægge hende at samtykke til kejsersnit, såfremt dette ikke ønskes.

Patientforsikringen er bekendt med, at Dansk Gynækologisk/Obstetrisk Selskab i løbet af 2003 forventer at offentliggøre retningslinier, der medfører, at planlagt kejsersnit - på linie med Patientforsikringens praksis - må anses for den foretrukne forløsningsmetode ved underkropspræsentation.

5.6. Ændring af kapitaliseringsfaktoren for varige helbredelsesudgifter tilkendt efter § 1 i den tidligere EAL (1984-loven)

5.6.1. Tidligere praksis

Udgifter til medicin, behandling mv., der er opstået som følge af en anerkendt patientskade, kan erstattes i henhold til EAL § 1. I det omfang patientens behov og dermed også udgifterne antager varig karakter, har det været Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets praksis at erstatte udgiften krone for krone frem til stationærtidspunktet og fra dette tidspunkt erstatte de fremtidige udgifter ved at kapitalisere den årlige udgift med kapitaliseringsfaktor 6.

Kapitaliseringsfaktoren 6 fremgår hverken af EAL § 1 eller anden lovgivning, men da der havde vist sig behov for at have en kapitaliseringsfaktor på området, var der både i rets- og forsikringspraksis tradition for at vælge den samme, som gjaldt ved erhvervsevnetab, jf. EAL § 6.

5.6.2. Dom fra Højesteret

Højesteret har i dommen U 2002.763 H taget stilling til kapitaliseringsfaktoren inden for et andet ulovbestemt område nemlig for godtgørelser efter § 24, stk. 2, 2. pkt. i lov om omsætning af fast ejendom. Sagen vedrørte et beløb til grundskyld, der ved en fejl ikke var medtaget på ejendomsrådgiverens salgsopstilling og således heller ikke indregnet i købers budget.

Uanset at der også på dette område havde dannet sig en ulovbestemt praksis for at anvende netop kapitaliseringsfaktor 6, fandt Højesteret, at der som følge af faldet i renteniveauet gennem de seneste år var grundlag for at forhøje kapitaliseringsfaktoren fra 6 til 10. Højesteret henviser i præmisserne for dommen særligt til det forhold, at kapitaliseringsfaktoren til beregning af erstatning for erhvervsevnetab med samme begrundelse, er hævet fra 6 til 10 i den nye erstatningsansvarslov, der trådte i kraft 1. juli 2002.

5.6.3. Patientskadeankenævnets nye praksis

Patientskadeankenævnet har i en principiel afgørelse fra den 27. maj 2002 fundet, at Højesterets afgørelse også skal

slå igennem for så vidt angår kapitalisering af fremtidige helbredelsesudgifter efter den tidligere EAL § 1. Patient-skadeankenævnet har ved afgørelsen ændret praksis, således at varige helbredelsesudgifter, der er omfattet af den tidligere erstatningsansvarslov, vil blive kapitaliseret med udgangspunkt i faktor 10.

5.6.4. Patientforsikringens praksis

En ændring af kapitaliseringsfaktoren fra 6 til 10 for udgifter tilkendt efter § 1 i den tidligere erstatningsansvarslov, uden en samtidig regulering af erstatningen for udgiftens forventede varighed og patientens alder på skadestidspunktet, vil betyde, at patienter, hvis udgifter er reguleret af den tidligere erstatningsansvarslov, vil blive bedre stillet end de patienter, hvis krav er omfattet af den nye erstatningsansvarslov. Et sådant resultat virker urimeligt, da det jo er den samme ændring i renteniveauet, der har ført til både Patientskadeankenævnets praksisændring efter den tidligere erstatningsansvarslov og til indføjelser af kapitaliseringsfaktoren 10 i den nye erstatningsansvarslov.

Anvendelse af kapitalfaktor 10, uden hensyntagen til udgiftens forventede varighed og patientens alder, vil endvidere



medføre en overkompensation af skadelidte, for hvem det på grund af sygdom eller alder må anses for usandsynligt, at udgiften vil skulle afholdes i 10 år eller mere. Til illustration af problemstillingen henvises til afgørelsen gengivet i denne årsberetning under punkt 4.2.1.4.

Patientforsikringen har på denne baggrund besluttet at foretage en praksisændring, der ligestiller alle patienter mht. at få erstattet fremtidige helbredelsesudgifter, uanset om deres krav er reguleret af den tidligere eller den gældende erstatningsansvarslov.

Resultatet er, at erstatning for fremtidige helbredelsesudgifter fastsættes efter de regler, der følger af den nye erstatningsansvarslov, uanset om skaden er indtrådt før eller efter lovens ikrafttræden den 1. juli 2002. Af den gældende EAL § 1 a følger, at helbredelsesudgifterne fastsættes ved, at den årlige udgift beregnes og kapitaliseres med en faktor, der svarer til det antal år udgiften forventes afholdt i. Kapitaliseringsfaktoren kan dog maksimalt fastsættes til 10. I de tilfælde, hvor kapitaliseringen sker med faktor 10 og kun i disse, aldersreguleres den beregnede sum efter reglerne i lovens § 4, stk. 2.

Praksisændringen betyder generelt en forbedring af patienternes adgang til at få erstattet fremtidige helbredelsesudgifter,

og da anvendelsen af kapitaliseringsfaktoren 6 byggede på ulovbestemt praksis, giver praksisændringen ingen lovmæssige problemer.

6. Patientforsikringens virksomhed

6.1 Patientforsikringens medlemmer

I henhold til Patientforsikringens vedtægter § 6, stk. 6, har medlemsfordelingen i Patientforsikringen for 2001 og 2002 været følgende:

Forsikringsselskaber	2002	2001
KommuneForsikring	37,85%	33,75%
Købstædernes Forsikring	61,86%	65,76%
Zürich Forsikring	0,15%	0,26%
XL Winterthur Int.	0,18%	0,23%

Følgende har tegnet forsikring i 2002:

KommuneForsikring
har tegnet forsikring for
 Nordjyllands Amt
 Storstrøms Amt
 Frederiksborg Amt
 Roskilde Amt
 Ribe Amt
 Fyns Amt

Købstædernes Forsikring
har tegnet forsikring for
 Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS)
 Københavns Amt
 Bornholms Amt
 Vejle Amt
 Sønderjyllands Amt

Zürich Forsikring
har tegnet forsikring for
 Epilepsihospitalet Dianalund

XL Winterthur International
 har tegnet forsikring for
 Steno Diabetes Center A/S.

Selvforsikrende myndigheder	2002	2001
Århus Amt	47,62%	46,61%
Ringkjøbing Amt	17,36%	17,79%
Vestsjællands Amt	18,03%	18,48%
Viborg Amt	16,61%	16,54%
Statslige uddannelsesinstitutioner	0,38%	0,58%

Forholdet mellem forsikringsselskabers præmier og selvforsikrendes skønnede præmier

KommuneForsikring, Købstædernes Forsikring, Zürich Forsikring og XL Winterthur International	2002	2001
	74,05%	74,15%

Selvforsikrende myndigheder	2002	2001
	25,95%	25,85%

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 2001. De selvforsikrende har således udpeget et medlem, og forsikringsselskaberne har tilsammen udpeget fem 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 fem medlemmer til bestyrelsen. Århus, Ringkøbing, Vestsjællands og Viborg amter har i fællesskab udpeget et medlem, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ligeledes udpeget 1 medlem til bestyrelsen.

6.2. Patientforsikringens bestyrelse i 2002

Til Patientforsikringens bestyrelse var i 2002 udpeget følgende:

Udpeget af Købstædernes Forsikring

- Direktør Margit Ørsted, Næstformand i HS
- Advokat Mikael Rosenmejer (Plesner, Svane & Grønborg)
- Direktør Lars Østenfeld (Købstædernes Forsikring)

Suppleanter

- Chefkonsulent Mogens Lønborg
- Advokat Tina Reissmann (Plesner Svane Grønborg)
- Adm. direktør Mogens N. Skov (Købstædernes Forsikring)

Udpeget af KommuneForsikring

- Amdradsmedlem Ejvind Hansen (Fyns Amt)
- Amdradsmedlem Hjordis Høegh-Andersen (Storstrøms Amt)

Suppleanter

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

Udpeget af selvforsikrende myndigheder

- Sundhedsudvalgsformand Carl Johan Rasmussen (Århus Amt)

Suppleant

- Sundhedsudvalgsformand Jacob Halgaard (Vestsjællands Amt)

Udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet

- Fuldmægtig Dorte Knudsen

Næstformand i HS' bestyrelse, direktør Margit Ørsted valgtes som formand og amdradsmedlem Ejvind Hansen som næstformand.

Der har i 2002 været afholdt fire bestyrelsesmøder. På møderne har bestyrelsen taget stilling til Patientforsikringens budgetter, regnskaber og personalenormering mv. samt drøftet en lang række administrative spørgsmål, herunder sagsbehandlingstid samt generelle og principielle spørgsmål vedrørende patientforsikringslovens administration. Herudover har sekretariatet orienteret bestyrelsen om nogle få principielle enkelt-afgørelser.

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 2003

Patientforsikringen har i 2003 følgende medlemmer:

Udpeget af Købstædernes Forsikring

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

Udpeget af KommuneForsikring

- 2. viceamtsborgmester Poul-Erik Svendsen
- 2. viceamtsborgmester Hjordis Høegh-Andersen

Udpeget af selvforsikrende myndigheder

- Sundhedsudvalgsformand Carl Johan Rasmussen

Udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet

- Fuldmægtig Dorte Knudsen

Bestyrelsen har konstitueret sig på mødet den 27. februar 2003. 2. viceamtsborgmester Poul-Erik Svendsen valgtes som formand og næstformand i HS, direktør Margit Ørsted som næstformand.

6.4. Patientforsikringens administration

6.4.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2003

Nedenstående oversigt viser Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. april 2003

- Arne Grünfeld, direktør
- Ole Graugaard, sekretariatschef
- Martin Erichsen, kontorchef
- Helle Andersen, direktionssekretær

Enhed 1

- Anne Gjerding, vicekontorchef
- Marie-Louise Holmgreen, fuldmægtig, cand.jur.
- Nina Barfred, fuldmægtig, cand.jur.
- Pia Boje, fuldmægtig, cand.jur.
- Rehman Butt, fuldmægtig, cand.jur.
- Stina Lind, fuldmægtig, cand.jur.
- Susanne Ricks, overassistent
- Susanne Malene Madsen, assistent
- Michael R. Krosgaard, overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)
- Ole Hart Hansen, overlæge, dr.med. (kir. gastroenterologi og kirurgi)
- Svend Schulze, adm. overlæge, dr.med. (kir. gastroenterologi og kirurgi)

Enhed 2

- Erik Asp Poulsen, vicekontorchef
- Anne Helene Rasmussen, fuldmægtig, cand.jur.
- Anne-Louise Zartow, fuldmægtig, cand.jur.
- Camilla Kirk, fuldmægtig, cand.jur.

