

**UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG**

D O M

Afsagt den 8. oktober 2007 af Østre Landsrets 11. afdeling
(landsdommerne

11. afd. nr. B-2641-99:

H

(advokat M

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten

.)

Denne sag, der er anlagt den 17. september 1999, drejer sig om, hvorvidt sagsøgte, Patientskadeankenævnet, ved dets afgørelse af 17. marts 1999 har tilkendt sagsøgeren, H
; tilstrækkelig erstatning og godtgørelse for den fejlbehandling, han var udsat
for ved indlæggelsen fra den 31. januar 1993 på Hospital.

H har nedlagt påstand om, at Patientskadeankenævnet tilpligtes at anerkende, at han har krav på betaling af yderligere 1.422.284,95 kr. med procesrente af 1.228.420 kr. fra den 31. januar 1993 og af 193.874,75 kr. fra den 22. januar 2002.

Patientskadeankenævnet, har nedlagt påstand om frifindelse.

Det påstævnte beløb fremkommer således:

1.	Erhvervsevnetab	DKK	1.168.800,00
2.	Varigt mén	DKK	55.700,00
3.	Svie- og smerteerstatning	DKK	3.920,00
4.	Tabt arbejdsfortjeneste	DKK	107.661,95
5.	Fremtidige medicinudgifter	DKK	86.212,80
I alt		<u>DKK</u>	<u>1.422.294,75</u>

Sagens omstændigheder

Patientskadeankenævnets afgørelse af 17. marts 1999 er sålydende:

” ...

I Deres brev af 15. januar 1997 har De klaget over Patientforsikringens afgørelse af 18. november 1996 (j.nr. 96-0202), hvorved Deres méngrad som følge af skaden blev fastsat til 35 % og i Deres breve af 16. februar og 6. marts 1998 har De klaget over Patientforsikringens afgørelse af 29. januar 1998, hvorved Deres godtgørelse for svie og smerte, erstatning for tab af erhvervsevne, samt erstatning for andre udgifter blev fastsat.

Patientskadeankenævnet har indhentet udtalelser fra Patientforsikringen og tilsendt Dem en kopi heraf samt modtaget sagens akter. Sagen har været forelagt Arbejdsskadestyrelsen med henblik på fastsættelse af Deres méngrad, erhvervsevnetab og stationærtidspunktet. Klagerne m.v. har herefter været behandlet på et møde i Patientskadeankenævnet den 3. februar 1999, hvor nævnet traf følgende

A F G Ø R E L S E:

Patientforsikringens afgørelser af 18. november 1996 og af 29. januar 1998 ændres.

Patientskadeankenævnet finder, at De er berettiget til i alt kr. 1.974.902,-. Hertil kommer renter fra skadedatoen den 1. februar 1993, for henholdsvis godtgørelse for svie og smerte, mén godtgørelse og godtgørelse for tab af erhvervsevne. For så vidt angår erstatningen for helbredelsesudgifter og andet tab, samt for tabt arbejdsfortjeneste skal der i henhold til rentelovens § 3, stk. 2, beregnes renter fra den 30. juni 1997.

Denne afgørelse kan indbringes for landsretten inden seks måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Landsretten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Begrundelse for afgørelsen:

Patientskadeankenævnet finder, at den opståede skade i form af sphincterpåvirkning og forværret fodparese er omfattet af patientforsikringslovens § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, og at De derfor er berettiget til erstatning.

Patientskadeankenævnet har lagt vægt på, at optimal behandling ville have tilsagt, at der på indlæggelsesdagen, den 31. januar 1993, eller senest dagen efter, var blevet udført CT-scanning, idet der var radikulære smerter i benet, ledsaget af nyopstået svær fodparese.

Patientskadeankenævnet har endvidere lagt vægt på, at det er overvejende sandsynligt at en forsinkelse på to dage har medført udvikling af sphinctersymptomer, forværret fodparesen, samt øget sandsynligheden for nerverodssmerter.

Erstatning og godtgørelse fastsættes ifølge lov om patientforsikring, § 5, stk. 1, efter reglementet i lov om erstatningsansvar.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde, at stationærtidspunktet er fastsat til den 10. november 1993, da det er skønnet, at det primære behandlingsforløb er afsluttet på dette tidspunkt.

Godtgørelse for varigt mén, jfr. erstatningsansvarslovens § 4:

Patientskadeankenævnet fastsætter Deres samlede méngrad til 50 %, hvoraf de 10 % følger af Deres grundlidelse. Deres méngrad som følge af behandlings-skaden, fastsættes herefter til 40 %.

De får således tilkendt i alt kr. 111.400,- i godtgørelse for varigt mén som følge af behandlingsskaden.

Patientskadeankenævnet finder, at der allerede ved indlæggelsen var tegn på nerverodspåvirkning, hvilket manifesterede sig i udtalt kraftnedsættelse af højre fods opadbøjning og moderat kraftnedsættelse af højre fods nedadbøjning.

Patientskadeankenævnet har lagt vægt på, at det på indlæggelsesseddelen fra vagtiægen den 31. januar 1993 er anført, at De igennem en uge har haft ischiaslignende smerter, samt at det i journalnotatet fra 1993 er anført, at der ikke har været tale om et traume forud for indlæggelsen. Endvidere fremgår det af journalmaterialet fra den 1. februar 1993, at De har oplyst, at De gennem 1 år har haft tilbøjelighed til lændesmerter, samt at De en uge inden indlæggelsen pludselig fik smerter ned på bagsiden af højre balle, og at smerteme nogle dage senere udstrålede til lateral side af højre femur.

Patientskadeankenævnet har endvidere lagt vægt på, at der ikke i Deres egne oplysninger om hændelsesforløbet har været tilkendegivelser om, at der forud for indlæggelsen har været et traume mod ryggen. Det fremgår således af Deres skrivelse vedlagt anmeldelseskemaet, at De den 31. januar 1993 pludselig fik smerter i venstre ben. Patientskadeankenævnet har desuden lagt vægt på, at det

fremgår af lægeerklæring, udfærdiget af den 20. maj 1995, at der i 1993 opstod akutte uprovokerede smerter i lænden.

Patientskadeankenævnet har endelig lagt vægt på Arbejdsskadestyrelsens udtalelser af 9. oktober og 26. november 1998.

Erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab, jf. erstatningslovens § 1:

Patientskadeankenævnet vurderer skønsmæssigt, at De har haft udgifter til medicin, i perioden fra den 1. februar 1993 til den 10. november 1993, som findes at være stationærtidspunktet, på kr. 5.000,-.

