

Årsberetning

2008

Årsberetningen for Tandlægeforeningens Patientskedeforsikring

2008

Indhold

Forord	5
Kapitel 1: Patientskedeforsikringen	6
1.1. Dækning	6
1.2. Sagsbehandling	6
1.3. Erstatning eller klage.....	6
1.4. Forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar.....	6
1.5. Aktivitet	7
1.6. Økonomi	8
1.7. Flere oplysninger.....	8
Kapitel 2: Talmæssige/statistiske oplysninger	9
Kapitel 3: Problemstillinger belyst ved eksempler på afgørelser i Patientskedeforsikringen	15
3.1. Dækningsområdet i patientforsikringslovens (PFL) § 1/ Klage- og erstatningslovens (KEL) § 19.....	15
3.2. Specialistreglen – PFL § 2.1.1 / KEL § 20.1.1	16
3.3. Tålereglen – PFL § 2.1.4 / KEL § 20.1.4.....	16
3.4. Forældelse – PFL § 19 / KEL § 59	17
3.5. Erstatningsopgørelse	17

Forord

Tandlægeforeningens Patientskedeforsikring afgiver årligt en redegørelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om sin virksomhed.

Årsberetningen henvender sig primært til offentlige myndigheder, der har behov for et få et overordnet overblik over Patientskedeforsikringens virksomhed.

Denne årsberetning vil indeholde nogle eksempler på særlige afgørelser efter Patientforsikringsloven (PFL) og Lov om Klage- og erstatningsadgang (KEL). Afgørelser, der ankes til Tandskadeankenævnet, vil fremover være tilgængelige på Tandskadeankenævnets hjemmeside (www.tsan.dk). Denne praksissamling vil være nyttig for, at forsikringsselskabets sagsbehandlere, kommunernes og regionernes jurister, advokater og domstole kan følge og vurdere Patientskedeforsikringens praksis.

Det er Patientskedeforsikringens opgave at sikre en korrekt og relevant sagsbehandling, hvor såvel patienter som sundhedspersonale oplever optimal service, tryghed og professionel faglighed.

Antallet af sager viser en stigning fra 2007 til 2008 på ca. 10%, hvilket kan skyldes større opmærksomhed om erstatningsmuligheder. Hertil kommer, at forsikringen i 2004 blev udvidet til at omfatte andre dele af sundhedssektoren. Patientskedeforsikringen arbejder for, at patienter og tandplejepersonale anmelder alle tilfælde, hvor der kan være sket en skade.

Aftalerne med regionerne, kommunerne og tandlægeskolerne, der skulle genforhandles primo 2007 efter implementering af Strukturreformen, blev udskudt til primo 2008. Endnu er der ikke aftalt forhandlingsmøder, og formelt er der ikke indgået aftaler mellem Danske Regioner og Tandlægeforeningens Patientskedeforsikring

om varetagelse af sager om erstatning efter Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet for privatpraktiserende, autoriserede tandlæger.

På Patientskedeforsikringens hjemmeside www.tf-patientskade.dk findes alle nyttige oplysninger om forsikringen.

Hellerup november 2009

Jahn Legarth

Formand for Tandlægeforeningens
Patientskedeforsikring

Mette Heegaard

Direktør

1 Patientskedeforsikringen

1.1. Dækning

Forsikringen oplyser og afgør sager efter Lov om patientforsikring, hvor patienter er kommet til skade i forbindelse med undersøgelse og behandling hos tandlægefaglige sundhedsgrupper. For skader påført før 1. januar 2004 dækker forsikringen skader forvoldt hos privatpraktiserende tandlæger, på universiteternes tandlægeskoler, og i regionstandplejen, børne- og ungdomstandplejen samt i omsorgstandplejen.

Patientforsikringsloven er siden 1. januar 2007, indeholdt i Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Udover afgørelser om erstatning for skader, er det vigtigt, at den erfaring om patientskader og årsagerne hertil, som forsikringen registrerer, kan anvendes i forebyggende arbejde.

1.2. Sagsbehandling

Sagerne behandles under hensyntagen til et højt niveau af juridisk og odontologisk korrekthed. Derudover er der væsentlige hensyn til forbrugernes forståelse af afgørelserne og hurtighed i sagsbehandlingen.

Sagsbehandlingen er omfattet af de forvaltningsretlige regler, og der tilsigtes åbenhed og gennemsækelighed for alle sagens parter.

