

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Beretning for Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring for årene 2000 og 2001...	4
Kapitel 1. Udvikling af patientforsikring	5
1.1. Hvad er patientforsikring	5
1.2.1 Patientforsikringsloven	6
1.2.2 Lovens dækningsområde.....	7
1.3. Udviklingen af Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring	8
1.4. Udvidelse af patientforsikringslovens dækningsområde	9
Kapitel 2. Indholdet i DTF's patientskedeforsikring	10
2.1. Organisation.....	10
2.2. Dækningsområde.....	11
2.3. Patientforsikringsdækningen	11
2.4. Erstatningsberegning	14
2.5. Forholdet mellem forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar	15
2.6. Ansvarsdækningen	16
2.7. Patientskadesforsikringen og klagesystemet.....	16
Kapitel 3. Sagsbehandlingen	17
3.1.1. Ansvar/patientskade	17
3.2. Talmæssige oplysninger.....	18
Kapitel 4. Ankenævnets virksomhed	26
4.1. Ankenævnets etablering og sammensætning.....	26
4.2. Sagsgangen.....	26
4.3. Statistiske oplysninger om Ankenævnets virksomhed 2000 og 2001	28
Kapitel 5. Problemstillinger belyst ved hjælp af eksempler på Ankenævnets afgørelser	31
5.1. Fysisk Skade	31
5.1.1. Kun spørgsmål om mangelfuldt udført arbejde.....	31
5.1.2. Om årsagsforbindelse mellem behandling og skade	31
5.1.3. Om minimumsgrænsen for erstatningsudbetaling	33
5.1.4. Tilfælde hvor behandling eller forsøg herpå evt. har medført skade, men alligevel ikke ændret det oprindelige behandlingsbehov	34
5.1.5. Tilbagebetaling af erstatning tilkendt i 1. instans ved ændring af afgørelsen i Ankenævnet	35
5.1.6. Tilstrækkelig information ydet i forbindelse med behandling.....	36
5.2. Erstatningsgrundlaget i patientforsikringslovens § 2	36
5.2.1. § 2, stk. 1, nr. 1 – Specialistreglen	36
5.2.2. § 2, stk. 1, nr. 2 Apparatursvigt.....	38
5.2.3. § 2, stk. 1, nr. 3 Ligeværdig metode eller teknik.....	39
5.2.4. § 2, stk. 1, nr. 4 Tålereglen	40
5.2.5. § 3, stk. 2 Culpa	41
5.2.6. Culpa i øvrigt:.....	42
5.3. Erstatningsudmåling.....	42
5.3.1 Erstatningsberettigelse	42

5.3.2 Erstatning af nettoudgifter.....	43
5.3.3. Eksempel på, at ankenævnsafgørelse kan frakende erstatning tilkendt i 1. instans	45
5.3.4 Erstatningsansvarsloven § 1.....	45
5.3.5. Minimumsgrænsen.....	46
5.3.6. Godtgørelse for varigt mén.....	46
5.4. Andre spørgsmål	48
5.4.1. Tabsbegrænsningspligt.....	48
5.4.2. Tandlægearbejde gået tabt ved skaden.	49
Kapitel 6. Særlige problemstillinger	50
6.1. Behandling af patientskadesager ved domstolene	50
6.2. Nerveskader	51
6.3. Forældelse	52
Bilagsliste	57
Bilag 1: Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24/03/1997 samt ændring af 02/06/1999	58
Bilag 2: Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar nr. 750 af 04/09/2002	65
Bilag 3: Uddrag af forsikringsbetingelserne for Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring	73
Bilag 4: Forretningsorden for Ankenævn for DTFs Patientskedeforsikring (Tandskadeankenævn)	86
Bilag 5: Patientfolder »Når skaden er sket«	89
Bilag 6: Skadeanmeldelsesblanket til DTFs Praksisforsikring	90

Forord

Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring fremlægger hermed sin årsberetning for 2000-2001.

Det er besluttet, at forsikringen aflægger to-årige beretninger. Første beretning omhandlede forsikringens virksomhed i årene 1998 og 1999.

Det er 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.

Årsberetningen omhandler dels patientskedeforsikringens virksomhed, dels Ankenævnet for Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring.

Ud over en talmæssig belysning af forsikringens virksomhed er der i beretningen lagt vægt på at belyse forsikringens og Ankenævnets 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 væsentligt for at sikre, at patienter får den erstatning, som de er berettiget til.

Siden sidste beretning er forsikringens bagatelgrænse pr. 1. jan.2001 ændret fra 3000 kr. til 1000 kr.

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 Ankenævnet for

Dansk Tandlægeforenings

Patientskedeforsikring

Jahn Legarth

Formand for Dansk Tandlægeforenings

Praksisforsikring

Beretning for Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring

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

Disse overvejelser mandede 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.

Aftale om Patientskadeforsikringen er indgået mellem Dansk Tandlægeforening og Forsikringsselskabet Codan.

Kapitel 2 beskriver indholdet i Patientskadeforsikringen, 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 culpereglen.

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 Patientskadeforsikringen 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 skadesbehandlingen samt belyser ordningen ved hjælp af talmæssige oplysninger. Når en skade anmeldes, varetages sagsbehandlingen af forsikringsselskabet, der i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne 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 2000 afgjort 507 sager og i år 2001 451 sager i første instans. Antallet af anmeldte sager var i årene henholdsvis 574 og 684.

I 2000 var 58% af sagerne afsluttet 6 måneder efter anmeldelsen, og i 2001 var 70% af sagerne afsluttet efter 6 måneder.

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

for årene 2000 og 2001

De hyppigste skader har været gennem-brydning af rodoverfladen ved stiftudboringer samt nevebeskadigelser i forbindelse med kirurgiske indgreb.

Der er i 2000 udbetalt og hensat erstatninger til et samlet beløb på ca. 6,1 mio. kr. og i 2001 på ca. 8,6 mio. kr.

I begge år har ca. 25% af de udbetalte erstatninger ligget 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 Amdsrådsforeningen/Sygesikringens Forhandlingsudvalg, 1 repræsentant for Patientforsikringen/ Patientskadeankenævnet 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 178 sager, hvilket svarer til en ankeprocent på 18,6%, en stigning i forhold til forrige beretningsperiode, hvor ankeprocenten var 17,7%

Der er i samme periode afgjort 154 sager, og den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Ankenævnet var i 2000 knap 12 måneder og i 2001 knap 9 måneder.

Af de 154 afgjorte sager er omkring 75% stadfæstet, 12% ændret og resten enten forligt eller anken trukket tilbage.

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

Kapitel 6 omhandler særlige problemstillinger i forbindelse med domstolsbehandling af patientskadesager, behandlinger og behandlingskomplikationer i forbindelse med nerveskader, samt problemstillinger i forbindelse med forældelse.

Kapitel 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 sundhedsvæsenet.

Det medicinske fagområde er i sig selv vanskeligt forståeligt for ikke fagfolk, og selv om en patient måtte være klar over, at der muligvis var sket en skade ved behandlingen, er det ikke sikkert, at dette forbindes med muligheden for at rejse erstatningskrav. Skulle en patient overhovedet tænke i erstatningsbaner,

sætter yderligere barrierer ind – ulyst til at rejse krav mod en behandler, der har forsøgt at lindre og helbrede ens sygdom; ukendskab til, hvordan man praktisk griber en erstatningssag an; utilbøjelighed til at søge juridisk bistand; omkostninger og tidsforbruget ved at forfølge et krav etc.

Desuden var betingelsen for, at en patient kunne få erstatning, at behandleren havde pådraget sig et ansvar efter den så kaldte culpa-regel, dvs. havde forvoldt skaden forsætligt eller uagtsomt.

Udgangspunktet var herefter, at en patient kun havde ret til erstatning, hvis det kunne påvises, at behandleren ikke havde levet op til normerne for god og forsvarlig adfærd i den pågældende situation, og at dette var årsagen til den indtrufne skade. Bevisbyrden herfor påhvilede som udgangspunkt patienten.

Dette medførte i stigende grad opmærksomhed omkring det problem, at mange behandlingsskader aldrig resulterede i erstatningsudbetalinger til patienterne, og hvis de endelig kom, var dette ofte efter meget langvarige og kostbare retssager.

Der var således med lovgivers øjne brug for et erstatningssystem, som kunne sikre erstatning i videre omfang end culpa-reglen, samt sikre, at erstatning kunne opnås på en for patienterne enklere og hurtigere måde.

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. culpa-reglen) og på en for patienterne lettere og hurtigere måde.

Som baggrund herfor henvises til, at culpa-reglen 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; Culpa-reglen 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.

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. culpareglen.

(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 behandlingen er sket efter henvisning fra et offentligt sygehus.*

(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. Oprindeligt var denne undergrænse på 20.000 kr., men ved lov nr. 1227 af 27. december 1996 blev grænsen nedsat til de nuværende 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. 500-600 patientskader årligt. Med ca. 3.500 dækkede tandlæger svarer det til, at en tandlæge gennemsnitligt oplever en patientskade ca. hvert 6-7 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 forsikringsselskabet 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 ved 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 (culpereglen).

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 2001 blev bagatelgrænsen nedsat fra 3000 kr. til 1000 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 culpapreglen.
- 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.

Ankenævnet for Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring 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 for 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 tandlægesa-

ger, 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. Ankenævnet for Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring 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.

I det af udvalget udarbejdede lovforslag foreslås den gældende »specialistregel« ændret til:

»Hvis det må antages, at skaden kunne være undgået, hvis undersøgelse, behandling

eller lignende under de i øvrigt givne forhold var blevet gennemført bedst muligt i overensstemmelse med videnskab og erfaring på det pågældende område«.

Begrundelsen var bl.a., at begrebet specialist kan forekomme tæt tilknyttet til begrebet speciallæger og mindre anvendeligt på de andre grupper af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner. Der var imidlertid ikke hermed tilsigtet nogen ændring af praksis efter »specialistreglen«.

Der er endnu ikke i Folketinget stillet noget lovforslag på baggrund af betænkningen, men et flertal bestående af S,SF, RV og EL, har den 23. april 2002 fremsat »Forslag til folketingsbeslutning (beslutningsforslag nr. B 102) om forenkling af klageadgang i sundhedsvæsenet og udvidelse af patientforsikringen«, og i statsministerens redegørelse til Folketinget i oktober 2002 bebudes en ændring af lov om patientforsikring.

Kapitel 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 Patientskedeforsikringen en erhvervsretshjælpforsikring, 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 underdirektør Jens O. Grønnebæk, afdelingschef Karin Tofteng og jurist Lise Vestergaard.

Udvalget har som hovedopgave:

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

Formanden skal desuden sikre DTF's ankelighed på patientforsikringsområdet.

Forsikringens daglige virksomhed varetages dels i sekretariatene 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 Patientskedeforsikringen, 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 culpa-reglen. Det niveau, som kræves efter culpa-reglen, er det, som med rimelighed kan kræves af den gode og erfarne gennemsnitslæge/tandlæge. Man kan ikke forlange, at vedkommende skal have erfaring inden for alle specialistområder. Det særlige ved specialistreglen er, at der ses bort fra behandlerens individuelle forudsætninger.

Det er således tilstrækkeligt 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 sammen-

hæng 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 viden og erfaring på det pågældende område.

Målestokken for vurderingen af den udførte behandling er således lagt på et højere niveau end culpa-reglens »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, metode-reglen 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 ligeværdigheden mellem flere metoder eller teknikker anvendes specialismålestokken. Metoder eller teknikker anses derfor kun for ligeværdige 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 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.

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 undermundens, 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.

Det er 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 behandlinger 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 mod 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 væsentlig 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 2002 udgør 180 kr. pr. sengeliggende dag og 80 kr. pr. oppegående sygedag.

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 ménen, som følge af patientskaden, udgør mindst 5%.

Méngraden fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel på det tidspunkt, hvor tilstanden ud fra en lægelig vurdering er medicinsk stationær. Godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2002 3.545 kr. pr. méngrad. Såfremt patienten på skadestidspunktet er fyldt 60 år, nedsættes godtgørelsen med 5% for hvert år, patienten er over 59. Nedsættelsen kan dog maksimalt udgøre 50%.

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, sålænge 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 tilbagebe-

talt 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 tilbagebetaling af et honorar.
 - 2) Det overenskomstmæssige klagesystem behandler klager, der vedrører rent faglige forhold ud fra en culpavurdering, 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 tilkendegives, om der er et ansvarsgrundlag, når dette spørgsmål i øvrigt er relevant.
Optræder der under sagsbehandlingen mistanke om alvorlig overtrædelse af tandlægeoven eller straffeloven, skal sagen fremsendes til Sundhedsstyrelsen (og herfra til Patientklagenævnet).
 - 3) Patientskadeforsikringen vurderer skader hovedsagelig ud fra patientforsikringsloven og ikke ud fra culpa, og der er derfor

ikke nogen direkte forbindelse mellem kendelser i klagesystemet og erstatningsvurderingen i patientskadeforsikringen. Kun i tilfælde der ikke er omfattet af patientskadeforsikringen (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 forsikringen 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 såvel til Patientskadeforsikringen og klagesystemet.

Kapitel 3. Sagsbehandlingen

3.1.1. Ansvar/patientskade

Skadesanmeldelsen rekvireres af tandlægen eller evt. af patienten hos sekretariatet. Anmeldelsesblanketten er medtaget som bilag 6. 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 »Hvis noget går galt«. (Bilag nr. 5).

Begge parter orienteres herefter om, at skadesanmeldelsen er modtaget, om en forventet sagsbehandlingstid på normalt 3 – 8 uger og, at sagen er fremsendt til Codan, hvorfra afgø-

relsen 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 Codans 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

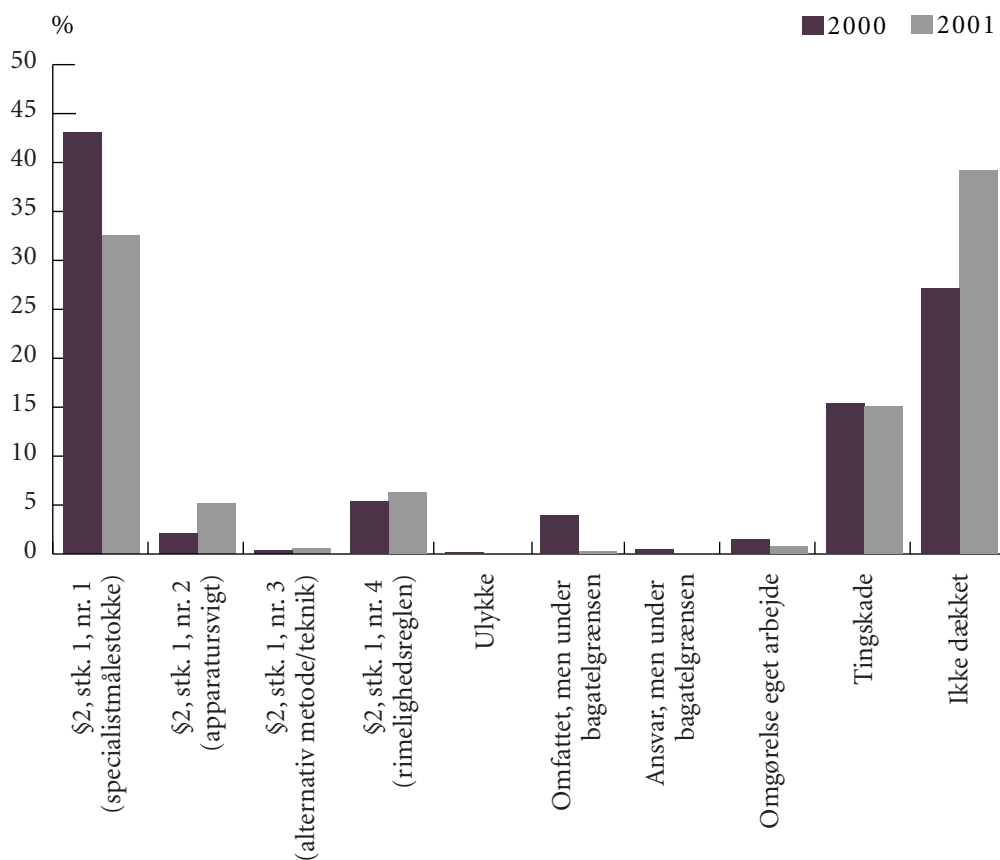
Afgørelser efter patientforsikringsloven

Figur 1 viser grafisk i procent – og figur 2 både i tal og procent – fordelingen af erstatningerne efter erstatningsreglerne. Ligeledes fremgår antallet af sager, der ikke berettiger til erstatning efter betingelserne.

Antallet af sager er steget fra 574 i år 2000

med 110 sager til 684 i år 2001. Til trods for en forøget information om forsikringens dækningsområde anmeldes stadig mange sager, der alene vedrører ren omgørelse af behandlinger, der enten ikke har holdt eller ikke været tilfredsstillende udført, men som ikke har medført nogen fysisk skade. Rene omgørelser er ikke dækket af DTF's Patientskadeforsikring, der alene dækker, såfremt patienten er påført en fysisk skade.