- Helle Brammer, fuldmægtig, cand.jur.
- Mia Møllerup, fuldmægtig, cand.jur.
- Betina Andersen, assistent
- Janne Lund Enequist, assistent

- Cai Frimodt-Møller, overlæge, dr.med. (urologi og kirurgi)
- Lars Ib Andersen, overlæge, dr.med. (thoraxkirurgi)
- Per Hildebrandt, klinikchef, dr.med. (medicin)
- Steen Mejdahl, overlæge (ortopædkirurgi)

Enhed 3

- Peter Jakobsen, vicekontorchef
- Christina Scavenius Borg, fuldmægtig, cand.jur.
- Jens Odgaard, fuldmægtig, cand.jur.
- Kasper Gersmann, stud.jur.
- Michael H. Steenberg, fuldmægtig, cand.jur.
- Tina Halvorsen, fuldmægtig, cand.jur.
- Käthe Jørgensen, overassistent
- Lars Bo Ebskov, overlæge, (ortopædkirurgi)
- Marianne Juhler, overlæge, dr.med. (neurokirurgi)
- Ole Hamberg, adm. overlæge, dr.med. (medicin)

Enhed 4

- Morten Henriksen, vicekontorchef
- Camilla Bang Lilleør, fuldmægtig, cand.jur.
- Kristina Askjær, juridisk konsulent
- Liv Dyrhauge Klargaard, fuldmægtig, cand.jur.

- Maria Bienkowski, fuldmægtig
- Niels Hjortnæs, juridisk konsulent
- Lotte Johnson, overassistent

- 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
- Ann-Birgitte H. Gregersen, fuldmægtig, cand.jur.
- Birgitte Frost, fuldmægtig, cand.jur.
- Charlotte R. Gransøe, fuldmægtig, cand.jur.
- Inger Tranberg, fuldmægtig, cand.jur.
- Mette Heurlin, fuldmægtig, cand.jur.
- Bettina Lund, overassistent
- Gitte Stenderup, assistent
- Tina Rømer Olsen, assistent

- Flemming Gjerris, professor, dr.med. (neurokirurgi)
- Poul Bretlau, professor, dr.med. (øre-næse-hals)
- Søren Solgaard, overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)

Interne lægekonsulenter

- Bent Ebskov, speciallæge, dr. med.
- Jens Krogh Christoffersen, speciallæge, dr. med.

Øvrige konsulenter

- Leif Kledal, tandlæge

Øvrigt personale

- Ulla Anderson, lægesekretær
- Jenny Gadebirk, receptionist
- Lone A. Sand, receptionist
- Margaret I. Nielsen, servicemedarbejder
- Svend Rubæk Nielsen, medhjælper
- Sune Odér, medhjælper
- Torben Fogh, kok

Barselsorlov

- Anne-Louise Wedell Wedellsborg, fuldmægtig, cand.jur.
- Dorte Muusmann, IT-koordinator
- Lene Hannecke Olsen, fuldmægtig, cand.jur.

6.4.2. Lægeligt konsulentnet

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

Pr. 1. april 2003 var der 16 lægekonsulenter tilknyttet Patientforsikringen.

Herudover har Patientforsikringen tilknyttet 1 tandlægekonsulent, tandlæge Leif Kledal. Patientforsikringens juridiske konsulenter Niels Hjortnæs og Kristina Askjær medvirker ved fastsættelsen af erhvervs-evnetab.

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. Administrationsaftaler

Patientforsikringen har siden 1995 haft en administrationsaftale med KommuneForsikring vedrørende lønadministration, bogholderi- og kassefunktion. Den 31. december 2002 har KommuneForsikring op sagt denne aftale.

Den 1. januar 2003 har Patientforsikringen derfor indgået en aftale med Deloitte & Touche om at varetage økonomifunktionen, dvs. betalings-, bogholderi- og regnskabsfunktionen.

Patientforsikringens lønadministration er i løbet af sommeren 2002 overgået til Kommunedata.

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

6.6. Regnskab og budget

Foreningens virksomhed finansieres ifølge PFL § 12, stk. 2, af forsikringsselskaber, 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 2002 blev godkendt på bestyrelsesmødet i september 2001 og indeholdt budgetterede udgifter på 41.508.000 kr. De samlede udgifter til patientforsikringsordningens (Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet) administration blev i 2002 ifølge regnskabet på i alt 45.598.577 kr. De samlede indtægter blev på 43.366.576 kr. Differencen på 2.232.001 vil blive opkrævet ved beregning af det endelige administrationsbidrag fra forsikringsselskaber og selvforsikrende. Patientforsikringens ud-

gifter til driften af Patientskadeankenævnet udgjorde 13.588.849 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 Indenrigs- og Sundhedsministeriet betales Patientforsikringen pr. sag og modtog et samlet administrationsbidrag herfor på 104.000 kr. i 2002.

I forbindelse med vedtagelsen af lov om erstatning for lægemiddelskader blev der indgået en administrationsaftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om, at Patientforsikringen behandler anmeldelser efter loven mod betaling. Gebyret herfor udgjorde i 2002 knapt 1,3 mio. kr.

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

Patientforsikringens bestyrelse har i 2002 godkendt et budget for 2003 indeholdende samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen på 47.007.000 kr.

Patientforsikringens budget for 2003 er fastlagt ud fra en forventning om at antallet af anmeldelser i 2003 vil stige yderligere med 450, således at det samlede antal anmeldelser vil udgøre 3.800.

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 8.

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. Der ved 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 en skade som følge af egenskaber ved et lægemiddel, eller hvorvidt der er tale om en 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 Lægemedelskadeankenævnet.

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, videregiver Patientforsikringen ikke oplysninger til Sundhedsstyrelsen og 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, finder 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 2002.

7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser

I 2002 modtog Patientforsikringen 132 anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader, hvilket er 10 flere end i 2001.

Siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 er der anmeldt i alt 564 sager efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

Pr. 31. december 2002 var der truffet afgørelse i 473 sager.

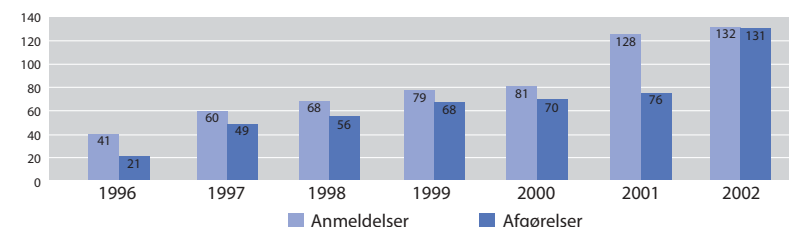
Det forekommer, at en sag anmeldes efter lov om patientforsikring, hvor den rettelig skulle have været anmeldt efter lov om erstatning for lægemiddelskader. Patientforsikringen behandler alle anmeldelser, hvor lægemidlet er udleveret i forbindelse med behandling på offentlige sygehuse efter både lov om erstatning for lægemiddelskader og lov om patientforsikring. På baggrund af årsagen til skaden vurderer Patientforsikringen, om sagen bliver registreret endeligt som en lægemiddelskade eller som en behandlingsskade.

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

Antallet af anmeldelser er forholdsvis lavt, men er dog steget en del i 2001 og 2002.

Patientforsikringen vurderer, at årsagen til det forholdsvis lave antal sager er, at der

Figur 7.1. Udviklingen i antal modtagne anmeldelser og trufne afgørelser i årene 1996 til 2002.



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 2002 traf 131 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader mod 63 året før.

Patientforsikringen har i perioden fra 1. januar 1996 til 31. december 2002 aner-

kendt 127 sager som erstatningsberettigende. Det fremgår af figur 7.1, at Patientforsikringen har truffet 471 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader i perioden.

Af det samlede antal afgjorte sager er 26,8 % således anerkendt som erstatningsberettigende lægemiddelskader.

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.

Figur 7.2. Afgørelsestyperne efter lov om erstatning for lægemiddelskader

	1996-2001	1996-2001	2002	2002
AFGØRELSESTYPER	Antal	%	Antal	%
Anerkendelser	75	21,7	55	42,0
Før lovens ikrafttræden	40	11,4	9	6,9
Ikke fysisk skade	50	13,9	25	19,1
Ikke lægemiddel	2	10,8	-	-
Manglende effekt	1	-	-	-
Fejl eller forsømmelse	6	0,3	4	3,1
Ikke tilstrækkelig alvorlig skade	104	32,5	31	23,7
Forsøg	-	-	-	-
Ikke årsagssammenhæng	36	-	1	0,7
< 3.000	6	-	1	0,7
Diverse	20	9,3	5	3,8
I ALT	340	100,0	131	100,0

7.4.3. Tilkendte erstatningsbeløb

De samlede udbetalinger efter lov om erstatning for lægemiddelskader siden 1. januar 1996 udgjorde ved udgangen af 2002 kr. 21.933.863. Alene i 2002 tilkendtes kr. 10.983.520.

I 2002 blev der således tilkendt mere end det dobbelte i erstatning i forhold til 2001. Dette skal ses i sammenhæng med, at der i 2001 blev anerkendt 17 sager mod 55 anerkendelser i 2002.

7.4.4. Sagsbehandlingstiden

Ved udgangen af 2002 var sagsbehandlingstiden, dvs. tiden fra anmeldelse til afgørelse 341 dage. For sager, der blev afgjort ved udgangen af 2001, var sagsbehandlingstiden på 227 dage. Årsagen til stigningen i sagsbehandlingstiden skyldes, at Patientforsikringen i 2002 færdigbehandlede en række ældre, uafsluttede sager.

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 relativt alvorlig set i forhold til alvoren af patientens grundsygdom.

Figur 7.3. Tilkendt erstatning* i kr. fordelt efter udbetalingsår i perioden fra 1. januar 1996 til den 31. december 2002

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	I alt
0	91.105	1.348.845	620.575	4.650.167	4.245.651	10.983.520	21.939.863

*ekskl. renter

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 lægemiddellovens § 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 markedsføringstilladelse som lægemiddel, jfr. stk. 2, 1. pkt.

Det er således en betingelse, at skaden skal være forårsaget af et lægemiddel, der er godkendt til markedsføring i Danmark. Endvidere følger det af lovens § 2, at lægemidlet skal være udleveret gennem apotek, sygehus, læge, 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%'s 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 lov om erstatning for lægemiddelskader og giver erstatning i de situationer, der er 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. Tab af hår kunne ikke relateres til injektion med Lidocain-bedøvelse

En 36-årig mand kom ind på skadestuen efter at han havde pådraget sig en flænge i hovedbunden. I forbindelse med at flængen skulle sys, blev der anvendt Lidocain som infiltrationsbedøvelse. En måneds tid efter begyndte han at tabe håret på hovedet.