Sekretariatet modtager anmeldelser og foretager den indledende oplysning af sagen, som derefter sendes til forsikringsselskabet Codan, der foretager selve sagsbehandlingen af sagen..

1.3. Erstatning eller klage

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, hvor

mangelfuldt arbejde erstattes af skadesudbedringen, vurderes dette efter culpaparglen.

Det blev i den oprindelige Lov om patientforsikring meget klart fastlagt, at der ikke er nogen organisatorisk sammenkædning mellem Patientforsikringen og klagesystemerne. Det blev anset for vigtigt for at sikre patienterne erstatning, og at den, der har forvoldt en skade, ikke risikerer, at der rejses en klagesag, selv om man under sagsbehandlingen måtte finde, at der kunne være grundlag herfor.

Da Patientforsikringsloven den 1. januar 2004 blev udvidet til at dække den primære sundhedssektor, hvor amterne, nu regionerne skal dække udgifterne, indførtes en paragraf i loven, hvorefter der, hvis der i gentagne tilfælde er ydet erstatning for skader forvoldt af en privatpraktiserende sundhedsperson, skal regionen foretage en indberetning til Sundhedsstyrelsen.

Ønsker en patient både erstatning og en vurdering af, om behandlingen giver anledning til kritik, må patienten indgive anmeldelse til både Patientskedeforsikringen og til klagesystemet.

1.4. Forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar

Det er en forudsætning for forsikringsdækning, at der foreligger en skade opstået i forbindelse med undersøgelse eller behandling m.m. (patientskade) eller at tandlægen efter almindelige erstatningsregler har pådraget sig ansvar for en personskade eller tingskade (erhvervsansvar).

Patienters krav på omgørelse af mangelfuldt tandlægearbejde, der alene støttes på tandlægens misligholdelse af kontraktmæssige forpligtelser (mangelsansvar), falder udenfor forsikringsdækningen, og patienters krav på tilbagebetaling af vederlag dækkes ikke af forsikringen. Der forelig-

ger 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 personskaade, 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.

Enkeltes usikkerhed over denne forsikringsbetingelse og forsikringsmæssige behandling heraf har været årsag til, at der er nedsat et udvalg (LOKE-udvalget), der skal klarlægge koordineringen mellem forsikringen og klagesystemet og sikre en sagsbehandling der tilfredsstiller tandlægens retsbeskyttelse. Tandlægeforeningens Generalforsamling 2008 fulgte dette udvalgs anbefalinger af en struktur, hvor vurderingen

af mangelsansvar i første instans behandles af tre tandlægekonsulenter og at der etableres et særskilt ankenævn for mangelsansvarssager. Patientskedeforsikringen vil udarbejde modeller til Tandlægeforeningens Hovedbestyrelse for, hvordan dette kan etableres. For at sikre, at de juridiske og økonomiske relationer til forsikringsaftalens øvrige parter er belyst, er forslagene diskuteret med Tandskadeankenævnet. Tandlægeforeningens Hovedbestyrelse vil forelægge modellerne for Tandlægeforeningens Generalforsamling 2009.

1.5. Aktivitet

Patientskedeforsikringen er en del af Tandlægeforeningens Praksisforsikring, der ledes af Praksisforsikringsudvalget. Praksisforsikringsudvalget består af indtil 3 repræsentanter fra Tandlægeforeningen og 3 repræsentanter fra forsikringselskabet Codan. Formanden for udvalget udpeges af Tandlægeforeningen. Endvidere kan hver af parterne lade sig repræsentere med en jurist.

Praksisforsikringsudvalget har til opgave:

- at føre tilsyn med, at aftalen forløber i overensstemmelse med parternes intentioner,
- at tage stilling til tvivlsspørgsmål vedrørende forsikringsdækningens omfang for øvrige dækninger end Patientskedeforsikringen, idet Praksisforsikringsudvalgets afgørelser heraf er bindende for Tandlægeforeningen og Codan,
- at foreslå forbedringer og justeringer af Praksisforsikringen,
- at sørge for årlig regnskabsafklæggelse for hele ordningen, og
- at informere de af aftalen omfattede tandlæger.

Praksisforsikringsudvalget fastsætter selv sin forretningsorden, der godkendes af parterne.

Formanden for Praksisforsikringsudvalget vurderer løbende Codans afgørelser vedrørende patientskadedækningen, samt om Tandlægeforeningens mulighed for eventuelt at anke en afgørelse til Tandskadeankenævnet. Dette gælder dog kun for skader under 10.000 kr.