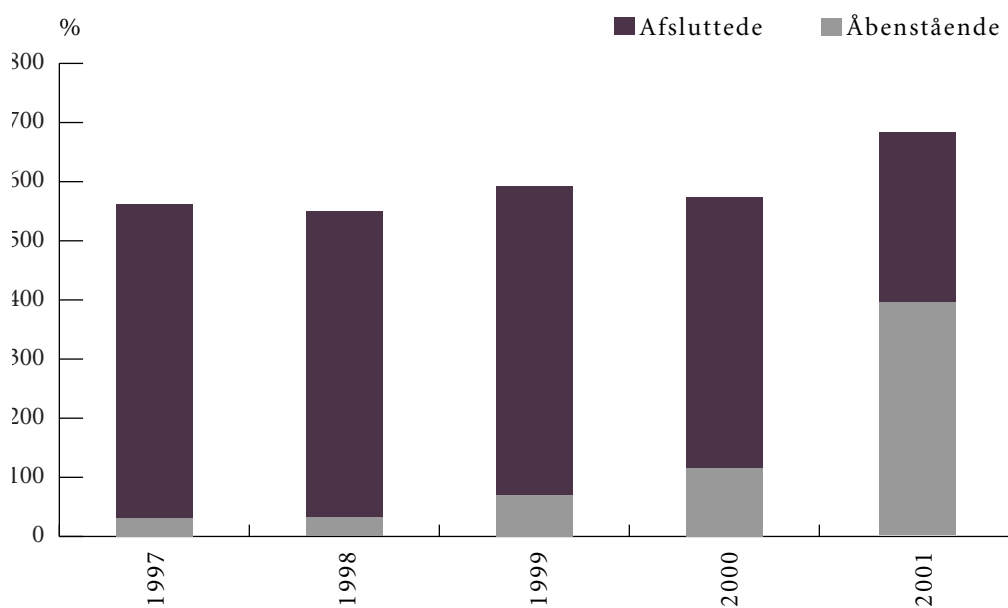
Figur 3 viser i diagram udviklingen i sagsantal opgjort efter antal afsluttede og ikke afsluttede (åbne) sager pr. 31.12.2001. Figur 4 viser det samme i tal. Den største del af de ikke afsluttede sager fra de foregående år er skader, hvor evt. senfølger og størrelsen heraf



Figur 1: Fordeling af afgørelser efter afgørelsestyper i %.

	i 2000	i%	i 2001	i%
Afgørelser i alt	507	100,00	451	100,00
§2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokke)	217	42,80	146	32,37
§2, stk. 1, nr. 2 (apparatursvigt)	12	2,37	23	5,10
§2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode/teknik)	3	0,59	3	0,67
§2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	27	5,33	31	6,87
Ulykke	1	0,20	0	0,00
Omfattet, men under bagatelgrænsen	19	3,75	1	0,22
Ansvar, men under bagatelgrænsen	3	0,59	0	0,00
Omgørelse eget arbejde	9	1,78	3	0,67
Tingskade	79	15,58	69	15,30
Ikke dækket	137	27,02	175	38,80

Figur 2: Antallet af erstatninger fordelt efter erstatningsreglerne.



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

	Åbenstående	Afsluttede	i alt
1997	31	530	561
1998	32	519	551
1999	70	522	592
2000	116	458	574
2001	394	290	684

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

afventer bedømmelse. Andre afventer fremsendelse af endelig regning på behandlingen, og enkelte andre afventer reaktion fra klager, idet forsikringen intet har hørt efter, at afgørelsen er fremsendt til anmelder, og ankefristen udløbet. Meget få af de ældste sager afventer svar fra advokat.

Sagsbehandlingstid

Figur 5, figur 6 og figur 7 viser sagsbehandlingstiden excl. tingskader, der altovervejende kan behandles hurtigt og nemt. Kriteriet for, at en sag er afsluttet, er den dato, hvor afgørelsen udsendes til parterne. Det er lykkedes at nedbringe den gennemsnitlige sagsbehandlingstid, der i år 2000 var på 9,4 måneder til kun 7,0 måneder i år 2001. Over 80% af sagerne er dog behandlet indenfor kun 3 måneder.

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 det normalt lang tid at behandle.

Af figur 10 fremgår antallet af udbetalte erstatninger og de samlede udbetalte erstatninger opdelt i beløbsintervaller på 5.000 kr. Figur 11 viser i diagram den samlede erstatning opdelt i beløbsintervaller på 5.000 kr. Det fremgår, at omkring 40% af alle godkendte sager ikke medfører umiddelbar udbetaling af erstatning. Det er typisk skader med knækkede rodfile, reversible nerveskader og parietale perforationer, der ikke umiddelbart – og hyppigt slet ikke – medfører en blivende skade. Såfremt der senere måtte opstå en sådan, kan sagen genanmeldes.

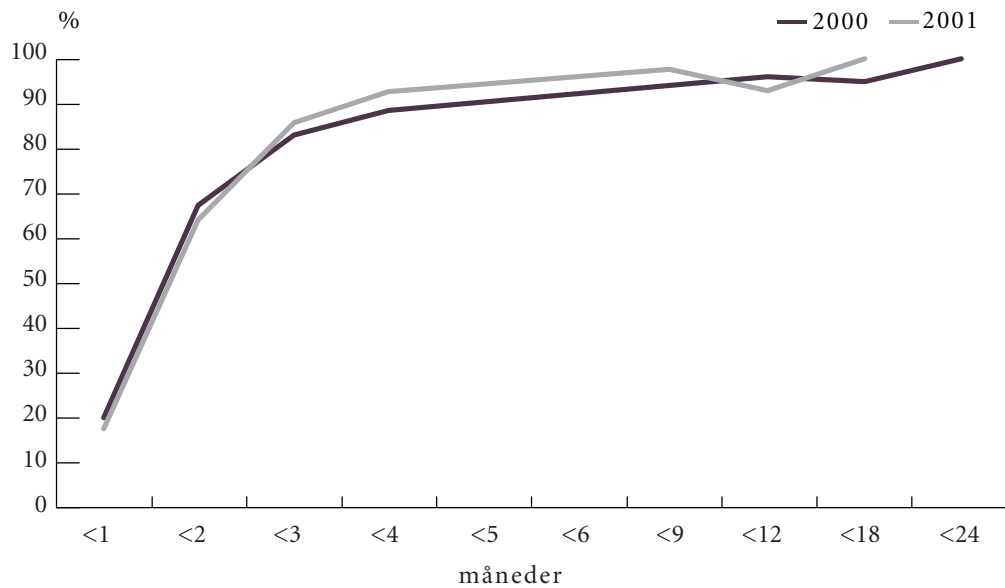
Hvis patientforsikringens minimumserstatningsbeløb på 10.000 kr. skulle være gældende, ville ca. 25% af de skadelidte, der får erstatning, slet ikke blive tilkendt nogen erstatning. Figur 12 viser i procent udbetalingerne i disse intervaller.

måneder	2000	2001
0-1	75	62
1-2	172	165
2-3	61	74
3-4	22	25
4-5	8	9
5-6	5	6
6-9	8	10
9-12	7	3
12-18	11	3
18-24	2	0

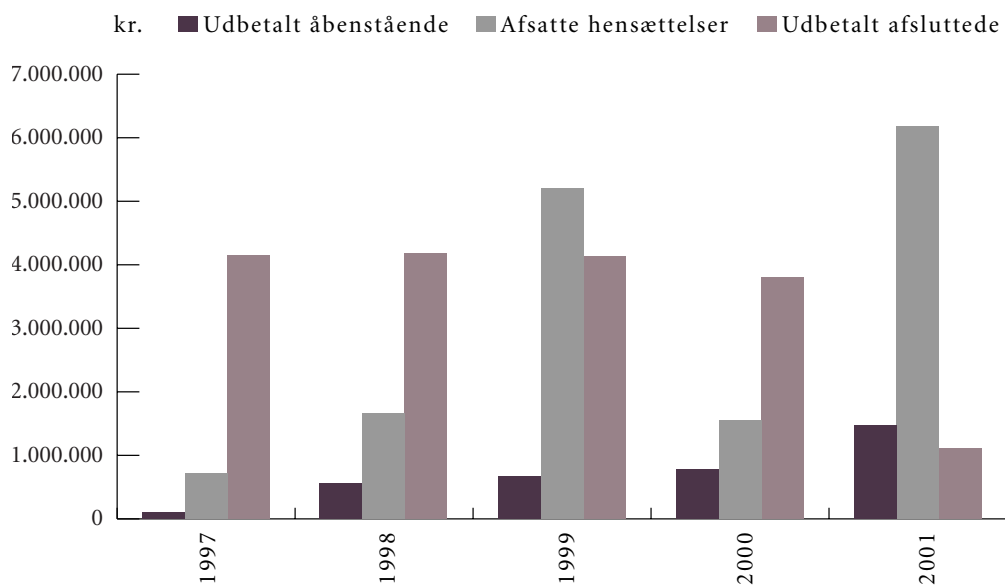
Figur 5: Sagsbehandlingstid i måneder excl. tingskadesager.

måneder	2000	2001
<1	20	17
<2	67	64
<3	83	84
<4	89	91
<5	91	94
<6	92	96
<9	95	98
<12	96	95
<18	96	100
<24	100	100

Figur 6: Sagsbehandlingstid i % excl. tingskadesager.



Figur 7: Sagsbehandlingstid i % excl. tingskadesager.



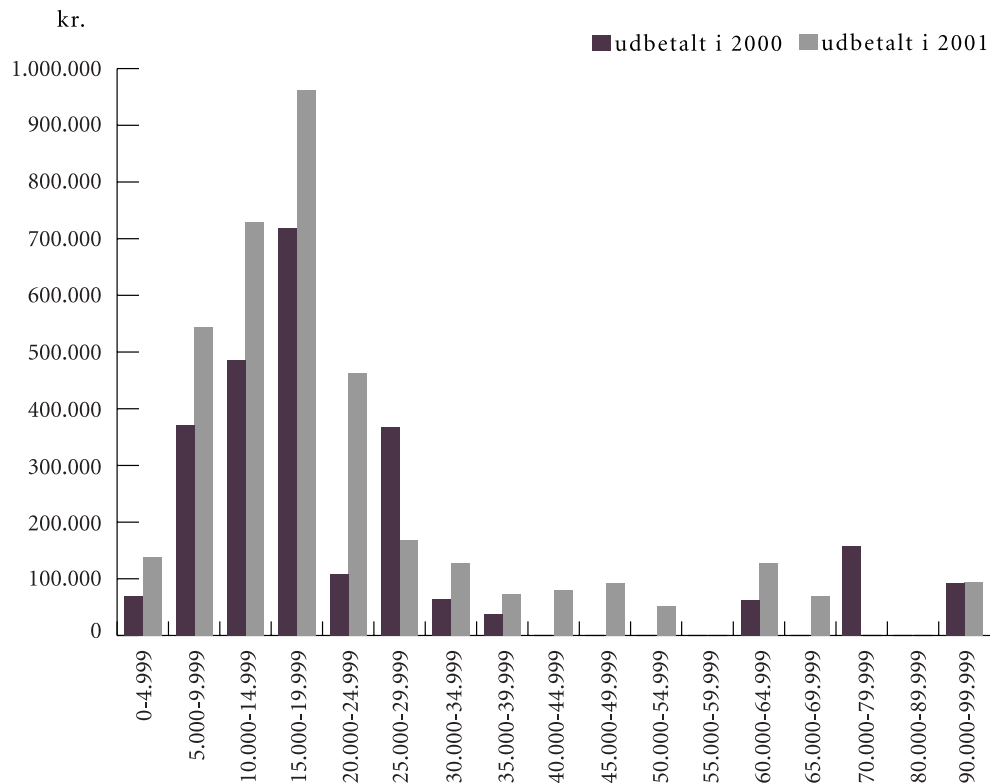
Figur 8: Udgifter til erstatning incl. tingskader

År	Udbetalt åbenstående	Afsatte hensættelser	Udbetalt afsluttede	Udgift i alt
1997	105.042	720.597	4.144.883	4.970.522
1998	564.974	1.660.662	4.178.889	6.404.525
1999	674.366	5.203.945	4.126.239	10.004.550
2000	780.850	1.548.512	3.793.968	6.123.330
2001	1.470.206	6.181.944	1.106.843	8.758.993

Figur 9: Udgifter til erstatning incl. tingskader.

Beløb kr.	Antal i 2000	Udbetalt i 2000	Antal i 2001	Udbetalt i 2001
0	117	0	188	0
1-4999	23	70.585	50	138.410
5000-9999	47	371.117	68	543.744
10000-14999	41	485.405	60	729.787
15000-19999	41	719.100	54	961.715
20000-24999	5	107.852	21	463.584
25000-29999	13	367.884	6	168.709
30000-34999	2	65.015	4	127.225
35000-39999	1	38.228	2	73.467
40000-44999			2	80.615
45000-49999			2	92.643
50000-54999			1	51.488
55000-59999				
60000-64999	1	63.125	2	127.747
65000-69999			1	69.641
70000-79999	2	157.868		
80000-89999				
90000-99999	1	93.124	1	94.299

Figur 10: Antal udbetalinger og samlet udbetalt i erstatning i beløb i hvert beløbsinterval excl. tingskader.



Figur 11: Udbetalt i erstatning inden for de angivne skadesbeløb excl. tingskader.

Skadernes karakter

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

Figur 13 viser fordelingen af de erstatningsberettigende skaders karakter efter de registrerede hovedgrupper.

Figur 14 viser den procentuelle fordeling af de erstatningsberettigende skader efter den forårsagede skade.

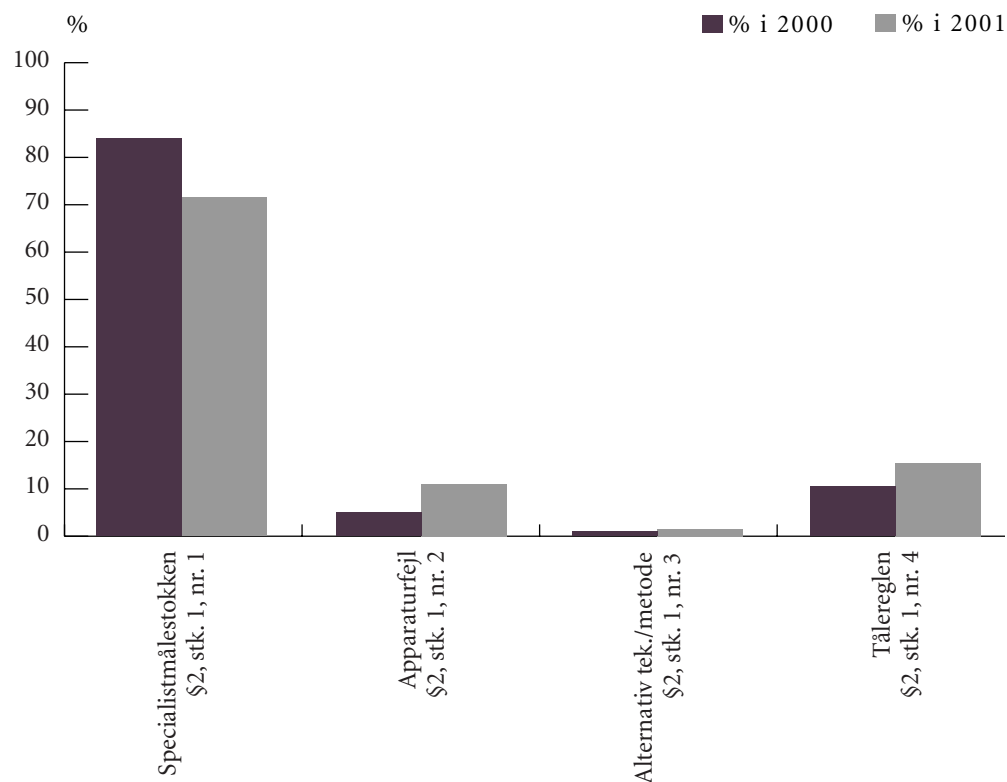
Legembeskadigelse dækker bl.a. over bløddelsskader, kæbefraktur og perforation til kæbehulen. Desuden omfatter det nogle få skader med efterfølgende inflammation og i hvert år ét tilfælde, hvor en forkert tand er blevet fjernet.

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. Desuden omfatter det sager med manglende diagnostik af behandlingskrævende caries.

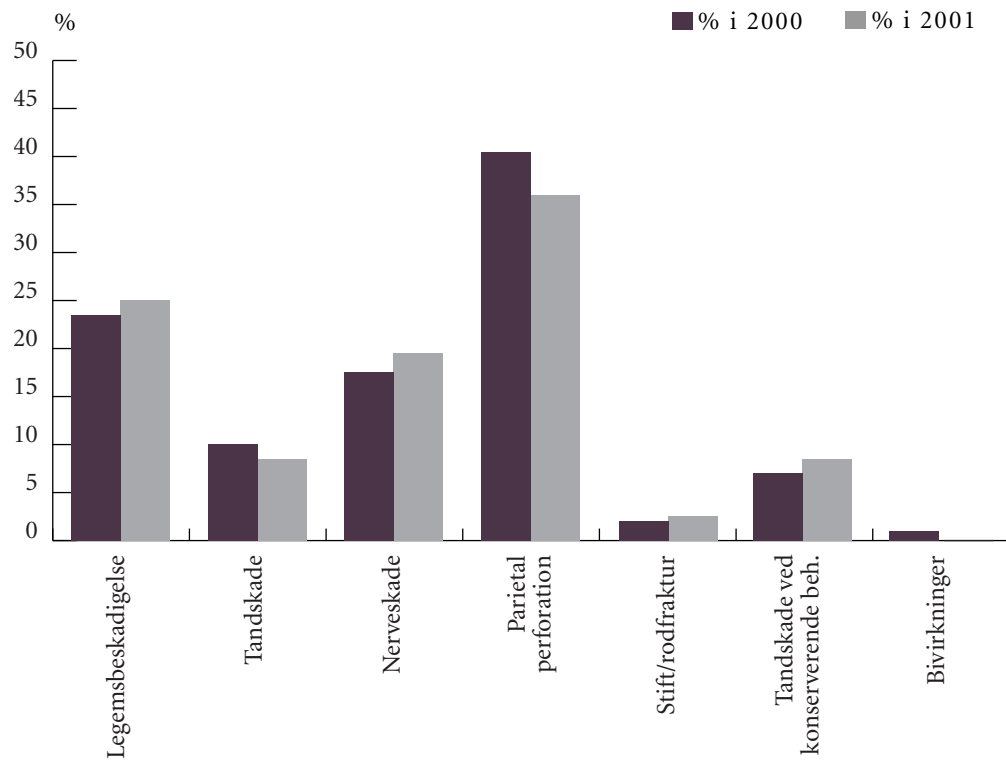
Figur 15 viser i tal en underopdeling af nerveskader opdelt efter de forskellige nerver. Over 70% af nervelæsionerne sker under operativ fjernelse af tænder.