Patientskadeankenævnet har lagt vægt på, at De, som følge af behandlingsskaden, vil have årlige udgifter til medicin på kr. 3.600,- og har anvendt den kapitaliseringsfaktor, der er angivet i erstatningsansvarslovens § 6. Der fastsættes herefter erstatning for fremtidige medicinudgifter på kr. 21.600,-.

Der er lagt vægt på, at De også uden behandlingsskaden ville have haft behov for medicin på grund af Deres grundsygdomme.

...

Vedrørende erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, erstatningsansvarslovens § 2:

Deres tabte arbejdsfortjeneste fastsættes til kr. 68.512,15,-.

I perioden fra den 1. februar 1993 til stationærtidspunktet den 10. november 1993, har De været delvist sygemeldt. Grundsygdommen ville i sig selv have medført en sygeperiode på 2 måneder. På baggrund af Deres regnskaber fra årene 1992 til 1995 har Patientskadeankenævnet lagt til grund, at De har haft en gennemsnitlig månedlig indtægtsnedgang på kr. 19.574,90.

Patientskadeankenævnet vurderer, at grundsygdommen i sig selv ville have medført en indtægtsnedgang på 50%. Indtægtstab i de resterende 7 måneder som følge af behandlingsskaden fastsættes herefter til kr. 68.512,15.

Vedrørende godtgørelse for svie og smerte, jf. erstatningsansvarslovens § 3:

Godtgørelse for svie og smerte fastsættes denne til kr. 15.190,-. Heri indgår 217 ikke-sengeliggende sygedage à kr. 70,- som skyldes skaden. Patientskadeankenævnet vurderer, at såfremt skaden ikke var indtruffet ville De have haft 10 sengeliggende sygedage, og 56 ikke-sengeliggende sygedage.

Vedrørende erstatning for erhvervsevnetab, jf. erstatningsansvarslovens § 5:

Patientskadeankenævnet vurderer, at Deres erhvervsevnetab som følge af behandlingsskaden er på 60 %.

Patientskadeankenævnet har lagt vægt på, at De på grund af den forsinkede behandling har fået forværret nedsættelsen af gangfunktion samt fået forøget smertene i lænd og ben, samt fået sphincterpåvirkning m.v.

Patientskadeankenævnet har endvidere lagt vægt på, at De i forvejen, på grund af geneme i højre håndled, har fået vurderet et erhvervsevnetab i Arbejdsskade styrelsen, til 25 % og på at Deres gener forårsaget af grundlidelsen, også uden behandlingsskaden, ville have medført et erhvervsevnetab på 15 %.

Patientskadeankenævnet har endelig lagt vægt på Arbejdsskade styrelsens udtalelse af 9. oktober 1998, hvori Deres erhvervsevnetab vurderes til 100 %.

Deres årsløn oversteg den i erstatningsansvarslovens § 7, stk. 3 fastsatte maksimale årsløn på kr. 487.000,-, hvorfor årslønnen er fastsat til dette beløb.

Godtgørelsen fastsættes herefter som flg.:

Kr. 487.000,- x 6 x 60 % = kr. 1.753.200,- med tillæg af renter fra skadedatoen den 1. februar 1993.

Sagsfremstilling:

Den 31. januar 1993 blev De indlagt med ischiassmerter. Ved indlæggelsen konstaterede man stærkt nedsat styre i højre fods storetå, nedsat bevægelighed i knæet, og fleksion på højre side. Der var nonnal følesans i "ridebukseområdet". Det fremgår af journalen, at De kunne kontrollere Deres vandladning og afføring. Den 1. februar 1993 blev der på mistanke om prolaps på L4 eller L5, bestilt CT-scanning. Endvidere blev der iværksat smertebehandling. Den 3. februar 1993 viste CT-scanning, at der var en meget stor højresidig prolaps, svarende til L4/L5. De blev derfor overført til H med henblik på operation. Ved overflytningen blev der konstateret svær lammelse af højre fod, samt vandladningsproblemer. Der fandtes derfor indikation for akut operation. Operationen forløb ukompliceret, men den 8. februar 1993 havde De snurrende fornemmelse i foden, samt nogen dorsalfleksionspåvirkning. De blev udskrevet den 10. februar 1993 til optræning på Fysiurgisk Klinik.

Det fremgår af speciallægeerklæring af 13. maj 1996, at Deres gener er følgende:

Brænden og stikkende smerter langs højre fodrand, styringsbesvær af højre underben, samt hyperestesi på lateralsiden af crus, smerter og stivhed af højre knæ, samt væskeansamling, lændesmerter, som forværres ved belastning, smerter i højre skulder med udstråling til overarmen, smerter i højre håndled, urininkontinens, tidvis analinkontinens, tiltagende sexuel dysfunktion, periodevise kramper i højre underben, værst om natten, uprovokerede voldsomme smerter i højre fod et par gange dagligt, psykisk ubalance som behandles hos psykiater."

Speciallæge

afgav den 31. januar 1994 erklæring vedrørende den

i afgørelsen nævnte håndskade. Erklæringens konklusion er blandt andet sålydende:

"Konklusion:

Det drejer sig om en nu 45-årig iæge, som ved et uheld d.26.06.89 pådrog sig en hørsidig scaphoideumfraktur. Den konservative behandling blev først iværksat med nogen forsinkelse, og frakturen helede ikke. Operativ behandling d.20.12.90 med indsættelse af knogletransplantat og intern fikseation af buddet førte ikke til helbredelse. Skl.klager vedvarende over smerter og indskrænket bevægelighed af håndleddet.

Arbejdet er genoptaget, men med visse indskrænkninger.

Objektivt findes bevægeligheden af hø.håndled reduceret med lidt under 1:3. Der er nogen ømhed af tub.scaphoidei. Underarmsomfanget er 1 cm mindre end på raske side, og håndtrykkraften er reduceret med 50%.

Radiologisk findes en etableret pseudarthrose ca.midt i scaphoideum.

Klagerne svarer i det store og hele til de objektive fund.

Tilstanden skønnes at have været stationær siden d.27.03.91, idet der udover fjernelse af den indsatte skme ikke er givet nogen behandling siden.

Selvom fomyet operation af pseudarthrosen eller i sidste instans operativ stivgøring (arthrodese) af håndleddet er en mulighed, er ski.ikke interesseret i yderligere kirurgisk behandling.

Forsikringssagen bør kunne afgøres med en mén-erstatning, der formentlig ikke bør være mindre end svarende til stivgjort håndled i god stilling."