Formanden for Praksisforsikringsudvalget kan ikke være medlem af Tandskadeankenævnet. Formanden udpeges af Tandlægeforeningen.

Praksisudvalget har afholdt 2 møder i 2008. Udover sin generelle ledelse og udvikling af ordningen, afgør udvalget konkrete sager om erhvervsretshjælp til ordningens medlemmer. Tandlægeforeningens medlemmer af udvalget holder interne møder som forberedelse til udvalgs møderne samt for planlægning af aktiviteter i forsikringen.

Tandlægeforeningens Patientskedeforsikrings administration pr. 1. januar 2008:

Praksisudvalget

Formand:

Jahn Legarth, tandlæge

Medlemmer:

Jørn Frandsen, tandlæge

Marianne Clemensen, tandlæge

Fra forsikringsselskabet Codan:

Nicolai Tofft, afdelingschef

Pernille Kornath Møller, afdelingschef

Lone Kjær, underwriter

1.6. Økonomi

Det tilstræbes at holde omkostningerne så lavt, som det er forsvarligt. Praksisforsikringen og Tandskadeankenævnet har et samlet administrationsbudget på ca. 7,2 mio. kr. Dette beløb vil stige, især henset til den vækst, der ses i sagsmængden.

Til dækning af sags- og skadesbehandlingsudgifter blev der i 2008 opkrævet et gebyr på kr. 7.500,- pr. sag, fastsat ud fra et estimat over de forventede omkostninger til behandling af de indkomne sager i 1. instans. For Tandskadeankenævnets virksomhed blev der fastsat et gebyr på kr. 3.000,- pr. sag anmeldt til forsikringen.

1.7. Flere oplysninger

Tandlægeforeningens Patientskedeforsikrings hjemmeside (www.tf-patientskade.dk) indeholder en lang række oplysninger om den faktiske sagsbehandling og frister mv.

2 Sagsbehandling

2.1 Talmæssige – og statistiske oplysninger

Figur 1 viser fordelingen af erstatninger på skader anmeldt i årene 2005-2008.

Ca. 66% af anmeldelserne giver anledning til erstatning efter PFL/KEL. 29% af anmeldelserne var ikke erstatningsberettiget, og de resterende ca. 5% er skader, der er dækket af erhvervs-

ansvarsforsikringen og omhandler væsentligst tingskader.

	2005	2005 i %	2006	2006 i %	2007	2007 i %	2008	2008 i %
§2, stk.1, nr. 1 (specialistmålestokken)	319	47,9	297	44,1	538	50,2	527	48,3
§2, stk. 1, nr. 2 (apparatursvigt)	38	5,7	37	5,5	73	6,8	110	10,1
§2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode/teknik)	1	0,2	3	0,4	6	0,6	3	0,3
§ 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	49	7,4	74	11,0	82	7,7	111	10,2
Ulykke	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Ansvar <1.000	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Omfatttet, men < 1000 kr.	4	0,6	2	0,3	2	0,2	2	0,2
I alt omfattet af Patientskedeforsikringen	412	61,9	414	61,4	701	65,5	754	69,0
Afgørelser uden for lovens dækningsområde	-	-	-	-	-	-	-	-
Omgørelse af eget arbejde	1	0,2	1	0,1	16	1,5	4	0,4
Ikke dækket	181	27,2	205	30,4	276	25,8	324	29,7
Forældelse	5	0,8	9	1,3	9	0,8	3	0,3
Diverse	3	0,5	6	0,9	6	0,6	7	0,6
Ikke omfattet af Patientskedeforsikringsloven	190	28,5	221	32,8	307	28,7	338	31,0
Tingskade	64	9,6	39	5,8	63	5,9	0	0
Samlet antal afgørelser	666	100,0	674	100,0	1071	100,0	1092	100,0

Figur 1. Anerkendelses- og afvisningsbegrundelser 2005-2008. Fra 2008 medregnes tingskade ikke i den samlede opgørelse.

	Antal anmeldte sager			
	2005	2006	2007	2008
Privatpraksis	957	943	1021	1130
Kommunal tandpleje	13	16	15	14
Amts/regions - tandpleje	1	3	0	1
Tandlægeskoler	2	4	2	8
I alt antal sager	973	966	1038	1153

Figur 2. Sageres fordeling på de dækkede tandplejeområder, ekskl. tingskader.

