



RETEN I ODENSE DOM

afsagt den 3. januar 2018

Sag BS-25/2014-ODE

A
(advokat B
mod

Ankenævnet for Patienterstatning (tidligere Patientskadeankenævnet)
(advokat Sanne H. Christensen)

Denne afgørelse er truffet af dommer N. Feilberg Jørgensen.

Sagens baggrund og parternes påstande

I denne sag, der er anlagt den 10. april 2014, har sagsøgeren, A, efter sin endelige påstand påstået Patientskadeankenævnets afgørelse af 25. oktober 2013 ophævet og hjemvist til fornyet behandling ved Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatning (tidligere Patientskadeankenævnet), har nedlagt påstand om frifindelse.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Oplysningerne i sagen

Det fremgår af sagen, at A klagede over behandlingen på den 26. juni 2008 og frem til Patientforsikringen, H, der den 29. april 2009 traf afgørelse om, at han ikke var berettiget til erstatning efter loven. Det anføres som begrundelse, at "Patientforsikringen har vurderet,

at De [han] ved operationen den 26. juni 2008 med overvejende sandsynlighed blev påført skade i form af læsion af nervus ulnaris. Der er herved lagt vægt på Deres [hans] tiltagende gener efter operationen.

Ifølge KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis undersøgelse eller behandling har afvejet fra, hvad der efter lægevidenskab og erfaring ville have været den bedst mulige i den givne situation. Det er endvidere en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået. Det er derimod ikke en betingelse, at der er begået fejl af lægen eller andre i forbindelse med undersøgelse eller behandling.

....

Patientforsikringen har herefter fundet, at læsionen af nervus ulnaris, der opstod under operationen den 26. juni 2008, er en hændelig komplikation til en ellers optimal udført operation.

....

Patientforsikringen har fundet, at Deres skade i form af læsion af nervus ulnaris ikke er tilstrækkelig sjælden til at opfylde lovens krav om sjældenhed.

Den 19. august 2010 skrev Patientforsikringen blandt andet således til

A .

"De har herefter ved mail af 14. april 2010 anmodet Patientforsikringen om at genoptage sagen. Baggrunden for Deres anmodning er, at De fortsat mener, at forløbet fra den første operation den 26. juni 2008 ikke har været optimalt.

....

Patientforsikringen har ud fra Deres mail samt indhentet journalmateriale fra H vurderet, at der ikke er fremkommet nye faktiske eller retlige oplysninger af væsentlig betydning for sagen, hvorfor der på den baggrund ikke er grundlag for at genoptage sagen."

Den 11. oktober 2012 skrev Patientforsikringen blandt andet således til

A's advokat:

"Du har ved brev af 25. juni 2012 anmodet om, at sagen blev genoptaget, fordi A den 19. juni 2012 har fået amputeret venstre underarm på grund af meget smertende hæmangiom svarende til venstre hånd og håndled.

.....

Der er ikke grundlag for at genoptage sagen efter de almindelige forvaltningsretlige regler om genoptagelse.

Begrundelse:

Efter de almindelige forvaltningsretlige regler kan en sag genoptages, hvis der fremkommer nye faktiske eller retlige oplysninger af så væsentlig betydning for sagen, at der er en vis sandsynlighed for, at sagen ville have fået et andet udfald, hvis oplysningerne havde foreligget i forbindelse med vores oprindelige afgørelse.

Vi har vurderet, at dit seneste brev og det indhentede journalmateriale fra **H** ikke indeholder nye faktiske eller retlige oplysninger i forhold til den anmeldelse/de oplysninger, som tidligere er fremsendt.

Vi har ved vurderingen heraf lagt vægt på, at det er **As** grundsygdom (hæmangiomet), der er årsag til amputationen den 19. juni 2012 på **H** og ikke nervelæsionen. Vi har derfor ikke grundlag for at genoptage sagen.

...."

Patientskadeankenævnet traf den 25. oktober 2013 sålydende afgørelse:

"....

Patientforsikringens afgørelse af 11. oktober 2012 tiltrædes.

Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for domstolene inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Retten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Sagsfremstilling

....

