

# Årsberetning

2002 & 2003

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>Beretning for Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring for årene 2002 og 2003</b> .....	<b>6</b>
<b>Kapitel 1: Udvikling af patientforsikring</b> .....	<b>8</b>
1.1. Hvad er patientforsikring .....	8
1.2.1. Patientforsikringsloven .....	8
1.2.2. Lovens dækningsområde .....	8
1.3. Udviklingen af Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring .....	10
1.4. Udvidelse af patientforsikringslovens dækningsområde .....	10
<b>Kapitel 2: Indholdet i DTF's patientskedeforsikring</b> .....	<b>12</b>
2.1. Organisation .....	12
2.2. Dækningsområde .....	12
2.3. Patientforsikringsdækningen .....	13
2.4. Erstatningsberegning .....	15
2.5. Forholdet mellem forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar .....	16
2.6. Ansvarsdækningen .....	16
2.7. Patientskadesforsikringen og klagesystemet .....	16
<b>Kapitel 3: Sagsbehandlingen</b> .....	<b>18</b>
3.1.1. Ansvar/patientskade .....	18
3.2. Talmæssige oplysninger .....	18
<b>Kapitel 4: Tandskadeankenævnets virksomhed</b> .....	<b>28</b>
4.1. Ankenævnets etablering og sammensætning .....	28
4.2. Sagsgangen .....	28
4.3. Statistiske oplysninger om Tandskadeankenævnets virksomhed 2002-2003 .....	30
<b>Kapitel 5: Problemstillinger belyst ved hjælp af eksempler på Tandskadeankenævnets afgørelser</b> .....	<b>33</b>
5.1. Dækningsområdet i patientforsikringslovens § 1 .....	33
5.2. Fysisk Skade .....	34
5.3. Erstatningsgrundlaget i patientforsikringslovens § 2 .....	37
5.4.1. § 2, stk. 1, nr. 1 – specialistreglen .....	38
5.4.2. § 2, stk.1, nr. 3 – Ligeværdig metode eller teknik .....	40
5.4.3. § 2, stk. 1, nr. 4 – tålereglen .....	40
5.4.4. § 3, stk. 2 .....	41
5.5. Erstatningsudmåling .....	42
5.5.1. Beregning af fradrag i erstatning .....	42
5.5.2. Godtgørelse for varigt mén .....	43
5.5.3. Skadesudbedring ved implantatbehandling .....	44
5.5.4. Erstatning for midlertidige gener .....	46

5.5.5. Skade dækket af anden forsikring .....	46
5.5.6. Vurdering af skadens omfang .....	47
5.5.7. Dækning af advokatudgifter .....	47
5.5.8. Godtgørelse for svie og smerte .....	47
5.6. Forældelse .....	48
<b>Kapitel 6: Særlige problemstillinger .....</b>	<b>50</b>
6.1. Erstatningsgrundlag ved nerveskader efter fjernelse af visdomstænder i underkæben .....	50
6.2. Betydningen af patientens indstilling til behandlingsmulighederne .....	53
<b>Bilagliste .....</b>	<b>59</b>
Bilag 1: Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24/03/1997 samt ændring af 02/06/1999 .....	60
Bilag 2: Lov om ændring af lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader og om ophævelse af lov om erstatning for vaccinationskader, lov nr. 225 af 04/06/2003 .....	66
Bilag 3: Bekendtgørelse af 12/12/2003 om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring og Tandskadeankenævnet .....	70
Bilag 4: Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar nr. 750 af 04/09 2002 .....	72
Bilag 5: Uddrag af forsikringsbetingelserne .....	80
Bilag 6: Forretningsorden for Tandskadeankenævnet .....	93
Bilag 7: Patientfolder "Når skaden er sket" .....	96
Bilag 8: Skadeanmeldelsesblanket til DTFs Praksisforsikring .....	102

# Forord

Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring fremlægger hermed sin årsberetning for 2002-2003.

Det har været forsikringens ambition at være et supplement til Den offentlige Patientforsikring for patienter, der bliver behandlet i privat tandlægepraksis. Forsikringen er tilpasset de særlige forhold, der gælder for tandlægepatienter – forhold, der på væsentlige områder adskiller sig fra Den offentlige Patientforsikrings målgruppe.

Den 10. juni 2003 vedtog Folketinget, "Lov om ændring af lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader og om ophævelse af lov om erstatning for vaccinations-skader". Loven inddrager praktiserende autoriserede sundhedspersoner m.fl. under patientforsikringsordningen m.v. og træder i kraft 1. januar 2004.

Loven giver mulighed for, at Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring fortsat kan varetage forsikringsdækningen for tandlægepatienter. "Bekendtgørelse om henlæggelse af behandling af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og Tandskadeankenævnet" fastsætter, at forsikringen omfatter såvel skader opstået hos privatpraktiserende tandlæger som skader opstået hos offentligt ansatte tandlæger.

Årsberetningen omhandler dels Patientskedeforsikringens virksomhed, dels Tandskadeankenævnets virksomhed.

Ud over en talmæssig belysning af forsikringens virksomhed er der i beretningen lagt vægt på at belyse forsikringens og Tandskadeankenævnets praksis gennem en række eksempler på afgørelser. Da kendskab til forsikringens erstatningsregler er en forudsætning for forståelsen af afgørelserne, er der ligeledes i starten en gennemgang af reglerne.

Da forsikringens erstatningsregler på væsentlige områder er anderledes end almindelige erstatningsregler, er et vist kendskab til forsikringsbetingelserne og forsikringens afgørelser væsent-

ligt for at sikre, at patienter får den erstatning, som de er berettiget til.

Det er Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikrings håb, at beretningen vil være nyttig for alle, der kan blive berørt af forsikringens virksomhed.

## **Bo von Eyben**

*Formand for Tandskadeankenævnet*

## **Jahn Legarth**

*Formand for Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring*

# Beretning for Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring for årene 2002 og 2003

*Kapitel 1* indeholder en beskrivelse af optakten til patientforsikringslovens tilblivelse og Dansk Tandlægeforenings overvejelser i forbindelse hermed.

Disse overvejelser mundede ud i etablering af Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring (i det følgende kaldet Patientskadeforsikringen), der i forenklet form trådte i kraft den 1/1 1990.

Patientskadeforsikringen udvikledes og ændredes løbende frem til 1/1 1995, hvorefter forsikringsbetingelsernes erstatningsregler blev bragt i overensstemmelse med Den offentlige Patientforsikring dog således, at Patientskadeforsikringen på enkelte punkter dækkede bedre end den offentlige ordning.

Den 10. juni 2003 blev lovforslag om at udvide loven til at omfatte alle praktiserende autoriserede sundhedspersoner vedtaget til ikrafttræden den 1. januar 2004 (Bilag 2).

Den 12. december 2003 udsendte Indenrigs- og Sundhedsministeriet "Bekendtgørelse om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring og Tandskadeankenævnet", hvorefter Forsikringen pr. 1. januar 2004 varetager forsikringen omhandlende alle autoriserede tandlæger (Bilag 3).

Aftale om Patientskadeforsikringen er indgået mellem Dansk Tandlægeforening og Forsikrings-selskabet Codan.

*Kapitel 2* beskriver indholdet i Patientskade-forsikringen, der er en vigtig del af et kollektivt obligatorisk forsikringskompleks for praktiserende tandlæger kaldet Praksisforsikringen.

Praksisforsikringsordningen varetages af et paritetisk sammensat udvalg mellem Dansk Tandlægeforening og Codan kaldet Praksisforsikringsudvalget.

Patientskadeforsikringens dækningsområde svarer til patientforsikringslovens §§ 1, 2 og 3, stk. 1 og 3.

Derudover dækker Patientskadeforsikringen

ned til en minimumsgrænse for erstatningsudbetaling på 1.000 kr. mod patientforsikringslovens 10.000 kr., ligesom tandlægeordningen dækker skader under 1.000 kr., såfremt tandlægen er ansvarlig for skadens opståen bedømt efter culpa-reglen.

Endelig dækker tandlægeordningen skader, der er konstateret i forsikringstiden. Efter patientforsikringsloven skal skaden være forårsaget i forsikringstiden.

Patientskadeforsikringen dækker alle behandlinger foretaget af praktiserende tandlæger, der er medlemmer af Dansk Tandlægeforening.

Alle tandlæger, der har ydernummer, er medlemmer af Dansk Tandlægeforening.

Erstatninger og godtgørelser fastsættes efter reglerne i Erstatningsansvarsloven.

Et særligt forhold ved behandling af tandlægeskader er, at der ofte indgår elementer af kontraktretlig karakter.

Under forudsætning af, at der er indtrådt en erstatningsberettigende skade, har Patientskade-forsikringen kompetence til også at afgøre disse spørgsmål, f.eks. beslutning om tandlægens tilbagebetaling af erlagt honorar for ikke honorarværdigt arbejde eller betaling af udgiften til omgørelse af ikke honorarværdigt arbejde.

*Kapitel 3* beskriver sagsgangen i skadesbe-handlingen samt belyser ordningen ved hjælp af talmæssige oplysninger. Når en skade anmeldes, varetages sagsbehandlingen af forsikrings-selskabet, der i overensstemmelse med forsikrings-betingelserne fremkommer med en afgørelse. Klager over forsikringsafgørelser blev indtil 1/1 1998 indbragt til og afgjort i det før omtalte Praksisforsikringsudvalg.

Efter 1/1 1998 bliver sådanne klager behandlet i et uafhængigt ankenævn. Ankenævnet beskrives i 4. kapitel.

Der er i år 2002 afgjort 704 sager og i år 2003 672 sager i første instans. Antallet af anmeldte sager var i årene henholdsvis 708 og 684. I

2002 var 62% af sagerne afsluttet senest 6 måneder efter anmeldelsen, og i 2003 var 79% af sagerne afsluttet inden for 6 måneder.

Skadernes karakter registreres i en database med henblik på at kunne identificere behandlingstyper eller metoder, der giver særlig risiko for skader.

De hyppigste skader har været gennembrydning af rodoverfladen ved stiftudboringer samt nervebeskadigelser i forbindelse med kirurgiske indgreb.

Der er i 2002 udbetalt og hensat erstatninger til et samlet beløb på ca. 6,5 mio. kr. og i 2003 på ca. 4,9 mio. kr.

I de sidste 4 år har ca. 25 % af de erstatningsberettigende skader medført udbetaling på beløb under 10.000 kr., der er minimumsgrænsen i Den offentlige Patientforsikring.

*Kapitel 4* beskriver patientskadesforsikringens ankenævns etablering, sammensætning og funktion.

Ankenævnet etableredes for at sikre tandlægepatienterne samme retsstilling i erstatningsmæssig sammenhæng som patienter, hvis sager behandles i Den offentlige Patientforsikring.

Nævnet blev etableret pr. 1/1 1998 og består af 7 medlemmer, nemlig en formand, der skal være jurist og opfylde kravene til at kunne udnævnes til landsdommer eller være fastansat universitetslærer i retsvidenskab, 1 repræsentant for Forbrugerrådet, 1 repræsentant for Amtsrådsforeningen/Sygesikringens Forhandlingsudvalg, 1 repræsentant for Patientforsikringen/Patient-skadeankenævnet samt 3 tandlæger udpeget af Dansk Tandlægeforening (DTF).

Derudover er der tilknyttet en fast uafhængig odontologisk sagkyndig.

Ankeberettiget er skadelidte, skadevoldende tandlæge, forsikringstager (DTF) eller andre med retlig interesse i sagen.

Ankenævnet arbejder efter en forretningsorden, der følger reglerne for det offentlige Patientskadeankenævn.

Der er i beretningsperioden indgivet anke i 165 sager, hvilket svarer til en ankeprocent på 12,0%, et fald i forhold til forrige beretningsperiode, hvor ankeprocenten var 18,6% .

Der er i samme periode afsluttet 219 sager, heraf er 20 sager forligt, hjemvist eller anken er trukket tilbage, og den gennemsnitlige sagsbe-

handlingstid i Tandskadeankenævnet var i årene 2002 og 2003 mellem 5 og 5½ måned.

Af de 199 afgjorte sager er omkring 76% stadfæstet og 24% ændret.

*Kapitel 5* belyser ved eksempler afgørelserne i forskellige sager opdelt på årsagerne til erstatningsberettigelse.

*Kapitel 6* omhandler særlige problemstillinger i forbindelse med erstatningsgrundlag ved nerveskader og betydningen af patienters indstilling til behandlingsmulighederne.

# 1 Udvikling af patientforsikring

## 1.1. Hvad er patientforsikring

Med vedtagelse af patientforsikringsloven (PFL) (lov nr. 367 af 6. juni 1991), som trådte i kraft den 1. juli 1992, ønskede lovgiver at indføre mere brugervenlige regler for erstatning for skader opstået i forbindelse med behandlinger i sundhedsvæsnet.

I bemærkningerne til lovforslaget er formålet med PFL beskrevet således:

*“Formålet med lovforslaget er at oprette en offentlig styret patientforsikring, hvorefter der gives patienter erstatning for skader opstået under behandling m.v. i sundhedsvæsnet, navnlig sygehusvæsnet, i videre omfang end efter gældende erstatningsregler (f.eks. culpareglen) og på en for patienterne lettere og hurtigere måde.*

*Som baggrund herfor henvises til, at culpareglen findes uhensigtsmæssig, når det drejer sig om patientskader, og det fremhæves særligt i den forbindelse, at det har vist sig vanskeligt for patienterne at føre bevis for lægelige fejl og årsagsforbindelse mellem fejl og skade, samt at det synes urimeligt, at skadede patienter skal igennem anstrengende retssager.”*

Med vedtagelse af patientforsikringsloven, der i sidste øjeblik blev begrænset til kun at gælde for det offentlige sygehusvæsen, blev det hidtidige ansvarssystem erstattet med en såkaldt “no fault” forsikringsordning, der bygger på følgende hovedelementer:

- 1) Patientens ret til erstatning beror ikke på, om nogen person har pådraget sig ansvar for skaden i kraft af en begået fejl; culpareglen er erstattet af en form for udvidet virksomhedsansvar;
- 2) Erstatning ydes gennem en - obligatorisk - forsikringsordning, der finansieres af dem, der driver den pågældende virksomhed;
- 3) Selv om erstatningen som udgangspunkt udmåles efter almindelige erstatningsregler, fraviges disse på en række punkter, således at reglerne om erstatningskravet skræddersyes efter de særlige behov på området;

- 4) Behandlingen af erstatningskrav foregår i et særligt skadereguleringssystem, således at tvister om kravets berettigelse ikke skal afgøres ved domstolene.

### 1.2.1. Patientforsikringsloven

Med PFL indførte lovgiver en retstilstand, som allerede var gældende i Sverige, Norge og Finland, men som nævnt foreløbigt kun for i princippet det offentlige sygehusområde, selv om lovforslaget oprindeligt også omfattede den primære sundhedssektor, idet dækningsområdet som et politisk kompromis blev begrænset til sygehussektoren, idet privatpraktiserende læger, speciallæger, tandlæger mv. blev holdt udenfor.

Den 27. maj 1991 blev lovforslaget vedtaget til ikrafttræden den 1. juli 1992.

I 1995 blev loven udvidet til at dække biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor, og i 1999 yderligere udvidet til at dække behandlinger, der foretages med tilskud efter sygehusvæsenloven, uanset behandlingssted. Hovedreglen er imidlertid fortsat, at undersøgelse og behandling i den primære sundhedssektor - herunder hos tandlæger - falder uden for loven.

Den 10. juni 2003 blev lovforslag om at udvide loven til at omfatte alle praktiserende autoriserede sundhedspersoner vedtaget til ikrafttræden den 1. januar 2004 (Bilag 2).

### 1.2.2. Lovens dækningsområde

Grundbetingelserne i lovens § 1, stk. 1, for at en skade er omfattet af PFL, er at:

- 1) en patient
- 2) er blevet påført en fysisk skade
- 3) i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende
- 4) foretaget her i landet på et offentligt sygehus eller et sygehus, som det offentlige har driftsoverenskomst med,
- 5) forudsat, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de måder, der er angivet i §§ 2-4

- (1) Ved en *patient* forstås enhver person, der henvender sig på et af loven omhandlet behandlingssted med henblik på at blive undersøgt eller behandlet. Det er altså ikke en betingelse, at personen er syg.
- (2) Ved en *fysisk skade* forstås en skade på patientens væv, som kan påvises ved hjælp af tilgængelige undersøgelsesmetoder. Uden for falder psykiske skader. Årsagen til denne begrænsning er ifølge lovens forarbejder, at det ved psykiske lidelser er meget svært at skelne mellem følger af grundsygdommen og følger af behandlingen. Psykiske følger af en fysisk skade er derimod omfattet.
- (3) Loven omfatter enhver form for *undersøgelse og behandling*, men kravet om, at en skade skal stå i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lign., afskærer muligheden for at få erstatning for følger, der kan henføres til forløbet af grundsygdommen, som behandlingen eller undersøgelsen er rettet imod. Det vil sige, at selve den omstændighed, at grundsygdommens forløb medfører skader, eller at behandlingen ikke lykkes, ikke kan udløse erstatning. Skader, der er forårsaget af ulykkestilfælde, der ikke står i forbindelse med undersøgelse og behandling, er omfattet af PFL, men afgøres ikke efter de særlige regler i lovens § 2, men derimod efter almindelige erstatningsregler, dvs. culpereglen.
- (4) Loven gælder kun for skader *opstået på offentlige sygehuse*, dog er dækningsområdet udvidet ved lov nr. 217 af 29. marts 1995 til at omfatte *biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor*, jf. § 1, stk. 3. Den primære sundhedssektor er afgrænset til at omfatte privatpraktiserende sundhedspersoner, der er autoriseret ved særlig lovgivning, dvs. også privatpraktiserende tandlæger. Denne udvidelse har dog ikke stor praktisk betydning, da biomedicinske forsøg sjældent foretages af privatpraktiserende sundhedspersoner.
- 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 behandlin-*

*gen er sket efter henvisning fra et offentligt sygehus.*

Med virkning fra den 1. januar 2004 er lovens område udvidet til at omfatte *erstatning til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, som er foretaget*

- 1) på sygehus eller på vegne af dette,
  - 2) af sundhedspersoner og andet personale som led i den præhospitale indsats efter sygehusloven,
  - 3) af autoriserede sundhedspersoner ansat i amtstandplejen og under de kommunale sundhedsordninger eller på vegne af disse,
  - 4) på universiteternes tandlægeskoler,
  - 5) af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner,
  - 6) af læger, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, eller
  - 7) af læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger.
- (5) Det er tilstrækkeligt, at skaden med *overvejende sandsynlighed* er forvoldt på en af de måder, der er angivet 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. Overvejende sandsynlighed skal forstås bogstaveligt, dvs. over 50% sandsynlighed.

Beviskravet for årsagssammenhæng er hermed lempet i forhold til almindelige erstatningsretlige regler.

Reglerne om grundlaget for erstatning – de erstatningsberettigende skader – findes i lovens § 2, der indeholder 4 forskellige erstatningsregler, og i § 3, stk. 1.

De enkelte regler er beskrevet i kapitel 2.3. Udgangspunktet for udmåling af erstatning er, at den følger reglerne i lov om erstatningsansvar, og at de almindelige erstatningsansvarsregler i øvrigt finder anvendelse på erstatningskravet. Den vigtigste undtagelse er, at erstatning ikke ydes for skader, hvor erstatningskravet er under 10.000 kr.



### 1.3. Udviklingen af Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring

Skader i forbindelse med tandbehandling optræder ikke særligt hyppigt. Opgørelse fra de sidste 5 år viser, at der anmeldes ca. 600-700 patient-skader årligt. Med ca. 3.500 dækkede tandlæger svarer det til, at en tandlæge gennemsnitlig oplever en patientskade ca. hvert 5-6 år.

De fleste skader kan ofte nemt afhjælpes uden varige mén, men i nogle tilfælde optræder alvorlige skader med fysisk og psykisk mén til følge.

Tandlæger har derfor altid haft en ansvarsforsikring, der dækkede mod de erstatningskrav, som en forvoldt patientskade kan afstedkomme.

Dansk Tandlægeforening erkendte i midten af 1980'erne behovet for at ændre erstatningsreglerne i sundhedsvæsenet.

Indførelsen af patientforsikringsordninger i de øvrige nordiske lande og ændret retspraksis i de seneste års domstolsafgørelser markerede klart et behov for en ændring.

Folketinget arbejdede som nævnt meget aktivt med en patientforsikringslov.

Denne trådte i kraft den 1. juli 1992, men blev i sidste øjeblik begrænset til kun at gælde for det offentlige sygehusvæsen.

Dansk Tandlægeforening ønskede at være forud for loven med en forsikring, der var bedre tilpasset tandlægepatienters behov, og etablerede derfor en kollektiv patientforsikringsordning i forbindelse med Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring, der trådte i kraft den 1. januar 1990 omfattende alle praktiserende tandlæger i Danmark.

Forsikringen er tegnet af Dansk Tandlægeforening i forsikringselskabet Codan.

Med denne forsikring påtog de privatpraktiserende tandlæger sig frivilligt et udvidet ansvar, der dog ikke fratager patienterne nogen rettigheder, dvs. at adgangen til at rejse et evt. krav efter de almindelige erstatningsregler, herunder at sagsøge tandlægen, er bevaret.

Patientforsikringen udvidede dækningsområdet for skader ved tandbehandling til også at omfatte en række hyppigt optrædende hændelige uheld, hvor tandlægen var uden ansvar bedømt efter de almindelige erstatningsregler (culpareglen).

På baggrund af de første års erfaring med omfanget og karakteren af skader, de administrative

og forsikringsmæssige forhold samt et skøn over økonomien var det muligt at forbedre dækningen i ordningen.

Med bistand fra prof., dr.jur. Bo von Eyben blev Dansk Tandlægeforenings Patientforsikring med virkning fra den 1. januar 1995 ændret til at dække i overensstemmelse med patientforsikringsloven, men tilpasset de særlige forhold på tandlægeområdet.

1. januar 1998 etableredes Ankenævnet for Patientskedeforsikringen.

1. januar 2001 blev bagatelgrænsen nedsat fra 3.000 kr. til 1.000 kr. Ordningen giver på flere punkter en bedre dækning end patientforsikringsloven:

- Undergrænsen er 1.000 kr. mod 10.000 kr. i patientforsikringsloven.
- Skader under 1.000 kr. dækkes, hvis tandlægen er ansvarlig for skaden efter culpareglen.
- Det er tilstrækkeligt, at skaden er *konstateret* efter forsikringens ikrafttræden. Efter patientforsikringsloven skal skaden være *forårsaget* efter lovens ikrafttræden.

Klager over afgørelser i forsikringen blev behandlet i et paritetisk sammensat udvalg mellem Dansk Tandlægeforening og Codan eller ved domstolene.

Med virkning fra den 1. januar 1998 etableredes et ankenævn under Dansk Tandlægeforenings Patientforsikring, med en forretningsorden efter samme model som Det offentlige Patientforsikringsankenævn.

Tandskadeankenævnet er beskrevet i kapitel 4.

### 1.4. Udvidelse af patientforsikringslovens dækningsområde

Sundhedsministeriet nedsatte i august 1996 et udvalg, der skulle foretage en revision af patientforsikringsordningen. Udvalget fik til opgave at vurdere, om den nuværende ordning fungerede hensigtsmæssigt, og om der var behov for at ændre de gældende regler. Udvalget skulle særligt se på behovet for at inddrage den primære sundhedssektor under loven.

Udvalget blev sammensat af repræsentanter fra myndigheder og organisationer med tilknytning til patientforsikringsområdet.

Det var udvalgets overordnede vurdering, at patientforsikringsloven havde vist sig at fungere fint i praksis, og at loven fuldt ud levede op til

intentionerne om at styrke patienters muligheder for at få erstatning for skader ved behandling i sygehusvæsnet. Loven har gjort det lettere og hurtigere at få tildelt erstatning.

Udvalget fandt, at det var en væsentlig ulempe, at skader i den primære sundhedstjeneste ikke var omfattet af loven. Det var udvalgets opfattelse, at det er principielt uheldigt, at patienter i privat praksis i erstatningsmæssig henseende er væsentlig dårligere stillet end patienter i sygehusvæsnet. Der er desuden en formodning om, at der i privat praksis indtræder alvorlige skader, som patienten ikke får erstatning for, da domstolsvejen kan virke afskrækkende.

Et enigt udvalg foreslog derfor at udvide patientforsikringsloven til at omfatte den primære sundhedstjeneste.

Udvalget anbefalede at gøre forsikringsordningen så bredt dækkende som muligt, og derfor blev det anbefalet at medtage samtlige praktiserende autoriserede sundhedspersoner, dvs. alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, kiropraktorer, fysioterapeuter m.v. samt de kommunale sundhedsordninger.

Da Dansk Tandlægeforening frivilligt havde etableret en kollektiv patientforsikringsordning, der omfattede alle praktiserende tandlæger i Danmark, anbefalede et flertal i udvalget, at Dansk Tandlægeforening fik mulighed for at opretholde sin eksisterende patientforsikringsordning, selv om den øvrige del af praksissektoren ville blive inddraget under Patientforsikringen.

Udvalget lagde vægt på, at tandlægenes forsikringsordning på visse punkter giver en bedre dækning end patientforsikringsloven, at der i forsikringen er oparbejdet en betydelig ekspertise i behandlingen af tandlægesager, og at der på tandlægeområdet skal tages stilling til spørgsmål om tilbagebetaling af honorar, hvorved tandlægeområdet adskiller sig fra lægeområdet.

Et flertal i udvalget anbefalede, at ankebehandlingen af tandlægesager blev henlagt til Patientskadeankenævnet. Tandskadeankenævnet var på daværende tidspunkt ikke etableret.

Udvalget fandt også, at der var behov for at inddrage psykiske skader under forsikringslovens dækningsområde, idet udvalget dog erkendte, at inddragelse af psykiske skader vil indebære en række komplicerede bevismæssige undersøgelser.

Den 6. juni 2003 vedtog Folketinget til ikraft-

træden den 1. januar 2004 "Lov om ændring af lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader og om ophævelse af lov om erstatning for vaccinationsskader" med inddragelse af praktiserende autoriserede sundhedspersoner m.fl. under patientforsikringsordningen m.v. Reglerne heri gælder for skader, som er forårsaget efter den 1. januar 2004.

Den 12. december udsendte Indenrigs- og Sundhedsministeriet "Bekendtgørelse om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og Tandskadeankenævnet", hvorefter det i henhold til loven og efter aftale med Dansk Tandlægeforening fastsættes at:

*Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring modtager, oplyser og afgør følgende sager om erstatning efter lov om patientforsikring:*

- 1) Skader forvoldt af autoriserede sundhedspersoner ansat i amtstandplejen, i børne- og ungdomstandplejen samt i omsorgstandplejen, eller på vegne af disse, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 3,
- 2) skader forvoldt på universiteternes tandlægeskoler, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 4, og
- 3) skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede tandlæger, eller på vegne af disse, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 5 (Bilag 3).

# 2 Indholdet i DTF's patientskedeforsikring

## 2.1. Organisation

Dansk Tandlægeforenings Patientskadedækning er et væsentligt element i DTF's Praksisforsikring.

Praksisforsikringen er obligatorisk for alle privatpraktiserende medlemmer af Dansk Tandlægeforening efter en generalforsamlingsbeslutning i 1989.

Praksisforsikringen omfatter udover Patient-skedeforsikringen en erhvervsretshjælpsforsikring, en lovpligtig arbejdsskedeforsikring, en principalforsikring og en sikringsordning, der sikrer patienter tilbagebetaling af et i klagesystemet tilkendt beløb, hvis tandlægen ikke er i stand til at udrede beløbet.

Disse forsikringer administreres af Praksisforsikringsudvalget, et paritetisk sammensat udvalg, hvor 3 udpeges af Codan forsikring og 3 udpeges af Dansk Tandlægeforening, heraf formanden.

Praksisforsikringsudvalget består fra DTF's side af Jahn Legarth, formand, Jørgen Casparij og Jørn Frandsen, og fra Codan's side af, afdelingschef Nicolai Tofft, afdelingschef Karin Tofteng og Kontorchef, jurist Lise Vestergaard.

Udvalget har som hovedopgave:

- at føre tilsyn med, at ordningen forløber i overensstemmelse med parternes intentioner.
- at sørge for regnskabsafklæggelse,
- at fastlægge præmien,
- at informere om ordningen,
- at foreslå forbedringer og justeringer af forsikringsdækningerne.

Formanden skal desuden sikre DTF's ankemulighed på patientforsikringsområdet.

Forsikringens daglige virksomhed varetages dels i sekretariaterne i Dansk Tandlægeforenings Tryghedsordninger på Svanemøllevej, dels i Codan forsikring.

Præmien til forsikringen opkræves dels ved, at sygesikringen trækker en fast procent af den enkelte tandlæges omsætning, der indbetales til

forsikringen, dels ved særskilt opkrævning af de tandlægepraksis, der har en væsentlig mindre omsætning med sygesikringen end gennemsnittet. For tandlægepraksis, der har en væsentlig højere omsætning med sygesikringen end gennemsnittet, tilbagebetales en del af det opkrævede beløb.

Erhvervsretshjælpspræmien opkræves særskilt.

Der er oprettet én sikkerhedsfond for Patient-skedeforsikringen, én for "Sikringsordningen for Patienter" og én for de øvrige forsikringer undtagen arbejdsskade.

Sikkerhedsfondene opbygges af overskud på forsikringerne og skal sikre dækning for evt. ekstraordinære store skadesudgifter.

## 2.2. Dækningsområde

Patientskedeforsikringen dækker patientskader efter Lov om Patientforsikring §§ 1 – 2 og 3, stk. 1 og 3, for skader, der er konstateret af den erstatningsberettigede efter den 1. januar 1995, uanset at denne lov ikke omfatter privatpraktiserende tandlæger.

Erstatning efter lovens § 3, stk. 2, vedr. ulykkestilfælde, der ikke er omfattet af § 2, stk. 1, nr. 2, dækkes af erhvervsansvarsforsikringsdelen.

Retten til at anmelde skader har den skadelidte patient eller tandlægen.

Erstatning ydes, såfremt den overstiger 1.000 kr., sml. PFL § 5, stk. 2, hvor erstatning kun ydes, såfremt den overstiger 10.000 kr.

For skader, der ikke overstiger 1.000 kr., ydes der kun erstatning i det omfang, tandlægen har pådraget sig et ansvar efter almindelige erstatningsretslige regler.

Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.

Erstatning ydes ikke til regreskrav, jf. PFL § 5, stk. 4.

Erstatning til patienten, eller dennes efterladte, kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

Det er en betingelse for dækning og udbetaling af erstatning under Patientskedeforsikringen, at patienten, eller dennes efterladte, ikke rejser erstatningskrav mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden, idet Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring i enhver henseende indtræder i sikredes krav.

Heri ligger blot, at patienten må vælge mellem at få erstatning via forsikringen eller via retssystemet.

Erstatningskravet skal være anmeldt til forsikringen senest 5 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Forældelse af erstatningskravet indtræder dog senest 20 år efter den dag, skaden er forårsaget. Også dette er en forbedring i forhold til Lov om Patientforsikring, hvor denne frist er sat til 10 år.

Advokatbistand dækkes som hovedregel ikke, men i tilfælde, hvor advokatbistand har haft væsentlig betydning for sagens afgørelse, er der mulighed for dækning af advokatens honorar.

### 2.3. Patientforsikringsdækningen

Forsikringen dækker som nævnt erstatning til patienter, eller disses efterladte, for fysiske skader påført her i landet i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende hos privatpraktiserende tandlæger, der er medlemmer af Dansk Tandlægeforening. Alle praktiserende tandlæger, der har ydernummer, dvs. er tilmeldt sygesikringen, er medlemmer af Dansk Tandlægeforening. Så vidt vides, er der ikke praktiserende tandlæger, der ikke er medlem.

Reglerne om grundlaget for erstatning – de erstatningsberettigende skader – findes i patientforsikringslovens § 2, der indeholder 4 forskellige erstatningsregler, og i § 3, stk. 1 og 2.

#### § 2, stk. 1:

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

#### *nr. 1: Specialistreglen.*

*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.*

Reglen er udtryk for, at PFL ved bedømmelse

af erstatning for skader har forladt culpereglen. Det niveau, som kræves efter culpereglen, er det, som med rimelighed kan kræves af den gode og erfarne genmønslæge/tandlæge. Man kan ikke forlange, at vedkommende skal have erfaring inden for alle specialtområder. Det særlige ved specialistreglen er, at der ses bort fra behandlerens individuelle forudsætninger.

Det er således tilstrækkelig for ret til erstatning, at behandlingen ikke har været den bedst mulige under de givne forhold – også selv om denne behandling kun kunne være ydet af en erfaren specialist.

En "erfaren specialist" er i denne sammenhæng den, der repræsenterer den højeste fagkundskab på det pågældende område. At behandlingen er på "specialistniveau" vil derfor sige, at der har været givet den bedst mulige behandling i overensstemmelse med videnskab og erfaring på det pågældende område.

Målestokken for vurderingen af den udførte behandling er således lagt på et højere niveau end culpareglens "bonus pater", dvs. den gode, samvittighedsfulde erstattes med "optimus vir", dvs. den absolut bedste på området.

Patientforsikringen tager derfor ikke stilling til, om der i det konkrete tilfælde foreligger culpa, hvilket er meget væsentligt, da tandlægen skal kunne hjælpe patienter til at anmelde skader uden derved at risikere en "culpa-stempling".

#### *nr. 2: Apparatursvigtreglen.*

*Hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskab eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende.*

Årsagen til apparatursvigt er uden betydning. Det er ikke en forudsætning, at der har været en ansvarspådragende mangel eller fejl ved apparaturet.

Svigt eller fejl kan skyldes dels materialet (i så fald kan der være regres mod producenten efter reglerne om produktansvar), dels mangelfuld vedligeholdelse eller manglende information om rette brug.

En knækket rodfil betragtes som et apparatursvigt, men er i sig selv ikke en patientskade. Det er der først tale om, hvis den knækkede rodfil medfører en skade, f.eks. en rodspidsbetændelse.

*nr. 3: Alternativ metode eller teknik, metodereglen eller facitreglen.*

*Hvis skaden udfra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som udfra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom.*

Det er uden betydning, om behandleren i den konkrete sag ikke kendte til den alternative metode eller teknik. Der lægges heller ikke vægt på, om den alternative metode eller teknik rent faktisk var til rådighed på det pågældende behandlingssted. Ved vurderingen af ligestillingen mellem flere metoder eller teknikker anvendes specialistmålestokken. Metoder eller teknikker anses derfor kun for ligestillede alternativer, hvis en erfaren specialist ville have fundet, at der var en reel valgmulighed mellem de alternative metoder eller teknikker.

Det er et krav:

- at en alternativ teknik/metode stod til rådighed i den givne situation,
- at denne metode/teknik på forhånd fremstod som lige så effektiv til behandlingen af patientens lidelse som den valgte,
- at skaden udfra en efterfølgende vurdering med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis man havde valgt den alternative metode.

Det kan f.eks. være i tilfælde, hvor man skal vælge mellem to eller flere behandlingsmetoder og efterfølgende kan se, at man har truffet et uheldigt valg.

*nr. 4: Rimeligheds- eller tålereglen*

*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 her ved 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.*

Reglen opfanger en del af de skader, der falder igennem de første 3 grupper, men hvor det findes urimeligt, at patienten skal tåle skaden uden ret til erstatning.