År	Hensættelser primo	Hensættelser ultimo	Udbetalte erstatninger	Udgifter i alt
2005	24.422.166	29.647.745	14.334.996	19.560.584
2006	29.647.754	27.778.923	13.276.063	11.407.232
2007	27.778.923	27.050.394	16.094.964	15.366.438
2008	27.050.394	30.519.845	15.576.728	19.046.179

Figur 3. Erstatningsudgifter pr. år iflg. Codans regnskab. I opgørelsen af erstatningsudgifter er medtaget udgifterne til konsulenter.

Anmeldelsesår Skadeår	2005	2006	2007	2008
2001	30	24	32	22
2002	56	46	42	34
2003	112	108	97	65
2004	214	120	95	69
2005	243	235	158	85
2006		254	252	154
2007			255	255
2008				262

Figur 4. Antal anmeldte og afgjorte sager opgjort ud fra skadeåret. Eksempel: I 2007 blev anmeldt 97 skader forårsaget i 2003.

År Måneder	2005	2006	2007	2008
<1	2,0	4,5	4,5	1,7
<2	36,3	34,0	34,1	15,8
<3	68,3	73,4	73,6	43,3
<4	77,7	84,0	84,3	62,7
<5	81,0	87,8	88,1	73,7
<6	83,3	90,2	90,5	78,0
<9	89,0	95,1	95,4	88,2
<12	92,3	96,9	97,2	92,9
<18	97,3	98,5	98,8	98,5
<24	98,3	99,2	99,5	99,8
<36	99,0	99,4	99,7	100,0
<48	100,0	99,7	100,0	
>47		100,0		

Figur 5. Sagsbehandlingstid i måneder i akkumuleret %-tal fra startdato til afgørelsesdato, ekskl. tingskader, for sager afgjort i året.

År Erstatnings- udbetaling	2006	2007	2008
Under 1.000	81.305	41.220	43.725
1.000 til 10.000	736.991	1.303.326	1.386.885
over 10.000	11.176.891	12.422.059	11.835.956
I alt	11.995.187	13.766.605	13.266.566

Figur 6. Erstatningernes størrelsesmæssige fordeling.

Afsluttede sager	2006	2007	2008
Uden udbetaling	347	524	652
Udb. under 1.000 kr.	102	57	63
Udb. under 10.000 kr.	231	139	146
Udb. over 10.000 kr.	255	239	201
I alt	935	959	1062

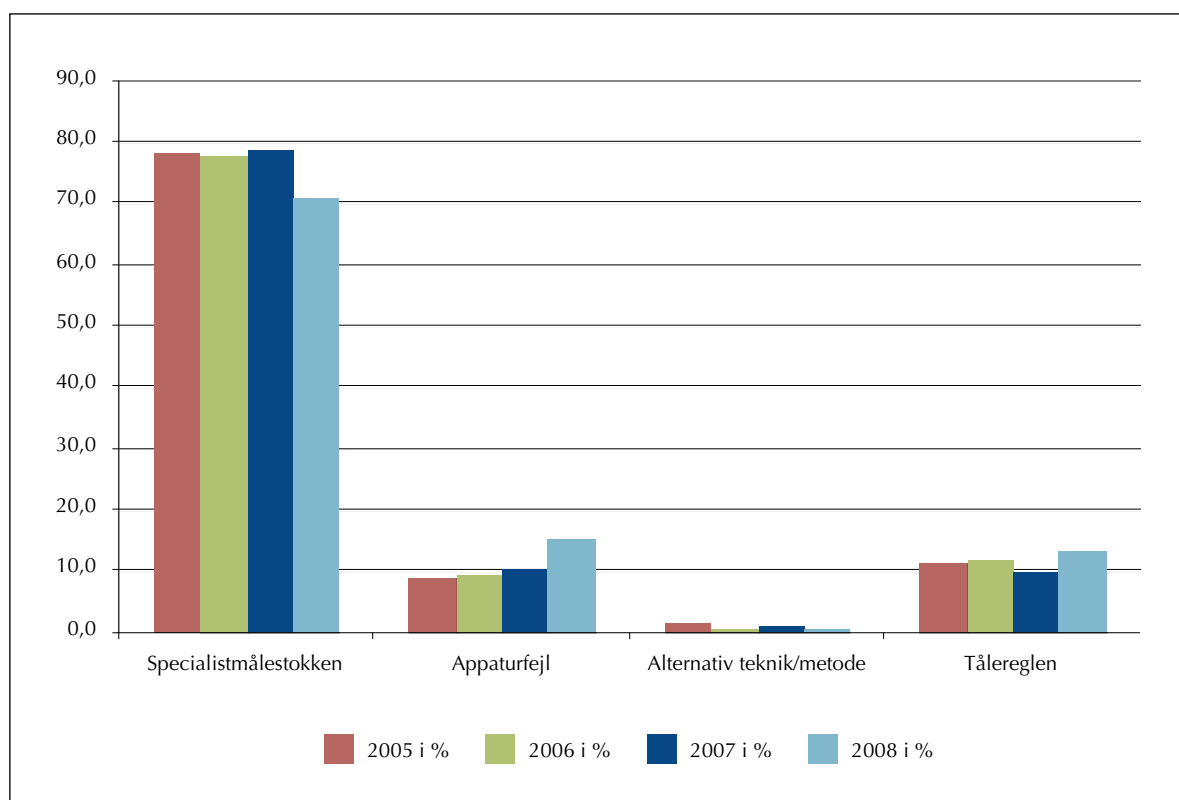
Figur 7. Antal afsluttede sager pr. 31.12.