Supplerende til sagsfremstillingen fremgår, at **A** blev genhenvist til **H** til håndkirurgisk ambulatorium og set den 20. oktober 2011 på grund af tiltagende smerter.

Man foretog en angiografi (kar undersøgelse) på mistanke om vækst af hæmangiomet, og henviste til **A** til plastikkirurgisk afdeling den 1. november 2011. Han blev desuden henvist til og undersøgt på **C** den 13. januar 2012, hvor man konstaterede, at han havde en kom-

pleks kronisk smertetilstand forenelig med et complex regionalt pain syndrom – CRPS. Tilstanden var kronisk stabil, og man afstod fra yderligere intervention.

Af notat fra plastikkirurgisk afdeling den 8. februar 2012 fremgår, at man havde mistanke om en smertegivende venolær (vene) malformation som årsag til symptomerne, idet A havde en udbredt karlæsion i venstre hånd. Tilstanden blev konfereret med plastikkirurgisk afdeling, håndkirurgisk afdeling og ved en tumorkonference. Det blev i samråd med A besluttet at foretage en amputation på underarms niveau.

Denne blev foretaget den 19. juni 2012 på H, og A blev i efterforløbet udstyret med en myoelektrisk protese og optrænet.

Begrundelse og resultat

....

Nævnet har lagt vægt på, at A havde en recidiverende infiltrativ voksende godartet tumor i hånden, som allerede før operationen den 26. juni 2008 gav tegn på skade af nervus ulnaris. Det udviklede smertesyndrom kan endda skyldes selv tumoren og dennes størrelse.

Oplysningen om amputationen af venstre underarm kan ikke føre et andet resultat og må med overvejende sandsynlighed tilskrives grundsygdommen.

Endelig har nævnet lagt vægt på, at A har haft tiltagende gener efter alle tre tidligere indgreb for tumoren, og at man ved operationen den 26. juni 2008 fandt arvævsdannelse omkring nervus ulnaris og et infiltrativt voksende hæmangiom, som derfor ikke kunne fjernes radikalt.
...."

Retslægerådet har den 29. juni 2015 og senere fået stillet og har besvaret følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1.

Det ønskes oplyst, om det var hæmangiomet der var årsagen til indgrebet i hånden.

Ved undersøgelsen på H den 15.05.08 angives, at indikationen for operationen den 26.06.08 "i første omgang" var en neurofysiologisk verificeret påvirkning af albuenerven 5 cm ovenfor den venstre albue. De kliniske fund bestyrkede mistanken. Det fremgår endvidere af notatet, at man

skulle være "tilbageholdelse med operation for hæmangioma i håndledsniveau". I forbindelse med indgrebet angives i de præoperative bemærkninger, at der var indikation for en nervefrilægning ved albuen såvel som ved håndledet. Ved operationen fandt man ar- tumorvæv omkring albuenerven ved håndledet.

Indikationen for indgrebet var således nervepåvirkning – hæmangiomaets engagement af nerven var uventet.

Spørgsmål 3

Hvis spørgsmål 1 besvares bekræftende ønskes det oplyst, om der er årsagssammenhæng imellem indgrebet i hånden og nødvendigheden af den senere amputation, eller om nødvendigheden af amputationen skyldtes grundsygdommen. Såfremt der var tale om samvirkende årsager bedes disse oplyst sammen med den indbyrdes fordeling af årsagerne.

Karsvulsten var ikke indikation for indgrebet i hånden.

Spørgsmål 5:

Det ønskes oplyst, hvilken sandsynlighed der på indgrebstidspunktet var for, at operationen senere kunne gøre en amputation nødvendig.

Spørgsmål 6:

Det ønskes oplyst, om amputationen går ud over hvad patienten henset til indgrebet og grundsygdommen kunne forvente.

