

**UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG**

D O M

Afsagt den 16. marts 2018 af Østre Landsrets 20. afdeling
(landsdommerne Henrik Bitsch, Ib Hounsgaard Trabjerg og Jesper Jarnit (kst.)).

20. afd. nr. B-73-17:

Boet after A v/
 B

(advokat Kira Kolby Christensen, besk.)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Sanne H. Christensen)

Denne sag angår prøvelse af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 8. juni 2015, hvorved ankenævnet fandt, at der ved opgørelse af en godtgørelse for varigt mén skulle foretages fradrag i méngraden på 15 pct. grundet meget stor risiko for recidiv af A sygdom i form af lungecancer, samt yderligere reduktion af godtgørelsen med 2/3 som følge af princippet om mellemkommende død.

Sagen, der er anlagt ved Retten i Svendborg den 4. november 2015, er ved kendelse af 5. januar 2017 henvist til behandling ved Østre Landsret i medfør af retsplejelovens § 226, stk. 1.

Sagsøgeren, boet efter A v/ B har nedlagt påstand principalt om, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, skal anerkende, at sagsøger som følge af den anerkendte patientskade er berettiget til en godtgørelse svarende til varigt mén på 100 pct. uden fradrag for mellemkommende død, subsidiært 85 pct. uden fradrag for mellemkommende død.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, har påstået frifindelse.

Sagsfremstilling

A fik den 5. juli 2007 grundet åndenød, trykken for brystet og hjertebanken foretaget en CT-skanning af sit hjerte på E Sygehus.

Skanningen viste udtalt åreforkalkning, og A blev sat i behandling med blodfortyndende medicin. På billederne af de medscannede lunger sås desuden et lille uspecifikt infiltrat i mellemlappen. Det blev i journalnotatet vurderet, at det ville være hensigtsmæssigt med yderligere udredning af A

På grund af brystmerter fik A den 23. september 2007 og 29. oktober 2007 på E Sygehus taget røntgenbilleder af lungerne. Undersøgelserne viste et infiltrat i højre mellemlap. Det var vurderingen, at der var tale om godartede forandringer.

Det fremgår endvidere af lægejournalerne i sagen, at A på daværende tidspunkt var kendt med blandt andet forhøjet kolesteroltal, generel åreforkalkning og brystmerter (angina pectoris), ligesom han inden for de seneste fem år havde haft lungebetændelse seks gange.

Den 5. august 2011 henvendte A sig til egen læge med smerter i højre lunge. Der blev herefter på ny den 12. august 2011 taget røntgenbilleder af A lunger, som man sammenholdt med undersøgelsen foretaget den 29. oktober 2007. Det blev i den forbindelse konstateret, at infiltratet havde udviklet sig. A gennemgik herefter yderligere udredning, og den 24. august 2011 underrettedes A om, at han havde udviklet lungekræft.

A indgav den 19. september 2011 anmeldelsesskema til Patientforsikringen (nu Patienterstatningen).

I den forbindelse tilkendegav A følgende:

”Undersøgelse for lungebetændelse, hvor der blev taget røntgen af lungerne. Dette viste en plet på højre lunge, hvorefter der skulle have været undersøgt yderligt, dette blev aldrig gjort. 4 år senere bliver der konstateret kræft i pågældende lunge med samme placering. Dette er vi først lige blevet klar over ved udredning for kræft på F hvor kræftlægen kunne se, at der var nogen der havde sovet i timen, og ikke fået iværksat yderligere undersøgelser i forbindelse med dette fund for 4 år siden.”

Som led i sagens oplysning indhentede Patientforsikringen en række udtalelser.

Af udtalelse af 26. februar 2012 fra overlæge G fremgår blandt andet:

”Vurdering

Som det fremgår af den medicinske journal havde patienten 6 lungebetændelser igennem 5 år op til indlæggelsen [i september 2007]. Pt er storryger med universiel arteriosclerose. Røntgen billedet fra 2004 er beskrevet normalt (foreligger ikke til sammenligning) så forandringerne i mellemlaps området er til kommet i løbet af denne periode og kunne således meget vel være følger efter de tidligere lungebetændelser, men dette kan ikke afgøres på det foreliggende.

Det fremgår ikke hvorledes egen læge har stillet diagnosen lungebetændelse og om lungebetændelserne altid har været samme sted.

Patienten fik foretaget en hjerte CT undersøgelse i tæt relation til indlæggelsen i 07 som er refereret i den medicinske journal. Skanningen er foretaget den 5/7 07 og der er allerede her beskrevet et ”lille uspecifikt infiltrat i mellemlappen”. Denne skanning foreligger ikke ved aktuelle bedømmelse. Jeg kan konstatere at infiltratet ikke gav anledning til opfølgning men på baggrund af patientens sygehistorie kunne det meget vel være under standard.

Det er på baggrund af det lange tidsinterval fra september 07 til august 11 dog ikke sandsynligt at der allerede på dette tidspunkt var tale om en egentlig lungecancer. Ud fra erfaringen fra lungescreenings undersøgelserne har man lavet opfølgnings kriterier på små infiltrater, således at disse bliver fulgt i op til 2 år. Hvis der ikke er vækst indenfor denne periode vil patienten blive afsluttet. Men man har også observeret at der findes cancerforstadier som er stationære i et par år hvorefter de ændrer karakter til en manifest cancer. Det er derfor muligt med opfølgning af thorax røntgengenoptagelserne med CT-skanninger, at man ville have kunnet opdage en forandring i lungeparenchymet, et muligt cancerforstadium, som ville have bevirket en bronchoskopi, biopsi hvis muligt og ellers kontrol skanninger med henblik på udviklingen af forandringen til eventuel manifest cancer.

Konklusion:

Det er således min vurdering, at der er handlet under den bedste specialiststandard ved, at patienten ikke blev CT skannet efter kontrolrøntgenbilledet den 29/10-07. Derefter er det sandsynligt at patienten ville have indgået i et kontrolforløb, hvorved man måske ville have kunnet have opdaget patientens lungecancer tidligere.”