I forbindelse med rimelighedsvurderingen

skal der bl.a. tages hensyn til skadens sjældenhed; således vil almindeligt forekommende komplikationer normalt ikke give anledning til erstatning.

Grænsen for, hvornår en skade betragtes som sjælden, ligger sædvanligvis ved 1-2%.

Det er et krav:

- at skaden skal være alvorlig set i forhold til grundsygdommens alvor.

Ved vurdering af, hvorvidt skaden er tilstrækkelig alvorlig, skal der som udgangspunkt være tale om, at de faktiske følger af komplikationen er større, end de måtte forventes at være blevet af grundsygdommen, hvis den ikke var behandlet.

- at skaden skal være uventet både generelt og konkret vurderet.

Der kan således ikke ydes erstatning for komplikationer, der forholdsvis hyppigt opstår i tilslutning til behandlingen af en bestemt lidelse.

Et af de områder, der hyppigst bliver bedømt efter denne regel, er nerveskader. En nerveskade, opstået helt uventet ved en bedøvelse, er dækket efter reglen, hvorimod en nerveskade, der opstår efter fjernelse af en visdomstand i undermundten, hvor tandens rødder har direkte relation til nerven, ikke dækkes.

Selv om skaden er den samme i de to tilfælde, ydes der kun erstatning efter reglen i det førstnævnte tilfælde. I det sidstnævnte tilfælde er der derimod tale om en betydelig risiko, som man må kalkulere med ved behandlingen.

Det har ingen betydning for retten til erstatning, om en patient er eller burde være orienteret om en risiko ved en given behandling.

Dog, hvis en patient på baggrund af en information fravælger den bedst mulige behandling, kan patienten ikke få erstatning for følgerne af, at en dårligere behandlingsform blev anvendt.

I tilfælde af, at en patient kan sandsynliggøre, at en fyldestgørende information om en behandlingsrisiko ville have fået vedkommende til at afstå fra behandlingen og være bedre stillet, hvis behandlingen ikke var udført, så vil der være dækning under erhvervsansvarsforsikringsdelen.

*§ 3, stk. 1.*

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

Der ydes således kun erstatning for følgerne af, at der ikke blev stillet en rigtig diagnose, hvis enten en erfaren specialist ville have stillet en rigtig diagnose, eller den forkerte diagnose skyldes apparatursvigt. Derimod kan der ikke ydes erstatning efter nr. 3, dvs. ud fra en efterfølgende vurdering, eller efter nr. 4, der kun omfatter skader i form af komplikationer ved undersøgelse og behandling. Hvis der imidlertid foretages f.eks. en undersøgelsesoperation med henblik på at stille en diagnose, gælder regel nr. 4 også for skader i forbindelse hermed.

#### 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 og under sådanne omstændigheder, at sygehuset måtte antages at have pådraget sig et erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler.*

Skader efter denne regel dækkes af Praksisforsikringens erhvervsansvarsdækning

## 2.4. Erstatningsberegning

Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i Erstatningsansvarsloven (EAL).

Lov om erstatningsansvar giver mulighed for at tilkende erstatning for følgende poster:

- Helbredelsesudgifter og andet tab
- Tabt arbejdsfortjeneste
- Tab af erhvervsevne
- Tab af forsørger og udgifter til begravelse
- Samt godtgørelse for:
- Svie og smerte
- Varigt mén
- Tort

#### 1) Helbredelsesudgifter og andet tab.

Helbredelsesudgifter dækker i første række udgifter til rimelige og nødvendige foranstaltninger, der har til formål at søge skadelidte helbredt, eller som står i forbindelse med skadelidtes helbredelse.

Reglen omfatter således rimelige udgifter til den skadesudbedrende behandling, til medicin m.m. Ligeledes dækkes transportudgifter til behandling, og udgifter til nære slægtnings sygebesøg kan i et vist omfang kræves erstattet. Normalt kan disse krav dog kun dækkes frem til stationærtidspunktet, dvs. det tidspunkt, hvor patientens

helbredstilstand selv ved yderligere behandling ikke kan forventes at blive bedre. I visse tilfælde kan der ydes erstatning for poster ud over stationærtidspunktet, eksempelvis i form af langvarige udgifter til medicin eller behandling som følge af skaden.

Betingelsen for, at en patient kan tilkendes erstatning for afholdte udgifter til behandling, er i praksis, at behandlingen generelt har en dokumenteret effekt på patientens symptomer, og at behandlingen udføres af en autoriseret medicinalperson.

Ifølge retspraksis anses det ikke for en nødvendig udgift at blive behandlet på et betalingshospital, hvis behandlingen kunne være opnået gratis på et offentligt hospital.

Har patienten et krav mod tandlægen på omgørelse af et arbejde, der bliver erstattet ved den skadesudbedrende behandling, skal dette krav opfyldes af tandlægen, og denne del af udgiften dækkes således ikke af forsikringen jfr. kapitel 2.4.

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

#### 2) Tabt arbejdsfortjeneste.

Er der forskel på den indtægt, man har modtaget, mens man var syg, og den løn, man ville have modtaget, såfremt skaden ikke var indtruffet, kan denne forskel erstattes.

#### 3) Tab af erhvervsevne.

Erstatning ydes, såfremt skaden vil medføre en varig indtægtsnedgang, eller såfremt det må forventes, at fremtidsmulighederne for at bibeholde den nuværende indtægt er blevet væsentligt forringet.

Der ydes godtgørelse for:

#### 1) Svie og smerte.

Godtgørelsen ydes for de midlertidige gener i sygdomsperioden. Godtgørelsen udmåles efter bestemte takster, der pr. 1. januar 2004 udgør kr. 145,00 pr. dag.

Godtgørelse kan i særlige tilfælde gives, hvis skaden fortsat medfører fysiske gener eller indskrænkninger, selv om skadelidte har genoptaget arbejdet.

## 2) Varigt mén.

Godtgørelsen ydes for varig helbredsforringelse. Det er dog en betingelse, at ménet, som følge af patientskaden, udgør mindst 5%.

Méngraden fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel på det tidspunkt, hvor tilstanden udfra en lægelig vurdering er medicinsk stationær. Godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2004 kr. 6.310,00 pr. % mén. Såfremt patienten på skadestidspunktet er fyldt 40 år, nedsættes godtgørelsen med 1% for hvert år, patienten er over 39, og med yderligere 1% for hvert år, patienten er over 59 år. Nedsættelsen kan dog maksimalt udgøre 40%.

Godtgørelsen udbetales som et éngangsbeløb.

## 2.5. Forholdet mellem forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar

Det er en forudsætning for forsikringsdækning, at der foreligger en fysisk skade opstået i forbindelse med undersøgelse eller behandling m.m., jf. patientforsikringslovens § 1, eller at tandlægen efter almindelige erstatningsregler har pådraget sig ansvar for en personskade (som kan være af fysisk eller psykisk karakter), eller tingskade, jf. erhvervsansvarsforsikringens betingelser.

Heraf følger, at patienters krav på omgørelse af mangelfuldt tandlægearbejde, der alene støttes på tandlægens misligholdelse af kontraktmæssige forpligtigelser (mangelsansvar), falder udenfor forsikringsdækningen, og at patienters krav på tilbagebetaling af vederlag ikke dækkes af forsikringen. Der foreligger nemlig ikke nogen fysisk skade, så længe det mangelfulde tandlægearbejde kan udbedres ved en ny tilsvarende behandling. Er dette tilfældet, foreligger der alene et mellemværende mellem tandlægen og patienten, herunder om patienten har krav på at få tilbagebetalt honoraret og evt. få dækket merudgiften, hvis f.eks. omgørelsen sker hos en anden tandlæge til en højere pris.

I tilfælde af, at der er udført fejlbehæftet/mangelfuldt tandlægearbejde i forbindelse med en personskade, er den del af den samlede skadesudbedrende behandling, som erstatter det mangelfulde arbejde, ikke forsikringsdækket. Udgiften til denne del af den samlede skade skal afholdes af den tandlæge, der har udført det fejlbehæftede/mangelfulde arbejde.

Det kan være, at en fejlagtigt udført bro har medført, at en tand mistes og skal erstattes af en større bro. Tandlægen skal så betale den del af broen, som erstatter den fejlagtige bro, idet patienten har et retskrav på omlavning af fejlagtigt arbejde. Denne udgift er ikke afhængig af, hvad tandlægen har fået i honorar for den mangelfulde behandling, men beløbet skal dække, hvad omgørelsen reelt koster patienten.

Udføres udbedringen af patientskaden hos den tandlæge, der har forårsaget skaden, fratrækker forsikringen honoraret for selve omgørelsen af det mangelfulde arbejde i honoraret for den samlede skadesudbedrende behandling.

I det tilfælde, at den skadesudbedrende behandling udføres af en anden tandlæge end den, der har udført det mangelfulde arbejde, betaler forsikringen for hele behandlingen og opkræver honoraret for den del af omgørelsen, som patienten har krav på hos den skadevoldende tandlæge.

## 2.6. Ansvarsdækningen

Praksisforsikringen dækker også almindeligt erhvervsansvar for person- og tingskade forvoldt under udøvelse af selvstændig tandlægepraksis, såfremt der ikke er udbetalt erstatning under patientskadeforsikringen. Det er kun aktuelt i relation til patientskader, der ligger under 1.000 kr. grænsen, og ulykker, der ikke dækkes efter PFL § 2.

Desuden dækkes erstatningsansvar som ejer eller bruger af bygninger, der alene bruges til virksomhedens drift.

Forsikringen er udvidet til at dække beskadigelse eller bortkomst af proteser samt tandlægens ansvar for skader på proteser, der er udtaget af patienter og i forbindelse hermed skades eller bortkommer.

## 2.7. Patientskadesforsikringen og klagesystemet

Tandlæger er omfattet af:

- 1) Patientklagenævnet.
- 2) Det overenskomstmæssige klagesystem.
- 3) Patientskadeforsikringen.

1) Patientklagenævnet tager stilling til, om tandlægen har overtrådt tandlægeoven eller evt. straffeloven. Patientklagenævnet kan ikke tilkende erstatning eller tilbagebetale et honorar.

- 2) Det overenskomstmæssige klagesystem behandler klager, der vedrører rent faglige forhold ud fra en culpa-vurdering, og kan overfor en tandlæge beslutte, at tandlægen skal tilbagebetale et honorar eller dele af et honorar til patienten. Klagesystemet kan ikke tilkende erstatning til en patient, men der er en lang tradition for, at det i kendelserne tilkendes, om der er et ansvarsgrundlag, når dette spørgsmål i øvrigt er relevant. Optræder der under sagsbehandlingen mistanke om alvorlig overtrædelse af tandlægeloven eller straffeloven, skal sagen fremsendes til Sundhedsstyrelsen (og herfra til Patientklagenævnet).
- 3) Patientskedeforsikringen vurderer skader hovedsagelig ud fra patientforsikringsloven og ikke ud fra en culpavurdering, og der er derfor ikke nogen direkte forbindelse mellem kendelser i klagesystemet og erstatningsvurderingen i patientskedeforsikringen. Kun i tilfælde der ikke er omfattet af patientskedeforsikringen (psykiske skader og skader under 1.000 kr.) og i tilfælde, hvor mangelfuldt arbejde erstattes af skadesudbedringen, vurderes der efter culpa-reglen.

Det blev i forbindelse med lov om patientforsikring meget klart fastlagt, at der ingen organisatorisk sammenkædning er mellem patientforsikringen og klagesystemerne. Det er vigtigt for at sikre patienterne erstatning, at den, der har forvoldt en skade, ikke risikerer, at der rejses en klagesag mod ham, selv om man under sagsbehandlingen måtte finde, at der kunne være grundlag herfor. Ønsker en patient både erstatning og en vurdering af, om behandlingen giver anledning til kritik, må patienten indgive en anmeldelse både til Patientskedeforsikringen og til klagesystemet.



# 3 Sagsbehandlingen

## 3.1.1. Ansvar/patientskade

Skadesanmeldelsen rekvireres af tandlægen eller af patienten hos sekretariatet. Anmeldelsesblanketten er medtaget som bilag 8. Efter modtagelsen udfylder patienten og tandlægen anmeldelsen og returnerer den udfyldte blanket med relevant journalmateriale og evt. røntgenbilleder til sekretariatet som anbefalet post. Sagen registreres her med tandlægens navn, skadevolderens navn, patientens navn og cpr. nr. samt hvilken dato, den videresendes til Codan som anbefalet post med angivelse af antal evt. medsendte røntgenbilleder.

Hvis patientens underskrift mangler, returneres anmeldelsen til tandlægen med oplysning om dette, og tandlægen anmodes om at sørge for, at patienten også underskriver anmeldelsen.

Såfremt en patient rekvirerer en skadesanmeldelse, fremsendes denne sammen med folderen "Når skaden er sket". (Bilag nr. 7)

Begge parter orienteres herefter om, at skadesanmeldelsen er modtaget, om en forventet sagsbehandlingstid på normalt 3 – 8 uger og om, at sagen er fremsendt til Codan, hvorfra afgørelsen vil blive fremsendt. Såfremt den anmeldende tandlæge ikke er den skadevoldende tandlæge, orienteres denne ligeledes.

Codan fremsender sagen til dets tandlægekonsulenter, der sørger for, at sagen oplyses helt, og derfor indhenter evt. yderligere relevante oplysninger, herunder evt. lægeerklæringer, og afslutter med en erklæring om sagen og forslag til afgørelse. Codans konsulenter er tandlæge Erik Andersen og tandlæge Leif Kledal. Codan underretter parterne, herunder formanden for Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring, om resultatet samt oplyser om muligheden for at anke afgørelsen og hvordan.

Når sagen er afsluttet, får sekretariatet tilsendt kopi.

Er ankefristen udløbet, indscannes sagen for derefter at blive registreret. Registreringen foretages på grundlag af de skadenumre, som Co-

dans tandlægekonsulenter påfører sagen, hvilket giver mulighed for at udtrække statistiske oplysninger i det dertil oprettede edb-program. Er ankefristen ikke udløbet, arkiveres sagen midlertidigt, indtil endelig registrering kan finde sted.

Ved tøjskader og andre tingskader sagsbehandler Codan, og sagen kan normalt afsluttes i løbet af få dage.

Sekretariatet får kopi af sagen, og sagen indscannes og registreres i databasen.

Alle skadeserstatninger udbetales af Codan.

## 3.2. Talmæssige oplysninger

### Afgørelser efter patientforsikringsloven

Figur 1 viser i tal og figur 2 i procent fordelingen af erstatningerne efter erstatningsreglerne. Ligeledes fremgår antallet af sager, der ikke berettiger til erstatning efter betingelserne. De sidste 2 år har 50% af afgørelserne været efter specialistmålestokken, mens den procentuelle andel af anvendelsen af rimelighedsreglen er steget fra ca. 5% til næsten 10%. Antallet af ikke dækkede skader er aftaget, formodentlig på baggrund af den nu efterhånden langvarige og stadige information til tandlægerne, herunder udbygget vejledning ved tilsendelse af anmeldelsesblanket, og udgør nu ca. 22%.

Antallet af anmeldte sager er steget fra 560 i år 2000 til 652 i år 2003 (fig. 3). Det ser ud til, at antallet af sager fremover vil stabilisere sig omkring dette niveau, idet den stadige information om forsikringens dækningsområde forventes at ville føre til færre anmeldelser af ikke dækningsberettigede sager. Omgørelse af behandlinger, der enten ikke har holdt eller ikke har været tilfredsstillende udført, men som ikke har medført nogen fysisk skade, er ikke dækket af DTF's Patientskedeforsikring, der alene dækker, såfremt patienten er påført en fysisk skade.

Figur 3 viser i tal udviklingen i sagsantal opgjort efter antal afsluttede og ikke afsluttede (åbne) sager pr. 31.12.2003.

Figur 4 viser det samme i diagram. Den stør-

ste del af de ikke afsluttede sager fra de foregående år er skader, hvor evt. senfølger og størrelsen heraf afventer bedømmelse. Andre afventer fremsendelse af endelig regning på behandlin-

gen, og enkelte andre afventer reaktion fra skadelidte, idet forsikringen intet har hørt, efter at afgørelsen er fremsendt til anmelder, og ankefristen udløbet.

	i 2000	i 2001	i 2002	i 2003
§2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	217	146	356	337
§2, stk. 1, nr. 2 (apparatursvigt)	12	23	36	44
§2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode/teknik)	3	3	0	3
§2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	27	31	48	65
Ulykke	1	0	1	0
Omfattet under bagatelgrænsen	19	1	1	1
Ansvar under bagatelgrænsen <3.000 kr.	3	0	0	0
Omgørelse af eget arbejde	9	3	15	14
Tingskade	79	69	85	61
Ikke dækket	137	175	162	147
<b>Afgørelser i alt</b>	<b>507</b>	<b>451</b>	<b>704</b>	<b>672</b>

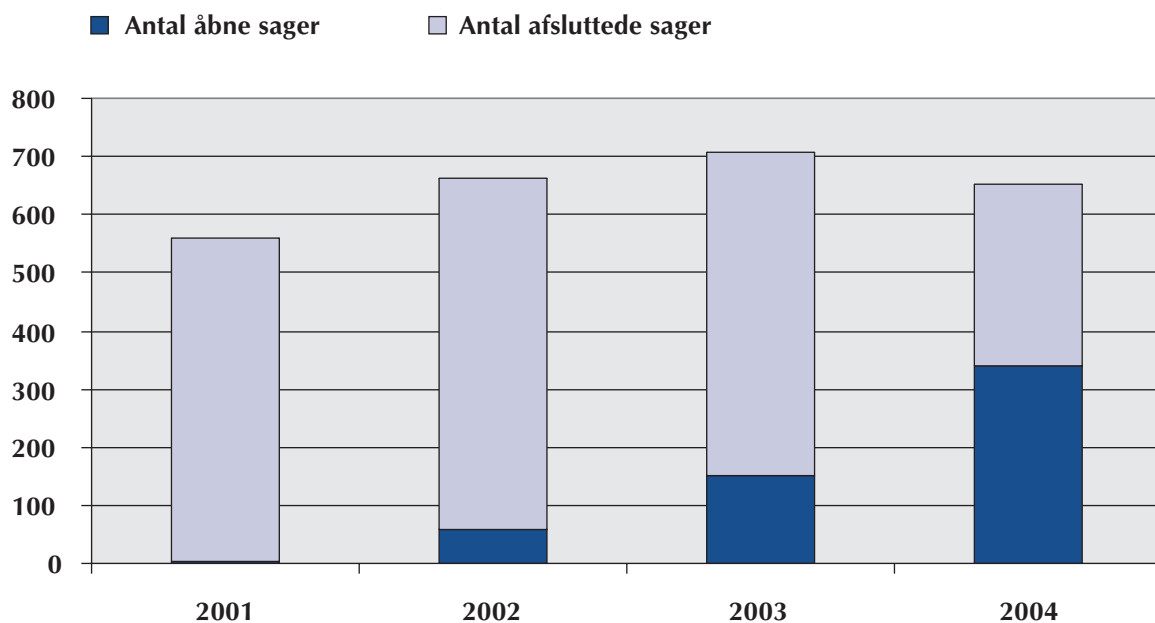
Figur 1: Fordeling af afgørelser efter erstatningsreglerne.

	2000 i %	2001 i %	2002 i %	2003 i %
§2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	42,8	32,4	50,6	50,1
§2, stk. 1, nr. 2 (apparatursvigt)	2,4	5,1	5,1	6,5
§2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode/teknik)	0,6	0,7	0,0	0,4
§2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	5,3	6,9	6,8	9,7
Ulykke	0,2	0,0	0,1	0,0
Omfattet under bagatelgrænsen	3,8	0,2	0,1	0,1
Ansvar under bagatelgrænsen <3.000 kr.	0,6	0,0	0,0	0,0
Omgørelse af eget arbejde	1,8	0,7	2,1	2,1
Tingsskade	15,6	15,3	12,1	9,1
Ikke dækket	27,0	38,8	23,0	21,9
<b>Afgørelser i alt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Figur 2: Fordeling af afgørelser i % efter erstatningsreglerne.

År	Antal modtagne sager	Antal åbenstående	Antal afsluttede sager
2000	560	5	555
2001	662	59	603
2002	708	151	557
2003	652	339	313

Figur 3: Antal sager pr. år opdelt i afsluttede og åbne sager.

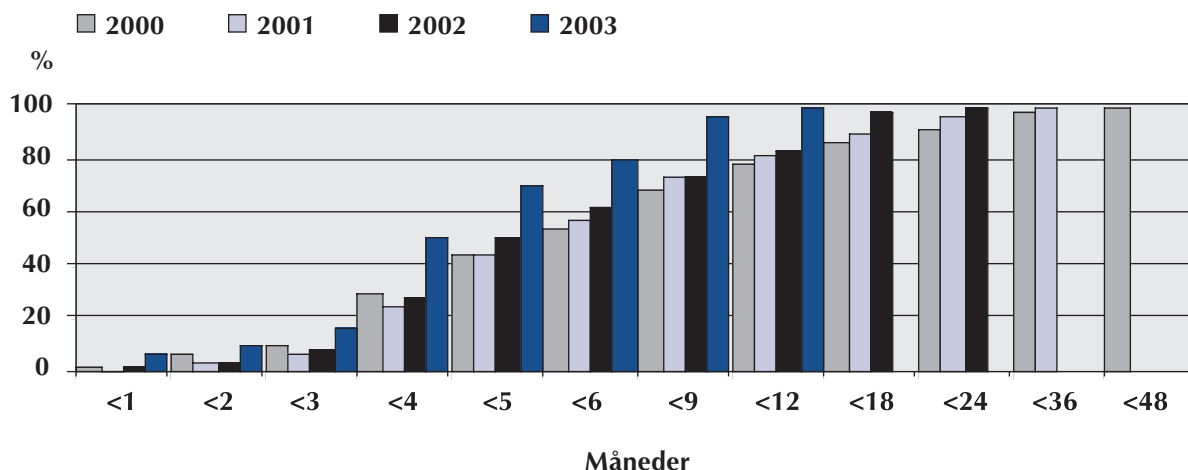


Figur 4: Antal sager pr. år opdelt i afsluttede og åbne sager.

#### Sagsbehandlingstid

Figur 5, figur 6 og figur 7 viser sagsbehandlingstiden fra startdato til sagsafslutning excl. tingskader, der altovervejende kan behandles hurtigt og nemt. Kriteriet for, at en sag er afsluttet, er den dato, hvor afgørelsen udsendes til parterne. Som

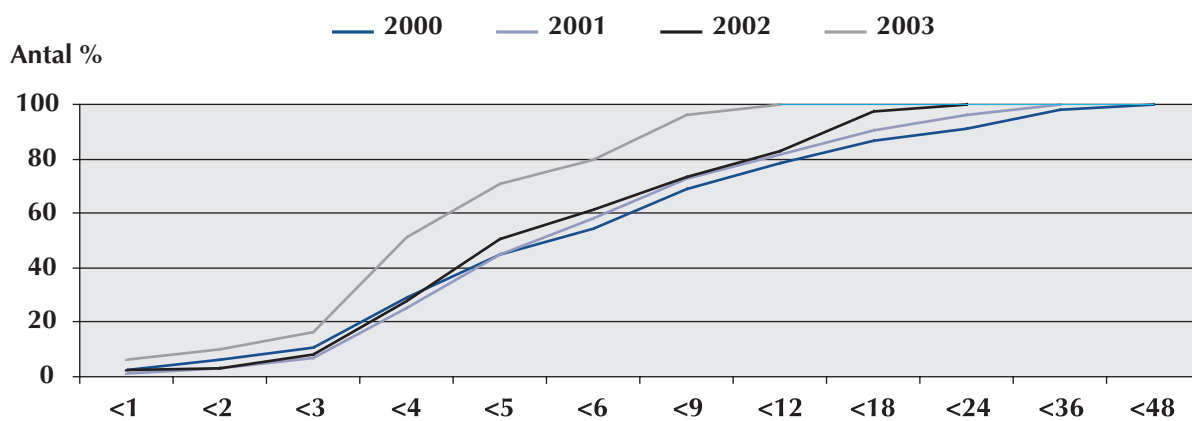
årene går, bliver statistikken mere retvisende, idet også de langvarige sager bliver afgjort. Over halvdelen af alle sagerne gennem de sidste 4 år er færdigbehandlet på under 6 måneder og godt 80% inden for ét år.



Figur 5: Sagsbehandlingstid i % fra startdato til sagsafslutning excl. tingskader.

Måneder	2000	2001	2002	2003
<1	2,8	1,0	2,3	6,3
<2	6,6	3,1	3,3	10,0
<3	10,9	7,0	7,9	16,7
<4	29,4	25,5	27,6	51,1
<5	44,8	44,7	50,6	70,6
<6	54,4	57,9	61,6	79,6
<9	69,1	72,8	73,1	95,9
<12	78,2	81,5	82,6	100,0
<18	86,8	90,4	97,4	
<24	91,4	95,9	100,0	
<36	98,0	100,0		
<48	100,0			

Figur 6: Sagsbehandlingstid i måneder i akkumuleret % fra startdato til sagsafslutning excl. tingskader.



Figur 7: Sagsbehandlingstid i måneder i akkumuleret % fra startdato til sagsafslutning excl. tingskader.

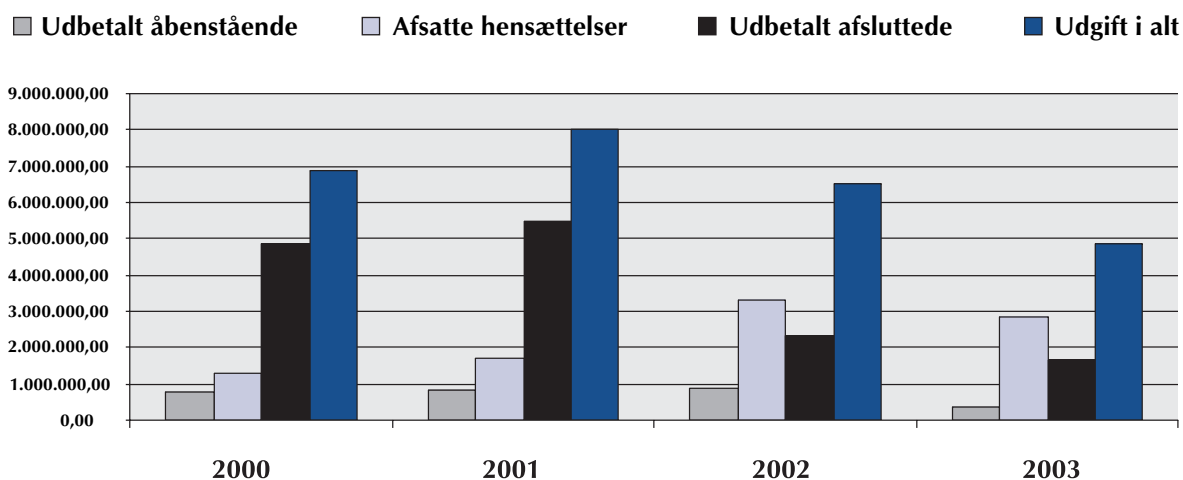
*Erstatningernes størrelse*

Forsikringens erstatningsudgifter fremgår af diagrammet i figur 8 og i tal i figur 9, opgjort incl. tingskader. Beløbene for afsluttede sager, åbne sager og hensættelser på anmeldte sager er opgjort. Store afvigelser i enkelte år skyldes anmeldte sager med risiko for stort erhvervsevnetab eller risiko for høj méngrad. Hensættelserne vil derfor altid være højere, indtil disse sager bliver afgjort. Disse sager tager normalt lang tid at behandle.

Af figur 10 fremgår antallet af udbetalte erstatninger og de samlede udbetalte erstatninger opdelt i beløbsintervallerne på under 1.000 kr., mellem 1.000 kr. og 10.000 kr. og over 10.000

kr. Figur 11 viser den samme fordeling i %. Det fremgår, at omkring ca. 90% af de udbetalte erstatninger målt i kr. går til sager, hvor erstatningen er større ned 10.000 kr. Fordelt efter antallet af sager andrager denne gruppe dog kun ca. 35%. Knap 25% af sagerne udløser erstatning på mellem 1.000 kr. og 10.000 kr.

Hvis patientforsikringens minimumserstatningsbeløb på 10.000 kr. skulle være gældende, ville i 2003 knap 60% af de skadelidte, der i dag får udbetalt erstatning, slet ikke blive tilkendt nogen. Figur 12 viser erstatningsudbetalingerne fordelt på antallet af skader i samme beløbsmæssige opdeling og figur 13 dette i %.



Figur 8: Udgifter til erstatning incl. Tingskader

År	Udbetalt åbenstående	Afsatte hensættelser	Udbetalt afsluttede	Udgift i alt
2000	762.345,00	1.284.630,00	4.847.221,00	6.894.196,00
2001	803.791,00	1.710.796,00	5.499.802,00	8.014.389,00
2002	891.535,00	3.299.463,00	2.317.084,00	6.508.082,00
2003	338.558,00	2.868.041,00	1.672.593,00	4.879.192,00

Figur 9: Udgifter til erstatning incl. tingskader.

Erstatningsudbetaling	2000	2001	2002	2003
Under 1.000	30.946	30.337	34.431	29.450
1.000 til 10.000	814.430	700.716	760.814	290.305
Over 10.000	6.048.820	7.283.335	5.712.837	4.559.438
<b>I alt</b>	<b>6.896.196</b>	<b>8.016.389</b>	<b>6.508.082</b>	<b>4.879.193</b>

Figur 10: Erstatningsudbetalinger fordelt på skader med udbetaling på under 1.000 kr., mellem 1.000 kr. og 10.000 kr. og over 10.000 kr.

Erstatningsudbetaling	% i 2000	% i 2001	% i 2002	% i 2003
Under 1.000	0,4	0,4	0,5	0,6
1.000 til 10.000	11,8	8,7	11,7	5,9
Over 10.000	87,7	90,9	87,8	93,4
<b>I alt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Figur 11: Erstatningsudbetalinger fordelt i % på skader med udbetaling på under 1.000 kr., mellem 1.000 kr. og 10.000 kr. og over 10.000 kr.

Antal skader fordelt	2000	2001	2002	2003
Ingen erstatning	203	189	152	57
Under 1.000 kr.	70	69	74	68
1.000 kr. til 10.000 kr.	143	160	147	70
Over 10.000 kr.	224	225	214	137
<b>I alt</b>	<b>640</b>	<b>643</b>	<b>587</b>	<b>332</b>

Figur 12: Erstatningsudbetalinger fordelt på antal skader med udbetaling på under 1.000 kr., mellem 1.000 kr. og 10.000 kr. og over 10.000 kr.

Antal skader i %	% i 2000	% i 2001	% i 2002	% i 2003
Ingen erstatning	31,7	29,4	25,9	17,2
Under 1.000 kr.	10,9	10,7	12,6	20,5
1.000 kr. til 10.000 kr.	22,3	24,9	25,0	21,1
Over 10.000 kr.	35,0	35,0	36,5	41,3
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0

Figur 13: Erstatningsudbetalinger fordelt i % på antal skader med udbetaling på under 1.000 kr., mellem 1.000 kr. og 10.000 kr. og over 10.000 kr.

#### Skadernes karakter

Efter sagsbehandlingen registreres skaderne af forsikringens tandlægekonsulenter og indføres i en edb skadesdatabase, som er under stadig udvikling. Formålet er at oplysningerne på længere sigt kan danne grundlag for at udpege behandlinger eller materialer, som viser sig at være særligt risikofyldte og/eller medfører utilsigtede komplikationer.

Figur 14 viser fordelingen af de erstatningsberettigende skaders karakter efter de registrerede hovedgrupper. Det er stadig specialismålestoken, der lægges til grund ved de fleste afgørelser, selv om tendensen kunne se faldende ud med et i stedet stigende antal efter tålereglen.

Figur 15 viser den procentuelle fordeling af de erstatningsberettigende skader efter den forårsagede skade.

*Legemsbeskadigelse* dækker bl.a. over bløddelsskader, kæbefraktur og perforation til kæbehulen. Desuden rubriceres her skader med efterfølgende inflammation og tilfælde, hvor f.eks. en forkert tand er blevet fjernet.

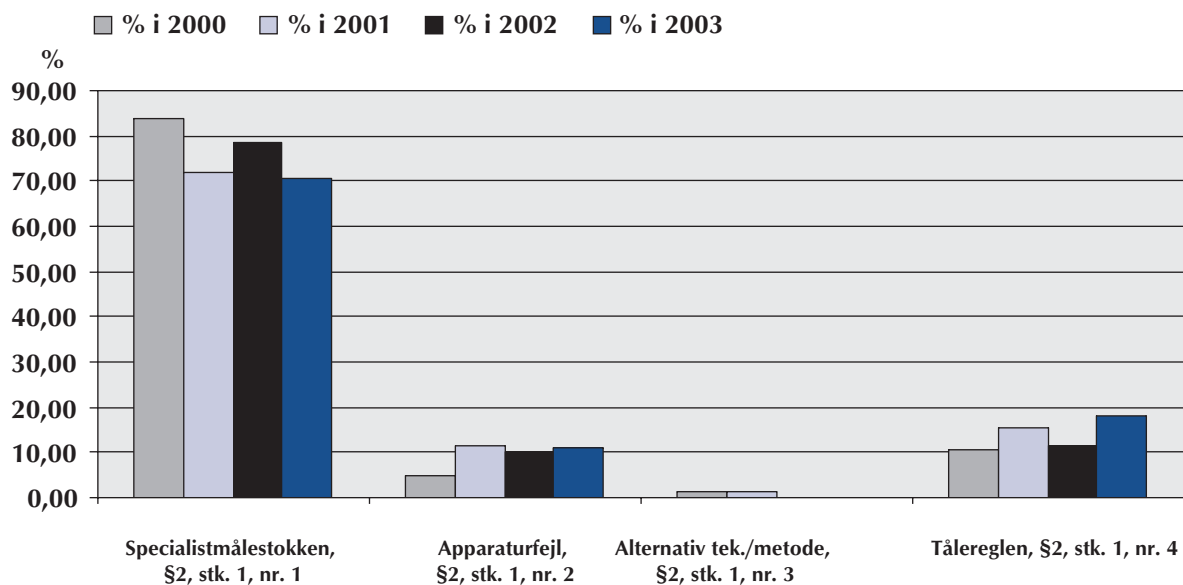
*Tandskade* indeholder skader, der kan opstå efter fremstilling af kroner og broer, forkert (skæv) udboring til stifter i tandrødder, fraktur af rødder og skader ved rodbehandlinger.

*Forsømt tandbehandling* dækker neglektsager, hvor nødvendig behandling hyppigst ikke er blevet diagnosticeret.