Ad spørgsmål 5 og 6:

Komplikationer til dekompressioner af perifere nerver, der nødvendiggør en senere amputation, er yderst sjældne. Graden af sandsynlighed kan ikke angives. På grund af arvæv synes frilægningen af albuenerven på håndledsniveau at have indvirket negativt på nervefunktionen. Der er senere i forløbet tilkommet konkurrerende årsager til amputationen. Sagsøger udviklede således en kompleks kronisk smertetilstand med gener forenelige med CRPS (Komplekst Regionalt Smertesyndrom). Dertil kom progredierende vækst af tumor. Der blev rejst mistanke om, at sidstnævnte var en særlig form for smertefuldt hæmangioma. Disse faktorer var naturligvis ikke kendte på tidspunktet for indgrebet og således ikke forventelige.

Spørgsmål E:

I journalnotat af 19. juni 2012 (bilag 21, s. 25 af 79) er det anført, at indikationen for amputationen var "svære smerter opstået ulnart i hånden forårsaget af hæmangiom".

Retslægerådet bedes vurdere, om årsagen til amputationen er en følge af

- a) Sagsøgerens grundlidelse i form af hæmangiomet,
- b) Behandlingen af sagsøgeren, herunder indgrebet den 26. juni 2008,
- c) En eventuel tilstand hos sagsøgeren forenelig med CPRS og/eller
- d) Andre forhold, herunder uoplyste forhold.

Såfremt svaret er forbundet med usikkerhed, bedes Retslægerådet angive, hvad der efter rådets vurdering er den mest sandsynlige årsag.

Retslægerådet bedes endvidere redegøre for, hvad der ligger til grund for rådets vurdering af årsagssammenhængen – herunder for, hvilken betydning rådet tillægger det, at sagsøgeren havde haft tiltagende gener efter de tidligere indgreb for tumoren.

Det fremgår af journalnotaterne inden operation, at sagsøger på daværende tidspunkt stort set ikke havde nogen aktiv håndfunktion på venstre side. Der var desuden kroniske smerte. Hæmangiomet, nervestatus efter indgrebet samt udviklingen af CRPS indvirker formodentlig alle på beslutningen om at gennemføre amputationen. En gradering af de enkelte faktorerers indflydelse er ikke mulig."

Ankenævnet for Patientforsikring meddelte den 15. august 2016

A og hans advokat, at Ankenævnet havde truffet afgørelse om ikke at genoptage sagen.

Ankenævnet begrundede afgørelsen således:

"Ankenævnet for Patienterstatningen kan beslutte at tage en afgjort sag op til fornyet behandling og afgørelse, hvis der kommer nye oplysninger, der har væsentlig betydning for afgørelsen af sagen. Det drejer sig især om oplysninger, der giver grund til at ændre vurderingen af sagen. Det følger af § 16 i bekendtgørelse om forretningsordenen for Ankenævnet for Patienterstatningen.

Ankenævnet vurderer, at Retslægerådets udtalelser af 29. juni 2015 og af 11. maj 2016 ikke giver grundlag for at genoptage behandlingen af sagen og ændre ankenævnets afgørelse af 25. oktober 2013.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

A er påført en behandlingsskade i form af læsion af nervus ulnaris, der opstod under operationen den 26. juni 2008. Ankenævnet bemærker, at alene en del af nervepåvirkningen skyldes behandlingen. Noget af nervepåvirkningen skyldes også øvrige forhold hos A selv, herunder forudbestående nervepåvirkning og indvækst af hæmangiomet i nerven.

Det fremgår således af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og spørgsmål A, at indikationen for operation den 26. juni 2008 "i første omgang" var en neurofysiologisk verificeret påvirkning af albuenerven 4 til 5 cm ovenfor den venstre albue, og at de kliniske fund bestyrkede denne mistanke. Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 fremgår også, at "hæmangiomet's engagement af nerven var uventet", og af besvarelsen af spørgsmål 5 og 6, at der var progredierende vækst af tumor.

Det følger af klage- og erstatningsloven, at der ydes erstatning, hvis skaden "med overvejende sandsynlighed" er påført ved behandlingen. "Overvejende sandsynlighed" betyder, at det skal være mere sandsynligt (mere end 50 procent), at behandlingen, og ikke andre forhold, er årsagen til skaden.

Ankenævnet vurderede ved afgørelse af 25. oktober 2013, at amputationen af venstre underarm den 19. juni 2012 ikke med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingsskaden, men derimod øvrige sygdomme hos A herunder den fortsatte vækst af hæmangiomet og udvikling af CRPS (Komplekts Regionalt Smertesyndrom).