Beløb kr.	% i 2000	% i 2001
0	39,80	40,69
1-4999	7,82	10,82
5000-9999	15,99	14,72
10000-14999	13,95	12,99
15000-19999	13,95	11,69
20000-24999	1,70	4,55
25000-29999	4,42	1,30
30000-34999	0,68	0,87
35000-39999	0,34	0,43
40000-44999	0,00	0,43
45000-49999	0,00	0,43
50000-54999	0,00	0,22
55000-59999	0,00	0,00
60000-64999	0,34	0,43
65000-69999	0,00	0,22
70000-79999	0,68	0,00
80000-89999	0,00	0,00
90000-99999	0,34	0,22

Figur 12: Antal udbetalinger i procent i hvert beløbsinterval excl. tingskader.



Figur 13: Procentuel fordeling af erstatningsberettigende skader efter afgørelsestype.



Figur 14. Procentuel fordeling af erstatningsberettigende skader efter skaden.

	i 2000	i 2001
N. alveolaris inf..	19	22
N. lingualis	24	11
N. infraorbitalis	0	0
N. buccalis	3	2
N. facialis	0	0
N. mentalis	3	1
andre	3	2
i alt	52	38

Figur 15: Viser fordelingen af nerveskader og antal.

Kapitel 4. Ankenævnets 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 ankeudvalg 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/Patientskadeankenævnet

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

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

Ankenævnet for Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring 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, cand. pharm. Heidi Søsted, afløst af sundhedsmedarbejder Margrethe Nielsen fra Forbrugerrådet, og tandlægerne Jørn Frandsen, Mogens Bastved og Jørgen Casparij. Da Jørgen Casparij indtrådte i Dansk Tandlægeforenings Hovedbestyrelse afløstes han pr. 1. december 2001 af 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 4) har Dansk Tandlægeforening, Forbrugerrådet, Amtsrådsforeningen/Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Patientforsikringen/Patientskadeankenævnet fået mulighed for at udpege en suppleant.

Reglerne for ankenævnets 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 Ankenævnet enten af skadelidte, den driftsansvarlige tandlæge, forsikringstageren (DTF) eller anden med retlig interesse i sagen.

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 tilfælde 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 Ankenævnets 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 ankenævnets 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 DTFs Patientskadeforsikring den 1. januar 1998 eller senere.
- Er 3-måneders-fristen for anke overholdt – hvis dette ikke er tilfældet, påhviler det sekretariatet eventuelt at give Ankenævnet et begrundet oplæg til dispensation fra 3 måneders fristen.

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

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, jf. § 4, stk. 3, i for-

retningsordenen. Sådanne sager skal hurtigt fremlægges for formanden for Ankenævnet.

- Straks efter ankens modtagelse anmodes forsikringsselskabet om at sende sagsmateriale fra 1. instans samtidig med, at selskabet skal udfærdige en udtalelse vedrørende anken. Forsikringsselskabet har en svarfrist på 2 uger.
- Derefter, og snarest muligt, orienterer sekretariatet *parterne (patient og tandlæge)* om Codans udtalelse og beder om en udtalelse ud fra 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 Ankenævnet.

Sekretariatets forberedelse af ankenævnsbehandlingen

- 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 Ankenævnet 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 Ankenævnet.

Ankenævnet holder som hovedregel møde 1 gang om måneden med undtagelse af sommermånederne.

Møderne afholdes på Ankenævnets adresse Svanemøllevej 85, Hellerup.

I møderne deltager Ankenævnets medlemmer, nævnets odontologiske konsulent samt medarbejdere fra Ankenævnets sekretariat.

Endvidere kan forsikringssekretariatet og Dansk Tandlægeforening være repræsenteret som observatører.

På mødet fremlægger 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 i beretningsperioden er blevet truffet uden afstemning, idet det altid har været muligt at opnå enighed.

Ankenævnets 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.

Ankenævnet kan stadfæste, ændre eller ophæve afgørelsen i 1. instans, ligesom sagen kan hjemvises til fornyet behandling i 1. instans.

Ankenævnets 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 Ankenævnets afgørelser for nogen administrativ myndighed.

Ankenævnets afgørelser kan alene indbringes for de almindelige domstole.

4.3. Statistiske oplysninger om Ankenævnets virksomhed 2000 og 2001

Figur 16 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 Ankenævnets afgørelse bliver meddelt parterne.

I skrivende stund (september 2002) var kun 3 sager ikke afsluttet. Den store stigning (ca. 90%) i antallet fra 2000 til 2001 kan umiddelbart kun forklares med den generelle tendens i samfundet til at klage og anke.

Processen er gratis, og anken behøver ikke at være begrundet. I 1999 var antallet dog højere end i 2000 (78 mod 61)

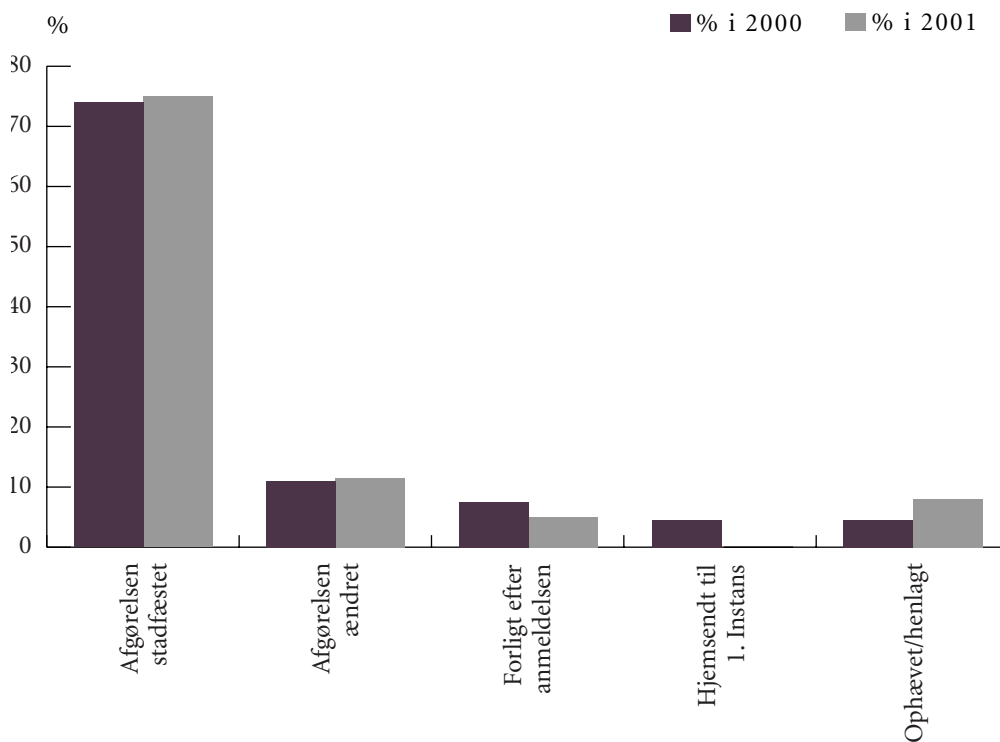
Figur 17 viser Ankenævnets resultat i % efter behandling af den ankede sag. Kun ca.

12% af sagerne ændres – en ændring, der kan gå begge veje med hensyn til størrelsen af den tilkendte erstatning, dog er kun 10% af ændringerne til ugunst for patienten.

Figur 18 viser sagbehandlingstiden i måneder, og figur 19 og diagrammet i figur 20 sagbehandlingstiden akkumuleret i %. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid faldt fra 11,9 måneder i år 2000 til 8,9 måneder i år 2001.

	Modtagne sager	Afsluttede sager	Verserende sager
2000	61	77	38
2001	117	77	78

Figur 16: Fordelingen af sagerne for 2000 og 2001.



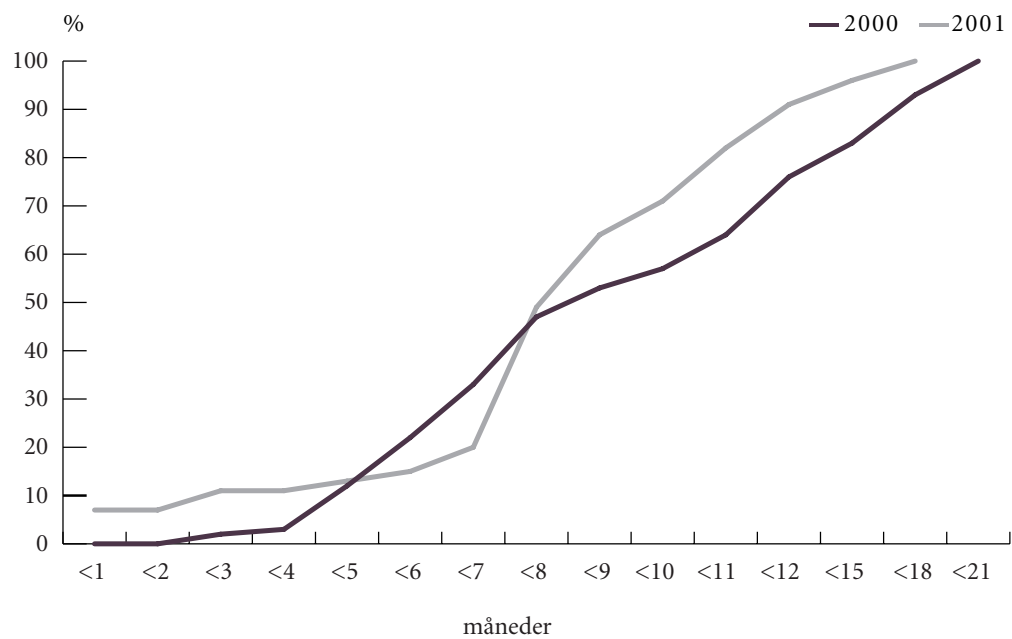
Figur 17. Ankens resultat vist i %.

måneder	2000	2001
0-1	0	4
1-2	0	0
2-3	1	2
3-4	1	0
4-5	5	1
5-6	6	1
6-7	6	3
7-8	8	16
8-9	4	8
9-10	2	4
10-11	4	6
11-12	7	5
12-15	4	3
15-18	6	2
18-21	4	2

Figur 18: Sagsbehandlingstid i måneder.

måneder	2000	2001
<1	0	7
<2	0	7
<3	2	11
<4	3	11
<5	12	13
<6	22	15
<7	33	20
<8	47	49
<9	53	64
<10	57	71
<11	64	82
<12	76	91
<15	83	96
<18	93	100
<21	100	100

Figur 19: Sagsbehandlingstid i %.



Figur 20: Sagsbehandlingstiden i %.

Kapitel 5. Problemstillinger belyst ved hjælp af eksempler på

Ankenævnets afgørelser

5.1. Fysisk Skade

Eksempler på, at den fysiske skade med overvejende sandsynlighed skal være forvoldt af behandling.

Visse skader er ikke en følge af behandlingen, men derimod en følge af patientens sygdom

5.1.1. Kun spørgsmål om mangelfuldt udført arbejde

1. Sag om honorartilbagebetaling.

Patienten fik i 1995 fremstillet 2 broer i henholdsvis over- og undermund. Begge broer havde en meget kort levetid, og de blev kendt ikke honorarværdige af Amtstandlægenævnet.

Patienten ønskede erstatning til fremstilling af en implantatbåret bro i såvel over- som undermund, idet der nu måtte ske ekstraktion af en tand i undermundens samt to tænder i overmundens.

Forsikringen ydede erstatning for de skadegørende følger, som den ikke honorarværdige bro i overmundens havde forårsaget, svarende til en implantatbåret bro, men med fradrag af det tilbagebetalte honorar.

For så vidt angik broen i undermundens afslog forsikringen at yde erstatning til en implantatbåret bro med den begrundelse, at tanden i undermundens allerede på tidspunktet, hvor broen blev fremstillet, var ekstraktionsmoden på grund af parodontose.

Patienten ankede med den begrundelse, at broen i undermundens blev udskiftet i 1998, og der således ikke var taget stilling til honorarværdigheden af dén bro, som blev fremstillet i 1995. Den oprindelige bro blev således påstået ikke honorarværdig, og det var dette honorar, der søgtes erstattet.

Ankenævnet fandt, at der i relation til broen i undermundens ikke var sket en skade i lovens forstand, da der alene var tale om tilba-

gebetaling af honorar for eventuelt mangelfuldt udført arbejde. Dette falder uden for patientforsikringens dækningsområde, og Ankenævnet havde derfor ingen kompetence til at tage stilling hertil. (66/99)

5.1.2. Om årsagsforbindelse mellem behandling og skade

1. Fremmedlegeme i øje.

Under en almindelig tandbehandling blev der angiveligt blæst et fremmedlegeme op i patientens øje, hvilket efterfølgende krævede antibiotikabehandling. Ved afsluttende behandling hos øjenlægen var tilstanden normaliseret, og der var ikke sket en permanent skade.

Forsikringsselskabet fandt, at skaden var omfattet af patientforsikringens § 2, stk. 1, nr. 4, men da udgifterne til lægebehandling incl. transport ikke oversteg forsikringens daværende minimumsgrænse for erstatningsudbetaling på kr. 3.000,- kunne forsikringsselskabet ikke udbetale erstatning.

Patienten ankede med den begrundelse, at svie og smerte i forbindelse med behandlingen burde medføre, at erstatningudbetalingen skulle sættes til kr. 5.000,-.

Ankenævnet fandt, at det ikke var overvejende sandsynligt, at den eventuelle skade overhovedet var sket som en følge af behandlingen. Der var bl.a. ikke af øjenlægerne konstateret noget fremmedlegeme i øjet, hvortil kom, at patienten var i behandling med blodfortyndende medicin, hvorfor tilbøjeligheden til blødning i øjet var forøget. Endvidere anførte Ankenævnet i forbindelse med patientens anbringende om, at der også var opstået et problem med det andet øje under behandlingen, at såfremt man får noget i øjet under tandbehandlingen, vil det normalt blive konstateret med det samme.

Ankenævnet bemærkede afslutningsvis, at hvis der var tale om, at forløbet var relateret til tandbehandlingen, ville der have været tale om et hændeligt uheld, der således ikke kunne begrunde ansvar efter almindelige erstatningsregler. Endvidere anførte Ankenævnet, at selv om det blev lagt til grund, at der var sket en skade i forbindelse med behandlingen, ville der ikke være grundlag for at tilkende patienten godtgørelse for svie og smerte og i hvert fald ikke med et beløb, der ville bringe den samlede erstatning op over minimumsbeløbet på kr. 3.000,-. Da erstatninger på under dette beløb kun betales, hvis der er ansvar efter culpereglen, kunne der således ikke ydes erstatning. (96/99)

2. Smerter efter tandbehandling.

Under tilslibningen af en bro i undermundten opstod der hos patienten stærk smerte, som varede ved.

Forsikringen meddelte patienten, at følgerne efter brobehandlingen ikke omfattedes af forsikringen. Patienten ankede afgørelsen under henvisning til, at der på Amtssygehuset i Herlev var diagnosticeret en kronisk nerveskade, forårsaget af for voldsom varmeudvikling under borearbejdet. Derudover anførte patienten bl.a., at tandteknikeren, som havde fremstillet broen, anbefalede, at den blev taget af. Patienten ønskede således erstatning for 5 ødelagte tænder samt for svie og smerte.

Ankenævnet afviste ikke, at der kunne være årsagssammenhæng mellem smerterne og brobehandlingen, men man fandt dog ikke, at der var tilstrækkeligt grundlag for at yde erstatning, idet der ikke med overvejende sandsynlighed kunne konstateres en sådan sammenhæng. (120/00)

3. Psykisk følge

Sagen drejede sig om en patient, der i forbindelse med en lokalbedøvelse ved injektion

fik føleforstyrrelser i højre tungehalvdel. Det konstateredes efterfølgende ved objektiv undersøgelse, at følsomheden i forreste tredjedel af tungens højre side var nedsat eller forsvundet. Patientens læge konstaterede endvidere, at patienten tillige led af en depression, som skyldtes generne ved tandbehandlingen, idet patienten led af træthed, hukommelsesbesvær, tendens til tungebid samt talebesvær.

Forsikringen godkendte skaden i henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4. Ménggraden blev fastsat til 5%.

Patienten ankede afgørelsen under henvisning til, at ménggraden var sat for lavt henset til såvel fysiske som psykiske følger af behandlingen.

Ankenævnet bemærkede, at der ikke var grundlag for at fravige normalsatserne i Arbejdsskadestyrelsens méntabel i relation til de fysiske skader.

For så vidt angik de psykiske skader fandt Ankenævnet det ikke godtgjort, at der var årsagssammenhæng mellem den fysiske skade og den af patienten beskrevne psykiske skade. Ankenævnet var dog villig til at genoptage sagen, såfremt der blev tilvejebragt dokumentation for årsagssammenhæng mellem den fysiske skade og den psykiske lidelse. (114/00)

4. Ikke overvejende sandsynligt, at skaden var opstået i relation til behandlingen.

6 dage efter en cariesbehandling hos tandlægen konstaterede patienten, at hun havde gabeproblemer og smerter fra højre kæbeled. Tandlægen undersøgte tilstanden og fandt, at der var sket en fremadskydning af ledeskiven i kæbeledet. Efterfølgende blev det fastslået, at der var tale om slidgigt i kæben. Patienten ønskede erstatning på grund af fortsatte smerter.

Selskabet fandt ikke, at der var sket en skade, idet kæbeledsproblemerne måtte tilskrives

grundsygdommen, ligesom det fandtes overvejende sandsynligt, at skaden i kæbeledet under alle omstændigheder ville være indtrådt inden for en overskuelig fremtid.

Det fandtes at være afgørende, at et hvert højt gab – ikke kun det, der skete på klinikken i forbindelse med behandlingen – kunne udløse skaden, ligesom der ingen afgørende holdepunkter var for at antage, at kæbeledslidelsen med overvejende sandsynlighed var opstået i forbindelse med behandlingen på trods af den tidsmæssige sammenhæng.