I gang ej afsluttede	2006	2007	2008
Uden udbetaling			
Udb. under 1.000 kr.	42	122	284
Udb. under 10.000 kr.	283	594	665
Udb. over 10.000 kr.	1046	860	1004
I alt	1371	1576	1953

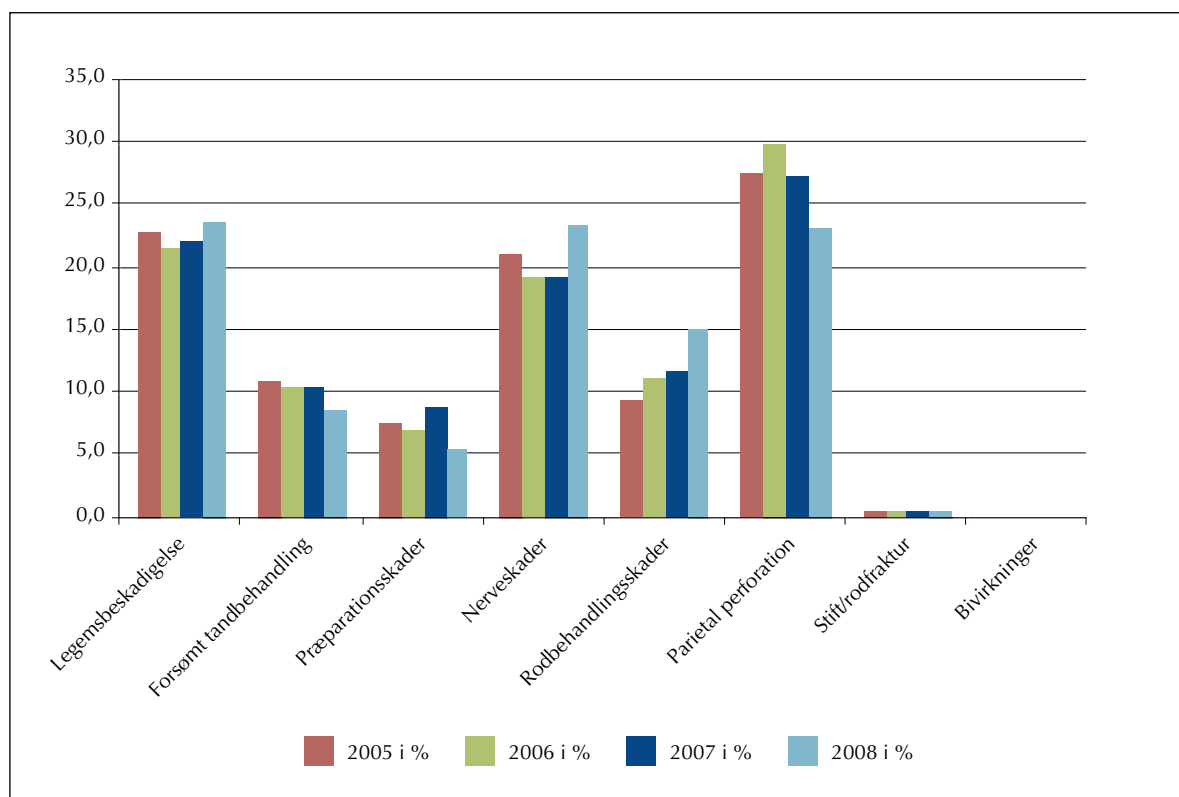
Figur 7a. Antal sager under sagsbehandling pr. 31.12.