Retslægerådet blev i spørgsmål E bedt om at vurdere, om årsagen til amputationen var en følge af

- a) Sagsøgerens grundlidelse i form af hæmangiomet
- b) Behandlingen af sagsøgeren, herunder indgrebet den 26. juni 2008
- c) En eventuel tilstand hos sagsøgeren forenelig med CPRS og/eller
- d) Andre forhold, herunder uoplyste forhold

Retslægerådet udtalte, at det af journalnotaterne inden operation (amputation) fremgik, at A på daværende tidspunkt stort set ikke havde nogen aktiv håndfunktion på venstre side. Der var desuden kroniske smerter. Hæmangiomet, nervestatus efter indgrebet samt udviklingen af CRPS har formentlig alle indvirket på beslutningen om at gennemføre amputationen. En gradering af de enkelte faktorer's indflydelse er ikke mulig.

Ved besvarelsen af spørgsmål 5 og 6, hvor Retslægerådet blandt andet blev spurgt til, hvilken sandsynlighed der på indgrebstidspunktet (den 26. juni 2008) var for, at operationen senere kunne gøre en amputation nødvendig, udtalte Retslægerådet blandt andet, at der senere i forløbet tilkom konkurrerende års-

ger til amputationen. **A** udviklede således en kompleks kronisk smertetilstand med gener forenelige med CRPS (Komplekst Regionalt Smertesyndrom). Dertil kom progredierende vækst af tumor.

Retslægerådet har ved besvarelse af spørgsmål B udtalt, at diagnosen CRPS blev introduceret ved en samtale i **C** i januar måned 2012. Det fremgår af journalnotatet, at sagsøgers "samlede anamnese" passede med det forenelige ved denne tilstand. Hvilke gener, der var i overensstemmelse med de diagnostiske kriterier, var ikke angivet, men følgende symptomer, der kan støtte brug af diagnosen, var angivet i anamnesen: Allodynii (smerter ved stimuli, der normalt ikke er smertefremkaldende), hævelse af hånden, motoriske forstyrrelser og farveforandringer i huden.

På den baggrund finder ankenævnet, at Retslægerådets udtalelser ikke giver grundlag for en anden vurdering, end den, der kommer til udtryk i Patientforsikringens afgørelse af 11. oktober 2012 og ankenævnets afgørelse af 25. oktober 2013, hvorefter amputationen af venstre underarm den 19. juni 2012 ikke med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingsskaden, men mere sandsynligt øvrige sygdomme hos **A**, herunder CRPS og fortsat vækst af hæmangiomet.

Retslægerådets udtalelser giver således ikke grundlag for at genoptage behandlingen af sagen og ændre ankenævnets afgørelse af 25. oktober 2013.
..."

Retslægerådet blev stillet og besvarede den 20. juni 2017 følgende to spørgsmål

"Spørgsmål 8:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, i hvilket omfang CPRS-tilstanden blev fremkaldt eller forstærket af indgrebet på håndledsniveau.

Patofysiologien, hvad angår fremkomst af CPRS, er uafklaret. Hos nogle patienter kan man ikke påvise en udløsende faktor. Ætiologien til aktuelle episoder med CRPS kan være multifaktoriel. Oftest begynder generne i løbet af få måneder efter den eventuelle udløsende episode. Det fremgår ikke entydigt, hvornår CPRS-symptomerne debuterede hos sagsøger. Udsagn om det operative indgrebs relation til den beskrevne CRPS er således af hypotetisk karakter."

"Spørgsmål G:

Supplerende til spørgsmål 8 – og henset til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B – bedes Retslægerådet angive, om sagsøgeren ud fra de foreliggende læ-

gelige akter udviste symptomer på CRPS i tidsmæssig tilknytning til operationen den 26. juni 2008?

Og i givet fald hvilke?

I journalnotaterne (16.01.08 – 15.05.08) beskrives ikke symptomer, der betinger brug af diagnosen CRPS. Der er således ikke dokumentation for, at sagsøger havde CRPS forud for håndledsoperationen.”

...