Patienten ankede og anførte, at behandlingen hos tandlægen havde været ualmindelig hård og smertefuld, fordi tandlægen ikke i første omgang havde vurderet cariesangrebets omfang korrekt og i så tilfælde burde have trukket tanden ud. Ydermere anførte patienten, at der ikke var vished for skadens opståen, hvilket hun mente måtte komme tandlægen til skade.

Ankenævnet bemærkede, at det er en grundlæggende betingelse for udbetaling af erstatning, at patienten er blevet påført en fysisk skade i forbindelse med den givne behandling, undersøgelse m.v. Det vil sige, at der skal være årsagsforbindelse mellem skaden og behandlingen, undersøgelsen m.v. – skaden skal altså kunne tilskrives behandlingen, undersøgelsen m.v. I den forbindelse anvender loven udtrykket »overvejende sandsynligt«. Dette udtryk skal forstås i bogstavelig forstand, således at der skal være en sandsynlighedsovervægt på mere end 50%. Skaden skal derfor fremstå som mere sandsynligt forårsaget af behandlingen, undersøgelsen m.v. end forårsaget på anden måde, for at patienten er berettiget til erstatning. Ankenævnet tilsluttede sig herefter forsikringselskabets begrundelse om, at lidelsen skulle tilskrives grundsygdommen og tilføjede, at det var helt usandsynligt, at tandlægen kunne have påvir-

ket kæbeledet med en forrykning af ledskiven til følge. Ankenævnet bemærkede endvidere, at en udtrækning af tanden ville have belastet kæbeledet langt hårdere end den udførte behandling. Således blev forsikringselskabets afgørelse stadfæstet. (196/01)

5.1.3. Om minimumsgrænsen for erstatningsudbetaling

1. Fremmedlegeme i øje:

Under fjernelse af en gammel sølvfyldning fik patienten noget i øjet. Efterfølgende søgte patienten hjælp hos henholdsvis egen læge og sygehus, hvor der blev fjernet flere fremmedlegemer. Ydermere havde patienten flere besøg hos øjenlæge, hvor der blev udleveret recept på øjendråber, ligesom patienten blev tilset på øjenklinikken på Rigshospitalet.

Forsikringselskabet fandt, at skaden henhørte under lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4. Da minimumsgrænsen for erstatningsudbetaling var på kr. 3.000,-, kunne selskabet imidlertid ikke udbetale erstatning. Dette på trods af, at patienten gjorde krav gældende for mistet udlandsrejse på kr. 10.000,-, hvilket krav selskabet ikke fandt var påregneligt. For så vidt angik svie og smerte fandt selskabet, at der ikke forelå tilstrækkelig lægelig dokumentation for en sygeperiode, og i øvrigt var der tale om et hændeligt uheld, hvorfor der ikke kunne udbetales erstatning efter culpereglen.

Patienten ankede afgørelsen bl.a. under henvisning til, at der stadig var mange gener af uheldet, hvilket måtte berettige til godtgørelse for svie og smerte.

Ankenævnet fandt, at de faktiske udgifter ikke oversteg daværende minimumsgrænse på kr. 3.000,-, hvorfor der ikke kunne udbetales erstatning. Endvidere anførte nævnet, at der for så vidt angik udlandsrejsen ikke var dokumenteret noget økonomisk tab i den

forbindelse, samt at der ikke er hjemmel til at få dækket tab ved manglende mulighed for at rejse. Hvad svie og smerte angik, bemærkede nævnet, at kravet om hel eller delvis sygemelding eller en situation, der kunne ligestilles hermed, ikke var opfyldt. (103/99)

5.1.4. Tilfælde hvor behandling eller forsøg herpå evt. har medført skade, men alligevel ikke ændret det oprindelige behandlingsbehov

1. Implantater tabt som følge af grundlidelsen.

I forbindelse med parodontosebehandling, hvor patienten fik indopereret 4 »skruer med tryklås« i overmunden, hvorpå en tandprotese blev påhæftet, blev det senere nødvendigt at fjerne et af implantaterne. Udgiften til dette implantat blev refunderet patienten. Et par år senere mistede patienten endnu et implantat, hvorefter patienten valgte at konsultere en anden tandlæge. Denne tandlæge henviste patienten til Kæbekirurgisk Afdeling på Aalborg Sygehus, som anbefalede, at der blev udført en kæbeoperation med knogleopbygning og indoperering af nye skruer, hvorpå der skulle monteres en ny tandprotese.

Forsikringsselskabet afviste at tilkende patienten erstatning, idet der blev henvist til, at der ikke var blevet påført patienten en fysisk skade i lovens forstand i forbindelse med behandlingen hos førstnævnte tandlæge.

Patientens advokat ankede afgørelsen på vegne af patienten. I anken opgjorde advokaten patientens erstatningskrav til i alt kr. 81.000,-.

Ankenævnet fandt, at det forhold, at implantaterne blev tabt, ikke udgjorde en fysisk skade. Endvidere bemærkede nævnet, at årsagen til patientens behandlingsbehov var det tab af kæbeknogle, som hendes grundlidelse havde bevirket. Knogletabet havde et sådant omfang, at der var en betydelig risiko for, at

den af tandlægen udførte behandling ikke ville lykkes. Hertil tilføjes, at selve det forhold, at behandlingen ikke skulle lykkes, ikke ville udgøre en skade i lovens forstand, når den ikke samtidig havde forøget det oprindelige behandlingsbehov. Dette fandtes ikke at være tilfældet her, idet den nu iværksatte behandling var den samme som den, der oprindeligt skulle have været udført med henblik på en holdbar løsning. Eventuelle gener, som behandlingen nu var forbundet med, kunne ikke kræves erstattet, da patienten under alle omstændigheder skulle have tålt disse.

(102/99)

2. Mislykket behandling måtte tilskrives grundlidelsen

Efter at have genopbygget en patients tandsæt på grund af tænderskæren og søgt at beskytte det med en bideskinne, blev arbejdet imidlertid bidt i stykker, og adskillige tænder måtte trækkes ud. Patienten ønskede herefter økonomisk kompensation for udført tandbehandling i underkæben og delvis i overkæben.

Forsikringen afviste at yde erstatning med den begrundelse, at der ikke var sket en skade i lovens forstand, men at tabet af tænderne skulle tilskrives grundsygdommen – tænderskæren.

Patienten ankede sagen under henvisning til, at skaden ikke skyldtes tænderskæren, men i stedet at hans underkæbe var for kort, og at den udførte behandling ikke var tilfredsstillende.

Ankenævnet var enig i selskabets afgørelse og tilskrev således tabet af tænderne grundlidelsen. Nævnet tilføjede, at denne lidelse var søgt afhjulpet ved behandling, der var den bedst mulige under de givne forhold. Andre metoder ville ikke kunne have løst problemet, og det forhold, at en behandling ikke lykkes,

udgør ikke en skade i patientforsikringslovens forstand. (149/00)

5.1.5. Tilbagebetaling af erstatning tilkendt i 1. instans ved ændring af afgørelsen i Ankenævnet

1. Information – tort.

En patient fik hos sin tandlæge indsat implantater i underkæben, idet samtlige kindtænder i denne region manglede. I højre side var knoglehøjden meget lav, og der blev derfor foretaget en flytning af underkæbens nervebane for ikke at beskadige nerven ved ud-boringen til implantaterne. I den forbindelse skete der en beskadigelse af det yderste stykke af underkæbens følelser, hvorefter nerven straks blev sammensyet. Det konstateredes efterfølgende, at patienten havde føleforstyrrelser med smertefornemmelser svarende til det yderste stykke af følelserne. Implantaterne i højre side blev i de følgende måneder fjernet på grund af ufuldstændig indheling og blev erstattet af 2 nye, hvorpå der senere blev påsat en bro. Den bagerste af disse implantater blev senere fjernet på grund af infektion. Desuden frakturerede kæben ydermere. Efter operationerne ordinerede tandlægen behandling med klorhexidin, men der kom imidlertid en voldsom reaktion herpå. Efterfølgende konstateredes, at der var en væsentlig nedsættelse af smagsevnen.

Patienten klagede derefter til Amtstandlægenævnet, bl.a. med den begrundelse, at der ikke var blevet informeret behørigt om risikoen for komplikationer, samt at tandlægen havde anvendt klorhexidin i behandlingen, selvom patienten havde sagt, at hun ikke kunne tåle det. Endvidere anførtes tab af smagsans, føleforstyrrelser samt smerter. Nævnet indberettede sagen til Sundhedsstyrelsen, der efterfølgende oversendte sagen til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Pa-

tientklagenævnet fandt derefter, at tandlæge-lovens § 12 var overtrådt i forbindelse med behandlingen samt ved journalføringen af denne behandling. Amtstandlægenævnet traf dog herefter afgørelse om, at behandlingen var honorarværdig, idet der altid er en risiko forbundet med indsættelse af implantater. Desuden fandt nævnet, at sagen dels var et erstatningsretligt anliggende, dels at sagen i øvrigt måtte bedømmes retsligt.

Landstandlægenævnet traf imidlertid kendelse om, at der ikke forelå informeret samtykke fra patientens side, således at tandlægen måtte bære risikoen for den mislykkede behandling. Behandlingen ansås på den baggrund for at være ikke honorarværdig, hvorfor tandlægen pålagdes at tilbagebetale dette, dog med fradrag for den brugsværdi som fandtes at være til stede særlig i venstre side.

Patienten indgav herefter skadesanmeldelse, hvoraf fremgik, at patienten havde kraftig nedsat smagsevne og meget generende føleforstyrrelser i underlæben og hagen samt konstante smerter.

Forsikringen tilkendte patienten såvel mén- som tortgodtgørelse.

Patienten ankede afgørelsen, idet der ønskedes en højere mén- og tortgodtgørelse.

Ankenævnet fandt, at den 5-årige forældelsesfrist var overskredet, hvorfor et hvert muligt erstatningskrav var forældet, se herom nedenfor kapitel 6.3. Nævnet bemærkede imidlertid, at såfremt dette ikke havde været tilfældet, ville patienten have været berettiget til den af forsikringen fastsatte mén- og tortgodtgørelse. Utilstrækkelig information fra tandlægens side fandtes dog ikke at kunne berettiget til tortgodtgørelse. For så vidt angik oplysningen om reaktionen over for klorhexidin, fandt nævnet ikke, at det kunne lægges til grund, at der var oplyst herom. Nævnet overlod det i øvrigt til forsikringen at afgøre, hvorvidt der

skulle ske tilbagebetaling af den udbetalte erstatning. (160/00)

5.1.6 Tilstrækkelig information ydet i forbindelse med behandling

1. Dårlig rådgivning om behandling.

Efter en fraktur af de 2 midterste fortænder, som ville blive dækket af forsikrings-selskabet Alka indtil patientens fyldte 21. år, fik patienten tilbud om at få dem restaureret med porcelænskroner. Dette afslog hun og fik i stedet restaureret tænderne med plast. Plastfyldningerne holdt i ca. 10 år, hvorefter patienten ønskede metalkeramikkroner i stedet.

Forsikringen afviste at yde erstatning, idet der fandtes at have være ydet korrekt rådgivning og behandling, således at der ikke var tale om en skade i lovens forstand.

Patienten ankede afgørelsen og anførte, at der var tale om tandlægesjusk, idet hun var blevet informeret om, at der i sin tid kun kunne restaureres med plast, og at hun hellere ville have haft porcelænskroner.

Ankenævnet fandt, at der var ydet tilstrækkelig information. Endvidere blev det anført, at selv om dette ikke skulle have været tilfældet, ville der ikke have været tale om en skade i lovens forstand, men alene om et økonomisk mellemværende med tandlægen og eventuelt det forsikrings-selskab, som dækkede skaden. Slutteligt bemærkede Ankenævnet, at den af tandlægen udførte behandling var i overensstemmelse med bedste specialiststandard. (208/01)

5.2. Erstatningsgrundlaget i patientforsikringslovens § 2

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

For at få erstatning er det tilstrækkeligt, at ét af kriterierne i § 2, stk. 1, er opfyldt.

5.2.1. § 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.«

1. For kraftig udboring.

Efter en restaurering af en tand opstod der smerter ½ år senere, og der blev foretaget en rodbehandling. På baggrund af et røntgenbillede konstateredes efterfølgende en rodfraktur af tanden, og det blev anbefalet, at den blev trukket ud.

Forsikringen afviste at yde erstatning under henvisning til, at der ikke var sket en fysisk skade i lovens forstand, men blot en rodfraktur, som var opstået som følge af almindelig funktion og belastning.

Tandlægen ankede afgørelsen med den begrundelse, at skaden med overvejende sandsynlighed var sket som en følge af stiftudboringen. Dertil tilføjedes, at skaden kunne have været undgået ved en anden behandlingsteknik. (jvf. § 2, stk. 1, nr. 3)

Ankenævnet fandt, at der var indtrådt en erstatningsberettigede skade på tanden. Årsagen til frakturen måtte ifølge nævnet være stiftudboringen, der havde været for kraftig. Derfor havde behandlingen ikke været den bedst mulige under de givne forhold, og der tilkendtes erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. Således fandt nævnet, at der skulle ydes erstatning til enten en 2-ledet bro eller et implantat. (105/99)

2. Diagnosticering af caries – mundhygiejne.

I forbindelse med overgang fra kommunal tandpleje til privatpraktiserende tandlæge blev det oplyst patienten, at denne skulle observeres for et begyndende cariesangreb i en

tand i overkæben, samt at der var kraftig tandkødsbetændelse. Patienten gik regelmæssigt til kontrol herefter, men skiftede siden tandlæge. Den nye tandlæge konstaterede ikke behandlingskrævende caries i tænderne i første omgang. Året efter blev der foretaget røntgenoptagelser, som viste caries i en tand i undermunden samt i den tand, som tidligere havde været under observation.

Patienten ønskede nu erstatning for mangelfuld tandbehandling hos den oprindelige privatpraktiserende tandlæge.

Forsikringen meddelte patienten, at der ikke var grundlag for erstatning, idet der ikke fandtes at være lidt en skade i lovens forstand. Af begrundelsen fremgik bl.a., at der via røntgenbilleder taget inden tandlægeskiftet ikke havde været diagnosticeret behandlingskrævende caries, men at der derimod havde været tale om dårlige mundhygiejne fra patientens side, hvilket bl.a. havde resulteret i plak og bakteriebelægninger. Dette forhold havde medført, at patienten fik instruktion i hjemmetandpleje. Det blev for så vidt angik tanden i undermunden anført, at denne blot af den nye tandlæge var blevet restaureret med en plastfyldning, som skulle have været foretaget under alle omstændigheder. For så vidt angik tanden i overmunden, der nu skulle rodbehandles, anførte selskabet, at den relativt hurtige udvikling af cariesangrebet kunne forklares ved den konstaterede plak, og at der derudover ikke var tale om mangelfuld diagnostik.

Patienten ankede afgørelsen bl.a. med henvisning til, at tandlægen ikke havde fulgt op på patientens problemer i tanden i overmunden, samt at patienten aldrig var blevet informeret om, at hun havde dårlig mundhygiejne. Patienten fandt derfor, at hun havde været udsat for en meget uprofessionel behandling.

Ankenævnet fandt, at patienten var beret-

tiget til erstatning for udgifterne til en rodbehandling af tanden i overmunden samt en krone. Begrundelsen var, at udviklingen af caries burde have været diagnosticeret og behandlet tidligere i forløbet, hvormed den nu nødvendige rodbehandling og krone med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået. For så vidt angik tanden i undermunden stadfæstede nævnet forsikringsselskabets afgørelse, idet det ikke fandtes, at udviklingen af caries kunne tilskrives den givne behandling. (161/01)

3. Tandudtrækning på utilstrækkeligt grundlag.

På grund af akutte parodontale problemer i en tand henvendte patienten sig hos tandlægen og fik trukket den pågældende tand ud og erstattet den med et implantat. Efterfølgende løsnede implantatet sig, og patienten fik det fjernet.

Patienten ønskede herefter erstatning for indsættelse af en bro eller en delprotese.

Forsikringsselskabet anerkendte skaden, idet det fandt, at fjernelsen af tanden havde været udokumenteret, og at der var sket en skade i lovens forstand, jf. lov om patientforsikring § 1, og der blev derfor tilbudt patienten en tortgodtgørelse på kr. 1.000,- for tab af tanden. For så vidt angik tabet af det indsatte implantat blev det ikke anset for at være en fysisk skade i lovens forstand, idet behandlingen kunne omgøres.

Patienten ankede afgørelsen med det argument, at implantatet kun blev sat i kæben, fordi tandlægen fejlagtigt havde fjernet patientens egen tand, og at skaden derfor måtte omfatte implantatet.

Ankenævnet fandt, at udtrækningen af tanden ikke havde levet op til specialismålestokken de givne forhold taget i betragtning. Ankenævnet fandt derfor, at patienten var

berettiget til erstatning for de afholdte udgifter til implantatbehandling fratrukket udgifter for den ellers relevante behandling i form af rodbehandling. Denne erstatning trådte i stedet for den tilkendte tortgodtgørelse, som byggede på den forudsætning, at udtrækningen af tanden ikke havde nogen betydning for behandlingsbehovet. I øvrigt var Ankenævnet enige i, at selve tabet af implantatet var en omgørelsessag. (182/01)

4. Følger af rodbehandling på utilstrækkeligt grundlag.

Sagen drejede sig om en patient, der på grund af smerter henvendte sig til sin tandlæge, hvorefter der blev konstateret voldsom ømhed ved en tand i overmunden. Denne tand blev derefter rodbehandlet. Patienten havde på et tidligere tidspunkt fået rodbehandlet en tand i undermunden samt fået fjernet en tand ligeledes i undermunden. Nogen tid efter rodbehandlingen i overmunden henvendte patienten sig igen, og denne gang fandtes en anden af overmundens tænder at være voldsomt øm. Herefter indledtes rodbehandling af denne tand også. Smerterne forsvandt imidlertid ikke, og patientens nye tandlæge udførte derfor rodbehandling samt kirurgisk afskæring af rodspidserne af de to tænder i overmunden. Derudover behandlede tandlægen en tand i undermunden, som efterfølgende også blev trukket ud. Ved den tand i undermunden, som blev rodbehandlet først i behandlingsforløbet, blev der tillige udført kirurgisk afskæring af rodspidsen. Patienten havde dog fortsat smerter.