Patientforsikringen fandt ikke, at der var årsagssammenhæng mellem hårtabet og injektionen med Lidocain, og sagen blev afvist efter LMSL § 1, stk. 1 og § 7.

Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at hårtab vides at kunne udløses af traumer og det dermed forbundne stress. Hårtab er desuden ikke en kendt bivirkning til Lidocain (02-1652).

2. Levertumor opstået som følge af brug af p-piller

I 1997 begyndte en 15-årig pige at tage p-pillen Gynera. Efter langvarige smertetilfælde, blev hun i april 2000 henvist til et hospital, da der var mistanke om, at hun

havde galdesten. Der blev taget ultralyd, som viste et element uden for leveren.

Herefter tog man en biopsi og foretog en CT-scanning, som viste, at der var tale om en levertumor. Man fandt imidlertid ikke, at der umiddelbart var indikation for operation. Hun fortsatte dog med at have mange smerter, og i november 2000 blev det besluttet, at hun skulle opereres. Hun blev indlagt i februar 2001, og der blev foretaget en operativ fjernelse af tumoren.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter LMSL § 6. Der blev lagt vægt på, at der var årsagssammenhæng mellem den opståede levertumor og indtagelsen af p-pillen Gynera, og at levertumoren var en meget sjælden og alvorlig bivirkning, der oversteg, hvad pigen burde tåle i forbindelse med indtagelse af p-piller (01-0907).

3. Bindevævsdannelse i lungerne som følge af behandling med Methotrexate

En 57-årig kvinde fik i marts 1999 stillet diagnosen kronisk leddegigt og påbegyndte herefter behandling med tablet Methotrexate. I august 2000 ændredes behandlingen til intramuskulære injektioner med Methotrexate.

Behandlingen med Methotrexate ophørte i starten af februar 2001, og i slutningen af

februar 2001 konstaterede man, at patienten var begyndt at lide af tiltagende åndenød.

Der udførtes herefter adskillige undersøgelser, som viste tegn på bindevævsdannelse i lungerne.

Patientforsikringen vurderede, at bindevævsdannelsen i lungerne med overvejende sandsynlighed var en følge af behandlingen med Methotrexate. Der blev ved vurderingen heraf lagt vægt på, at der var et tidsmæssigt sammenfald mellem behandlingen med Methotrexate og skadens indtræden.

Patientforsikringen fandt endvidere, at bindevævsdannelse i lungerne i forbindelse med behandling for leddegigt oversteg, hvad patienten med rimelighed burde acceptere. Sagen blev herefter anerkendt i medfør af LMSL § 6 (01-1789).

4. Cerebral vaskulitis (betændelse i hjernens karvægge) som følge af behandling med Letigen

Efter en vægtstigning påbegyndte en 39-årig kvinde i marts 1998 behandling med det appetitnedsættende præparat Letigen. Behandlingen havde god effekt, idet patienten i løbet af et år opnåede et pænt vægttab.

I marts 1999 modtog patienten den sidste recept på Letigen hos egen læge og trapede herefter ud af behandlingen.

I slutningen af august 1999 udviklede patienten venstresidig hovedpine og blev to uger senere indlagt på hospitalet med neurologiske gener. Under indlæggelsen forværredes tilstanden med lammelse af højre side af kroppen, krampetilfælde og delvist tab af synet. Man udførte adskillige undersøgelser og konstaterede til sidst, at patienten led af cerebral vaskulitis.

I januar 2000 blev patienten udskrevet med henblik på genoptræning.

Patientforsikringen vurderede, at den cerebrale vaskulitis med overvejende sandsynlighed var en følge af behandlingen med Letigen.

Der blev ved vurderingen heraf lagt vægt på, at Lægemiddelstyrelsens Bivirkningsnævn i september 2001 havde vurderet den cerebrale vaskulitis som en sandsynlig bivirkning til behandlingen med Letigen.

Patientforsikringen fandt endvidere, at en skade i form af cerebral vaskulitis i forbindelse med behandling for overvægt burde acceptere. Sagen blev herefter anerkendt efter LMSL § 6 (01-2509).

Patientforsikringen har siden sommeren 2002 modtaget 25 anmeldelser vedrørende lægemidlet Letigen. Sagerne var ikke færdigbehandlet pr. 1. april 2003.

5. Bivirkninger i forbindelse med behandling for brystkræft

En 43-årig kvinde fik i 1993 fjernet en kræftsvulst i højre bryst. I juni 2000 fik hun fjernet en kræftsvulst i venstre bryst og på grund af denne svulsts omfang og karakter påbegyndtes i juli 2000 behandling med kemoterapi, stråler og antiøstrogenpræparatet Tamoxifen.

I oktober 2000 blev patienten indlagt akut på sygehuset med smerter i maven, blodige opkastninger og afføringer samt dårlig almen tilstand. Efter at have foretaget forskellige undersøgelser konstaterede man, at der var tale om bugspytkirtelbetændelse, leverpåvirkning, blodforgiftning og diabetes. Til trods for behandling forværredes tilstanden med multiorgansvigt og bevidsthedsvækkelse, og patienten gennemgik herefter en langvarig indlæggelse på intensivafdelingen.

I starten af december 2000 kunne patienten imidlertid påbegynde genoptræning. Tilstanden bedredes herefter hurtigt, og i slutningen af december 2000 blev patienten udskrevet til sit eget hjem. Det blev efterfølgende konstateret, at de resterende følger efter behandlingen med

Tamoxifen og det heraf følgende langvarige sygdomsforløb bestod i diabetes, nedsat kraft i hænder og arme samt nedsat koncentrations- og indprentningsevne.

Patientforsikringen fandt, at patientens skade ikke var tilstrækkelig alvorlig set i forhold til den grundlidelse, hun blev behandlet for. Patientforsikringen fandt således, at bivirkningerne ikke var værre, end hvad patienten med rimelighed burde acceptere set i forhold til, at hun blev behandlet for brystkræft.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at patienten til trods for operationen i venstre bryst tilhørte en højrisikogruppe af patienter med stor risiko for genopblussen af kræftsygdommen. Der blev endvidere lagt vægt på, at selvom skaden var alvorlig, ville prognosen for kræftsygdommen havde været særdeles dårlig, hvis ikke der var blevet iværksat behandling med bl.a. Tamoxifen.

På baggrund heraf fandt Patientforsikringen ikke, at patienten var berettiget til erstatning i medfør af LMSL § 6 (01-2723).

7.6. Særlige problemstillinger

7.6.1. Skader som følge af behandling med epilepsi præparatet Sabril

Patientforsikringen har siden år 2000 modtaget 25 anmeldelser efter lov om er-

statning for lægemiddelskader fra epilepsipatienter, der er blevet behandlet med Sabrilex (vigabatrin).

Sabrilex har vist sig som et meget effektivt middel til behandling af epilepsi, men i 1998 kom de første rapporter om, at der forelå bivirkninger i form af synsfeltdefekter som følge af behandlingen. Sundhedsstyrelsen udsendte herefter en "Vejledning om synsfeltundersøgelse ved behandling med lægemidlet vigabatrin" i juni 1999. Vejledningen indeholder en række anbefalinger om forholdsregler, der bør tages i forbindelse med ordination af vigabatrin, herunder synsundersøgelse, inden behandlingen iværksættes og løbende synskontrol under behandlingen.

Patientforsikringen har pr. 1. april 2003 truffet afgørelse i 20 sager. I 16 sager har Patientforsikringen fundet, at patienten var berettiget til erstatning. I 4 sager har Patientforsikringen fundet, at der ikke var grundlag for erstatning i henhold til lov om erstatning for lægemiddelskader.

Ved vurderingen af, om patienterne er berettiget til erstatning, har Patientforsikringen lagt vægt på, om behandlingen med Sabrilex har medført et varigt mén i form af synsfeltdefekter.

Hvis der er opstået et varigt mén som følge af behandlingen, går dette ud over hvad patienten med rimelighed bør acceptere, hvorefter skaden kan anerkendes efter LMSL § 6.

Hvis der udelukkende har været tale om en midlertidig bivirkning, ydes der ikke erstatning efter LMSL § 6, da dette ikke er mere, end patienten bør tåle, set i forhold til alvoren af den sygdom (epilepsi) patienten blev behandlet for.

Méngraden i de enkelte sager er blevet fastsat af Patientforsikringens øjenlægekonsulent på baggrund af indhentede øjenlægeundersøgelser i hver enkelt sag. Der har været méngrader fra < 5% til 40 %.

Det er Patientforsikringens vurdering, at der som udgangspunkt ikke kan ydes erstatning i tilfælde, hvor behandlingen med Sabrilex er påbegyndt efter juni 1999, hvor Sundhedsstyrelsen udsendte den ovennævnte vejledning om forholdsregler i forbindelse med Sabrilex-behandling. Dette beror på, at risikoen for en eventuel synsfeltdefekt i disse tilfælde har været kendt af lægen, og derfor er indgået i overvejelserne forud for ordinationen af Sabrilex. Lægen har således haft mulighed for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning, jf. LMSL § 6, stk. 2, nr. 4. Hvis ordinationen af Sabrilex er sket på fejlagtig grundlag på et sygehus, kan der efter omstændighederne tilkendes erstatning efter specialistreglen i lov om patientforsikring (PFL § 2, stk. 1, nr. 1).

Eksempler på afgørelser i Sabrilex-sager

1. Synsfeltdefekter skyldtes mangeårig behandling med Sabrilex

Som ni måneder gammel fik en nu 32 år kvinde meningoencephalit (hjernehindebetændelse). Dette medførte, at hun udviklede epilepsi og venstresidig hemiparese, som gjorde, at hun senere blev tilkendt mellemste førtidspension i starten af 90'erne, hvilket blev forhøjet til højeste førtidspension i 2002.

I perioden fra 1992 til 1998 var hun i behandling med Sabrilex, og i oktober 1999 kom hun til kontrol hos øjenlægen, da hun igennem nogen tid havde haft dobbeltsyn. Ved undersøgelsen påviste man, at der var nedsat synsfelt. Patientforsikringen indhentede en supplerende øjenundersøgelse fra december 2002, som viste, at der fortsat var synsfeltdefekter.

Patientforsikringen anerkendte skaden efter LMSL § 6, da der var tale om et varigt mén (40%), som kunne relateres til behandlingen med Sabrilex. Dette fandtes således at gå ud over, hvad hun med rimelighed burde tåle, set i forhold til hendes epilepsi (02-0403).

2. Øjengener havde ikke sammenhæng med Sabrilex

En nu 44-årig kvinde var født med en hjerneskade. Hun begyndte som tre-årig

at udvikle krampetilfælde, og da hun var fem år, konstaterede man, at hun led af epilepsi. Hun blev i årenes løb kontrolleret for epilepsien, og på grund af tiltagende anfaldshyppighed kom hun i 1991 i behandling med Sabrilex. Dette havde god effekt på hendes sygdom.