Arbejdsskadestyrelsen skrev den 15. juni 1994 blandt andet således til sagsøgerens advokat:

"Vi er blevet bedt om en udtalelse om méngraden og erhvervsevnetabet efter erstatningsansvarslovens § 10 samt om stationærtidspunktet.

På gmndlag af de foreliggende oplysninger vurderer vi méngraden til 10 procent, jf. erstatningsansvarslovens § 4, og erhvervsevnetabet til 25 procent, jf. erstatningsansvarslovens § 5.

Vi vmderer stationærtidspunktet til 27.3.91."

Den 6. februar 1996 afgav læge

sagsøgerens helbredstilstand:

følgende erklæring vedrørende

..."

Pt. lider af følgende sygdomme.

1. Multiallergi i form af øvre luftvejssymptomer samt urticaria (nældefeber). Symptomerne forværres voldsomt ved ophold i små rum samt uhensigtsmæssig luftfugtighed, støv m.m.
2. Asthma Bronchiale. Forværres ligeledes ved støv, uhensigtsmæssig luftfugtighed, stress, m.m.

3. Klaustrofobi. Ved ophold i lukkede rum opstår angst som forværrer specielt asthma.
4. Kroniske smerter fra h. håndled.
Der henvises til arbejdsskadestyrelsens skrivelse af 15-6-94, samt overlæge
s undersøgelse af 31-1-94.
Kræver konstant smertestillende behandling. Der henvises til journaler fra
F og
5. Kroniske smerter fra nakken som giver massive myalgier
(muskelpændinger) i nakke-skulder regionen.
Der henvises til ru. beskrivelse af 26-01-95.
Ovenstående kræver speciel madras samt stol. Der er tale om en kronisk
tilstand, som kræver konstant smertestillende behandling.
6. Kroniske smerter fra lænderyggen.
Blev opereret for diskusprolaps 03-02-93. Der henvises til journaler fra
samt) hospital.
Der kræves speciel madras samt stol.
Tilstanden kræver konstant smertestillende behandling.
Se ru. beskrivelse af 26-01-95.
7. Diskusprolapssymptomer fra L IV og L V. Det skal oplyses, at operatøren
primært mistænkte at prolapsen stammede herfra, hvorfor denne diskus
blev undersøgt under operationen og diskus så suspekt og dårlig ud.
8. Diskusprolapsen nåede at udvikle sig til et cauda equina syndrom, hvilket
har medført delvis lammelse af h. ben.
Der er desuden fantomsmerter i benet og hyperæstesi af lateraldelen af
crus (ydtersiden af underbenet), samt medial fodrand (inderside af foden).
Smerterne på indersiden af foden, samt delvis lammelse af benet bevirker at
Pt. er meget dårligt gående. Det er nødvendigt at anvende stok. Desuden
opstår der krampe i underbenet og det er da nødvendigt at Pt. kan bevæge
sig frit ligesom muskelafslappende medicin er nødvendig. Specieh når Pt.
skal sove er krampe tendensen udpræget, hvorfor sovemedicin i store doser
er nødvendig.
9. Grundet konstant brug af NAISD har Pt. udviklet ulcus duodeni 2 gange.
Pt. har intermitterende mavesmerter og speciel kost er nødvendig.

...

Det skal endelig siges at arbejdet er reduceret til 3 dage ugentlig.
Sidebeskæftigelse har måtte ophøre og det er nødvendigt snart at søge pension.

..."

Den 2. januar 1997 meddelte Revaliderings- og Pensionsnævnet, at sagsøgeren var tilkendt mellemste førtidspension efter lov om social service med virkning fra 1. maj 1995. Af nævnets afgørelse fremgår følgende:

..."

Begrundelsen er, at Deres erhvervsevne er nedsat med omkring 2/3.

Nævnet har lagt til grund, at De er opereret for diskusprolaps i 1993 og har følger heraf, blandt andet i form af kroniske lændesmerter, bensmerter og nedsat gangfunktion. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at De har indskrænket bevægelighed og reduceret kraft i højre håndled efter brud på håndleddet i 1989. Nævnet har desuden lagt vægt på, at De har nakkegener med indskrænket bevægelighed og betydelige myogene forandringer.

Nævnet har endelig lagt vægt på, at De som en følge af disse forhold har en psykisk belastningsreaktion, men prognosen herfor skønnes god og Deres psykiske forhold findes ikke at nedsætte Deres erhvervsevne yderligere.

..."

Arbejdsskadestyrelsen skrev den 9. oktober 1998 således til Patientskadeankenævnet:

..."

Vi er blevet bedt om en udtalelse om méngraden og erhvervsevnetabet efter erstatningsansvarslovens § 10 samt om stationærtidspunktet.

Der er i den forbindelse med vores udtalelse om erhvervsevnetab ikke taget stilling til, om skadelidte er omfattet af erstatningsansvarslovens § 8.

På grundlag af de foreliggende oplysninger vurderer vi den samlede méngrad til 50 procent, jf. erstatningsansvarslovens § 4. Vi har lagt vægt på, at skadelidte har gener i form af brænden og stikkende smerter i højre fodrand, smerter i lænd og højre knæ, urininkontinens, analinkontinens (tidvis), kramper i højre ben, tidvis seksuel dysfunktion, gangbesvær og derfor brug af krykkestokke. Dertil kommer et stort medicinforbrug på grund af ovennævnte gener. Vi vurderer mén for skaden til 40 procent, idet den forudbestående lidelse vurderes til 10 procent.

Vi vurderer erhvervsevnetabet til 100 procent, jf. erstatningsansvarslovens § 5. Vi har lagt vægt på skadelidtes fysiske mén, der sammen med det heraf følgende medicinforbrug gør at erhvervsevnen må anses for ophævet. Stationærtidspunktet er fastsat til 10. november 1993, hvor der er gået 9 måneder efter operationen.

..."

Efter henvendelser fra sagsøgeren meddelte styrelsen i skrivelser af 26. november 1998 og 5. januar 1999, at den ikke fandt grundlag for at ændre på vurderingen.

I erklæring af 2. oktober 2001 fra speciallæge _____ vedrørende sagsøgeren anføres blandt andet, at det skønnes, at sagsøgerens méngrad er højere end de 50 procent, som Patientskadeankenævnet har vurderet.

Den 11. november 2001 afgav speciallæge _____ en erklæring vedrørende sagsøgeren til Kammerrätten i Stockholm, hvori blandt andet anføres. ” Däremot torde inte hans pseudarthros och smärter i hanen i sig utgöra et arbeidshinder.”