”Hvad angår indikationen for amputationen og de mulige patologiske faktorer indbyrdes vægtning, henvises til tidligere besvarelse af spørgsmål E.”

Forklaringer

A har forklaret, at han er 43 år. Han er uddannet sælger, men han er på kontanthjælp. Han startede med at arbejde inden for sin uddannelse i et års tid, og derefter skiftede han til at arbejde inden for galvaniseringsbranchen. Han var ude for en arbejdsulykke i 2005 og havde derefter perifer tilknytning til arbejdsmarkedet. På et tidspunkt havde han tremor, og han blev henvist til en neurolog. Der blev foretaget en EMG-undersøgelse, der viste, at der ikke var nogen nerver i klemme. Inklusiv den amputation af underarmen, der har fundet sted, er han opereret fem gange. Da han var 11 slog han sin hånd, og det blev konstateret, at der var noget væv i hånden, der havde lidt skade. Han skulle dengang bruge støttebind. Da han blev 15 år, blev han undersøgt, og han blev opereret i 1989/90, hvor han fik en svulst i hånden fjernet. Han gik til kontrol ca. seks måneder senere i D, og derefter blev han sendt til H. Der var noget, der ikke helt var, som det skulle være. Man mente, at han havde dannet arvæv. Han blev opereret igen (anden gang) i 1992/93. Lægen havde skrabet arvævet væk, og der var nogle rester af tumoren. Han fik af lægen beskrevet, at det, han havde i hånden, var som en slags skvalderkål, der sad dybt inde og som man ikke kunne få væk. De to sidste fingre satte sig. De kunne ikke strækkes ud. Han fik en plastikskinne fra Sahva på, og den gik han med hver dag. Hans grovmotorik fungerede, men han havde smerter i hånden. Han blev igen i 1998/99 henvist til H, og han blev i 1999/2000 reopereret for tredje gang. Der var stadig noget rest af arvæv, og han led herefter af nedsat følsomhed i hånden. Hans hævelser var dog blevet mindsket. Indtil 2008 havde han ingen problemer med tremor. En overlæge, som muligt hed E, foretog EMG og konstaterede, at han havde en nerve i klemme i albuen. Der kunne og skulle herefter foretages en neurolyse, og overlægen mente, at hans rystelser herefter ville ophøre. Han skrev under på, at han var indforstået med at blive opereret omkring albueniveau. Hånden gav ham på det tidspunkt ikke nogen problemer. På operationsdagen fik han en forklaring på, hvad der skulle ske. Lægen kom og tilså ham, og der skulle bare foretages en frilægning af albuen. Lægen sagde,

at det så fint ud, og E hentede ham, og han blev medicineret. Først beroligende, og derefter fik han afslappende medicin. Han gik med E, der forklarede ham, at han ville åbne hans hånd, idet der var noget i klemme. Anæstesilægen sagde "du skal også opereres i hånden, da det også er noget i klemme dér". Det havde E sagt til anæstesilægen. Han mente ikke, at han havde samtykket i operationen i hånden. Så fandt operationen sted. Efter 45 minutter spurgte han, hvor langt de var nået, og lægen sagde, at han ikke var færdig endnu i albuen. Han spurgte i alt fire gange, hvor langt de var nået. Sygeplejersken sagde på et tidspunkt "jeg skal lige se, om du er blødt igennem". Han spurgte, hvad det var med gennemblødning. E sagde, at det så fint ud, og at han måtte tage hjem. Han følte, at der var noget, der trykkede, og han tog herefter på skadestuen, da forbindingen var størknet. Han fik ny forbindelse på. Han kontaktede herefter ambulatoriet telefonisk, og han fik oplyst, at han skulle holde forbindingen på i 14 dage. Det var tydeligt, at muskulaturen var svundet. Han klagede til E der fjernede tråden. Han havde smerter. Han fik udskrevet syntetisk morfin og blev genoptrænet. I 2009 eller 2010 var han til en lægekongference, hvor E sagde, at man erkendte, at man havde begået en fejl. En lægekollega bad E om at tie stille. Han skulle fremvise sin hånd og arm for konferencen, og lægerne snakkede latin indbyrdes. En læge,