Af udtalelse af maj 2012 fra overlæge H fremgår blandt andet:

”Der er ikke udvist erfaren specialist standard. Patienten burde være sendt til CT-skanning efter røntgenundersøgelse den 29.10.2007.

Hvorvidt man skulle have udredt med yderligere undersøgelse i juli 2007, hvor der er blevet optaget hjerte CT, er jeg lidt usikker på, da dennedalitet er en anden.

Der er her tale om et tilfældigt fund, hvorimod at røntgenundersøgelsen i september, har været rettet mod symptomer fra patienten, som kan relatere sig til pneumo-ni/cancer.

Hvis patienten var blevet rettidig udredt efter 29.10.2007, ville der være foretaget en CT-scanning, der ville kunne diagnosticere en evt. tumor.

Vi må gå ud fra, at den tumor vi ser i 2011, har været tilstede i 2007, og gå ud fra, at der har været tale om et stadie T1N0M0.

Patienten ville således være blevet tilbudt operation, med kurativt sigte. Den statistiske prognoseforringelse er, på baggrund af det nyeste materiale således, at

Stadie 1A, det vil altså sige det stadie, som patienten har i november 2007, giver en forventet femårs overlevelse på 50 %, hvorimod den forventede femårs overlevelse i september 2011 er 19 %, henholdsvis 2 %, afhængig af om patienten har fjernmeta-staser eller ej.

Dette svarer til en median overlevelseshforringelse på 44, henholdsvis 52 måneder, afhængig af at patienten er i stadie 4 eller 3A.”

Af udateret udtalelse fra overlæge, ph.d., I der er modtaget af Patientforsikringen den 20. juni 2012, fremgår blandt andet:

”Stadie i 2007:

Hvis ingen spredning til lymfeknuder: T1bN0 svarende til stadie 1A

Hvis der var spredning til lymfeknuder: T1bN2 svarende til stadie IIIA

Stadie i 2011:

T2aN2, M er enten M0 eller M1 afhængigt af om der er metastase i ribben (costa)

Antages M0 så var stadiet IIIA

5 års overlevelse for st IA: 49%

5 års overlevelse for st IIIA: 14%

Såfremt sygdommen allerede i 2007 var spredt til lymfeknuder så er dødeligheden den samme, men var sygdommen ikke spredt i 2007 er overlevelsesh chancerne væsentligt forringet. Da man ikke foretog CT skanning i 2007 kan man ikke vurdere om spredning til lymfeknuder allerede var sket på daværende tidspunkt.”

Den 19. juli 2012 traf Patientforsikringen følgende afgørelse i sagen:

”Afgørelse

Din skade i form af forsinket diagnosticering af lungekræft er omfattet af loven. Du er berettiget til erstatning, hvis det samlede erstatningsbeløb overstiger 10.000 kr., jf. KEL § 24, stk. 2.

Afgørelsen er truffet i henhold til KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

...

Begrundelse

Efter KEL § 21, stk. 1, erstattes skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, kun i de tilfælde, der er nævnt i lovens § 20, stk. 1, nr. 1. Efter praksis gælder denne regel også, hvis diagnosen er blevet stillet for sent.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis undersøgelse eller behandling har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Vi har vurderet, at din diagnose blev forsinket med ca. 4 år.

Vi har lagt vægt på speciallægevurderingen fra den 2. marts 2012, hvoraf fremgår, at undersøgelserne på E Sygehus den 23. september 2007 og 29. oktober 2007 ikke udelukker ondartede forhold, og at undersøgelserne burde have været suppleret af yderligere udredning med CT-skanning. Vi har også lagt vægt på, at man med overvejende sandsynlighed ville have diagnosticeret din lungekræft ved en sådan yderligere udredning, og at du ifølge speciallægevurderingen fra den 20. juni 2012 kunne have undgået en væsentlig forværring af din statistiske overlevelsesh prognose ved rettidig diagnosticering i 2007.

Betingelserne i KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, anses på denne baggrund for at være opfyldt.

Selv om vi vurderede, at den erfarne specialist ville have foranlediget yderligere udredning for lungekræft på baggrund af CT-skanningen fra den 5. juli 2007, ville dette ikke kunne medføre en anden afgørelse end den nuværende. En vurdering af skanningen ses heller ikke at kunne have betydning for vores senere erstatningsopgørelse i sagen.

Sagens videre forløb

Patientforsikringen kan ikke på det foreliggende grundlag foretage den endelige erstatningsopgørelse, da det fremgår af sagens akter, at sagen er anmeldt til Arbejdsskadesstyrelsen som en arbejdsskadesag

...

Vi vender tilbage til sagen, når der foreligger yderligere oplysninger om den arbejdsskadesag.”

A afgik ved døden den 4. august 2012.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 23. august 2012 blev A tilkendt 60.078 kr. i godtgørelse for varigt mén svarende til en méngrad på 10 pct. Det er i afgørelsen anført, at der efter praksis ydes godtgørelse for varigt mén op til 10 pct. for den psykiske belastning ved bevidstheden om, at prognosen for at overleve sygdommen statistisk set er blevet forringet.

Ved afgørelse af 29. januar 2014 ændrede Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen) Patientforsikringens afgørelse af 19. juli 2012 om, at A var blevet påført en skade i form af forsinket diagnosticering til, at A ansås påført en væsentligt forringet overlevelsesprognose, inoperabel lungekræft og deraf følgende død. Patientskadeankenævnet hjemviste herefter sagen til Patientforsikringen til fornyet beregning af godtgørelse og erstatning, idet ankenævnet dog tiltrådte Patientforsikringens vurdering vedrørende en varig méngrad på 10 pct. for den psykiske belastning ved en forsinket prognose.

