

Vejledning om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler efter lov om arbejdsskadeforsikring.

2. februar 2007

Indholdsfortegnelse

Afsnit 1. INDLEDNING	5
1.1. Reglerne om betaling af behandlingsudgifter, hjælpemidler og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter	5
1.2. Arbejdsskadereformen	5
1.3. Kompetence	6
1.3.1. Før arbejdsskadereformen	6
1.3.2. Arbejdsskadereformen og ændringslov nr. 397 af 1. juni 2005.....	7
1.4. Socialreformen i 1998	7
1.5. Vejledningen	8
1.6. Henvisninger	9
Afsnit 2. GENERELLE BETINGELSER – FÆLLES FOR BEHANDLINGSUDGIFTER OG UDGIFTER TIL HJÆLPEMIDLER	9
2.1. Betaling af udgifter i forhold til anden lovgivning	10
2.2. Anerkendelse	11
2.3. Årsagssammenhæng	11
2.4. Lægelig indikation	11
2.4.1. Forhåndstilsagn	12
2.4.2. Berettigede forventninger om betaling af behandlingsudgifter	12
2.5. Forudbestående eller konkurrerende sygdomme	13
2.6. Tilskudsberettiget behandling.....	13
2.6.1 Overenskomst med sygesikringen.....	14
2.6.2. Tilskud fra anden side.....	14
2.7. Dokumentation	14
2.7.1. Dokumentation – under sagens behandling	14
2.7.2. Dokumentation – fremtidige behandlingsudgifter.....	15
2.8. Erstatningens anvendelse	15
2.9. Genoptagelse efter 2003-loven	15
2.9.1. Afgørelser om genoptagelse.....	16
2.9.2. Betingelserne for genoptagelse	17
Eksempel 2	18
2.9.3. Fristen for genoptagelse	18
2.9.4. Andre forhold, som kunne give anledning til at anmode om genoptagelse.....	18
2.9.5. Hvordan opgøres udgifterne til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, når sagen er genoptaget.....	19
2.9.6. Forvaltningsretlig genoptagelse	19
2.9.7. Eksempel på beregning af beløbet ved genoptagelse af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter	20
2.10. Genoptagelse efter 1992-loven	21
2.10.1. Fristen for genoptagelse	22

2.10.2. Afgørelser, som er truffet uden formel afgørelse om mén og tab af erhvervsevne (1992-lovens § 27)	22
2.11. Hvornår regner man genoptagelsen fra?	22
2.11.1. Udgifter afholdt efter sagens afslutning og før sagens genoptagelse	22
2.12. 20-årig forældelsesfrist	23
Afsnit 3. BEHANDLINGSUDGIFTER UNDER SAGENS BEHANDLING	23
3.1. Hovedregel – betaling under sagens behandling	23
3.1.1. Er sagen under behandling, når der ankes?	23
3.1.2. Kan der betales behandlingsudgifter under sagens behandling, når der undervejs i sagsbehandlingen er truffet delafgørelse om fremtidige behandlingsudgifter?	23
3.2. Undtagelser – behandlinger udført før anmeldelsen af skaden	24
3.2.1 Ulykker	24
3.2.2. Erhvervssygdomme	24
3.3. Undtagelser – dækning efter sagens første afgørelse om varigt mén og tab af erhvervsevne – tilsagn om betaling	24
3.4. Særligt om sager omfattet af tidligere lov	25
3.4.1. Sager, der er afsluttet, uden at der er truffet afgørelse om varigt mén og tab af erhvervsevne	25
3.4.2. Tilbagevendende behov for behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter	25
3.5. Særligt om forholdet mellem udgifter under sagens behandling og fremtidige behandlingsudgifter	26
Afsnit 4. FREMTIDIGE BEHANDLINGSUDGIFTER I EN AFGRÆNSET PERIODE	26
Afsnit 5. FREMTIDIGE, PERMANENTE BEHANDLINGSUDGIFTER.	27
5.1. Indledende	27
5.2. Særligt om tandsager	28
5.2.1. Forudbestående/konkurrerende årsager til tandskaden	29
5.2.2. Særligt om hjælpemidler – eksempelvis benprotese	30
5.3. Beregningsgrundlaget for fremtidige udgifter	31
5.3.1. Beregning af fremtidige medicinudgifter	31
5.4. Forholdet mellem erstatninger for udgifter for en fremtidig afgrænset periode og permanente udgifter – specielt for ældre tilskadekomne	32
Afsnit 6. DE ENKELTE BEHANDLINGSFORMER	33
6.1. Bemærkninger til behandlinger	33
6.2. Hvor skal behandlingen foretages?	33
6.2.1. Behandling her i landet	33
6.2.2. Behandling på private hospitaler og klinikker	33
6.2.3. Optræningscentre	34
6.2.4. Behandling i udlandet	34
6.3. De enkelte behandlingsformer	35
6.3.1. Fysioterapi	36
6.3.2. Kiropraktorbehandling	36
6.3.3. Massage	36
6.3.4. Psykologbehandling	37
6.3.5. Afspænding	37
6.3.6. Akupunktur	38
6.3.7. Ergoterapi	38

6.3.9. Svømning	38
6.3.10. Laserbehandling	39
6.3.11. Alternativ behandling	39
6.3.12. Manuel medicin.....	39
6.3.13. Genoptræning af hjerneskadede	39
6.3.14. Medicin	40
6.3.15. Plastre og forbindinger.....	41
6.3.16. Handsker til brug ved hudsygdomme	42
6.3.17. Bideskinner	42
6.3.18. Køkkenredskaber.....	42
6.3.19. TNS-apparat (Transkutan Nerve Stimulation).....	42
6.3.20. Diverse kurser.....	42
Afsnit 7. HJÆLPEMIDLER.....	43
7.1. Generelle regler.....	43
7.1.1. Forholdet til anden lovgivning	44
7.1.2. Refusion	44
7.2. Hvilke hjælpemidler kan betales.....	45
7.2.1. Brillor	45
7.2.2. Arbejdsbriller.....	45
7.2.3. Solbriller.....	45
7.2.4. Kontaktlinser.....	46
7.2.5. Kørestole	46
7.2.6. Ortopædisk fodtøj	46
7.2.7. Sikkerhedsfodtøj.....	46
7.2.8. Almindelige sko.....	46
7.2.9. Hypoallergisk fodtøj	47
7.2.10. Brystproteser	47
7.2.11. Lignende hjælpemidler – eksempler	47
7.2.12. Særlige informationsteknologiske hjælpemidler.....	47
7.3. Hvilke hjælpemidler kan ikke betales	47
Afsnit 8. HJÆLPEMIDLER BESKADIGET UNDER ARBEJDET	48
8.1. Betingelser for betaling af det ødelagte hjælpemiddel.....	48
8.1.1. Nævnt i § 15, stk. 2.....	49
8.1.2. Anvendt under arbejdet	49
8.1.3. Beskadigelsen skyldes arbejdet eller arbejdsforholdene	50
8.2. Specielt om betaling for briller og kontaktlinser	52
8.2.1. Brillor	52
Forudsætninger for eksemplet.....	53
Når der ikke ydes tilskud.....	54
Når tilskud er delt op i flere poster	54
Når tilskud ikke er delt op i flere poster.....	55
8.2.2. Kontaktlinser	57
8.2.3. Synsprøve	57
Afsnit 9. FØLGEUDGIFTER	57
9.1. Generelt om følgeudgifter.....	57
9.1.1. Forhåndstilsagn	58
9.1.2. Anden lovgivning	58
9.2. Udgifter i forbindelse med sygebehandling	58