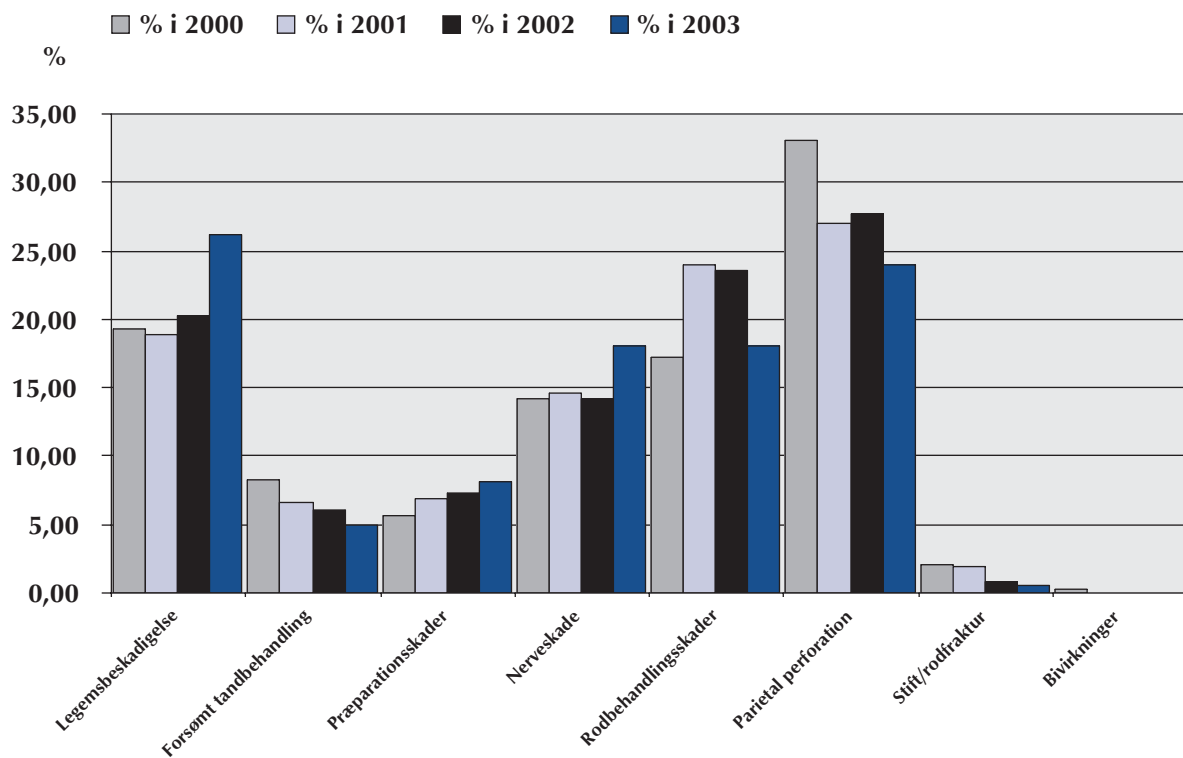
Figur 16 viser i tal en underopdeling af nerveskader opdelt efter de forskellige nerver. Hovedparten af nervelæsionerne sker stadig under operativ fjernelse af tænder, specielt visdoms-

tænder i underkæben. Årsagen til nerveskaden kan ikke i alle tilfælde klarlægges. Figur 17 viser de registrerede årsager til nerveskade.





Figur 14: Fordeling i % af erstatningsberettigede skader efter afgørelsestyper



Figur 15: Procentuel fordeling af erstatningsberettigede skader efter skaden.

	i 2000	i 2001	i 2002	i 2003
N. mandibularis	19	22	22	17
N. lingualis	24	11	23	12
N. infraorbitalis	0	0	2	0
N. buccalis	3	2	6	4
N. facialis	0	0	0	1
N. mentalis	3	1	4	0
Andre	3	2	0	0
<b>I alt</b>	<b>52</b>	<b>38</b>	<b>57</b>	<b>34</b>

Figur16: Viser fordelingen af antal skader på de enkelte nerver.

	2000	2001	2002	2003
Læsion med culter	1	0	6	1
Læsion med bor	1	1	1	1
Læsion med kanyle	0	3	3	2
Læsion med andre instrumenter	7	2	6	1
Nervens relation til det fjernede	7	15	11	11
Ingen forklaring	36	17	30	18
<b>I alt</b>	<b>52</b>	<b>38</b>	<b>57</b>	<b>34</b>

Figur 17: Årsag til nerveskaden

# 4 Tandskadeankenævnets virksomhed

## 4.1. Ankenævnets etablering og sammensætning

Som omtalt i kapitel 1 blev det under udvalgsarbejdet i det af Sundhedsministeriet nedsatte udvalg vedrørende revision af lov om patientforsikring diskuteret, hvorvidt den af Dansk Tandlægeforening etablerede patientforsikring skulle kunne fortsætte som en selvstændig ordning, dersom lovens dækningsområde blev udvidet til at omfatte praksissektoren.

En væsentlig forudsætning for, at et flertal i udvalget anbefalede en fortsættelse af tandlægeordningen var, at der sikredes mulighed for at anke den trufne afgørelse. Ankemuligheden skulle sikre, at retssikkerheden for de involverede i tandlægesager blev den samme som i den øvrige del af praksissektoren, idet sager her ville kunne ankes til Patientskadeankenævnet.

På den baggrund foreslog Dansk Tandlægeforening, at der nedsattes et ankenævn bestående af

- 1 formand, der skal være jurist og opfylde kravene til at kunne udnævnes til landsdommer eller være fastansat universitetslærer i retsvidenskab
- 3 tandlæger med erfaring i behandling af patientforsikringsager
- 1 repræsentant fra Forbrugerrådet
- 1 repræsentant fra Amtsrådsforeningen/Sygesikringens forhandlingsudvalg
- 1 repræsentant fra Patientforsikringen/Patient-skadeankenævnet

Deltagelse af repræsentanter fra Forbrugerrådet og Amtsrådsforeningen sikrer varetagelse af forbrugerinteresser, og repræsentanten fra Patientforsikringen/Patient-skadeankenævnet sikrer ensartethed i afgørelserne i forhold til øvrige patient-skader. Endelig sikres der med denne sammensætning paritet i ankeudvalget.

I overensstemmelse med ovennævnte nedsatte Dansk Tandlægeforening pr. 1/1 1998 et ankenævn.

Tandskadeankenævnet har prof., dr.jur. Bo von Eyben som formand og direktør Arne Grünfeld fra Patientforsikringen som næstformand, og som medlemmer vicekontorchef Annette Bonne fra Amtsrådsforeningen, Margrethe Nielsen fra Forbrugerrådet, og tandlægerne Jørn Frandsen, Mogens Bastved og Claus Palmgren.

Ankenævnet har som uafhængig sagkyndig professor, dr. odont. Palle Holmstrup fra Tandlægeskolen, Københavns Universitet.

For at sikre udvalgets beslutningsdygtighed i henhold til forretningsordenen (Bilag 6) har Dansk Tandlægeforening, Forbrugerrådet, Amtsrådsforeningen/Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Patientforsikringen/Patient-skadeankenævnet fået mulighed for at udpege en suppleant.

Reglerne for Tandskadeankenævnets virksomhed er fastlagt i en forretningsorden, der nøje følger bestemmelserne i forretningsordenen for det "offentlige" Patientskadeankenævn.

Dansk Tandlægeforenings Tryghedsordninger stiller den fornødne sekretariatsmæssige bistand til rådighed.

## 4.2. Sagsgangen

Sager kan indbringes for Tandskadeankenævnet enten af skadelidte, den driftsansvarlige tandlæge, forsikringstageren (DTF) eller anden med retlig interesse i sagen.

Ankeprocessen er gratis for parterne, og der stilles ikke krav om begrundelse eller andre formelle krav.

Som eksempel på en anden med retlig interesse kan nævnes et konkret tilfælde: En ansat tandlæge havde udført den behandling, der havde givet anledning til skadesanmeldelsen. En ansat tandlæge er ikke driftsansvarlig og er dermed som udgangspunkt ikke ankeberettiget. I det konkrete tilfælde var den skadesudløsende behandling blevet brugt i argumentationen i en ansættelsesmæssig tvist mellem skadevolder og principal, hvorfor ankenævnet anerkendte, at skadevolder, selvom han var ansat, i dette til-

fælde havde retlig interesse i sagens udfald, hvorfor ankeadgang blev meddelt.

Anke skal være indgivet senest 3 måneder efter, at sagens parter har fået meddelelse om afgørelsen i første instans.

Anke indgives ved, at en ankeberettiget indsender sin klage til Tandskadeankenævnets sekretariat med angivelse af, hvad der klages over. Der stilles her ud over ingen formelle krav til ankeskrivelsens udformning.

Ved modtagelsen af en ankesag i Tandskadeankenævnets sekretariat efterprøver sekretariatet følgende:

- Er sagen indbragt af en klageberettiget.
- Er de tidsmæssige betingelser for indbringelse af sagen opfyldt - dvs., at der er tale om anke af en 1. instans-afgørelse af en sag, som er anmeldt til DTF's Patientskedeforsikring den 1. januar 1998 eller senere.
- Er 3-måneders-fristen for anke overholdt - hvis dette ikke er tilfældet, påhviler det sekretariatet eventuelt at give Tandskadeankenævnet (dets formand) indstilling vedrørende spørgsmålet om dispensation fra 3 måneders fristen.

Sekretariatet kvitterer for modtagelse af anken og oplyser klager om, hvornår klagen kan forventes behandlet i Tandskadeankenævnet.

Herefter skal sekretariatet:

- Tage stilling til, om der er begæret opsættende virkning. Udgangspunktet herfor er, at anke ikke har opsættende virkning; men denne regel kan fraviges, jævnfør § 4, stk. 3, i forretningsordenen. Sådanne sager skal hurtigt fremlægges for formanden for Tandskadeankenævnet.
- Straks efter ankens modtagelse sendes den til forsikringselskabet med henblik på at indhente sagsmateriale fra 1. instans samtidig med, at selskabet skal udfærdige en udtalelse vedrørende anken. Forsikringselskabet har en svarfrist på 2 uger.
- Derefter, og snarest muligt, orienterer sekretariatet parterne (patient og tandlæge) om Codans udtalelse og beder om en udtalelse udfra materialet fra Codan. Der meddeles de adspurgte parter en svarfrist på 3 uger.
- Når udtalelserne fra tandlægen og patienten foreligger, forelægges sagens odontologiske aspekter for professor, dr. odont. Palle Holmstrup, Københavns Universitet til udtalelse, idet Palle Holmstrup virker som ekstern odontologisk konsulent for Tandskadeankenævnet.

*Sekretariatets forberedelse af ankenævnshandlingen*

- Sekretariatet foretager en vurdering af, hvilke sager der (formentlig) kan afgøres umiddelbart af formanden i henhold til bemyndigelsen i forretningsordenens § 7. Denne bemyndigelse svarer til reglen i patientforsikringslovens § 14, stk. 4, som nærmere er udmøntet i forretningsordenen for det "offentlige" Patientskadeankenævn, jf. bekendtgørelse nr. 133 af 9. marts 1999 § 7. Bemyndigelsen praktiseres i overensstemmelse hermed. Den har navnlig betydning i sager vedrørende anmodning om genoptagelse af afgjorte sager, hvor der normalt kun skal tages stilling til, om der er fremkommet væsentlige, nye oplysninger. Endvidere er bemyndigelsen i enkelte tilfælde blevet anvendt i sager, hvor der alene var spørgsmål om udmåling af erstatning. Disse to sagstyper dækkes af reglerne i § 7, stk. 2, nr. 1 og 4, i den nævnte bekendtgørelse.

- Til de øvrige ankesager – og til de sager, der alligevel ikke umiddelbart kan afgøres af formanden - udarbejder sekretariatet en indstilling til Tandskadeankenævnet indeholdende:
  - Et resumé af det faktiske forløb ved skadens opståen
  - Kort gengivelse af 1. instans' afgørelse
  - En gengivelse af, hvad der er klaget over
  - En redegørelse for, hvilke tandlægefaglige forhold sagen er blevet tilført siden afgørelsen i 1. instans, det vil sige indholdet af de indhentede kommentarer fra partshøringen (fra patient, tandlæge og Codan)
  - Udtalelse fra Ankenævnets odontologiske konsulent

På denne baggrund udarbejder sekretariatet en begrundet indstilling om, hvordan sagen bør afgøres. Indstillingen kan være:

1. En utvivlsom indstilling eller
2. at sagen tages op til nævnets afgørelse.

Således oplyst og forberedt forelægges sagerne til afgørelse på møde i Tandskadeankenævnet.

Tandskadeankenævnet holder som hovedregel møde 1 gang om måneden med undtagelse af juli måned.

Møderne afholdes på Tandskadeankenævnets adresse, Svanemøllevej 85, 2900 Hellerup.

I møderne deltager Tandskadeankenævnets medlemmer, nævnets odontologiske konsulent

samt medarbejdere fra Tandskadeankenævnets sekretariat.

Endvidere kan forsikrings-selskabet og Dansk Tandlægeforening være repræsenteret som observatører.

På mødet forelægger formanden sagen med angivelse af sagens fakta, hvorefter sagen debatteres, tvivlsspørgsmål belyses og konklusion med forslag til afgørelse fremsættes af formanden.

Nævnet træffer afgørelser ved stemmeflerhed, og i tilfælde af stemmelighed er formandens stemme udslagsgivende.

Det skal i den forbindelse nævnes, at alle afgørelser på nær en (301/02\*); i beretningsperioden er blevet truffet uden afstemning, idet det som regel altid har været muligt at opnå enighed.

Tandskadeankenævnets sekretariat udfærdiger beslutningsreferat, ligesom sekretariatet efter mødet udfærdiger et udkast til afgørelse.

Afgørelsen skal indeholde oplysning om hvilke faktiske forhold, der er lagt til grund for afgørelsen, selve afgørelsens ordlyd samt en detaljeret begrundelse for den trufne afgørelse.

Sekretariatets udkast til afgørelse forelægges formanden til godkendelse og underskrift, hvorefter afgørelsen tilsendes parterne.

Samtidig modtager nævnsmedlemmerne kopi af den endelige afgørelse.

Tandskadeankenævnet kan stadfæste, ændre eller ophæve afgørelsen i 1. instans, ligesom sa-

gen kan hjemvises til fornyet behandling i 1. instans.

Tandskadeankenævnets afgørelser er endelige, idet Dansk Tandlægeforening og Codan har forpligtet sig til at efterleve nævnets beslutninger, ligesom det af forretningsordenens § 8 fremgår, at sagens parter ikke kan indbringe Tandskadeankenævnets afgørelser for nogen administrativ myndighed.

Tandskadeankenævnets afgørelser kan alene indbringes for de almindelige domstole.

### 4.3. Statistiske oplysninger om Tandskadeankenævnets virksomhed 2002-2003

Figur 18 viser antallet af anmeldte ankesager, antallet af afsluttede- samt antallet af endnu ikke afsluttede sager.

Som kriterium for, at en sag er afsluttet, er valgt den dato, hvor Tandskadeankenævnets afgørelse bliver meddelt parterne.

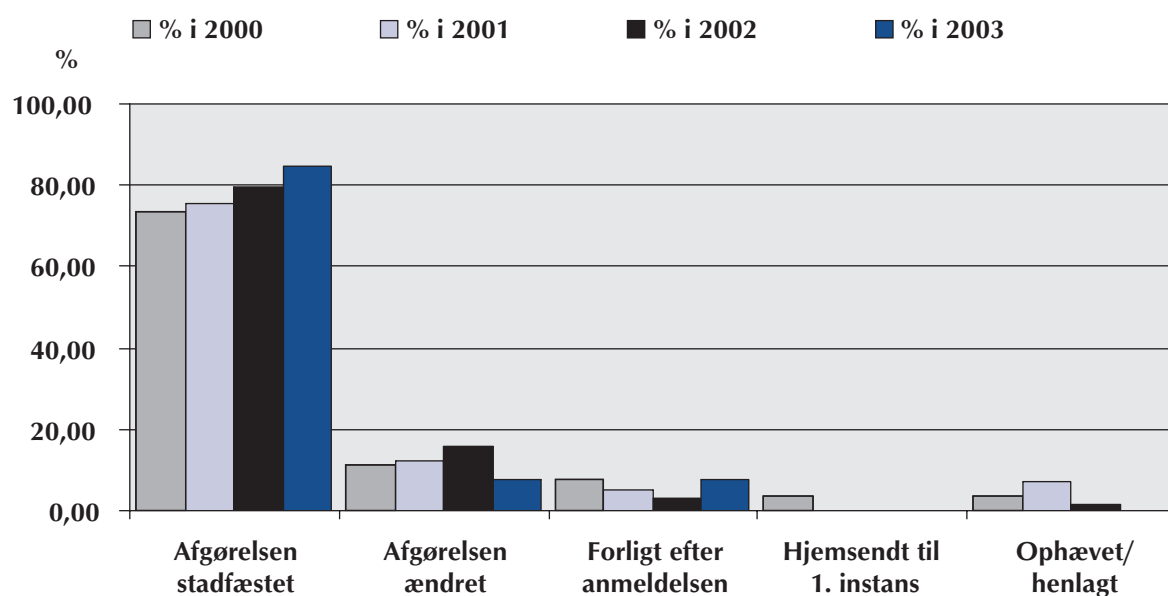
Figur 19 viser Tandskadeankenævnets resultat i % efter behandling af ankesagerne. I gennemsnit er ca. 10% af sagerne de sidste 4 år ændret - en ændring, der kan gå begge veje med hensyn til størrelsen af den tilkendte erstatning. Af disse 10% ændres ca. 12% til ugunst for patienten.

Figur 20 viser sagbehandlingstiden i måneder, og figur 21 og diagrammet i figur 22 sagbehandlingstiden akkumuleret i %. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid faldt fra 8,6 måneder i år 2001 til 5,6 måneder i år 2003.

	Modtagne sager	Afsluttede sager	Verserende sager
2000	61	77	38
2001	117	77	78
2002	81	122	36
2003	84	97	23

Figur 18: Fordeling af sagerne de sidste 4 år.

\* Jf. nedenfor side 37.



Figur 19: Ankens resultat vist i %.

Måneder	2000	2001	2002	2003
<1	2	3	2	7
<2	5	2	1	8
<3	1	3	2	18
<4	4	2	14	31
<5	9	0	12	8
<6	11	18	13	1
<9	17	74	34	2
<12	2	10	1	2
<18	1	1		1
<24	2	2		
<36	3			

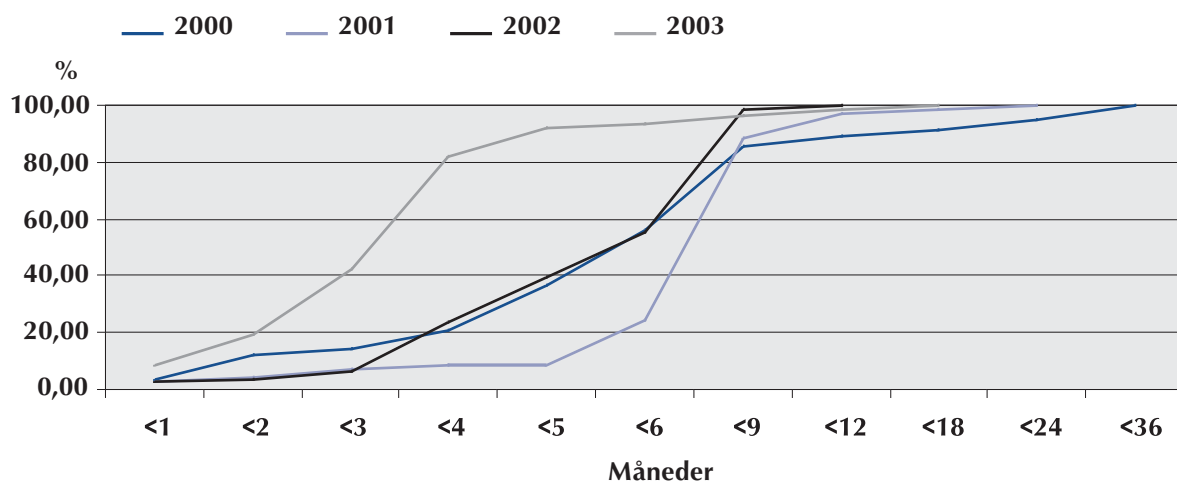
Figur 20: Sagsbehandlingstid i måneder fra startdato til sagsafslutning.

Gennemsnitlig sagsbehandlingstid: År 2000: 11 måneder. År 2001: 9 måneder.

År 2002: 5 måneder. År 2003: 6 måneder.

Måneder	2000	2001	2002	2003
<1	3,6	2,6	2,5	9,0
<2	12,7	4,3	3,8	19,2
<3	14,5	7,0	6,3	42,3
<4	21,8	8,7	24,1	82,1
<5	38,2	8,7	39,2	92,3
<6	58,2	24,3	55,7	93,6
<9	89,1	88,7	98,7	96,2
<12	92,7	97,4	100,0	98,7
<18	94,5	98,3		100,0
<27	98,2	100,0		
<36	100,0			

Figur 21: Sagsbehandlingstid akkumuleret i % i måneder fra startdato til sagsafslutning.



Figur 22: Sagsbehandlingstid akkumuleret i % i måneder fra startdato til sagsafslutning.

# 5 Problemstillinger belyst ved hjælp af eksempler på Tandskadeankenævnets afgørelser

## 5.1. Dækningsområdet i patientforsikringslovens § 1:

*Patientskadeforsikringen dækker erstatning til patienter eller disses efterladte for fysiske skader påført patienten her i landet i tilslutning til undersøgelse, behandling eller lignende hos privatpraktiserende tandlæger, der er medlemmer af Dansk Tandlægeforening.*

*Forsikringen dækker ikke skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt.*

### 1. Skade indtrådte i tilslutning til behandling på offentligt sygehus

I 2000 henvendte patienten sig til sin tandlæge på grund af en tandbyld ved tænderne +6, +7, +8. En røntgenoptagelse viste betændelse omkring rødderne ved +6 og +7 og ved efterfølgende operativt indgreb på sygehus, fandt man indikation for fjernelse af tænderne +6, +7 samt en helretineret (liggende oppe i kæben)+8.

Patienten klagede herefter over mangelfuld diagnostik samt over behandling af smerter og betændelse i kindtænderne i venstre side.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1, og tilkendte patienten erstatning for udgiften til erstatning af tanden +6 med en ekstensionsbro +4,5,6 (forreste og bagerste lille kindtand samt forreste store kindtand i venstre overkæbe).

For så vidt angår tabet af tanden +7 fandt forsikringen ikke, at skaden var omfattet af forsikringen i henhold til lov om patientforsikringen, idet tabet af denne tand ikke skyldtes skade ved behandlingen, men grundlidelsen (rodbetændelse på trods af korrekt rodbehandling). Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 2, stk. 1, nr. 1-4 var ikke opfyldt.

Patienten ankede forsikringsselskabets afgørelse med henvisning til, at hun mente sig berettiget til dækning af udgifter i forbindelse med unødigt behandling af bihulebetændelse, herunder fuld erstatning for tabet af +6 og +7, samt

kompenstation for medicinudgifter og svie og smerte.

Tandskadeankenævnet ændrede forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt, at tænderne +6 og +7 var trukket ud på et tilsyneladende utilstrækkeligt grundlag, men da dette var sket på et offentligt sygehus og ikke hos en privatpraktiserende tandlæge, var skaden ikke omfattet af Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring.

Tandskadeankenævnet henviste skaden til Patientforsikringen.

Patientforsikringen afviste imidlertid sagen, idet man fandt, at tabet af tænderne +6 og +7 måtte tilskrives en betændelsestilstand omkring tændernes rødder, der var opstået forud for behandlingen på sygehuset, hvorved patienten således ikke var påført en fysisk skade i tilslutning til undersøgelse eller behandling på sygehus.

Sagen blev herefter genoptaget i Tandskadeankenævnet, hvor man ændrede sin tidligere trufne afgørelse. Man fandt herefter, at behandlingen af såvel tanden +6 som tanden +7 ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, hvilket var årsag til ekstraktion af tænderne.

Patienten fandtes herefter berettiget til erstatning for følgerne heraf efter lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1. Patienten tilkendtes erstatning for udgiften til en ekstensionsbro +4,5,6 samt erstatning for tab af tanden +7. (285/01)

### 2. Skade indtrådte i tilslutning til behandling på privat hospital

I april 1996 fik patienten indsat et implantat til erstatning af tanden -6. Behandlingen blev foretaget af en specialtandlæge på Privathospital efter henvisning fra patientens egen tandlæge.

Efterfølgende konstaterede man følelsesløshed i mundens venstre side svarende til en del af underkæben, underlæben og tungen, men man valgte at se tiden an, idet symptomerne ville kunne fortage sig efter nogen tid.



Tandskadeankenævnet fandt, at specialtandlægens behandling faldt inden for lovens dækningsområde, selvom behandlingen var foretaget på privathospital, idet behandlingen var udført af en specialtandlæge, der havde betalt særskilt præmie til ordningen, hvorfor de givne behandlinger, som tandlægen foretog på privathospitalet, dermed faldt ind under forsikringen. (310/02)

### 3. Skade indtrådt i tilslutning til behandling på Grønland

I foråret 1993 fik patienten cementeret en bro med tænderne +3 og +7 som bro piller og med tænderne +4, +5, og +6 som mellemlid.

I perioden mellem 1994 og 1998 gik broen løs flere gange, og patienten henvendte sig til tandlægen flere gange pga. smerter ved tygning. For at afhjælpe symptomerne foretoges recementering samt fremstilling af bidskinne og tanden +3 rodbehandledes.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af forsikringen i henhold til lov om patientforsikring § 1 og § 2 stk.1, nr.1 og betalte efter regning en rodbehandling og en opbygning til tanden +3 (hjørnetand i overmund).

Patienten ankede herefter forsikringsselskabets afgørelse for så vidt angik den tilkendte erstatning.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet nævnet fandt, at skaden var omfattet af patientforsikringsloven § 2, stk. 1, nr. 1, men at der ikke kunne ydes erstatning for følgerne af, at tanden +3 mistedes, idet dette måtte tilskrives en behandling, der ikke var dækket af forsikringen.

Dette skyldtes, at behandlingen var udført på en tandklinik på Grønland, som ikke er omfattet af Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring, hvorfor der derfor ikke kunne ydes erstatning for følgerne af denne behandling. (333/02)

### 4. Skade som følge af egenskaber ved anvendt lægemiddel

I april 2002 fik patienten i forbindelse med behandlingen en lokal bedøvelse (infiltrations analgesi). Efterfølgende rettede patienten henvendelse til tandlægen, idet hun fortsat kunne mærke den anlagte bedøvelse i form af følelseløshed, og man valgte at se tiden an.

Ved undersøgelse henholdsvis i juli 2002 og december 2002 var der fortsat følelseløshed og ved neurosensorisk undersøgelse af overlæben, fandt man usædvanlig kraftig påvirkning af dele af nervus infraorbitalis' nerveforsyningsområde (innervationsområde) omfattende det meste af overlæben til siden (lateralt) begrænset af furen fra næsefløjen (sulcus nasolabialis) til mundvigen

Patienten klagede herefter over at være påført følelseløshed ved næseroden efter bedøvelse.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af patientforsikringsloven § 2, stk. 1, nr. 4, og tilkendte patienten godtgørelse for varigt mén svarende til 5%.

Patienten ankede forsikringsselskabets afgørelse, idet hun anførte, at der var tale om en meget invaliderende skade.

Tandskadeankenævnet fandt, at der var tale om en fysisk skade opstået som følge af selve det anvendte lægemiddels egenskaber, hvorfor skaden ikke fandtes omfattet af reglerne i lov om patientforsikring.

Tandskadeankenævnet foranledigede herefter sagen forelagt for Patientforsikringen med henblik på stillingtagen til, hvorvidt skaden var omfattet af lov om erstatning for lægemiddelskader. (379/03)

## 5.2. Fysisk skade

*Efter §1, stk. 1 dækker loven udelukkende fysiske skader, der med overvejende sandsynlighed kan tilskrives den udførte behandling.*

*Loven dækker således kun skader, såfremt disse er en følge af den udførte behandling og ikke en følge af patientens grundsygdom eller egenskaber ved patienten i øvrigt.*

*Er der indtrådt en fysisk skade, som dækkes af lov om patientforsikring omfatter dækningen også psykiske følger af denne skade. Er skaden derimod af psykisk karakter, omfatter dækningen heller ikke fysisk følge heraf.*

### 1. Psykisk skade

I perioden fra den september 1994 til februar 2002 havde man forsøgt at fremstille faste broer på implantater i såvel over- som undermund og flere gange foretoges omgørelse af udført arbejde, men til trods herfor fandt patienten ikke det udførte arbejde tilfredsstillende.

Det anførtes, at patienten var påført skade i

form af rhagader (kroniske sår) i mundvigene, muskelproblemer samt talebesvær som følge af udført tandarbejde, herunder fremstilling af faste broer på implantater.

Endvidere gjordes det gældende, at der var tale om ødelagt over- og underkæbe, vejtrækningsproblemer samt psykiske mén.

Forsikringen fandt, at skaden ikke var omfattet af forsikringen i henhold til lov om patientforsikring § 1, da der ikke var sket en fysisk skade i forbindelse med tandbehandlingen, men udelukkende havde været tale om et vanskeligt behandlingsforløb.

Patienten ankede under henvisning til, at der var opstået både muskelproblemer og talebesvær, hvilket indikerede, at der var sket en væsentlig skade.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikrings-selskabets afgørelse, idet nævnet fandt, at patienten ikke med overvejende sandsynlighed var påført en fysisk skade i tilslutning til udført tandbehandling.

For så vidt angik de beskrevne psykiske problemer som følge af et langvarigt tandbehandlingsforløb, blev det lagt til grund, at der ifølge loven ikke kan ydes erstatning for skader af rent psykisk karakter, men udelukkende ydes erstatning for psykiske skader, såfremt disse måtte være en direkte følge af en fysisk skade påført i tilslutning til behandling. (360/02)

## *2. Ingen skade men en behandling, der ikke lykkedes*

I efteråret 2002 sås patienten hos tandlægen, hvor man foretog rodbehandling af tanden 6+, men pga. efterfølgende vedvarende smerter fra tanden påbegyndes en revision af rodbehandlingen.

Patienten rettede herefter henvendelse til anden tandlæge, som fuldførte den iværksatte revision. På grund af fortsatte smerter fjernede man senere rodfyldningen.

Efterfølgende var der vedvarende sekretion i rodkanalen.

Patienten søgte herefter erstatning for sine udgifter i forbindelse med revision.

Forsikrings-selskabet fandt, at patienten ikke var påført en fysisk skade i tilslutning til behandling, jf. lov om patientforsikring § 1, og kunne således ikke udbetale erstatning. Det anførtes, at den opståede betændelsestilstand med overve-

jende sandsynlighed var en følgetilstand til tandens oprindelige grundlidelse.

Patienten ankede herefter sammen med tandlægen, idet man anførte, at der var tale om en fysisk skade.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikrings-selskabets afgørelse, idet man fandt, at behandlingen var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og at behandlingen blot ikke var lykkedes pga. anatomiske forhold (en ekstra rodkanal). Den omstændighed, at en korrekt udført behandling ikke gav det tilsigtede resultat, udgjorde ikke en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand. (428/03)

## *3. Parodontosebehandling, der ikke lykkedes*

Patienten var behandlet for parodontose i 1998, hvor 75% blev dækket af forsikringen på grund af tidligere tandlæges mangelfulde diagnostik og behandling.

Det bemærkedes i afgørelsen, at hvis patienten på et senere tidspunkt mistede tænder som følge af parodontosen, kunne sagen genoptages.

I maj 2003 henvendte patienten sig på grund af fornyet behov for parodontosebehandling.

Forsikringen fandt, at det nu konstaterede behandlingsbehov skyldtes tab af fæste på trods af velgennemført behandling, og at en medvirkende årsag til sygdomsudviklingen kunne være, at patienten ikke havde fulgt de regelmæssige tilkald mm.

Forsikringen fandt derfor ikke skaden omfattet af forsikringen.

Patientens tandlæge ankede i samråd med patienten afgørelsen, idet man mente, at det nuværende behandlingsbehov skyldtes den oprindelige forsømmelse.

Tandskadeankenævnet fandt, at den nu konstaterede udvikling af parodontosen ikke med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives den manglende parodontosebehandling frem til 1998.

Ved vurderingen blev det lagt til grund, at sygdomsudviklingen på erstatningstidspunktet i det væsentlige var moderat med stedvise voldsomme fæstetab ved enkelte tænder.

Det er velkendt, at patienter med den foreliggende aggressive sygdomsform ofte udvikler recidiver i et behandlingsforløb.

Tandskadeankenævnet fandt derfor, at det nuværende behandlingsbehov med overvejende

sandsynlighed skyldtes selve sygdommen og ikke den tidligere, manglende behandling af den. (430/03)

#### 4. Fordyrelse af omgørelse ikke omfattet af forsikringen

I august 2001 rettede patienten henvendelse til tandlægen med ønske om unitorbeklæbning i overkæben og underkæben.

Efter drøftelse af behandlingsmuligheder modtog patienten et tilbud på klæbebro i overkæben. Patienten klagede bl.a. over skæmmende udseende i forbindelse med udførelse af klæbebro og søgte erstatning for reetablering af sit udseende i form af ny klæbebro.

Forsikringsselskabet fandt ikke, at skaden var omfattet af forsikringen i henhold til lov om patientforsikring § 1, men at der udelukkende var tale om omgørelse af tandlægens arbejde, for hvilken der ikke var forsikringsdækning.

Patienten ankede, idet han forlangte erstatning for udgifter, som han var påført i forbindelse med de ham påførte skader.

Tandskadeankenævnet fandt, at den udførte tandbehandling ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, men fandt imidlertid, at der herved ikke var påført patienten en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand.

Det blev ved afgørelsen lagt til grund, at det måtte antages at være muligt at omgøre den udførte behandling, således at der derved opnåedes både en bedre bidfunktion og et bedre kosmetisk resultat. Den omstændighed, at en sådan omgørelse måtte blive dyrere end den oprindeligt udførte behandling, var ikke en fysisk skade, men et rent økonomisk tab. Såfremt patienten ønskede erstatning for dette tab, kunne dette kun ske i form af et civilt søgsmål mod vedkommende tandlæge. (354/02)

#### 5. Tilbagebetaling af honorar ved mangelfuldt arbejde.

I april 1994 fik patienten foretaget tandbehandling, herunder udboring til stift og kroning af tanden -6. Efterfølgende angav patienten periodevis ømhed af tanden og ved undersøgelse i marts 2003 konstateredes tandbyld ud for tanden -6.

Ved røntgen sås parietal perforation (gennemboring af tandens rod), hvorfor tanden samme dag ekstraheredes (blev udtrukket).

Patienten klagede over, at skaden havde medført behov for implantatbehandling og gjorde krav på erstatning.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring §§ 1 jf. 2, stk. 1, nr. 1 og tilkendte erstatning for implantat med suprastruktur regio -6, ligesom man fandt, at tandlægen til forsikringen skulle tilbagebetale honoraret for behandlingen af -6 foretaget i 1994.

Tandlægen ankede med den begrundelse, at en behandling, der trods alt havde fungeret i 10 år ikke kunne erklæres for "ikke-honorarværdig" på afleveringstidspunktet.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet nævnet fandt, at behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og at patienten i tilslutning til den udførte behandling var påført en fysisk skade jf. lov om patientforsikring §§ 1, stk. 1 og 2, stk. 1, nr. 1.

Endvidere tiltrådte Tandskadeankenævnet, at behandlingen ikke havde været honorarværdig, således at tandlægen til forsikringsselskabet skulle refundere honorarbeløbet for den udførte behandling.(415/03)

#### 6. Tilbagebetalingsspørgsmål i forhold til klagesystemet

I 1987 fik patienten efter et traume foretaget en kronebehandling af tanden -6. I den forbindelse opstod en parietal perforation af roden, hvilket man ikke var opmærksom på.

I 1997 foretoges en recementering af kronen, og i marts 2001 konstateredes parietal perforation, som havde medført betændelsestilstand.