Ved afgørelse af 26. marts 2014 fastsatte Patienterstatningen godtgørelsen vedrørende varigt mén til 110.143 kr. Af afgørelsen fremgår blandt andet følgende:

”Varigt mén efter erstatningsansvarslovens § 4 ...

Patientskaden er vurderet til en méngrad på	85 %
Godtgørelse pr. méngrad	7.905 kr.
Godtgørelse i alt	671.925 kr.
Lovpligtig aldersreduktion 24 %	-161.262 kr.
Reduceret af anden årsag med 66 %	-340.442 kr.
Tidligere udbetalt	-60.078 kr.
Godtgørelse for varigt mén i alt	110.143 kr.
Beløbet forrentes fra den 30-07-2012	

Begrundelse:

Af Patientskadeankenævnets afgørelse af 29. januar 2014 fremgik det, at A anses for påført en væsentlig forringet overlevelsesprognose, inoperabel lungekræft og deraf følgende død.

Méngraden for inoperabel lungekræft er 100 %.

Ved meget stor risiko for tilbagefald af sygdommen ved rettidig diagnosticering og behandling fratrækkes 15 %. Af Patientskadeankenævnets afgørelse fremgår det, at den 5-årige statistiske overlevelsesprognose i 2007 var ca. 58 % - 73 %. Hvilket svarer til en dødsrisiko på 27 % - 42 %. Vi har vurderet, at dette er en meget stor risiko for tilbagefald til sygdommen.

Hvis patienten afgår ved døden, inden sagen er opgjort, foretages der i praksis en reduktion af mén-godtgørelsen. Dette sker ud den betragtning, at godtgørelsen skal kompensere de varige gener, skaden har medført, og som patienten skulle leve med resten af sit liv. Hvis skadelidte kun lever i kort tid med sine gener, skal godtgørelsen reduceres skønsmæssigt under hensyn til, hvor længe patienten nåede at leve med skadens følger.

Efter Patientskadeankenævnets vurdering, jf. afgørelse af 29. januar 2014, havde A ikke symptomer fra lungekræften før medio 2011. A afgik ved døden den 4. august 2012 og levede således med symptomerne i ca. 1 år. På den baggrund reduceres godtgørelsen efter praksis med 2/3.

Godtgørelsen på 60.078 for den psykiske belastning ved bevidstheden om væsentlig forringet overlevelsesprognose, som er tildelt ved vores afgørelse af 23. august 2012, fratrækkes ved denne opgørelse. Begrundelsen er, at A ifølge Patientskadeankenævnets afgørelse af 29. januar 2014 var berettiget til mén-godtgørelse for uheldbrekelig kræftsygdom på tidspunktet for vores tidligere afgørelse. Hvis sygdommen har udviklet sig til et fysisk mén i form af en uheldbrekelig sygdom, anses den psykiske belastning ved bevidstheden om væsentlig forringet overlevelsesprognose for at være kompenseret ved godtgørelse for det psykiske mén.
..."

Forklaringer

Der er under sagen afgivet forklaring af B J K
og L

B har forklaret blandt andet, at han er søn af A Han oplevede, at A blandt andet i julen 2009 var meget forpustet og havde smerter i brystet efter at have gået en kort tur. Vidnet fandt ikke dengang anledning til at anmode A om at gå til lægen. A gik generelt ikke til lægen, medmindre han var sikker på, at noget var galt, og han fortalte ikke til andre, hvis han fejlede noget. A ændrede i de efterfølgende år farve i ansigtet, som blev mere og mere blåligt, og han fik generelt ondt, når han skulle bevæge sig.

J har forklaret blandt andet, at hun er A tidligere hustru. Hun og A var sammen i over 30 år, inden de gik fra hinanden i 1995. Efterfølgende så de ofte hinanden blandt andet i forbindelse med samvær med deres børn. I perioden 2007-2011 blev A tiltagende dårlig. Han hostede og rømmede sig meget og blev blålig i huden. Hun er uddannet sygeplejerske og vurderer, at den blålige farve var udtryk for, at A ikke fik ilt nok. I 2008 bad A hende om at kigge på hans sygejournaler. Hun anbefalede ham i den forbindelse at gå til lægen.

K har forklaret blandt andet, at han er søn af A. Han er det ældste af børnene, og han havde et meget tæt forhold til sin far, som han jævnligt talte med. Han oplevede, at A fra 2007-2011 hostede meget og havde svært ved at få vejret. Han husker blandt andet en episode i et sommerhus i sommeren 2009, hvor A havde vanskeligt ved at følge med vidnet på en gåtur med vidnets hund. Herudover så A i 2010 sig nødsaget til at aflyse en pasning af vidnets hund. Hunden havde vanskeligt ved at gå på trapper, og A var på grund af vejrtrækningsproblemer ikke i stand til at bære hunden op ad trapperne i sit hus. I 2008 viste A i forbindelse med en familiesammenkomst nogle sygejournaler til vidnets mor. Det ville han kun gøre, hvis han var bekymret for sit eget helbred. Vidnet har højst sandsynligt sagt til sin A i forløbet, at A burde sørge for at blive undersøgt hos en læge.

L har forklaret blandt andet, at han er søn af A som han havde et tæt forhold til. De talte sammen hver eller hver anden uge. A var ikke typen, der fortalte så meget om sit eget helbred. Man fik kun oplysninger, hvis man selv spurgte. Familien havde talt om, at A småhostede, tog sig til brystet og havde haft flere lungebetændelser. A fortalte, at der var tale om kold lungebetændelse, og at han ikke fik feber. A ansigt fik efterhånden et blå og gråligt skær. Den grå farve kom først til sidst i forløbet.

Procedure

Boet efter A har i påstandsdokument af 3. januar 2018 anført følgende (henvisninger til bilagsnumre er ikke medtaget):

”1. Boets ret til at indtræde i krav om erstatning

Skifteretsattest er fremlagt, og boet er – som følge af sagens udvikling – endnu ikke lukket.