9.2.1. Hjælpe midler.....	58
9.2.2. Forbindinger med videre	58
9.2.3. Lægeregninger	58
9.2.4. Hjemmehjælp.....	59
9.2.5. Transport	59
9.3. Følgeudgifter, der ikke kan betales efter § 15	62
9.3.1. Afledte transportudgifter	62
9.3.2. Hjemmehjælp.....	63
9.3.3. Vask med videre	63
9.3.4. Udgifter betalt af arbejdsgiver	63
9.3.5. Tabt arbejdsfortjeneste	63
9.3.6. Forsikringspræmier til Sygeforsikringen "danmark", Falck og lignende ordninger	63
9.3.7. Begravelseshjælp – transport fra sygehus til begravelsessted	63
9.3.8. Ændring af bolig.....	64
9.4. Fremtidige følgeudgifter.	64
Afsnit 10. ANDRE UDGIFTER I FORBINDELSE MED ARBEJDSSKADESAGEN	64
10.1. Omkostninger ved sagsbehandlingen i medfør af § 38	65
10.1.1. Undersøgelse, observation.....	65
10.1.2. Speciallægeerklæringer, lægeerklæringer med videre	65
10.1.3. Rejseudgifter transport	65
10.1.4. Time- og dagpenge.....	66
10.1.5. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste	66
10.1.6. Ledsager ved undersøgelser med videre	66
10.1.7. Tabsbegrænsningspligt	67
10.2. Omkostninger ved sagsbehandlingen i medfør af § 37	67
10.2.1. Udtalelser og dokumentation i øvrigt	67
10.2.2. Obduktionserklæringer	67
10.2.3. Oversættelser og tolkebistand	67
10.3. Omkostninger, som ikke kan betales efter arbejdsskadesikringsloven.....	68
10.3.1. Advokatbistand, revisorbistand med videre	68
Afsnit 11. Faglige notater til brug for vurdering om dækning af udgifter.....	68
11.1. Faglige notater indledning	68
11.1.1. Skema til brug for det overordnede skøn over behandlingsudgifter efter méntabellen	68
11.1.2. Notat om tilkendelse af fremtidige behandlingsudgifter i hudsager.....	68
11.1.3. Notat om tilkendelse og beregning af fremtidige behandlingsudgifter i tandsager.....	71
11.1.4. Hjælpe midler – eksempelvis benprotese	76
11.1.5. Notat om tilkendelse af behandlingsudgifter i anerkendte sager med psykiske følger – både under sagens behandling og fremtidige behandlingsudgifter.....	77
11.1.6. Behandlingsudgifter i forbindelse med øjenskader	79
11.1.7. Audiologi: Behandlingsudgifter og hjælpe midler	80
11.1.8. Vejledning om behandlingsudgifter i arbejdsskadesager, hvor der er følger efter forvridninger, diskusprolaps, brud eller belastningsskader i hvirvelsøjlen	82

Bilag: Liste over relevante sociale meddelelser (SM) fra Ankestyrelsen

Afsnit 1. INDLEDNING

1.1. Reglerne om betaling af behandlingsudgifter, hjælpemidler og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter

Efter en arbejdsskade giver § 15 i arbejdsskadesikringsloven den tilskadekomne ret til at få betalt sine udgifter til sygebehandling, optræning, proteser, briller og lignende hjælpemidler under sagens behandling. Efter loven er der desuden mulighed for at få betalt fremtidige udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter.

Udgifterne betales af forsikringsselskabet, Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring (AES) eller Arbejdsskadestyrelsen, når visse betingelser er opfyldt.

Betingelserne er ikke udtømmende beskrevet i loven, og vejledningen knytter sig nøje til bekendtgørelse nr. 40 af 27. januar 2004 om ”betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler efter lov om arbejdsskadesikring”.

Vejledningen beskriver den praksis, der har udviklet sig med hensyn til administrationen af betalingssspørgsmål om behandling, hjælpemidler og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter. Vejledningen beskriver også behandlingen af betalingssspørgsmålet vedrørende fremtidige behandlingsudgifter.

Ud over regler om betaling af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter indeholder arbejdsskadesikringsloven andre regler om dækning af tilskadekomnes udgifter. Blandt de væsentligste er tilskadekomnes udgifter til transport i forbindelse med behandling, optræning og undersøgelser.

Vejledningen tager udgangspunkt i arbejdsskadesikringsloven, se afsnit 1.2. om arbejdsskadereformen. Der er ikke sket en ændring i vurderingen af, hvilke behandlinger og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter der kan betales efter loven. Arbejdsskadereformen indeholder dog visse ændringer i forhold til den tidligere lov, eksempelvis behandlingsudgifter i sager, som er afsluttet efter daværende lovs § 27, og visse genoptagelsessituationer og -betingelser. Hvor der er forskel i sagsbehandlingen af tidligere og nuværende lov, er disse beskrevet i særlige afsnit.

1.2. Arbejdsskadereformen

Lov om arbejdsskadesikring gælder for arbejdsulykker, som er indtruffet den 1. januar 2004 eller senere. Loven gælder desuden for erhvervssygdomme, der er anmeldt den 1. januar 2004 eller senere. Se eventuelt www.ask.dk for yderligere information.

Med arbejdsskadereformen blev det muligt at betale udgifterne til fremtidige behandlingsudgifter i et vist omfang, hvilket ikke tidligere var tilfældet. Se afsnit 4 om fremtidige behandlingsudgifter i en begrænset periode og afsnit 5 om fremtidige permanente behandlingsudgifter.

Udvidelsen var blandt andet begrundet i, at fristerne for sagens behandling i Arbejdsskadestyrelsen blev nedsat fra 2 år til 1 år. Der var desuden et ønske om en tilnærmelse til erstatningsansvarsloven, som har en tilsvarende bestemmelse om fremtidige behandlingsudgifter efter en skade.

Der er ikke tiltænkt en ændring i vurderingen af, hvilke behandlinger og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter der betales efter ny og gammel lov. De generelle betingelser er de samme.

Ved ændringslov nr. 397 af 1. juni 2005 har AES nu fået kompetence til at vurdere spørgsmål om betaling af behandlingsudgifter under sagens behandling, og både forsikringsselskaberne og AES har nu kompetence til at vurdere spørgsmål om betaling af fremtidige behandlingsudgifter, se nedenfor under 1.3.

I medfør af lovens § 15, stk. 6, er der udarbejdet bekendtgørelse nr. 998 af 20. oktober 2005. Bekendtgørelsen berører forsikringsselskabernes og AES' adgang til at behandle krav om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter.

Der er desuden udarbejdet bekendtgørelse nr. 999 af 20. oktober 2005 om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler efter lov om arbejdsskadesikring.

Anmeldebekendtgørelsen, BEK nr. 997 af 20. oktober 2005, er ændret i konsekvens af bekendtgørelse nr. 998.

1.3. Kompetence

1.3.1. Før arbejdsskadereformen

For arbejdsskadesager, der ikke er omfattet af arbejdsskadereformen, er der alene mulighed for betaling af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter under sagens behandling.

Forsikringsselskaber og forsikringsenheder i staten og i selvforsikrede kommuner kan i sager om arbejdsulykker og kortvarige skadelige påvirkninger selv tage stilling til spørgsmål om betaling af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter under sagens behandling. Hvis forsikringsselskabet er i tvivl om betaling, kan spørgsmålet indbringes for Arbejdsskadestyrelsen. Hvis tilskadekomne eller dennes repræsentant er uenig i selskabets/enhedens beslutning om betaling af behandling og hjælpemidler, kan tilskadekomne kræve spørgsmålet forelagt for Arbejdsskadestyrelsen til egentlig afgørelse. Tilsvarende gælder ved selskabets/enhedens beslutning om henlæggelse af anmeldelsen.

Selskabet/enheden skal skriftligt orientere tilskadekomne om denne mulighed.

Det betyder, at mange sager om behandling, hjælpemidler med videre alene behandles i selskaber og enheder.

AES, der sikrer arbejdstagerne mod erhvervssygdomme og pludselige løfteskader, har ikke denne kompetence og skal fremsende spørgsmål om betaling af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter til Arbejdsskadestyrelsen.

Når Arbejdsskadestyrelsen tager stilling til, om der kan betales udgifter til behandlinger eller hjælpemidler, er der tale om en afgørelse i forvaltningsretlig forstand. Det betyder blandt andet, at styrelsens afgørelse kan ankes til Ankestyrelsen.

Hvis arbejdsskaden ikke allerede er anerkendt af Arbejdsskadestyrelsen, skal styrelsen i første omgang tage stilling til, om skaden kan anerkendes som en arbejdsskade.

Bliver skaden anerkendt, kan der betales udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter med tilbagevirkende kraft, hvis betingelserne i øvrigt er opfyldt.

Hvis skaden afvises, kan der ikke betales for udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter. Hvis forsikringen allerede har betalt tilskadekomnes udgifter, kan forsikringen ikke kræve, at den tilskadekomne betaler pengene tilbage.

1.3.2. Arbejdsskadereformen og ændringslov nr. 397 af 1. juni 2005

Under sagens behandling: Forsikringsselskaberne har efter arbejdsskadereformen uændret kompetence til at vurdere spørgsmålet om betaling af behandlingsudgifter under sagens behandling.

Ved ændringslov nr. 397 af 1. juni 2005 har AES nu også kompetence til at vurdere spørgsmål om betaling af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter i arbejdsskadesager, som er omfattet af reformen.

Fremtidige behandlingsudgifter: Ved ændringslov nr. 397 af 1. juni 2005 har forsikringsselskaberne og AES fået kompetence til at vurdere spørgsmål om fremtidige behandlingsudgifter.

Spørgsmål om fremtidige behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter kan indbringes for Arbejdsskadestyrelsen, hvis forsikringsselskabet/AES er i tvivl om betaling. Tilskadekomne eller dennes repræsentanter kan også altid indbringe spørgsmålet, hvis parterne er uenige i forsikringsselskabets/AES' vurdering.