Patienten søgte erstatning for udgifterne for ekstraktion af tanden -6 samt efterfølgende brobehandling.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af patientforsikringsloven § 2, stk. 1, nr. 1, og at forsikringen betalte udgifterne til erstatning af tanden med en 3-leddet bro.

Tandlægen ankede, idet det anførtes, at kronen var påsat 10 år tidligere end oplyst af patienten, at afgørelsen var truffet på et forkert grundlag, og at man afviste krav om tilbagebetaling.

Tandskadeankenævnet tiltrådte forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt, at den opståede skade i form af parietal perforation var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1,

nr. 1. Imidlertid fandt nævnet ikke, at honoraret for den udførte krone skulle tilbagebetales, da det er en forudsætning for tilbagebetaling, at patienten kunne have fremsat et sådant krav til klagesystemet. En betingelse herfor er, at klage indgives indenfor 10 år fra det tidspunkt, hvor skaden er forvoldt. (342/03)

### 7. Erstatning for fysisk skade i form af smerter

Patienten rettede den 5. november 1998 henvendelse til tandlægen med henblik på fremstilling af OK-bro.

Ved undersøgelse fandt man tanden +1 løsnet af 2. grad, og der sås ekstern resorption (begyndende opløsning af roden) og patologisk proces apikalt (kronisk rodbetændelse). Endvidere fandtes 2+2's prognose tvivlsom, og man fandt indikation for brobehandling 3+ til +3 med ekstraktion (udtrækning) af 2+1,2.

Den 12. november 1999 iværksattes planlagt behandling, herunder ekstraktion umiddelbart uden komplikationer, men efterfølgende angav patienten brændende smerter i OK-fronten strålende ud i overlæben.

Man forsøgte at fjerne broen og erstatte denne med en anden, men uden resultat.

Patienten klagede over smerter efter brobehandling og søgte erstatning for tabt arbejdsfortjeneste samt dækning af udgifter til smertebehandling og godtgørelse for svie og smerte.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden ikke var omfattet af forsikringen, da der ikke var tale om en erstatningsberettigende skade i henhold til lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1-4.

Patienten ankede herefter forsikringsselskabets afgørelse, idet det gjordes gældende, at hendes smerter og symptomer, som hun oplevede dem i dag, først optrådte efter isættelsen af broen, og at smerterne og symptomerne var en følge af brobehandling.

Tandskadeankenævnet ændrede forsikringsselskabets afgørelse, idet nævnet fandt, at patienten i forbindelse med den udførte tandbehandling var blevet påført en fysisk skade i form af smerter, uanset at der ikke kunne påvises en bestemt fysiologisk baggrund for patientens smerteklager jf. lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4.

Det blev lagt til grund, at patientens smerter inden behandlingen tydede på en betændelsestilstand, og at hendes gener efter behandlingen i

form af atypiske ansigtssmerter med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives den udførte tandbehandling.

Tandskadeankenævnet hjemviste sagen til Codan til fortsat behandling, herunder stillingtagen til omfanget af en eventuel erstatning og godtgørelse. (372/03)

### 5.3. Erstatningsgrundlaget i patientforsikringslovens § 2

*Af indledningen til reglen i PFL § 2, stk. 1 fremgår, at erstatning ydes, såfremt skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de 4 måder, der er opregnet i § 2, stk. 1, nr. 1-4.*

*Forsikringen dækker efter PFL erstatninger ned til en minimumsgrænse på 1.000,00 kr.*

*Derudover dækkes skader under 1.000,00 kr., såfremt tandlægen er ansvarlig for skadens opståen bedømt efter culpareglen.*

#### Beviskravet vedrørende kausalitet

##### 1. Bylddannelse i endetarm. Flertalsafgørelse.

Den 21. november 2001 fremstilledes en provisorisk bro.

Den 30. november 2001 blev patienten indlagt akut på grund af byld i endetarmen.

Den 5. december 2001 blev patienten udskrevet til videre ambulans kontrol. Den 12. december 2001 blev patienten indlagt på ny på grund af feber og tiltagende ømhed omkring endetarmen, og der foretoges påny incision.

Patienten klagede herefter over, at han i forbindelse med tandbehandling den 21. november 2001 havde slugt et stykke plastik, hvilket efter hans opfattelse var årsag til, at der var opstået en byld i endetarmen.

Forsikringsselskabet fandt, at den opståede byld i endetarmen ikke kunne tilskrives den udførte tandbehandling, og at han derfor ikke fandtes at være påført en fysisk skade i tilslutning til behandling, jf. lov om patientforsikring § 1

Patienten ankede herefter forsikringsselskabets afgørelse, idet det bl.a. anførtes, at et stort stykke plastik var knækket af et tandaftryk, hvorefter patienten havde slugt dette. Af en udtalelse fra patientens egen læge fremgik, at der var en klar årsagssammenhæng mellem læsionen som følge af plastikstykket og den efterfølgende bylddannelse.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet flertallet ikke fandt det

overvejende sandsynligt, at patienten i forbindelse med den givne tandbehandling havde slugt et stykke plastik, og at dette skulle være årsag til patientens gener i endetarmen.

Flertallet lagde vægt på, at henset til størrelsen af plastikstykket (ca. 5 cm) forekom det nævnet usandsynligt, at dette ikke medførte en reaktion, således at det blev bemærket ved behandlingen, og at der gik 9 dage fra tandbehandlingen, og indtil patienten blev indlagt til udredning for problemer i endetarmen. (301/02)

## 2. Erstatning ved culpa

I forbindelse med behandling af en kindtand kom man til at ramme tanden +1 med polymeringslampen, og 5 dage efter brækkede et stykke af tanden +1.

Der foretoges udbedring af skaden med plast, ligesom der foretoges røntgenundersøgelse.

Forsikringsselskabet fandt ikke, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring

§ 1. Man fandt, at der var tidsmæssig sammenhæng mellem stødet på tanden og den efterfølgende fraktur, men man fandt ikke, at der med overvejende sandsynlighed var årsagsmæssig sammenhæng.

I øvrigt ville rimelige udgifter til skadesudbedrende behandling udgøre mindre end kr. 1.000,00 og dermed være under forsikringens minimumsgrænse for udbetaling af erstatning.

Tandlægen ankede afgørelsen bl.a. med den begrundelse, at der var tale om et meget kraftigt stød på tanden, og at tanden knækkede umiddelbart efter.

Tandskadeankenævnet ændrede forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt, at henset til tidsforløbet mellem slaget og frakturen samt til brudfladens karakter, kunne det ikke afvises, at slaget havde medført en svækkelse af tanden, og at denne svækkelse efterfølgende var årsag til bruddet.

Da et kraftigt slag med en lampe måtte anses for klart ansvarspådragende også efter almindelige erstatningsregler, kommer tvivlen om, hvorvidt slaget faktisk var årsag til skaden, i dette tilfælde skadelidte til gode.(337/02)

## 5.4.1. § 2, stk. 1, nr. 1

### – specialistreglen

- *"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.*

*Under denne regel dækkes helt naturligt også alle culpaskader over bagatelgrænsen.*

### 1. Skønsmæssig fastsat svie og smertegodtgørelse efter EAL § 3, 2. pkt. ved klar culpa

I marts 2000 sås patienten hos tandlægen, idet hun gjorde opmærksom på gener fra mellemmrummet mellem +6 og +7. Der foretoges røntgen af tænderne +6,7 og 6- med henblik på afsløring af caries.

Ligeledes gjorde patienten opmærksom på en revne i en krone på tanden 6-, som var isat et år tidligere, men tandlægen fandt ikke, at denne havde nogen betydning.

Pga. tiltagende gener, herunder snurrende fornemmelse i tungen samt smerter fortrinsvis i den venstre side, sås patienten hos anden tandlæge i oktober 2000, hvor man ved røntgen fandt flere behandlingskrævende tilstande, herunder dyb caries i tænderne +6 og +7.

Forsikringsselskabet anerkendte skaden i.h.t. lov om patientforsikring

§§ 1 og 3, stk. 1 med henvisning til § 2, stk. 1, nr. 1, men afviste at betale udgifter til restaurering og genopbygning af tænderne +6 og +7, idet denne behandling skulle være foretaget under alle omstændigheder.

Ligeledes afviste man at betale udgifter til tanden 6-, idet man fandt, at der ikke var udvist mangelfuld diagnostik og behandling af denne tand.

Patienten ankede herefter.

Tandskadeankenævnet tiltrådte, at den udførte behandling, herunder diagnostik, ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, idet optimal behandling havde tilsagt, at tandlægen allerede i marts 2000 havde foretaget den fornødne undersøgelse og behandling. Tandskadeankenævnet fandt dog, at cariesangrebene allerede i marts 2000 var så fremskredne, at rodbehandling af tænderne var nødvendig.

Tandskadeankenævnet fandt endvidere, at den mangelfulde behandling af tænderne +6 og +7 kunne have medført en yderligere destruktion, som kunne vanskeliggøre genopbygning af tænderne. Hvis tænderne mistedes som følge heraf indenfor en periode på 3 år, kunne sagen derfor genanmeldes med henblik på erstatning herfor.

Tandskadeankenævnet ændrede endvidere forsikringselskabets afgørelse for så vidt angik erstatning, idet Tandskadeankenævnet fandt grundlag for tilkendelse af en skønsmæssigt fastsat godtgørelse for svie og smerte på kr. 5.000,00. (373/03)

## 2. Overset paradentose – patientkooperation

I en lang årrække (1990 til 1999) havde patienten konsulteret sin tandlæge og fået foretaget kliniske undersøgelser med kortere eller længere intervaller og ved undersøgelse konstateredes pocher uden, at det dog noteredes, hvor dybe pocherne var.

I 1999 skiftede patienten tandlæge, der konstaterede alvorlig fremskreden paradentose, og der iværksattes relevant behandling heraf.

Forsikringselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, og anmodede patienten om, såfremt hun indenfor en 3-årig periode mistede tænder som følge af den mangelfulde behandling, at indsende behandlingsforslag til godkendelse, før eventuelle udgifter i forbindelse med tandtab kunne betales.

Endvidere afviste man at dække udgiften til den udført behandling foretaget af patientens nye tandlæge, idet der var tale om behandling, som patienten under alle omstændigheder skulle have haft udført.

Patienten ankede med den begrundelse, at udgifterne til behandling i det væsentlige var af født af mangelfuld behandling.

Tandskadeankenævnet tiltrådte forsikringselskabets afgørelse, idet man fandt, at behandlingen, herunder optagelse af røntgenbilleder og pochemålinger, ikke havde levet op til bedste specialiststandard, og at det ikke kunne udelukkes, at såfremt tandlægen havde opfyldt kravene om optagelse af røntgenbilleder og pochemålinger, ville dette have bevirket, at patienten havde forstået vigtigheden af de foreslåede behandlingsforslag og dermed medvirket til en forebyggende indsats.

Imidlertid fandt nævnet det dog ikke overvejende sandsynligt, at patienten i så fald ville have undgået de nu nødvendige udgifter til kirurgisk parodontalbehandling, og man fandt derfor, at patienten ikke var berettiget til erstatning for disse udgifter. (304/02)

## 3. Caries som følge af mangelfuld kronebehandling

I oktober 1997 foretoges restaurering med guldkrone af tanden -6.

I november 2001 fjernede man den påsatte krone og foretog rodbehandling pga. svær caries.

Patienten klagede over, at kronen havde været utilstrækkelig, hvilket havde medført caries og rodbehandling.

Forsikringselskabet fandt ikke, at patienten var påført en fysisk skade jf. lov om patientforsikring § 1, idet det ikke med sikkerhed kunne afgøres, hvorvidt kronen havde været fremstillet med utilstrækkelig kanttilpasning, eller om der efterfølgende var udviklet et nyt cariesangreb i relation til overgangen mellem krone og tand.

Patientens nye tandlæge ankede med den begrundelse, at kronen pga. dårlig tilpasning havde medført vanskelige renholdelsesmuligheder og deraf følgende caries.

Tandskadeankenævnet ændrede forsikringselskabets afgørelse, idet man fandt, at patienten i forbindelse med den givne tandbehandling var blevet påført en fysisk skade i form af udvikling af caries i tanden -6, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, i lov om patientforsikring.

Tandskadeankenævnet fandt ligeledes, at patienten var berettiget til erstatning for udgiften til rodbehandling og genopbygning af tanden -6, idet skaden med overvejende sandsynlighed skyldtes utilstrækkelig tilslutning af krone og formentlig kunne være undgået, såfremt den oprindelige kronebehandling havde været optimal. (320/02)

## 4. Utilstrækkeligt diagnostisk grundlag, men behandlingen viste sig at være korrekt

I oktober 2000 rettede patienten henvendelse til tandlægen pga. stærke smerter i venstre side i området ved tænderne +6 og -6. Der sås meget store fyldninger tæt ved nerverne i begge sider, men i øvrigt intet, som kunne forklare symptomerne.

På mistanke om pulpanekrose (død tandnerve) indledtes rodbehandling af tænderne.

I juni 2001 rettede patienten atter henvendelse på grund af gener fra kindtand i højre side af underkæben og blev behandlet med almindelig fyldningsterapi. I den forbindelse oplyste patienten, at hun havde fået stillet diagnosen trigeminusneuralgi.

Tænderne rodbehandlede herefter færdigt.

Patienten ønskede erstatning for udgiften til behandlingen i oktober 2000.

Forsikringsselskabet fandt ikke skaden omfattet af Lov om patientforsikring § 1, idet man fandt, at patienten ikke var påført en fysisk skade.

Patienten ankede herefter afgørelsen.

Tandskadeankenævnet fandt, at grundlaget for rodbehandlingerne vurderet ud fra journalen var utilstrækkeligt, da der ikke fandtes oplysninger om symptomer eller vitalitetstest og kun forelå en enkelt bitewing-røntgenoptagelse (røntgenbillede, der kun viser tandkronerne), men at det på de efterfølgende røntgenoptagelser fremgik, at der var rodbetændelse på begge tænder, der nødvendigvis gjorde rodbehandling.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt, at patienten ikke var blevet påført en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand, da den gennemførte rodbehandling af tænderne +6 og -6 var en korrekt behandling i forhold til en udfra røntgenbilleder konstaterbar rodspidsbetændelse. (348/02)

#### 5.4.2. § 2, stk. 1, nr. 3

##### – *Ligeværdig metode eller teknik*

- *”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.”*

##### 1. Parietal perforation i tilslutning til stiftudboring

I november 2000 fik patienten foretaget genopbygning af tanden 1+ med en støbt opbygning og restaurering med krone.

I december 2001 henvendte patienten sig på ny til tandlægen, hvor det konstateres, at der var sket fraktur af rodstiften og dermed tab af kronen.

I september 2001 forsøgte man udboring til ny rodstift med tilstrækkelig forankring og samtidig fjernelse af den gamle rodstift. Idet patienten reagerede på behandlingen, valgte man at se tiden an i 14 dage.

Der var herefter ømhed af tanden, og man foretog fjernelse af plaststiftprovisoriet, og man diagnosticerede en parietal perforation i tanden 1+, hvorfor man foretog stiftopbygning og restaurering med krone.

Forsikringsselskabet fandt, at patienten ikke var påført en fysisk skade, jf. lov om patientforsikring § 1, idet man fandt, at den opståede stiftfraktur med overvejende sandsynlighed skyldtes almindelig funktion og belastning af en i forvejen svækket tand.

Tandskadeankenævnet ændrede forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt, at patienten efter Lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 3 havde ret til erstatning.

Der var intet der tydede på, at der var fejl ved stiften, og selv om frakturen af stiften skyldtes materialesvigt, udgjorde dette ikke en fysisk skade, så længe det var muligt at omgøre kronebehandlingen.

Ved afgørelsen blev det bl.a. lagt til grund, at den parietale perforation med overvejende sandsynligt var opstået i forbindelse med udboringen af den gamle rodstift, og at denne skade med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået, såfremt tandlægen havde valgt at foretage udboringen med et lille bor direkte i stiften, hvormed det ville have været muligt at se direkte ind i rodkanalen og dermed fastholde boret i midten af den fastsiddende rodstift. Denne metode må anses for at have været ligeværdig med den faktisk udførte behandling. (307/02)

#### 5.4.3. § 2, stk. 1, nr. 4 – *tålereglen*

- *”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 helbreds-tilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning”.*

### 1. Føleforstyrrelse efter operation

I april 2000 sås patienten hos specialtandlæge, hvor man ved røntgenundersøgelse så stor resorption af kronen på +8 og sammenvoksning med roden +7, hvorfor tænderne ikke lod sig adskille. Man fandt det derfor nødvendigt også at fjerne tanden +7.

Efterfølgende konstateredes føleforstyrrelser i den opererede region.

Forsikringsselskabet fandt, at nerveskaden var omfattet af patientforsikringsloven § 2, stk. 1, nr. 4, men idet ménet ikke udgjorde 5% eller derover, kunne der ikke udbetales godtgørelse for varigt mén.

For så vidt angik tanden +7 fandt man, at der ikke var sket en skade, der var omfattet af forsikringen, idet risikoen for tab af tanden vurderedes til 100%, hvorfor komplikationen ikke var sjælden.

Patienten ankede, idet han fandt afgørelsen urimelig og uretfærdig.

Patienteskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse for så vidt angik tanden +7, idet man ligeledes fandt, at der ikke var tale om en fysisk skade, idet tabet måtte tilskrives en komplicerende faktor til patientens grundsygdom.

For så vidt angik nervebeskadigelsen tiltrådte nævnet forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt skaden omfattet af lov om patientforsikring og det varige mén under 5%. (283/01)

### 2. Skade på tungenerve

I september 2000 fik patienten anlagt bedøvelse i tilslutning til udtrækning af tanden 6-, og efterfølgende konstateredes ændret følelse/nedsat følelse svarende til tungenerven.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4, idet det lagdes til grund, at der var sket en skade på tungenerven, og at skaden med overvejende sandsynlighed var sket ved indstik med kanyle.

Forsikringsselskabet fandt endvidere, at méngraden udgjorde 5%, hvorfor patienten tilkendtes godtgørelse svarende hertil.

Patienten ankede med den begrundelse, at godtgørelsen fandtes urimelig lille i forhold til de store ændringer, som skaden havde forvoldt.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet man tiltrådte, at skaden i form af beskadigelse af nerven til tun-

gen var omfattet af lov om patientskadeforsikring § 2, stk. 1, nr. 4.

Nævnet tiltrådte ligeledes forsikringsselskabets vurdering af méngraden, idet der var tale om gener i form af ændret og nedsat følsomhed i tungenerven samt nedsat smagssans, men ikke lammelse i nerven. Nævnet tiltrådte således den tilkendte godtgørelse for varigt mén på 5% sv.t. kr. 18.421,30 inkl. renter.(302/02)

### 5.4.4. § 3, 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 indenfor dettes område under sådanne omstændigheder, at sygehuset må antages at have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler”.*

#### 1. Rygskade efter tandbehandling

Det drejer sig om en patient med en langvarig sygehistorie med ryggen (ryganamnese) med flere indlæggelser og operationer.

I september 2001 fik patienten foretaget tandbehandling, herunder kontrol, tandrensning samt tandfyldning. Tandlægen og klinikassistenten havde forladt lokalet, og da patienten rejste sig fra tandlægestolen, var denne fortsat delvist tilbagelænet, og tandlægebord m.v. spærrede for frontal udgang af stolen, hvorfor denne måtte forlades over siden.

I den forbindelse opstod kraftige smerter i patientens ryg, og patienten var herefter sygemeldt i længere tid.

Patienten ønskede godtgørelse for svie og smerte, dækning af udgifter til medicin og behandling hos fysioterapeut samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste

Forsikringsselskabet fandt, at skaden ikke var omfattet af forsikringen, da der ikke var tale om en erstatningsberettigende skade i henhold til lov om patientforsikring §§ 1 og 2, ligesom tandlægen ikke kunne pålægges ansvar efter de almindelige erstatningsretlige regler.

Patienten ankede, idet han fandt, at der var tale om en ulykke indtruffet på klinikkens område.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt, at skaden ikke kunne henføres til den udførte undersøgelse eller behandling, og at der ikke var grund-



lag for at antage, at der var årsagssammenhæng mellem udstigningen af stolen og patientens rygproblemer. I øvrigt fandt man, at tandlægen ikke havde udvist uagtsomhed.(357/02)

## 5.5. Erstatningsudmåling

*Erstatningsudmålingen sker efter bestemmelserne i Erstatningsansvarsloven. Under henvisning til reglerne i denne lov kan der tilkendes erstatning for helbredelsesudgifter, godtgørelse for svie og smerte samt varigt mén, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste samt for erhvervsevnetab.*

*Det faktum, at der erlægges betaling af patienten hos tandlægen gør, at der i ganske mange tandlægesager også indgår kontraktsretlige forhold.*

*Grundprincippet er, at det er patientens netto-udgifter eller fordyrelsen, der erstattes.*

### 5.5.1. Beregning af fradrag i erstatning

#### 1. Erstatning ved parodontosebehandling

Patienten havde gået til regelmæssig kontrol og fået behandlet betændelse i knoglen regio +3 med regelmæssige indsprøjtninger af antibiotika.

I forbindelse med vurdering hos anden tandlæge konstateredes behov for omfattende parodontosebehandling samt flere ekstraktioner. Ligeledes konstateredes udtalt tandvandring og behov for genopbygning af støttezoner og kosmetisk korrektion.

Forsikringsselskabet fandt skaden omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1 og tilkendte erstatning for foreslået behandling samt provisorisk protese dog med fradrag for, hvad optimal gennemført parodontalbehandling ville have kostet.

Patienten ankede med den begrundelse, at hvis hans parodontose var blevet behandlet i 1985, var det ifølge hans nuværende tandlæge fremover kun nødvendigt med grundigere tandrensninger en gang imellem for at holde parodontosen nede, og det ville aldrig komme op på kr. 1.000,00 om året.

Tandskadeankenævnet stadfæstede i det hele forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt skaden omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1 og patienten berettiget til erstatning med fradrag for udgiften til parodontalbehandling, som patienten alligevel ville have haft, såfremt optimal behandling var blevet iværksat.

Denne udgift fastsattes skønsmæssigt til samlet kr. 15.000,00 svarende til udgiften for en gennemsnitsbehandling på kr. 1.000,00 pr. år over den givne periode.(264/01)

#### 2. Erstatning ved brobehandling

I oktober 2001 fik patienten foretaget rodbehandling af tanden +6. I forbindelse hermed opstod der perforation af roden, hvorfor denne måtte trækkes ud.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1.

Videre tilkendte man erstatning for rimelige udgifter til erstatning af den mistede tand med en 3-leddet bro, men med fradrag svarende til den behandling, som tanden +6 skulle have haft, såfremt den skulle have været bevaret på lang sigt, skønsmæssigt kr. 9.500,00.

Patienten ankede afgørelsen vedrørende fradraget begrundet med, at en evt. kronebehandling skulle have været udført i Sverige.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet man tiltrådte, at patienten i forbindelse med den givne tandbehandling var blevet påført en fysisk skade i form af perforation af roden til tanden +6.

Tandskadeankenævnet tiltrådte ligeledes, at patienten var berettiget til erstatning for udgiften til en 3-leddet bro, dog med fradrag af udgiften til rodbehandling, genopbygning med en stiftforankret opbygning samt restaurering med en krone svarende til den behandling, som patienten under alle omstændigheder ville have haft, såfremt behandlingen havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard.

Tandskadeankenævnet bemærkede endvidere, at såfremt udbedringen af skaden foretoges til en lavere pris, end hvad den ville have været i Danmark, ville fradraget blive reduceret tilsvarende. (300/02)

#### 3. Erstatning ved implantatbehandling

I september 2001 rettede patienten henvendelse til tandlægen, idet en metalkeramikstiftkrone på tanden 3+ var gået løs.

Man fjernede den gamle stiftkrone, udborede til en længere stift og cementerede ny stift samt indsatte 3 parapulpale stifter. Endvidere pålagdes plast, og der cementeredes en provisorisk plastkrone.

På grund af hævelse sås patienten atter i okto-

ber 2001 og ved røntgen sås parietal perforation af roden.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1. og meddelte, at forsikringen betalte rimelige udgifter til erstatning af tanden 3+ med en 3-leddet bro, dog med fradrag for udgifterne til den behandling, der skulle have været udført, såfremt skaden ikke var sket.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet nævnet tiltrådte, at patienten i forbindelse med den givne tandbehandling var blevet påført en fysisk skade i form af perforation af roden til tanden 3+, ligesom nævnet tiltrådte, at den skete skade var omfattet af § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring.

Tandskadeankenævnet tiltrådte endvidere, at patienten var berettiget til erstatning for udgiften til en 3-leddet bro dog med fradrag af udgiften svarende til en stiftforankret opbygning og restaurering med krone, idet dette svarede til været den behandling, som skulle have været udført for at bevare tanden, såfremt perforation ikke var sket.(311/02)

### 5.5.2. Godtgørelse for varigt mén

*Godtgørelse for varigt mén ydes i de tilfælde, hvor en skade forårsager en varig helbredsforringelse. Der ydes i disse tilfælde godtgørelse i overensstemmelse med reglen i § 4 i lov om erstatningsansvar.*

*Godtgørelse udbetales som et kapitalbeløb fastsat ud fra den grad af mén, som skaden skønnes at have medført.*

*Til brug for fastsættelse af méngraden anvendes den af Arbejdsskadestyrelsen udarbejdede méntabel, som er en administrativt udarbejdet skala over en række typisk forekommende skader.*

*Under henvisning til lov om erstatningsansvar ydes ingen godtgørelse ved en méngrad på under 5%.*

#### 1. Gener ved nervebeskadigelse – méngrad under 5%

I september 2000 fik patienten foretaget operativ fjernelse af tanden -8 (visdomstanden i undermundens venstre side). 4 dage senere henvendte patienten sig på ny på grund af smerter i området.

Ved efterfølgende fjernelse af sting angav pa-

tienten ændret følsomhed på ydersiden af venstre kind.

I marts 2001 konstateredes vedvarende ændret følsomhed og ved berøring med sonde angav patienten stikkende fornemmelse samt udtalt følsomhed overfor kulde.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4, men fandt ikke, at méngraden udgjorde 5% eller derover.

Patienten ankede med den begrundelse, at méngraden var sat for lavt.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet nævnet tiltrådte, at skaden i form af beskadigelse af nerven til kindens venstre yderside var omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Nævnet tiltrådte ligeledes forsikringsselskabets vurdering af méngraden, idet nævnet med udgangspunkt i Arbejdsskadestyrelsens méntabel ikke fandt, at de beskrevne gener udgjorde en méngrad på 5% eller derover. (313/02)

#### 2. Skade på følenerve – méngrad under 5%

I marts 1999 fik patienten foretaget operativ fjernelse af visdomstanden -8. Efterfølgende angav patienten følelsesløshed bagved og ud for den bageste kindtand -7 samt i slimhinden i kinden ud for -3, -4 og -5.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden på underkæbens følenerve var omfattet lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4, men at der ikke kunne betales erstatning i sagen, idet méngraden vurderedes til at være under 5%.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet man tiltrådte, at skaden i form af beskadigelse af underkæbens følenerve var omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Nævnet tiltrådte ligeledes forsikringsselskabets vurdering af méngraden. Ved vurderingen blev det lagt til grund, at generne som følge af nervebeskadigelsen var begrænset til nedsat følelse af kindens yder- og inderside lige bag mundvinklen, hvilket ikke kunne sidestilles med væsentlige føleforstyrrelser jf. Arbejdsskadestyrelsens méntabel og således ikke udløste et varigt mén på 5% eller derover. (316/02)

### 3. Beskadigelse af nerve til tungen – méngraden under 5%

Det drejer sig om en patient, som tidligere var behandlet for parotistumor (svulst i ørespytkirtlen) og derved havde mistet en stor del af smagsansen.

I februar 2001 foretoges behandling af tanden -7. I tilslutning hertil anlagdes bedøvelse umiddelbart uden komplikationer og med den ønskede effekt.

Ca. 14 dage senere angav patienten fortsat fornemmelse af bedøvelse i venstre side af tungen og ned mod halsen.

Ved undersøgelse i henholdsvis april og maj 2001 var tilstanden uændret, og ved neurosensorisk undersøgelse konstateredes let nedsat sensorisk formåen i venstre side i forhold til højre side samt forhøjet 2-punkts diskrimination, men i øvrigt normal smertesensibilitet.

Ved den sidste undersøgelse i marts 2002 var der vedvarende gener.

Forsikringsselskabet fandt, at patienten var påført en fysisk skade i henhold til lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4, men meddelte, at man ikke kunne udbetale erstatning, da méngraden var under 5%.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet man tiltrådte, at skaden i form af beskadigelse af nerven til tungen var omfattet af lov om patientskade-forsikring § 2, stk. 1, nr. 4.

Nævnet tiltrådte ligeledes forsikringsselskabets vurdering af méngraden, idet man alene vurderede graden af mén, som var forårsaget af den foretagne tandbehandling, og at de beskrevne gener, som udsprang af den påklagede tandbehandling, ikke udgjorde en méngrad på 5% eller derover.

Tandskadeankenævnet lagde ved sin afgørelse til grund, at den i forvejen eksisterende méngrad ikke kunne inddrages i vurderingen af graden af mén, der fulgte af den foretagne tandbehandling, og at der alene skulle ske kompensation for den yderligere smagsnedsættelse samt manglende føleevne. Den samlede méngrad efter skaden måtte vurderes til 5%, men idet smagsevnen i forvejen var nedsat, udgjorde det – som følge af behandlingsskaden forårsagede mén – ikke 5%. (341/02)

### 5.5.3. Skadesudbedring ved implantatbehandling

#### 1. Skadesudbedring ved implantatbehandling)

I marts 1995 foretoges cementering af metalkeramikkrone på tanden 6+. På grund af efterfølgende smerter foretoges beslibning af tanden 7-der bed sammen med 6+, men uden effekt på smerterne.

I 1999 indledtes derfor rodbehandling af 6+, som ifølge røntgen syntes tilfredsstillende, dog uden afhjælpning af patientens smerter.

I maj 1999 foretoges derfor fjernelse af rod-fyldning og kronen, men idet smerterne fortsatte, foretoges ekstraktion af tanden i august 1999.

På grund af fraktur af rodsoklen på tanden 7+ i oktober 1999 foretoges ekstraktion af denne. Patienten angav fortsat smerter, og der konstateredes en lammende fornemmelse i højre kind.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4., og forsikringen tilkendte erstatning for udgifter til behandling hos speciallæger, bidfunktionsbehandling samt udgifter til medicin.

Det bemærkedes, at såfremt tanden 6+ skulle erstattes af en ekstentionsbro, vil udgiften hertil ligeledes være omfattet af forsikringen. Hvis tanden ikke skulle erstattes, tilbød forsikringsselskabet erstatning for tab af en tand.

Såvel tandlægen som patienten ankede herefter afgørelsen, idet man ønskede tanden 6+ erstattet med et implantat med knogleopbygning i regionen. Efter råd fra en neurolog med en observationstid på 5-10 år før indsættelse af implantatet.

Tandskadeankenævnet stadfæstede den indankede afgørelse, men med den ændrede begrundelse, at den skete skade var omfattet af lov om patientforsikring § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, idet man fandt, at smerterne oprindeligt stammede fra 7+.

Nævnet fandt herefter, at patienten var berettiget til erstatning for udgiften til enten en ekstentionsbro eller erstatning for en tabt tand svarende til kr. 1.000,00.

Ved afgørelsen blev det lagt til grund, at nævnet fandt, at en implantatløsning ikke ville være forsvarlig henset til sygehistorien samt de anatomiske forhold i øvrigt, og nævnet fandt ligeledes ikke grundlag for at fastsætte en vis observationstid.

Nævnet fandt endvidere, at skadelidte ikke var berettiget til erstatning for tanden 7+, idet denne tand under alle omstændigheder ville være tabt pga. tandens forudbestående forhold og den spontane fraktur. (257/01)

### 2. Forsinket diagnosticering og behandling – skadesudbedring ved implantatbehandling

Gennem 30 år havde patienten gået til regelmæssig konsultation hos sin tidligere tandlæge.

I forbindelse med konsultation hos ny tandlæge konstateredes manglende rettidig omhu med oplysning om og iværksættelse af hensigtsmæssig tandbehandling i rette tid. Patientens tandsæt kunne kun delvist reddes. Kun en ekstraordinær indsats såvel fagligt som økonomisk kunne imødegå til helproteser.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, og meddelte, at forsikringen betalte rimelige udgifter til erstatning af de mistede tænder i overkæben med en delprotese.

Patienten ankede afgørelsen, idet der ønskedes en implantatbehandling til erstatning af tænderne 2+2.

Tandskadeankenævnet tiltrådte, at patienten var blevet påført en fysisk skade som følge af den forsinkede diagnosticering og behandling af paradontose omfattet af § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring.

Med hensyn til størrelsen af erstatningen ændrede nævnet forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt patienten berettiget til erstatning for udgifterne til implantatbehandling samt opbygning af tænderne 2+ og +2, i stedet for udgiften til delprotesebehandling, idet patienten havde krav på fastsiddende tænder. (260/01)

### 3. Skadesudbedring ved implantatbehandling

Sagen drejer sig om en patient, som gennem flere år havde været plaget af smerter – i første omgang lokaliseret til tanden 3-. Der foretoges rodbehandling efterfulgt af operativ fjernelse af tanden 3-, men uden positiv effekt.

Efterfølgende udfærdigedes metalkeramikkbro til erstatning af tanden 3- med tænderne 2- og 4- som bro piller, hvilket dog medførte yderligere smerter.

I november 1999 fjernede man broen og indsatte et implantat. Idet der var vedvarende smerter foretoges rodbehandling af tanden 2-, hvor-

ved der opstod parietal perforation af tanden, som herefter måtte fjernes.

På grund af fortsatte smerter fjernede man ligeledes tanden 4- uden effekt.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring §§ 1 og 2, stk. 1, nr. 1, og tilkendte erstatning for tab af 2 tænder.

Patienten ankede afgørelsen, da en erstatning af tandtabet med en protese ikke fandtes tilfredsstillende.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringsselskabets afgørelse, idet nævnet fandt, at patienten i forbindelse med den givne tandbehandling var påført en fysisk skade omfattet af patientskedeforsikringen, og meddelte, at der i overensstemmelse hermed tilkendtes erstatning for de mistede tænder 2- og 4- på kr. 2.000,00.

Nævnet fandt ikke indikation for indsættelse af implantater til erstatning for de mistede tænder, og fandt ikke brobehandling hensigtsmæssig de givne forhold taget i betragtning, men fandt, at en partiel protese var eneste mulighed for at erstatte de manglende tænder.

Nævnet fandt endvidere, at de nødvendige udgifter til behandling måtte kompenseres af det beløb, som var blevet tilbagebetalt af tandlægen. (317/02)

### 4. Tab af tand som følge af nekrose – godtgørelse for tab af tand i stedet for skadesudbedring ved implantatbehandling

I august 2002 rettede patienten henvendelse til tandlægen pga. smerter fra tanden 7+. Ved klinisk undersøgelse fandt man intet abnormt, men man fjernede SA-fyldning og ilagde zinkilteeugenol.

På grund af stærke smerter fra tanden foretoges i september 2002 åbning af pulpa (tandens nerve), som fandtes vital, og der ilagdes paraffin (svag cellegift) og cavit.

Efterfølgende foretoges udrensning af henholdsvis den distale og palatinale rodkanal, idet der var problemer med den mesiale rodkanal.