Erstatning og godtgørelse for skader omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets fastsættes efter erstatningsansvarslovens regler, jf. § 24, stk. 1.

For så vidt angår det forhold, at A afgik ved døden inden afgørelsen om udmålingen af hans erstatningskrav, følger det af praksis, at krav på erstatning og godtgørelse falder i arv, når skaden forinden dødsfaldet er anmeldt til Patientforsikringen, jf. vedrørende navnlig godtgørelse for personskade sagen M hvor man afklarede forståelsen af erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2.

Hvis skaden er anmeldt, får det forhold, at patienten afgår ved døden, inden sagen er færdigbehandlet, altså alene betydning i forhold til en eventuel anvendelse af myndighedernes praksis om ”mellemkommende død”, idet boet efter A er berettiget til at indtræde i A fulde krav på erstatning for personskade som følge af den forsinkede diagnosticering.

2. Reduktion med henvisning til grundlidelsen

I det samlede mén på 100 % fradrager ankenævnet først 15 % med henvisning til den væsentligt store risiko for tilbagefald på mellem 27 % og 42 %, fordi hans overlevelseschancer i 2007 var mellem 58 % og 73 % efter ankenævnets vurdering.

Væsentligt for denne vurdering er imidlertid, at de udelukkende er baseret på estimater omkring ”*hvilket stadie hans kræftsygdom mon har været i*”. Ingen ved dette med sikkerhed, fordi man ikke – som man skulle – foretog en CT-skanning.

Den usikkerhed, som den anerkendte diagnosefejl indebærer, kan ikke komme A til skade. Som anført af overlæge G er det i det hele taget vanskeligt at vide, om der kunne være konstateret et cancerforstadium på dette tidspunkt, idet man dog med al sandsynlighed løbende ville have fulgt op med undersøgelser af infiltratets eventuelle udvikling.

Efter § 20, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, ydes der erstatning bl.a., hvis skaden med *overvejende sandsynlighed* er forvoldt ved, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt angivne forhold må antages at ville have handlet anderledes, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Bestemmelsen i § 20 fastlægger dermed en lempet bevisførelse, idet det for vurderingen af, om der er den nødvendige årsagssammenhæng, er tilstrækkeligt, at der tilvejebringes bevis for en overvejende sandsynlighed herfor. Ifølge lovens forarbejde skal bevisbyrdereglen forstås således, at selv en *minimal sandsynlighedsovervægt* er tilstrækkelig, jf. de specielle bemærkninger til den tidligere bestemmelse i patientforsikringslovens § 2, jf. forslag til lov om patientforsikring (144 af 8. februar 1991). Af forarbejderne fremgår tillige;

”Hvis det f.eks. konstateres, at der klart er begået fejl ved behandlingen af patienten, som kan have forårsaget den konkrete skade, kan det være rimeligt at lade en eventuel tvivl om den faktiske årsagssammenhæng komme patienten til gode.”

...

Specialistreglen omfatter efter lovens forarbejder alle *objektive fejl*, der er begået i forbindelse med undersøgelse, behandling mv. af en patient. Det er herefter ikke nogen betingelse, at fejlen kan bebrejdes den konkrete læge eller medicinalperson i øvrigt som en fejl eller forsømmelse, som denne burde have undgået ved at udvise en højere grad af agtpågivenhed, jf. ligeledes her de specielle bemærkninger til den tidligere bestemmelse i patientforsikringsloven.

Da der i dette konkrete tilfælde er usikkerhed omkring stadiet for lungekræften, og da denne bevisusikkerhed i det hele er knyttet op på den anerkendte tilsidesættelse af specialiststandarden og dermed på den anerkendte patientskade, må fejlen tillægges en sådan bevismæssig konsekvens i forhold til udmålingen af erstatningen, at der ikke kan foretages fradrag på de 15 %.

Under alle omstændigheder må det lægges til grund, at man – hvis man havde ageret i overensstemmelse med specialiststandarden – med al sandsynlighed ville have taget en udvikling af kræft i opløbet og dermed minimeret risikoen for tilbagefald. Allerede af denne grund, kan der heller ikke foretages fradrag for de 15 %.

3. Reduktion med henvisning til mellemkommende død

I det tilbageværende mén på 85 % foretager nævnet dernæst et fradrag på 2/3 af godtgørelsen med henvisning til, at A alene levede med sine gener i omtrent 1 år.

Det bestrides, at der i dette tilfælde er adgang til at foretage fradrag med henvisning til praksis for mellemkommende død. Eksisterende domspraksis viser, at der som hovedregel tages udgangspunkt i tidspunktet for skadens indtræden, hvilket i A tilfælde var i juli til september 2007. Et sådan udgangspunkt er også kun rimeligt, eftersom andet i høj grad bliver tilfældighedspræget.

I dommen N lægger Højesteret således til grund, at skadestidspunktet er sammenfaldende med tidspunktet for diagnosefejlen. Der var tale om en kvinde, som fik diagnosticeret brystkræft for sent. Kvinden mærkede en knude i sit bryst i december 2009 og var til undersøgelse den 6. januar 2010 ved O Sygehus, men uden at man foretog mammografi eller biopsiudtagning. Ifølge speciallægeerklæringerne i sagen kunne en optimal udredning i januar 2010 have medført af diagnosen var stillet før og med forbedrede overlevelseschancer til følge.

Skadestidspunktet blev i den pågældende sag fastsat til tidspunktet for undersøgelsen i januar 2010.

Tilsvarende blev det i sagen U 2012.2922 H lagt til grund, at skadestidspunktet var sammenfaldende med tidspunktet *”hvor diagnosen brystkræft burde have været stillet og relevant behandling iværksat”*. Sagen fra 2012 drejede sig om patientskademyndighedernes adgang til at reducere efter princippet om mellemkommende død, når skadelidte stadig lever, men dog må forventes at have en forkortet restlevetid.