Region	Antal sager, udb. > 10.000 kr.	Skadeudgifter > 10.000 kr.
Hovedstaden	83	2.889.879
Sjælland	33	1.327.341
Midtjylland	53	2.878.016
Nordjylland	28	1.423.475
Syddanmark	65	2.462.002
I alt	262	10.980.713

Figur 8. Antallet af sager med udbetalinger over 10.000 kr. i 2008 fordelt på de enkelte regioner.



Figur 9. Fordeling i % af erstatningsberettigede skader efter § 2, stk. 1.



Figur 10. Procentuel fordeling af skadetyper.

Skadekoder	2005	2006	2007	2008
N. mandibularis	32	69	79	110
N. lingualis	35	43	54	79
N. infraorbitalis	0	19	1	5
N. buccalis	7	1	17	24
N. facialis	0	0	1	2
N. mentalis	4	6	14	11
Andre nerver	2	0	3	7
I alt	80	138	169	230

Figur 11. Fordeling af nerveskader.

3 Problemstillinger belyst ved eksempler på afgørelser i Patientskedeforsikringen

3.1. Dækningsområdet i PFL § 1 og KEL § 19

“Der ydes erstatning til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign.”

3.1.1. Skaden skyldes patientens grundlidelse/forhold ved patienten

Patientens tandsæt i overmunden er svært skadet af paradentose, hvorfor der fremstilles hel overkæbeprotese, der indsættes immediat (samtidig med tandudtrækning). Der opstår gentagne og voldsomme sårddannelser med henfald af knogle, og tilstanden reagerer ikke på adækvat behandling eller seponering (ophør af brug) af protesen. Patienten er gennem længere tid behandlet med bisfosfonat, der gives for at forhindre knoglebrydning ved cancer med spredning til knogle.

Det er kendt, at bisfosfonat kan give knogle necroser (henfald) i kæbeknoglen. Ved gennemgang af journalmaterialet ses, at udviklingen af sår også sker i områder, hvor der ikke er trukket tænder ud, og da generne ikke responderer på seponering af proteser og øvrig relevant behandling, findes det overvejende sandsynligt, at patientens gener ikke er fremkaldt som følge af tandbehandlingen, men er en følge af behandling med bisfosfonat.

Da skaden således er en følge af forhold ved patienten, kan der ikke ydes erstatning.

3.1.2. Ingen skade men formuetab.

Patienten får udtaget treleddet bro, fordi den skal underbrændes. Broen lægges på instrumentbordet, men bortkommer. Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 19 stk. 1 forudsætter, at der er sket en fysisk skade ved behandling. Bortkomst af broen er ikke en fysisk skade, da ny bro kan fremstilles på samme grundlag som tidligere.

Der er alene tale om formuetab, der ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

3.1.3. Ingen skade men omgørelse.

Tanden +7 skal kronebehandles. For at skaffe plads beslibes antagonisten -7 (modstående tand) på tyggefladen. Kronen på +7 kommer ikke helt på plads ved cementeringen, hvorfor kronen på +7 beslibes, og -7 beslibes yderligere. Der skal som følge heraf fremstilles ny krone til +7 og -7 er så beslebet, at krone er nødvendig.

Forsikringen betaler for krone til -7 medens udgiften til ny krone til +7 er omgørelse, der ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

3.1.4. Implantatbehandling – tabte implantater – ingen skade

I forbindelse med implantatbehandling kan det ske, at der ikke sker en osseointegration (knogleindheling) således at implantatet løsnes og mistes.

I nærværende sag blev der indopereret implantater i regio +5 og +7. Efter 2½ måneders indheling blev en implantatbro monteret.

Ved konsultation efter 6 måneder var broen ustabil på grund af løsning af implantatet regio +7 som følge af manglende knogleindheling omkring dette.

Årsagen til at implantatet mistes er manglende knogleintegration og ikke en behandlingspåført skade, idet der hverken i journal- eller røntgenmateriale er tegn på, at behandlingen ikke har været bedst mulig.

Nødvendig knogleopbygning efter manglende integration af implantater betragtes i forsikringsmæssig sammenhæng som en del af omgørelsen og ikke som en påført fysisk skade.