Der opstod imidlertid atter en øget anfaldsfrekvens i efteråret 2000, hvorfor hun blev indlagt. I forbindelse med indlæggelsen blev det besluttet, at hun skulle udtrappes af Sabrilex, da man havde hørt, at dette kunne give synsfeltdefekter. Patienten fik flere gange undersøgt synet, uden at der blev fundet tegn på synsfeltdefekter. Hun klagede dog over prikken for venstre øje.

Patientforsikringen afviste sagen efter LMSL § 1, stk. 1 og § 7, da der ikke fandtes at være synsfeltdefekter som følge af behandlingen med Sabrilex. Der var ingen årsagssammenhæng mellem de gener, hun havde i form af prikken for venstre øje, og behandlingen med Sabrilex (00-2747).

3. Midlertidig synsfeltindskrænkning var ikke alvorlig nok til anerkendelse efter LMSL § 6

En nu 49-årig kvinde blev i 1991 opereret for en byld i hjernen. Efterfølgende udviklede hun epileptiske anfald, og i den forbindelse kom hun i behandling med Sabrilex i 1992. Dette havde god effekt på hendes epilepsi.



I maj 1999 var hun til øjenundersøgelse, hvor man konstaterede at hun havde perifer synsfeltpåvirkning. Hun kom igen til øjenkontrol i oktober 1999, hvor der fortsat var udfald. Omkring påsketid i 2000 var hun helt ude af Sabrilex-behandlingen. I juli 2001 konstaterede man, at synsfelt for hånd var normalt, og kampimetri var uden bemærkninger. Der blev atter foretaget øjenundersøgelse i januar 2002, som viste synsfelter af flot kvalitet.

Patientforsikringen afviste sagen efter LMSL § 6, da der kun fandtes at være tale om en midlertidig påvirkning af synsfeltet. Da påvirkningen ikke havde givet et varigt mén, var dette ikke mere end patienten burde tåle set i forhold til, at hun blev behandlet for epilepsi (02-0362).

7.6.2. 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 bl.a. 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, jf. § 2, stk. 3, i bekendtgørelse nr. 1156 af 20. december 1995.

Patientforsikringen har i næsten alle sager vurderet, at der ikke har været mulighed for at gøre regres mod producenten og mellemhandleren. Det skyldes, 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

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 Danish Patient Insurance Act show that approx. 250 such claims were filed in Denmark p.a. In comparison, 3,414 notices of claim were filed with the Danish Patient Insurance Association in 2002, 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 are 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. 15%. After years of delay, the extension is now expected to be implemented by the 1 January 2004.

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 were 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 that could have been avoided:

- If the experienced specialist had acted differently

- If defects in or failure of the technical equipment had not occurred

- If another treatment technique or method had been chosen

and unavoidable or accidental injuries, which are covered:

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

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

8.5. Avoidable Injuries

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

This provision, which also covers injuries resulting from incorrect or too late diagnosis of the patient's disease or disorder, is related to the culpa principle previously in force, but the liability has

been extended, as the tort is compared with the treatment which the best Danish specialist in the field could have been expected to have provided.

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

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

Total result argumentation must not be used in connection with the evaluation, and the evaluation must, therefore, only be based on whether the best specialist in the field in question would, under the same circumstances, have provided a different treatment by which the injury would, in all

probability, have been avoided. Only the examinations and treatments, which the experienced specialist would have implemented, are consequently to be included in the consideration, and knowledge acquired after the time of treatment must not be taken into consideration in connection with the evaluation of whether the patient is entitled to damages in accordance with the specialist rule.

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

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

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

As the treatment has deviated from the

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

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

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

An erroneous diagnosis may also be caused by a mix-up of laboratory samples, which means that the patient will undergo unnecessary treatment with, for example, chemotherapy or radiation therapy. It will also be possible to obtain damages for such unnecessary treatments.

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

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

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

As Danish product liability rules are based on an EU Directive, which Denmark, as a Member State, has incorporated in Danish

law, the Danish Product Liability Act applies concurrently with the equipment rule in the Danish Patient Insurance Act.

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

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

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

The provision has also been used to recognise injuries caused by the use of

Boneloc cement. This Danish-developed prosthesis cement had the defect that the cement quickly crumpled so that the cemented prostheses came loose and a second operation became necessary.

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

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

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

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

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

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

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

In particular within orthopaedic surgery, there are treatment alternatives where the choice may be between different forms of

fixation material or between internal and external fixation, and, therefore, the rule is most often used within this field.

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

8.6. Unavoidable Injuries

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

The endurance rule functions as a kind of catch-all rule in the patient insurance system, and the application of the rule is therefore best defined negatively. The rule applies to treatment injuries which could not have been avoided in accordance with the provisions in § 2 (1), nos. 1-3, of the PIA, i.e. could not have been avoided by a better treatment, by the use of better 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 is 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 3.414 notices of claim in 2002.

Figure 1. Notices of claim in the years 1992 to 2002.

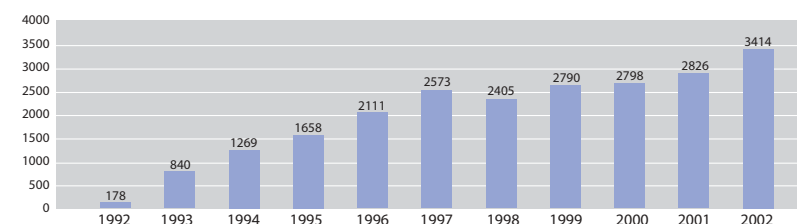


Figure 2. Decision types in accordance with the Danish Patient Insurance Act.

DECISION TYPE	%
§ 2 (1), no. 1 (the specialist standard)	21,1
§ 2 (1), no. 2 (equipment failure)	0,8
§ 2 (1), no. 3 (alternative technique/method)	0,7
§ 2 (1), no. 4 (the reasonability rule)	20,3
§ 3 (2) (accidents)	0,4
§ 4 (1) (donors and subjects)	3,9
Entitled to compensation (total)	47,2
Not entitled	41,6
Outside field and scope	11,2
TOTAL	100,0

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	2002	TOTAL PAID
5.7	21.8	65.3	83.5	101.0	114.1	127.8	130.0	205.6	224,4	1.079,2

* in millions DKK, excl. interests

In 2002, the Patient Insurance made 3.177 decisions in accordance with the Danish Patient Insurance Act, and 1.498 patients, equivalent to 47,2 %, were found entitled to damages.

The accepted notices of claim in 2002 were distributed on the various provisions for damages as shown in figure 2.

As shown in figure 3, payments of damages to patients have also increased constantly from 1 July 1992 to 2002, when damages of approx. DKK 224,4 million were paid.

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. 45,6 DKK million in 2002.

8.9. The Appeals System

The decisions of the Patient Insurance may be appealed against to the Patients Injury Appeals Board within 3 months. The

Patient Injury Appeals Board is a public appeals body, the chairman of which is a judge. The other members of the Appeals Board consist of physicians, consumer representatives and representatives from the insured counties.

The decisions of the Patient Injury Appeals Board may be appealed against to the Danish High Court within 6 months.

8.10. Conclusion

The principal object of the patient insurance scheme, i.e. to facilitate patients' access to obtain damages for treatment injuries, seems to have been met with the introduction of the Danish Patient Insurance Act. After the Act has now been in force for nearly 11 years, the number of notices of claim has reached a level which means that damages are paid out annually to approx. fifteen 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-cooperativeness 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 1

Sundhedsministeriets lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997

Bekendtgørelse af lov om patientforsikring

Herved bekendtgøres lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 14. oktober 1992, med de ændringer, der følger af lov nr. 1133 af 21. december 1994, lov nr. 217 af 29. marts 1995, lov nr. 1227 af 27. december 1996 og lov nr. 1229 af 27. december 1996.

Kapitel 1

Erstatningsomfang

Dækningsområde

§ 1. Til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har 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 endvide-

Bilag 1

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 smerte 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 forsikrings-selskab, jf. dog § 11, stk. 1.

Stk. 2. Forsikrings-selskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, skal underrette sundhedsministeren herom.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter de år-

Bilag 1

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 patientskadeankenævn, der består af en formand og et af sundhedsministeren fastsat antal næstformænd og beskikkede medlemmer.

Stk. 2. Formanden og næstformændene, der udnævnes af sundhedsministeren, skal være dommere. Nævnets øvrige medlemmer udpeges af sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet.

Bilag 1

Stk. 3. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 1 medlem udpeget af sundhedsministeren,
- 3) 2 sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab udpeget af Sundhedsstyrelsen,
- 4) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab,
- 5) 2 medlemmer udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer og
- 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan bemyndige nævnets formand eller en næstformand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Stk. 5. En repræsentant fra patientforsikringsforeningen kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af sager.

Stk. 6. Patientskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningssted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 7. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Patientskadeankenævnet dettes forretningsorden.

Stk. 8. Udgifter til drift af Patientskadeankenævnet afholdes af 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 klageopsættende virkning.

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

Stk. 3. Patientskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

§ 16. Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten, der kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Stk. 2. Indbringelse skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

§ 17. Patientforsikringsforeningen kan af kommuner, amtskommuner og andre vedkommende, herunder sygehuse, institutioner, behandlende læger m.v. samt den skadelidte, for-

lange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som foreningen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Patientforsikringsforeningen skal afgive de oplysninger til Patientskadeankenævnet og Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 3

Lægemiddelforsikringsordning

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

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

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

- 1) at organerne i en lægemiddelforsikringsordning kan indhente de i § 17, stk. 1, nævnte oplysninger,
- 2) at forvaltningsloven og offentlighedsloven samt straffelovens bestemmelser om tavshedspligt finder anvendelse på administrationen, og
- 3) at § 13, stk. 2, om vidneafhøring finder tilsvarende anvendelse på organerne i en lægemiddelforsikringsordning.

Kapitel 4

Forældelses- og straffebestemmelser

§ 19. Erstatningskrav efter denne lov skal være anmeldt til patientforsikringsforeningen senest 5 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Stk. 2. Forældelse af erstatningskrav indtræder dog senest 10 år efter den dag, skaden er forårsaget.

§ 20. Overtrædelse af § 10, stk. 1, straffes med bøde. Der kan pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel.

Bilag 1

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

Bilag 2

Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om patientforsikring

(Behandling af visse livstruende sygdomme)

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt:

Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1

I lov om sygehusvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995, som ændret ved lov nr. 1121 af 20. december 1995, lov nr. 464 af 10. juni 1997 og lov nr. 1044 af 23. december 1998, foretages følgende ændring:

1. Efter § 5 c indsættes:

»§ 5 d. Til patienter, der lider af livstruende sygdomme, for hvilke Sundhedsstyrelsen har fastsat maksimale ventetider til behandling, yder bopælsamtskommunen behandling ved sit sygehusvæsen inden for den af Sundhedsstyrelsen fastsatte maksimale ventetid.