Som beskrevet i de af Patienterstatningen indhentede lægekonsulentudtalelser er der erfaring for, at der kan være cancerforstadier i et par år, hvorefter de ændrer karakter til manifest cancer, og man må ifølge udtalelserne gå ud fra, at A i

den konkrete sag havde en tumor i 2007, som formentlig blot ikke havde spredt sig – altså at han havde lungecancer i stadie T1N0M0, som blot ikke blev opdaget.

I forhold til beregningen af erstatningen tilsiger faktum – og også al rimelighed – derfor, at tidspunktet for skadens indtræden er juli 2007.

Under alle omstændigheder bør Ankenævnets udgangspunkt som det mindste forudsætte, at patienten får lejlighed til at dokumentere symptomdebut. Dette tidspunkt vil ikke nødvendigvis være sammenfaldende med det tidspunkt, hvor patienten første gang møder frem til behandling.

Og havde A levet i dag – og dermed været bekendt med patientskademidmyndighedernes afgørelse om reduktion beregnet ud fra symptomdebut – ville han muligvis kunne oplyse, at han løbende gennem perioden har haft symptomer på smerter og trykken i højre side af brystet efter tumoren i lungen. Det bemærkes i den forbindelse, at han da også oprindeligt i juli 2007 lod sig CT-skanne, fordi han *havde smerter og trykken i højre side af brystet*. Tilsvarende blev han røntgenundersøgt i 2011, fordi han havde *smerter i højre side af brystet*.

Faktum i denne sag er det helt enkle, at A mødte frem til behandling i sommer og efterår 2007 med trykken for brystet, og at man allerede da konstaterede et infiltrat på højre lunge, som man anbefalede yderligere udredt. Der blev imidlertid ikke fulgt op herpå, og denne fejl/overseelse fik fatale konsekvenser for A

Dette faktum har selvsagt i den grad været belastende ikke blot for A selv, men også for hans familie. Et fradrag i dette tilfælde kan derfor vanskeligt opfattes som andet end væsentligt krænkende for familien. Fradraget indebærer nemlig i realiteten, at man straffer A fordi han selv først ”for sent” rettede henvendelse til myndighederne på ny med den samme skade, de selv 4 år tidligere skulle have opdaget og behandlet ham for, og som han jo ikke selv var bekendt med.

I vurderingen omkring skadestidspunktet skal da også holdes in mente, at Patienterstatningen i første omgang netop nåede frem til, at A allerede i 2007 var alvorligt syg – og dette i en sådan grad, at han alene var berettiget til 10 % mén for psykisk belastning, jf. afgørelse af 19. juli 2012. Det skal desuden holdes in mente, patientskademidmyndighederne finder grundlag for at foretage fradrag med henvisning til grundlidelsen, fordi han allerede i 2007 led af en alvorlig kræftsygdom med væsentlig risiko for tilbagefald trods behørig behandling.

Et udgangspunkt om et grundlag for fradrag med henvisning til grundlidelsen synes ud fra disse betragtninger lidt i modstrid med et synspunkt om, at skaden først indtrådte i 2011.

Under alle omstændigheder fastholdes det, at usikkerheden omkring stadiet for A kræft ikke kan komme A til skade, da denne usikkerhed netop udspringer af de selvsamme omstændigheder, der ligger til grund for, at han har fået anerkendt en patientskade: At man ikke foretog den fornødne udredning med henblik på rettidig diagnosticering.

Henset til den manglende dokumentation må det derfor lægges til grund, at A tilstand i 2007 var kritisk. At lade skadestidspunktet være afhængig af, hvornår han oplever symptomer specifikt relateret til diagnosen, tvisten drejer sig om, vil i det lys indebære et i det hele urimeligt resultat i lyset af formålet med patienterstatningssystemet.

Tiltrædelse af et sådan resultat vil nemlig indebære, at man i det samlede mén på 100 % først får adgang til at fradrage 15 % med henvisning til den væsentligt store risiko for tilbagefald på mellem 27 % og 42 %, fordi hans overlevelseshylder efter ankenævnets vurdering var mellem 58 % og 73 %.

Og at myndighederne dernæst får adgang til at foretage et fradrag på 2/3 med henvisning til, at A (dog) alene levede med sine gener i omtrent 1 år efter, at han (igen) gik til lægen med de samme symptomer, han også oprindeligt gik til lægen med i 2007.

Sammenfattende gøres det herefter gældende, at A i august 2012 afgik ved døden som følge af sin uhelbredelige kræftsygdom, og at hans varige mén derfor skal fastsættes til 100 %, jf. pkt. I.3. i Arbejdsskadestyrelsens Vejledende Méntabel samt Patientforsikringens egen vejledning ”Fastsættelse af tab ved forsinket diagnosticering og behandling af kræft”, subsidiært 85 % og for begge påstande uden fradrag for mellemkommende død.

Eventuelle usikkerheder som følge af den begåede fejl, herunder eventuelle manglende røntgenbilleder til afdækning af kræftens oprindelige stadie samt mulige spredning, samt eventuelle usikkerheder omkring prognosebetragtninger, kan ved erstatningsudmålingen på ingen måde komme A til skade.

Der er tale om en klar og anerkendt diagnosefejl med heraf følgende *væsentlig forringet overlevelseshylder, inoperabel lungekræft og deraf følgende død*, og hvor A ikke døde kun ”få år efter” skaden i form af diagnosefejlen, men derimod først 5 år efter, hvor sygdommen i mellemtiden var blevet uhelbredelig.”

Ankenævnet for Patienterstatningen har i påstandsdokument af 8. januar 2018 anført følgende (henvisninger til bilagsnumre er ikke medtaget):

”Ankenævnet tiltrådte ved afgørelsen af 8. juni 2015 Patienterstatningens afgørelse af 26. marts 2014, hvor Patienterstatningen vurderede, at patientskaden havde medført en méngrad på 85 %. Ankenævnet tiltrådte endvidere Patienterstatningens vurdering af, at godtgørelsen for varigt mén skulle nedsættes med 2/3 som følge af mellemkommende død, som nærmere begrundet i Patienterstatningens afgørelse af 10. september 2014.