Ved fornyet undersøgelse syntes den mesiale rodkanal oblitereret (tillukket). Endvidere sås negativ papil (tandkødstop) mellem 7,6+ pga. nekrose (vævsdød), og man fjernede nekrotisk knogle og 7+.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af forsikringen i henhold til lov om patientforsikring § 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1.

Ved afgørelsen blev det bl.a. lagt til grund, at røntgen viste caries under kronen 6+, og at dette cariesangreb ikke havde noget med skaden at gøre. Vedr. 6+ burde tanden have en ny krone, hvilket ikke skyldtes paraformnekrosen (død knogle pga. udsivning af cellegift), men caries, og således var sagen uvedkommende.

For så vidt angik tanden 7+ fandt man tabet af denne forårsaget af skaden. Imidlertid skulle patienten selv have ofret en opbygning og krone til tanden, hvis rodbehandlingen var lykkedes, og hvis tanden efterfølgende skulle have været genopbygget optimalt. Dette svarede til, hvad en krone kostede på det foreslåede implantat, hvorfor man kunne godkende selve implantatet. Såfremt tanden 6+ også blev trukket ud, placeredes implantatet bedst i regio 6+, hvilket kunne godkendes.

Tandskadeankenævnet tiltrådte forsikringssselskabets afgørelse, idet man fandt, at patienten i forbindelse med den givne tandbehandling var blevet påført en fysisk skade omfattet af § 1 jf. § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring.

Nævnet ændrede dog forsikringssselskabets afgørelse for så vidt angik erstatning, idet nævnet fandt, at erstatning måtte fastsættes uden hensyn til, at også tanden 6+ mistedes, hvorfor patienten udelukkende var berettiget til godtgørelse for tab af tanden 7+, kr. 2.000,00.

Ved afgørelsen lagde nævnet til grund, at tabet af tanden 7+ ikke isoleret kunne begrunde implantatbehandling.(417/03)

#### 5.5.4. Erstatning for midlertidige gener

##### 1. Ingen bagatelgrænse – culpa

Primo februar 2000 foretoges rodbehandling af en kindtand i højre side af underkæben.

I den forbindelse blev der i tanden ilagt paraform med det formål at devitalisere tandnerven (medikamentet paraform virker som en svag cellegift).

Efterfølgende konstaterede man slimhindeforandringer på tungen, og patienten henvistes til videre behandling på hospitalet, hvor man ved kontrolundersøgelse i marts 2000 konstaterede normalt udseende af tungen, men smagsforstyrrelser.

Forsikringssselskabet fandt, at skaden var omfattet lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1.

Der tilkendtes patienten godtgørelse for svie

og smerte samt erstatning for helbredelsesudgifter. I øvrigt fandt man, at patienten ikke var berettiget til godtgørelse for varigt mén, idet méngraden vurderedes til under 5%.

Tandskadeankenævnet tiltrådte forsikringssselskabets afgørelse, idet man fandt, at skaden i form af ætsning af slimhinden var omfattet af § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring.

Nævnet tiltrådte endvidere, at skaden ikke havde medført et varigt mén, der udgjorde 5% eller derover, idet de beskrevne gener måtte antages at have anden årsag. Nævnet lagde bl.a. til grund, at der ikke var årsagssammenhæng mellem patientens gener og skaden, og at skaden ikke som følge af den givne behandling havde medført et selvstændigt varigt mén.

Nævnet tiltrådte endelig den tilkendte godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for positive udgifter, selv om det samlede beløb var mindre end den daværende (før 1. januar 2001) bagatelgrænse på kr. 3.000,00.

Tandskadeankenævnets bemærkede i sin afgørelse, at der ifølge forsikringsbetingelserne kun kunne ydes erstatning i tilfælde, hvor skaden var under kr. 3.000,00, såfremt tandlægen var ansvarlig efter de almindelige ansvarsregler.

I det omhandlede tilfælde fandt nævnet, at tandlægen måtte betragtes som ansvarlig efter disse regler, idet tandlægen ikke fandtes at have udvist den tilstrækkelige omhu og agtpågivenhed, som der kunne forventes efter anvendelsen af det toksiske paraform i forbindelse med rodbehandling.(229/01)

#### 5.5.5. Skade dækket af anden forsikring

##### 1. Skade dækket af ulykkesforsikring

I 1992 blev patienten i forbindelse med fodbold udsat for et traume, hvorved der opstod forskydning af tænderne 2,1-1,2.

Der foretoges i første omgang behandling på skadestue og efterfølgende forsøgtes rodbehandling af tænderne hos tandlæge.

Imidlertid lykkedes behandlingen ikke, hvorfor tænderne blev trukket ud i 1994 og 1995 og erstattet med implantater.

Forsikringssselskabet fandt, at skaden ikke var omfattet af forsikringen, idet skaden havde været kendt af såvel patient som tandlæge siden tænderne blev ekstraheret i 1994 og 1995, og at krav om erstatning i forbindelse med skaden

derfor ansås for at være forældet ifølge § 1, stk. 1, nr. 5 i forældelsesloven af 1908.

Patienten ankede med den begrundelse, at forældelsesfristen ikke var overskredet.

Tandskadeankenævnet stadfæstes forsikrings-selskabets afgørelse med den ændrede begrundelse, at skaden i form af udtrækningen af tænderne 2,1–1,2 var omfattet patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, men udgifterne til implantater var blevet dækket af den forsikring, som dækkede skaden. Da patienten således allerede var blevet fyldestgjort for sit tab, forelå der ikke noget tab i Erstatningsansvarslovens forstand, hvorfor der således ikke kunne ydes patienten erstatning efter Dansk Tandlægeforenings Patient-skadeforsikring.(237/01)

### 5.5.6. Vurdering af skadens omfang

#### Yderligere erstatning

I maj 1995 foretoges stiftudboring til tanden 5-, og i tilslutning hertil opstod der gennembrydning af roden til tanden. Efterfølgende mistedes tanden.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1, og meddelte, at forsikringen dækkede udgiften til en 3-leddet bro.

Tandskadeankenævnet tiltrådte forsikrings-selskabets afgørelse, idet man fandt, at patienten var blevet påført en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand, ligesom nævnet tiltrådte, at den skete skade er omfattet af § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring.

Nævnet ændrede dog forsikrings-selskabets afgørelse for så vidt angik omfanget af erstatning, idet man fandt patienten berettiget til en erstatning svarende til udgiften til et implantat eller en 4-leddet bro.

Tandskadeankenævnet bemærkede, at tanden 6- var så dårlig pga. caries og resorption, at den ikke var egnet til bro, men burde trækkes ud. Erstatningen af tanden 6- havde intet med skaden på tanden 5- at gøre, men denne tand kunne ikke erstattes uden at forlænge broen til tanden 7-.

Patienten fandtes berettiget til erstatning på kr. 18.000,00 svarende til et implantat for tanden 5- eller - såfremt patienten måtte ønske det – en 4-leddet bro. (245/01)

### 5.5.7. Dækning af advokatudgifter

*Advokatbistand dækkes som hovedregel ikke, men i tilfælde, hvor advokatbistand har haft væsentlig betydning for sagens afgørelse, er der mulighed for dækning af advokatens honorar.*

Fra november 1994 til juli 1999 iværksattes en meget stor og langsigtet rekonstruktiv behandling med bl.a. broer og implantater inklusiv paradentosebehandling.

Patienten klagede til Tandlægenævnet over, at behandlingen ikke var tilfredsstillende.

Tandlægenævnet fandt, at der trods den omfattende behandling ikke var sket en forbedring af patientens tandstatus, og at tandlægen skulle tilbagebetale størstedelen af honoraret.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden ikke var omfattet af forsikringen i henhold til lov om patientforsikring § 1, idet der ikke var sket en fysisk skade i forbindelse med tandbehandlingen.

Patientens advokat ankede afgørelsen, da han mente, at der var sket en fysisk skade, og at patienten havde krav på erstatning for tabt arbejdsfortjeneste pga. sygedage og utallige tandlægebesøg mm.

Tandskadeankenævnet ændrede forsikrings-selskabets afgørelse, idet man fandt, at patienten i forbindelse med den givne tandbehandling var påført en fysisk skade omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Imidlertid fandt nævnet, at de beskrevne gener ikke udgjorde en méngrad på 5%, men fandt, at patienten var berettiget til en skønsmæssigt fastsat godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste.

Endvidere fandt nævnet anledning til at dække dokumenterede udgifter til advokatbistand. (178/01)

### 5.5.8. Godtgørelse for svie og smerte

*Godtgørelse for svie og smerte ydes efter reglen i lov om erstatningsansvar § 3.*

*Godtgørelsen ydes i de tilfælde, hvor skaden har medført et sygdomsforløb, der opfylder kravene i § 3. Godtgørelsen fastsættes ligeledes i overensstemmelse med denne regel.*

Primo august 2000 henvendte patienten sig til tandlægen på grund af smerter i tanden +7. Der foretoges undersøgelse af tanden, hvorved der

konstateres caries i forbindelse med den støbte restaurering af tanden.

Der foretoges gennemboring af den støbte restaurering, og omfattende caries blev fjernet.

På grund af fortsatte smerter foretoges oplukning og oprensning af roden ind mod ganen, hvorefter der ilagdes kamferklorfenol og calasept, og senere indlagdes paraform (medikamentet paraform virker som en svag cellegift) på grund af tilbagevendende smerter.

Da der fortsat var smerter skiftede patienten tandlæge, som i marts 2001 fjernede kronen på tanden +7, og konstaterede parietal perforation (gennemboring) af roden. Der foretoges aflukning af perforationen og iværksattes intensiv antibiotisk og desinficerende behandling. Den 19. marts 2001 foretoges udtrækning af tanden, da der havde udviklet sig en fordybet tandkøds-lomme på 12 mm mellem +7 og +8.

Forsikringssselskabet fandt, at skaden var omfattet af forsikringen i henhold til lov om patientforsikring §§ 1 & 2, stk. 1, nr. 1. og dækkede udgiften til en 3-leddet bro med fradrag for prisen for en opbygning og en krone svarende til den behandling, som den mistede tand skulle have haft, hvis skaden ikke var sket.

Tandskadeankenævnet stadfæstede den indankede afgørelse, idet man tiltrådte, at patienten i forbindelse med den givne behandling med indlæg af paraform var blevet påført en fysisk skade i form af tab af tanden +7, ligesom nævnet tiltrådte, at den skete skade var omfattet af § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring.

Tandskadeankenævnet tiltrådte ligeledes, at patienten var berettiget til erstatning for udgiften til en 3-leddet bro, dog med fradrag af udgiften til rodbehandling, opbygning og krone svarende til den behandling, som skulle være udført, såfremt tanden +7 skulle have været bevaret.

Endelig fandt Tandskadeankenævnet, at der kunne ydes en skønsmæssigt fastsat erstatning for svie og smerte. Godtgørelsen blev udmålt skønsmæssigt for perioden fra det tidspunkt, hvor der ilagdes paraform til det tidspunkt, hvor tanden +7 blev trukket ud med tillæg af en uge på grund af usædvanlig langvarigt og smertefuldt behandlingsforløb. (314/02)

## 5.6. Forældelse

*Forsikringsbetingelserne indeholder ikke særlige regler om forældelse, hvilket betyder, at det er de almindelige regler herom, som finder anvendelse. Udgangspunktet er derfor de regler, som findes i forældelsesloven fra 1908. Disse regler fastslår, at der gælder en 5-års forældelsesfrist, der som hovedregel regnes fra det tidspunkt, hvor den pågældende skade er sket. Dog følger det af forældelseslovens § 3, at hvis den, der har ret til erstatning, på grund af "utilregnelig uvidenhed" om sit krav har været ude af stand til at gøre kravet gældende, regnes 5-års fristen først fra det tidspunkt, hvor den pågældende "var eller ved sædvanlig agtpågivenhed ville have været i stand til at kræve sit krav betalt".*

1. I februar 1994 fik patienten en plastfyldning i tanden -6. Efterfølgende var der vedvarende smerter, som forsøgtes behandlet af flere tandlæger, herunder blev tanden rodbehandlet, rodbehandlingen blev revideret og til sidst blev tanden trukket ud.

Da smerterne fortsatte foretoges kirurgisk behandling af kæbeknoglen i regionen under mistanke om en osteomyelitisk (betændelse i knoglemarven) proces. Efterfølgende konstateredes føleforstyrrelse i læben og efterfølgende konstante jagende smerter.

I april 1996 blev patienten smertebehandlet på Odense Universitetshospital som kronisk smertepatient.

Forsikringen meddelte patienten, at hun ikke var berettiget til erstatning, da der ikke var sket en fysisk skade som følge af behandlingen. Forsikringen fandt i øvrigt, at 5-års forældelsesfristen var overskredet, da anmeldelse var indgivet den 6. marts 2001.

Patientens advokat ankede afgørelsen under henvisning til, at sagen var anmeldt til forsikringen i august 1999, og ikke som anført i marts 2001, samt til at det først var i maj 1995, at patienten blev klar over, at der var tale om vedvarende smerter.

Det viste sig, at patientens tidligere advokat i august 1999 havde meddelt forsikringen, at han fandt, at der var årsagssammenhæng mellem behandlingen af -6 og patientens smerter, og at han havde gjort opmærksom på, at hans skrivelse skulle betragtes som en anmeldelse.

Af uforklarlige årsager blev der ikke dengang fulgt op på sagen.

Tandskadeankenævnet stadfæstede forsikringens afgørelse, da nævnet fandt, at der ikke var sket en fysisk skade i forbindelse med den givne tandbehandling.

Tandskadeankenævnet fandt, at sagen ikke var forældet, da forældelsesfristen først løber fra det tidspunkt, hvor patienten vidste eller burde vide, at der var grundlag for at rejse et erstatningskrav, og at advokatens skrivelse fra august 1999 skulle betragtes som en anmeldelse. (254/01)

2. I april 1996 fik patienten indsat implantat til erstatning af tanden -6. Behandlingen blev foretaget af en specialtandlæge på Privathospital efter henvisning fra patientens egen tandlæge.

Efterfølgende konstaterede man følelsesløshed i mundens venstre side svarende til en del af underkæben, underlæben og tungen, men man valgte at se tiden an, idet symptomerne ville kunne fortage sig efter nogen tid.

Forsikringsselskabet fandt, at forældelsesfristen i Forældelsesloven af 1908 var overskredet, idet krav i henhold til 1908-loven skal være rejst senest 5 år efter at skaden er konstateret.

I dette tilfælde var skaden konstateret en uge efter indgrebet den 19. april 1996, hvorfor fristen var overskredet.

Patienten ankede herefter afgørelsen, idet hun gjorde gældende, at hun på intet tidspunkt var blevet informeret om klagefristen, men havde fulgt sin tandlæges råd om at se tiden an, idet der kunne være en mulighed for, at symptomerne forsvandt.

Tandskadeankenævnet ændrede forsikringsselskabets afgørelse, idet nævnet fandt, at skaden i form af beskadigelse af følelser var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4.

Tandskadeankenævnet fandt, at der ikke forelå forældelse i medfør af den 5-årige forældelsesregel i Forældelsesloven af 1908, idet det heraf fremgår, at erstatningskravet skal være anmeldt senest 5 år efter, at patienten har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Det fremgik ikke, at patienten allerede i september 1996 var blevet oplyst om, at der kunne være tale om en nerveskade. I øvrigt var der i september 1996 uenighed om, hvorvidt tilstanden var i bedring.

Tandskadeankenævnet fandt derfor, at foræl-

delsesfristen var suspenderet, hvorfor den 5-årige forældelsesfrist ikke kunne anses for at være overskredet.



# 6 Særlige problemstillinger

## 6.1. Erstatningsgrundlag ved nerveskader efter fjernelse af visdomstænder i underkæben

Nerveskader opstået efter fjernelse af visdomstænder er hyppigt genstand for vurdering i ankenævnet. I tilfælde hvor skaden skyldes anatomiske forhold i regionen, der må forventes, at kunne medføre en skade, er der ikke sket en forsikringsdækket skade. Afgørende for sagernes udfald er den diagnostik, der ligger til grund for fjernelse af visdomstanden. Er der en tilstand, som kræver fjernelse af visdomstanden, eller er der andre behandlingsmuligheder? Dette er specielt afgørende, hvis det af røntgenbilleder fremgår, at tanden har en sådan relation til underkæbens følenerve (n. alveolaris inferior), at der er risiko for nervebeskadigelse. Indikationen for fjernelse af tanden er i sådanne situationer altid relativ. Det vil sige at risikoen for og konsekvenserne af nervebeskadigelse skal opvejes mod fordelene ved at fjerne tanden. Det er afgørende, at det fremgår af journalen, at der har fundet overvejelser sted, der indebærer, at tandens nære relation til nerven er konstateret, at behandling var nødvendig pga. en foreliggende patologisk tilstand og at anden mulig, mindre risikabel behandling ikke var mulig, hvis en sådan overhovedet kunne være relevant.

Ikke sjældent er der flere samtidige mangler i journalerne. Således mangler ikke bare grundlaget for fjernelse af visdomstanden. Der mangler også hyppigt notater om den nære relation til nerven.

*Eks. 1:* I september 2001 fik patienten foretaget operativ fjernelse af visdomstanden -8. Efterfølgende konstateredes fuldstændig følelsesløshed i højre side af hagen, læbe samt i 4 tænder til højre for midtlinien og i tandkødet. Ved efterfølgende undersøgelse på hospital fandt man, at det muligvis drejede sig om en kompressions-skade med bevaret sensibilitet samt med god

prognose for normalisering. Forsikrings-selskabet fandt ikke, at patienten var påført en fysisk skade i tilslutning til behandlingen. Det blev ved afgørelsen lagt til grund, at der var meget tæt relation mellem nerve og rødder, og at denne tætte relation samt forholdene i øvrigt bevirkede, at der var betydelig risiko for nerveskade, men i øvrigt indikation for fjernelsen af tanden. Patienten ankede med den begrundelse, at hun ikke var blevet informeret om risikoen ved indgrebet, ligesom hun gjorde gældende, at det stadig var uvist, hvorvidt der var tale om en varig skade. Tandskadeankenævnet ændrede forsikrings-selskabets afgørelse, idet det fandt, at behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, da der ikke var tilstrækkeligt grundlag for fjernelse af tanden. Det blev ligeledes lagt til grund, at det af røntgenbillede fremgik, at nerven passerede hen over tandroden, hvorved der var betydelig risiko for nervebeskadigelse, og at tandlægen ikke havde erkendt risikoen og iagttaget særlige forsigtighedsforanstaltninger med henblik på at minimere denne risiko. Betingelserne i lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1 var således opfyldt, hvorfor patienten fandtes berettiget til erstatning for de følger, der kunne henføres til fjernelsen af tanden. Ankenævnet fandt dog ikke, at patienten var påført et varigt mén på 5% eller derover (nr. 298/02).

*Eks. 2:* I juni 2001 fik patienten foretaget operativ fjernelse af tanden -8. I tilslutning til operationen knækkede tandens rodspids. Efterfølgende angav patienten gener, herunder følelsesløshed i tandkød og læbe samt ømhed i de forreste tænder. Patienten sås herefter flere gange med nogen bedring af symptomerne, men ved undersøgelse i oktober 2001 angav patienten en følelse af kulde på hagen samt smerter ved berøring. Forsikrings-selskabet fandt, at skaden ikke var omfattet af lov om patientforsikring § 1, stk. 1, idet patienten ikke var påført en fysisk skade i tilslutning til behandlingen. Ved afgørelsen blev

det bl.a. lagt til grund, at en røntgenoptagelse inden operationen viste, at nervekanalen, hvori nerven løb i et vist omfang lå omkranset af visdomstandens rødder, og at denne tætte relation til nerven samt forholdene i øvrigt bevirkede, at der var en betydelig risiko for nervebeskadigelse. Patienten ankede herefter forsikringsselskabets afgørelse. Ankenævnet ændrede herefter forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt, at patienten var påført en fysisk skade, og at behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Det blev ved afgørelsen lagt til grund, at der ikke var tilstrækkelig indikation for fjernelse af tanden, og at de særlige anatomiske forhold og dermed den betydelige risiko for nervebeskadigelse ved fjernelse af tanden burde være indgået i tandlægens overvejelser, forinden der iværksattes udtrækning af tanden. Man fandt endvidere, at patienten var berettiget til godtgørelse for varigt mén sv.t. 5% (nr. 308/02).

Undertiden optræder utilstrækkelige røntgenoptagelser, der ikke viser rødderne i deres fulde udstrækning. Derved kan tandlægen have unddraget sig mulighed for at erkende relation til nerven i detaljer.

*Eks. 3:* I februar 2000 fik patienten foretaget operation med fjernelse af visdomstænderne 8+, 8- samt -8. Efterfølgende fandt man fuldstændig følelsesløshed i underkæbe og læbe. Efter godt et ½ år vendte følelsen i højre side af kæbe samt læbe tilbage, men der var fortsat symptomer, herunder paræstesi i venstre side. Patienten klagede herefter over de fortsatte gener. Forsikringsselskabet fandt ikke, at patienten var påført en skade i tilslutning til behandlingen, herunder operation, idet behandlingen fandtes at have været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og at der pga. tæt relation til nerven var en betydelig risiko for beskadigelse af denne. Patienten ankede forsikringsselskabets afgørelse. Tandskadeankenævnet ændrede forsikringsselskabets afgørelse, idet man fandt, skaden var omfattet af Lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1. Det blev ved vurderingen lagt til grund, at der ikke ud fra de radiologiske optagelser var nogen konstaterbar indikation for fjernelsen af visdomstanden -8, ligesom der ikke i øvrigt var angivet nogen indikation i journalen ej heller

angivet nogen diagnose, der kunne begrunde fjernelsen af tanden. Ankenævnet fandt videre, at der intet sted i journalen var anført overvejelser i forbindelse med tandens nære relation til nervekanalen, og at der dermed ikke var foretaget en vurdering af risikoen for nervebeskadigelse ved en fjernelse af tanden. Af røntgenbilleder fremgik det i øvrigt, at tanden lå tæt op ad den foran liggende tand -7, og at tandens rodspidser ikke var med i deres helhed, men det kunne tydeligt erkendes, at underkæbens nerve passerede tanden svarende til midtrods niveau. Dette forudsatte en vurdering af mulige komplikationer ved fjernelse af tanden, hvilket ikke af det foreliggende journalmateriale fremgik at have fundet sted. Man fandt i øvrigt, at der ved fjernelse af en visdomstand burde foreligge røntgenbilleder, der viste tanden i sin fulde udstrækning og dermed også viste hele tandens rod. Som følge heraf måtte Ankenævnet lægge til grund, at den betydelige risiko for nervebeskadigelse ved fjernelse af visdomstanden ikke havde været erkendt af tandlægen, der derfor heller ikke havde iagttaget de særlige forsigtighedsforanstaltninger, som måtte kræves for at minimere risikoen ved udtrækningen af tanden. Ankenævnet fandt, at patienten var berettiget til godtgørelse for varigt mén sv.t. 5% (nr. 275/01).

Selvom der er konstateret indikation for fjernelse af tanden, kan manglende overvejelser i journalen om den nære relation til nerven og de deraf følgende særlige terapeutiske forholdsregler være afgørende for sagens udfald.

*Eks 4:* I december 2000 fik patienten foretaget operation med fjernelse af visdomstanden -8. Efterfølgende konstaterede man føleforstyrrelse sv.t. nerven til underkæbens tænder samt til underlæben. Ved kontrol i henholdsvis februar 2001 samt juni 2001 var patientens gener uforandrede. Forsikringsselskabet fandt, at patienten ikke i tilslutning til behandlingen var påført en fysisk skade, som var omfattet af forsikringen, idet man lagde til grund, at der var indikation for fjernelse af tanden, og at denne lå vertikalt lejret med 2 rødder, der passerede kanalen i kæben, der indeholdt nerven. Endvidere snævrede kanalen ind sv.t. mødestedet mellem kanalen og tandens 2 rødder med hel kontakt mellem tandrødder og nerve. En sådan relation mellem tand og

nerve indebar en stor sandsynlighed for nerveskade med en komplikationshyppighed, der langt oversteg 2%. Patienten ankede, idet han angav, at han aldrig havde været interesseret i fjernelsen af tanden, og ikke var orienteret om risikoen ved indgrebet. Endvidere klagede han over fortsatte gener. Tandskadeankenævnet ændrede forsikrings­selskabets afgørelse, idet det fandt, at patienten i tilslutning til behandlingen var påført en fysisk skade, idet nerven til underkæben og underlæben var blevet beskadiget. Endvidere fandt man, at der var tilstrækkelig indikation for fjernelse af tanden, idet røntgenbillede viste stort cariesangreb i tanden, men at skaden med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, såfremt der forinden indgrebet var foretaget tilstrækkelige røntgenoptagelser til belysning af nervens placering og derved taget særligt hensyn til risikoen for nervebeskadigelse ved fjernelse af tanden. Ankenævnet fandt således skaden omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1., idet behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard (nr. 294/02).

*Eks.5:* I april 2000 fik patienten bortopereret visdomstand i venstre side af underkæben pga. smerter. Efterfølgende konstateredes anæstesi/paræstesi i området sv.t. tandkødet regio -1, -2. Patienten klagede herefter over gener opstået i tilslutning til operation. Forsikrings­selskabet fandt ikke, at skaden var omfattet af lov om patientforsikring, idet der var indikation for operation, og idet tanden på røntgen fremstod med tæt relation til nerven i underkæben, hvorved nervebeskadigelse ikke kunne undgås. Patienten ankede herefter forsikrings­selskabets afgørelse. Tandskadeankenævnet ændrede forsikrings­selskabets afgørelse, idet det fandt, at patienten ved behandlingen var blevet påført en fysisk skade omfattet af Dansk Tandlægeforenings Patientskade­forsikring, idet nerven til underkæben var blevet beskadiget, hvilket havde medført paræstesi og anæstesi i området til tandkødet i regio -1, -2. Ankenævnet fandt desuden, at skaden var omfattet af § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring, idet skaden med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået, såfremt tandlægen ved udtrækningen af visdomstanden havde handlet anderledes og dermed sikret sig, at der ikke var sket en beskadigelse af nerven. Det

fremgik således intet sted i journalen, at der var taget særligt hensyn til risikoen for nervebeskadigelse ved fjernelse af tanden, ligesom der ikke var anført overvejelser i forbindelse med tandens nære relation til nervekanalen, og netop på grund af risikoen for nerveskade i forbindelse med udtrækningen af tanden, fandt man det afgørende, at der forinden foretoges grundige undersøgelser og overvejelser, og at man iagttog de særlige foranstaltninger til minimering af risikoen, som disse undersøgelser og overvejelser skulle munde ud i. Ankenævnet fandt endvidere, at patienten var berettiget til godtgørelse for varigt mén sv.t. 5% (nr. 281/01).

Hvis baggrunden for ønsket om at fjerne visdomstanden er hidtil udiagnosticeret og ikke-behandlet caries, kan behovet for fjernelse af tanden skyldes den manglende diagnostik og behandling af caries. Hvis det var muligt at behandle cariesangrebet, burde overvejelserne i et sådant tilfælde have medført, at caries blev behandlet i tide for at undgå at påføre nervebeskadigelse ved fjernelse af en visdomstand med nær relation til nerven.

*Eks. 6:* I maj 1998 fik en patient foretaget operation med fjernelse af visdomstand i højre side af underkæben. Efterfølgende konstateredes paræstesier i højre side af underkæben og patientens symptomer forblev uforandrede. Forsikrings­selskabet fandt, at patienten ikke var påført en fysisk skade i tilslutning til den udførte tandbehandling, idet nervekanalen, hvori nerven løb, lå i midten af rødderne på visdomstanden, og at visdomstandens rødder var afbøjede og delvist omsluttede nervekanalen. Man fandt derfor, at der var en betydelig risiko for nervebeskadigelse med en hyppighed på 15-20%. Patienten ankede, idet hun bl.a. gjorde gældende, at betingelserne i lov om patientforsikring § 2, stk. 1-4 var opfyldt.

Tandskadeankenævnet ændrede forsikrings­selskabets afgørelse, idet man fandt, at patienten som følge af utilstrækkelig diagnostik af caries og utilstrækkelig vurdering af nødvendigheden af og risikoen ved udtrækningen af visdomstanden 8- var blevet påført en fysisk skade i form af tab af tanden, jf. lov om patientforsikring § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring. Ankenævnet fandt endvidere, at patienten

var blevet påført en fysisk skade i form af beskadigelse af følenerven til underkæben. Ankenævnet fandt dog ikke, at de beskrevne gener i form af paræstesier i højre side af underlæben udgjorde en méngrad på 5% eller derover, hvorfor patienten ikke var berettiget til godtgørelse for varigt mén. Dog tilkendte man patienten erstatning for tab af en tand svarende til kr. 1.000,00 (nr. 268/01).

Visdomstænders placering dybt i kæben kan medføre risiko for kæbefraktur i forbindelse med eller efter fjernelsen. Også i sådanne situationer er vurderingen af forholdene afgørende for stillingtagen til fjernelsen, herunder konstatering af en foreliggende patologisk tilstand, der medfører behov for fjernelse af tanden og stillingtagen til den mest skånsomme kirurgiske metode med mindst sandsynlighed for kæbefraktur og deraf følgende problemer, herunder nervebeskadigelse. Rettidig diagnostik af kæbefraktur opstået efter fjernelsen er desuden afgørende for minimering af frakturens følger.

*Eks. 7:* I september 1998 fik patienten foretaget operativ fjernelse af visdomstanden 8-. Efterfølgende angav patienten følelseløshed i venstre underkæbe, men man valgte at se tilstanden an, idet følelsen muligvis ville bedres med tiden. Patientten klagede efterfølgende over, at hans tilstand ikke var bedret. Forsikringsselskabet fandt, at patienten ikke var påført en erstatningsberettigede skade, idet man fandt, at der var tale om en uundgåelig behandlingskomplikation, som indtrådte med stor hyppighed. Patientten ankede herefter. Tandskadeankenævnet ændrede forsikringsselskabets afgørelse, idet man bl.a. på grundlag af nye oplysninger fra patientens nye tandlæge fandt, at patienten var påført en fysisk skade i tilslutning til den udførte behandling, og at behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, jf. lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1. Ved vurderingen blev det lagt til grund, at indikationen for fjernelse af tanden ikke var tilstrækkelig, og at der i tilslutning til indgrebet var sket en fraktur med forskydning af knoglen bag den fjernede visdomstand medførende hel eller delvis overrivning eller beskadigelse af nerven. Nævnet hjemviste sagen til forsikringsselskabet med henblik på stillingtagen til erstatning. Patientten til-

kendtes herefter godtgørelse for varigt mén på 5% (nr. 269/01).

## 6.2. Betydningen af patientens indstilling til behandlingsmulighederne

1. Efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, har en patient ret til erstatning, hvis undersøgelse eller behandling ikke har været den bedst mulige under de givne forhold, og dette med overvejende sandsynlighed er årsag til den indtrådte skade. For så vidt er vurderingen af en patients ret til erstatning alene undergivet en rent faglig målestok, hvorefter det afgørende er, om undersøgelse eller behandling har levet op til den specialistmålestok ("en erfaren specialist"), som reglen bygger på. Det er imidlertid samtidig et grundlæggende princip for al patientbehandling, at den kun må gennemføres på grundlag af et samtykke fra patienten, jf. lov om patienters retsstilling § 6, og at dette samtykke skal være "informeret", dvs. at det skal være afgivet på grundlag af de informationer, som kræves efter lovens § 7. Det fremgår heraf, at der bl.a. skal gives information om andre forsvarlige behandlingsmetoder og om konsekvenserne af, at der ikke iværksættes nogen behandling. Hvis patienten – trods sådanne informationer – ikke ønsker nogen behandling, skal dette således respekteres.

Normalt er der ingen konflikt mellem patientforsikringslovens princip om optimal behandling og princippet om patientens selvbestemmelsesret (autonomi). Når en patient henvender sig med henblik på undersøgelse og behandling, ligger naturligvis heri normalt et implicit ønske om, at dette bliver gennemført bedst muligt. Men ikke mindst på tandlægeområdet hænder det ikke helt sjældent, at andre hensyn også kan spille ind. I modsætning til de fleste andre behandlingsområder er det således klart, at økonomiske hensyn kan føre til, at patienten vægrer sig ved at acceptere det behandlingsforslag, som tandlægen fremfører som det bedst mulige. Dette kan føre til, at man i stedet vælger nogle lappeløsninger, men dette frembyder i de fleste tilfælde ingen særlige problemer i forhold til patientforsikringen. Det skyldes, at man herved ofte blot udskyder problemet i den begrænsede tid, lappeløsningerne holder. Hvis det behandlingsbehov, som patienten herefter har, er det

samme, som det var på det tidspunkt, hvor patienten valgte at nøjes med lappeløsninger, har udskydelsen ikke medført nogen skade, og der er derfor ingen ret til erstatning. Patienten har vel haft nogle merudgifter til lappeløsningerne, som kunne være undgået, men spørgsmålet om tilbagebetaling af honorar herfor falder uden for patientforsikringen – og forudsat, at tandlægen har gjort opmærksom på, at der netop kun var tale om lappeløsninger, vil man næppe i klagesystemet finde på at karakterisere behandlingen som ikke-honorarværdig. Patientens fravalg af den optimale behandling kan imidlertid bero på andet end økonomiske overvejelser, og fravalget kan have videregående konsekvenser end blot en udskydelse af den nødvendige behandling. Der opstår da endvidere spørgsmål om, hvorvidt tandlægen i tilstrækkelig grad har informeret patienten om risikoen for sådanne konsekvenser – og hvordan dette skal vurderes rent bevismæssigt. Problemet kan også være, om patienten overhovedet har fået korrekt og fyldestgørende information om, hvad den optimale behandling ville være i den givne situation, dvs. om fravalget er sket på et tilstrækkeligt informeret grundlag. Endelig kan der opstå spørgsmål om betydningen af, at der gennemføres en behandling alene på grund af patientens ønske herom, idet sådan behandling – ud fra specialismålestokken – ikke skulle have været udført.

I beretningsperioden har Tandskadeankenævnet i flere tilfælde haft lejlighed til at tage stilling til disse problemer, og disse sager skal omtales nærmere i det følgende.

2. Hvis det må lægges til grund, at patienten på et tilstrækkeligt informeret grundlag har fravalgt den behandling, som specialismålestokken tilsagde, og som tandlægen tilrådede, kan der ikke ydes erstatning for følgerne heraf. Denne begrænsning i adgangen til at få erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, kan siges at følge af selve specialismålestokken: Det ville være retsstridigt at gennemføre en behandling, som patienten – efter at have fået fyldestgørende information – ikke har samtykket i, og en erfaren specialist ville da naturligvis ikke gennemføre en sådan behandling, jf. *Bo von Eyben*: Patientforsikring

(1993) s. 114. Det kan også udtrykkes på den måde, at den optimale behandlingsform i et sådant tilfælde reelt ikke stod til rådighed i den givne situation.

*Eks. 1:* En tandstikker var knækket mellem tænderne +6 og +7, og selv om dele af den blev fjernet, havde patienten fortsat smerter. Efter forskellige forsøg på behandling konstateredes en betændelse på den ene rod af +7, og tandlægen oplyste patienten om muligheden for at redde tanden ved hjælp af en rodresection. Patienten valgte imidlertid at få tanden trukket ud. Selv om specialismålestokken ville have tilsagt, at forsøget på rodresection skulle være gjort, kunne der ikke ydes erstatning for tabet af tanden, når patienten – på et informeret grundlag – havde fravalgt denne mulighed (nr. 339/02).