Stk. 2. Bopælsamtskommunen skal senest 8 hverdage efter, at et af amtskommunens sygehuse har modtaget henvisning af en patient, meddele patienten, om amtskommunen kan tilbyde behandling ved sit sygehusvæsen inden for den fastsatte maksimale ventetid og i bekræftende fald meddele patienten en dato for forundersøgelsen. Såfremt bopælsamtskommunen ikke er i stand til at tilbyde behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid, skal patienten om muligt tilbydes behandling på et sygehus i en anden amtskommune, på et privat sygehus her i landet eller på et sygehus i udlandet, som kan tilbyde behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid.

Stk. 3. Kan bopælsamtskommunen ikke tilvejebringe et behandlingstilbud som nævnt i stk. 2, skal amtskommunen, hvis patienten ønsker det, hurtigst muligt meddele det til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen henviser herefter om muligt patienten til behandling på et sygehus i en anden amtskommune eller på et privat sygehus her i landet eller på et sygehus i udlandet. Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde pålægge et offentligt sygehus her i landet at varetage behandling af patienten.

Stk. 4. Kan Sundhedsstyrelsen ikke tilvejebringe et behandlingstilbud efter stk. 3, og finder patienten selv et privat sygehus her i landet eller i udlandet, der kan foretage den behandling, som patienten er henvist til, ydes der tilskud til denne behandling svarende til den gennemsnitlige udgift til en tilsvarende behandling på et dansk offentligt sygehus, dog højst svarende til den faktiske betaling for behandlingen. Der kan ikke ydes tilskud til alternativ behandling eller til behandling, der har forskningsmæssig eller eksperimentel karakter.

Stk. 5. Pligten til at henvise patienter til behandling efter stk. 2 og 3 gælder dog ikke til sygehuse, hvor Sundhedsstyrelsen skønner, at behandlingstaksten er urimeligt høj, eller at udgifterne til befording og ophold er uforholdsmæssigt høje.

Stk. 6. Bopælsamtskommunen afholder udgifterne til behandling samt til befording og ophold efter stk. 1-3. Bopælsamtskommunen betaler tilskud til behandling efter stk. 4. Bopælsamtskommunen betaler et gebyr til Sundhedsstyrelsen for behandlingen af henvisningssager efter stk. 3 og 4. Sundhedsministeren fastsætter gebyrets størrelse.

Bilag 2

Stk. 7. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om adgangen til behandling og amtskommunernes forpligtelser efter stk. 2-6. Sundhedsministeren fastsætter herunder bestemmelser om, hvornår forpligtelserne til at overholde de maksimale ventetider får virkning for de enkelte behandlingsområder.»

§ 2

I lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, foretages følgende ændringer:

1. I § 1 indsættes efter stk. 3 som nyt stykke:

»Stk. 4. Loven gælder tillige for patienter, der modtager vederlagsfri behandling efter § 5 i lov om sygehusvæsenet eller modtager tilskud til behandling efter § 5 d, stk. 4, i lov om sygehusvæsenet, uanset på hvilket sygehus m.v. her i landet eller udlandet behandlingen finder sted.«

Stk. 4 og 5 bliver herefter stk. 5 og 6.

2. I § 1, stk. 4, der bliver stk. 5, ændres »stk. 1-3« til: »stk. 1-4«.

3. I § 8, ændres »§ 1, stk. 3« til: »§ 1, stk. 3 og 4«.

4. I § 9, stk. 1, indsættes efter nr. 1 som nyt nummer:

»2) Patientens bopælsamtsgemeinde og, hvis patienten ikke har bopæl her i landet, opholdsamtsgemeinden for skader i forbindelse med behandling, som et privat sygehus m.v. eller et sygehus i udlandet er ansvarlig for efter § 1, stk. 4.«

Nr. 2 bliver herefter nr. 3.

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

Stk. 2. § 2 finder anvendelse på skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

Givet på Christiansborg slot, den 2. juni 1999

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

Margrethe R.

/Carsten Koch

Redaktionelle noter

1) Den korrigerede tekst er indlagt efter omtryk af Lovtidende A, hæfte nr. 83, den 09.07.1999.

Bilag 3

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

Bilag 3

bekendtgørelsens udstedelse anses for omfattet af lovens dækningsområde. § 5. Den primære sundhedssektor, jf. § 1, stk. 1, nr. 3, omfatter privat praktiserende sundhedspersoner, der er autoriseret ved særlig lovgivning. § 6. Erstatning efter lov om patientforsikring ydes for skader, der er forårsaget inden for det geografiske område for de efter denne bekendtgørelse omfattede sygehuse, jf. dog stk. 5. Stk. 2. Skader efter loven forårsaget uden for sygehusets geografiske område i lokaliteter indrettet til behandlingsformål efter sygehusets anvisning er ligeledes omfattet af lovens område, forudsat patienten fortsat er under sygehusets direkte behandlingsansvar, f.eks. skader efter loven opstået i patientens eget hjem, hvor dette er særligt indrettet til hjemmedialyse. Stk. 3. Skader efter loven forårsaget uden for sygehusets geografiske område i forbindelse med afgivelse af blod i mobile blodbanker er omfattet af lovens område i tilfælde, hvor tappingen sker efter aftale med det sygehus, der skal modtage blodportionerne. Stk. 4. Skader efter loven forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse er omfattet af lovens område, hvis transporten foregår med ambulance eller særligt sygekøretøj. Stk. 5. Skader forårsaget på sygehusets geografiske område i tilfælde, hvor patienten står under ansvar af andre end sygehusmyndigheden, er ikke omfattet af lovens område. Dette gælder ligeledes i tilfælde, hvor patienten undersøges eller behandles på sygehus af en læge efter de særlige regler om lægers adgang til at behandle egne patienter fra lokaliteter på sygehuset.	§ 7. Til personer, der er omfattet af § 1, stk. 1, nr. 2 og 3, ydes erstatning efter loven i tilfælde, hvor forsøg m.v. er foretaget på sygehuse, jf. §§ 2-4 og § 6, på statslige højere uddannelsesinstitutioner (universiteter og højere læreanstalter), i den primære sundhedssektor, jf. § 5, eller andetsteds, hvis de er udført under direkte ansvar for de nævnte sygehuse, højere uddannelsesinstitutioner eller privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner. Stk. 2. Skader efter loven forårsaget på personer, der deltager i biomedicinske forsøg m.fl., jf. § 1, stk. 1, nr. 2 og 3, der udføres af private firmaer og foreninger, er omfattet af lovens område, hvis forsøget udføres under direkte ansvar af et af de i stk. 1 nævnte sygehuse, en af de nævnte højere uddannelsesinstitutioner eller privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner. Stk. 3. I tilfælde omfattet af stk. 2, påhviler erstatnings- og eventuelt forsikringspligten efter lov om patientforsikring vedkommende sygehus, højere uddannelsesinstitution eller den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori vedkommende privat praktiserende autoriserede sundhedsperson har sin praksis. § 8. Sundhedsministeriet træffer i øvrigt i tvivlstilfælde afgørelse i sager om, hvorvidt en institution eller lignende er omfattet af forsikringspligten efter lov om patientforsikring. § 9. Bekendtgørelsen træder i kraft den 15. august 1995. Stk. 2. § 1, stk. 1, nr. 3, § 5 og § 7 har virkning fra den 1. juli 1995. Stk. 3. Bekendtgørelse nr. 216 af 27. marts 1992 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring ophæves.
Sundhedsministeriet, den 3. august 1995 YVONNE HERLØV ANDERSEN	/ Peter Jakobsen

Bilag 3

Oversigt over sygehuse, hvormed det offentlige har driftsoverenskomst eller lignende, og som anses for omfattet af lov om patientforsikring Kolonien Filadelfias Epilepsihospital, Dianalund Sclerosehospitalet, Haslev Sclerosehospitalet, Ry Steno Diabetes Center, Gentofte Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Middelfart Gigthospitalet i Skælskør Kong Christian den X's Gigthospital i Gråsten Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem i Skåde, Århus

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 myndighede-
ders varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 2

Medlemmer

§ 3. Medlemmer af foreningen er forsikrings-selskaber, som har tegnet forsikringer omfattet

af lov om patientforsikring, og som har givet sundhedsministeren underretning herom.

§ 4. Medlemmerne er forpligtet af de bestem-melser om forsikringspligtens gennemførelse, der fastsættes af sundhedsministeren.

§ 5. Et medlem, der ophører med tegning af forsikringer omfattet af lov om patientforsik-ring, udtræder af foreningen senest ved kalen-derårets 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 be-står af 7 medlemmer.

Stk. 2. 1 medlem udpeges af sundhedsmini-steren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af for-sikringsselskaberne og de selvforsikrende myndig-heder i forhold til henholdsvis forsikringsselskaber-nes samlede årlige præmieindtægter og et af be-styrelsen 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-

ringsselskaberne, udpeges i fællesskab af forsik-ringsselskaberne.

Stk. 5. Medlemmer, der repræsenterer selv-forsikrende myndigheder, udpeges i fællesskab af de selvforsikrende myndigheder.

Stk. 6. Bestyrelsen foretager den i stk. 2 nævnte opgørelse af medlemsfordelingen og giver årligt forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder meddelelse herom inden udgan-gen af oktober måned, jf. stk. 7.

Stk. 7. Medlemmer af bestyrelsen udpeges for 1 år ad gangen. Medlemsperioden følger ka-lenderåret.

Stk. 8. Der kan udpeges faste suppleanter.

§ 7. Bestyrelsen fastsætter i overensstemmel-se med gældende praksis honorering af med-lekker og formand.

§ 8. Bestyrelsen vælger selv blandt sine med-lekker en formand samt en næstformand, der i formandens fravær træder i dennes sted.

Stk. 2. Bestyrelsen indkaldes til møde, når for-manden finder det fornødent, eller når mindst 3 bestyrelsesmedlemmer fremsætter øns-ke herom. Dagsorden skal angives.

Stk. 3. Der tages referat af bestyrelsens mø-der.

Stk. 4. Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når over halvdelen af bestyrelsesmedlemmerne, herunder formanden eller næstformanden er til stede. Bestyrelsens beslutninger træffes ved al-mindeligt stemmeflertal. I tilfælde af stemme-lighed er formandens stemme afgørende.

§ 9. Bestyrelsen godkender foreningens års-regnskab og foretager valg af revisorer.

Stk. 2. Bestyrelsen træffer i øvrigt nærmere bestemmelse om udførelse af sit hverv ved en forretningsorden, der godkendes af sundheds-ministeren.

Kapitel 4

Foreningens drift, økonomi m.v.

§ 10. Foreningens daglige virksomhed vare-tages af et sekretariat, der ledes af en af besty-relsen udpeget person.