Der gælder ved sager afgjort efter den nye lov de samme betingelser som ved sager afgjort efter gammel lov. Hvis skaden således ikke allerede er anerkendt som en arbejdsskade af Arbejdsskadestyrelsen, skal styrelsen i første omgang tage stilling til, om skaden kan anerkendes som en arbejdsskade.

1.4. Socialreformen i 1998

Efter den 1. juli 1998 er den tidligere bistandslovs § 58 om hjælpemidler og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter afløst af lov om social service, § 97.

Socialreformen medfører ikke ændringer af arbejdsskadelovgivningens regler vedrørende betaling

for blandt andet hjælpemidler ved arbejdsskader.

Det er fortsat kommunen, der har forpligtelsen til at yde støtte til hjælpemidler, dog bortset fra bevilling af støtte til optiske hjælpemidler, arm- og benproteser, høreapparater samt særlige informationsteknologiske hjælpemidler. Disse opgaver er fra 1. juli 1998 placeret hos amterne.

Forsikringsselskabernes forpligtelse til at betale hjælpemidler efter § 15 i arbejdsskadesikringsloven er som hidtil primær i forhold til anden lovgivning. Det betyder, at selskaberne skal betale for hjælpemidlet, selvom tilskadekomne opfylder betingelserne for at få tildelt hjælpemidler uden vederlag efter den øvrige sociallovgivning.

1.5. Vejledningen

Denne vejledning er først og fremmest udarbejdet til brug for medarbejderne i forsikringsselskaberne og AES, når de skal vurdere anmodninger om betaling af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, og Arbejdsskadestyrelsens medarbejdere, når de skal træffe afgørelse efter § 15 eller andre bestemmelser. Den er imidlertid udformet sådan, at den også kan bruges af andre med interesse for området.

Det er tanken, at vejledningen bruges som et værktøj i det daglige arbejde. Den skal ikke opfattes som en facitliste, da der kan være momenter i den enkelte sag, der gør, at Arbejdsskadestyrelsens afgørelse bliver en anden end den, der er beskrevet i vejledningen.

Vejledningen er ajourført med praksisændringer indtil december 2006.

- I afsnit 2 beskrives de generelle betingelser, som skal være opfyldt.
- Afsnit 3 handler om, hvornår sagen er under behandling, og om forholdet mellem ny og gammel lov.
- Afsnit 4 og 5 behandler spørgsmålet om fremtidige behandlingsudgifter.
- Afsnit 6 gennemgår de enkelte behandlingsformer og hvor de kan/skal udføres.
- Afsnit 7 gennemgår de enkelte hjælpemidler, som må anskaffes på grund af en arbejdsskade, mens afsnit 8 vedrører erstatning af hjælpemidler, der beskadiges under arbejdet.
- Afsnit 9 og 10 vedrører to forskellige typer af følgeudgifter. Afsnit 9 gennemgår de udgifter, der følger med behandlingsudgifter i §§ 15 og 16, mens afsnit 10 vedrører de udgifter, der er forbundet med behandlingen af arbejdsskadesagen.
- Afsnit 11 indeholder desuden faglige notater, som uddyber sagsbehandlingen på nogle konkrete områder, som eksempelvis beregning af fremtidige behandlingsudgifter i tandskader. Det er hensigten, at der vil blive udarbejdet yderligere notater, som vil blive lagt ind i vejledningen.

Nærværende vejledning afløser "Vejledning om betaling for sygebehandling, optræning og hjælpemidler ved arbejdsskade" fra september 2005. Vejledningen tager udgangspunkt i arbejdsskadesikringsloven, men har samtidigt forsøgt at redegøre for de forskelle, der er mellem gammel og ny lov.

Arbejdsskadestyrelsens praksis vedrørende anerkendelse af arbejdsbetingede tandskader er

beskrevet i ”Vejledning om arbejdsbetingede tandskader” fra juni 1994.

1.6. Henvisninger

Når der i vejledningen alene henvises til ”loven”, menes lov om arbejdsskadesikring nr. 422 af 10. juni 2003. Loven omtales også som ”arbejdsskadesikringsloven”.

Der henvises desuden til ændringslov nr. 397 af 1. juni 2005.

Til denne lov knytter sig bekendtgørelse nr. 40 af 27. januar 2004 om ”betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler efter lov om arbejdsskadesikring”.

Når der henvises til den gamle lov, er det lov om sikring mod følger af arbejdsskade, lovbekendtgørelse nr. 943 af 16. oktober 2000.

Til den gamle lov knytter sig bekendtgørelse nr. 834 af 26. september 1994, som er udstedt med hjemmel i den dagældende lovs § 30, stk. 5.

Der er i teksten desuden henvisninger til Sociale Meddelelser fra Ankestyrelsen. Henvisningen består af forkortelsen 'SM' efterfulgt af nummer og årstal.

Arbejdsskadestyrelsen

Ingrid Parsby

/Frank Bøgh Wendelbo-Madsen

Afsnit 2. GENERELLE BETINGELSER – FÆLLES FOR BEHANDLINGSUDGIFTER OG UDGIFTER TIL HJÆLPEMIDLER

§ 15. Under sagens behandling kan udgifter til sygebehandling eller optræning betales, hvis det er nødvendigt for at opnå bedst mulig helbredelse, når udgifterne ikke kan afholdes efter lov om offentlig sygesikring eller som led i behandlingen på offentligt sygehus. Optræningen skal foretages som efterbehandling under lægelig kontrol i umiddelbar tilknytning til sygebehandlingen.

Stk. 2. Under sagens behandling kan udgifter til anskaffelse af proteser, briller og lignende hjælpemidler samt kørestole betales, når det er nødvendigt for at sikre sygebehandlingens eller genoptræningens resultater, for at formindske arbejdsskadens følger eller for nøjere at kunne bestemme omfanget af erhvervsevnetabet og graden af varigt mén.

Stk. 3. Erstatning for fremtidige udgifter til helbredelse, optræning og hjælpemidler som følge af arbejdsskaden fastsættes til et engangsbeløb. Ved permanente udgifter udgør beløbet den

forventede, gennemsnitlige årlige udgift ganget med den kapitaliseringsfaktor, der er fastsat i medfør af § 27, stk. 4, for tab af erhvervsevne.

Stk. 4. Er et hjælpemiddel som nævnt i stk. 2 anvendt under arbejde, og er hjælpemidlet blevet beskadiget som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder det foregår, kan udgifterne til reparation, eventuelt fornyelse, af hjælpemidlet betales.

Stk. 5. Arbejdsskadestyrelsens direktør fastsætter regler om, i hvilket omfang udgifter efter stk. 1-4 kan dækkes, herunder udgifter afholdt, inden sagen er anmeldt.

Efter arbejdsskadesikringslovens § 15, stk. 1 og 2, kan udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter betales under sagens behandling.

Efter lovens § 15, stk. 3, er der desuden hjemmel til at betale fremtidige udgifter. Der sondres mellem fremtidige udgifter i en afgrænset periode og permanente udgifter.

Der er en række generelle betingelser, der skal være opfyldt, for at udgifterne kan betales efter loven. Disse betingelser er fælles for behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler.

2.1. Betaling af udgifter i forhold til anden lovgivning

Det fremgår af § 15, stk. 1, at udgifter til behandling, der kan betales efter sygesikringsloven eller som led i behandlingen på offentligt sygehus, ikke kan dækkes efter bestemmelsen.

Bestemmelsen er altså subsidiær i forhold til lov om offentlig sygesikring og lov om sygehusvæsenet. Det betyder, at kun hvis udgiften ikke kan betales efter disse love, kommer arbejdsskadelovgivningen i betragtning.

Hvis hele behandlingen ikke kan betales efter sygesikringsloven eller sygehusloven, kan den del af udgiften, der ikke dækkes heraf, betales efter lov om arbejdsskadesikring.

Hvis tilskadekomne undtagelsesvis vælger en behandler, som udfører en behandling som er tilskudsberettiget, men hvor behandleren ikke har overenskomst med sygesikringen, dækkes kun den del af brugerbetalingen, som tilskadekomne ville have fået dækket, hvis behandlingen var udført af en behandler med overenskomst. Dette følger af principperne om tilskadekomnes tabsbegrænsningspligt.

Bestemmelsen er også subsidiær i forhold til andre forsikringsordninger, eksempelvis Sygeforsikringen ”Danmark”. Det betyder, at det kun er tilskadekomnes faktiske udgifter (egenbetalingen), der kan betales efter loven.

Styrelsen kan anbefale, at der navnlig i tvivlstilfælde indhentes forhåndstilsagn om betaling af udgiften.

Bestemmelsen om dækning af udgifter til hjælpemidler er primær i forhold til anden lovgivning. Det betyder, at tilskadekomne kan få dækket sine udgifter til hjælpemidler efter arbejdsskadeloven, hvis betingelserne ellers er opfyldt. Dette gælder uanset om der er mulighed for at få dækket udgifterne hos myndighederne eller ved andre forsikringsordninger.