Det er klart, at der kan opstå tvivl om, hvorvidt patienten har forstået betydningen af den behandling, som tandlægen foreslår. I nogle tilfælde står det klart, at tandlægen faktisk har tilrådet en vis behandling, men uden at patienten har fulgt rådet. Når konsekvenserne heraf senere viser sig, gør patienten gældende, at han eller hun ikke havde fået oplysning om, hvilke konsekvenser det kunne have ikke at iværksætte behandlingen. Det er selvsagt vanskeligt efterfølgende at fastslå, hvad patienten har *forstået* af den givne information, men så meget des vigtigere er det, at det omhyggeligt er anført i journalen, hvad patienten blev oplyst om.

*Eks. 2:* I et tilfælde af hurtigt fremadskridende paradentose havde tandlægen utvivlsomt opfyldt specialismålestokken med hensyn til kontrol af pocher, tandrodsrensninger, påtale og instruktion vedrørende mundhygiene, regelmæssige røntgenoptagelser m.v., men i dette tilfælde måtte man i hvert fald overveje at supplere den konservative behandling med parodontal kirurgi. Det fremgik da også af journalen, at tandlægen i hvert fald i fire tilfælde havde tilrådet patienten dette, men hver gang havde patienten afslået. I et sådant tilfælde kan man vanskeligt lægge til grund, at patientens fravalg ikke er sket på et tilstrækkeligt informeret grundlag. Det er herefter pa-

tientens eget "ansvar", at den kirurgiske behandling ikke var blevet gennemført. Patienten fik herefter ikke erstatning for de følger af paradentosen, som denne behandling kunne have forebygget (nr. 273/01)

3. Patientens fravalg af den optimale behandling må imidlertid ses på baggrund af de informationer, som patienten fik af tandlægen. Hvis patienten herved blot følger tandlægens råd, kan dette valg naturligvis ikke komme patienten til skade. Problemstillingen har vist sig i nogle tilfælde, hvor patienten valgte at få trukket tanden ud, fordi alternativet – kirurgisk behandling – ikke af tandlægen var blevet vurderet i overensstemmelse med specialismålestokken, jf. følgende to afgørelser:

*Eks. 3:* Ved rodbehandling af tanden 6- knækkede en rodfil, og der konstateredes efterfølgende betændelse omkring roden. Der overvejedes gennemførelse af rodresection, men patienten valgte at få tanden trukket ud. Det fremgik af oplysninger fra tandlægen, at dette skyldtes, at han over for patienten havde oplyst, at der ikke kunne garanteres en god prognose efter en rodresection, og at gennemførelse heraf ville indebære risiko for skade på grund af relation til kanalis mandibularis.

Codan var ikke enig i denne vurdering og ville derfor kun yde en erstatning svarende til udgiften til en rodresection. Begrundelsen herfor var, at patienten ved at vælge tandudtrækning – med heraf følgende udgift til et implantat – ikke havde opfyldt sin almindelige pligt til at begrænse tabets omfang.

Tandskadeankenævnet ændrede afgørelsen, således at patienten tilkendtes erstatning for udgiften til et implantat (med fradrag for de udgifter til opbygning og krone, som patienten under alle omstændigheder ville have haft, dvs. også rent bortset fra den knækkede rodfil). Begrundelsen herfor var, at patientens beslutning måtte ses på baggrund af rådgivningen fra tandlægen. Tandlægens oplysninger til patienten var – også efter Tandskadeankenævnets opfattelse – udtryk for, at han havde vurderet prognosen ved rodresection for ringere, end den i virkeligheden var, ligesom han havde overvurderet risikoen herved. Her var der således ikke tale om, at patienten havde øn-

sket en tandudtrækning, som ikke var tilstrækkeligt indiceret, men derimod om, at tandlægen havde tilkendegivet, at tandudtrækningen var tilstrækkeligt indiceret, selv om dette faktisk ikke var tilfældet (nr. 258/01).

*Eks. 4:* Ved en rodspidsbetændelse på tanden +5 måtte tandlægen opgive rodbehandling på grund af forkalkning af rødderne. Han mente desuden, at prognosen for en kirurgisk behandling (retrograd rodaflukning) var så dårlig, at der end ikke var grund til at overveje dette, og herefter blev tanden trukket ud. Tandskadeankenævnet lagde imidlertid til grund, at der ved retrograd rodaflukning kun er omkring 10-30% risiko for, at behandlingen ikke lykkes – eller omvendt udtrykt: at der var en overvejende sandsynlighed for, at tanden kunne være reddet.

Det fremgik klart, at patienten i dette tilfælde ikke havde fået lejlighed til at vurdere, om forsøget på kirurgisk rodbehandling skulle gøres. Det var også klart, at dette skyldtes, at tandlægen ikke havde anlagt en korrekt vurdering af sandsynligheden for, at denne behandling ville lykkes. Bedst mulig behandling ville derfor i dette tilfælde indebære, at tandlægen havde anlagt en korrekt vurdering heraf og havde oplyst patienten herom, således at patienten på et informeret grundlag kunne have taget stilling til, om behandlingen skulle forsøges, eller om tanden straks skulle trækkes ud.

Man står da naturligvis her med det problem, at man ikke kan vide, hvad patienten ville have valgt, hvis der var blevet givet korrekt information, og man er derfor nødt til at anlægge en slags gennemsnitsbetragtning, dvs. en vurdering af, hvad en patient i almindelighed fornuftigvis ville have valgt. Denne vurdering vil da gå ud på, at når der er overvejende sandsynlighed for, at tanden kunne reddes, ville en sådan patient vælge denne behandling. Patienten var derfor berettiget til erstatning for den mistede tand (i form af en 3-leddet bro eller et implantat), dog naturligvis med fradrag for de udgifter til behandling, som patienten ellers ville have haft, dvs. udgifter til retrograd rodaflukning samt til opbygning og krone (nr. 247/01).

4. En anden problemstilling foreligger i tilfælde, hvor patienten ønsker en behandling, som ikke er i overensstemmelse med specialistmålestokken – navnlig fordi behandlingen slet ikke er indiceret ud fra denne målestok. Gennemføres denne behandling uden videre, har patienten naturligvis ret til erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, for enhver heraf følgende skade. Problemet opstår imidlertid, hvis tandlægen korrekt oplyser patienten om, at behandlingen ud fra et fagligt synspunkt ikke er indiceret, men patienten insisterer på at få den gennemført alligevel. Efterkommer tandlægen dette ønske, er behandlingen således for så vidt i strid med specialistmålestokken, men i erstatningsmæssig sammenhæng kan man ikke frakende patientens ønske om behandlingen betydning. Afgørende betydning herfor bliver, om tandlægen har gjort det helt klart for patienten, at behandlingen ikke gennemførtes ud fra en faglig indikation, idet den tilsagde en anden behandling, men kun som en imødekommelse af patientens bestemte ønske. Dette illustreres af følgende to afgørelser:

*Eks. 5:* En 25-årig kvinde fik af kosmetiske grunde fremstillet fire kroner på overkæbens fortænder (2,1+1,2), da hun fandt 1+1 for store i forhold til 2+2. Efterfølgende opstod der smerter, og der måtte gennemføres rodbehandling af tre af tænderne (2,1+2), der ikke allerede var rodbehandlet. Desuden frakturerede kronerne i et vist omfang. Forud for behandlingen var der en mindre fyldning i 2+ og en krone på +1, men ellers var tænderne intakte.

Tandskadeankenævnet lagde til grund, at det er kritisk at gennemføre behandlinger med kroner på yngre patienter, og at dette i særlig grad gælder behandling på kosmetisk indikation af tænder, der i det væsentlige var intakte. Et røntgenbillede viste, at nerven var stor i tænderne 2,1+2, hvilket er sædvanligt hos yngre patienter, og hvilket øger risikoen for skade på nerven under afslibningen. Der bør således udvises tilbageholdenhed med irreversible indgreb i tænderne med beslibning, navnlig når den kosmetiske indikation ikke kan anses for at være absolut.

Som udgangspunkt fører specialistmåle-

stokken derfor til, at denne behandling ikke skulle være udført, således at patienten havde ret til erstatning for de skader, som den medførte. Hvis patientens ønske om alligevel at få gennemført behandlingen skal tillægges betydning, er det i hvert fald en betingelse, at tandlægen har informeret patienten om de faglige betænkeligheder herved, herunder risikoen for komplikationer, samt om mulighederne for at opnå kosmetisk forbedring ved mindre omfattende behandling. Af journalen fremgik det imidlertid kun, at patienten ønskede behandlingen, men ikke, at tandlægen havde advaret imod den eller orienteret om andre behandlingsmuligheder. Patientens samtykke til behandlingen kunne under disse omstændigheder ikke fratage hende ret til erstatning for de forårsagede skader.

Patienten fik herefter tilkendt erstatning for udgifterne til rodbehandling, opbygning og stiftforankrede kroner på tænderne 2,1+2. Da tandlægen ikke havde udført omgørelse af behandlingen vederlagsfrit, og da behandlingen som følge af det anførte ikke var honorærværdig, overgik patientens krav om tilbagebetaling af honoraret til forsikringselskabet (nr. 241/01).

*Eks. 6:* En 49-årig kvinde fik lavet en bro fra tanden 7- til tanden 4-. Et halvt år senere fjernedes tanden 8- på grund af smerter. Nogle måneder efter opstod der smerter i tanden 7-, som forgæves søgtes behandlet. En undersøgelse på et sygehus viste ikke tegn på betændelse i området, eller at der var nogen fejl ved broen. Smerteklagerne fortsatte, hvorefter broen fjernedes, og tanden blev trukket ud. Umiddelbart gentog historien sig med den anden bropilletand 4-, som rodbehandlede, uden at det hjalp, hvorefter også den blev trukket ud. Efterfølgende opstod der også smerter i venstre side af underkæben, og der blev i den følgende tid trukket yderligere 5 tænder ud. Patienten indgav klage over behandlingen til Amtstandlægenævnet, der ikke fandt, at der var begået nogen fejl ved behandlingen; afgørelsen stadfæstedes af Lands-tandlægenævnet. Nævnet konstaterede, at der for så vidt angår næsten alle tandudtrækningerne ikke forelå nogen diagnose, der kunne begrunde ekstraktion, at tandlægerne havde

vægren sig ved at skulle trække tænderne ud, og at patienten var blevet gjort opmærksom på, at det ville være uhensigtsmæssigt at ekstrahere.

Codan afviste at yde erstatning med den begrundelse, at der ikke var sket en fysisk skade som følge af behandlingen. Hermed sigtedes imidlertid kun til, at der ikke var overvejende sandsynlighed for, at patientens smerterklager kunne relateres til behandlingen. Det er imidlertid klart, at selve tandudtrækningerne udgjorde en fysisk skade, og det er også klart, at de ikke opfyldte specialisnormen i § 2, stk. 1, nr. 1, da der ikke var noget diagnostisk grundlag for ekstraktionerne. Problemet var herefter, om det kunne tillægges betydning, at tandudtrækningerne alene fandt sted, fordi patienten udtrykkeligt ønskede denne behandling.

Ved besvarelse af dette spørgsmål er det nødvendigt at sondre mellem det fagligt-etiske ansvar og erstatningsansvaret. For de *fagligt-etiske* normer er det ikke i sig selv afgørende, om tandlægens adfærd medfører nogen skade for patienten. Det afgørende er, om tandlægens adfærd er i overensstemmelse med disse normer eller ej. Det er derfor i denne relation uden betydning, om man kan betragte tandudtrækningerne som en skade. Tandlægenævnet udtalte som nævnt ikke kritik af tandudtrækningerne, men konstaterede blot, at de savnede diagnostisk grundlag, men var foretaget på grund af patientens ønske. Tandskadeankenævnet har ikke kompetence til at tage stilling til, om fagligt-etiske normer er overtrådt, men det kunne dog give anledning til en vis undren, at Tandlægenævnet var standset op ved denne konstatering. Respekten for patientens autonomi betyder, at der *ikke* må iværksættes behandling mod patientens ønske, men det betyder *ikke* omvendt, at man skal iværksætte enhver behandling, som patienten måtte ønske. Det er klart, at det kan være svært at modstå patientens ønske om ekstraktion, når patienten henviser til voldsomme smerter fra tænderne. Som sagen illustrerer, hjælper det imidlertid ingenting at imødekomme patientens ønske, fordi tandudtrækningen – naturligvis – ikke hjælper. Man starter således blot på en glidebane, der tidligst kan slutte, når alle tænder er trukket ud! Ud fra fagligt-etiske normer må man derfor i

sådanne tilfælde konkludere, at patientens ønske – i hvert fald om irreversibel behandling – ikke bør imødekommes, idet tandlægen bør forklare patienten, at behandlingen alligevel ikke vil hjælpe på smerterne, og at disse derfor må undersøges og behandles på anden måde.

Når det drejer sig om retten til *erstatning*, er det derimod et grundlæggende princip, at der ikke kan kræves erstatning for en skade, som en person har *samtykket* i at blive påført – også selv om samtykket omfatter en ulovlig handling. Dette er således en generel betingelse for alt erstatningsansvar. Hvis man f.eks. dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes man efter straffelovens § 239 (dog naturligvis med en lavere straf ramme end ved "almindeligt" drab), men de efterladte kan ikke kræve erstatning for tab af forsørger af drabsmanden. Dette almindelige erstatningsretlige princip er ikke fraveget i patientforsikringsloven. Selv om man kunne fastslå, at en tandlæge – erfaren specialist eller ej – ikke burde have imødekommet patientens ønske om tandudtrækning, kan der således ikke ydes erstatning, *forudsat at det er blevet gjort helt klart for patienten, at der ud fra tandlægefaglige synspunkter ikke var grundlag for tandudtrækningerne*. I denne situation bliver det således erstatningsretligt helt afgørende, om patientens ønske hviler på et "informeret" grundlag. Bevismæssigt kan man i denne situation – som i de fleste andre situationer, hvor der opstår spørgsmål om betydningen af information – kun lægge vægt på, hvad der er anført i journalen om information til patienten. Ankenævnet gennemgik derfor de foreliggende journaler, hvoraf det tilstrækkeligt tydeligt fremgik, at tandlægerne havde værget sig mod at efterkomme patientens ønske (en anførte f.eks., at han var blevet "indtrængende overtalt" af patienten, og en anden anførte, at han havde anbefalet patienten at afvente, at symptomerne forsvandt).

Tandskadeankenævnet fandt det herefter dokumenteret, at tandlægerne havde oplyst patienten om, at tandudtrækningerne alene fandt sted, fordi patienten ønskede det, idet der ikke forelå noget fagligt grundlag for det. Der forelå derfor et "informeret samtykke" til "skaden", og patienten kunne derfor ikke få



erstatning herfor. Tandskadeankenævnet gjorde det imidlertid klart, at der hermed kun var taget stilling til det erstatningsmæssige aspekt og ikke til det fagligt-etiske problem. En eventuel sanktionering af de fagligt-etiske normer må således finde sted i andet regi (nr. 226/01).

5. De ovenfor omtalte tilfælde har vedrørt patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. Det skal tilføjes, at patientens indstilling til behandlingsmulighederne også kan få betydning i forhold til reglen i § 2, stk. 1, nr. 3, dvs. tilfælde, hvor skaden kunne være undgået ved brug af en alternativ, ligeværdig behandlingsteknik eller -metode. Denne regel bygger på den forudsætning, at der var en reel valgmulighed mellem forskellige behandlingsformer. Hvis imidlertid grunden til, at en af disse ikke blev valgt, udelukkende var, at patienten under ingen omstændigheder ønskede en sådan behandling, stod denne mulighed jo i virkeligheden ikke til rådighed, og der kan derfor ikke tages hensyn til den ved anvendelsen af § 2, stk. 1, nr. 3.

I relation til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, om erstatning for uundgåelige komplikationer er spørgsmålet kun, om der skal tages hensyn til, om patienten er eller skulle være blevet informeret om risikoen. I praksis er problemet navnlig, om patienten kan få erstatning for komplikationer, der indtræder med en større hyppighed, end hvad der umiddelbart kan berettige til erstatning efter reglen, ud fra det synspunkt, at tandlægen ved ikke at informere herom overtrådte informationspligten herom i lov om patienters retsstilling § 7. Efter patientforsikringsloven er svaret herpå et klart nej – en informationsfejl udvider ikke erstatningsberettigelsen efter reglen i § 2, stk. 1, nr. 4. Hvis den gjorde det, måtte man konsekvent nægte patienten ret til erstatning i tilfælde, hvor patienten faktisk var blevet informeret om risikoen for en komplikation, der indtræder så sjældent, at den ellers ville opfylde betingelserne i § 2, stk. 1, nr. 4. Som udgangspunkt har en tandlæge (eller anden sundhedsperson) ikke pligt til af egen drift at oplyse om risikoen for så sjældne komplikationer, men hvis patienten ønsker fuldstændig information, skal den gives. Det ville imidlertid være uheldigt, om en sådan patient af den

grund ville blive afskåret fra en erstatning, som andre – der ikke havde krævet fuldstændig information – ville få. Kendskab til en risiko er – naturligvis – ikke det samme som samtykke til en skade. Retten til erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 4, er derfor blevet knyttet til sjældenhedsbetingelsen som sådan og ikke til omfanget af den information om risikoen, som skulle være givet, eller som faktisk blev givet. Sanktioner over for overtrædelser af informationspligten må således på dette punkt finde sted inden for rammerne af klagesystemet.

# Bilagsliste til Årsberetning for Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring

*Bilag 1: Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24/03/1997 samt ændring af 02/06/1999*

*Bilag 2: Lov om ændring af lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader og om ophævelse af lov om erstatning for vaccinationsskader, lov nr. 430 af 10/06/2003*

*Bilag 3: Bekendtgørelse nr. 1099 af 12/12/2003 om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og Tandskadeankenævnet*

*Bilag 4: Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar nr. 750 af 04/09 2002*

*Bilag 5: Uddrag af forsikringsbetingelserne*

*Bilag 6: Forretningsorden for Tandskadeankenævnet*

*Bilag 7: Patientfolder "Når skaden er sket"*

*Bilag 8: Skadeanmeldelsesblanket til DTF's Praksisforsikring*

# Bilag 1

## Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24/03/1997 samt ændring af 02/06/1999

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 ligestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1-3 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader.

##### *Erstatningsberettigende skader*

§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.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, hvilke skader der efter stk. 1 nærmere er omfattet af loven. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om at visse skader efter stk. 1, nr. 3, er undtaget fra loven.

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

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

*Stk. 3.* Erstatning efter denne lov ydes ikke for skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende.

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

*Stk. 2.* Reglen i stk. 1 gælder ikke ved skader, der omfattes af §3, stk. 3.

*Stk. 3.* For de af §1, stk. 2, 1. pkt., og §1, stk. 3, 2. pkt., omfattede forsøgspersoner gælder reglen i stk. 1 tilsvarende for psykisk skade.

#### *Erstatningsudmåling m.v.*

§5. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.

*Stk. 2.* Erstatning m.v. efter stk. 1 ydes, såfremt den overstiger 10.000 kr. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

*Stk. 3.* Stk. 2 samt regler fastsat i medfør af stk. 2 finder ikke anvendelse på skader, der omfattes af §4, stk. 1 eller stk. 3, jf. §1, stk. 2, og §1, stk. 3, 2. pkt.

*Stk. 4.* Erstatning ydes ikke til dækning af regreskrav.

§6. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§7. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til §5, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

§8. Hvis den, der efter almindelige erstatningsregler måtte have pådraget sig erstatningsansvar over for patienten eller dennes efterladte, er omfattet af §1, stk. 1, eller i øvrigt er ansat på et sygehus, eller er omfattet af §1, stk. 3, kan ydelser i henhold til §5 kun danne grundlag for regreskrav, hvis skaden er forvoldt forsætligt.

§8 a. I det omfang der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar, gælder reglerne i §§7 og 8 ikke.

## Kapitel 2

### Erstatningsordningens organisation

#### Erstatningspligt

§9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1) Enhver driftsansvarlig for offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med.
- 2) Driftsansvarlige for institutioner, som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, og driftsansvarlige for institutioner, som forestår vævs-, organ- og vævsvæskedonorvirksomhed.

Stk. 2. Den amtskommune eller HovedstadensSygehusfællesskab, hvori den ansvarlige for forsøg i den primære sundhedssektor har sin praksis, har pligt til at yde erstatning efter loven for den i §1, stk. 3, omfattede personkreds.

#### Forsikringspligt

§10. Krav om erstatning efter loven skal være dækket af en forsikring i et forsikringselskab, jf. dog §11, stk. 1.

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

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter de årlige 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 forsikringselskabernes tegning af forsikringer omfattet af denne lov. Ministeren fastsætter herunder bestemmelser om,

- 1) at forsikringselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde af overtrædelse af stk. 1,
- 2) at forsikringselskaber, 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 forsikringselskaber, 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 HovedstadensSygehusfællesskab 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, finder 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.

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

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 1 medlem udpeget af sundhedsministeren,
- 3) 2 sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab udpeget af Sundhedsstyrelsen,

- 4) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab,
- 5) 2 medlemmer udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer og
- 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

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

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

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

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

Stk. 8. Udgifter til drift af Patientskadeankenævnet afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter den fordeling, som fastsættes af sundhedsministeren efter §12, stk. 2, 2. pkt.

§15. De afgørelser, der træffes efter §13, kan indbringes for Patientskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Patientskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

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

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

§16. Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten, der kan stadfæste, opheve 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, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som foreningen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

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

### **Kapitel 3**

#### *Lægemiddelforsikringsordning*

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

Stk. 2. Sundhedsministeren kan efter anmodning fra lægemiddelbranchen udpege formanden

og visse medlemmer til et ankeorgan, der er omfattet af en sådan lægemiddelforsikringsordning.

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

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

### **Kapitel 4**

#### *Forældelses- og straffebestemmelser*

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

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

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

### **Kapitel 5**

#### *Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.*

§21. Loven træder i kraft den 1. juli 1992 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

§22. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger. Lov nr. 1133 af 21. december 1994, der vedrører §11, stk. 1, §12, stk. 1, 2. pkt. og §14, stk. 1, nr. 2, indeholder i §14 følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

#### §14

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 1995. Lov nr. 217 af 29. marts 1995, der vedrører §1, stk. 3 – 5, §4, stk. 1 og 3, §5, stk. 3, §8 og §9, stk. 2, indeholder i §2 følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

#### §2

Loven træder i kraft den 1. juli 1995 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden. Lov nr. 1227 af 27. december 1996, der vedrører §5, stk. 2, 1. pkt., indeholder i §§2 og 3 følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:



## Bilag 2

### Lov om ændring af lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader og om ophævelse af lov om erstatning for vaccinationskader, lov nr. 430 af 10/06/2003

#### Forslag

til

#### Lov om ændring af lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader og om ophævelse af lov om erstatning for vaccinationsskader

(Inddragelse af praktiserende autoriserede sundhedspersoner m.fl. under patientforsikringsordningen m.v.)

#### § 1

I lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, som ændret ved § 2 i lov nr. 395 af 2. juni 1999 og § 17 i lov nr. 145 af 25. marts 2002, foretages følgende ændringer:

1. § 1, stk. 1, affattes således:

»Der ydes erstatning efter reglerne i denne lov til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, som er foretaget

- 1) på sygehus eller på vegne af dette,
- 2) af sundhedspersoner og andet personale som led i den præhospitale indsats efter sygehusloven,
- 3) af autoriserede sundhedspersoner ansat i amtstandplejen og under de kommunale sundhedsordninger eller på vegne af disse,
- 4) på universiteternes tandlægeskoler,
- 5) af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner,
- 6) af læger, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, eller
- 7) af læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger.«

2. § 1, stk. 2, 2. pkt., affattes således:

»Det samme gælder for donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale.«

3. § 1, stk. 3, ophæves.

Stk. 4-6 bliver herefter stk. 3-5.

4. § 1, stk. 4, der bliver stk. 3, affattes således:

»Stk. 3 . Loven gælder tillige for patienter, der modtager vederlagsfri behandling eller tilskud til behandling på sygehuse, klinikker m.v. i udlandet efter lov om sygehusvæsenet.«

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

6. § 1, stk. 6, der bliver stk. 5, ophæves.

7. I § 1 indsættes efter stk. 5, der bliver stk. 4, som nye stykker:

»Stk. 5 . Indenrigs- og sundhedsministeren kan henlægge behandlingen af sager efter loven helt eller delvis til en privat institution. Indenrigs- og sundhedsministeren indgår i så tilfælde de

nødvendige aftaler herom.

*Stk. 6.* Henlægger indenrigs- og sundhedsministeren behandling af sager efter loven til en privat institution, finder forvaltningsloven anvendelse for institutionens virksomhed.

*Stk. 7.* Henlægger indenrigs- og sundhedsministeren sine beføjelser efter stk. 5 til en privat institution, kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om klageadgangen.«

8. I § 4, stk. 1, udgår »og § 1, stk. 3, 2. pkt.,«.

9. § 4, stk. 3, affattes således:

»*Stk. 3.* Til de af § 1, stk. 2, omfattede bloddonorer ydes erstatning for skader, der påføres de pågældende ved ulykkestilfælde i forbindelse med transport til en aftalt eller rekvireret tapning i blodbank eller ved mobil blodbank, medmindre donoren forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden. Der ydes dog ikke erstatning efter 1. pkt., såfremt bloddonoren er berettiget til erstatning for skaden efter anden lovgivning.«

10. Efter § 4 indsættes før overskriften:

»§ 4 a. Det påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, som i sin virksomhed bliver bekendt med skader, som må antages at kunne give ret til erstatning efter loven, at informere skadelidte herom samt i fornødent omfang at bistå med anmeldelse til Patientforsikringsforeningen eller til de private institutioner, hvortil behandlingen af sager efter loven er henlagt i medfør af § 1, stk. 5.«

11. I § 5, stk. 3, ændres »§ 4, stk. 1 eller stk. 3, jf. § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt.« til: »§ 4, stk. 1 eller 3, jf. § 1, stk. 2.«

12. § 8 affattes således:

»§ 8. Hvis den, der efter almindelige erstatningsregler måtte have pådraget sig erstatningsansvar over for patienten eller dennes efterladte, er omfattet af § 1, kan ydelser i henhold til § 5 kun danne grundlag for regreskrav, hvis skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed.«

13. § 9 affattes således:

»§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1) Driftsansvarlige for offentlige sygehuse og den præhospitale indsats efter sygehusloven.
- 2) Patientens bopælskommune og, hvis patienten ikke har bopæl her i landet, opholdskommunen for skader i forbindelse med behandling, som et sygehus m.v. i udlandet er ansvarligt for efter § 1, stk. 3.
- 3) Driftsansvarlige for amtstandplejen og de kommunale sundhedsordninger.
- 4) Driftsansvarlige for universiteternes tandlægeskoler.
- 5) Den amtskommune eller Københavns, Frederiksberg og Bornholms Kommuner, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis, eller hvor et privat sygehus, klinik m.v. er beliggende, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæge, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, jf. dog stk. 2.

*Stk. 2.* I det omfang behandlingen af sager efter loven henlægges til en privat institution efter § 1, stk. 5, kan indenrigs- og sundhedsministeren bestemme, at pligten til at yde erstatning efter loven påhviler den pågældende institution eller de pågældende privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, som institutionen repræsenterer.

*Stk. 3.* Såfremt en amtskommune m.v. efter stk. 1, nr. 5, i gentagne tilfælde har ydet erstatning for skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, private sygehuse m.v., er amtskommunen forpligtet til at indberette dette til Sundhedsstyrelsen med henblik på en vurdering af, hvorvidt der er grundlag for at iværksætte tilsynsmæssige foranstaltninger i medfør af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler for, hvornår indberetning til styrelsen skal foretages.«

14. I § 10, stk. 2, ændres »sundhedsministeren« til: »Patientforsikringsforeningen«.

15. § 14 affattes således:

»§ 14. Indenrigs- og sundhedsministeren nedsætter et patientskadeankenævn, der består af en formand og et af indenrigs- og sundhedsministeren fastsat antal næstformænd og beskikkede medlemmer.

*Stk. 2.* Formanden og næstformændene, der udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren, skal være dommere. Nævnets øvrige medlemmer udpeges af Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehushælle, Kommunernes Landsforening, Københavns, Frederiksberg og Bornholms Kommuner, Advokatrådet, De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet.

*Stk. 3.* Sundhedsstyrelsen udpeger for de faglige områder, hvor det findes nødvendigt for sagernes behandling, et antal sagkyndige medlemmer, der alle er fagligt uddannede, jf. stk. 4.

*Stk. 4.* Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 2 sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen efter stk. 3 afhængigt af sagens faglige karakter,
- 3) 1 medlem udpeget af Amtsrådsforeningen,
- 4) 1 medlem udpeget i forening af Hovedstadens Sygehushælle, Kommunernes Landsforening og Københavns, Frederiksberg og Bornholms Kommuner,
- 5) 1 medlem udpeget af Advokatrådet,
- 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet og
- 7) 1 medlem udpeget af De samvirkende Invalideorganisationer.

*Stk. 5.* Formanden eller vedkommende næstformand afgør, inden for hvilket fagligt område eller områder sagkyndige medlemmer efter stk. 4 skal deltage ved afgørelsen af den enkelte sag.

*Stk. 6.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan bemyndige nævnets formand eller en næstformand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

*Stk. 7.* Nævnets formand eller vedkommende næstformand kan bestemme, at særligt sagkyndige eller andre kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af sager.

*Stk. 8.* Patientskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

*Stk. 9.* Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Patientskadeankenævnet dets forretningsorden.

*Stk. 10.* Udgifter til drift af Patientskadeankenævnet afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter den fordeling, som fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren efter § 12, stk. 2, 2. pkt.«

## § 2

I lov nr. 1120 af 20. december 1995 om erstatning for lægemiddelskader, som ændret ved § 5 i lov nr. 1228 af 27. december 1996 og § 3 i lov nr. 493 af 7. juni 2001, foretages følgende ændringer:

1. § 1, stk. 2, 2. pkt., affattes således:

»Det samme gælder for donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale.«

2. Efter § 7 indsættes:

»§ 7 a. Det påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, som i sin virksomhed bliver bekendt med skader, som må antages at kunne give ret til erstatning efter loven, at informere skadelidte herom samt i fornødent omfang at bistå med anmeldelse til Patientforsikringsforeningen.«

3. § 8 ophæves.

4. I § 19 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

»Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan bemyndige nævnets formand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.«

Stk. 2-4 bliver herefter stk. 3-5.

### § 3

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. januar 2004 og finder anvendelse på skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

*Stk. 2.* Samtidig ophæves lov nr. 82 af 8. marts 1978 om erstatning for vaccinationsskader. Loven finder dog fortsat anvendelse på skader, der er forårsaget inden lovens ikrafttræden.

*Stk. 3.* Regler, der er fastsat med hjemmel i lov om patientforsikring, lov om erstatning for lægemiddelskader og lov om erstatning for vaccinationsskader, forbliver i kraft, indtil de ophæves eller afløses af regler fastsat i medfør af denne lov.

### § 4

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan for Færøerne sættes i kraft ved kongelig anordning med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

## Bilag 3

### Bekendtgørelse nr. 1099 af 12/12/2003 om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og Tandskadeankenævnet

#### Bekendtgørelse om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og Tandskadeankenævnet

I medfør af § 1, stk. 5 og stk. 7, i lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, som ændret ved lov nr. 395 af 2. juni 1999 og lov nr. 430 af 10. juni 2003, og efter aftale med Dansk Tandlægeforening fastsættes:

**§ 1.** Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring modtager, oplyser og afgør følgende sager om erstatning efter lov om patientforsikring:

- 1) Skader forvoldt af autoriserede sundhedspersoner ansat i amtstandplejen, i børne- og ungdomstandplejen samt i omsorgstandplejen, eller på vegne af disse, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 3,
- 2) skader forvoldt på universiteternes tandlægeskoler, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 4, og
- 3) skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede tandlæger, eller på vegne af disse, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 5.

*Stk. 2.* Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikrings afgørelser meddeles vedkommende amtskommune, kommune eller tandlægeskole.

**§ 2.** Afgørelser truffet af Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring kan indbringes for det af Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring etablerede ankenævn (Tandskadeankenævnet).

*Stk. 2.* Tandskadeankenævnet fastsætter en forretningsorden for nævnets virksomhed efter samme retningslinier, som er gældende for Patientskadeankenævnet, jf. lovens § 14, stk. 9.

*Stk. 3.* Patientforsikringsforeningen og Patientskadeankenævnet udpeger i fællesskab et medlem til Tandskadeankenævnet.

*Stk. 4.* Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening og universiteternes tandlægeskoler kan hver udpege et medlem til Tandskadeankenævnet, der dog kun deltager i Tandskadeankenævnets møder, når der behandles sager inden for området for disse foreninger

m.v.

§ 3. Klage til Tandskadeankenævnet indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

*Stk. 2.* Tandskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

*Stk. 3.* Tandskadeankenævnets afgørelser meddeles vedkommende amtskommune, kommune eller tandlægeskole.

§ 4. Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring kan af amtskommuner, kommuner, tandlægeskoler og andre vedkommende, herunder tandlæger m.v., samt den skadelidte forlange meddelt enhver oplysning, herunder journaloptegnelser, som Patientskedeforsikringen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

*Stk. 2.* Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og Tandskadeankenævnet skal afgive de oplysninger til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, amtskommuner, kommuner samt universiteternes tandlægeskoler, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter lov om patientforsikring.

§ 5. Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og Tandskadeankenævnet afgiver en årlig redegørelse til indenrigs- og sundhedsministeren om deres virksomhed.

§ 6. Afgørelser truffet af Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og Tandskadeankenævnet kan ikke påklages til indenrigs- og sundhedsministeren eller anden administrativ myndighed.

§ 7. Forvaltningsloven finder anvendelse på den virksomhed, der udøves i Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring og i Tandskadeankenævnet i medfør af lov om patientforsikring.

§ 8. Anmeldelse af skader efter lov om patientforsikring, som sendes til Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring, anses for indgivet hos rette myndighed på det tidspunkt, hvor de modtages i Patientskedeforsikringen, jf. lovens § 19.

§ 9. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2004 og finder anvendelse på skader forårsaget efter dette tidspunkt.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 12. december 2003*

Lars Løkke Rasmussen

# Bilag 4

## Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar nr. 750 af 04/09 2002

Herved bekendtgøres lov om erstatningsansvar, jf. lovbekendtgørelse nr. 599 af 8. september 1986, med de ændringer, der følger af § 14 i lov nr. 196 af 29. marts 1989, § 12 i lov nr. 389 af 7. juni 1989, § 2 i lov nr. 73 af 1. februar 1995, § 6 i lov nr. 389 af 14. juni 1995, § 2 i lov nr. 1110 af 20. december 1995, § 3 i lov nr. 349 af 23. maj 1997, § 6 i lov nr. 461 af 7. juni 2001 og § 1 i lov nr. 463 af 7. juni 2001.

### **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 ligestilles med erhvervsindkomst.

§ 1 a. Erstatning for fremtidige helbredelsesudgifter og andet fremtidigt tab som følge af skaden, jf. § 1, stk. 1, fastsættes til et kapitalbeløb, som højst kan udgøre den forventede gennemsnitlige årlige udgift ganget med 10. Er der tale om varige løbende udgifter, finder § 4, stk. 2, tilsvarende anvendelse.