I erklæring af 19. december 2001 fra speciallæge _____ anføres blandt andet, at sagsøgerens fysiske méngrad er vurderet til 50 procent, men at den formentlig er i størrelsesordenen 75 procent.

I erklæring af 5. maj 2003 ligeledes fra B: _____ anføres vedrørende sagsøgeren afslutningsvis:

...”
Pt.s sygdom har forværret sig siden stationærtidspunktet 16.09.96, og er yderligere forværret siden vurderingen 02.10.01., idet der er tilkommet muskulær atrofi, samt tiltagende muskulære forandringer. Der er ligeledes sket en forværring af degenerative forandringer siden da. Det skønnes, at pt.s méngrad må vurderes til at være i størrelsesorden 75 %. Pt.s arbejdsevne er ophævet i ethvert erhverv.
...”

I erklæring af 14. november 2003 fra speciallæge _____ konkluderes afslutningsvis følgende:

...”
Der laves en funktionsundersøgelse af pt.'s håndled og han har fuldstændig egal ekstension bilateralt og normal fleksion bilateralt og normal ulnar og radial deviation, ens på begge sider, højre/venstre. Håndkraften ens. Ovennævnte scaphoideumfraktur har derfor ikke efterladt sig håndledsmæssige gener hverken af funktionsnedsættelse eller smerterelateret.
...”

Speciallæge _____ afgav den 13. april 2004 efter anmodning fra sagsøgeren erklæring vedrørende denne, hvori blandt andet anføres:

..."

Tidligere sygdomme:

1965 opereret for blindtarmsbetændelse.

1989 pådraget sig en højresidig os scaphoideumfraktur som først blev erkendt 4-5 måneder senere, og som på det tidspunkt var begyndt at lave pseudoartrose, hvorfor den blev chipset og skruet sammen. Man måtte dog på k... senere fjeme skruen på grund af truende nekrose. Scaphoideumfrakturen er siden undersøgt af speciallæge og fundet fuldstændig helet og alle symptomer er væk. Indtil nuværende lidelse startede, i øvrigt fuldstændig rask uden gener fra nakke, ryg eller skuldre.

..."

Efter henvendelse fra sagsøgerens advokat, hvori denne anmodede styrelsen om at foretage en revurdering af sagsøgerens méngrad og stationærtidspunkt, skrev Arbejdsskadestyrelsen den 31. august 2004 blandet andet således til sagsøgeren:

..."

Vi vurderer den samlede méngrad til 50 procent, herunder méngraden for grundskaden til 10 procent og merménet til 40 procent, jf. erstatningsansvarslovens § 4. Det vil sige, at vores vurdering er uændret fra tidligere.

Det samlede erhvervsevnetab vurderes til 100 procent, jf. erstatningsansvarsloven § 5. Vi vurderer, at erhvervsevnetabet for behandlingsskaden udgør $\frac{3}{4}$ heraf, det vil sige 75 procent, og at erhvervsevnetabet for grundlidelsen og skadelidtes øvrige lideiser, bortset fra håndledstraumet, udgør de resterende 25 procent.

Endvidere vurderer vi stationærtidspunktet til den 10. november 1993. Stationærtidspunktet for grundlidelsen vurderes til 2 måneder, det vil sige, at stationærperioden for behandlingsskaden således er den resterende periode frem til den 10. november 1993.

...

Det fremgår af speciellægeerklæringen af 23. juni 2003 fra den seneste undersøgelse, at I har klager over følgende:

1. Må bære mavebælte, når han er hjemme;
2. Ukontrolleret afføring;
3. Tiltagende besvær med at styre vandladningen;
4. Manglende seksuel aktivitet;
5. Smerter og synovitis (væske) i højre knæ, forværret igennem den senere tid;
6. Smerter og synovitis i venstre knæ, forværret igennem den senere tid;
7. Hævede ben dagligt, forværres under inaktivitet;
8. Problemer med at flyve, bliver dårlig;
9. Opgivet at køre bil;
10. Manglende lyst til social samvær;
11. Forværret forhold til samleverske på grund af ovenstående;
12. Forstyrret nattesøvn;

13. -Tørre slimhinder med dårlige tænder til følge;
14. Kroniske universielle smerter forværrede igennem de senere år;
15. Lokale kramper i begge ben, ofte af timers varighed.

Ved objektiv undersøgelse er fundet indskrænket bevægelighed svarende til højre håndled og sensibilitetsforstyrrelser svarende til håndleddet. Desuden findes indskrænket bevægelighed svarende til højre skulder. Svarende til højre ben angives muskelsvind og nedsat kraft, ophævet højresidig achillesrefleks og føleforstyrrelser svarende til fodrand og underben lokalt (lateralsiden). Endvidere angives bevægelsesindskrænkning i både højre og venstre ankelled og slidgigt i begge knæ.

Sagen har herefter været forelagt vores neurologiske og neurokirurgiske speciallægekonsulenter på møde den 10. maj 2004.

Vi har herefter i overensstemmelse med styrelsens vejledende méntabel punkt B.1.3.7 vurderet méngraden for følger efter diskusprolaps til 25 procent.

(Efter tabellens punkt B.1.3.7 vurderes følger efter forvridninger, diskusprolaps, brud og belastningsskader med svære, daglige rygsmerter, eventuelt med udstrålende bensmerter, med meget svær bevægeindskrænkning og betydelige indskrænkninger i den daglige livsførelse til 25 procent.)

For parese (føleforstyrrelse/lammelse svarende til højre fod) har vi endvidere vurderet méngraden til 8 procent svarende til méntabellens angivelser i punkt D.2.4.1.

(Efter tabellens punkt D.2.4.1 vurderes brud på hælben med lette smerter og let nedsat bevægelighed i bagfoden til 8 procent.)

For inkontinens har vi desuden vurderet méngraden til skønsmæssigt 15 procent svarende til méntabellens punkt B.4.1.

Efter tabellens punkt B.4.1 vurderes rygmarvslæsioner med lette, men vedholdende følger – uden blære- eller afførings symptomer (objektive neurologiske symptomer af beskeden omfang) til 15 procent.)

Den samlede méngrad er skønsmæssigt herefter vurderet til 50 procent.

Vi har samtidig vurderet, at grundménet efter diskusprolaps tilsvarende en méngrad set i et varigt perspektiv på skønsmæssigt 10 procent og at merménet efter behandlingsskaden herefter kan fastsættes til 40 procent.

Det bemærkes i øvrigt, at øvrige gener eller fund fra højre hånd, skulder, hals, tænder og knæ er vurderet at være uden årsagssammenhæng med grund- eller behandlingsskaden.