Behandlingen har muligvis ikke opfyldt forventningerne til en længere holdbarhedsperiode, men behandlingen kan omgøres under samme forudsætninger som den oprindelige behandling.

Dermed er der ikke sket en erstatningsberettiget skade i Patientforsikringslovens forstand.

Et eventuelt krav om tilbagebetaling af erlagt honorar, må i stedet fremføres overfor tandlægen der har udført behandlingen. Ved uenighed kan der indgives klage til Regionstandlægenævnet/Landstandlægenævnet.

3.2. Specialistreglen - PFL § 2, stk. 1, nr. 1/ KEL § 20, stk. 1, nr. 1

”Hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået.”

3.2.1. Tab af bropille som følge af løs bro.

En ca. 6 år gammel bro går løs på forreste bropille. Tandlægen forsøger at fjerne broen, men da det ikke lykkes, skal patienten selv rokke broen løs. Da broen ikke er løs efter ca. 6 uger, rodbehandles bropillen med den løse krone, eftersom tandlægen frygter infektion. Broen falder ud efter yderligere 3 måneder, og der fremstilles falsk opbygning på den rodbehandlede bropille. Broen recementeres efter ½ år, og falder atter af. Broen er løs 10 måneder senere og falder ud efter endnu 3 måneder. Ny tandlæge konstaterer, at forreste bropille ikke kan bevares. Skaden anerkendes da skaden kunne være undgået ved fremstilling af ny bro efter løsning var konstateret. Der har ikke kunnet konstateres mangler ved broen, og årsagen til at den løsner sig efter 6 år er ukendt. Forsikringen betaler for indsættelse af 2 implantater i stedet.

Da der ikke var mangler ved broen, skulle ny bro være betalt af patienten. Derfor er sparede udgifter til ny bro fratrukket i erstatningen.

3.2.2. Ikke bedst mulig information, og behandling af løs bro.

Skadelidte henvendte sig med løsning af brokonstruktion regio 7+ til 3+ for udbedring eller reparation af dette. Broen var løs på tanden 3+, men fastsiddende på tanden 7+. I forbindelse med løsning af broer, kan disse fjernes ved med et roterende bor at dele broankeret (i dette tilfælde på tanden 7+) hvorved dette går tabt, eller ved at forsøge at bryde cementlåsen ved at

banke broankeret løs. Der blev forsøgt løsning ved at banke broankeret løs og i denne forbindelse knækkende tandkronen 7+. Det fremgår ikke af journalen, eller oplysninger i øvrigt, at skadelidte var informeret om risikoen for fraktur af tandsubstansen.

Tanden 7+ skal rodbehandles og stiftopbygges, og denne del alene betragtes som den skadesudbedrende behandling, idet fremstilling af en ny bro er gennemførelse af et nødvendigt behandlingsbehov som opstod da broen løsede sig på tanden 3+.

Forsikringen kan ikke yde erstatning til en ny brokonstruktion.

Sammenfattende kan det konkluderes at behandlingen ikke har været bedst mulig under de givne omstændigheder. Skaden har med overvejende sandsynlighed alene haft negativ konsekvens for tanden 7+, og der ydes derfor kun erstatning til den skadesudbedrende behandling af denne.

3.3. Tålereglen – PFL § 2 stk. 1, nr.4 / KEL § 20, stk. 1, nr. 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”.

3.3.1. Skade på kæbeled.

Tanden 5- rodbehandles og forsynes med krone. Behandlingen bliver langvarig, og patienten har efter behandlingen ondt i højre side af hovedet. Ny tandlæge konstaterer forskydning af discus (bruskskive) i kæbeledet, og at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den langvarige behandling. Da en sådan skade er sjælden og mere omfattende end patienten må tåle, er sagen omfattet af Patientforsikringsloven. Der blev ydet erstatning til den bidfunktionsbehandling, der blev nødvendig som følge af skaden.

3.3.2. Kæbefraktur efter visdomstandsfjernelse Visdomstand i underkæben fjernes ved operation.

Fjernelsen sker på grund af dyb caries og tandkødsproblemer omkring tanden. Der var indikation for indgrebet. Efter operationen opstår spontan kæbefraktur.

Der er tale om en sjælden komplikation, der ligger ud over hvad patienten med rimelighed må tåle, hvorfor skaden blev anerkendt efter loven. Der kunne derfor erstattes helbredelsesudgifter, og der ydes godtgørelse for svie og smerte i den periode patienten var indlagt som følge af skaden. Endelig blev der givet tilsagn om genoptagelse af sagen, dersom der viste sig varigt mén som følge af skaden.