2.2. Anerkendelse

Udgifter efter § 15 kan kun betales, hvis skaden kan anerkendes som en arbejdsskade.

2.3. Årsagssammenhæng

Der skal være tale om nødvendig behandling af arbejdsskadens følger. Det vil sige, at der skal være årsagsforbindelse mellem skaden og behandlingen. Jo længere tid, der er gået efter arbejdsskaden, desto større krav stilles der til dokumentation for årsagssammenhæng mellem skaden og behandlingens nødvendighed.

Der skal også være årsagsforbindelse mellem arbejdsskadens følger og anskaffelse af et hjælpemiddel.

2.4. Lægelig indikation

Behandlingen skal være lægeligt indikeret. Det vil sige, at behandlingen efter styrelsens vurdering skal være nødvendig, for at tilskadekomne kan opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger.

Begrebet ”bedst mulig helbredelse” skal forstås som tidspunktet, hvor en bedring af tilskadekomnes tilstand ikke længere er mulig. Der stilles således ikke krav om, at tilskadekomne skal være rask.

Som udgangspunkt stilles der ikke krav om, at tilskadekomne har fået en lægehenviisning til behandlingen.

Ud over, at behandlingen skal være relevant i forhold til sygdommen, indebærer betingelsen om lægelig indikation, at behandlingen må forventes at have en **helbredende** virkning. Hvis behandlingerne foretages længe efter skaden eller der allerede er givet mange behandlinger, kan det være styrelsens vurdering, at (yderligere) behandlinger ikke kan anses for at have helbredende virkning. Sådanne behandlinger kan ikke betales.

Behandling, som alene har en midlertidig symptomlindrende effekt, betales normalt ikke. Ved mange skader vil behandling, som foretages længere tid efter skaden, efter medicinsk erfaring alene have en lindrende effekt.

Eksempel

Tilskadekomne fik en forstuvning af sin ankel, da hun gled på et vådt gulv. Ankestyrelsen fandt, at tilstanden var stationær 6 måneder efter, at arbejdsskaden var sket, og at der således ikke var udsigt til yderligere bedring.

Yderligere fysioterapibehandlinger efter dette tidspunkt kunne ikke forventes at have en helbredende, men kun en lindrende effekt. Tilskadekomne fik derfor ikke yderligere udgifter

refunderet efter de 6 måneder.

Eksempel

Tilskadekomne fik en fibersprængning i ryggen i forbindelse med løft af klient og modtog efterfølgende behandling hos fysioterapeut og hos kiropraktor. Arbejdsskadestyrelsen fastsatte det varige mén til 5 procent og traf også afgørelse om, at der kunne betales for kiropraktor- og fysioterapibehandling op til 9 måneder efter skaden. Herefter fandt Arbejdsskadestyrelsen, at der ikke var udsigt til yderligere bedring.

2.4.1. Forhåndstilsagn

Er tilskadekomne i tvivl om, hvorvidt en given behandling vil kunne betales efter loven, kan tilskadekomne indhente et forhåndstilsagn. Forhåndstilsagn skal i første omgang søges hos det forsikringsselskab, hos AES eller hos den forsikringsenhed, som skal betale ydelsen. Et afslag herfra kan forelægges for Arbejdsskadestyrelsen, som så træffer afgørelse om spørgsmålet. Et forhåndstilsagn er bindende for forsikringsselskabet, som har givet tilsagnet, og for Arbejdsskadestyrelsen, hvis også de har givet tilsagn.

Da ikke alle behandlinger kan betales eller fortsat betales efter § 15, kan det anbefales, at man beder om forhåndstilsagn. Det gælder for eksempel forud for længerevarende behandlingsforløb, eller hvis tilskadekomne vil søge behandling på et privathospital.

Stop for yderligere betaling:

Ved behandling af udgifter efter § 15 skal tilskadekomne efter behov gøres opmærksom på, at yderligere betaling ikke vil finde sted eller ikke vil finde sted uden forhåndsgodkendelse i selskabet, i forsikringsenheden eller i Arbejdsskadestyrelsen.

Eksempel:

Ankestyrelsen fandt, at tilskadekomne skulle have refunderet behandlingsudgifter til yderligere fysioterapibehandling. Ankestyrelsen lagde vægt på, at forsikringsselskabet havde skrevet til tilskadekomne, at hvis sagen var omfattet af arbejdsskadesikringsloven, havde tilskadekomne mulighed for at få dækket udgifter til blandt andet fysioterapi.

Ankestyrelsen lagde desuden vægt på, at tilskadekomne i en senere afgørelse fra Arbejdsskadestyrelsen ikke var blevet orienteret om, at yderligere udgifter til fysioterapi ikke ville kunne dækkes.

Ankestyrelsen fandt således, at tilskadekomne var i god tro om, at udgifter til yderligere behandlinger hos fysioterapeut ville kunne dækkes af forsikringsselskabet.

2.4.2. Berettigede forventninger om betaling af behandlingsudgifter

Tilskadekomne kan få betalt sine udgifter til behandling, hvis de generelle betingelser er opfyldt. Det vil sige, at behandlingerne blandt andet skal være helbredende. Arbejdsskadesikringen dækker normalt ikke udgifter til behandling, hvis de eksempelvis alene er lindrende. Har tilskadekomne fået

berettigede forventninger om, at behandlingen alligevel kan betales, selvom behandlingerne ikke længere opfylder betingelserne, kan de i visse situationer alligevel dækkes.

Eksempel

I SM U-12-01 lagde Ankestyrelsen vægt på, at forsikringsselskabet ikke havde opfyldt sin vejledningspligt om betaling af behandlingsudgifter. Ankestyrelsen fandt desuden, at selskabet havde skabt en forventning om, at udgifterne kunne betales, da forsikringsselskabet allerede havde betalt en del af regningerne.

2.5. Forudbestående eller konkurrerende sygdomme

Har tilskadekomne en forudbestående eller konkurrerende sygdom, som er behandlingskrævende, kan der ske reduktion i dækningen af behandlingsudgifter efter loven, jævnfør lovens § 12.

Det kan blive aktuelt at trække fra i arbejdsskadesikringens betaling af behandlingsudgifter, hvis tilskadekomnes forudbestående eller konkurrerende sygdom er behandlingskrævende.

Efter ”gammel lov” kunne der ved en anerkendelse af en arbejdsskade tages forbehold for forudbestående sygdom. Ved stillingtagen til, om behandlingsudgifter kan betales, er det dog ikke afgørende, om der er taget forbehold for forudbestående lidelse ved sagens anerkendelse. Ankestyrelsen har i SM U-7-97 fastslået, at underretning om forbehold alene er en ordensforskrift.

Efter domspraksis er kravene for at nedsætte arbejdsskadesikringens betaling af behandlingsudgifter på grund af forudbestående sygdomme skærpet. Østre Landsret har i dom af 3. september 1998, hvor Ankestyrelsen var part, tilkendegivet, at tilskadekomne havde ret til fuld dækning af udgifter til tandbehandling, uanset at tilskadekomne ved den anerkendte arbejdsskade kom til skade med en tand, som tidligere var fyldt og rodbehandlet. Af Retslægerådets udtalelse i sagen fremgår det, at den oprindelige rodbehandling og isætning af stiftopbygning ikke havde været optimal, men at kronen sandsynligvis ville have fungeret i endnu en årrække, hvis skaden ikke var sket. Landsretten lagde herefter vægt på, at tanden ikke var behandlingskrævende før arbejdsskaden.

2.6. Tilskudsberettiget behandling

Arbejdsskadesikringsloven stiller ikke krav til, hvilken type behandling der skal være tale om, for at udgifterne kan afholdes efter § 15.

Som udgangspunkt skal behandlingsformen være tilskudsberettiget efter lov om offentlig sygesikring, da der dermed er sket en form for offentlig godkendelse af behandlingsformen. Det skyldes, at der her i landet ikke altid stilles specielle krav for, at man kan nedsætte sig som behandler.

Som nævnt ovenfor kan behandling, der kan betales efter sygesikringsloven, ikke betales efter § 15. Tilskadekomne må altså udnytte sin ret efter sygesikringsloven til at få behandlingen helt eller delvist betalt.

Eksempel

En sanglærer, som havde fået anerkendt "sangerknuder" som arbejdsskade, fik afslag på betaling af

udgifterne til privatundervisning i sangteknik. Han var blevet tilbudt gratis stemmevejledning i offentligt regi, men valgte i stedet den private undervisning. Der henvises til SM U-2-94.

En lille del af Danmarks befolkning er i sygesikringens gruppe 2. Denne gruppe har ret til at få dækket den del af udgiften, som vedkommende selv må betale efter fradrag af sygesikringens tilskud.