Erhvervsevnetabet:

Det bemærkes, at erstatning for erhvervsevnetab efter erstatningsansvarsloven gives efter en vurdering af, om en personskade medfører en varig nedsættelse af skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt ved eget arbejde.

Vi har i vores vurdering lagt vægt på oplysningerne fra samt de sociale, de indtægtsmæssige og de lægelige oplysninger.

Som det fremgår af vores udtalelse af 9. oktober 1998 vurderede vi erhvervsevnetabet til 100 procent.

Vi vurderede ved udtalelse af 15. juni 1994 erhvervsevnetabet for håndledstraumet fra 1989 til 25 procent.

Den nuværende vurdering af det samlede erhvervsevnetab baserer sig på erhvervsevnen, som den var reduceret efter vurderingen på 25 procent i erhvervsevnetab for håndledstraumet.

Den nuværende vurdering af erhvervsevnetabet på 100 procent opdeles således, at erhvervsevnetabet for behandlingsskaden udgør cirka $\frac{3}{4}$ heraf, det vil sige 75 procent, og at erhvervsevnetabet for grundlidelsen (diskusprolaps) samt i øvrige lidelser (skulder, hals, knæ) – ud over håndledsskaden – udgør de resterende 25 procent.

Denne vurdering af erhvervsevnetabet – 75 procent og 25 procent – er foretaget efter drøftelse med styrelsens koordinerende overlæge.
...

Af det referat af det i brevet nævnte møde den 10. maj 2004 fremgår blandt andet følgende:

...
Skadelidte har siden 1989 haft en anden degenerativ ryglidelse, som han også havde på operationstidspunktet og man var enige om, at denne lidelse med overvejende sandsynlighed på længere sigt ville give gener, der ville svare til 10 procent i mén.

Konklusion

Man enedes om, at vi fastholder de 40 procent i mén for følger efter patient-skaden.

(50 minus 10).

Det samlede mén vurderes fortsat til 50 procent:

25 procent for følger efter diskus prolaps med nedsat bevægelighed (B.1.3.7.), 8 procent for parese (D.2.4.1.) og 15 procent for inkontinens (B.4.1. skøn).

Stationærtidspunktet fastholdes til 9 måneder efter operationen.

...

Tandlæge
geren:

afgav den 1. december 2004 følgende erklæring vedrørende sagsø-

..."

har været patient hos mig siden jeg overtog klinikken her i 1982. Frem til udgangen af 1991 var tandstatus helt almindelig og der var kun et lille behandlingsbehov, men efter længere varende sygdomsforløb omkring dette tidspunkt, begyndte I at få stadig flere problemer med tandsættet.

Der kom ret så pludseligt en dramatisk udvikling af marginal parodontitis med gentagne tilfælde af abscesser omkring adskillige af tænderne.

Denne parodontose har og jeg ved fælles indsats efterhånden fået ganske godt styr på. Der er foretaget hyppige depurationer, der er enkelte steder lavet parodontalkirurgi og enkelte – de værst angrebne – tænder er fjernet; endelig har Hans Lyster selv gjort en meget stor indsats for at optimere sin mundhygiejne.

Derfor er det så meget desto mere overraskende at har udviklet et stigende problem med caries. Særlig grelt har tilstanden været siden foråret 2000, hvor der trods en næsten perfekt mundhygiejne forekommer endog meget caries, og således nu også kommer caries på flader, hvor der normalt ikke optræder carieslæsioner.

Årsagen til denne voldsomme forværring af tændemes tilstand kan efter min mening kun forklares ved den meget markante nedgang i spytksekretionen, som lider af

Der er i mundhulen tydelige tegn på xerostomi (mundtørhed) og er i dagligdagen også på andre måder meget plaget af dette fænomen.

Det er velkendt at forskellige almene lidelser som giver nedsat spytksekretion giver forøget forekomst af caries og ganske alvorlige skader på tændeme, og det er for mig at se tydeligt at forklaringen på Hans Lysters situation skal findes her.

har på grund af komplikationerne efter operative indgreb der blev foretaget i begyndelsen af 90'erne dagligt så voldsomme smerter, at han har et meget omfattende medicinforbrug, og det er alment kendt at en del medicin enkeltvis eller i kombination med andre lægemidler som bivirkning netop giver nedsat spytksekretion.

Der er for mig at se ingen anden plausibel forklaring på den stærkt forværrede tandstatus end mundtørhed forårsaget af bivirkninger fra medicinforbruget. Det er derfor min vurdering at det accelererede behandlingsbehov er en direkte følge af det medicinforbrug som er blevet nødvendiggjort af de smertefulde lidelser som I er blevet påført og at man derfor bør medtage de store udgifter som I har haft til tandlægebehandling i et samlet opgørelse af et erstatningskrav i den verserende sag om fejlbehandling i det danske hospitalsvæsen.

..."

Den 28. marts 2006 blev sagsøgeren indlagt på Hospital. Af journaludskriften af 29. marts 2006 fremgår blandt andet:

” ...

Akut psykiatrisk tilsvn (fax 5426)

57-årig mand indbringes i dagvagten til AMA, idet han er bevidsthedsfjern og mentalt ændret. På mistanke om status epilepticus gives 5 mg Stesolid i.v., hvorefter patienten vågner op og svarer for sig. Kort efter gentager episoden sig.

Man har løbet af dagen gives i.v. Stesolid flere gange, hvilket har gjort patienten mere klar. Der er ikke beskrevet egentlige tonisk-kloniske krampeanfald. Patienten har medbragt en medicinliste og ifølge denne indtager han Doltard, Ketogan; Nobligan Retard dagligt. Endvidere Panodil Retard og NSAID efter behov, Deprakine Retard og Rivotril, Phenergan, Telfast, Cetirizin, Benadryl, Polaramin, Pronoctan, Triazolam, Baklofen og Beconase næsespray.

Ifi oveimævnte medicinliste har patienten muligvis afhængighedssyndrom af både morfika, benzodiazepiner og til dels antihistaminer.

...

Konklusion

57-årig mand med ang. stort forbrug af morfika, benzodiazepiner og antihistaminer. Indlægges uklar og psykotisk. Symptomer er blevet bedre efter Stesolid i.v., dog kun kortvarigt.

Baklofen har kendt bivirkning i form af bevidsthedssvækkelse, konfusion, kramper og respirationsdepression.

Idet patienten er anelse svedende og har hvilepuls på ca. 100, når han er fuldstændig i ro, kunne det endvidere dreje sig om benzodiazepinabstinens.