##### *Tabt arbejdsfortjeneste*

§ 2. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ydes, indtil skadelidte kan begynde at arbejde igen. Må det antages, at skadelidte vil lide et varigt erhvervsevnetab, ydes erstatning indtil det tidspunkt, hvor det er muligt midlertidigt eller endeligt at skønne over skadelidtes fremtidige erhvervsevne, jf. §§ 5-8 og § 10 samt § 31 i lov om sikring mod følger af arbejdsskade.

Stk. 2. I erstatningen fradrages løn under sygdom, dagpenge fra arbejdsgiver eller kommunalbestyrelsen 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 130 kr. for hver dag, den skadelidte er syg. Der kan i særlige tilfælde ydes godtgørelse for svie og smerte, selv om skadelidte ikke er syg. Godtgørelsen kan ikke overstige 50.000 kr.

##### *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. Godtgørelsen udgør ved en méngrad på 100 pct. 573.500 kr. Ved lavere méngrader nedsættes beløbet forholdsmæssigt. I særlige tilfælde kan mén godtgørelsen fastsættes til et højere beløb, dog højst 687.500 kr. Ved en méngrad på under 5 pct. ydes ingen godtgørelse.

Stk. 2. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 40 år, nedsættes godtgørelsen med 1 pct. for

hvert år, skadelidte var ældre end 39 år ved skadens indtræden. Var skadelidte fyldt 60 år, nedsættes godtgørelsen med yderligere 1 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 59 år ved skadens indtræden. Godtgørelsen nedsættes dog ikke yderligere efter det fyldte 69. år.

#### *Erhvervsevnetab*

§ 5. Har en personskade medført varigt nedsættelse af skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde, tilkommer der skadelidte erstatning for tab af erhvervsevne.

Stk. 2. Ved bedømmelsen af erhvervsevnetabet tages hensyn til skadelidtes muligheder for at skaffe sig indtægt ved sådant arbejde, som med rimelighed kan forlanges af den pågældende efter dennes evner, uddannelse, alder og muligheder for erhvervsmæssig omskoling og genoptræning eller lignende.

Stk. 3. Skadelidtes erhvervsevnetab beregnes i procent (erhvervstabsprocenten). Der ydes ikke erstatning, såfremt erhvervsevnetabet er mindre end 15 pct.

§ 6. Erstatningen fastsættes til et kapitalbeløb, der udgør skadelidtes årsløn, jf. § 7, ganget med erhvervsevnetabsprocenten, jf. § 5, stk. 3, og herefter ganget med 10.

Stk. 2. Erstatningen kan højst udgøre 6.020.000 kr.

§ 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.

§ 8. For en skadelidt, der ved skadens indtræden ikke er fyldt 15 år, fastsættes erstatningen som et kapitalbeløb, der udgør 276.000 kr. ganget med méngraden, jf. § 4, og herefter ganget med 10. Ved en méngrad på under 5 pct. ydes ingen erstatning.

§ 9. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 30 år, nedsættes erstatningen med 1 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 29 år ved skadens indtræden. Var skadelidte fyldt 55 år, nedsættes erstatningen med yderligere 2 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 54 år ved skadens indtræden. Erstatningen nedsættes dog ikke yderligere efter det fyldte 69. år.

#### *Forelæggelse for Arbejdsskadestyrelsen*

§ 10. Såvel skadelidte som skadevolder kan indhente en udtalelse om spørgsmålet om fastsættelsen af méngraden og erhvervsevnetabsprocenten fra Arbejdsskadestyrelsen, jf. lov om sikring mod følger af arbejdsskade. Udtalelsen skal så vidt muligt afgives inden 1 år og senest 2 år efter fremsættelsen af anmodningen om en udtalelse. Hvis den erhvervsmæssige situation ikke er afklaret, kan Arbejdsskadestyrelsen, når der foreligger særlige omstændigheder, afgive en midlertidig udtalelse. I så fald skal det af udtalelsen fremgå, at den er midlertidig.

Stk. 2. Arbejdsskadestyrelsens udtalelse skal begrundes efter forvaltningslovens § 24.

Stk. 3. Skadelidte og skadevolder har ret til aktindsigt i Arbejdsskadestyrelsens sag efter forvaltningslovens kapitel 4.



*Genoptagelse*

§ 11. En afsluttet sag om godtgørelse eller erstatning kan på skadelidtes begæring genoptages, hvis sagens faktiske omstændigheder ændrer sig væsentligt i forhold til dem, der blev lagt til grund ved sagens afslutning. Vurderingen af, om genoptagelse kan ske, skal foretages for hver enkelt erstatningspost for sig, jf. dog stk. 2 og 3.

*Stk. 2.* Hvis der tidligere er fastsat et erhvervsevnetab på mindst 15 pct., kan der ved en genoptagelse af sagen ikke ydes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

*Stk. 3.* En afsluttet sag om godtgørelse eller erstatning kan ikke genoptages alene med henblik på, at der ydes yderligere erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab og godtgørelse for svie og smerte. Hvis sagen genoptages efter stk. 1, kan der dog ydes erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab og godtgørelse for svie og smerte, hvis der foreligger væsentlige uforudsete ændringer i helbredstilstanden.

*Stk. 4.* Under en genoptagelse af sagen finder § 10 tilsvarende anvendelse.

*Tab af forsørger mv.*

§ 12. Den, som er erstatningsansvarlig for en andens død, skal betale erstatning for rimelige begravelsesudgifter og erstatning til dem, som ved dødsfaldet har mistet en forsørger. Forsørgelse omfatter også værdien af afdødes arbejde i hjemmet.

*Erstatning til ægtefælle eller samlever*

§ 13. Erstatning for tab af forsørger til ægtefælle eller samlever udgør 30 pct. af den erstatning, som afdøde må antages at ville have opnået ved et fuldstændigt tab af erhvervsevnen, jf. §§ 5-8. Erstatningen udgør dog mindst 644.000 kr., medmindre der foreligger særlige omstændigheder.

*Stk. 2.* Var forsørgeren fyldt 30 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 forsørgelse, hvis afdøde havde været bidragspligtig. Var afdøde eneforsørger, forhøjes erstatningen med 100 pct.

*Overgangsbeløb*

§ 14 a. Der tilkommer den efterlevende ægtefælle eller samlever et overgangsbeløb, der udgør 108.000 kr. Efterlader afdøde sig ikke ægtefælle eller samlever, kan overgangsbeløbet tilkendes en anden efterladt person, når særlige omstændigheder taler derfor. Udbetales der overgangsbeløb, kan den pågældende ikke tillige kræve erstatning for begravelsesudgifter.

*Regulering af erstatnings- og godtgørelsesbeløb*

§ 15. De i § 3, § 4, stk. 1, § 6, stk. 2, § 8, § 13, stk. 1, 2. pkt., og § 14 a nævnte beløb reguleres årligt pr. 1. januar med 2,0 pct. tillagt tilpasningsprocenten for det pågældende finansår jf. lov om en satsreguleringsprocent. De herefter fremkomne beløb afrundes til nærmeste med 500 delelige

kronebeløb, for det i § 3, 1. pkt., nævnte beløb dog til nærmeste med 5 delelige kronebeløb. Reguleringen sker på grundlag af de på reguleringstidspunktet gældende beløb før afrunding.

*Stk. 2.* Justitsministeren bekendtgør hvert år, hvilke reguleringer der skal finde sted.

*Stk. 3.* Erstatning og godtgørelse fastsættes på grundlag af de beløb, der efter stk. 1 var gældende på det tidspunkt, hvor erstatningen og godtgørelsen kunne kræves betalt efter § 16, stk. 1. Års-lønnen efter § 7 og erstatningen efter § 14 reguleres efter reglerne i stk. 1 i perioden mellem skadens indtræden og det tidspunkt, hvor erstatningen og godtgørelsen kunne kræves betalt efter § 16, stk. 1.

#### *Betaling og forrentning*

§ 16. Godtgørelse og erstatning kan kræves betalt 1 måned efter, at skadevolderen har været i stand til at indhente de oplysninger, der er fornødne til bedømmelse af erstatningens størrelse. Er det, forinden endelig opgørelse kan finde sted, givet, at skadevolderen i alt fald skal betale en del af det krævede beløb, kan denne del forlanges udbetalt efter reglerne i 1. pkt. Et sådant udbetalt beløb samt beløb, der er udbetalt som midlertidig erhvervsevnetabsersatning, kan ikke senere kræves tilbagebetalt eller modregnet i andre erstatningsposter.

*Stk. 2.* Beløbet forrentes fra det tidspunkt, hvor det kan kræves betalt efter stk. 1, med en årlig rente, der svarer til den til enhver tid fastsatte officielle diskonto med et tillæg på 5 pct. Justitsministeren kan hvert andet år efter forhandling med Danmarks Nationalbank og Økonomi- og Erhvervsministeriet ændre renten.

#### *Regres mod den erstatningsansvarlige*

§ 17. Ydelser i henhold til den sociale lovgivning, herunder dagpenge, sygehjælp, pension efter den sociale pensionslovgivning og ydelser i henhold til lov om arbejdsskadeforsikring, som tilkommer en skadelidt eller efterlevende, kan ikke danne grundlag for regreskrav mod den erstatningsansvarlige. Det samme gælder pensionsydelser, der udbetales af stat, kommune eller i henhold til anden pensionsordning, samt forsikringsydelser uanset forsikringens karakter, jf. § 22, stk. 2. Sygedagpengeydelser efter lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel kan dog danne grundlag for regreskrav mod den erstatningsansvarlige, jf. lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel § 39, 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 mv. 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 særeje.

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

## **Kapitel 2**

### *Erstatningsansvar for skade, der er dækket af forsikring*

§ 19. I det omfang en skade er dækket af en tingsforsikring eller en driftstabsforsikring, er der ikke erstatningsansvar.

*Stk. 2.* Reglen i stk. 1 gælder ikke, såfremt:

- 1. den erstatningsansvarlige har forvoldt skaden forsætligt eller ved grov uagtsomhed, eller
- 2. skaden er forvoldt ved udøvelse af offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed eller virksomhed, der kan ligestilles hermed.

*Stk. 3.* Har en arbejdstager forvoldt en skade, der er dækket af en tingsforsikring, en driftstabsforsikring eller arbejdsgiverens ansvarsforsikring, ifalder arbejdstageren ikke erstatningsansvar, medmindre skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed.

§ 20. Staten, en kommune eller en anden offentlig institution, der i almindelighed er selvforsikrer, er stillet, som om forsikring var tegnet, jf. § 19.

§ 21. §§ 19 og 20 gælder ikke for erstatningsansvar, der er omhandlet i

- 1. færdselslovens regler om ansvar for motordrevne køretøjer, eller som i øvrigt er dækket af den for køretøjet lovpligtige ansvarsforsikring,
- 2. luftfartsloven eller
- 3. søloven.

§ 22. Såfremt der er erstatningsansvar for en skade, der er dækket af en skadesforsikring, indtræder forsikringsselskabet i det omfang, det har betalt erstatning, i den skadelidtes ret mod den erstatningsansvarlige.

*Stk. 2.* Ved livs- ulykkes- eller sygeforsikring eller anden personforsikring har selskabet uanset forsikringens karakter intet krav mod den erstatningsansvarlige.

## **Kapitel 3**

### *Forskellige bestemmelser*

#### *Arbejdstagers erstatningsansvar*

§ 23. Erstatning, som en arbejdsgiver har måttet udrede som følge af en arbejdstagers uforsvarlige adfærd, kan kun kræves betalt af denne i det omfang, det findes rimeligt under hensyn til den udviste skyld, arbejdstagerens stilling og omstændighederne i øvrigt.

*Stk. 2.* Arbejdstagerens erstatningsansvar over for skadelidte kan nedsættes eller bortfalde, hvis det findes rimeligt under hensyn til de i stk. 1 nævnte omstændigheder og til skadelidtes interesse. Erstatning, som arbejdstageren har måttet udrede, kan denne kræve betalt af arbejdsgiveren i det omfang, ansvaret endeligt skal påhvile arbejdsgiveren efter stk. 1.

*Stk. 3.* Bestemmelsen i stk. 1 finder tilsvarende anvendelse på arbejdsgiverens erstatningskrav mod arbejdstageren for skade, denne i øvrigt forvolder arbejdsgiveren i tjenesten.

#### *Almindelig lempelsesregel*

§ 24. Erstatningsansvar kan nedsættes eller bortfalde, når ansvaret vil virke urimeligt tyngende for den erstatningsansvarlige, eller når ganske særlige omstændigheder i øvrigt gør det rimeligt. Ved afgørelsen skal der tages hensyn til skadens størrelse, ansvarets beskaffenhed, skadevælderens forhold, skadelidtes interesse, foreliggende forsikringer samt omstændighederne i øvrigt.

*Stk. 2.* Under tilsvarende betingelser som angivet i stk. 1 kan der ses helt eller delvis bort fra skadelidtes medvirken til skaden. Ved krav om erstatning til den, der har mistet en forsøger, gælder det samme om afdødes medvirken.

#### *Børns erstatningsansvar mv.*

§ 24 a. Barn under 15 år er erstatningspligtigt for skadegørende handlinger efter samme regler som personer over denne alder. Dog kan erstatningen nedsættes eller endog helt bortfalde, for så vidt det findes billigt på grund af manglende udvikling hos barnet, handlingens beskaffenhed og omstændighederne i øvrigt, derunder navnlig forholdet mellem den skadegørendes og den skadelidendes evne til at bære tabet og udsigten til, at skaden kan fås godtgjort hos andre.

§ 24 b. En person, som på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, forbigående sindsvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt, er erstatningspligtigt for skadegørende handlinger efter samme regler som sjælsunde personer. Dog kan erstatningen nedsættes eller endog helt bortfalde, for så vidt det findes billigt under hensyn til personens sindstilstand, handlingens beskaffenhed eller omstændighederne i øvrigt, derunder navnlig forholdet mellem den skadegørendes og den skadelidendes evne til at bære tabet og udsigten til, at skaden kan fås godtgjort hos andre.

*Stk. 2.* Har den skadegørende ved misbrug af beruselsesmidler eller på lignende måde forbigående hensat sig i en sindstilstand som ovenfor nævnt, er en lempelse i erstatningsansvaret udelukket.

#### *Flere erstatningsansvarlige*

§ 25. Den indbyrdes fordeling af erstatningsbyrden mellem flere solidarisk erstatningsansvarlige foretages efter, hvad der under hensyn til ansvarets beskaffenhed og omstændighederne i øvrigt må anses for rimeligt.

*Stk. 2.* Er en eller flere af de erstatningsansvarlige dækket af en ansvarsforsikring, gælder § 19, stk. 1 og 2, og § 21. I de tilfælde, der er nævnt i § 19, stk. 2, nr. 1 og 2, og § 21, kan der ved den indbyrdes fordeling af erstatningsbyrden mellem skadevolderne tages hensyn til foreliggende ansvarsforsikringer. § 20 finder tilsvarende anvendelse.

*Godtgørelse for tort*

§ 26. Den, der er ansvarlig for en retsstridig krænkelse af en andens frihed, fred, ære eller person, skal betale den forurettede godtgørelse for tort.

Stk. 2. Ved fastsættelsen af godtgørelsen kan det tillægges vægt, at krænkelsen er begået ved en forbrydelse, der har indebåret en overtrædelse af bestemmelse i straffelovens kapitel 23 eller 24.

Stk. 3. Selv om der ikke er lidt tort, skal den, der er ansvarlig for en retsstridig krænkelse af en anden, dog betale den forurettede en godtgørelse, såfremt krænkelsen er begået ved en forbrydelse, der har indebåret et særlig groft angreb mod en andens person eller frihed.

Stk. 4. § 18, stk. 1-3, finder tilsvarende anvendelse på godtgørelse efter stk. 1-3.

*Fravigelse af lovens regler*

§ 27. Aftaler om fravigelse af reglerne i §§ 1-16, § 24, stk. 2, og § 26, der er indgået inden en skades indtræden, er ugyldige, såfremt fravigelsen er til ugunst for den erstatningsberettigede.

Stk. 2. Aftaler om fravigelse af § 17, stk. 1, § 19, stk. 1 og 3, § 20, § 22, stk. 2, § 23, § 24, stk. 1, § 24 a, § 24 b, stk. 1, og § 25, der er indgået inden en skades indtræden, er ugyldige, såfremt fravigelsen er til ugunst for den erstatningsansvarlige. Reglen i § 25 kan dog fraviges for skader, der forvoldes ved udøvelse af offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed eller virksomhed, der kan ligestilles hermed.

**Kapitel 4***Ikrafttrædelsesbestemmelser mv.*

§ 28. Loven træder i kraft den 1. oktober 1984 og finder anvendelse på erstatningsansvar for skader, der indtræder efter lovens ikrafttræden.

§ 29. Følgende lovbestemmelser ophæves:

- 1. § 25 i lov nr. 129 af 15. april 1930 om forsikringsaftaler.
- 2. § 15 i lov om ikrafttræden af borgerlig straffelov mm., jf. lovbekendtgørelse nr. 277 af 30. juni 1965.
- 3. § 14, stk. 3, 2. pkt., i arveloven, jf. lov nr. 215 af 31. maj 1962.
- 4. § 53, stk. 3, 2. pkt., i sømandsloven, jf. lov nr. 420 af 13. juni 1973.
- 5. § 67, 2. pkt., i søloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 353 af 1. juli 1974.

§ 30. (Udelades)

§ 31. (Udelades)

§ 32. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kgl. anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov nr. 73 af 1. februar 1995<sup>2)</sup> indholder følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

## § 3

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 31. januar 1995, jf. dog stk. 2 og 3.

*Stk. 2.* (Udelades)

*Stk. 3.* Reguleringen af de i § 3, § 4, stk. 1, § 7, stk. 3, og § 13, stk. 1, 2, pkt., i erstatningsansvarsloven nævnte beløb sker første gang den 1. april 1995 med udgangspunkt i de beløb, som er fastsat med virkning for skader, der indtræder i perioden 1. april 1994 – 31. marts 1995.

Lov nr. 349 af 23. maj 1997<sup>3)</sup> indeholder følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

## § 4

Loven træder i kraft den 1. juni 1997.

Lov nr. 463 af 7. juni 2001 indeholder følgende ikrafttrædelsesbestemmelser mv.:

## § 4

*Stk. 1.* Loven træder i kraft den 1. juli 2002<sup>4)</sup>. Lovens § 1, nr. 15<sup>5)</sup>, og § 2, nr. 2-4, træder dog i kraft den 1. januar 2002. Ved ikrafttrædelsen den 1. juli 2002 reguleres erstatnings- og godtgørelsesbeløbene i overensstemmelse med § 1, nr. 11, pr. 1. januar 2002<sup>6)</sup>.

*Stk. 2.* Lovens §§ 1 og 2 finder anvendelse på erstatningsansvar for skader, der indtræder efter lovens ikrafttræden.

*Stk. 3.* (Udelades)

*Stk. 4.* (Udelades)

## § 5

En forsikringstager kan ikke opsige en forsikringsaftale på grund af en forhøjelse af præmien, som alene er begrundet med den ændring af størrelsen af erstatning for personskade og tab af forsørger, der er en følge af denne lov.

*Justitsministeriet, den 4. september 2002*

Lene Espersen

- 1) Nu lov om sikring mod følger af arbejdsskade.
- 2) Lovændringen vedrører § 15, stk. 1.
- 3) Lovændringen vedrører § 26.
- 4) Lovændringerne vedrører § 1 a, § 2, stk. 1, §§ 3-4, § 5, stk. 1-2, § 6, § 7, stk. 3, §§ 8-11, § 13, stk. 1, 2, pkt., og stk. 2, § 14 a, § 15, stk. 1 og 3, overskriften til § 16, § 16, § 26, stk. 3 (der nu er stk. 4), og § 27, stk. 2.
- 5) Lovændringen vedrører § 26, stk. 2.
- 6) De regulerede erstatnings- og godtgørelsesbeløb for skader, der indtræder i perioden 1. juli 2002-31. december 2002, fremgår af bekendtgørelse nr. 1055 af 14. december 2001 om regulering af erstatnings- og godtgørelsesbeløb i henhold til lov om erstatningsansvar.

# Bilag 5

## Uddrag af forsikringsbetingelserne for Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring

*DTFs Praksisforsikring består af 5 del-forsikringer:*

### *1) Patientskadeforsikring og kombineret erhvervsansvarsforsikring*

Erstatning ydes til patienter, der her i landet påføres FYSISK skade i forbindelse med undersøgelse og behandling, efter reglerne i § 2 og § 3, stk. 1 i Lov om Patientforsikring, jfr. bilag 1. Meget forenklet kan det siges, at alle skader, der kunne være undgået er dækket. Derudover dækkes skader, der ikke kunne være undgået, såfremt de er mere omfattende end patienten med rimelighed må tåle. Alle skader over 1.000 kr. erstattes fuldt ud. Kun i tilfælde, hvor skaden er under 1.000 kr. vurderes det, om tandlægen er ansvarlig for skadens opståen. Er det tilfældet, ydes der dækning svarende til almindelig ansvarsforsikring. Forsikringen dækker i 10 år efter erhvervsop-hør eller død.

*Forsikringsdækning af skader, hvori der indgår tidligere udført tandlægearbejde*

Hovedreglen er, at hele skaden er forsikringsdækket. Dog kan der blive tale om reduktion af erstatningen for nytteværdien i funktionstiden, hvori det tidligere udførte arbejde har fungeret.

I det tilfælde, at det tidligere udførte arbejde er fejlbehæftet/mangelfuldt er denne del af den samlede skade ikke forsikringsdækket. Udgiften til denne del af den samlede skade skal afholdes af den tandlæge, der har udført det fejlbehæftede/mangelfulde arbejde. Dette kan ske på en af følgende måder:

- tandlægen omgør det mangelfulde arbejde vederlagsfrit eller
- tandlægen betaler udgiften til omgørelsen af det mangelfulde arbejde

### *2) Erhvervsretshjælpsforsikring*

Forsikringen dækker sagsomkostninger i retssager, der opstår i forbindelse med erhvervsud-øvelse som privatpraktiserende tandlæge eller privatansat tandlæge. Dækning fremgår af betin-gelserne.

Anmeldelse af en sag til forsikringen skal foretages af den advokat, der har påtaget sig sagen, se nærmere herom i forsikringsbetingelserne § 10.

### *3) Forsikringspligtig arbejdsskadeforsikring*

Forsikringen dækker arbejdsulykker hos alt ansat personale. Ved arbejdsulykker forstås:

- 1) Ulykkestilfælde, som skyldes arbejdet eller arbejdsforhold.
- 2) Skadelig påvirkning af højst 5 dages varighed, som skyldes arbejdet eller arbejdsforhold.

Endvidere har enhver arbejdsgiver pligt til at tilmelde sig Arbejdsmarkedets Erhvervssygdoms-sikring (AES), der dækker erhvervssygdomsrisikoen efter lov om sikring mod følger af Arbejds-skade.

Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring administreres af ATP.

#### 4) Principalforsikring

Principalforsikringen dækker tandlæger og medhjælpende ægtefælle uden kildeskatteaftale på samme måde som den lovpligtige arbejdsskadeforsikring dækker ansat personale.

#### 5) Sikringsordning om tilbagebetaling af erlagt honorar

Sikringsordningen sikrer efter betingelserne, patienter tilbagebetaling af et i klagesystemet eller af Praksisforsikringen tilkendt beløb, såfremt tandlægen ikke er i stand til at udrede beløbet.

#### Specielt om HIV-dækning

Endvidere har Praksisforsikringen foranlediget, at der i DTFs Tryghedsordninger er etableret en ordning for tandlæger ramt af HIV/AIDS. Denne sygdom kan man have i tre stadier: 1) HIV-smittet og ikke syg, 2) HIV-smittet og syg, og 3) AIDS i udbrud.

For alle tre stadier af denne sygdom gælder, at DTF har ønsket at sikre, at en tandlæge med én af disse tre diagnoser, og som ønsker at forlade erhvervet, ikke skal være afskåret derfra af økonomiske årsager. Der er derfor i DTFs Tryghedsordninger etableret følgende dækninger, som man kan anmode om på ethvert tidspunkt i sygdomsforløbet:

##### A. Som HIV-smittet, men endnu ikke syg, samt som HIV-smittet og syg

I det første år som sygemeldt modtager man efter ansøgning 350.000 kr. i éngangssum som § 5B-ydelse (særlig transbestemt ydelse). Dette første år som sygemeldt med en HIV-positiv-at-test berettiger i øvrigt til § 5A-ydelser fra DTFs Tryghedsordninger efter de sædvanlige regler.

Efter et år fra erhvervsophør som patientbehandlende tandlæge og udløbet af tryghedsydelsen fra DTFs Tryghedsordninger kan den HIV-ramte tandlæge (uanset om man ikke er HIV-syg, men blot ophørt i erhverv) modtage § 5B-ydelser efter ansøgning i DTFs Tryghedsordninger i max. 5 år ud fra en maksimal beløbsramme på 600.000 kr. minus egne indtægter. Det er en forudsætning, at tandlægen er i live og ikke har udviklet AIDS, idet man med AIDS i udbrud er dækningsberettiget på sine erhvervsudygtighedsforsikringer efter udløb af gældende karenperioder.

Efter max. 5 år med HIV-status kan tandlægen modtage ydelser fra DTFs Tryghedsordningers gruppeerhvervsudygtighedsforsikring i det omfang, der er tegnet dækning.

##### B. Som AIDS-syg

En AIDS-syg tandlæge er dækket af sædvanlige § 5A-ydelser efter reglerne i DTFs Tryghedsordningers vedtægter om løbende ydelser ved sygdom og derefter af gruppeerhvervsudygtighedsdækningen.

Blanket til brug for anmeldelse af en skade rekvireres i Praksisforsikringens sekretariat, tlf. 39 46 00 80.

DTF's Praksisforsikringsudvalg



## **PATIENTSKADE FORSIKRING OG KOMBINERET ERHVERVSANSVARSFORSIKRING**

For forsikringen gælder reglerne i lov nr. 129 af 15. april 1930 med senere ændringer om forsikringsaftaler, for så vidt de ikke er fraveget ved de almindelige og særlige forsikringsbetingelser.

### 1. *DE SIKREDE*

Forsikringen dækker forsikringstageren og de i forsikringstagerens tjeneste værende personer (de sikrede), samt under policens sektion 1 forsikringstagerens patienter.

### **SEKTION 1 – Patientskedeforsikring**

2. Til patienter, der påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget hos privat praktiserende tandlæge ydes erstatning efter lov om patientforsikring. Det samme gælder efterladte til sådanne patienter.
3. Erstatning ydes i overensstemmelse med reglerne i § 2 og § 3, stk. 1 i lov om patientforsikring, uanset at denne lov ikke omfatter privatpraktiserende tandlæger, idet de i § 3, stk. 2 omhandlende tilfælde, omfattes af policens sektion 2.  
Erstatning ydes såfremt den overstiger 1.000 kr.
4. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.
5. Erstatning ydes ikke til dækning af regreskrav.
6. For skader, der ikke overstiger 1.000 kr., ydes erstatning kun i det omfang sikrede har pådraget sig et ansvar efter almindelige erstatningsretslige regler.
7. Erstatning til patienten, eller dennes efterladte, kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.
8. Det er en betingelse for dækning og udbetaling af erstatning under denne sektion, at patienten, eller dennes efterladte, ikke rejser erstatningskrav mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden, idet DTFs Praksisforsikring i enhver henseende indtræder i sikredes krav.
9. Hvis en sikret, der efter almindelige erstatningsregler måtte have pådraget sig erstatningsansvar over for patienten eller dennes efterladte, har forvoldt skaden forsætligt, kan ydelser i henhold til pkt. 4 danne grundlag for regreskrav mod den sikrede.

10. Retten til at anmelde skader har den skadelidte patient.  
Anmeldelse sker til Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring, Svanemøllevej 85, 2900 Hellerup, telefon 39 46 00 80.  
Anmeldte skader behandles og afgøres af Codan Forsikring, der meddeler såvel skadelidte som omfattede tandlæge, hvorledes sagen er afgjort.
11. Afgørelser, der træffes efter pkt. 10, kan indbringes for Ankenævnet for DTFs Patientskadeforsikring.  
Klage til Ankenævnet indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.  
Klage kan indbringes af skadelidte, den driftsansvarlige tandlæge eller anden med retlig interesse i sagen.  
Klagen stiles til Ankenævnet for DTFs Patientskadeforsikring, Svanemøllevej 85, 2900 Hellerup.  
Såvel Dansk Tandlægeforening som Codan Forsikring respekterer Ankenævnets afgørelser.

## **SEKTION 2 – Erhvervsansvarsforsikring**

12. *DÆKNINGEN OMFATTER*
- a. Forsikringen dækker sikredes erstatningsansvar for person- og tingskade forvoldt under udøvelse af selvstændig tandlægepraksis, såfremt der ikke er udbetalt erstatning under sektion 1, samt erstatningsansvar pålagt sikrede som ejer eller bruger af bygning eller grundareal, der alene benyttes ved virksomhedens drift.
- b. Uanset betingelsernes pkt. 15 b er forsikringen udvidet til at dække beskadigelse eller bortkomst af proteser under erhvervsmæssig transport.  
Transporten anses først igangsat ved overlevering til postvæsenet eller selvstændig transportør.  
Det er en forudsætning for dækning, at protesen var forsvarligt emballeret.
- c. Uanset betingelsernes pkt. 15 b er forsikringen udvidet til at dække sikredes ansvar for skade på proteser m.m., der er udtaget fra patienter og i forbindelse hermed skades/bortkommer.  
Denne udvidelse gælder kun aftagelig protetik og andet aftageligt apparatur, der er mindre end 10 år gammelt.  
Dækning omfatter alene udgifter til udbedring af den beskadigelse, der er sket, men ikke udgifter til yderligere behandling, såfremt bearbejdningen/behandlingen ikke har ført til et ønsket resultat.
13. *FORSIKRINGEN DÆKKER IKKE ANSVAR FOR SKADE OPSTÅET:*
- a. i forbindelse med arbejde for hospital, fremmed klinik og lignende, når ansvaret i henhold til gældende retspraksis påhviler disse som arbejdsgivere,

b. som følge af behandling, som sikrede i henhold til gældende lovgivning m.v. ikke er berettiget til at foretage,

c. når ansvaret følger af et tilsagn fra sikrede om en anden erstatningsydelse eller om et videregående ansvar, end hvad der følger af de almindelige erstatningsregler.

#### 14. FORMUETAB

Forsikringen dækker ikke ansvar for formuetab, der ikke er en følge af en skade på person eller ting.

#### 15. EGNE TING, TING I VARETÆGT M.V.

Forsikringen dækker ikke ansvar for skade på ting:

a. tilhørende forsikringstageren,

b. som sikrede i forbindelse med udøvelse af sit erhverv har til lån, leje, opbevaring, afbenyttelse, befordring, har i varetægt af anden grund eller har sat sig i besiddelse af,

c. som sikrede har påtaget sig at bearbejde eller behandle,

d. som sikrede har bearbejdet eller behandlet,

e. forårsaget ved nybygning, ombygning eller tilbygning til den forsikrede virksomhed,

f. tab eller skade opstået ved bortkomst eller tyveri.

#### 16. FORURENING

Forsikringen dækker ikke forurening af eller igennem luft, jord eller vand fra den forsikrede virksomhed samt derved forvoldt skade på person eller ting.

Dog dækker forsikringen, hvis skaden er opstået uventet, utilsigtet og ved et pludseligt uheld, og ikke er en følge af, at sikrede forsætligt eller groft uagtsomt har overtrådt de til enhver tid gældende offentlige forskrifter.

#### 17. MOTORANSVAR

Forsikringen dækker ikke ansvar for skade forvoldt ved benyttelse af motordrevet køretøj. Dog dækker policens almindelige betingelser det ansvar, der ikke er omfattet af en for køretøjet tegnet motoransvarsforsikring.

#### 18. FORSÆT, BERUSELSE

Forsikringen dækker ikke ansvar for skade forvoldt af sikrede med forsæt eller under selvforvoldt beruselse.

19. *GEOGRAFISK OMRÅDE*

Forsikringen dækker skade sket i Danmark (excl. Færøerne), samt skade uden for Danmark, hvis skaden sker i forbindelse med deltagelse i faglige og/eller lægevidenskabelige møder, konferencer, kongresser eller kurser af kortere varighed og ved skade sket under rejse.

**SEKTION 3 – Fællesbestemmelser**

20. Forsikringen dækker erstatningskrav, som er rejst mod sikrede i forsikringstiden.

21. *HVORNÅR ANSES ET ERSTATNINGSKRAV FOR REJST?*

*Et erstatningskrav anses for rejst på det tidligste af følgende tidspunkter:*

- a. det tidspunkt, hvor sikrede modtager første skriftlige henvendelse i anledning af en skade med krav om erstatning,
- b. det tidspunkt, hvor forsikringstageren eller den, hvem det på dennes vegne påhviler at lede virksomhedens drift, får sin første viden om, at der er indtrådt en skade eller der er umiddelbar fare for, at der vil indtræde en skade, som kan være forårsaget af sikredes handlinger eller undladelser.

22. *ANMELDESESRIST*

Erstatningskrav, som er rejst mod sikrede i forsikringstiden, men som anmeldes til selskabet mere end 3 måneder efter ophør af forsikringsaftalen mellem DTF og Codan, dækkes ikke. Selv om et erstatningskrav, som i henhold til pkt. 21 b er rejst mod sikrede i forsikringstiden, er anmeldt til selskabet senest 3 måneder efter forsikringens ophør, dækkes det ikke, hvis sikrede ikke i anledning af de anmeldte omstændigheder modtager en skriftlig henvendelse med krav om erstatning som anført i pkt. 21 a og anmelder dette til selskabet senest 2 år efter forsikringens ophør.

23. Forsikringen dækker skade konstateret og anmeldt til selskabet efter 01.01.1995.

Skader konstateret før, men anmeldt til selskabet senere end 01.01.1995, dækkes på de før denne dato gældende betingelser.

Dog dækkes ikke skader konstateret før 01.01.1990.

24. *KLINIKOPHØR I FORSIKRINGSTIDEN*

Ophører en under ordningen dækket aktiv praksis gælder, uanset betingelsernes pkt. 20-22 følgende: Forsikringen dækker personskade efter sektion 1 og 2, hvor krav er rejst og anmeldt til selskabet inden 10 år efter ophør af praksis, når det ansvarspådragende forhold har fundet sted under aktiv praksis.

25. *DÆKNINGSSUMMER*

Policens dækningssummer andrager i alt for person- og tingskade 10 mio. kr., tingskade dog max. indtil 5 mio. kr. for erstatningskrav rejst indenfor det enkelte forsikringsår.

Dækningssummerne er gældende for hver enkelt tilsluttet praktiserende tandlæge. Såfremt et krav om erstatning overstiger ovenstående dækningssummer, dækkes det overstigende beløb ved overførsel af midler fra DTFs sikkerhedsfond under Praksisforsikringen.

#### 26. *INDIVIDUEL SELVRISIKO UNDER PATIENTSKADEDÆKNINGEN*

DTFs hovedbestyrelse kan efter indstilling fra Praksisforsikringsudvalget beslutte, at tandlæger med et meget højt antal skader eller med gentagne ekstremt høje skadesudgifter i forbindelse med behandlinger, hvor der er udvist grov forsømmelighed eller anvendt ikke anerkendte behandlingsprincipper, pålægges en selvrisiko på 25%, som opkræves som ekstrapræmie over de følgende 5 år.