Undtagelsesvis behøver sygebehandling ikke at være tilskudsberettiget. Det afhænger af den konkrete behandlingsform. Det kan vedrøre behandlingsformer, der i sagens natur ikke hører ind under sygesikringsordningen.

Eksempel

Handsker til brug ved eksembehandling og bandager betragtes som led i behandlingen. Udgifterne til anskaffelse af disse kan derfor betales efter loven, hvis behandlingen er nødvendig.

2.6.1 Overenskomst med sygesikringen

Behandlingen skal som udgangspunkt foretages af en behandler med overenskomst med sygesikringen. Det følger af § 15, stk. 1, hvoraf det fremgår, at udgifter til sygebehandling kan dækkes, når udgifterne ikke kan afholdes efter lov om offentlig sygesikring eller som led i behandlingen på offentligt sygehus.

Hvis tilskadekomne opsøger en behandler, der ikke har overenskomst med sygesikringen, kan der alene ydes refusion for den del, som tilskadekomne skulle have betalt, hvis der var overenskomst med sygesikringen. Refusion forudsætter dog, at selve behandlingsformen er tilskudsberettiget.

Det følger af principperne om tilskadekomnes tabsbegrænsningspligt.

2.6.2. Tilskud fra anden side

Den udgift til behandling, som kan betales efter § 15, er som udgangspunkt den faktiske udgift, tilskadekomne har haft. Det vil sige, at den andel, den offentlige sygesikring betaler, er trukket fra. Det, der kan betales, er patientandelen af udgiften.

Hvis tilskadekomne er medlem af Sygeforsikringen "danmark" eller har tegnet anden privat syge- eller ulykkesforsikring, kan der blive tale om refusion derfra til udgifter til behandling eller anskaffelse af et hjælpemiddel, der er nødvendiggjort af en arbejds-skade.

Da tilskadekomne ikke skal overkompenseres, trækkes eventuelle tilskud fra andre ordninger fra den del af betalingen, som ellers ville være blevet betalt efter § 15.

2.7. Dokumentation

2.7.1. Dokumentation – under sagens behandling

Arbejdsskadestyrelsen kræver som udgangspunkt originalkvittering som dokumentation for behandling og udgift for at forhindre, at tilskadekomne får dækket sine udgifter flere steder.

En tydelig kopi kan dog undtagelsesvis accepteres, hvis tilskadekomne skal bruge originalregningen for at få tilskud fra anden side. Det skal fremgå, hvor originalregningen er sendt til, og størrelsen af tilskud fra anden side skal oplyses.

Arbejdsskadestyrelsen stiller ikke krav om, at tilskadekomne inden sagsbehandlingen i forsikringsselskabet eller i styrelsen søger at få tilskuddet fra anden side.

2.7.2. Dokumentation – fremtidige behandlingsudgifter

Der skal som udgangspunkt være dokumenteret et behandlingsbehov, for at der kan blive tale om erstatning for fremtidige udgifter. Hvis Arbejdsskadestyrelsen af forsikringsselskabet eller tilskadekomne bliver bedt om at tage stilling til dækning af udgifter til fremtidige behandling, hjælpemidler samt følgeudgifter har Arbejdsskadestyrelsen oplysningspligten. Hvis sagen kan anerkendes, vil Arbejdsskadestyrelsen derfor søge at danne sig et skøn over behandlingsbehovet ud fra læge- og speciallægeerklæringer, tilskadekomnes egne oplysninger samt oplysninger fra forsikringsselskabet.

Der er som udgangspunkt dokumenteret et behandlingsbehov, når der **enten** er gennemført behandlinger under eller før sagens behandling (og naturligvis efter tilskadekomsten eller sygdommens sikre debut), **eller** der er planlagt behandlinger (eksempelvis lægehenvielse til fysioterapi eller en recept, der endnu ikke er indløst på apoteket).

Selve dokumentationen for behandlingsbehovet kan være regninger, behandlingsforslag og prisoverslag. I nogle situationer vil det dog være tilstrækkeligt, at det eksempelvis fremgår af speciallægeerklæringen, at der er iværksat behandling med astmamedicin, hvis der i øvrigt er dokumenteret en behandlingskrævende astma. Det er svært at opstille nogle generelle regler for, hvor meget dokumentation der kræves, da dette afhænger af den konkrete arbejdsskade eller erhvervssygdoms art og omfang.

Hvis der ikke er dokumentation, jævnfør ovenstående, er der ikke ret til erstatning for fremtidige udgifter.

Spørgsmålet vil dog kunne genoptages, hvis der efterfølgende viser sig et behandlingsbehov (se afsnit 2.9. om genoptagelse).

2.8. Erstatningens anvendelse

Der er ikke noget krav om, at tilskadekomne skal bruge erstatningen for fremtidige udgifter på den behandling, der forudsættes i afgørelsen. Da erstatningen er personlig, har den tilskadekomne dog mulighed for at deponere beløbet på en særlig konto, som friholdes fra krav fra kreditor.

2.9. Genoptagelse efter 2003-loven

2003-loven indeholder i § 42 følgende bestemmelse om genoptagelse af sager om behandlingsudgifter:

*§ 42. Efter anmodning fra tilskadekomne eller på Arbejdsskadestyrelsens foranledning kan erstatnings- og godtgørelsesspørgsmålene, jf. §§ 15, 17 og 18, genoptages inden for en frist af 5 år fra første afgørelse, hvis der er sket væsentlige ændringer af de forhold, der blev lagt til grund for afgørelsen. Fristen for genoptagelse kan forlænges inden udløbet af 5-års-fristen. Når ganske særlige omstændigheder taler herfor, kan der ses bort fra fristerne.
Stk. 2. ...*

Bestemmelsen svarer til bestemmelsen i § 34, stk. 1, i den gamle lov. Bestemmelsen i den gamle lovs § 30, stk. 3, hvorefter der kan betales for udgifter til sygebehandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, når sagen er genoptaget med henblik på en ændret vurdering af tab af erhvervsevne og varigt mén, er ikke videreført i 2003-loven. Det skyldes, at der ved den samlede afgørelse om erstatning efter den nye lov også kan træffes afgørelse om betaling af de fremtidige udgifter til sygebehandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter. Der er derfor ikke behov for særskilt stillingtagen til betaling af disse udgifter i de sager, der genoptages med henblik på en ændret vurdering af tabet af erhvervsevne og/eller det varige mén.

Bestemmelsen i den nye lovs § 42 suppleres af adgangen til at genoptage afgørelser efter almindelige forvaltningsretlige principper.

Der gælder således samme regler om genoptagelse af spørgsmål om tilskadekomnes krav på betaling af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, som gælder for genoptagelse af de andre erstatnings- og godtgørelsesposter. Henvielsen i § 42 til § 15 indebærer desuden, at spørgsmålet om betaling af behandlingsudgifter kan genoptages isoleret, uden at der behøver at være ændringer i tilskadekomnes lægelige eller erhvervsmæssige forhold, der kan medføre en ændret vurdering af det varige mén eller tabet af erhvervsevne.

Det er således ikke et krav, at genoptagelsesbehandlingen ender med tilkendelse af yderligere mén-godtgørelse eller yderligere erstatning for tab af erhvervsevne. Blot skal behandlingerne være nødvendige for bedst mulig helbredelse og være forårsaget af en forværring af skaden samt dokumenteres med kvittering.

2.9.1. Afgørelser om genoptagelse

Genoptages spørgsmålet om betaling af udgifter til behandling og hjælpemidler efter § 42, er sagen under behandling fra tilskadekomnes anmodning om genoptagelse eller Arbejdsskadestyrelsens meddelelse om genoptagelse på styrelsens foranledning, og indtil styrelsen træffer ny afgørelse.

Den nye afgørelse om eventuel betaling af udgifter skal være en afgørelse om **fremtidige behandlingsudgifter**. Det følger af bekendtgørelse nr. 999 om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler, § 2, stk. 1, nr. 4), jf. § 7, stk.2.

Beslutter Arbejdsskadestyrelsen at genoptage sagen forvaltningsretligt, er sagen også under visse omstændigheder under behandling fra tidspunktet for den forkerte eller mangelfulde afgørelse. Ved

forvaltningsretlige genoptagelser skal en forkert afgørelse ændres. Om genoptagelsen medfører ret til betaling af behandlingsudgifter, afhænger af forholdene i den konkrete sag.

Har Arbejdsskadestyrelsen i forbindelse med en tidligere afgørelse i sagen besluttet at sætte revision i sagen, er sagen under behandling fra Arbejdsskadestyrelsens fastsatte dato for revisionen, og indtil styrelsen træffer ny afgørelse.