Ankenævnet fandt, at der ikke var tilstrækkeligt grundlag for at udføre rodbehandling på de to tænder i overmunden, og at denne behandling med overvejende sandsynlighed var årsag til, at rodspidserne måtte afskæres.

Der blev således for disse tænder tilkendt erstatning for eventuelle fremtidige udgifter til opbygning og krone, såfremt disse måtte være nødvendiggjort af den aktuelle skade. For så vidt angik den tand i undermunden, der måtte trækkes ud, fandt nævnet, at denne behandling, i lighed med de ovenfor nævnte, heller ikke var i overensstemmelse med specialistnormen. For denne skade blev patienten tilkendt erstatning for de afholdte udgifter samtidig med, at patienten blev tilkendt erstatning for udgiften til et implantat. I tilfælde af, at patienten ikke skulle ønske dette eller på grund af eventuel manglende faglig indikation for en sådan behandling, ville patienten i stedet blive ydet en godtgørelse for en tabt tand svarende til kr. 1.000,-.

For så vidt angik den sidste tand i undermunden fandtes der at have været tilstrækkelig indikation for rodbehandling, om end denne ikke blev udført efter bedste specialiststandard, idet den ikke var radiologisk tæt på rodspidsen. Afskæringen af rodspidsen måtte således tilskrives den utilstrækkelige rodbehandling, hvorefter der blev ydet erstatning for udgifterne til afskæringen af rodspidsen. (189/01)

5.2.2. § 2, stk. 1, nr. 2 Apparatursvigt

– »hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende.«

1. Knækket rodfil.

Under en rodbehandling knækkede to rodfile i rodkanalerne, hvilket nødvendiggjorde kirurgisk rodbehandling.

Forsikringsgesellschaften afviste at yde erstatning med den begrundelse, at skaden ikke oversteg minimumsgrænsen for erstatningsudbetaling på kr. 3.000,-.

Patienten ankede afgørelsen, idet hun fandt, at fradraget for den sygesikringsdækkede del af udgifterne ikke var rimeligt. Endvidere stod patienten uforstående overfor fradraget til behandling, der skulle have været foretaget uanset skadens indtræden, samt bedømmelsen af erstatningsgrundlaget efter erstatningsrettens almindelige regler.

Ankenævnet fandt, at sagen alene drejede sig om, hvorvidt udgiften til udbedring af skaden oversteg patientforsikringsdækningens minimumsgrænse. Ankenævnet var i øvrigt enige i den af forsikringsselskabet trufne afgørelse og bemærkede, at det alene er egne udgifter, der afholdes i forbindelse med skaden, der skal overstige kr. 3.000,-. Yderligere bemærkede Ankenævnet, at udgifterne til behandling, som med overvejende sandsynlighed skulle have været afholdt uanset skadens indtræden, ikke erstattes. Endelig bemærkede nævnet, at såfremt der måtte ske yderligere skade som følge af de knækkede rodfile, ville forsikringen dække udgiften til en bro eller et implantat. I så fald ville der så også kunne ydes erstatning for det nu omtvistede regningsbeløb. For så vidt angik de almindelige erstatningsretlige regler fandt nævnet, i lighed med forsikringsselskabet, at der ikke forelå culpa, som ville kunne begrunde erstatning. (131/00)

5.2.3. § 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. Afmontering af bro.

Under en afmontering af en bro med et

specielt bro-fjerner-instrument skete der en frakturering af en tand.

Forsikringsselskabet anerkendte skaden i henhold til lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 3, idet broen også kunne have været boret af, hvorved skaden kunne have været undgået. Der skulle da have været fremstillet en ny bro. Patientten fandtes derfor berettiget til erstatning for udgiften til rodbehandling og genopbygning af tandens fundament med en opbygning.

Patienten ankede forsikringsselskabets afgørelse, da hun mente, at den eneste forsvarlige løsning ville være en ny bro. Argumentet var, at der ved den af forsikringsselskabet anviste fremgangsmåde ville opstå et stort mellemrum mellem kronen og tandkødsranden, som ikke ville kunne udbedres, hvis den eksisterende bro samtidig skulle bevares. Patientten ønskede derfor også omkostningerne til en ny bro dækket.

Ankenævnet fandt, at der ikke kunne ydes erstatning for udgiften til en ny bro. Hvis risikoen for skade skulle have været undgået, ville det have været nødvendigt at bore broen af, men i så fald ville broen ikke kunne have været anvendt igen, hvorfor patientten selv skulle have afholdt udgiften til en ny bro. (139/00)

2. Ligeværdighedsbetingelsen.

Efter at have genopbygget en patients tandsæt på grund af tænderskæren og søgt at beskytte det med en bideskinne, blev arbejdet imidlertid bidt i stykker, og adskillige tænder måtte trækkes ud. Patientten ønskede herefter økonomisk kompensation for udført tandbehandling i underkæben og delvis i overkæben.

Forsikringen afviste at yde erstatning med den begrundelse, at der ikke var sket en skade i lovens forstand, men at tabet af tænderne

skulle tilskrives grundsygdommen – tænder-skæren.

Patienten ankede afgørelsen under henvisning til, at skaden ikke skyldtes tænderskæren, men i stedet at hans underkæbe var for kort, og at den udførte behandling ikke var tilfredsstillende.

Ankenævnet var enig i forsikringsselskabets afgørelse og fandt således, at tabet af tænderne skyldtes grundlidelsen. Nævnet tilføjede, at denne lidelse var søgt afhjulpet ved en behandling, der var den bedst mulige under de givne forhold. Andre metoder ville ikke kunne have løst problemet, og det forhold, at en behandling ikke lykkes, udgør ikke en skade i patientforsikringslovens forstand. (149/00)

3. Ligeværdighedsbetingelsen.

En patient fik genopbygget en kindtand med en præfabrikeret titanium stiftforankret opbygning og restaureret med en metalleramikkrone med ringgreb omkring roden. Godt og vel 2 år efter skete en fraktur af rodstiften. Tandens rod var tabt, idet det affrakturerede stykke af rodstiften ikke kunne fjernes, hvorfor tanden ikke kunne genopbygges og derfor mistedes.

Forsikringen afviste at yde erstatning med den begrundelse, at skaden måtte henføres til almindelig funktion og belastning, idet den udførte behandling levede op til specialistnormen.

Patienten ankede med den begrundelse, at der måtte være tale om en apparaturfejl, når stiftens rod kunne knække efter så kort funktions-tid.

Ankenævnet fandt ikke, at der var grundlag for at antage, at der var tale om en materialefejl ved den anvendte stift og tilføjede derudover, at patientforsikringen ikke dækker følger af, at en given behandling ikke har den for-

ventede og normale holdbarhed. Derudover fandt nævnet ikke, at der var grundlag for at antage, at stiftens rod ikke havde været korrekt dimensioneret under de givne forhold. På den baggrund afvistes at yde erstatning efter reglerne i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1 eller 2. Derimod fandt nævnet, at den forvoldte skade var omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 3, idet skaden med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået, såfremt der ved behandlingen i stedet var blevet lavet en stiftopbygning i form af en støbt opbygning. Ankenævnet fandt herefter, at patienten var berettiget til erstatning for udgiften til en 3-leddet bro. Endvidere fandt nævnet ikke, at der var grundlag for fradrag i erstatningen for den mistede krone. (183/00)

5.2.4. § 2, stk. 1, nr. 4 Tålereglen

1. Betydelig risiko for nerveskade.

Efter en operativ fjernelse af en cyste og operativ behandling af kindtand havde patienten fået nedsat følelse i følelsenerven i undermundens venstre side.

Forsikringsselskabet afviste at yde erstatning med den begrundelse, at der ikke var indtrådt en fysisk skade i forbindelse med tandbehandlingen. Endvidere anførtes det, at patienten var blevet orienteret om risikoen for en sådan skade.

Patienten ankede med den begrundelse, at komplikationerne var for mange, og at der var for mange smerter i området omkring kæben og hagen.

Ankenævnet var ikke enig i, at der ikke var sket en fysisk skade. Derimod var nævnet enig i, at betingelserne i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1-3 ikke var opfyldt. Behandlingen havde været udført bedst muligt under de givne forhold, og der var ikke mulighed for at udføre den på anden måde.

Endvidere fandt Ankenævnet, at den tætte

relation mellem nerve og tand indebar en ret betydelig risiko for komplikation af den karakter, som faktisk indtrådte. Reglen i nr. 4 giver kun ret til erstatning ved komplikationer, der indtræder så sjældent og uforudsigeligt, at der ikke er nogen grund til at tage risikoen for en sådan i betragtning. Denne betingelse var således ikke opfyldt i dette tilfælde.

For så vidt angik orienteringen om risikoen, pointerede Ankenævnet, at dette ingen betydning havde for kravet om erstatning. (77/99)

2. Sjældenhedsbetingelsen.

I forbindelse med en tandbehandling opstod der en blodansamling i patientens overmund. Patienten påpegede, at følgerne heraf var en påvirkning af bevægenerven til ansigtet, en øm kind og en hængende læbe. Blodansamlingen forsvandt, og det blev senere konstateret på Randers Centralsygehus, at der var normal funktion af alle grene af bevægenerven til ansigtet, at der ganske vist var lidt asymmetri af munden, men at det i det hele fandtes usandsynligt, at blodansamlingen skulle kunne give lammelse af en nervegren fra ansigtets bevægelsesnerve.

Forsikringen afviste at yde erstatning under henvisning til, at der var opstået en midlertidig komplikation, som ikke havde medført varigt mén, hvorfor der ikke var sket en skade i lovens forstand.

Patienten ankede afgørelsen og anførte, at hun stadig havde mén, samt at der ønskedes godtgørelse for svie og smerte.

I høringsrunden pointerede forsikringsselskabet, at såfremt der kunne statuere årsagssammenhæng mellem behandlingen og lammelsen, så ville der kunne ydes erstatning efter patientforsikringslovens § 1 under forudsætning af, at komplikationen kunne anses for alvorlig, idet der i så tilfælde kunne udbe-

tales erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 4. Da méngraden imidlertid ikke fandtes at overstige 5%, og da der ikke fandtes at have været sygedage, der oversteg forsikringens minimumsgrænse, kunne der herefter ikke udbetales erstatning.

Ankenævnet bemærkede, at den opståede blodansamling var en hyppig komplikation til den givne lokalbedøvelse. Som følge heraf fandtes betingelserne om sjældenhed ikke opfyldt, hvorfor der ikke var ret til erstatning efter reglen i nr. 4. Ankenævnet tilføjede, at det endvidere fandtes usandsynligt, at der var årsagssammenhæng mellem den udførte behandling og lammelsen af nervegrenen. (163/01)

5.2.5. § 3, stk. 2 Culpa

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.

1. Besvimelse efter bedøvelse.

Under en tandlægekonsultation med henblik på at få foretaget en fyldning fik patienten 3 bedøvelsesinjektioner. Efterfølgende blev patienten dårlig og som følge af besvimelse i venteværelset slog hun hovedet og fik en hjerneystelse.

Forsikringsselskabet meddelte patienten, at det anerkendte skaden i henhold til lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4, idet faldet var en direkte følge af behandlingen (injektionen) og var mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed måtte tåle. At en patient besvimer efter 3 injektioner blev ligeledes betragtet som værende sjældent (mindre end 1-2%). På den baggrund anerkendte sel-

skabet at yde godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Dansk Tandlægeforening ankede afgørelsen med den begrundelse, at skaden skulle have været henført under lov om patientforsikring § 3, stk. 2 i stedet, og da der efter denne bestemmelse kræves, at der har været tale om en culpøs handling, hvilket ikke var tilfældet i denne sag, burde der ikke have været givet erstatning.

Ankenævnet fandt ikke, at årsagen til utilpasheden og besvimelsen skulle tilskrives den konkrete behandling, men i stedet skulle betragtes som en psykisk betinget reaktion af behandlingen, det vil sige en kombination af psykisk stress og en stress-betonet reaktion oven på behandlingen. Nævnet fandt således ikke, at der var tale om en behandlingsskade, der kunne henføres under bestemmelserne i § 2 i lov om patientforsikring. Endvidere bemærkede nævnet, at skaden heller ikke kunne anses for forårsaget af bedøvelsesmidlet, og uheldet kunne heller ikke anses for forårsaget ved en fejl eller forsømmelse fra tandlægens side, der kunne begrunde anvendelse af de almindelige erstatningsretlige regler.

(152/00)

5.2.6 Culpa i øvrigt:

1. Bagatelgrænsen.

Under en rodbehandling blev der i tanden lagt paraform (en slags svag cellegift) for at devitalisere tandnerven. Efterfølgende konstaterede man, at der var slimhindeforandringer på tungen, og at patienten havde smagsforstyrrelser.

Forsikringen anerkendte skaden, men fandt ikke, at der var årsagssammenhæng mellem de beskrevne symptomer og skaden. Under alle omstændigheder fandtes méngræden ikke at være over 5%, som er minimum for, at der kan udbetales erstatning. Imidlertid

fandt forsikringsselskabet, at der var tale om et ansvar efter de almindelige erstatningsretlige regler, hvorefter patienten blev tilkendt godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for udgifter. Erstatningen blev fastsat til kr. 2.168,00.

Patienten ankede med den begrundelse, at der var årsagssammenhæng, samt at méngræden var større end 5%.

Ankenævnet tiltrådte den af forsikringsselskabet trufne afgørelse og bemærkede, at de beskrevne gener måtte tilskrives patientens grundsygdom – landkorttunge, og at der således ikke var påført et selvstændigt varigt mén ved behandlingen. Imidlertid fandtes tandlægen, i lighed med forsikringsselskabets afgørelse, erstatningsansvarlig efter dansk rets almindelige erstatningsregler, hvorefter der kunne ydes erstatning, selvom denne lå under minimumsgrænsen på kr. 3.000,- (229/01)

5.3. Erstatningsudmåling

Erstatningsudmålingen sker efter bestemmelserne i erstatningsansvarsloven. Der skal således udmåles erstatning for helbredelsesudgifter, tages stilling til krav om godtgørelse for svie og smerte og for varigt mén samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og eventuelt erhvervsevnetab. Det faktum, at der erlægges betaling af patienten hos tandlægen, gør, at der i ganske mange tandlægesager også indgår kontraktretlige forhold.

Grundprincippet er, at det er patientens nettoudgifter eller fordyrelsen, der erstattes.

5.3.1 Erstatningsberettigelse

1. Erstatningsberegning som følge af mangelfuld skoletandpleje.

En patient fik i skolealderen konstateret manglende anlæg for to kindtænder – anden lille og anden store kindtand i højre side (7-, 5-). Den lille kindtands mælketal blev af

den grund siddende ekstra længe i kæben, hvorefter tandlægen valgte at trække den ud. Det skønnedes ikke nødvendigt at foretage tandregulering af den årsag. Tænderne begyndte imidlertid at vandre, således at de øvrige tænder spredte sig i munden, og der skete derved en forringelse af tyggeevnen.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn påtalte den manglende opfølgning af tandudtrækningen og betegnede det som en overtrædelse af tandlægelovens § 12 vedrørende omhu og samvittighedsfuldhed.

Patienten ønskede tandregulering for at skabe plads til indsættelse af flere tænder og følgende indsættelse af 2 implantater med kroner. Forsikrings-selskabet afviste at yde erstatning til implantatbehandlingen med den begrundelse, at erstatning af manglende tandanlæg ikke kan ske, før patienten er fuldt udviklet, hvorfor det ikke kan ske i skolealderen, og at børnetandplejen ikke betaler for at få denne behandling udført.

Patienten ankede denne afgørelse. Anken begrundedes med, at patienten allerede var fuldt udviklet omkring 17-18 års alderen, og at implantatbehandlingen burde have været udført, subsidiært påbegyndt på dette tidspunkt. Herved ville behandlingen have foregået i skoletandplejens regi.

Ankenævnet stadfæstede forsikrings-selskabets afgørelse, idet nævnet var enig i, at erstatning af de ikke-anlagte tænder sædvanligvis første sker efter 20-22 års alderen, hvorfor den kommunale tandpleje ikke dækker dette behov. Endvidere bemærkedes, at patienter med manglende tandanlæg derfor er henvist til at søge økonomisk hjælp efter Socialservicelovens § 97. Der var altså ikke, med hensyn til økonomisk hjælp til behandling af de manglende tandanlæg, sket nogen faktisk ændring af patientens vilkår som følge af den forsinkede erkendelse af dette behandlingsbehov.

Den skade, der var sket, omfattede således udelukkende tandvandringer, der kunne behandles ved tandregulering. (69/99)

5.3.2 Erstatning af nettoudgifter

1. Fradrag for udgifter som nødvendig forebyggelse og behandling ville have medført.

En patient søgte på grund af smerter ny tandlæge efter i en årrække at have konsulteret den samme. Der konstateredes i den forbindelse mangelfuld tandpleje, og den nye tandlæge afgav et behandlingsforslag med generel sanering til bedre kvalitet.

Landstandlægenævnet pålagde den oprindelige tandlæge fuldt ansvar for skaderne på tre tænder samt 50% ansvar for de øvrige skader.

Forsikrings-selskabet anførte, at det umiddelbart var enig i kendelsens konklusion, men fandt, at en ikke uvæsentlig del af det forøgede behandlingsbehov måtte tilskrives ansvar fra patientens side. På den baggrund afviste forsikrings-selskabet at anerkende udgifter til det forøgede behandlingsbehov, der lå ud over opbygning og kroner til 2 tænder samt til en 3-leddet bro til erstatning af en tand (de tænder, som tandlægen blev erkendt fuldt ansvarlig for af Landstandlægenævnet), som væren-de forårsaget af tandlægens mangelfulde behandling.