Der foreligger ingen oplysninger om alkoholmisbrug.

...”

Til bmg for landsrettens behandling af sagen har Retslægerådet den 16. maj 2007 afgivet følgende udtalelse i sagen:

...”

Spørgsmål 1:

Patientskadenævnet har erkendt, at forsinket CT-scanning er årsag til patientens symptomer,

Retslægerådet bedes oplyse, hvad sandsynligheden er for, at skadelidte ville være blevet helbredt, såfremt han var blevet optimalt behandlet.

Spørgsmål 2:

Hvorledes ville prognosen være for skadelidte, hvis skadelidte ved indlæggelsen på 1 var blevet behandlet optimalt efter gældende lægefaglig viden?

Spørgsmål 3:

Såfremt det lægges til grund, at skadelidte var blevet korrekt behandlet i henhold til dagældende lægefaglig viden, bedes retslægerådet oplyse, hvilke bevægeindskrænkninger og smerter efter behandlingsforløbet, skadelidte måtte forventes at have.

Ad spørgsmålene 1, 2 og 3:

Spørgsmålene er hypotetiske og kan ikke besvares af Retslægerådet med nogen sikkerhed. Der henvises i øvrigt til svaret på spørgsmål A.

Spørgsmål 4:

Skadelidte har i sagen beskrevet et meget væsentligt medicinforbrug, som er ordineret af mange læger. Skadelidte har indtaget den ordinerede medicin. Medicinforbruget fremgår bl.a. af bilag 25.

Retslægerådet bedes vurdere, om dette er et forventeligt medicinforbrug for en person, der har de lidelser, som skadelidte har i dag.

Medicinforbruget (bilag 25) er meget stort og uhensigtsmæssigt (jfr. Overvejelserne ved indlæggelsen på Hospital 28.-31.03.06).

En patients forbrug af medicin ved en non-malign (ikke cancer) smertetilstand er afhængig af mange faktorer, for eksempel individuel toleransudvikling, sociale og psykiske forhold. Man kan derfor ikke tale om et forventeligt forbrug, og Retslægerådet kan ikke besvare spørgsmålet mere specifikt.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om der i de lægelige akter er beskrevet hændelser eller lidelser, der kan opfattes som konkurrerende lidelser til skadelidtes lidelser i ryg, nakke eller lænd. Skadelidte henviser herved til den operation af skadelidtes håndrodsknogle, der fandt sted på sygehus primo 1990, og som mislykkedes.

Finder Retslægerådet det sandsynligt, at forkert brug af krykkestok i højre side som følge af håndrodsknogleoperationen har fremkaldt de nævnte lidelser?

I givet fald bedes Retslægerådet oplyse, om lidelserne har nedsat skadelidtes funktionsevner.

Skadelidte pådrog sig den 26.06.89 et brud i båndknoglen (os naviculare dxt.) i højre håndrod. Bruddet heledes ikke, og der var i en årrække smerter og bevægeindskrænkning i håndleddet. Det er ikke muligt for Retslægerådet at afgøre, om og i givet fald i hvilket omfang, anvendelse af stok kan have bidraget hertil. Ved undersøgelse af 14.11.03. og 13.04.05 var geneme forsvundet og bevægeligheden normaliseret.

Der er i de lægelige sagsakter beskrevet:

- Gener fra knæ, diagnosticeret som artrose (slidgigt), mens røntgenundersøgelse 05.11.03 er beskrevet uden sikre abnorme fund
- Smerter og bevægeindskrænkning i nakke, hvor røntgenundersøgelse af halshvirvelsøjlen 26.01.95 og 13.05.02 har vist betydelige degenerative forandringer.
- Smerter i højre skulder. Røntgenundersøgelse 13.05.02 viste let acromioclaviculær artrose (slidgigt i skulderhøjdeleddet).
- Tendens til hævede ben og kramper i benene. Ved undersøgelse 13.12.04 diagnosticeret venøs insufficiens (insufficiente veneklapper)

- Tørre slimhinder og tandproblemer (caries og parodontose), som formentlig har relation til medicinforbrug, jf. tandlægevurdering 01.12.04.
- Allergi med symptomer fra hud, næse og lunger.
- Psykisk ubalance, som behandles af psykiater.

Der efter Retslægerådets vurdering ikke holdepunkter for, at disse lidelser har haft betydning for lænderygsygdommen. Det er ikke muligt at vurdere en eventuel betydning for funktionsniveauet.

Spørgsmål 6:

Kan den sygdom, som skadelidte pådrog sig den 31. januar 1993 deles i en primær og en sekundær sygdom?

Nej jf. svaret på spørgsmål K, afgivet af Retslægerådet 27.07.05.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om den sygdom som skadelidte pådrog sig den 31. januar 1993, kan progrediere kontinuerligt til den tilstand, som skadelidte blev opereret for.

Der henvises til svaret på spørgsmål K, afgivet af Retslægerådet 27.07.05.

Spørgsmål 8:

Hvis skadelidte var blevet behandlet optimalt, ville man da forvente, at skadelidte kunne fortsætte sit arbejde som praktiserende læge uden væsentlig indskrænkning?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares af Retslægerådet.

Spørgsmål A:

Hvilke af de subjektive klager, der er beskrevet i de foreliggende lægelige akter, er følger efter den diskusprolaps, han blev opereret for den 31. januar 1993, i form af

- a) undgåelige følger af diskusprolapsen, dvs. følger som sagsøger ville have haft selv ved rettidig behandling,*
- b) følger, der udelukkende kan tilskrives den sene behandling den 31. januar 1993,*
- c) en forværring af de uundgåelige følger som følge af den sene behandling den 31. januar 1993?*

Umiddelbart efter operationen 03.02.93 resterede snurrende fommelse i højre fod. Efterfølgende vedvarende lændesmerter samt smerter og paræstesier i højre ben, svarende til den påvirkede nerverod.

Ved objektive undersøgelser fandtes bevægeindskrænkning i lænden og udfald svarende til nerveroden (jf. speciallægeerklæring 13.03.96 og neurologisk undersøgelse 30.03.06).

Sagsøger har desuden haft lokaliserede smerter af anden årsag, jf. svaret på spørgsmål 5, og fra 1995 beskrives et kronisk generaliseret smertesyndrom.

Konklusion:

Det er ikke muligt for Retslægerådet med sikkerhed at afgøre om, og i givet fald hvilket omfang følgende efter diskusprolapsen kan tilskrives, at der afventedes med operation til 03.02.93.