#### 27. *OMKOSTNINGER OG RENTER*

Omkostninger ved afgørelse af erstatnings spørgsmål dækkes, såfremt de er afholdt med selskabets godkendelse. Sådanne omkostninger og renter af idømte erstatningsbeløb hørende under forsikringen dækkes i øvrigt

a. ved skade sket uden for Norden, kun i det omfang, dækningssummerne ikke derved overskrides,

b. ved skade sket i Norden, fuldt ud, selv om dækningssummerne derved overskrides. Er dækningssummerne mindre end idømte erstatningsbeløb dækkes alene den forholdsmæssige del af omkostninger og renter, som svarer til det erstatningsbeløb, selskabet skal betale.

#### 28. *ANMELDELSE AF SKADE*

Sikrede skal uden ophold anmelde til selskabet, såfremt erstatningskrav rejses eller formodes at ville blive rejst.

Anerkendelse af erstatningspligt og godkendelse af erstatningskrav må kun ske med selskabets samtykke, og selskabet træffer i øvrigt bestemmelse om sagens behandling.

I det omfang selskabet har udredt en erstatningsydelse, indtræder det i enhver henseende i sikredes eventuelle krav mod tredjemand.

#### 29. *ANDRE FORSIKRINGER MOD SAMME RISIKO*

I det omfang, der er tegnet speciel forsikring for en interesse, der i øvrigt måtte være omfattet af denne forsikring, bortfalder dækningen for denne interesse.

Er det fastsat i anden forsikringsaftale, som dækker samme interesse, at ansvaret falder bort eller indskrænkes, hvis forsikring er eller bliver tegnet andetsteds, gælder denne forsikring med samme forbehold, således at erstatningen betales forholdsmæssigt af selskaberne.

## ERHVERVSRETSHJÆLPSFORSIKRING

### § 1. HVEM ER SIKRET?

1. Privatpraktiserende tandlæger – herunder tandlæger, der driver selvstændig tandlægevirksomhed i selskabsform – omfattet af den mellem Dansk Tandlægeforening og Codan Forsikring indgåede aftale om praksisforsikring.
2. Privatansatte tandlæger ansat hos de under stk. 1 anførte praktiserende tandlæger.

### § 2. HVILKE TVISTER ER DÆKKET?

1. Forsikringen dækker tvister, der kan påkendes af de almindelige danske domstole, og som er opstået i direkte forbindelse med sikredes erhvervsudøvelse som privatpraktiserende tandlæge/privatansat tandlæge i Danmark (excl. Grønland og Færøerne), med mindre tvisten ifølge sin art er særligt undtaget, jvf. § 3.  
Sikrede er pligtig til – såfremt tvisten efter sit indhold åbner mulighed derfor – først at søge tvisten afgjort ved Dansk Tandlægeforenings kollegiale voldgift fremfor domstolsbehandling. Der ydes retshjælpsdækning til omkostningerne ved denne voldgiftsbehandling.
2. Ved tvister forstås konkrete, aktuelle konflikter, som med rimelighed kan danne grundlag for et civilretligt søgsmål.
3. Sikrede er forpligtet til at foretage sædvanlig behandling af reklamationer. Omkostninger herved er selskabet uvedkommende.

### § 3. HVILKE TVISTER DÆKKES IKKE?

1. Tvister i forbindelse med økonomisk spekulation samt investeringer, som ikke vedrører sikredes erhvervsudøvelse som privatpraktiserende tandlæge/tandlægeassistent i Danmark (excl. Grønland og Færøerne).
2. Tvister med offentlige myndigheder i skatte- og afgiftsspørgsmål, der vedrører sikredes personlige forhold.
3. Straffesager bortset fra omkostninger ved civile retlige spørgsmål, der afgøres i forbindelse med straffesagen.
4. Injurie- og voldssager bortset fra sager, hvor sikrede ikke er den forvoldende part.
5. Incassosager rejst af eller mod sikrede, for så vidt fordringens rigtighed og størrelse er utvivlsom.
6. Tvister, hvor sikrede er part som ejer, bruger eller fører af motordrevet køretøj, luftfartøj eller søfartøj.
7. Tvister, som er eller kunne være omfattet af en på almindelige danske betingelser tegnet erhvervs- og/eller produktansvarsforsikring, der dækker sikrede.
8. Tvister, hvor sikrede er fallent, søger akkordforhandlinger udenfor konkurs, er under betalingsstandsning eller gældssanering.
9. Tvister opstået i forbindelse med forurening af eller gennem luft, jord eller vand samt derved forvoldt skade på person eller ting.
10. Tvister, hvor sikrede er part i sin egenskab af udlejer af fast ejendom.
11. Tvister, der behandles under det overenskomstmæssige klagesystem.

#### § 4. HVILKE OMKOSTNINGER ER DÆKKET?

1. Egne sagsomkostninger.
2. Omkostninger til modpart, såfremt disse er pålagt sikrede under en rets- eller voldgifts-sag eller er godkendt af Codan.
3. Udgifter til syn og skøn, som under en retssag er udmeldt af retten.
4. Udgifter til syn og skøn efter Retsplejelovens kap. 32, når udmeldelsen på forhånd er godkendt af Codan eller når resultatet af syn- og skønsrapporten giver sikrede rimelig grund til at fortsætte sagen.
5. Udgifter til ensidigt indhentede specialisterklæringer, såfremt indhentelsen af disse på forhånd er godkendt af Codan.
6. Andre sagsomkostninger, såfremt disse på forhånd er godkendt af Codan.

#### § 5. HVILKE OMKOSTNINGER ER IKKE DÆKKET?

1. Omkostninger, som ikke er afholdt med rimelig grund, f.eks. fordi sikrede ikke skønnes at have rimelig grund til at føre sagen, eller fordi omkostningerne ikke står i rimeligt forhold til sagens genstand.
2. Sikredes egne rejseomkostninger, indtægtstab eller omkostninger til hotelophold o.l.
3. Advokatomkostninger til rejser udenfor Danmark.
4. Omkostninger til indhentelse af responsa om indholdet af gældende ret.
5. Omkostninger i forbindelse med tvangsfuldbyrdelse, arrest, fogedforbud, herunder sikkerhedsstillelse, med mindre disse er afholdt efter aftale med Codan Forsikring.
6. Forsømmer sikrede – eller den af sikrede valgte advokat – at foretage, hvad der er påkrævet til tvistens rette afgørelse, så som at give møde i retten eller at fremskaffe begæret bevismateriale, eller foretages handlinger, der er urimelige, vanskeliggør eller forsinker sagens gennemførelse, hæfter selskabet kun i det omfang, hvori det godtgøres, at forsømmelsen har været uden indflydelse på sagens omkostninger.

#### § 6. ERSTATNING OG SELVRISIKO

1. Erstatning ydes for de i § 4 nævnte omkostninger med fradrag af de omkostninger, der opnås betalt af modparten, jvf. § 7.
2. Forsikringens dækningssum er begrænset til kr. 75.000,- (incl. moms) pr. forsikringsbegivenhed. Selvrisiko andrager de første 10% af de samlede omkostninger, dog mindst kr. 2.500,00. Hvis sagen appelleres, gælder et maximum på kr. 75.000,00 (incl. moms) for den samlede behandling. Omkostningerne erstattes særskilt for hver instans med fradrag af selvrisiko for hver instans.
3. Hver af de sikrede kan kun opnå dækning for omkostningerne ved 2 tvister pr. kalenderår. Ved beregningen heraf lægges tidspunktet for søgsmålsgrundens opståen til grund.
4. Fører flere sikrede sager, som har fælles oprindelse og opfylder betingelserne i retsplejelovens kap. 23 for kumulation, gælder bestemmelserne i stk. 2 om maximumdækning og om selvrisiko for hver enkelt af de sikrede, jvf. dog stk. 5 og 6.
5. Er antallet af sikrede mere end 5, begrænses den samlede erstatning og det samme mindstebeløb for selvrisiko dog til henholdsvis kr. 375.000,- og kr. 12.500,-.

6. En tvist, hvor flere, der er sikret ved denne police, står på samme side, betragtes som én forsikringsbegivenhed.

Det samme gælder en tvist mellem sikrede og flere modparter, hvis påstande støttes på væsentlig samme grund.

7. A contoerstatning udlægges for positive udgifter – herunder udlæg til advokatforbindelse – når disse er afholdt. Advokatsalær betales, når dom er afsagt, selv om dommen bliver appelleret. Advokaten skal dog forinden søge tillagte omkostninger indkrævet hos modparten, se § 7, stk. 3.

#### § 7. FORDELING AF OMKOSTNINGER

1. Sikrede skal give retten alle nødvendige oplysninger, for at retten kan tage stilling til spørgsmålet om tilkendelse af omkostninger hos modparten.

2. Ved forlig – uanset om disse indgås inden- eller udenretligt – skal spørgsmålet om fordeling af sagens omkostninger begæres påkendt af retten eller forelægges selskabet inden bindende aftale indgås.

3. Evt. tillagte omkostninger hos modparten skal komme selskabet til gode. Sikrede eller dennes advokat skal søge tillagte omkostninger indkrævet hos modparten. Er sådanne omkostninger uerholdelige, dækker Codan disse og indtræder i sikredes ret.

#### § 8. FORSIKRINGSPERIODEN

Forsikringen dækker kun omkostninger ved tvister, hvor søgsmålsgrunden er opstået samtidig med eller efter policens ikrafttræden. Det er tillige en betingelse, at søgsmålsgrunden er opstået inden forsikringens ophør.

#### § 9. VALG AF ADVOKAT

1. Det er en betingelse for dækningen, at sikrede har søgt bistand hos en advokat, der har påtaget sig sagen. Sikrede vælger selv sin advokat blandt medlemmerne af Det Danske Advokatsamfund. Dansk Tandlægeforening skal tillige godkende, at sagen føres.

2. Advokaten skal afstå fra at gøre salærkrav m.v. gældende hos sikrede (bortset fra evt. beløb ud over forsikringens dækning).

3. Advokaten har et direkte krav mod Codan, og sikrede kan ikke med bindende virkning for Codan indgå aftale om sine advokatomkostninger.

4. Salæret beregnes i overensstemmelse med de retningslinier for sagsomkostninger i borgerlige sager, som følges af domstolene.

5. En advokat kan ikke uden Codans samtykke føre en sag, hvis han har økonomisk interesse i den sikredes virksomhed.

6. Hvor Codans og sikredes interesser i tvisten er sammenfaldende, er advokatvalget overladt til Praksisforsikringsudvalget.

#### § 10. ANMELDELSE TIL SELSKABET

1. Anmeldelse til Codan, gennem Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring, skal ske snarest.



2. Anmeldelse indgives af advokaten eller i de i § 9, stk. 5 nævnte tilfælde af sikrede selv.
3. Anmeldelse til selskabet skal indeholde:
  - 3.1. Angivelse af modparten.
  - 3.2. Påstand (evt. tillige modpartens påstand).
  - 3.3. Kort sagsfremstilling med angivelse af de anbringender, hvorpå påstanden støttes. Codan kan forlange dokumentation og andre bevisligheder forelagt.
  - 3.4. Oplysning om hvilke processkridt af udgiftskrævende art, der planlægges eller undtagelsesvis måtte være indledt.
  - 3.5. Advokatens erklæring om, at denne med hensyn til salærkrav m.v. (jvf. § 9, stk. 2) vil holde sig til Codan.

#### § 11 FORUM

Afgørelse af, hvilke tvister, der kan henføres til retshjælpsdækningen, træffes af det af Dansk Tandlægeforening og Codan nedsatte Praksisforsikringsudvalg.

#### § 12. ANDEN FORSIKRING

1. Forsikringen dækker ikke i det omfang, de ved nærværende police forsikrede interesser er dækket ved anden forsikring.
2. Indeholder anden sådan forsikring tilsvarende bestemmelse, vil den samlede erstatning for nærværende og evt. andre forsikringer højst kunne udgøre dækningssummen ifølge nærværende police.

### **ARBEJDSKADFORSIKRING**

#### ***i henhold til lov om sikring mod følger af arbejdsskade***

Forsikringen dækker den forsikringspligtige tandlæge for enhver forpligtigelse der påhviler denne efter lov om sikring mod følger af arbejdsskade, § 9 stk. 1) og 2).

Erstatning gives efter de i loven nævnte dækningskriterier og med de i loven nævnte erstatningssummer.

De fuldstændige forsikringsbetingelser – der ud over ovennævnte – alene omfatter regler om præmiebetaling, forsikringsløbetid samt opgørelse – kan rekvireres i Praksisforsikringens sekretariat.

### **PRINCIPALFORSIKRING**

#### ***for tandlæger, medhjælpende ægtefælle uden kildeskatteaftale***

1. Forsikringen tegnes på grundlag af almindelige forsikringsbetingelser for arbejdsskadeforsikring.
  - 1.1. Forsikringen dækker indehaveren af privat tandlægepraksis samt medhjælpende ægtefælle i overensstemmelse med policens ordlyd, såfremt den pågældende ikke er omfattet af lov om sikring mod følger af arbejdsskade.

## 2. ERSTATNINGSBEREGNING

- 2.1. Erstatning for tab af forsørger beregnes efter § 35, 36 og 37 i lov om sikring mod følger af arbejdsskade.
- 2.2. Erstatning for tab af erhvervsevne beregnes efter § 32 i lov om sikring mod følger af arbejdsskade.
- 2.3. Erstatning for varigt mén beregnes efter § 33 i lov om sikring mod følger af arbejdsskade.
- 2.4. Udbetaling sker som kapitalerstatning, beregnet på grundlag af tandlægens årsløn, dog højst den til enhver tid gældende maximum-årsløn efter lov om forsikring mod følger af arbejdsskade.
- 2.5. I beregning af årslønnen indgår den samlede arbejdsfortjeneste, derunder indbefattet overskudsandel, brug af hus, huslejegodtgørelse, naturalydelse og lignende samt andre økonomiske fordele, der bevirker en forhøjelse af den reelle løn.
- 2.6. Ved kapitaliseringen af erstatning anvendes socialministeriets bekendtgørelse af 30.03.1978.
- 2.7. I kapitaliseringen af erstatning efter lov om sikring mod følger af arbejdsskade § 36 udgør perioden maksimalt 10 år og regnes længst til den efterladtes fyldte 67. år.
- 2.8. I kapitaliseringen af erstatning efter lov om sikring mod følger af arbejdsskade § 37 regnes til barnets 18. år.

## 3. UNDTAGELSER

- 3.1. Skader, der måtte opstå som følge af selvforskyldt beruselse eller under påvirkning af narkotika og andre giftstoffer er ikke erstatningsberettiget.
- 3.2. Forsikringen omfatter under ingen omstændigheder skader, hvis opståen eller udbredelse er en følge af atomenergi eller radioaktive kræfter.

## SIKRINGSORDNING OM TILBAGEBETALING AF ERLAGT HONORAR

§ 1. Codan tilsiger at etablere en dækning, der tilsikrer en patient, der ved amts- eller landstandslægenævn er tilkendt tilbagebetaling af erlagt honorar, og hvor tandlægen, der er medlem af DTF, ikke er i stand til at opfylde denne økonomiske forpligtelse, dækning af sit tilgodehavende.

§ 2. Codan tilsikres transport mod den pådømte tandlæge.

§ 3. Én af følgende betingelser skal være opfyldt for at et krav kan være omfattet af nærværende aftale:

- Patientens fordring skal hidrøre fra ikke-fuldført tandbehandling.
- Patientens fordring skal hidrøre fra ikke-opfyldt forlig eller kendelse i klagesag angående tandbehandling behandlet i det mellem Den offentlige Sygesikring og Dansk Tandlægeforening overenskomstaftalte klagesagssystem. Kendelsen skal være upåankelig og endelig.
- Patientens fordring skal hidrøre fra forhold, der kan sidestilles med de under pind 2 nævnte

forhold, men hvor tandlægen ikke har overenskomst med Den offentlige Sygesikring. Klagesagen har derfor været behandlet i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn med eventuelt efterfølgende behandling i det almindelige retssystem.

- Patientens fordring, som forinden er godkendt af Praksisforsikringsudvalget som dækningsberettiget, er omfattet, såfremt udvalget vurderer, at patienten ville få medhold i klagesystemet.

§ 4. Én af følgende betingelser skal være opfyldt:

- Tandlægen er gået konkurs eller er insolvent.
- Tandlægen er død, og boet skal være insolvent.
- Tandlægen er flyttet til udlandet og opfylder ikke sin forpligtelse.
- Tandlæge opnår ret til gældssanering eller akkord.

§ 5. Betingelsen for forsikringsdækningens indtræden er endvidere, at der er afsagt kendelse ved amts- eller landstandlægenævn efter 1. januar 1997.

§ 6. Krav om forsikringsdækning efter denne aftale skal være fremsat til DTF senest 2 år efter at kendelse er afsagt ved amts- eller landstandlægenævn og årsagen til den manglende dækning er konstateret.

# Bilag 6

## Forretningsorden for Tandskadeankenævnet

Til varetagelse af ankenævnsopgaver i DTFs Patientskadeforsikring nedsættes nedenstående ankenævn med heri beskrevne forhold m.h.t. kompetence, sammensætning og øvrige for et ankenævn nødvendige forskrifter:

### *Kapitel 1*

#### *Ankenævnet for DTFs Patientskadeforsikring (Tandskadeankenævnet)*

§1. Ankenævnet for DTFs Patientskadeforsikring (Tandskadeankenævnet) er klageinstans for afgørelser truffet i DTFs Patientskadeforsikring.

stk. 2. Skadelidte eller den driftsansvarlige tandlæge eller anden med retlig interesse i sagen kan indbringe en klage efter stk. 1.

§2. Ankenævnet består af en formand samt 6 medlemmer: Som formand 1 jurist, som skal opfylde betingelserne for at kunne blive udnævnt til landsdommer, jvnl. retsplejelovens §43 stk. 3, eller være fastansat universitetslærer i retsvidenskab, 3 tandlæger udpeget af DTF, 3 forbrugerrepræsentanter (1 repræsentant fra Forbrugerrådet, 1 repræsentant fra Amtsrådsforeningen/Sygesikringens forhandlingsudvalg og 1 repræsentant fra Patientforsikringsforeningen). Ingen af medlemmerne i ankenævnet må have deltaget i den forudgående behandling af en sag, der senere ankes.

stk. 2. Nævnet kan blandt sine medlemmer udpege en næstformand til i formandens fravær at varetage formandens opgaver efter denne forretningsorden.

stk. 3. Hver af ankenævnets medlemmer er berettiget til ved forfald at lade sig repræsentere ved en suppleant ud fra en liste, som i forvejen er meddelt ankenævnets formand og sekretariatet.

### *Kapitel 2*

#### *Sagernes forberedelse og afgørelse*

§3. De i §1 nævnte klager sendes til Ankenævnet for Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring, Svanemøllevej 85, 2900 Hellerup.

stk. 2. Afgørelsen til ankenævnet indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen. Ankenævnet kan se bort fra overskridelser af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

stk. 3. Formanden påser, at den i stk. 2 nævnte frist er overholdt. Såfremt fristen er overskredet, og der ikke er grundlag for at dispensere fra overskridelsen, afvises klagen.

§4. Hvis en klage optages til behandling, sendes en bekræftelse herom til parterne med angivelse af den forventede sagsbehandlingsprocedure.

stk. 2. Det påhviler herefter formanden at sørge for, at sagen bliver forsvarligt oplyst og forberedt. DTFs Praksisforsikringsudvalgs sekretariat sender nævnet sagens akter, tillige med en udtalelse

over den indsendte klage fra det forsikringselskab hvor DTFs Patientskedeforsikring er tegnet.

stk. 3. Når særlige hensyn taler herfor, kan formanden efter anmodning fra en klage-berettiget part beslutte, at klagen helt eller delvist skal have opsættende virkning med hensyn til udbetaling af eventuel erstatningsbeløb. Formandens beslutning skal være truffet inden 14 dage fra modtagelsen af klagen.

§5. Nævnets afgørelser træffes i et møde - bortset fra de i § 7 nævnte tilfælde.

stk. 2. Dagsorden og sagsmateriale til et møde udsendes til medlemmerne med et rimeligt varsel.

stk. 3. Formanden leder nævnsmødet. Ankenævnet er kun beslutningsdygtigt, når formanden, eller i dennes fravær næstformanden, og mindst to medlemmer fra hver af de i §2 nævnte persongrupper er til stede.

stk. 4. Nævnets afgørelser træffes ved stemmeflerhed. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

stk. 5. Nævnets afgørelser indføres i en beslutningsprotokol, som underskrives af formanden/næstformanden.

stk. 6. I tilfælde, hvor en afgørelse ikke kan træffes ved enstemmighed, kan medlemmerne forlange, at deres standpunkter kort anføres i beslutningsprotokollen.

stk. 7. En repræsentant fra forsikringselskabet kan efter nævnets afgørelse deltage i nævnets møder. Nævnet kan endvidere tillade at et nævnsmøde overværes af andre, hvis hensynet til at skabe åbenhed om nævnets arbejde taler herfor.

§6. Nævnets afgørelse kan have følgende indhold:

- 1) at nævnet tiltræder, ændrer eller ophæver afgørelsen i 1. instans
- 2) at nævnet hjemviser sagen til fornyet afgørelse i 1. instans

§7. Sager, som formanden skønner egnet til skriftlig votering, kan udsendes til medlemmerne med indstilling om afgørelse. I sager, der af formanden ikke skønnes at frembyde tvivl, er denne bemyndiget til umiddelbart at træffe afgørelsen. Såfremt et medlem anmoder herom, skal alle disse sager dog drøftes på et møde.

§8. Ankenævnet er i sin virksomhed uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse.

stk. 2. Nævnets afgørelser kan ikke indbringes for nogen administrativ myndighed.

stk. 3. Indbringelse af nævnsafgørelser sker for de almindelige domstole.

§9. Nævnets afgørelser meddeles skadelidte, den/de involverede tandlæger, DTFs Patientskedeforsikrings sekretariat, vedkommende forsikringselskab og efter omstændig-hederne andre med berettigede interesser i sagen.

§10. Fremkommer der i en sag, som nævnet har afgjort, nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, kan nævnet beslutte at tage sagen op til fornyet behandling og afgørelse.

§11. Formanden eller mindst to af nævnets medlemmer kan bestemme, at spørgsmål af almindelig interesse for nævnets virksomhed drøftes i nævnet.

§12. Nævnet orienterer interesserede instanser om sin praksis og sine afgørelser af principiel betydning.

§13. Afgørelser, der er af principiel betydning og egnet som vejledning om nævnets praksis, offentliggøres ved formandens foranstaltning men uden angivelse af navne på sagens parter.

### **Kapitel 3** **Nævnets sekretariat, økonomi m.v.**

§14. Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring stiller den fornødne sekretariatsbistand til rådighed for nævnet.

§15. Samtlige omkostninger i forbindelse med nævnets virksomhed afholdes af Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring.

§16. Nævnets medlemmer honoreres i overensstemmelse med sædvanligt vederlag for medlemmer af offentlige ankeudvalg. Vederlag m.v. til nævnets medlemmer godkendes af Codan og Dansk Tandlægeforening.

§17. Der påhviler nævnets medlemmer samt andre, der deltager i eller overværer nævnets møder, tavshedspligt.

§18. Nævnet afgiver en årlig redegørelse om sin virksomhed.

§ 19. Denne forretningsorden træder i kraft d. 1. januar 1998 og finder anvendelse på anke over sager, som er anmeldt til DTFs Patientskadeforsikring d. 1. januar 1998 eller senere.

# Bilag 7

## Patientfolder "Når skaden er sket"



## Erstatning for behandlingsskader

Dansk Tandlægeforening, DTF, har etableret en patientskedeforsikring, der dækker skader i forbindelse med undersøgelse og behandling hos tandlæger.

I denne pjece kan du læse om, hvordan ordningen virker. Reglerne er gengivet meget forenklet, da det vil være for omfattende at tage alle enkeltheder med. Din tandlæge vil kunne give dig nærmere oplysninger.

Du kan også finde hele ordningen beskrevet på [www.tandlaegepatientforsikring.dk](http://www.tandlaegepatientforsikring.dk)

## Hvad er dækket?

Er skaden sket før 1. januar 2004, er den kun dækket, hvis den er sket i forbindelse med tandbehandling hos privatpraktiserende tandlæger.

Er skaden sket efter 1. januar 2004, er den tillige dækket, hvis den er sket i forbindelse med behandling i amts-tandplejen, de kommunale tandlægeordninger og universiteternes tandlægeskoler.





## Hvornår kan man få erstatning?

Erstatning kan ydes, selvom skaden ikke skyldes en fejl fra tandlægen.

Erstatningsordningen dækker kun skader, som skyldes undersøgelse og behandling. Du kan således ikke få erstatning for skade, som skyldes den sygdom eller ulykke, du er blevet behandlet for. Du kan heller ikke få erstatning, fordi behandlingen ikke har ført til den helbredelse, du har forventet.

Skaden skal være anmeldt senest 5 år efter, at du har fået kendskab til skaden. Skaden skal dog altid være anmeldt senest 10 år efter, at skaden er forvoldt.

Der kan ydes erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forårsaget på én af følgende måder:

- 1) Hvis skaden kunne være undgået ved en behandling, der i den givne situation ville have været den bedst mulige.
- 2) Hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur og redskaber.
- 3) Hvis skaden kunne være undgået ved hjælp af en anden lige så effektiv behandlingsteknik eller metode.
- 4) Hvis skaden er meget sjælden og alvorlig i forhold til den sygdom, der behandles for og dermed går ud over, hvad man med rimelighed bør tåle.

## Ulykkestilfælde

Såfremt du er kommet til skade ved en ulykke på en tandklinik, fx ved fald på et glat gulv, kan der kun ydes erstatning, hvis der er begået fejl fra klinikkens side.

## Hvad kan man få erstattet?

Erstatning fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven.

- Der ydes erstatning for udgifterne til udbedring af skaden, dvs. de merudgifter, der er en følge af skaden.
- Der kan ydes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og tab af erhvervsevne samt godtgørelse for svie og smerte samt for varigt mén.
- Derudover kan der eventuelt ydes erstatning for andre udgifter, der er en følge af behandlingsskaden, fx udgifter til medicin.
- Der ydes normalt kun erstatning, hvis erstatningsbeløbet er større end 1.000 kr.  
For skader i forbindelse med tandbehandling i amtstandplejen, de kommunale tandlægeordninger og universiteternes tandlægeskoler ydes kun erstatning, hvis beløbet er over 10.000 kr.



### Hvad kan man IKKE få erstattet?

Der ydes ikke erstatning for de eventuelle udgifter til den behandling, du kom for at få lavet. Denne del af udgifterne skal du selv afholde. Hvis du mener, at behandlingen har været mangelfuld, kan du eventuelt kræve honoraret betalt tilbage. Dette krav er ikke dækket af forsikringen.

### Hvordan søger man erstatning?

Hvis du mener, at du har ret til erstatning, kan du selv eller sammen med din tandlæge udfylde en skadesanmeldelsesblanket, der sendes til:

**Dansk Tandlægeforenings  
Patientskadeforsikring  
Svanemøllevej 85  
2900 Hellerup**

Sagsbehandlingen vil normalt være mellem 8 og 12 uger, i komplicerede sager noget længere.



## Kan man anke over afgørelsen?

Hvis du er utilfreds med afgørelsen,  
kan du klage til:

**Tandskadeankenævnet**  
Svanemøllevej 85  
2900 Hellerup

**Tlf.: 3946 0080**

Lisbeth Kildegaard s/s • Tlf. 4343 6000



Dansk Tandlægeforening  
Revideret 2004



# Bilag 8

## Skadeanmeldelsesblanket til DTF's Praksisforsikring



**Patientskadeforsikring**

**Dansk Tandlægeforenings  
Praksisforsikring**



Police nr. 663 043 0249	<input type="checkbox"/> Privatpraktiserende tandlæge
Police nr. 663 285 3074	<input type="checkbox"/> Tingskade/Personskade- ikke tandbehandling
Police nr. 663 285 3066	<input type="checkbox"/> Amtstandpleje
Police nr. 663 285 3058	<input type="checkbox"/> Kommunal tandpleje
Police nr. 663 285 3041	<input type="checkbox"/> Færøerne
Police nr. 663 286 4823	<input type="checkbox"/> Tandlægeskolerne
Udfyldes af Praksisforsikringen	
<b>DTF nr.</b>	<b>Antal røntgen</b>
Udfyldes af Praksisforsikringen	

Vedlagt fremsendes den ønskede skadeanmeldelse.

### Generelle oplysninger:

Erstatning kan ydes, når patienten er påført en skade, der kunne være undgået, eller der opstår en komplikation der går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle. Sager fx omhandlende knækkede rodfile skal først anmeldes, når en følgeskade er konstateret.

Vi gør opmærksom på, at udgifter til behandlinger kun dækkes efter behandlingsforslag er godkendt af Praksisforsikringen. Erstatning af behandlingsudgifter, der ikke er akut påkrævet, skal forhåndsgodkendes af forsikringen.

Vedrørende skade på, eller bortkomst af aftagelige proteser, gør vi opmærksom på, at proteser, der er mere end 10 år gamle, ikke erstattes.

I forbindelse med tingskade skal bagsiden også udfyldes. (Vedr. kun privatpraktiserende tandlæger)

Har De spørgsmål vedrørende skadeanmeldelsen, kan De rette henvendelse til Praksisforsikringens sekretariat, DTF's Tryghedsordninger, tlf. 39 46 00 80.

Når anmeldelsen er udfyldt og underskrevet skal den returneres til:

**DTF's Praksisforsikring, Svanemøllevej 85, 2900 Hellerup**

(Vejledning i udfærdigelse af anmeldesskemaet for såvel patient som den anmeldende tandlæge: se venligst bagsiden.)

## Tandlægens anmeldelse til DTF's Patientskadeforsikring

Anniøder	Navn	Ydernr.	CVR nr.
	Adresse	Kommune nr.	Amt nr.
	Post nr. og By	Tlf. E-mail adresse	
Hvori består skaden?	Diagnose:		
	I forbindelse med hvilken behandling skete skaden?		
	Hvornår skete skaden?	Hvornår blev skaden konstateret?	
	Dato / / 20	Dato / / 20	
Beskrivelse af forløbet			
<b>NB! Husk at vedlægge eventuelle røntgenbilleder samt LET LÆSELIG journal</b>			
Hvem forårsagede skaden?	Navn	For privatpraktiserende tandlæger udfyldes nedenstående	
	Klinikadresse	Klinikejer stadig praktiserende?      ophørt    hvornår?	
Tlf. Amt nr.                      Kommune nr.		Ydernr. Ansæt tandlæge • Klinikejers navn skal oplyses	
Hvilken tandlægebehandling er nødvendig som følge af skaden?	Beskrivelse:		
	Behandlingsplan med specificerede udgifter skal vedlægges NB! Erstatning af behandlingsudgifter, der ikke er akut påkrævet, skal forhåndsgodkendes af forsikringen. Ikke forhåndsgodkendte behandlinger vil kun undtagelsesvis blive honoreret		
Hvilken del af den foreslåede behandling er omgørelse af det arbejde, der har medført skaden? (gælder ikke for kommuner og amter)	Behandlingens art:		
	Dato for behandlingen      /      år Pris for behandlingen:		
Evt erstatningsudbetaling	Kontohaverens navn:	Reg. nr.	Konto nr.
Underskrift	Ved min underskrift bekræfter jeg ovenstående oplysningers rigtighed		
	Dato og underskrift		

## Patientens anmeldelse til DTF's Patientskedeforsikring

Skadelidte	Navn		Cpr. nr.	
Hvis skadelidte er under 15 år, skal værgens navn også oplyses	Adresse		Tlf.	
	Post nr. og By		E-mail adresse	
Hvori består skaden?	Beskrivelse af skaden.			
	I forbindelse med hvilken behandling skete skaden?			
	Hvad var prisen for denne behandling?			
	Hvornår skete skaden?		Hvornår blev skaden konstateret?	
	Dato: / / 20		Dato: / / 20	
Hvad søger De erstatning for?	Beskrivelse			
	Har De haft indkomstab som følge af skaden?    Nej    Ja - hvor meget? (dokumentation vedlægges!)			
	Er der varige mén?    Nej    Ja - hvilke mén?			
	Medlem af sygeforsikringen Danmark?    Nej    Ja			
	Evt erstatningsudbetaling	Kontohaverens navn		Reg. nr.
Hvem forårsagede skaden?	Navn		Klinikadresse	
			Tlf.	
Hvem skal behandle skaden?	Navn		Klinikadresse	
			Tlf.	
Underskrift	<p>Idet jeg bekræfter ovenstående oplysningers rigtighed, giver jeg hermed Patientskedeforsikringen og Codan Forsikring fuldmagt til at indhente oplysninger fra sygehuse, læger, tandlæger, offentlige myndigheder og forsikringselskaber m.v., der måtte være nødvendige til sagens oplysning</p> <p>Jeg erklærer mig i øvrigt indforstået med, at Patientskedeforsikringen videregiver sådanne oplysninger til implicerede myndigheder, behandlere og deres forsikringselskaber eller andre med en retlig interesse</p> <p style="text-align: center;">Dato og underskrift</p>			

<b>Tingskade</b>  (Gælder ikke for kommunal- og anlægspleje)	Hvilke ting er beskadiget/bortkommet?		
	Hvilken behandling/repairation kræves?		Reparationens pris?
	Var det beskadigede i sikredes varetegt? Nej Ja Hvis ja i hvilken anledning? (lån, opbevaring, bearbejdelse)		
	Genstandens art:		Fremstillingsstidspunkt og pris?
			Dato / / 20 kr
	Værdi før skade? Kr		Værdi efter skade? Kr
	Hvilken forsikring har skadelidte selv tegnet for de beskadigede genstande?		
Evt erstatnings- udbetaling	I hvilket selskab?		Policensr
	Kontohaverens nr.	Reg. nr.:	Konto nr.:
<b>Vejledning i udfærdigelse af anmeldelseskema</b>			
<b>Patientens anmeldelse til Patientskadeforsikringen:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De bedes udfylde anmeldelsen med let læselig skrift</li> <li>• De bedes datere og underskrive anmeldelsen</li> </ul>			
<b>Tandlægens anmeldelse til Patientskadeforsikringen:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De bedes udfylde anmeldelsen med let læselig skrift</li> <li>• De bedes underskrive anmeldelsen</li> <li>• Alle de for sagsbehandlingen relevante dokumenter, herunder særligt røntgenbilleder både fra før og efter skaden, journaloplysninger, alt skriftlig materiale vedrørende en evt. klagesag etc. bedes venligst vedlagt. I tilfælde af klagesager skal kendelsen fra anstandlægenævnet fremsendes <u>snarest</u> den foreligger, af hensyn til ankefristen.</li> <li>• Såfremt journalen ikke umiddelbart er LET LÆSELIG og forståelig for fagfæller, herunder de anvendte forkortelser, skal der vedlægges en MASKINSKREVET JOURNALKOPI med forkortelserne "oversat". foruden kopi af den originale journal fra hele den periode, patienten har været behandlet på klinikken</li> <li>• Vær opmærksom på, at røntgenoptagelser skal forsynes med patientdata og navnet på den tandlæge, de kommer fra</li> <li>• Forsikringen dækker ikke tilbagebetaling af honorar</li> </ul>			
<p>Læs mere om DTF's Patientforsikring på hjemmesiden <a href="http://www.tandlaegepatientforsikring.dk">www.tandlaegepatientforsikring.dk</a></p>			