F, foreslog, at man bedøvede nerven, og det gjorde F så. Smerterne gik væk, men funktionen i armen og hånden var væk på grund af bedøvelsen. Han kunne ikke føle. Ved den fjerde operation blev tremoren ikke fjernet. Han får i dag betablokker mod rystelserne. Han får 2x80 mg. dagligt. Han har en hvilepuls på 105, og det mener man er på grund af en stressfaktor. Rystelserne stammer ifølge lægerne fra arbejdsulykken. Man forsøgte at overskære "nervus ulnaris", men det hjalp ikke. Han fik forskellige hjælpemidler. Til sidst i 2011 eller 2012 hævede hånden bare. Han havde den nedad. I 2012 var han på C. Han fik tilbudt "gule piller". Han havde da ikke lyst til mere medicin, derfor tilbød lægerne indoperation af en elektrode i rygraden. Han havde ikke lyst til, at der blev foretaget flere indgreb, og så kunne de ikke gøre mere for ham. Han kontaktede ortopædkirurgisk afdeling igen og var til konference. Overlæge L spurgte, om man havde overvejet amputation. Det havde han ikke tænkt på. Det værste for ham var smerterne. Lægerne talte om amputation. Det var nødvendigt at amputere over det sted, hvor problemet var. Han fik at vide, at der var 70 procents risiko for fantomsmerter. Der blev foretaget et MRI-scanning med kontrastvæske, og der blev truffet beslutning om at amputere underarmen ca. midtpå. Det blev aftalt den 19. juli 2012. Han havde på det tidspunkt kateter og var uden smerter. To dage senere blev smertepumpen fjernet, og han havde igen smerter, men han skulle trappes ud af det. Han tog en kold tyrker og har indtil i dag ikke fået noget smertestillende. I dag har han kun rystelserne tilbage. Amputationen fandt sted som følge af de smerter, han havde, og fordi underarmen og hånden var blålig og uden funktion.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført følgende:

At det på baggrund af Retslægerådets erklæring må lægges til grund, at der foreligger væsentlige nye oplysninger om de mulige årsager til amputationen, og at der derfor er grundlag for at genoptage sagen,

At der må lægges afgørende vægt på, at der i Retslægerådets erklæringer er angivet 3 mulige årsager til nødvendigheden af amputationen, hvoraf grundsygdommen er den ene,

At der på baggrund af umuligheden i at gradere de tre årsager ikke er grundlag for at konkludere, at grundsygdommen er hovedårsagen til nødvendigheden af amputationen.

Ankenævnet for Patienterstatning (Tidligere Patientskadeankenævnet) har i sit påstandsdokument anført følgende:

Til støtte for påstanden gøres gældende, at der ikke er grundlag for at tilside-sætte ankenævnets afgørelse af, at der ikke var grundlag for at genoptage sa-gen.

Det er ikke ved det fremførte godtgjort, at amputationen med overvejende sandsynlighed var en følge af behandlingen den 26. juni 2008, og at der af den årsag var grundlag for at genoptage **As** sag, da ankenævnet traf afgørelse den 25. oktober 2013.

Retslægerådets udtalelser giver ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets lægefaglige vurdering. Ankenævnet har derimod ved afgørelse af 15. august 2016 udtrykkeligt forholdt sig til Retslægerådets udtalelser og fastholdt, at der ikke var grundlag for at genoptage **As** sag og ændre afgørelsen af 25. oktober 2013.

Ved afgørelsen af 25. oktober 2013 lagde ankenævnet vægt på, at

A havde en recidiverende infiltrativt voksende godartet tumor i hånden, som allerede før re-operationen den 26. juni 2008 gav tegn på skade af nervus ulnaris. Derudover lagde nævnet vægt på, at **A** havde haft tiltagende gener efter alle tre tidligere indgreb for tumoren, og at man ved re-operationen den 26. juni 2008 fandt arvævsdannelse omkring nervus ulnaris og en infiltrativt voksende godartet tumor, som ikke kunne fjernes radikalt.