Den 03.02.93 beskrives "vandladningsproblemer, idet han ikke rigtigt har formemmelse af, at han kan tømme blæren". Efterfølgende optegnelser vedrørende urininkontinens ses først beskrevet 13.03.96 og fra maj 1996 anal inkontinens (nedsat funktion af endetarmens lukkemuskel) samt seksuel dysfunktion. Disse gener er ikke objektivt dokumenterede. Ved undersøgelse 29.03.06 beskrives normal tonus (spændingstilstand) i endetarmens lukkemuskel.

Konklusion:

Der er efter Retslægerådets vurdering ingen sikker dokumenteret relation mellem diskusprolapsen i januar/februar 1993 og de beskrevne subjektive gener fra urinblære og tarm, og det er sandsynligt at medicinforbruget, jf. svaret på spørgsmål 4, har haft betydning herfor.

Spørgsmål a) er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål B:

Hvilke af de subjektive klager, der er beskrevet i de foreliggende lægelige akter, er følger efter den diskusprolaps, han blev opereret for den 31. januar 1993, i form af

- a) *undgåelige følger af diskusprolapsen, dvs. følger som sagsøger ville have haft selv ved rettidig behandling,*
- b) *følger, der udelukkende kan tilskrives den sene behandling den 31. januar 1993,*
- c) *en forværring af de uundgåelige følger som følge af den sene behandling den 31. januar 1993?*

Der henvises til svaret på spørgsmål A.

Spørgsmål C:

Er der overensstemmelse mellem sagsøgers subjektive klager og de objektive fund med hensyn til følgerne efter diskusprolapsen, således som disse er beskrevet i de foreliggende lægelige akter?

Der er frem til 1996 rimelig overensstemmelse mellem subjektive klager og objektive fund. Herefter beskrives ved nogle undersøgelser en vis diskrepans, som det ofte er tilfældet ved kroniske generaliserede smertesyndromer.

Spørgsmål D:

Er der overensstemmelse mellem sagsøgers subjektive klager og de objektive fund med hensyn til skaden i højre hånd, således som disse er beskrevet i de lægelige akter?

Ja.

Spørgsmål E:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

...

Det i besvarelsenerne af spørgsmål 6 og 7 nævnte spørgsmål K, der er afgivet af Retslægerådet den 27. juli 2005 til Højesteret, Anke – og kæremålsudvalg, er sålydende:

...

Spørgsmål K:

Kan den sygdom, . . . pådrog sig den 31. januar 1993, deles i en primærsygdom og en sekundærsygdom?

Kan sygdommen udvikle sig i et kontinuerligt forløb til et Cauda Equina syndrom?

Er der tale om en sygdom, der kontinuerligt progredierede til den tilstand, som bevirkede, at t. . . blev opereret?

Ad første del af spørgsmålet: Nej.

Ad anden del af spørgsmålet: Ja.

Ad tredje del af spørgsmålet: Ja.

Begrundelse: ved bristning af båndskive medførende et fremfald (diskusprolaps) ind i rygmarvskanalen, kan der afhængig af omfanget af nerverodspåvirkning opstå symptomer, herunder cauda equina syndrom. Sidstnævnte tilstand kan opstå momentant eller udvikles over timer til dage.

...

Kammeradvokaten har under hovedforhandlingen for landsretten oplyst, at det er korrekt, at Patientskadeankenævnet har omgjort Patientforsikringens afgørelse, hvorved sagsøgeren blev tilkendt erstatning for sine tandproblemer. Patientskadeankenævnets begrundelse for at omgøre afgørelsen var, at nævnet ikke fandt, at der var årsagssammenhæng mellem sagsøgerens medicinindtagelse og de skader, som skyldes fejlbehandlingen.

Parteme er enige om, at stationærtidspunktet er den 10. november 1993.

Sagsøgte bestrider ikke sagsøgerens beløbsmæssige opgørelse af det påståvnte beløb.

Der er til brug for landsrettens afgørelse fremlagt regnskabsmæssige oplysninger vedrørende sagsøgeren for årene 1992-1994 samt en liste over den medicin han tager.

Forklaring

Der er under sagen afgivet partsforklaring af . Han har forklaret blandt andet, at han er læge. Efter sin eksamen blev han uddannet som speciallæge i Sverige, hvor han arbejdede som distriktsoverlæge indtil 1987, hvor han traf sin samlever-ske, som ikke ønskede at bo i Sverige. Derfor flyttede de til Danmark, hvor han fik han en praksis på Enghave Plads. Han foretog omfattende investeringer heri, idet han ønskede at kunne give patienterne langt flere behandlings- og undersøgelsestilbud, end det er sædvan-ligt for en alment praktiserende læge. Da han brækkede hånden, måtte han sadle om og drive praksis på normal vis. Hånden blev lagt i gips, men da det ikke hjalp, blev han efter-følgende opereret. Desværre opstod der komplikationer, som betød, at han ikke kunne holde rigtigt på krykstocken. Derfor kunne han ikke gå rigtigt, og det afstedkom smerter i nakke og ryg. Han måtte i det daglige skåne hånden, og han opgav derfor blandt andet at spille badminton. Han havde ikke smerter i hånden. Hånden er nu fuldstændig helet, og der er ingen funktionsproblemer.

Da han i 1993 blev indlagt med rygproblemer, lå han i akutmodtagelsen. Der var ingen neurologer, som tilså ham. Han havde store smerter og var nærmest bevidstløs. Han husker ikke meget af, hvad der skete. Efter operationen har han udviklet en massiv tørhed i mund-hulen. Det var en bivirkning ved den medicin, som han tager. Han er multiallergiker og skal derfor tage ekstra meget medicin. Der er meget medicin, han ikke kan tåle, og han eksperimenterer konstant med sammensætningen, for at opnå det bedste resultat. Det store medicinforbrug er nødvendigt, fordi han har mange smerter. Noget af medicinen tager han for at modvirke bivirkninger fra anden medicin. Han har drøftet sit medicinforbrug med adskillige læger både i Danmark og i Spanien.

Han vågner 3 til 4 gange hver nat, fordi han skal vandlade. Han kan ikke gemme et samleje, selv om han tager stimulerende medicin, og han har ikke haft sædudløsning siden operationen. Efter hans erfaring ender 70 til 90 procent af de tilfælde, hvor man opererer for diskusprolaps, med, at patienten kureres helt. I de fleste af de resterende tilfælde vil patienten opnå en væsentlig bedring af tilstanden. Efter en operation vil man altid forsøge at omskole patienten til et arbejde, som ikke belaster ryggen. Praktiserende læge er et sådant arbejde. Han havde ikke lændesmerter eller andre smerter i ryggen, før operationen. Smerterne kom som lyn fra en klar himmel. Da han blev indlagt i 2006 var han bevidstløs.