2.9.2. Betingelserne for genoptagelse

Betingelsen for at genoptage sagerne er, at der *”er sket væsentlige ændringer af de forhold, der blev lagt til grund for afgørelsen.”*

Efter praksis forudsætter genoptagelse af spørgsmålet om betaling af behandlingsudgifter, at

1. der er sket fejl under sygebehandlingen, da sagen var under behandling første gang, eller
2. den oprindelige behandling inden for en kortere periode slog fejl, uden at det kunne lægges tilskadekomne til last, eller
3. der er opstået væsentlige og utvivlsomme senfølger af arbejdsskaden, det vil sige senfølger, der ikke kunne forudses under sagens behandling

Det betyder, at der ikke kan genoptages, hvis et øget behandlingsbehov kunne forudsiges ved afgørelsen, da der i så fald vil være taget højde for den ændrede situation. Det kunne for eksempel være en tandsag, hvor der kan forudsiges at indtræde aldersbetingede forandringer på et senere tidspunkt, som nødvendiggør yderligere behandlinger, eller hvis dårlig mundhygiejne kan forudsiges at medføre udskiftninger af den skadede tand. I så fald vil der ikke være grundlag for at genoptage, hvis tilskadekomne beder om genoptagelse på dette grundlag.

Endvidere må det være klart, at der ikke kan genoptages, hvis et forøget behandlingsbehov på anden måde kan lægges tilskadekomne til last. Hvis tilskadekomne eksempelvis ikke har fulgt den tandbehandling, der var forudsat i vores afgørelse om erstatning for fremtidige udgifter, men har brugt erstatningen på noget helt andet, så vil der næppe være grundlag for at genoptage sagen.

Omvendt vil det næppe i sig selv have indskrænkende virkning på tilskadekomnes muligheder for genoptagelse, hvis han/hun ikke har underkastet sig 20 fysioterapibehandlinger, som forudsat i afgørelsen om fremtidige udgifter, og 2 år senere anmoder om genoptagelse, da rygskaden nu er forværret.

Eksempel 1

Arbejdsskadestyrelsen har truffet afgørelse om, at der er ret til dækning af 20 fysioterapi-behandlinger efter sagens afslutning. Efter 1½ år bliver sagen genoptaget, da tilskadekomne er blevet opereret i ryggen på grund af en forværring af skadens følger. Efter operationen skal tilskadekomne gå til fysioterapi i nogle måneder.

Da der er sket en væsentlig forværring af skadens følger, som har nødvendiggjort yderligere fysioterapibehandling, vil der efter en konkret vurdering, og hvis lovens øvrige betingelser for betaling er opfyldt, kunne betales for et antal fysioterapibehandlinger under sagens genoptagelsesbehandling.

Der vil i så fald blive tale om betaling af fremtidige behandlingsudgifter for en afgrænset periode.

Eksempel 2

Arbejdsskadestyrelsen har truffet afgørelse om, at der er ret til betaling for 20 fysioterapi-behandlinger efter sagens afslutning. Efter 1½ år anmoder tilskadekomne om genoptagelse, da han stadig har ondt i ryggen og nu er begyndt at gå til fysioterapeut igen. Der har ikke været foretaget operation i ryggen, og der er heller ikke planlagt operation eller anden lægelig behandling af skadens følger. Der er således ikke sket en væsentlig forværring af skadens følger. I denne situation må det antages, at tilskadekomne allerede er blevet kompenseret for følgerne af skaden via méngodtgørelsen og dækning af 20 fremtidige fysioterapibehandlinger. Der vil som udgangspunkt ikke kunne betales for yderligere behandlinger efter § 15, hverken stk. 1 eller stk. 3.

2.9.3. Fristen for genoptagelse

Fristen for genoptagelse er 5 år.

Der kan dog dispenseres fra fristen, når ”ganske særlige omstændigheder taler herfor.”

Efter praksis vil det sige, at vi genoptager efter udløbet af 5-årsfristen, hvis

1. der er en væsentlig forøgelse af behandlingsbehovet, eventuelt i kombination med en væsentlig forværring af det varige mén, og
2. forværringen med **overvejende sandsynlighed** skyldes arbejdsskaden.

2.9.4. Andre forhold, som kunne give anledning til at anmode om genoptagelse

En række ”ydre” forhold, som ikke har direkte med skaden at gøre, kan fordyre den faktiske udgift til behandlinger for den tilskadekomne. Hvis der alene er tale om ændringer af sådanne ydre forhold og ikke ændringer i skadens følger eller behandlingens effekt på skaden, vil der som udgangspunkt ikke være grundlag for genoptagelse.

Betingelserne for genoptagelse **anses ikke** for opfyldt, når

- lovgivning ændres, det gælder for eksempel, når tilskudsmulighederne efter sygesikringsloven ændres
- prisen for behandlingen (for eksempel medicin) ændres
- tilskadekomne udnytter tilskudsreglerne på en anden måde, for eksempel, hvis tilskadekomne melder sig ud af Sygeforsikringen ”danmark” eller skifter fra forsikringsgruppe 1 til gruppe 5
- tilskadekomne vælger at underkaste sig nye behandlingsformer eller nye medikamenter, **uden** at ménen efter skaden er forværret
- der er andre ”ydre” forhold, for eksempel hvis Sygeforsikringen ”danmark” ændrer sine tilskudsregler

Der knytter sig en særlig vanskelig problemstilling til, om der er grundlag for genoptagelse i de situationer, hvor der efter den samlede afgørelse kommer et nyt (og dyrere) præparat på markedet,

der har en bedre helbredende effekt end det præparat, der indgik i vurderingen i forbindelse med afgørelsen.

Det samme gælder i sager, hvor det efterfølgende viser sig, at en anden behandlingsmetode vil være mere hensigtsmæssig end den behandling, der dannede grundlag for førstegangsafgørelsen.

På den ene side er der ikke tale om ændringer af **tilskadekomnes** forhold. Det indebærer, at sagen ikke kan genoptages. På den anden side kan det dog i nogle sager være svært at afgrænse disse sager fra sager, hvor den anden (nye) behandling eller det andet (nye) præparat skyldes en ny **opfattelse** af tilskadekomnes forhold.

På denne baggrund må det antages, at nye behandlingsmetoder/nye præparater **ikke** alene og i sig selv kan give grundlag for en genoptagelse af sagen. Hvis der imidlertid er sket en væsentlig forværring af skadens følger, som kan give anledning til genoptagelse af ménspørgsmålet, vil der i mange tilfælde være behov for fornyet behandling – og ofte med nye typer medicin eller andre nye behandlingsformer, som ikke var forudsat i den oprindelige afgørelse om fremtidige udgifter. I disse sager vil spørgsmålet om fremtidige udgifter efter en konkret vurdering kunne genoptages, og der vil kunne betales for den eller de nye typer behandling som en fremtidig udgift.

Det skal dog understreges, at afgørelsen om betaling af udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter skal ses i sammenhæng med de øvrige elementer i den samlede afgørelse, herunder afgørelsen om varigt mén. I de sager, hvor den kendte behandling/det kendte præparat ikke vil medføre en fuldstændig helbredelse af arbejdsskadens følger, vil de varige gener, der måtte restere, give grundlag for en godtgørelse for varigt mén. Tilskadekomne vil på denne måde blive kompenseret for den manglende helbredelse.

2.9.5. Hvordan opgøres udgifterne til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, når sagen er genoptaget

Er betingelserne for genoptagelse opfyldt, gælder der de samme regler som under den primære behandling af sagen, det vil sige indtil første gang, der blev truffet en samlet afgørelse.

Det indebærer, at der i forbindelse med genoptagelsen bliver mulighed for betaling af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter:

1. Som en erstatning for en afgrænset fremtidig periode og/eller
2. Som en erstatning for permanente behandlingsudgifter

Behandlingsudgifterne i genoptagelsessagen opgøres efter samme principper som ved førstegangsafgørelsen. Det skal dog sikres, at tilskadekomne ikke ved genoptagelsesafgørelsen får betalt behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, der er omfattet af førstegangsafgørelsen.

2.9.6. Forvaltningsretlig genoptagelse

Er sagen genoptaget efter almindelige forvaltningsretlige principper på grundlag af en fejl (faktisk eller retlig vildfarelse) fra Arbejdsskadestyrelsens side, kan der i princippet betales udgifter tilbage fra tidspunktet fra arbejdsskadens oprindelige anmeldelse. Det skyldes, at tilskadekomne ud fra et ”genopretningssynspunkt” skal stilles, som om Arbejdsskadestyrelsens tidligere afgørelse ikke var behæftet med en fejl.

2.9.7. Eksempel på beregning af beløbet ved genoptagelse af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter

Følgende eksempel beskriver, hvordan beløbet beregnes i sager, hvor vi træffer genoptagelsesafgørelse om fremtidige behandlingsudgifter. Eksemplet vedrører udgifter til tandbehandling, men kan også anvendes på andre behandlingstyper, som kan betales efter arbejds-skadesikringsloven.