§ 11. Udgifter til foreningens drift og admini-stration samt udgifter, der i øvrigt pålægges fore-ningen efter lov om patientforsikring, afhol-des af hver enkelt af forsikringsselskaberne og de enkelte selvforsikrende myndigheder i forhold

til henholdsvis forsikringsselskaberne samlede år-lige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet årligt præmiebeløb svarende til risiko-en.

Stk. 2. Forsikringsselskaberne og de selvforsik-rende myndigheder hæfter solidarisk for de i stk. 1 nævnte udgifter i henhold til samme for-delingsnøgle.

Stk. 3. Udgifter afholdt af foreningen til de i § 10, stk. 4, nr. 1 og 2, i lov om patientforsikring nævnte puljer, betales af forsikringsselskaberne i forhold til de enkelte forsikringsselskaber årlige præmieindtægt fra forsikringspligtige.

Stk. 4. Erstatninger afholdt i henhold til § 10, stk. 4, nr. 3, i lov om patientforsikring, betales af forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsik-ringsselskaberne samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myn-digheder skønsmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen.

§ 12. Foreningen afgiver en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

§ 13. Foreningen tegnes af bestyrelsens for-mand eller næstformand i forening med et an-det bestyrelsesmedlem eller med lederen af fore-ningens sekretariat.

§ 14. Foreningens regnskabsår er kalender-året.

§ 15. Foreningens regnskab revideres af 2 af bestyrelsen for ét år ad gangen valgte revisorer, hvoraf mindst én revisor skal være statsautori-seret.

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 besty-relse afholdes inden udgangen af april 1992.

Stk. 2. Som betingelse for adgang til at udpe-ge medlemmer til foreningens bestyrelse skal forsikringsselskaber, der har tegnet forsikrin-

Bilag 4

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

Bilag 5

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 315 af 4. maj 1992

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 subsidært 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 dækningssum efter § 8, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 2. Endvidere hæfter de pågældende forsikringsselskaber for de nævnte lovpligtige forsikringer subsidært 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-

Bilag 5

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 ophørt 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.

Sundhedsministeriet, den 4. maj 1992

ESTER LARSEN

Kapitel 4

Forsikringstid

- 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.

§ 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.

Dorte Knudsen

Bilag 6

Justitsministeriets lovebekendtgørelse 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 1

Erstatning og godtgørelse for personskade og tab af forsørger

Personskade

§ 1. Den, der er erstatningsansvarlig for personskade, skal betale erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, helbredelsesudgifter og andet tab som følge af skaden samt en godtgørelse for svie og smerte.

Stk. 2. Har skaden fået varige følger, skal der tillige betales godtgørelse for varigt mén samt erstatning for tab eller forringelse af erhvervsevne.

Stk. 3. Værdien af arbejde i hjemmet lige-stilles med erhvervsindkomst.

Tabt arbejdsfortjeneste

§ 2. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fastsættes for tiden fra skadens indtræden, indtil skadelidte kan begynde at arbejde igen eller skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær.

Stk. 2. I erstatningen fradrages løn under sygdom, dagpenge fra arbejdsgiver eller det sociale udvalg og forsikringsydelse, der har karakter af en virkelig skadeserstatning, samt lignende ydelser til den skadelidte.

Svie og smerte

§ 3. Godtgørelse for svie og smerte udgør for tiden fra skadens indtræden, indtil skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær 100 kr. for hver dag, den skadelidte er sengeliggende, og 50 kr. for hver dag, den skadelidte er syg uden at være sengeliggende. Der kan i særlige tilfælde ydes godtgørelse for svie og smerte, selv om skadelidte ikke er syg. Overstiger godtgørelsen 15.000 kr., kan de beløb, der er nævnt i 1. pkt., fraviges.

Varigt mén

§ 4. Godtgørelse for varigt mén fastsættes til et kapitalbeløb, der beregnes under hensyn til skadens medicinske art og omfang og de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse. 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 mængdegrad 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

Bilag 6

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 skadelidt ved skadens indtræden fyldt 56 år, nedsættes erstatningen med 8 1/2 pct. for hvert år, skadelidt var ældre end 55 år ved skadens indtræden.

Stk. 2. Må det antages, at skadelidt ville have været erhvervsaktiv også efter det fyldte 67. år, kan stk. 1 fraviges helt eller delvis.

Forelæggelse for sikringsstyrelsen

§ 10. Såvel skadelidt som skadevolderen kan indhente en udtalelse om spørgsmålet om fastsættelsen af mængden og erhvervsevnetabsprocenten fra sikringsstyrelsen, jfr. lov om arbejdsskadeersikring.

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

Bilag 6

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 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.). 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 arbejdsskadeersikring, som tilkommer en skadelidt eller efterlevende, kan ikke danne grundlag for regreskrav mod den erstatningsansvarlige. Det samme gælder pensionsydelser, der udbetales af stat, kommune eller i henhold til anden pensionsordning, samt forsikringsydelser uanset forsikringens karakter, jfr. § 22, stk. 2.

Stk. 2. En arbejdsgiver, der har udbetalt dagpenge eller sygeløn til en skadelidt eller har udbetalt dertil knyttede ydelser, kan gøre regres mod den erstatningsansvarlige i det omfang, arbejdsgiveren har lidt et tab.

Overførelse m.v. af erstatnings- og godtgørelseskrav

§ 18. Krav om erstatning og godtgørelse for personskade og krav om erstatning til den, der har mistet en forsørger, kan ikke overdrages, så længe kravet og dets størrelse ikke er anerkendt eller fastslået af domstolene.

Stk. 2. Krav om godtgørelse for personskade falder i arv, når det er anerkendt eller gjort gældende ved sagsanlæg eller under en straffesag ved kravets fremsættelse i retten eller et anklageskrift eller en stævning, der er indleveret til retten.

Stk. 3. Erstatning og godtgørelse som nævnt i stk. 1, der ikke må antages at være forbrugt, indgår ikke i formuefællesskabet mellem ægtefæller ved skifte i anledning af ægteskabs ophør, separation eller bosondring. Erstatningen eller godtgørelsen indgår dog i formuefællesskabet, når den, som erstatningen tilkommer, afgår ved døden, medmindre erstatningen eller godtgørelsen ifølge ægtepagt er særje.

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

Bilag 7

Regnskab
for
2002
11. regnskabsår

Bilag 7

INDHOLDSFORTEGNELSE:	Side
Bestyrelsens beretning	1
Ledelsens og bestyrelsens underskrifter	4
Revisionspåtegning	5
Anvendt regnskabspraksis	6
Resultatopgørelse for 2002	8
Balance pr. 31. december 2002	9
Noter	10

Bilag 7

Indledning

Patientforsikringens opgave er at modtage og afgøre sager efter lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader, samt beregne erstatningernes størrelse.

I 2002 modtog Patientforsikringen i alt 3.558 nye anmeldelser mod 2.969 i 2001. Der blev i løbet af 2002 truffet 3.321 afgørelser efter patientforsikringsloven mod 2.618 i 2001. Der blev samtidigt truffet 2.377 afgørelser efter erstatningsansvarsloven mod 2.062 i 2001, og tilkendt erstatninger for et samlet beløb på ca. 225 mio. kr. ekskl. renter, hvilket er en stigning på ca. 18 mio. kr. i forhold til 2001. Disse udgifter afholdes af forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder.

Patientforsikringen har i 2002 haft administrationsomkostninger på kr. 30.156.157 hvortil kommer skatter og afgifter på kr. 1.853.571.

Udgifterne til Patientskadeankenævnets drift udgjorde kr. 13.588.849 kr.

De samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen har således i 2002 udgjort kr. 45.598.577.

Der har i 2002 været samlede indtægter på kr. 43.366.576.

Differencen på kr. 2.232.001 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 2002 uændret i forhold til 2001.

Personale og konsulentbistand

Patientforsikringen havde ved udgangen af 2002 ca. 47 medarbejdere, hvilket er en stigning på 4 medarbejdere i forhold til 2001.

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 havde ved udgangen af 2002 ansat 14 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 enkeltssager.

Sagsbehandlingen

Antallet af anmeldelser steg med 589 i 2002. Ved budgetlægningen for 2002, var det lagt til grund, at væksten ville være uændret i forhold til 2001, således at an-

Bilag 7

tallet af anmeldelser alene ville stige med 200-250 sager, til i alt 3.200. Det væsentligt større antal anmeldelser end forventet har naturligvis haft konsekvenser for sagsbehandlingen, herunder den tid der medgår til at træffe afgørelse.

Patientforsikringen forventede ved budgetlægningen, at sagsbehandlingstiden vil falde fra 255 dage ved udgangen af 2001 til 180 dage ved udgangen af 2002. Sagsbehandlingstiden faldt alene til 229 dage.

Patientforsikringen finder fortsat, at en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på ca. ½ år er et realistisk mål, som også er lagt til grund ved budgetlægningen for 2003, således at den vil kunne nås med udgangen af året. Dette forudsætter imidlertid, at antallet af nye anmeldelser ikke stiger ud over det forventede.

Patientforsikringen foretog i 2001 en række ændringer med henblik på en fortsat forbedring og effektivisering af sagsbehandlingen. Patientforsikringens EDB-systemer blev forbedret på en række væsentlige punkter og sagsbehandlingsprocedurer blev omlagt. Forbedringerne slog dog først fuldt ud igennem ved indgangen til 2002.

Som det fremgår nedenfor var den gennemsnitlige administrationsudgift i 2002 den laveste i de seneste 5 år.

År	Antal afgørelser efter PFL og EAL	Pris pr. afgørelse
2002	5.698	5.618
2001	4.680	5.895
2000	4.430	5.718
1999	4.141	5.636
1998	3.701	6.744
1997	3.684	4.672

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 2002 forventes udsendt i forsommeren 2003.

Patientforsikringen har i anledning af Patientforsikringens 10 års jubilæum i 2002 udgivet et jubilæumsskrift med artikler af en række forfattere, der har beskæftiget sig med patientforsikringsordningen samt en omfattende praksissamling.

Patientforsikringens årsberetninger, jubilæumsskrift, praksissamling og anden information om patientforsikringsloven findes på www.patientforsikringen.dk

Administrationsaftaler

Patientforsikringens lønadministration er i sommeren 2002 overgået fra KommuneForsikring til Kommunedata.

Patientforsikringens betalings- og bogføringsfunktion er overgået fra KommuneForsikring til Deloitte & Touche, der også fremover skal yde regnskabsmæssig bistand.

Bilag 7

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

Lægemiddelskader

Patientforsikringen administrerer tillige Lov om erstatning for lægemiddelskader, der trådte i kraft pr. 1. januar 1996.