Ankenævnet fandt, at Landstandlægenævnets ansvarsfordeling ikke havde nogen betydning i ankesagen, idet dette nævn kun tager stilling til, om der kan rettes kritik mod tandlægen i henhold til tandlægeloven, men ikke til spørgsmålet om erstatning.

Derudover bemærkede Ankenævnet, at ansvaret for den utilstrækkelige mundhygiejne kunne pålægges både patienten og tandlægen, og de opståede tandskader skyldtes en kombination af manglende indsats fra begge side. Da der imidlertid ikke var journalført

oplysninger om den dårlige mundhygiejne, måtte den største del af ansvaret pålægges tandlægen. Selvom patienten måtte have et vist medansvar for udviklingen af caries, var det under alle omstændigheder tandlægens ansvar, at der blev grebet ind herimod bedst muligt, således at yderligere skade forhindredes. Ved vurderingen af skaderne måtte der tages hensyn til de udgifter, som patienten gennem årene ville have haft, hvis der var blevet gennemført den bedst mulige behandling til forebyggelse af disse skader. Patientens økonomiske tab i anledning heraf omfattede derfor kun forskellen mellem udgifterne til det aktuelle behandlingsbehov og de udgifter, som patienten gennem årene havde sparet som følge af den utilstrækkelige behandling. (73/99)

2. Fradraget for udgifter, som nødvendig behandling ville have medført.

En patient fik på trods af regelmæssige tandbehandlinger alligevel konstateret parodontose i så alvorlig grad, at de to forreste tænder i undermundten måtte trækkes ud, og at der opstod dybe tandkødsломmer ved kindtænderne, ligesom der generelt var et markant svind af tændernes støttevæv.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn traf i forbindelse med sagens behandling i Amtstandlægenævnet herefter den afgørelse, at tandlægen havde overtrådt tandlægelovens § 12, idet han ikke havde været tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld i sin behandling af patienten.

Efter anke fra tandlægen traf Landstandlægenævnet afgørelse om, at tandlægen skulle bære 2/3 af ansvaret for tabet af tænderne i undermundten samt halvdelen af ansvaret for parodontal behandling og for følgetilstande af parodontosen i to år at regne fra kendelsens dato.

Forsikringsselskabet anså herefter skaden for omfattet af patientforsikringsloven og anførte, at det ville lægge Landstandlægenævnets ansvarsfordeling til grund ved erstatningsudmålingen.

På vegne af patienten ankede dennes advokat herefter afgørelsen med påstand om, at tandlægen skulle pålægges det fulde ansvar.

Forsikringsselskabet foreslog herefter, at grænsen for konstateringen af den nødvendige efterbehandling skulle sættes til 5 år.

Ankenævnet fandt, at forsikringen skulle dække de fulde udgifter til erstatning for tænderne inklusive midlertidige foranstaltninger. Desuden fandt Ankenævnet, at forsikringen skulle dække udgifterne til parodontosebehandling, dog med fradrag for den udgift patienten ville have haft, hvis der var blevet diagnosticeret og behandlet rettidigt. Ankenævnet fandt sluttelig, at forsikringen skulle dække eventuelle fremtidige følger af parodontosen, hvis det kunne fastslås, at disse følger med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives den manglende diagnosticering og behandling. Dertil fandt nævnet, at der skulle fastsættes en observationsperiode på 5 år. Skulle der opstå ny parodontose indefor denne periode, ville det indebære en ny konkret vurdering af erstatningsspørgsmålet. (125/00)

3. Fradrag i erstatning for underbehandling over en 20-årig periode.

I forbindelse med et tandlægeskift blev det konstateret, at kun en ekstraordinær indsats såvel fagligt som økonomisk kunne forhindre, at der måtte laves to helproteser hos patienten, idet der ikke havde været ydet rettidigt omhu med oplysning om og iværksættelse af hensigtsmæssig tandbehandling hos patientens daværende tandlæge.

Forsikringsselskabet meddelte patienten, at rimelige udgifter til erstatning af de mistede

tænder i overkæben med en delprotese ville blive dækket.

Patientens nye tandlæge ankede afgørelsen på vegne af patienten under henvisning til, at den af forsikringsselskabet tilbudte erstatning ikke var tilstrækkelig henset til den mangelfulde behandling og skadens omfang.

Ankenævnet fandt, at behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, idet skaderne med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået, hvis der havde været diagnosticeret og behandlet tidligere i forløbet, jf. patientforsikringslovens § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1. Ankenævnet fandt derfor, at retten til erstatning omfattede samtlige behandlingskrævende tænder. Der fandtes dog at skulle fradrages et skønsmæssigt fastsat beløb på kr. 20.000,- svarende til den udgift, som patienten forventeligt ville have haft, såfremt der var diagnosticeret og behandlet rettidigt. (171/01)

5.3.3. Eksempel på, at ankenævnsafgørelse kan frakende erstatning tilkendt i 1. instans.

Implantat.

I forbindelse med en rodbehandling skete der en gennembrydning af roden i en af patientens tænder.

Forsikringsselskabet afviste i første omgang at anerkende skaden, idet det ikke mente, at der var sket en fysisk skade i lovens forstand, da gennembrydningen kunne dækkes af kronen. Derefter reviderede de afgørelsen, idet tanden blev trukket ud, hvilket fandtes at være en skade i lovens forstand. Skaden blev således anerkendt, og patienten tilkendtes erstatning for udgiften til et implantat til erstatning af tanden, dog med fradrag for sparede udgifter til opbygning og krone.

Tandlægen ankede herefter på vegne af patienten afgørelsen med henvisning til, at der

også burde ydes erstatning for udgifterne til krone og ny protetisk behandling i øvrigt.

Ankenævnet fandt – modsat forsikringsselskabet – at tanden allerede inden gennembrydningen af roden var så dårlig, at den under alle omstændigheder skulle være trukket ud. Tandens kunne således ikke have været bevaret med en opbygning og krone. Det forhold, at tanden blev trukket ud, ændrede ikke ved det behandlingsbehov, som var til stede forud for perforationen, og der fandtes således ikke at være sket nogen skade, hvorfor der ikke blev ydet erstatning. (140/00)

5.3.4 Erstatningsansvarsloven § 1.

1. Tabet af tænderne var grundsygdommen

Patienten henvendte sig til tandlægen efter at have været udsat for et voldeligt overfald, hvor patienten blev påført flere slag i ansigtet med kæbelæsion og beskadigelse af visse tænder til følge.

Tandlægen foretog en sammenbinding af kæberne, som fjernedes efter 6 uger, hvorefter tandlægen trak 5 tænder i overmundens ud og lavede en delprotese.

Nævnet vedrørende Erstatning til Ofre for Forbrydelse tilkendte patienten erstatning til dækning af disse udgifter.

Efterfølgende oplevede patienten, at der var problemer med protesen, hvorefter en ny tandlæge i samråd med en specialtandlæge besluttede at trække samtlige tænder i overmundens ud og fremstille en helprotese. Nævnet vedrørende Erstatning til Ofre for Forbrydelser dækkede tillige denne behandling.

Amtstandlægenævnet traf kendelse om, at delprotesen ikke havde været honorarværdig, hvorefter tandlægen pålagdes at tilbagebetale honoraret herfor.

Patienten ønskede herefter erstatning for de mistede tænder med henvisning til, at sammenbindingen af kæberne og den videre

tandbehandling udført af pågældende tandlæge var skyld i, at de havde måttet trækkes ud.

Forsikringsselskabet såvel som Ankenævnet anførte, at tabet af tænderne måtte tilskrives fremskreden parodontose, og at den påklagede tandbehandling havde opfyldt speciallistnormen, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. Der fandtes således ikke grundlag for at anse den udførte behandling for at være årsag til tandtabet. (116/00)

5.3.5. Minimumsgrænsen

1. Egne udgifter mindre end 3000,00 kr.

Under en rodbehandling af en kindtand i overmund knækkede der 2 rodfile i rodkanalerne, hvilket nødvendiggjorde kirurgisk rodbehandling.

Forsikringsselskabet meddelte patienten, at skaden var omfattet af forsikringen i henhold til Lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 2, og at der ville blive ydet erstatning for udgiften for kirurgisk behandling, såfremt denne ville overstige minimumsgrænsen på kr. 3.000,-. Forsikringsselskabet meddelte endvidere, at der ville blive ydet erstatning for udgiften til en bro eller et implantat, hvis tanden senere mistedes som følge af en rodspidsbetændelse på en af de faciale rødder.

Forsikringsselskabet meddelte efterfølgende patienten, at dennes udgifter ikke oversteg minimumsgrænsen, og at der derfor ikke kunne ydes erstatning herfor.

Patienten ankede med den begrundelse, at det ikke var rimeligt, at der blev fratrukket de udgifter, som den offentlige sygesikring dækkede. Endvidere fandt patienten det heller ikke rimeligt, at der ved erstatningsudmålingen blev fratrukket udgifter, som den nødvendige behandling, uanset skaden, ville have medført. Sluttelig anmodede patienten Ankenævnet om at tage stilling til spørgsmå-

let efter de almindelige erstatningsretlige regler.

Ankenævnet fandt, at sagen alene drejede sig om, hvorvidt udgiften til udbedring af skaden oversteg patientforsikringsdækningens minimumsgrænse. Ankenævnet var i øvrigt enig i den af forsikringsselskabet trufne afgørelse og bemærkede, at det alene er egne udgifter, der afholdes i forbindelse med skaden, der skal overstige kr. 3.000,-. Yderligere bemærkede Ankenævnet, at udgifterne til behandling, som med overvejende sandsynlighed skulle have været afholdt uanset skadens indtræden, ikke berettiger til erstatning. Endelig bemærkede nævnet, at såfremt der måtte ske yderligere skade som følge af de knækkede rodfile, ville forsikringen dække udgiften til en bro eller et implantat. I så fald ville der så også kunne ydes erstatning for det nu omtvistede regningsbeløb. For så vidt angår de almindelige erstatningsretlige regler fandt nævnet ikke, at der forelå culpa, som ville kunne begrunde erstatning herefter. (131/00)

5.3.6. Godtgørelse for varigt mén

1. Følger af skade ved nyt indgreb på sygehus – forholdet til offentlig patientforsikring.

Efter at have fået bortopereret en visdomstand i højre side af underkæben havde patienten en snurrende og prikkende fornemmelse svarende til nervens udbredelsesområde. Herefter mistede patienten desuden kindtanden ved siden af visdomstanden. Patientens havde et langt og smertefuldt forløb, der blev behandlet på Odense Universitetshospital med oprensning af operationssåret med stor risiko for at kompromitere nervefunktionen.

Forsikringsselskabet meddelte patienten, at der ville blive tilkendt erstatning for rimelige udgifter til erstatning af den mistede tand med et implantat. Det meddeltes desuden, at

godtgørelse for svie og smerte, varigt mén, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og medicinudgifter ville blive vurderet, når der forelå dokumentation herfor. I forbindelse med nerveskaden blev det anført, at den anerkendtes, idet operationsområdet ikke var tilstrækkeligt belyst, inden det operative indgreb blev udført, og i forbindelse med tabet af kindtanden blev det anført, at tabet af denne med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives indgrebet på visdomstanden.

På vegne af patienten ankede dennes advokat afgørelsen, idet det anførtes, at der skulle ydes erstatning for cariesangreb på tænderne i perioden efter skaden. Endvidere blev der krævet erstatning for rodbehandling af en anden tand, idet der blev argumenteret for, at denne blev slidt kraftigt på grund af den mistede tand.

Efterfølgende fastsatte forsikringsselskabet méngraden til 5%, hvilket anfægtedes af patientens advokat, som mente, at tilstanden stadig ikke var stationær. Endvidere blev det anført, at der tillige var tilstødt psykiske mén på grund af smerterne og generne.

Ankenævnet fandt, at der ikke var tilstrækkelig indication for fjernelse af visdomstanden, idet der kun var usikre symptomer og smerter i højre side af underkæben, hvortil kom, at tanden tillige var dybt beliggende med knogledække, hvilket ikke i almindelighed indebærer indikation for fjernelse. Behandlingen havde derfor ikke været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, jf. Lov om patientforsikring § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1. Der fandtes derfor grundlag for erstatning for følgeskaderne heraf, hvilket indbefattede nerveskaden. Den blivende beskadigelse heraf indtraf, da patienten blev behandlet på Odense Universitetshospital. Således hørte dette umiddelbart under den offentlige patientforsikringsordning. Der fandtes dog at være så-

dan sammenhæng mellem den af den privatpraktiserende tandlæge udførte behandling og skadens indtræden, at der var tale om en indirekte følge af den oprindelige behandling. Der blev fastsat en méngrad på 5%. Derudover bemærkede nævnet, at psykiske følger berettiger til erstatning, såfremt der foreligger tilstrækkelig dokumentation herfor. Dette fandtes ikke at foreligge i dette tilfælde. For så vidt angik den tabte tand, fandtes den at være en følge af indgrebet, hvorfor patienten var berettiget til erstatning for udgifterne til et implantat eller til godtgørelse for den mistede tand. Svie og smerte godtgørelse kunne tilkendes, hvis der fremskaffedes fornøden dokumentation. Hverken rodbehandlingen eller cariesangrebet fandtes at kunne tilskrives behandlingen. (192/01)

2. Méngradsgrænsen på 5%.

Efter at have fået trukket en tand ud, blev det fastslået, at patienten havde en sovende fornemmelse i venstre kind samt talebesvær. Man konstaterede, at der i forbindelse med udtrækningen havde været anvendt infiltrationsbedøvelse, men Tand-, mund-, og kæbekirurgisk afdeling på Amtssygehuset i Glostrup anså det for næsten utænkeligt, at det skulle kunne have afstedkommet en varig nerveskade. Endvidere fandt man, at talebesværet formentlig måtte tilskrives patientens forhold.

Forsikringsselskabet anerkendte skaden i henhold til lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4. Der anførtes i begrundelsen, at det ikke fandtes overvejende sandsynligt, at bedøvelsen skulle have medført en nervebeskadigelse, men at den tidsmæssige sammenhæng gjorde, at de måtte sættes i forbindelse med hinanden. Talebesværet fandtes dog på ingen måde at kunne sættes i forbindelse med tandudtrækningen. Der fandtes imidlertid ikke

grundlag for at kunne yde erstatning, idet méngraden var under 5%.

Tandlægen ankede afgørelsen på patientens og egne vegne, og det blev fastholdt, at patienten havde store gener af behandlingen.

Ankenævnet bemærkede, i lighed med forsikrings-selskabet, at der var tale om en skade omfattet af lov om patientforsikring § 1, stk. 1 samt § 2, stk. 1, nr. 4, men ikke § 2, stk. 1, nr. 1, da tandlægen fandtes at have handlet i overensstemmelse med specialistnormen. Ankenævnet bemærkede, ligesom forsikrings-selskabet, at der dog var tale om en méngrad under 5%, hvorfor der ikke var grundlag for at yde erstatning. For så vidt angik talebesværet, mente Ankenævnet, at det måtte tilskrives andre forhold end behandlingen. (225/01)

3. Méngodtgørelse sat til 5% i overensstemmelse med gældende praksis

1. Gener efter tandudtrækning.

Efter at have fået fjernet en visdomstand oplyste patienten, at hendes tunge var helt følelsesløs. Senere ændrede tilstanden sig, og patienten oplyste, at der var sket en forbedring, således at der syntes at være følelse » indeni tungen«, dog med en helt død overflade visse steder. Patienten oplevede desuden, at der var en fornemmelse af bedøvelse og snurren.

Forsikrings-selskabet meddelte patienten, at der ville blive ydet erstatning, og at méngraden var sat til 5%.

På vegne af klienten ankede dennes advokat afgørelsen med den begrundelse, at skaden i længden ville udgøre et mén på mere end 5%. Advokaten tilføjede efterfølgende, som argument for en højere ménfastsættelse, at der hos patienten ikke eksisterede smagsindtryk i tungen venstre side.

Ankenævnet fandt, at ménfastsættelsen var i overensstemmelse med flere lignende sager i

Arbejdsskadestyrelsen og dennes praksis på området og tilføjede, at selv væsentlige lammelser vurderes til 5% mén. Endvidere anførte nævnet, at mén-tabellen kun kan fraviges, hvis skaden har medført gener, der går væsentligt ud over dem, der normalt er forbundet med den pågældende type skade. Dette fandtes ikke at være tilfældet her, hvorfor der ikke var grundlag for at ændre forsikrings-selskabets afgørelse herom.

Ankenævnet bemærkede imidlertid, at det følger af erstatningsansvarsloven § 10, at patienten er berettiget til at forelægge spørgsmålet om méngrad for Arbejdsskadestyrelsen. Ankenævnet respekterer herefter Arbejdsskadestyrelsens vurdering, således at patienten får udbetalt godtgørelse for varigt mén i overensstemmelse hermed.

Patienten vil i så fald få refunderet det gebyr (4800,00 kr.), som skal betales for en sådan udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen. Derimod vil patienten ikke få refunderet gebyret, hvis Arbejdsskadestyrelsen vurderer méngraden til at være 5% eller mindre. (100/99)

5.4. Andre spørgsmål

5.4.1. Tabsbegrænsningspligt

1. Erstatningsansvarsloven § 1.

I forbindelse med en rodbehandling knækkede et rodinstrument i en af patientens tænder med rodspidsbetændelse til følge. Patientten anmodede derefter om at få tanden trukket ud og få fremstillet en bro i stedet.

Forsikrings-selskabet anerkendte skaden som værende omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 2 og tilbød at dække udgiften til en skadesudbedrende kirurgisk behandling af den pågældende tand, men ikke den af patienten ønskede bro, idet patientens tabsbegrænsningspligt gjorde det tilstrækkeligt kun at udføre kirurgisk behandling.