Ankenævnet vurderede på den baggrund, at amputationen med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives grundsygdommen og ikke behandlingen. Oplysningen om amputationen af venstre underarm kunne derfor ikke føre til et andet resultat i forhold til Patientforsikringens tidligere vurdering af, at

A ikke var påført en skade omfattet af KEL § 20, stk. 1, nr. 1 eller nr. 4. Oplysningen var dermed ikke en væsentlig ny oplysning, der kunne begrunde en genoptagelse af sagen.

Det kan ikke på baggrund af Retslægerådets udtalelser konkluderes, at amputationen med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives behandlingen. Retslægerådet har derimod i svaret på spørgsmål E (Retslægerådets besvarelse af 11. maj 2016) ikke kunne angive en gradering af de enkelte faktorerers indflydelse.

Rådet har således udtalt:

"Det fremgår af journalnotaterne inden operation, at sagsøger på daværende tidspunkt stort set ikke havde nogen aktiv håndfunktion på venstre side. Der var desuden kroniske smerter. Hæmangiomet, nervestatus efter indgrebet samt udviklingen af CRPS indvirker formodentlig alle på beslutningen om at gennemføre amputationen. En gradering af de enkelte faktorerers indflydelse er ikke mulig."

Henset til navnlig dette svar fra Retslægerådet og af de i ankenævnets seneste afgørelse af 15. august 2016 anførte grunde giver Retslægerådets udtalelser ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets tidligere vurdering af, at amputationen ikke med overvejende sandsynlighed skyldtes behandlingen.

Sammenfattende giver Retslægerådets vurderinger af årsagen til amputationen ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets lægefaglige vurderinger, og

A har dermed ikke godtgjort, at oplysningen om amputationen giver grundlag for at genoptage hans sag. Ankenævnet bør derfor frifindes.

Parterne har under hovedforhandlingen nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen.

Rettens begrundelse og resultat

Det lægges til grund, at **A** i forbindelse med operationen den 26. juni 2008 "med overvejende sandsynlighed blev påført en skade i form af en læsion af nervus ulnaris.

Patientforsikringen vurderede, at læsionen var en hændelig komplikation til en ellers optimalt udført operation.

Efter en anmodning om genoptagelse har Patientforsikringen den 19. august 2010 afslået at genoptage sagen, da der ikke forelå nye faktiske eller retlige oplysninger af væsentlig betydning for sagen, hvilket er den almindelige betingelse for genoptagelse af en sag. **A** skrev igen den 25. juni 2012 og anmodede om genoptagelse efter amputation af underarmen den 19. juni 2012, hvilket blev afslået med begrundelsen om de almindelige forvaltningsregler om genoptagelse af forvaltningsafgørelser og med henvisning til, at **A's** grundsygdom måtte antages at være årsag til amputationen. Afgørelsen blev indbragt for Patientskadeankenævnet, som tiltrådte afgørelsen den 25. oktober 2013.

Retslægerådet har ikke kunnet redegøre for gradering af de enkelte faktorerers indflydelse som baggrund for operationen.

Ankenævnet afslog igen den 15. august 2016 at genoptage sagen med en begrundelse, som anført i tidligere afgørelser. Bestemmelsen i bekendtgørelse for forretningsorden for Ankenævnet for Patienterstatningen (§ 16) er udtryk for en almindelig forvaltningsretlig regel. Den, der anmoder om genoptagelse af en forvaltningsakt, har bevisbyrden for, at der foreligger nye oplysninger, der giver grund til at ændre vurderingen af sagen.

A har i denne sag ikke gennem bevisførelsen, der navnlig har bestået i Retslægerådets udtalelser sammenholdt med hans forklaringer, godtgjort, at der i hans tilfælde foreligger nye oplysninger, der bør bevirke, at Patientskadeankenævnets afgørelse af 25. oktober 2013 ophæves, og at afgørelsen hjemvises til fornyet behandling ved Ankenævnet for Patienterstatningen. Derfor frifindes sagsøgte.

Med omkostninger forholdes som nedenfor bestemt, idet bemærkes, at sagsøgte ikke er momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatning frifindes.

Sagsøgeren skal inden 14 dage til sagsøgte betale 50.000 kr. i sagsomkostninger.