Det gøres overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 8. juni 2015.

Fradrag i méngraden, som følge af grundlidelsen

Som anført i ankenævnets afgørelse af 29. januar 2014 ville A statiske overlevelseshylder i 2007 udgøre ca. 58-73 %. A statiske risiko for

at dø af kræft inden for 5 år ville hermed selv ved rettidig diagnostik og behandling – dvs. uden patientskaden – have været på 27-42 %.

Efter klage- og erstatningsloven ydes der kun erstatning og godtgørelse for følger af patientskaden. Loven yder ikke erstatning og godtgørelse for normale følger af skadelidtes grundsygdom eller af komplikationer, der skyldes selve grundsygdommens forløb, jf. eksempelvis U.2017.569H.

Ankenævnet har derfor med rette foretaget fradrag med 15 procentpoint svarende til punkt I. 2. i Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel om radikalt opereret kræft med stor eller meget stor risiko for tilbagefald.

Boet har ikke tilvejebragt grundlag for at tilsidesætte ankenævnets skøn, hvorefter A risiko for at dø af kræft inden for 5 år – selv ved rettidig diagnostik og behandling – ville have været på 27-42 %, og hvorefter en sådan risiko må fastsættes til en méngrad på 15 %.

På den baggrund har ankenævnet vurderet, at det varige mén som følge af patientskaden kan opgøres til 85 %.

Fradrag som følge af ”mellemkommende død”

Ankenævnet har med rette nedsat godtgørelsen for varigt mén med 2/3 som følge af, at A afgik ved døden den 4. august 2012 (fradrag for ”mellemkommende død”).

Adgangen til at foretage reduktion i godtgørelse og erstatning i tilfælde, hvor skadelidte afgår ved døden, har hjemmel i forarbejderne til erstatningsansvarsloven, retspraksis og i administrativ praksis.

Det fremgår således af forarbejderne til erstatningsansvarsloven, at det som hidtil er overladt til praksis at vurdere, hvordan godtgørelse og erstatning skal beregnes i tilfælde, hvor skadelidte afgår ved døden, efter at erstatningskravet er gjort gældende, men inden at kravet på godtgørelse for varig mén er anerkendt eller er endeligt fastslået ved dom. Dette er tiltrådt af Højesteret i U.2012.2922H.

Efter ankenævnets praksis om mellemkommende død, foretages der ikke reduktion i godtgørelsen for varig mén, hvis vedkommende når at leve med skaden i 3-4 år. Lever vedkommende med skaden i mindre end 3-4 år, foretages der et nærmere fastsat fradrag afhængig af levetiden.

Afgørende for, om der er anledning til at foretage fradrag for ”mellemkommende død”, er herefter i denne sag, om beregningsgrundlaget (antallet af måneder/år den skadelidte lever med skaden) udgør perioden fra selve diagnoseforsinkelsen og frem til dødstidspunktet, eller perioden fra det tidspunkt, hvor den skadelidte oplever gener som følge af forsinkelsen og frem til dødstidspunktet.

Ad skadestidspunktet ved forsinket diagnosticering

Det bestrides, at det kan lægges til grund, at skaden indtrådte i juli – september 2007. Det forhold, at behandlingen, der har medført skaden, blev udført i juli – september 2007, er ikke ensbetydende med, at den anerkendte skade indtrådte på dette tidspunkt.

Sagsøgerens synspunkt i forhold til skadestidspunktet er ensbetydende med, at der i sager som denne skulle gælde en fast regel, hvorefter *forårsagelsestidspunktet* altid svarer til *skadestidspunktet*. Der er efter ankenævnets opfattelse ikke støtte for et sådant synspunkt.

Som ovenfor anført følger det af klage- og erstatningsloven, at der efter loven alene er adgang til erstatning og godtgørelse for den *mérskade*, der skal henføres til det erstatningsberettigende forhold.

Selve patientskaden – og dermed den umiddelbare *mérskade* som følge af en forsinket diagnosticering – kan ikke afgrænses allerede på forsinkelsestidspunktet, men først på det tidspunkt, hvor forsinkelsen konstateres. Der vil tilmed være tilfælde, hvor der nok er sket en diagnoseforsinkelse, men hvor der ikke som følge heraf er sket en egentlig *mérskade*.

Det gælder dermed ikke som et generelt princip i sager om forsinket diagnosticering, at skadestidspunktet skal fastsættes til tidspunktet for diagnosefejlen/diagnoseforsinkelsen.

Der kan dermed heller ikke i sager om forsinket diagnosticering generelt stilles lighedstegn mellem forsinkelsestidspunktet og tidspunktet, hvor *skaden får virkning*.

Af redegørelse for praksis om reduktion for mellemkommende død i ankenævnets årsberetning for 2005, s. 49ff, fremgår det også, at skadestidspunktet i relation til reduktion af varigt mén ikke er forårsagelsestidspunktet.

Spørgsmålet om, hvornår en skade er *indtrådt* afhænger derimod af omstændighederne i den konkrete sag. Det følger også af U.2014.1728H, at der ikke kan stilles lighedstegn mellem forårsagelsestidspunktet/behandlingstidspunktet og skadestidspunktet.

Ad erstatningsansvarslovens § 4

Méngodtgørelse i henhold til erstatningsansvarslovens § 4 er en kompensation, der beregnes under hensyn til skadens medicinske art og omfang og de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse.

Godtgørelse for varigt mén er således en kompensation for de *varige gener*, som en skade har medført, og som patienten skal leve med resten af sit liv.

Vurderingen af méngodtgørelsen forudsætter således, at skadens medicinske art kan afgrænses, og der skal efter ordlyden henses til *de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse*. Der kan dermed ikke ses bort fra, om skaden har medført ulemper i skadelidtes personlige livsførelse, herunder hvornår skaden rent faktisk har medført ulemper for den skadelidte.