Patienten ankede afgørelsen med det argu-

ment, at der var en betydelig fare for lædering af nervebanen i forbindelse med den kirurgiske behandling.

Ankenævnet fandt, ligesom forsikringselskabet, at patienten var blevet påført en fysisk skade i form af rodspidsbetændelse, og at denne skade med overvejende sandsynlighed skulle tilskrives det knækkede rodinstrument. Derudover erklærede nævnet sig enige i forsikringselskabets afgørelse, hvorefter der kun blev tilkendt erstatning for den kirurgiske rodbehandling som følge af patientens tabsbegrænsningspligt. Nævnet bemærkede således, at det anerkendte indgreb ville være et mindre, ufarligt indgreb, der med overvejende sandsynlighed ville kunne udbedre skaden uden særlig risiko for nervebeskadigelse. (201/01)

5.4.2. Tandlægearbejde gået tabt ved skaden.

1. En patient fik lavet henholdsvis en 3-leddet bro samt en ekstensionsbro i overkæben. Broppetanden i ekstensionsbroen viste sig, i lighed med en broppetand i den 3-leddede bro, senere at skulle rodbehandles og fundamentet genopbygges med en opbygning. Desuden blev det konstateret, at begge broarbejder mistedes. I venstre side af underkæben blev der tillige lavet en 6-leddet bro, som dog senere blev omgjort, idet den ene broppetand ikke kunne bevares.

Forsikringselskabet meddelte patienten, at der ville blive ydet erstatning i henhold til Lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1, og at forsikringen ville betale rimelige udgifter til rodbehandling og restaurering med støbt opbygning af broppetanden i ekstensionsbroen, hvorimod rodbehandling og opbygning af broppetanden i den 3-leddede bro skulle have været udført under alle omstændigheder.

På vegne af patienten ankede dennes advo-

kat afgørelsen henvisning til, at skaden måtte være omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Ankenævnet fandt, at det for så vidt angik broppetanden i ekstensionsbroen var overvejende sandsynligt, at den manglende tilfredsstillende brobehandling var årsag til, at tanden skulle rodbehandles og fundamentet genopbygges med en opbygning. Således fandtes patienten berettiget til erstatning for udgiften til rodbehandling og restaurering med støbt opbygning af denne tand. For så vidt angik broppetanden i den 3-leddede bro, som tillige måtte rodbehandles og genopbygges, fandt nævnet, at der også her med overvejende sandsynlighed var tale om, at den mangelfulde behandling var skyld i de efterfølgende nødvendige tiltag. På den baggrund fandtes der også her at være grundlag for erstatning. For så vidt angik den mistede tand i underkæben, fandt nævnet, at tandens prognose var udsigtsløs, således at der ikke var blevet påført patienten en skade i lovens forstand. For så vidt angik brobehandling i underkæben fandt nævnet, at der var tale om en sag mellem patient og tandlægen (her boet efter tandlægen), der ikke faldt inden for nævnets kompetence. For så vidt angik broarbejdet i overkæben fandt nævnet, at der her var tale om en fejlbehæftet behandling, som nævnet tilkendte patienten erstatning for. Det drejede sig her om udgiften til omgørelse af broarbejde, hvorefter kravet om tilbagebetaling af honorar herfor ville overgå til forsikringselskabet. (206/01)

Kapitel 6. Særlige problemstillinger

6.1. Behandling af patientskadesager ved domstolene

Patientskadesager, der ikke i forhold til patienten har fundet sin endelige afgørelse, kan af patienten indbringes for de almindelige domstole. Derudover findes der sager, hvor der ikke er udtaget stævning, men alene rejst krav, og hvor sagen søges afsluttet, uden at det bliver nødvendigt at udtage stævning.

Disse sager varetages for Praksisforsikringen og Ankenævnet af advokat Tina Reissmann, Plesner Svane Grønborg samt Praksisforsikringens tandlægekonsulenter.

I perioden 2000-2001 har der været tale om 21 anmeldte sager, hvoraf 14 fortsat verserer.

Ingen af sagerne omhandler alene tandlægens mangelsansvar (krav om udbedring af behandling eller tilbagetaling af honorar), idet dette spørgsmål hovedsagelig afgøres i klagesystemet. Såfremt sagen ikke er afgjort i Klagesystemet, men tværtimod fortsætter som retssag, er tvisten ikke omfattet af den gældende patientskadeversicherung, og tandlægen vælger typisk at lade sin sædvanlige advokat føre sagen. I så fald kan der søges om retshjælpsdækning til betaling af sagens omkostninger.

En del af patientskadesagerne indeholder dog et element af mangelsansvar. Dette forhold behandles naturligvis sammen med de øvrige tvistepunkter i sagen. Ender sagen således med, at honoraret skal tilbagebetales helt eller delvist, er det tandlægen selv, der er ansvarlig for tilbagebetalingen, da udgiften er Patientskadeversicherungens uvedkommende, jf. i øvrigt kapitel 2.5, der beskriver, hvordan forsikringen håndterer dette (mangels)ansvar.

De patienter, der indleder retssag, har ofte været involveret i sagen mod den (tidligere) tandlæge igennem en årrække. Ofte har patienterne været en tur igennem klagesystemet, igennem førstebehandlingen i Praksisforsikringen og eventuelt igennem en behandling i

Ankenævnet. På grund af Ankenævnets relative korte levetid er dette dog de færreste sager. Disse langvarige forløb kan til tider få en negativ afsmittende virkning på forløbet af retssagen.

Kravene, der fremsættes, er typisk erstatning for helbredelsesudgifter, erstatning for behandling hos anden tandlæge, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, godtgørelse for svie og smerte og eventuelt varigt mén samt i mere sjældne tilfælde erstatning for erhvervs-evnetab.

De fleste sager har heldigvis en forholdsvis begrænset sagsgenstand, idet det trods alt er de færreste sager, der resulterer i en langvarig sygdomsmedde, eller varige følger. At det påståede erstatningskrav er relativt begrænset i kroner og ører er imidlertid ikke ensbetydende med, at sagen gennemføres i rettens regi indenfor en overskuelig periode eller i øvrigt finder en rimelig forligsmæssig afslutning. Dette kan i en del tilfælde skyldes, at langt størstedelen af patienterne er dækket af en retshjælpsforsikring (eller bevilling af fri proces), der betaler stort set samtlige omkostninger i forbindelse med førelse af retssag.

På trods af de økonomiske konsekvenser vælger Praksisforsikringen at betale for gennemførelsen af retssagen, såfremt et forlig synes umiddelbart urimeligt.

I den forbindelse kan nævnes, at nogle patienter, der er repræsenteret af advokat, ofte ikke indbringer Praksisforsikringens afslag for Ankenævnet og heller ikke ønsker at gøre dette, selvom Ankenævnet bekræfter at ville bortse fra en eventuel fristoverskridelse. Dette kan eventuelt skyldes, at der som udgangspunkt ikke i forbindelse med ankenævnsbehandlingen sker betaling af advokatudgifter, mens dette er tilfældet (som regel via retshjælpsforsikringen eller en fri procesbevilling), såfremt retssag anlægges. Udgangs-

punktet modificeres dog af enkelte tilfælde, hvor advokatudgifter dækkes, jf. kapitel 2.2.

I retssagerne er det som regel nødvendigt at hente hjælp udefra:

I de sager, hvor årsagssammenhængen mellem tandbehandlingen og patientens lidelser (sygemelding, varige følger m.v.) bestrides, er det ofte nødvendigt at indhente en udtalelse fra Retslægerådet. Erfaringsmæssigt kan der gå op til et år eller mere, før parterne er enige om det spørgetema, som Retslægerådet skal besvare og navnlig Retslægerådets besvarelse heraf.

Såfremt der er tvist om, hvorvidt patienten overhovedet har et berettiget erstatnings- eller godtgørelseskrav, eller om størrelsen af de påståede behandlingsudgifter er nødvendige, korrekte og i overensstemmelse med sædvanlig fremgangsmåde, vil det oftest være nødvendigt at foranstalte et syn og skøn, hvor den lokale tandlægeforening anmodes om at bringe en egnet syns- og skønsmand i forslag. Syns- og skønsmanden skal herefter besvare et af parterne i fællesskab udarbejdet syns- og skønstema og i den forbindelse eventuelt foretage en besigtigelse af patienten.

I sager, der involverer en længere sygemelding og navnlig varige følger (méngrad og/eller erhvervsevnetab), er det nødvendigt at indhente en vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen vedrørende længden af den erstatningsberettigende periode, méngraden og erhvervsevnetabets størrelse. Udover at en sådan udtalelse koster et gebyr på p.t. kr. 5.200,00 og ofte nødvendiggør, at der udarbejdes yderligere lægeerklæringer, kan der gå et år eller mere på fremkomst af udtalelserne.

Hvorledes ender sagerne?

Resultatet kan groft sagt opdeles i to kategorier:

I de sager, hvor der efter en nærmere vurdering eksisterer en procesrisiko forstået på

den måde, at patienten nok har krav på en eller anden form for erstatning, men ikke hele det påståede beløb, overvejes og forsøges altid en forligsmæssig afslutning på sagen, idet der herved også tages hensyn til den tid, som tandlægen skal bruge, såfremt sagen gennemføres til domsforhandling og de udgifter, der medgår hertil.

Såfremt der ikke er nogen anledning til at indlede forligsforhandlinger, gennemføres sagerne til domsforhandling. De indtil nu gennemførte domsforhandlinger har stort set alle resulteret i en frifindelse af tandlægen, hvilket dokumenterer, at sagsanlægget ikke havde nogen berettigelse.

Sådanne frifindelser medfører ikke umiddelbart en reduktion af antallet af retssagerdels fordi én sag aldrig helt minder om en anden, dels fordi patienten som regel er dækket af en retshjælpsforsikring (fri procesbevilling).

6.2. Nerveskader

Med 30-40 skader på nerver årligt i tandlægepraksis er nerveskader blandt de mindre hyppige, men for patienterne de mest belastende, og erstatningsudbetalingerne til denne skadegruppe er blandt de største.

Nerveskader dækkes efter § 2, stk.1, nr. 1, når skaden med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, hvis behandlingen var blevet udført på specialistniveau, eller efter § 2, stk.1, nr. 4 hvor behandlingen har været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, men hvor skaden er meget sjælden og uventet og mere omfattende end en patient med rimelighed må tåle. Et eksempel på sidstnævnte kan være en nerveskade som følge af en almindelig rutinemæssig lokalbedøvelse.

Hvis en nerveskade ikke dækkes, skyldes det, at behandlingen har været udført bedst muligt, og at skaden ud fra en faglig vurdering

var en forudsigelig og forventet komplikation. Som eksempel kan nævnes skade på nerven til læbe og underkæbe (n. alveolaris inf.) opstået efter fjernelse af en undermundsvisdomstand, hvor indikationen har været ubetinget, risikoen for nerveskade diagnosticeret og taget i betragtning ved operationen, og operationen udført bedst muligt. Skaden skyldes i så fald tilstanden og ikke behandlingen, og er dermed ikke forsikringsdækket.

Godtgørelsens størrelse afhænger af den varige méngrad, som nerveskaden har medført, vurderet ud fra Arbejdsskadestyrelsens méngradtabel. Omfatter skaden fx total følesløshed af tunge- og/eller læbenerven (n. lingualis og n. alveolaris inf.) i den ene side, vurderes skaden til en méngrad på 5-8% og i tilfælde af, at begge nerver er beskadiget, til en méngrad på 8-10%. Godtgørelsen udgjorde per. 1. januar 2001 3.440 kr. per méngrad.

Når forsikringen modtager en anmeldelse vedr. en nerveskade, er der, som følge af det videnskabelige arbejde som overtandlæge Søren Hillerup, Rigshospitalet, har udført, udviklet den praksis, at patienten bliver anmodet om at henvende sig hos ham med henblik på en vurdering af skadens omfang og behandlingsmuligheder. Er det af praktiske grunde vanskeligt for patienten at komme til Rigshospitalet, henvises til en af de hospitalstandlægeafdelinger, forsikringen også samarbejder med.

Dette har betydet, at patienterne kommer hurtigere til undersøgelse og evt. behandling, og dette har forbedret prognosen, foreløbig for skader på tungenerverne.

I et forsøg på at formindske nerveskader i tandlægepraksis har Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring og Codan støttet udviklingen af et Cd-Rom baseret undervisningsmateriale om fjernelse af visdomstænder i undermund. Materialet forventes

klart i 2003 og vil blive tilsendt alle tandlægepraksis omfattet af forsikringen.

6.3. Forældelse

Af de almindelige forsikringsbetingelser for Praksisforsikringen følger, at dækning under forsikringen er betinget af, at skaden er konstateret og anmeldt efter d. 1/1 1995. Hvis skaden er konstateret forud for dette tidspunkt, dækkes den kun efter de forsikringsbetingelser, der gjaldt på dette tidspunkt, dog således, at skader, der blev konstateret før d. 1/1 1990, ikke dækkes overhovedet.

Det følger heraf, at det – i forhold til disse regler – ikke har nogen betydning, hvornår skaden er forårsaget. Dette er i modsætning til den offentlige patientforsikringsordning, som kun dækker skader, som er forårsaget efter tidspunktet for patientforsikringslovens ikrafttræden (dvs. efter d. 1/7 1992). Praksisforsikringen er derimod blevet givet en vis tilbagevirkende kraft, således at en skade kan blive dækket i alle tilfælde, hvor den først blev konstateret efter ikrafttrædelsestidspunktet (d. 1/1 1995). Det afgørende i så henseende er, hvornår patienten faktisk fik kendskab til skaden.

Selv om en skade herefter falder ind under forsikringens tidsmæssige udstrækning, er det imidlertid en yderligere betingelse for ret til erstatning, at erstatningskravet i anledning af skaden ikke er forældet. 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 »utilreg-

nelig 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«.

Denne regel indebærer, at 5-års fristen løber fra det tidspunkt, hvor patienten indså eller burde have indset, at der var indtrådt en skade, som kunne begrunde et krav om erstatning. Selv om Praksisforsikringen på dette punkt ikke henviser til reglerne for den offentlige patientforsikringsordning, indeholder loven herom (i § 19, stk. 1) en fuldstændig tilsvarende regel.

I praksis indebærer reglen, at det afgørende er, hvornår patienten har fået et sådant kendskab til en indtrådt skade, at der for patienten havde været tilstrækkelig anledning til at gøre et erstatningskrav gældende – hvilket her vil sige: til at anmelde skaden til Praksisforsikringen. Ankenævnet har i 2000 og 2001 i tre tilfælde fundet, at patientens krav som følge heraf var forældet, fordi patienten tidligere end 5 år før anmeldelsen havde haft tilstrækkelig viden om skaden.

1. Patienten fik i oktober 1992 indsat 4 implantater til erstatning for kindtænderne i underkæben. I højre side var knoglehøjden meget lav, og der blev derfor foretaget en flytning af underkæbens nervebane for at undgå beskadigelse af nerven ved udboring til implantaterne. I forbindelse hermed skete en beskadigelse af nervus mentalis (det yderste stykke af underkæbens følenerve). Nerven blev straks sammensyet, men efterfølgende konstateredes, at der var føleforstyrrelser med smertefornemmelser. Patienten indgav i september 1995 klage til Amtstandlægenævnet over behandlingen, og afgørelsen herfra blev i 1999 indbragt for Landstandlægenævnet, der

fandt, at behandlingen ikke havde været honorarværdig. Skaden blev anmeldt til Praksisforsikringen i juni 2000.

Forsikringsselskabet Codan traf afgørelse om, at patienten var berettiget til en godtgørelse for 5% varigt mén som følge af nerveskaden, men patienten mente, at méngraden burde sættes højere og indbragte derfor afgørelsen for Ankenævnet.

Ankenævnet fandt imidlertid, at patienten senest i 1994 havde fået kendskab til skaden, således at ethvert krav på erstatning i anledning heraf var forældet på tidspunkt for anmeldelsen af skaden i 2000 (160/00).

2. Patienten havde gennem en længere periode haft ondt i flere tænder, men først da hun i juli 1994 konsulterede en anden tandlæge end sin sædvanlige, blev det konstateret, at problemerne især skyldtes udbredt caries i flere tænder. Den nye tandlæge iværksatte en omfattende behandling, og patientens ægtefælle rettede samtidig henvendelse til den tidligere tandlæge og gjorde opmærksom på situationen. Behandlingerne hos den nye tandlæge trak dog ud, bl.a. på grund af sygdom hos patienten, og først i 1998 blev den tidligere tandlæge præsenteret for nærmere oplysninger om diagnose og behandlingsforslag fra den nye tandlæge. I september 1999 gjorde den tidligere tandlæge i den forbindelse opmærksom på muligheden for at foretage anmeldelse til Praksisforsikringen, hvilket skete i januar 2000. Patienten gjorde i den forbindelse gældende, at hun ikke før september 1999 havde haft kendskab til Praksisforsikringens eksistens, og at hun ikke var blevet gjort opmærksom på reglerne om forældelse.

Både Codan og Ankenævnet fandt, at erstatningskravet var forældet. Patienten fik i juli 1994 kendskab til, at der var indtrådt skader på tænderne, og patienten mente allerede da selv, at det måtte skyldes mangelfuld diag-

nosticering og behandling hos den tidligere tandlæge. 5-års fristen løb derfor fra dette tidspunkt, således at kravet var forældet ved anmeldelsen i 2000 (173/01).

3. Patienten havde i en længere årrække gået til behandling hos en tandlæge, men blev af denne i 1994 henvist til dentalklinikken på et offentligt sygehus, da der opstod problemer med tanden 8÷. På sygehuset konstateredes det, at der var rodspidsbetændelse på denne tand og på tanden 7÷, hvor der endvidere fandtes en knækket rodfil. Tandlægen havde forinden indledt rodbehandling, men det var uvist, om den var blevet færdiggjort inden henvisningen til sygehuset. På sygehuset besluttede man at trække begge tænder ud, og også dette skete i 1994. I 1998 blev der indgivet klage til Amtstandlægenævnet, der imidlertid afviste at behandle klagen, da der var gået mere end 2 år efter, at det forhold, som gav anledning til klagen, var eller burde være kommet til patientens kundskab. Skaden blev anmeldt til Praksisforsikringen i oktober 2000.