Sundhedsministeriet og Patientforsikringen har indgået aftale om, at Patientforsikringen træffer afgørelse i sager vedrørende lægemiddelskader som 1. instans. Afgørelserne kan indbringes for et 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 %. Beløbet er momspligtigt. Patientforsikringen modtog 132 anmeldelser i 2002. Administrationsudgiften udgjorde knapt 1,3 mio. kr.

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

Ændringer i Patientforsikringsloven

I forbindelse med finanslovsaftalen for 2003, er der i Folketinget indgået aftale om en udvidelse af først og fremmest Patientforsikringslovens dækningsområde. Udvidelsen betyder, at loven - formentlig fra 1. januar 2004 - også kommer til at omfatte den primære sundhedstjeneste, herunder praktiserende læger og speciallæger, samt private sygehuse.

Lovforslaget forventes vedtaget i folketingssamlingen 2002/2003 og Patientforsikringen vil straks herefter påbegynde ændringerne i de administrative systemer, som en sådan lovudvidelse nødvendiggør.

Antallet af anmeldelser fra den primære sundhedstjeneste skønnes at udgøre en tiendedel af antallet fra offentlige sygehuse, når udvidelsen har været i kraft i en kortere årrække.

Indenfor denne periode skønner Patientforsikringen en stigning i de administrative udgifter på ca. 8 mio. kr. og erstatningsudgifterne på ca. 40 mio. kr.

Fremtidige omkostninger ved lovens administration

Bestyrelsen har i september 2002 godkendt et budget for 2003 på kr. 47.007.000. Budgettet er fastlagt ud fra en forventning om en stigning i antallet af anmeldelser til i alt 3.800.

På baggrund af udvidelsen af lovens dækningsområde og den kraftige stigning i antallet af anmeldelser fra offentlige sygehuse, forventer Patientforsikringen i løbet af 2003 at indgå aftale om en udvidelse af Patientforsikringens eksisterende lejemål på Nytorv.

Bilag 7

LEDELSENS OG BESTYRELSENS UNDERSKRIFTER

Patientforsikringen
København, den 15. maj 2003

Ledelsen:

Arne Grünfeld
Direktør

Ole Graugaard
Sekretariatschef

Bestyrelsen:

Formand
Poul Erik Svendsen

Næstformand
Margit Ørsted

Bestyrelsesmedlem
Hjerdís Høegh-Andersen

Bestyrelsesmedlem
Dorte Knudsen

Bestyrelsesmedlem
Mikael Rosenmejer

Bestyrelsesmedlem
Lars Østenfeld

Bestyrelsesmedlem
Carl Johan Rasmussen

Bilag 7

Revisionspåtegning afgivet af foreningens uafhængige revisor

Til medlemmerne i Patientforsikringen

Vi har revideret årsregnskabet for Patientforsikringen for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2002.

Foreningens ledelse har ansvaret for årsregnskabet. Vort ansvar er på grundlag af vor revision at afgive en konklusion om årsregnskabet.

Den udførte revision

Vi har udført vor revision i overensstemmelse med danske revisionsstandarder. Disse standarder kræver, at vi tilrettelægger og udfører revisionen med henblik på at opnå høj grad af sikkerhed for, at årsregnskabet ikke indeholder væsentlig fejlinformation. Revisionen omfatter stikprøvevis undersøgelse af information, der understøtter de i årsregnskabet anførte beløb og oplysninger. Revisionen omfatter endvidere stillingtagen til den af ledelsen anvendte regnskabspraksis og til de væsentlige skøn, som ledelsen har udøvet, samt vurdering af den samlede præsentation af årsregnskabet. Det er vor opfattelse, at den udførte revision giver et tilstrækkeligt grundlag for vor konklusion.

Revisionen har ikke givet anledning til forbehold.

Konklusion

Det er vor opfattelse, at årsregnskabet giver et retvisende billede af foreningens aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2002 samt af resultatet af foreningens aktiviteter for regnskabsåret 1. januar - 31. december 2002 i overensstemmelse med den danske lovgivnings krav til regnskabsaflæggelsen.

København, den 15. maj 2003

DELOITTE & TOUCHE
Statsautoriseret Revisionsaktieselskab

KOMMUNERNES REVISION

Anders O. Gjelstrup
Statsautoriseret revisor

Ulrik Klausen
Afdelingschef

Bilag 7

ANVENDT REGNSKABSPRAKSIS

Årsregnskabet er aflagt i overensstemmelse med lov om patientforsikring 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 foreningen fastsatte, skønnede præmie for selvforsikrede myndigheder og det af bestyrelsen godkendte budget for 2002 på kr. 41.508.000.

Følgende fire forsikringsselskaber havde pr. 1. januar 2002 tegnet patientforsikring for 2002:

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 Patientenskadeankenævnet - 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 patientskadesager, der ikke er omfattet af lov om patientforsikring.

Gebyrerne er momspligtige.

Patientforsikringen har i 2002 endvidere behandlet sager anmeldt efter Lov om erstatning til patienter behandlet med Bone-loc-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 2002, idet loven er ophørt med udgangen af året.

Bilag 7

Kapitalandele

Unoterede kapitalandele værdiansættes til en skønnet markedsværdi baseret på det seneste foreliggende årsregnskab for den pågældende virksomhed.

Administrationsomkostninger

Administrationsomkostninger omfatter de periodiserede udgifter, der kan henføres til regnskabsåret.

Alle anskaffelser, herunder indretning af lejede lokaler, udgiftsføres i regnskabsåret.

Der var i 2002 i lighed med tidligere år indgået en administrationsaftale med KommuneForsikring. Efter denne aftale udførte KommuneForsikring lønadministration, betalings- og bogføringsfunktion samt regnskabsmæssig bistand. Aftalen var baseret på omkostningsdækning.

Efter KommuneForsikrings opsigelse af aftalen, er lønadministrationen pr. 1. juli 2002 overgået til Kommunedata, og varetagelsen af betalings- og bogføringsfunktion samt regnskabsmæssig bistand er pr. 1. januar 2003 overgået til Deloitte & Touche. Deloitte og Touche har endvidere varetaget udarbejdelsen af regnskab 2002.

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

Egenkapital

Patientforsikringen har ikke nogen egentlig egenkapital, idet det forudsættes, at likviditetsbehovet er opfyldt gennem henrettelserne til skyldige feriepenge.

Tilgodehavende i form af administrationsbidrag

Beløbet vedrører for lidt opkrævet administrationsbidrag hos forsikringsselskaber og selvforsikrende.

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.

Bilag 7

Patientforsikringen

RESULTATOPGØRELSE FOR 2002

Note	2002 Regnskab kr.	2001 Regnskab kr.
BIDRAG		
1 Administrationsbidrag	41.508.006	38.303.000
	<u>41.508.006</u>	<u>38.303.000</u>
2 ANDRE INDTÆGTER	<u>1.693.669</u>	<u>1.590.816</u>
ADMINISTRATIONSOMKOSTNINGER		
Løn og honorarer	(23.347.428)	(20.977.557)
Husleje m.v.	(2.603.308)	(2.353.083)
Fremmede tjenesteydelser	(1.009.747)	(952.608)
Kontorhold m.v.	(1.078.046)	(1.079.498)
Øvrige administrationsomkostninger	(1.685.941)	(1.289.718)
Anskaffelser	(431.687)	(824.941)
	<u>(30.156.157)</u>	<u>(27.477.405)</u>
5 UREALISEREDE NEDSKR./OPSKR.	<u>2.666</u>	<u>3.475</u>
3 RENTER	<u>162.235</u>	<u>269.537</u>
PATIENTSKADEANKENÆVNET	<u>(13.588.849)</u>	<u>(11.415.000)</u>
4 SKATTER OG AFGIFTER	<u>(1.853.571)</u>	<u>(1.719.596)</u>
RESULTAT	<u>(2.232.001)</u>	<u>(445.173)</u>
RESULTATDISPONERING		
Resultat	(2.232.001)	(445.173)
Opkrævning af feriepenge pr. 31.12.2000		(1.725.797)
Tilbagebetaling af egenkapital		<u>1.000.000</u>
ARETS RESULTAT	<u>(2.232.001)</u>	<u>(1.170.970)</u>
(Opkræves hos medlemmerne)		

Bilag 7

Patientforsikringen		
BALANCE PR. 31.12.2002		
Note	2002 Regnskab kr.	2001 Regnskab kr.
AKTIVER		
ANLÆGSAKTIVER		
5 Kapitalandele	38.505	35.839
TILGODEHAVENDER		
6 Tilgodehavende adm.bidrag	3.422.987	1.170.970
Regulering af adm.bidrag til KommuneForsikring	-	15.079
Andre tilgodehavender	1.787.293	2.084.605
Mellemregning m. KommuneForsikring	138.387	-
Periodeafgrænsningsposter	706.794	95.579
	6.055.441	3.366.233
LIKVIDER		
Bankbeholdning	9.333.537	783.035
	9.333.537	783.035
AKTIVER IALT	15.427.483	4.185.107
PASSIVER		
EGENKAPITAL		
	0	0
GÆLD		
7 Skyldige lønrelaterede poster	2.506.684	2.779.504
Kreditorer	1.332.452	729.594
Mellemregning m/KF	-	144.679
Moms	353.277	531.330
Periodeafgrænsningsposter	11.235.070	-
	15.427.483	4.185.107
PASSIVER IALT	15.427.483	4.185.107
8 Eventualforpligtelser		

Bilag 7

Patientforsikringen		
NOTER		
Note	2002 Regnskab kr.	2001 Regnskab kr.
1 Administrationsbidrag		
KommuneForsikring	11.635.239	9.586.072
Købstædernes Forsikring	19.001.744	18.677.556
Zürich	54.500	73.880
XL Winterthur	46.701	64.992
Århus Amt	5.128.461	4.614.828
Vestsjællands Amt	1.941.979	1.829.452
Viborg Amt	1.789.304	1.637.276
Undervisningsministeriet	40.863	57.368
Ringkøbing Amtskommune	1.869.215	1.761.576
	41.508.006	38.303.000
2 Andre indtægter		
Administration af lægemiddelskader	1.286.116	1.245.816
Honorar for udtalelser	133.500	82.000
Ekstraordinære indtægter	170.053	55.000
Adm.bidrag for boneloc-sager	104.000	208.000
	1.693.669	1.590.816
3 Renter		
Renteindtægter	163.366	270.322
Renteudgifter	(1.131)	(785)
	162.235	269.537
4 Skatter og afgifter		
AER-bidrag	(48.100)	(62.948)
Lønsumsafgift	(1.802.702)	(1.654.002)
Andre afgifter	(2.769)	(2.646)
Finansieringsbidrag	-	-
	(1.853.571)	(1.719.596)
Patientforsikringen er ikke skattepligtig af virksomhed udøvet i henhold til lov om patientforsikring		

Bilag 7

Patientforsikringen			
NOTER			
Note	2002 Regnskab kr.	2001 Regnskab kr.	
5 Kapitalandele			
Anskaffelsessum pr. 01.01.	118.227	118.227	
Nyanskaffelser	-	-	
Anskaffelsessum pr. 31.12.	118.227	118.227	
Nedskrivninger pr. 01.01.	(82.388)	(85.863)	
Tilbageførsel af nedskrivning	2.666	3.475	
Nedskrivninger pr. 31.12.	(79.722)	(82.388)	
Bogført værdi pr. 31.12.	38.505	35.839	
6 Tilgodehavende administrationsbidrag			
Bidrag til Patientforsikringen opkræves på grundlag af foreningens budget. For meget eller for lidt opkrævet bidrag reguleres over næstfølgende års bidrag.			
7 Skyldige lønrelaterede poster			
Skyldig A-skat	-	476.746	
Skyldig AM-bidrag	-	109.123	
Skyldig SP-bidrag	-	13.485	
Skyldig ATP	30.641	30.118	
Skyldig pension	175.332	8.114	
Skyldig gruppeliv	1.430	-	
Lønsumsafgift	163.129	141.603	
Versur løn	879	-	
Skyldige feriepenge	2.135.273	2.000.315	
	2.506.684	2.779.504	
8 Eventualforpligtelser			
Foreningen har følgende forpligtelser:			
Huslejekontrakt	0,9 mio. kr.		
Leasingaftale	0,9 mio. kr.		