Lever patienten kun kort tid med generne efter skaden, reduceres godtgørelsen efter fast administrativ praksis skønsmæssigt under hensyn til, hvor længe patienten levede med generne.

Den konkrete sag

I den konkrete sag er det ikke overfor ankenævnet dokumenteret, at A måtte leve med gener fra skaden i mere end et år. Som anført af ankenævnet kon-

sulterede han i midten af 2011 sin egen læge med smerter i højre side af brystet, som han havde haft gennem et par uger.

Der er efter de foreliggende oplysninger ikke støtte for, at A i perioden fra 2007 og frem til et par uger før konsultationen i 2011 var generet af sådanne gener eller andre symptomer fra lungekræften, som måtte give anledning til godtgørelse. Derimod fremgår det af et journalnotat af 11. januar 2011 i forbindelse med behandling for kort gangdistance, at der ikke var klager fra de øvrige organsystemer. Herudover fremgår det både af egen lægejournal og journal fra F (bilag 1), at symptomerne fra højre side af brystet debuterede i juni 2011.

A døde den 4. august 2012.

Ankenævnet har under hensyntagen hertil – helt i overensstemmelse med fast praksis – tiltrådt, at godtgørelse for varigt mén skulle reduceres med 2/3 som følge af mellemkommende død, da A kun nåede at leve med gener fra kræftsygdommen i ca. et år. Der er ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.”

Retsgrundlag mv.

Af den vejledende méntabel af 1. januar 2012 udarbejdet af Arbejdsskadestyrelsen (nu Arbejdsmarkedets Erhvervssikring) fremgår følgende vedrørende kræftsygdomme:

”Kræftsygdomme har så forskellige følger, at det ikke er muligt at udarbejde en egentlig tabel. Følgende tjener imidlertid som udgangspunkt for vurderingen af de kræftsygdomme, som det kan komme på tale at anerkende som erhvervsbetingede.

- | | |
|--|------|
| I.1. Kræftsygdom, radikalt behandlet ved operation eller andenbehandling med skønnet ringe risiko for tilbagefald | ≤5% |
| I.2. Kræftsygdom, radikalt opereret/behandlet, men med stor eller meget stor risiko for tilbagefald | ≤15% |
| I.3. Kræftsygdom, som ikke kan helbredes og med beskedne yderligere behandlingsmuligheder - som udgangspunkt | 100% |
| ... | |

Reglerne om erstatning for patientskader inden for sundhedsvæsenet fremgår af §§ 19-21 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, der har følgende ordlyd, jf. dagældende lovebekendtgørelse nr. 24 af 21. januar 2009:

”§ 19. Der ydes erstatning efter reglerne i dette kapitel til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign., som er foretaget

- 1) på et sygehus eller på vegne af dette,

...

§ 20. 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 el.lign., hvorved skaden ville være undgået,

...

§ 21. Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, erstattes kun i de i § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.

...

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

Bestemmelserne i §§ 19-21 og § 24 blev indført ved lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Til grund for loven lå forslag nr. L 75 af 24. februar 2005 til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Af lovforslagets specielle bemærkninger til bestemmelserne i §§ 20-23 fremgår, at disse bestemmelser var en uændret videreførelse af de hidtidige bestemmelser i patientforsikringslovens §§ 2-4 a.

Bestemmelsen i patientforsikringslovens § 2, som blev indført ved lov nr. 367 af 6. juni 1991, havde følgende ordlyd:

”§ 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,

...”

Forarbejderne til bestemmelsen i patientforsikringslovens § 2 indeholder blandt andet følgende afsnit, jf. de specielle bemærkninger i forslag nr. L 144 af 8. februar 1991 til lov om patientforsikring:

”Kravet om, at skaden skal være forvoldt i forbindelse med undersøgelse, behandling m.v., indebærer, at loven ikke dækker skadelige følger eller anden helbredsforringelse, der skyldes den sygdom, patienten led af på forhånd. ... Normale følger af grundsygdommen eller komplikationer, der må henføres til selve grundsygdommens forløb, dækkes derfor ikke. En patientskade omfatter kun forskellen mellem følgerne af et normalt sygdoms- og behandlingsforløb og følgerne af det faktiske behandlingsforløb. Grundsygdommens forløb kan dog udgøre en patientskade, hvis dette forløb er blevet påvirket af, at patienten ikke har fået adækvat behandling, f.eks. fordi sygdommen ikke er blevet rigtigt diagnosticeret ... Det følger endvidere af dette princip, at der ikke foreligger en patientskade, blot fordi den givne behandling ikke lykkedes”

Erstatningsansvarslovens §§ 1 og 4, stk. 1 og 2 (jf. dagældende lovbekendtgørelse nr. 885 af 20. september 2005) har blandt andet følgende ordlyd:

”§ 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.

§ 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.

...

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.”

Det fremgår af forarbejderne til erstatningsansvarsloven, at det som hidtil beror på retspraksis, om der ved erstatningsfastsættelsen kan tages hensyn til, at skadelidte efter kravets fremsættelse, men inden sagen er afgjort, er afgået ved døden (»mellemkommende død«), jf. lovforslag nr. L 7 af 7. februar 1984 til lov om erstatningsansvar.

Endvidere er det i bemærkningerne til lovforslag nr. L 4 af 2. oktober 2002 om ændring af lov om erstatningsansvar og lov om erstatning fra staten til ofre for forbrydelser, jf. lov nr. 35 af 21. januar 2003, blandt andet anført følgende vedrørende ophævelse af erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2 om den arvemæssige behandling af krav på godtgørelse for personskeade:

”Hvis skadelidte dør, inden et krav på f.eks. godtgørelse for varigt mén er anerkendt eller fastslået ved dom, er der i retspraksis i visse tilfælde foretaget en nedsættelse af godtgørelsen under henvisning til skadelidtes kortere levetid. Begrundelsen herfor er, at méngodtgørelsen skal kompensere for skadelidtes varige mén resten af livet og derfor som udgangspunkt bør nedsættes, hvis skadelidte faktisk fik en kortere levetid end gennemsnitligt. Der er ikke med den foreslåede ophævelse af § 18, stk. 2, tilsigtet nogen ændring af denne praksis.”