Ankenævnet fandt, at det diagnostiske grundlag for tandudtrækningerne på sygehuset var uklart, men kunne i øvrigt ikke tage stilling hertil, idet en eventuel skade forvoldt på et sygehus falder uden for Praksisforsikringen og derfor i givet fald måtte behandles af den offentlige patientforsikring. Imidlertid måtte det under alle omstændigheder lægges til grund, at patienten senest på dette tidspunkt måtte være blevet gjort bekendt med de skader på tænderne, som foranledigede udtrækningen af dem. Da dette fandt sted i 1994, var ethvert muligt krav derfor forældet ved anmeldelsen i 2000. Det forhold, at der i 1998 var indgivet klage til Amtstandlægenævnet, havde ingen betydning for forældelsen af erstatningskravet, da dette nævn ikke har kompetence til at tage stilling til erstatnings-

spørgsmål. Ankenævnet tilføjede i øvrigt, at behandlingen hos tandlægen af de to tænder forud for udtrækningen måtte anses for at have været korrekt (203/01).

Som det fremgår af disse afgørelser, er det ikke muligt at tage hensyn til, at patienten ikke havde kendskab til Praksisforsikringen eller til reglerne om forældelse. Allerede derfor er det vigtigt, at den tandlæge, som har forvoldt en skade, som muligvis kunne berettige patienten til erstatning, gør patienten opmærksom på Praksisforsikringen og på forældelsesfristen. Det må formentlig antages, at en tandlæge, der forsømmer dette, derved gør sig skyldig i en overtrædelse af tandlægelovens § 12, hvorefter tandlægen i sin virksomhed er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at patientens ret til erstatning efter Praksisforsikringen ikke er begrænset til tilfælde af fejlbehandling, og at anmeldelse af en skade til Praksisforsikringen intet som helst har at gøre med klagesystemet. Som det fremgik af sag nr. 3, indebærer dette omvendt, at indgivelse af en klage ikke afbryder forældelsen af erstatningskravet.

Normalt volder det ikke store problemer at fastslå, hvornår patienten har fået kendskab til en skade. Dette gælder navnlig i tilfælde, hvor skaden umiddelbart medfører symptomer, der adskiller sig fra dem, der kan skyldes grundlidelsen. Forældelsesfristen ved nerveskader vil således normalt løbe fra det tidspunkt, hvor skaden er sket, idet skaden umiddelbart medfører føleforstyrrelser m.v., jf. sag nr. 1. Hvis imidlertid patienten får at vide, at der er en vis mulighed for, at følelseløsheden – med eller uden behandling – vil aftage i en sådan grad, at der muligvis ikke vil opstå nogen varig skade, har patienten ikke haft tilstrækkelig anledning til at anmelde skaden,

således at fristen på 5 år da først løber fra det tidspunkt, hvor det konstateres, at der ikke indtrådte en sådan bedring.

Også i andre tilfælde kan der gå nogen tid, inden følgerne af skaden kan konstateres på en sådan måde, at der var rimelig anledning til at indgive skadesanmeldelse. Det kan f.eks. forekomme ved parietale perforationer og ved knækkede rodfilet, der først på et senere tidspunkt giver anledning til symptomer. Fristen begynder naturligvis ikke at løbe, hvis patienten slet ikke havde kendskab til skaden, men selv om patienten fik kendskab hertil, vil der normalt ikke være tilstrækkelig anledning til at anmelde skaden, før den får konsekvenser for den pågældende tand. Det er uden betydning, hvad tandlægen vidste eller burde vide herom, hvis denne viden ikke er kommunikeret til patienten. Hvis tandlægen hævder, at patienten er blevet informeret om skaden, men patienten benægter dette, vil det i almindelighed være afgørende for Ankenævnets bevisvurdering, hvad der er anført herom i journalen.

Spørgsmålet om udskydelse af forældelsesfristens begyndelse kan endvidere især opstå i sager om mangelfuld diagnosticering og behandling, f.eks. af caries (jf. sag nr. 2 ovenfor) eller paradentose. I praksis vil forældelsen i disse tilfælde ofte først begynde at løbe på det tidspunkt, hvor det heraf følgende behandlingsbehov konstateres – hvilket typisk først sker efter, at patienten skiftede tandlæge. Der vil sjældent være grundlag for at hævde, at patienten på et tidligere tidspunkt burde have skaffet sig kendskab til skaden, hvis der enten ikke var symptomer på skaden, eller patienten af sin tandlæge fik forkerte eller ufuldstændige oplysninger om, hvad de konstaterede symptomer skyldtes. Består skaden i, at en tand er blevet trukket ud på et utilstrækkeligt diagnostisk grundlag (jf. sag nr. 3), har pa-

tienten naturligvis straks kendskab til skaden, men forældelsesfristen begynder først at løbe fra det tidspunkt, hvor patienten bliver gjort opmærksom på, at tanden ikke skulle have været truffet ud.

Navnlig i diagnosticeringstilfældene kan der gå mange år fra det tidspunkt, hvor skaden blev forårsaget, til det tidspunkt, hvor den konstateres. Som nævnt indledningsvis er forsikringsdækning ikke afskåret, selv om skaden blev forårsaget inden forsikringens ikrafttræden, men i relation til reglerne om forældelse er der grænser for, hvor længe 5-års fristen kan være udskudt (»suspenderet») som følge af patientens manglende kendskab til skaden.

Ved siden af 5-års reglen gælder der nemlig efter reglen i Danske Lov 5-14-4 en yderligere regel om forældelse, hvorefter kravet under alle omstændigheder er forældet, når der er gået 20 år fra det tidspunkt, hvor skaden blev forårsaget. Hvis f.eks. en skade er forårsaget i 1982, og patienten først får kendskab til den i 1999, har patienten således ikke herefter en 5-års frist til at anmelde skaden, idet erstatningskravet under alle omstændigheder vil være forældet 20 år efter forårsagelsen, dvs. i 2002. Også selv om patienten først efter udløbet af 20-års fristen får kendskab til skaden, vil erstatningskravet være forældet efter reglen i Danske Lov. Denne frist er således en absolut frist. Ganske vist er også den blevet suspenderet i et enkelt tilfælde i retspraksis, men dette forudsætter, at der foreligger særlige omstændigheder, som vanskeligt kan tænkes at være til stede i tandskadesager.

Som eksempel på anvendelsen af 20-års reglen kan nævnes den afgørelse, som er omtalt i Ankenævnets Årsberetning for 1998 & 1999 s. 42-43 om mangelfuld diagnosticering og forebyggelse af caries, hvor skaderne i det

væsentlige ansås for at være forårsaget mere end 20 år før anmeldelsen af skaden.

I forhold til den offentlige patientforsikring er anvendelsen af 20-års fristen en forbedring for patienterne, idet patientforsikringslovens § 19, stk. 2, fastsætter en frist på 10 år fra det tidspunkt, hvor skaden blev forårsaget. Praksisforsikringens regel indebærer desuden den fordel, at forældelsesreglerne er de samme, uanset om der kræves erstatning efter patientforsikringens regler eller efter almindelige erstatningsregler (dvs. et krav direkte mod tandlægen om ansvaret for fejlbehandling).

Virkningen af forældelse er, at ethvert erstatningskrav i anledning af den pågældende skade bortfalder, hvis skaden ikke er anmeldt til Praksisforsikringen inden forældelsesfristens udløb. Det er på den anden side tilstrækkeligt, at skaden blot er anmeldt. Det er således ikke nogen betingelse, at der i forbindelse med anmeldelsen er blevet fremsat et mere eller mindre præcist opgjort erstatningskrav. Hvis patienten ikke får medhold i

Ankenævnet og derfor efterfølgende vælger at anlægge retssag for at få erstatning, gælder der ikke nogen særlig tidsfrist herfor, men man skal være opmærksom på, at de almindelige forældelsesregler fortsat finder anvendelse. Selv om forældelsen blev afbrudt ved anmeldelsen af skaden til Praksisforsikringen, følger det af forældelseslovens § 2, at kravet skal forfølges »uden ufornødent ophold«, og det betyder, at retssag skal anlægges inden rimelig tid efter, at Ankenævnets afgørelse blev meddelt. Sker det ikke, mister anmeldelsen til Praksisforsikringen sin virkning som afbrydelse af forældelsen. Det beror på en konkret vurdering, hvad der er en »rimelig tid«, men det vil normalt ikke være rimeligt, at der går mere end ½-1 år. Hvis retssag først anlægges senere end dette – set i forhold til tidspunktet for meddelelsen af Ankenævnets afgørelse – risikerer man således, at retten afviser kravet som værende forældet, selv om det ikke var det på tidspunktet for anmeldelsen til Praksisforsikringen.

Bilagsliste til

Årsberetning for Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring.

- Bilag 1: Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24/03/1997 samt ændring af 02/06/1999*
- Bilag 2: Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar nr. 770 af 04/09/02*
- Bilag 3: Uddrag af forsikringsbetingelserne for Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring*
- Bilag 4: Forretningsorden for Ankenævn for DTFs Patientskade-forsikring (Tandskadeankenævnet)*
- Bilag 5: Patientfolder »Når skaden er sket«*
- Bilag 6: Skadeanmeldelsesblanket til DTF's Praksisforsikring*

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 vaccinations-skader.

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, erstat-tes 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 skade- lidte 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 erstatningsan- svar 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 hen- hold til §5, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatnings- ansvar 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 sy- gehus, eller er omfattet af §1, stk. 3, kan ydelser i henhold til §5 kun danne grundlag for regres- krav, hvis skaden er forvoldt forsætligt.

§8 a. I det omfang der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar, gælder reg- lerne 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 forsikringsselskab, jf. dog §11, stk. 1.

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

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

- 1) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde af overtrædelse af stk. 1,
- 2) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde, hvor den enkelte driftsansvarliges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum fastsat i medfør af stk. 3,
- 3) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, og selvforsikrende myndigheder i fællesskab yder erstatning efter §5, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige efter §9.

Stk. 6. Ministeren fastsætter bestemmelser om maksimering af den fælles erstatningsforpligtelse efter stk. 5, nr. 1-3. *Stk. 7.* Præmier for forsikringerne tillægges udpantningsret.

§11. Staten, kommunerne og 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 dets forretningsorden.

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

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

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

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

§16. Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten, der kan stadfæste, 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:

§2

Loven træder i kraft den 1. januar 1997 og finder anvendelse for sager, som afgøres af Patientforsikringsforeningen den 1. januar 1997 eller senere.

§3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger. Lov nr. 1229 af 27. december 1996, der vedrører §14 og §20, 2. pkt., indeholder i §§2 og 3 følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§2

Loven træder i kraft den 1. januar 1997 og finder anvendelse på sager, som Patientskade-ankenævnet har under behandling ved lovens ikrafttræden eller modtager herefter.

§3

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

Sundhedsministeriet, den 24. marts 1997

Birte Weiss/Peter Jakobsen

§2

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

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

»Stk. 4. Loven gælder tillige for patienter, der modtager vederlagsfri behandling efter §5 i lov om sygehusvæsenet eller modtager tilskud til behandling efter §5 d, stk. 4, i lov om sygehusvæsenet, uanset på hvilket sygehus mv. her i landet eller udlandet behandlingen finder sted.«
Stk. 4 og 5 bliver herefter stk. 5 og 6.

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

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

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

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

Nr. 2 bliver herefter nr. 3.

§3

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

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

Givet på Christiansborg slot, den 2. juni 1999

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

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. Årslønnen 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 erhvervsevnetabserstatning, 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 uforvarselige 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, skadevældernes 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 forsørger, 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 sindssygdом, hæmmet psykisk udvikling, forbigående sindsförvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftsmæssigt, er erstatningspligtig for skadegørende handlinger efter samme regler som sjælssunde 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 1995²⁾ 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 1997³⁾ 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 2002⁴⁾. Lovens § 1, nr. 15⁵⁾, 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 2002⁶⁾.

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.

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 erhvervsophør 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 erhvervsudøvelse som privatpraktiserende tandlæge eller privatansat tandlæge. Dækning fremgår af betingelserne.

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 Erhvervssygdomsforsikring (AES), der dækker erhvervssygdomsrisikoen efter lov om sikring mod følger af Arbejdsskade.

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-attest 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 forsætlig, 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 Patientskade-forsikring.
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 in-teresse i sagen.
Klagen stiles til Ankenævnet for DTFs Patientskade-forsikring, Svanemøllevej 85, 2900 Hel-lerup.
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 trans-portør.
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 min-dre 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 hen-hold 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 selvforskyldt 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 erstatningsspørgsmål 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 civilretlige 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, naturalydelser 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 landstandlægenævn 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.

for DTFs**Patientskadeforsikring (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, jvnf. 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 Patientskadeforsikring 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 Patientskadeforsikrings sekretariat, vedkommende forsikringselskab og efter omstændighedene 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.



Dansk Tandlægeforening Praksisforsikring
Patientskadeforsikring/erhvervsansvarsforsikring



odan

Police nr. 663 043 024 9

DTF nr.

Antal røntgenbilleder

Vedlagt fremsendes den ønskede skadesanmeldelse.

Generelle oplysninger:

Erstatning kan ydes, når patienten er påført en skade, der kunne være undgået, eller en komplikation der går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle. Sager f.eks. 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 proteser, gør vi opmærksom på, at proteser, der er mere end 10 år gamle, ikke erstattes.

I forbindelse med tingskade skal bagsiden også udfyldes.

Har De spørgsmål vedrørende skadesanmeldelsen, kan De rette henvendelse til Praksisforsikringens sekretariat, DTFs Tryghedsordninger, tlf. 39 46 00 80.

Når anmeldelsen er udfyldt og underskrevet skal den returneres til:

DTF's Praksisforsikring, Svanemøllevej 85, 2900 Hellerup

Patientens anmeldelse til Patientskadeforsikringen:

- De bedes udfylde anmeldelsen med let læselig skrift.
- De bedes datere og underskrive anmeldelsen.

Tandlægens anmeldelse til Patientskadeforsikringen:

- De bedes udfylde anmeldelsen med letlæselig skrift.
- De bedes underskrive anmeldelsen.
- **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 amtstandlægenævnet fremsendes så snart den foreligger, af hensyn til ankefristen.**
- 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.
- Vær opmærksom på, at røntgenoptagelser skal forsynes med patientdata og navnet på den tandlæge, de kommer fra. Se evt. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om journalføring i DTF's håndbog I.1.6.
- Vedrørende erstatning - Se i øvrigt DTF's Håndbog, afsnit I.4.3.
- Forsikringen dækker ikke tilbagebetaling af honorar.

Tandlægens anmeldelse til DTF's Patientskadeforsikring

Anmeldende tandlæge (forsikringstager)	Navn	SE nr.
	Adresse	Ydennr.
	Post nr. og By	Tlf.
Hvori består skaden ?	Diagnose:	
	I forbindelse med hvilken behandling skete skaden?	
	Hvornår skete skaden? Dato: / / 20	Hvornår blev skaden konstateret? Dato: / / 20
	Beskrivelse af forløbet:	
NB! Husk at vedlægge eventuelle røntgenbilleder samt let læselig journal		
Hvem forårsagede skaden?	Navn	Klinikadresse
	Klinikejer stadig praktiserende? ophørt – hvornår? Ansæt tandlæge - Klinikejers navn skal oplyses:	Tlf.
Hvilken tandlægebehandling er nødvendig som følge af skaden ?	Beskrivelse:	
NB! Erstatning af behandlingsudgifter, der ikke er akut påkrævet, skal forhåndsgodkendes af forsikringen. Behandlingsplan med specificerede udgifter skal i øvrigt indsendes til forsikringen		
Hvilken del af den foreslåede behandling er omgørelse af det arbejde, der har medført skaden?	Behandlingens art:	
Dato for behandlingen / / år		
Pris for behandlingen:		
Underskrift	Ved min underskrift bekræfter jeg ovenstående oplysningers rigtighed.	
<hr/> Dato og underskrift		

Patientens anmeldelse til DTF's Patientskedeforsikring

Skadelidte	Navn	Cpr. nr.
	Adresse	Tlf.
	Post nr. og By	
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
	Beskrivelse af forløbet:	
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	
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 forsikringsselskaber 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 forsikringsselskaber eller andre med en retlig interesse.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Dato og underskrift</p>	

Tingskade	Hvilke ting er beskadiget/bortkommet?	
	Hvilken behandling/repairation kræves?	Reparationens pris?
	Var det beskadigede i sikredes varetægt? Nej Ja Hvis ja – i hvilken anledning? (lån, opbevaring, bearbejdelse)	
	Genstandens art:	Fremstillingstidspunkt og pris? Dato: / 20 kr.
	Værdi før skade? Kr.	Værdi efter skade? Kr.
	Hvilken forsikring har skadelidte selv tegnet for de beskadigede genstande?	
	I hvilket selskab?	Policensr.:
	<p style="text-align: center;">Uddrag af forsikringsbetingelserne for Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring (patientskadeforsikring og kombineret erhvervsansvarsforsikring)</p> <p>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.</p> <p>1. DE SIKREDE Forsikringen dækker forsikringstageren og de i forsikringstagerens tjeneste værende personer (de sikrede), samt under policens sektion 1 forsikringstagerens patienter.</p> <p>SEKTION 1 – Patientskadeforsikring</p> <p>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.</p> <p>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 omhandlede tilfælde, omfattes af policens sektion 2. Erstatning ydes såfremt den overstiger 1.000 kr.</p> <p>4. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.</p> <p>5. Erstatning ydes ikke til dækning af regreskrav.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Uddrag af lov om patientforsikring (jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997 som ændret ved lov nr. 395 af 2. juni 1999)</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 2. Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, 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 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. <p>Stk. 2.</p> <p>§ 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.</p>	