I en sag med en tandskade har vi betalt for fremtidige plastfyldninger som en permanent udgift (se afsnit 5 om fremtidige, permanente behandlingsudgifter).

Forudsætninger

Tilskadekomne er en 40-årig mand (kapitaliseringsfaktoren er 9,297)

Skaden er en ødelagt kindtand

Der er intet forudbestående eller konkurrerende til skaden

Behandling af skaden er en plastfyldning

Pris: 1.000 kr.

Levetiden for en plastfyldning er normalt 15 år

Arbejdsskadestyrelsen træffer under sagens førstegangsbehandling afgørelse om, at tilskadekomne får betalt en plastfyldning med 1.000 kr., og at tilskadekomne har ret til erstatning for permanente udgifter til fremtidige udskiftninger af plastfyldningen.

Beløbet opgøres således: $1.000 \text{ kr.} + (1.000 \text{ kr.}/15) \times 9,297 = 1.620 \text{ kr.}$

Efter 5 år beder tilskadekomne om genoptagelse, da han har været uheldig flere gange og under spisning har ødelagt plastfyldningen. Det viser sig at være nødvendigt med kronebehandling. Arbejdsskadestyrelsen vurderer, at der er tale om en væsentlig forværring af skadens følger, og vurderer, at der er grundlag for at genoptage afgørelsen om permanente udgifter.

Der skal nu foretages kronebehandling, og Arbejdsskadestyrelsen får et prisoverslag på 5.000 kr. Styrelsen accepterer behandlingsforslaget og prisoverslaget og træffer ny afgørelse om fremtidige udgifter. Da tilskadekomne allerede har fået erstattet fremtidige udgifter til plastfyldninger, skal denne del af den oprindelige erstatning fratrækkes den nye erstatning.

Nye forudsætninger

Da tilskadekomne nu er 45 år, er kapitaliseringsfaktoren 8,677. Det forudsættes endvidere, at levetiden for kronebehandlingen normalt er 15 år.

I genoptagelsesafgørelsen opgøres beløbet således: $(5.000 \text{ kr.} + (5.000 \text{ kr.}/15) \times 8,677) - 1.620 \text{ kr.} = 7.272 \text{ kr.}$

Hvad nu, hvis den tilskadekomne i eksemplet ovenfor havde bedt om genoptagelse efter eksempelvis 15 år?

I så fald gælder der skærpede krav for genoptagelse, da 5-årsfristen er udløbet. Det skal dermed være overvejende sandsynligt, at skaden er årsag til det ændrede/forøgede behandlingsbehov.

Hvis vi trods alt alligevel genoptager efter 15 år, skal man være opmærksom på, at tilskadekomne på det tidspunkt, jævnfør forudsætningerne, har haft udgifter til 2 plastfyldninger - én fyldning under sagens behandling og én ”fremtidig fyldning”. Der kan ikke i sådanne tilfælde opstilles generelle regler for, hvor stor en del af den oprindelige erstatning for permanente udgifter, der i så fald skal trækkes fra. Det må i stedet bero på et konkret skøn.

2.10. Genoptagelse efter 1992-loven

Regler for genoptagelse efter ”gammel lov” findes i lovens § 34, stk. 1.

§34 Efter anmodning fra skadelidte eller på Arbejdsskadestyrelsens foranledning kan erstatnings- og godtgørelsesspørgsmålene, jf. §§ 30,32 og 33, genoptages inden for en frist af 5 år fra første fastsættelse, hvis der er sket væsentlige ændringer af de forhold, der blev lagt til grund for fastsættelsen. Fristen for genoptagelse kan forlænges inden udløbet af 5-års-fristen. Når ganske særlige omstændigheder taler herfor, kan der ses bort for fristen.

Henvisningen til § 30 omhandler sygebehandling eller optræning under sagens behandling, som er nødvendig for opnåelse af bedst mulig helbredelse. Lov om sikring mod følger af arbejdsskade giver som udgangspunkt alene mulighed for betaling af behandlingsudgifter under sagens behandling.

Udgifter efter § 30 kan kun betales, hvis sagen kan anerkendes som en arbejdsskade, og som udgangspunkt kun under sagens behandling. Det er en forudsætning i § 30, at der er tale om nødvendig behandling, der kan afhjælpe skadens følger. Det betyder således, at behandling med lindrende effekt ikke er omfattet af arbejdsskadeloven. Det samme gælder for behandling på ubestemt tid og livsvarige behandlinger.

Ved genoptagelse af afgørelser om behandlingsudgifter gælder det desuden, at der skal være tale om sygebehandling, som ikke kunne forudses under sagens behandling.

Genoptagelse efter § 34, stk. 1, forudsætter således, at

1. der er sket fejl under sygebehandlingen, da sagen var under behandling første gang, eller
2. den oprindelige behandling inden for en kortere periode slog fejl, uden at det kunne lægges skadelidte til last, eller
3. der er opstået væsentlige og utvivlsomme senfølger af arbejdsskaden, der ikke kunne forudses under sagens behandling

Punkt 1 og 2 omfatter således henholdsvis fejlagtig og fejlslagen behandling.

Punkt 3 omhandler situationen, hvor en skade ikke kunne konstateres under sagens behandling.

Typiske eksempler på væsentlige og utvivlsomme senfølger er de følger, der kan optræde efter tandskader i form af nervedød (pulpanekrose) og brud, der ikke umiddelbart kan diagnosticeres.

Eksempel

Tilskadekomne havde behov for yderligere tandbehandling, fordi et broarbejde var mangelfuldt udført. Ankestyrelsen vurderede, at udgiften til yderligere tandbehandling skulle betales af forsikringsselskabet. Ankestyrelsen lagde vægt på, at arbejdsskaden var årsag til behovet for yderligere behandling, og fandt, at skadelidte ikke selv skulle bære risikoen for, om arbejdet blev udført optimalt. Ankestyrelsen tog ikke stilling til, hvem der endelig skulle betale udgiften som følge af mangelfuld behandling. Der henvises til SM U-3-95.

§ 32 omhandler erhvervsevnetabserstatningen, og § 33 omhandler erstatning for mén.

2.10.1. Fristen for genoptagelse

Fristen for genoptagelse er 5 år, og der kan dispenseres fra fristen, når der er sket væsentlige ændringer af de forhold, der blev lagt til grund ved afgørelsen.

2.10.2. Afgørelser, som er truffet uden formel afgørelse om mén og tab af erhvervsevne (1992-lovens § 27)

Hvis sagen er afsluttet med et skøn af skadens begrænsede følger, som ikke berettiger til erstatning, kan spørgsmål om senere opståede behandlingsudgifter betales op til 5 år fra sagens afslutning. Det forudsætter, at de almindelige betingelser efter § 30, stk. 1, er til stede. Jo længere tid, der er gået siden sagens afslutning, jo større krav stilles der til dokumentation for årsagssammenhæng. Se afsnittet 3.4.1.

Betingelsen i § 34 om væsentlige ændringer af forholdet gælder ikke i sager, som er truffet uden formel afgørelse om mén og tab af erhvervsevne.

2.11. Hvornår regner man genoptagelsen fra?

Sagen regnes for genoptaget fra den dato, Arbejdsskadestyrelsen modtager anmodning om genoptagelse.

Har Arbejdsskadestyrelsen ved en tidligere afgørelse meddelt tilskadekomne, at sagen genoptages til fornyet behandling på en bestemt dato, regnes sagen som genoptaget fra denne dato.

2.11.1. Udgifter afholdt efter sagens afslutning og før sagens genoptagelse

Har tilskadekomne afholdt udgifter til behandling efter sagens afslutning eller efter Arbejdsskadestyrelsens afgørelse om fremtidige behandlingsudgifter, men **før** genoptagelsen af sagsbehandlingen, er der ikke hjemmel til at dække disse udgifter efter loven.

2.12. 20-årig forældelsesfrist

Der kan normalt ikke betales for udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, der iværksættes 20 år eller mere efter, at arbejdsskaden er blevet anerkendt. Der henvises til SM U-3-93.

Afsnit 3. BEHANDLINGSUDGIFTER UNDER SAGENS BEHANDLING

Efter § 15, stk. 1 og 2, kan der betales for udgifter til sygebehandling, optræning og hjælpemidler (briller, proteser og lignende) under sagens behandling. Bestemmelsen i § 15, stk. 1 og 2, er en videreførelse af den gamle lovs § 30 og medfører ikke i sig selv ændringer i praksis, for så vidt angår behandlingsudgifter under sagens behandling.

Som udgangspunkt kan udgifter efter § 15, stk. 1 og 2, kun betales, mens sagen er under behandling i Arbejdsskadestyrelsen. Afgørelsen om betaling efter § 15 træffes først, når der er taget stilling til, om skaden kan anerkendes.