Landsrettens begrundelse og resultat

Det lægges til grund som ubestridt, at	A	som følge af forsinket diagnostik-
cering i forbindelse med behandling på	E	Sygehus blev påført en patientskade i

form af en væsentlig forringet overlevelsesprognose, inoperabel lungekræft og deraf følgende død.

Fradrag som følge af risikoen for recidiv

Ved afgørelsen af 8. juni 2015 har Ankenævnet for Patientforsikringen – i overensstemmelse med Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel pkt I.3 – lagt til grund, at A samlede mén som følge af den uhelbredelige kræftlidelse var på 100 pct.

Det følger imidlertid af de gengivne forarbejder til § 21 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, at en patientskade kun omfatter forskellen mellem følgerne af et normalt sygdoms- og behandlingsforløb og følgerne af det faktiske behandlingsforløb.

Som følge heraf foretages der i praksis – i overensstemmelse med Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel pkt. I.2 – et fradrag i méngraden på 15 pct., hvis der selv med rettidig behandling af grundlidelsen er meget stor risiko for tilbagefald.

I de af Patientforsikringen indhentede lægelige udtalelser fra overlæge H og overlæge, ph.d., I skønnes det, at kræften i 2007 var i stadie IA eller IIA, og den 5-årige statistiske overlevelsesprognose fastsættes på den baggrund af de pågældende læger til ca. 14-50 pct. afhængig af det konkrete kræftstadie.

Patientskadeankenævnet har herefter i afgørelsen af 29. januar 2014 vurderet, at det var usandsynligt, at kræften i 2007 var i stadie IIA eller højere og har på den baggrund skønnet, at den 5-årige statistiske overlevelsesprognose for A i 2007 var ca. 58-73 pct.

Landsretten finder, at der ved Patientskadeankenævnets vurdering, som landsretten ikke finder grundlag for at tilsidesætte, er taget højde for den usikkerhed, som er forbundet med at skønne overlevelsesprognosen for A ved en rettidig diagnosticering og behandling af kræftsygdommen i 2007. Den af boet efter A fremhævede bevismæssige usikkerhed kan således ikke føre til et andet resultat.

Landsretten tiltræder under disse omstændigheder, at Ankenævnet for Patienterstatningen har foretaget et fradrag i méngraden på 15 pct. som følge af meget stor risiko for recidiv af

sygdommen, jf. herved også Højesterets dom af 15. november 2016 (UfR 2017.569), hvor der blev foretaget et tilsvarende procentuelt fradrag i et tilfælde, hvor den 5-årige statistiske overlevelsesprognose blev skønnet til 75 pct.

Frdrag som følge af mellemkommende død

Det fremgår af erstatningsansvarslovens § 4, at godtgørelse for varigt mén fastsættes blandt andet under hensyn til de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse.

Som det endvidere fremgår af de gengivne forarbejder til ophævelsen af erstatningsansvarslovens § 18, stk. 2, er der i retspraksis i visse tilfælde, hvor skadelidte dør, inden et krav på godtgørelse for varigt mén er anerkendt eller fastslået ved dom, foretaget en nedsættelse af godtgørelsen under henvisning til skadelidtes kortere levetid. Som begrundelse for denne praksis er anført, at méngodtgørelsen skal kompensere for skadelidtes varige mén resten af livet og derfor som udgangspunkt bør nedsættes, hvis skadelidte faktisk fik en kortere levetid end gennemsnitligt. Det er endvidere tilkendegivet i de pågældende forarbejder, at der ikke med ophævelsen af § 18, stk. 2, er tilsigtet nogen ændring af denne praksis.

Landsretten finder på den baggrund, at der ved fastlæggelsen af perioden, hvor A levede med følgerne efter patientskaden, må lægges vægt på det tidspunkt, hvor A som følge af patientskaden begyndte at opleve konkrete gener eller ulemper i sin personlige livsførelse.

Der er ikke ud fra de i sagen foreliggende lægejournaler grundlag for at antage, at A i relevant omfang oplevede gener, som direkte kan henføres til kræftsygdommen, før han den 5. august 2011 henvendte sig til egen læge med smerter i højre lunge.

Det forhold, at vidnerne B J og K i det væsentlige har forklaret samstemmende, at A i perioden fra 2007 til 2011 blandt andet var plaget af hoste, vejrtrækningsproblemer og smerter i brystet, ændrer ikke herpå, idet det bemærkes, at A på daværende tidspunkt var kendt med blandt andet forhøjet kolesteroltal, generel åreforkalkning og brystsmerter (angina pectoris).

På denne baggrund finder landsretten, at Ankenævnet for Patienterstatningen i sin afgørelse af 8. juni 2015 var berettiget til at tage hensyn til, at A kun nåede at leve med følgerne af patientskaden i omkring et år.

Landsretten tiltræder herefter, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse om yderligere reduktion af godtgørelsen for varigt mén med 2/3.

Konklusion og sagsomkostninger

Det følger af det overfor anførte, at Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

I sagsomkostninger for landsretten skal boet efter A v/ B betale 50.000 kr. inkl. moms til Ankenævnet for Patienterstatningen. Sagsomkostningerne dækker udgifter til advokatbistand, og der er ved fastsættelsen af beløbet ud over sagens værdi taget hensyn til sagens omfang, varighed og udfald.

T h i k e n d e s f o r r e t :

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

I sagsomkostninger for landsretten skal sagsøger, boet efter A v/ B betale 50.000 kr. til sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

(Sign.)

— — —

Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsret, den 16-03-2018

Mette G. Nielsen

Retsassistent