Han havde været syg i en uge efter at have spist nogle dårlige rejer. I den periode havde han ikke taget medicin.

Beskrivelsen af hans symptomer i erklæringen af 31. januar 1994 er overdrevne.

har beskrevet dem som mere voldsomme, end han gav udtryk for. Han har ikke fået erstatning vedrørende tandproblemer, idet Patientskadeankenævnet omgjorde patientforsikringens afgørelse herom. Hans astma er blevet bedre med alderen, og han tager nu ikke længere medicin herfor. De smerter i ryggen og nakken, som er beskrevet i erklæringen af 6. februar 1995, stammer fra forkert brug af krykstocken på grund af håndskaden. Smerterne i ryggen og nakken kan ikke lindres med medicin. Han er blevet behandlet med fysioterapi for disse smerter. Før operationen i 1993 tog han næsten udelukkende håndkøbsmedicin, herunder medicin mod allergi. Udgifterne hertil var ikke store.

Procedure

Sagsøgeren har til støtte for påstanden anført, at den erstatningsberettigede fejlbehandling medførte, at han blev påført skader i videre omfang, end der er givet erstatning for ved Patientskadeankenævnets afgørelse af 17. marts 1999. Han var før operationen i 1993 rask og arbejdede som læge på fuld tid. Den håndskade, som han pådrog sig i 1989, var på afgørelsestidspunktet fuldstændig helbredt og kan derfor ikke medføre fradrag i erstatningen. Der er efter sagens oplysninger og den lægelige litteratur ikke tilstrækkeligt grundlag for at antage, at en korrekt lægelig behandling af sagsøger ville have medført en generel lidelse, og der skal derfor heller ikke ske fradrag i erstatningen af denne grund. Det må efter sagens oplysninger og sagsøgers forklaring lægges til grund, at han som følge af fejlbehandlingen har haft nødvendige udgifter til medicin som påstået, og at denne medicinindtagelse er årsag til sagsøgerens gener med tændeme, og at fejlbehandlingen har afstedkommet en nedsat libido.

Subsidiært har sagsøgeren påstået sig tilkendt et mindre beløb, og herunder henvist til Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 31. august 2004 vedrørende erhvervsevnetab.

Patientskadeankenævnet har til støtte for den nedlagte påstand anført, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte det skøn, som er lagt til grund ved afgørelsen af 17. marts 1999. Sagsøgeren har bevisbyrden for, at dette skøn er forkert. Efter bevisførelsen herunder udtalelserne fra Arbejdsskadestyrelsen og Retslægerådet, må det læges til grund, at sagsø-

geren ved en korrekt operation ville være blevet påført en grundlidelse, som berettiger til et fradrag som fastsat i sagsøgtes afgørelse. Det må endvidere antages, at sagsøgeren før operationen i 1993 havde skader i højre hånd, der skal medføre fradrag som bestemt ved afgørelsen.

Der er ikke grundlag for at tilkende sagsøgeren erstatning for de påståede medicinudgifter i videre omfang end sket, ligesom det ikke kan antages, at de påståede gener vedrørende sagsøgers tænder og nedsat libido kan tilskrives den erstatningsberettigede skade. Sagsøgte har endvidere anført, at sagen ikke giver grundlag for at tage stilling til sagsøgerens subsidære påstand. Der kan i hvert fald tidligst tilkendes renter fra det af Patientskadeankenævnet fastsatte skadestidspunkt den 1. februar 1993.

Landsrettens begrundelse og resultat

Det er ubestridt, at sagsøgeren ved indlæggelsen i 1993 på _____ blev påført en skade, der er erstatningsberettiget efter lov om patientforsikring, og at stationærtidspunktet er den 10. november 1993. Der er heller ikke tvist om selve den beløbsmæssige opgørelse af sagsøgerens restkrav. Det spørgsmål, som herefter foreligger til påkendelse er, om der er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse om, hvilke følger, der er omfattet af den erstatningsberettigede skade og omfanget af disse følger.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 2 og 3 anført, at spørgsmålene er hypotetiske og ikke kan besvares af rådet med nogen sikkerhed. Når henses hertil og til bevisførelsen for landsretten i øvrigt, herunder de lægelige erklæringer og retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 og A, finder landsretten ikke sikkert grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse, hvorefter nævnet ved fastsættelsen af méngrad og erstatning for erhvervsevnetab har vurderet, at sagsøgeren havde en grundlidelse og har fastsat den procentmæssige størrelse af dem som sket.

Patientskadeankenævnet har ved dets afgørelse i 1999 lagt til gnm, at sagsøgeren i forvejen havde et erhvervsevnetab på 25 procent. Arbejdsskadestyrelsen vurderede i juni 1994 sagsøgerens erhvervsevnetab til 25 procent som følge af den håndskade han pådrog sig i juni 1989. Ved Revaliderings- og Pensionsnævnets afgørelse i 1997, hvorved sagsøgeren blev tilkendt mellemste førtidspension, lagde nævnet blandt andet vægt på, at sagsøgerens

erhvervsevne var nedsat som følge af indskrænket bevægelighed og reduceret kraft i højre håndled efter et brud på håndleddet i 1989. På denne baggrund og efter bevisførelsen i øvrigt findes der uanset indholdet af de den 14. november 2003 og 13. april 2005 indhentede erklæringer ikke grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse i dette spørgsmål.

Ligeledes findes der efter alt foreliggende, herunder Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 og 5, ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse vedrørende sagsøgerens årlige udgifter til medicin som følge af behandlingsskaden. Da landsretten ej heller finder grundlag for at tage de i øvrigt af sagsøgeren nedlagte erstatningspåstande, herunder påstanden om erstatning for tandskademe, til følge, tages Patientskadeankenævnets frifindelsespåstand i det hele til følge.

Efter sagsgenstandens værdi og sagsforberedelsens omfang skal sagsøgeren,
betale 250.000 kr. til sagsøgte, Patientskadeankenævnet, til dækning af udgifter til advokat. I beløbet indgår sagsøgtes udgifter til materialesamling.

Th i k e n d e s f o r r e t

Patientskadeankenævnet frifindes.

skal inden 14 dage betale 250.000 kr. i sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet.

(Sign.)

Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsrets kontor, den 8 OKT. 2007
P.j.v.