3.3.3. Neuralgiforme atypiske ansigtssmerter efter tandbehandling.

I forbindelse med rodbehandling af tanden +3 i juni 2002 debuterede en ømhed og hævelse i området omkring tanden +3's rodspids, og op mod øjet (regio infraorbitalis sinister). Tand +3 blev som følge af vedvarende ømhed og hævelse rodspidsopereret på grund af betændelse i marts 2003.

Dette førte ikke til symptomfrihed, og tanden +3 blev trukket ud i december 2003, hvorved der blev konstateret en rodfraktur.

En ny bro blev fremstillet på tænderne +1,2 og +5.

Tilstanden er siden ændret, således at der periodevis optræder anfald af smerte fra regionen, ligesom en hævelse i regio infraorbitalis kan ses.

Skadelidte blev i 2005 undersøgt på Esbjerg Central sygehus, i juli 2007 på Århus Tandlægeskole og i oktober 2007 på Neurologisk afdeling på Vejle Sygehus. Udtalelser fra disse undersøgelser anfører alle, at der kan være en årsags, og ikke kun tidsmæssig, sammenhæng mellem tandbehandlingen og smerterne samt hælensens debut.

Det anføres, at der er tale om neuralgiforme atypiske ansigtssmerter.

Der er intet i journal- eller røntgenmateriale som godtgør at der er begået tandlægelige fejl, og behandlingen har med overvejende sandsynlighed være bedst mulig under de givne omstændigheder.

De opståede gener ligger ud over hvad der må tåles i forbindelse med tandbehandling, og kravet om sjældenhed (<2% incidens) er opfyldt, således at der kan ydes erstatning i henhold til patientforsikringslovens §20, stk. 1, nr. 4.

Forsikringen erstatter efter gældende regler og forevist dokumentation:

Helbredelsesudgifter (medicin el. lign.) og/eller tabt arbejdsfortjeneste som følge af uarbejdsdygtighed og/eller svie og smerte.

3.4. Forældelse – PFL § 19 / KEL § 59

"Erstatningskrav skal være anmeldt senest 5 år efter at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden. Forældelse indtræder dog senest 10 år efter den dag, skaden er forårsaget".

3.4.1. Skaden forældet efter 5-årsreglen.

Patienten skifter tandlæge i 2002 på grund af mistanke om ubehandlet paradentose. Ny tandlæge bekræfter, at der er paradentose, og flere tænder trækkes ud på grund af paradentose. Skaden anmeldes i 2008.

Da der i dette tilfælde er gået mere end 5 år siden patienten fik kendskab til skade (2002) som følge af mangelfuld behandling og til sagen blev anmeldt (2008), er erstatning afvist på grund af forældelse.

3.5. Méngodtgørelse

Mén defineres som en medicinsk bedømmelse af den ulempe i den personlige livsførelse, som en skade har medført.

Ved fastlæggelse af méngodtgørelse anvendes som udgangspunkt Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel. Ved mén under 5% ydes ingen godtgørelse.

3.5.1 Afvisning af varigt mén efter høring i Arbejdsskadestyrelsen.

Ved udtagning af tanden 6+ er der opstået en forbindelse mellem mund og kæbehule der efterfølgende gav en del betændelseslignende problemer fra kæbehulen. Tilstanden er nu i bedring, og vil formentlig hele uden gener.

Der fremsendes en lægeattest der beskriver at, at skadelidte har nedsat smags- og lugtesans.

Codan finder det usandsynligt, at udtagningen af tanden 6+ har været medvirkende til nedsættelse af smags- og lugtesans. Skadelidte henvises dog til en nærmere udredning.

Efterfølgende fremsendes erklæringer fra specialtandlæge og speciallæge. Specialtandlægen konkluderer, at "skadelidte ikke har nogen form for smagssans hverken for surt, sødt eller bittert" og, at "lugtesansen nok delvist er gået tabt pga. den kraftige kemiske reaktion i næsekaviteten".

I erstatningsmæssig sammenhæng kan der være forskel på tabt, væsentligt reduceret og nedsat smagssans.

Sagen blev oversendt til Arbejdsskadestyrelsen med henblik på en vejledende udtalelse om méngraden.

Méngodtgørelse blev afvist med henvisning til afgørelsen fra Arbejdsskadestyrelsen, der vurderer ménet til mindre end 5%