Bilag 8

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 I

Lovens anvendelsesområde

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

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg), der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af persons sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorere. Til forsøgspersoner og donorer, der er omfattet af bestemmelsen, ydes også erstatning for psykisk skade.

Stk. 3. Med lægemiddelskade sidestilles skade forårsaget af et lægemiddel på en person, der plejer eller behandler den, til hvem et lægemiddel er ordineret. Erstatning ydes kun i det omfang, skaden ikke dækkes af lov om forsikring mod følger af arbejdsskade.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke skader efter stk. 1-3 der er omfattet af loven.

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

§ 3. Ved et lægemiddel forstås i denne lov en vare, som er bestemt til at tilføres mennesker for at forebygge, erkende, lindre, behandle el-

ler helbrede sygdom, sygdomssymptomer og smerter eller for at påvirke legemsfunktioner.

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

Stk. 3. Magistrelt fremstillede lægemidler og lægemidler, der efter forudgående tilladelse fra Sundhedsstyrelsen importeres til brug for enkeltpersoner, er omfattet af loven.

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

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke lægemidler m.v. efter stk. 1-4 der er omfattet af loven.

§ 4. En lægemiddelskade forvoldt af et receptpligtigt lægemiddel erstattes kun, hvis lægemidlet er ordineret til skadelidte.

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

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

§ 6. En lægemiddelskade, der er opstået som følge af bivirkninger af et lægemiddel, erstattes kun, hvis bivirkningerne efter deres karakter

eller omfang går ud over, hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere. Bestemmelsen omfatter både kendte og ukendte samt konkret påregnelige og upåregnelige bivirkninger.

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

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

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke lægemiddelskader efter §§ 4-6 der er omfattet af loven.

§ 7. Der ydes kun erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forårsaget ved brug af lægemidler.

§ 8. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader.

Kapitel 2

Erstatningsudmåling m.v.

§ 9. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar, jf. dog reglerne i dette kapitel.

Stk. 2. Erstatning m.v. ydes kun, såfremt beløb fastsat efter stk. 1 overstiger 3.000 kr.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

Stk. 4. Stk. 2 og 3 finder ikke anvendelse på lægemiddelskader, der er omfattet af § 1, stk. 2.

§ 10. Erstatning ydes ikke til dækning af afledte regreskrav, jf. § 17 i lov om erstatningsansvar.

§ 11. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 12. Ved en serieskade forstås lægemiddelskader, som er påført flere personer og forårsaget af samme egenskab hos samme substans i et eller flere lægemidler, og

1) som beror på bivirkninger, der ikke på tidspunktet for lægemidlets udlevering var angivet i det af Sundhedsstyrelsen godkendte resumé af lægemidlets egenskaber eller registreret i lægemiddelkataloget, og som medfører skade af en sådan karakter, at denne ikke ved lægemidlets udlevering burde være forudset af en fagmand, eller

2) som skyldes en defekt ved lægemidlet som følge af instruktions-, fabrikations- 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. Indrevne 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

Sageres 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 dets 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

Bilag 8

4

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. lovbekendtgørelse 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

Bilag 9

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

Bilag 10

Anmeldelser og anerkendelser fordelt på sygehuse

Antal anmeldelser og antal anerkendelser i perioden 1992 til 2001 pr. 1.000 udskrivninger

Københavns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
KAS Gentofte	720	1,88	238	0,62
KAS Glostrup	725	1,89	282	0,74
KAS Herlev	680	1,90	237	0,66
I alt	2.125	1,88	757	0,67

Frederiksborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Esbonderup Sygehus	4	0,58	-	-
Frederikssund Sygehus	218	2,08	87	0,83
Hilleroed Sygehus	635	1,78	191	0,54
Hørsholm Sygehus	188	3,69	68	1,33
Helsingør Sygehus	203	2,42	85	1,01
I alt	1.248	2,07	431	0,72

Roskilde Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset Roskilde	318	1,16	104	0,38
Roskilde Amts Sygehus Køge	417	3,20	140	1,08
Amtssygehuset Fjorden	5	0,38	1	0,08
I alt	740	1,83	245	0,61

Vestsjællands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Epilepsihospitalet i Dianalund	3	0,36	1	0,12
Psykatrihospitalet i Dianalund	2	0,33	1	0,17
Holbæk Sygehus	332	1,89	110	0,63
Kalundborg Sygehus	78	1,29	26	0,43
Nykøbing Sj. Sygehus	47	1,85	18	0,71
Ringsted/Haslev Sygehus	76	2,06	27	0,73
Slagelse Sygehus	294	1,62	97	0,53
Hong Sygehus/Sæby Sygehus	13	0,86	4	0,26
Amtshospitalet i Nykøbing Sj.	2	0,34	1	0,17
I alt	847	1,68	285	0,57

Storstrøms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset i Fakse	51	1,32	13	0,34
Amtssygehuset i Nakskov	70	1,46	17	0,35
Amtssygehuset i Stege	47	1,77	21	0,79
Centralsygehuset i Nykøbing F. incl. Maribo	274	1,86	100	0,68
Centralsygehuset i Næstved incl. Vordingborg	333	1,46	126	0,55
I alt	775	1,58	277	0,57

Bilag 10

Bornholms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Bornholms Centralsygehus	160	2,09	69	0,90
I alt	160	2,09	69	0,90

Fyns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Assens Sygehus	1	0,18	0	0
Bogense Sygehus	4	0,52	0	0
Fåborg Sygehus	57	0,82	20	0,29
Middelfart Sygehus	165	2,22	75	1,01
Nyborg Sygehus	76	1,48	31	0,60
Odense Universitetshospital	966	1,60	355	0,59
Ringe Sygehus	3	0,37	0	0
Rudkøbing Sygehus	3	0,27	1	0,09
Svendborg Sygehus	232	1,57	99	0,67
Ærøskøbing Sygehus	14	1,09	6	0,47
I alt	1.521	1,52	587	0,59

Sønderjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Augustenborg Sygehus	4	0,20	0	0
Haderslev Sygehus	194	1,62	76	0,63
Sønderborg Sygehus	280	1,38	96	0,47
Tønder Sygehus	88	1,56	44	0,78
Åbenrå Sygehus	149	2,66	44	0,79
I alt	715	1,61	260	0,58

Ribe Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Grindsted-Brørup Sygehuse	95	1,08	38	0,43
Centralsygehuset Esbjerg-Varde incl. Sct. Josephs Hospital	535	1,65	206	0,63
Ribe Sygehus	9	2,76	1	0,31
Psykiatrisk afd. ved Ribe	5	0,33	0	0
I alt	644	1,55	245	0,59

Vejle Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brædstrup Sygehus	28	0,52	9	0,17
Fredericia Sygehus	113	1,12	37	0,37
Givø Sygehus	63	2,86	20	0,91
Horsens Sygehus	215	1,58	85	0,62
Kolding Sygehus	209	1,07	71	0,36
Vejle Sygehus	342	1,61	125	0,59
I alt	970	1,35	347	0,48

Bilag 10

Ringkøbing Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Herning Centralsygehus	253	1,32	76	0,40
Holstebro Centralsygehus	307	1,77	131	0,76
Lemvig Sygehus	30	0,80	13	0,35
Psykiatrien i Ringkøbing Amt	1	-	0	-
Ringkøbing Sygehus	68	1,52	19	0,42
Tarm Sygehus	58	1,55	26	0,69
I alt	717	1,48	265	0,55

Århus Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Grenå Centralsygehus	116	1,72	50	0,74
Hammel Fysiurgiske Hospital	2	0,58	0	0
Marselisborg Hospital	12	0,25	0	0
Odder Sygehus	73	1,03	24	0,34
Psykiatrien i Århus incl. Risskov	16	0,32	3	0,06
Randers Centralsygehus	305	1,59	129	0,67
Silkeborg Centralsygehus	315	2,61	135	1,12
Skejby Sygehus	327	0,85	130	0,34
Tranebjerg Sygehus	8	0,72	3	0,27
Århus Amtssygehus	328	2,16	104	0,68
Århus Kommunehospital	766	2,77	290	1,05
I alt	2.268	1,71	868	0,65

Viborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Viborg-Kjellerup Sygehus	403	1,54	163	0,62
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	231	1,80	91	0,71
Skive Sygehus	105	1,41	31	0,41
Psykiatrisk Sygehus, Sønderøparken	3	0,26	0	0
I alt	742	1,60	285	0,61

Nordjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brovst Sygehus	20	0,74	8	0,29
Dronninglund Sygehus	49	1,16	20	0,47
Farsø Sygehus	95	1,96	40	0,83
Frederikshavn-Skagen Sygehus	152	1,54	61	0,62
Hjørring/Brønderslev Sygehus	280	1,67	87	0,52
Hobro/Terndrup Sygehus	81	1,14	36	0,51
Brønderslev (psykiatrisk)	1	-	0	-
Ålborg Sygehus	771	1,66	270	0,58
Ålborg Psykiatrisk Hospital	5	0,42	1	0,08
I alt	1.454	1,58	523	0,57

Hovedstadens Sygehusfællesskab

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amager Hospital *	341	2,11	143	0,89
Bispebjerg Hospital	511	1,91	202	0,75
Frederiksberg Hospital	305	1,86	127	0,78
Hvidovre Hospital	656	1,65	214	0,54
Kommunehospitalet	13	1,28	-	-
Rigshospitalet	1.414	1,91	483	0,65
Sct. Hans Hospital	5	0,39	0	0
I alt	3.245	1,86	1.169	0,67

* incl. udskrivninger fra Sankt Elisabeth, Københavns Amt