Udgifter efter § 15, stk. 1 og 2, betales normalt efter regning. Det vil sige, at betalingen finder sted i det omfang, der indsendes dokumentation for, at behandlingen er gennemført. Dokumentationen vil typisk være i form af kvitteringer med tydelig angivelse af behandlingens art og omfang samt dato.

3.1. Hovedregel – betaling under sagens behandling

Sagen er under behandling fra den dag, anmeldelsen modtages i den sikringspligtige arbejdsgivers arbejdsulykkesforsikringssselskab, herunder statslige og kommunale forsikringsenheder, eller i Arbejdsskadestyrelsen, og frem til den samlede afgørelse om erstatning og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, jævnfør § 16.

3.1.1. Er sagen under behandling, når der ankes?

Hvis afgørelsen om behandlingsudgifter under sagens behandling ankes og Ankestyrelsen **hjemviser** sagen til fornyet behandling i Arbejdsskadestyrelsen, betragtes sagen som værende under behandling, indtil Arbejdsskadestyrelsen har truffet en ny afgørelse.

Den periode, hvor klagen blev behandlet i Ankestyrelsen, sidestilles i denne situation med sagsbehandling i Arbejdsskadestyrelsen, og der kan betales udgifter til behandling, hvis de øvrige betingelser er opfyldt.

Hvis Ankestyrelsen **tiltræder eller ændrer** Arbejdsskadestyrelsens afgørelse, er sagen ikke under behandling fra det tidspunkt, hvor Arbejdsskadestyrelsen har truffet den samlede afgørelse, jævnfør § 16. I den periode, hvor klagen blev behandlet i Ankestyrelsen, er sagen heller ikke under behandling.

3.1.2. Kan der betales behandlingsudgifter under sagens behandling, når der undervejs i sagsbehandlingen er truffet delafgørelse om fremtidige behandlingsudgifter?

Efter arbejdsskadereformen skal der træffes en samlet afgørelse, jævnfør § 16. Der er dog under visse omstændigheder mulighed for at træffe delafgørelse. Dette gælder også for de fremtidige behandlingsudgifter.

Det er kun i ganske særlige situationer, at der træffes delafgørelse om fremtidige behandlingsudgifter, inden der træffes endelig afgørelse om de øvrige ydelser efter loven.

Hvis Arbejdsskadestyrelsen har truffet en delafgørelse, er sagen stadig under behandling, indtil der er truffet endelig afgørelse om varigt mén og tab af erhvervsevne. Har Arbejdsskadestyrelsen truffet en delafgørelse, hvor der er taget stilling til fremtidige behandlingsudgifter, er udgangspunktet, at der er taget udtømmende stilling til det fremtidige behandlingsbehov.

Da sagen er under behandling frem til afgørelsen om varigt mén og/eller tab af erhvervsevne, vil der – hvis behandlingerne opfylder de øvrige betingelser – kunne være ret til dækning af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter” under sagens behandling” efter delafgørelsen om fremtidige behandlingsudgifter og frem til den endelige afgørelse om mén og/eller tab af erhvervsevne. Det forudsættes, at den tilskadekomne ikke bliver overkompenseret – altså får betalt de samme betalinger både i form af en erstatning for fremtidige udgifter og i form af refusion af udgifter ”under sagens behandling”.

3.2. Undtagelser – behandlinger udført før anmeldelsen af skaden

Der er undtagelser til reglen om, at sagen skal være under behandling, for at der kan betales efter § 15, stk. 1 og 2.

3.2.1 Ulykker

Ved arbejdsulykker betales der efter praksis for behandling helt tilbage til skadedatoen, hvis en forhåndsansøgning ville have medført, at behandlingen var blevet betalt. Det kan for eksempel være, hvis en skade har medført et behov for akut krisebehandling hos en psykolog umiddelbart efter tilskadekomsten. Det forudsættes dog, at skaden vil blive anerkendt som en arbejdsskade.

3.2.2. Erhvervssygdomme

Ved erhvervssygdomme betales der normalt ikke for udgifter, som er afholdt før skadedatoen. Skadedatoen er efter lovens § 8, stk. 2, den samme dag som anmeldedatoen.

Der betales dog for behandling før skadedatoen, hvis det kan dokumenteres, at behandlingen med overvejende sandsynlighed er foretaget som følge af den sygdom, der senere anerkendes som erhvervssygdom, og at behandlingen er nødvendig for bedst mulig helbredelse af sygdommen. Det er typisk ved tandskader.

3.3. Undtagelser – dækning efter sagens første afgørelse om varigt mén og tab af erhvervsevne – tilsagn om betaling

Hvis behandlingsforløbet fortsætter efter den første samlede afgørelse, er behandlingen omfattet af reglerne om fremtidige behandlingsudgifter, se afsnit 4 og 5.

Forsikringsselskabet og Arbejdsskadestyrelsen kan have givet tilsagn om betaling for et antal behandlinger, der udføres efter sagens første afgørelse om varigt mén og tab af erhvervsevne.

Særligt i sager, som afsluttes efter få måneders sagsbehandling i forsikringsselskabet og /eller Arbejdsskadestyrelsen, vil der fra forsikringsselskabets side ofte være givet tilsagn om et bestemt antal behandlinger hos en fysioterapeut, kiropraktor eller lignende.

Er der givet et sådant tilsagn, betragtes behandlingen som udført under sagens behandling.

3.4. Særligt om sager omfattet af tidligere lov

3.4.1. Sager, der er afsluttet, uden at der er truffet afgørelse om varigt mén og tab af erhvervsevne

Efter lov om sikring mod følger af arbejdsskade, § 27, kan arbejdsskadesager afsluttes efter anerkendelse, hvis der ikke er ret til godtgørelse for varigt mén og tab af erhvervsevne. Der skal således ikke træffes en egentlig afgørelse om mén og erhvervsevnetab. Sager, der er afsluttet efter anerkendelsen, kan genoptages med henblik på erstatningsberettigende følger i op til 5 år efter afgørelsen om anerkendelse.

Har skadelidte anmodet om genoptagelse af en sag, der af Arbejdsskadestyrelsen er anset for afsluttet uden erstatningsberettigende følger, jævnfør ovennævnte lovs § 27, anses sagen under behandling fra styrelsens meddelelse om afslutningen, indtil styrelsen træffer ny afgørelse. Det betyder, at behandlingsudgifter i disse sager vil kunne refunderes i op til 5 år efter afgørelsen om anerkendelse og henlæggelse. Det forudsættes, at de generelle betingelser for betaling af behandlingsudgifter er opfyldt. Behandlingen skal eksempelvis være helbredende på arbejdsskadens følger, før der kan ske betaling.

3.4.2. Tilbagevendende behov for behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter

Udgifter til tilbagevendende behov for behandlinger og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, for eksempel fysioterapi og medicin, kan ikke dækkes efter sagsbehandlingens afslutning. Det samme gælder for eksempel for vedligeholdelse af tandbehandling.

Det er en forudsætning for dækning af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter efter tidligere lovs § 30, at der er tale om nødvendig behandling, der kan afhjælpe skadefølger. Behandling med lindrende effekt vil ikke være omfattet af arbejdsskadesikringsloven.

Behov for tilbagevendende behandling på ubestemt tid og livsvarig behandling falder uden for lovens område og kan derfor ikke dækkes efter § 30.

Der er således ikke hjemmel til at betale fremtidige behandlingsudgifter efter ”gammel lov”.

3.5. Særligt om forholdet mellem udgifter under sagens behandling og fremtidige behandlingsudgifter

De behandlingsudgifter, der måtte være betalt "*under sagens behandling*", skal ikke trækkes fra ved opgørelsen af de årlige udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter. Der rejser sig dog et spørgsmål i de tilfælde, hvor der er givet tilsagn om et antal endnu ikke udførte behandlinger.

Har forsikringsselskabet eller Arbejdsskadestyrelsen givet tilsagn om 20 fysioterapibehandlinger inden for et halvt år, og har tilskadekomne kun nået at få udført 10 behandlinger, inden Arbejdsskadestyrelsen træffer afgørelse om mén og erhvervsevnetab, betragtes de resterende 10 behandlinger som behandlinger, der foretages under sagens behandling.

Afsnit 4. FREMTIDIGE BEHANDLINGSUDGIFTER I EN AFGRÆNSET PERIODE

2003-loven giver nu mulighed for, at der betales for fremtidige behandlingsudgifter af skadens følger, enten i form af fremtidige udgifter for en afgrænset periode (nærværende afsnit) eller i form af permanente udgifter, se afsnit 5.

Efter lovens § 15, stk. 3, skal erstatning for fremtidige udgifter til helbredelse, optræning og hjælpemidler som følge af arbejdsskaden fastsættes til et engangsbeløb.

Der er med 2003-loven ikke tilsigtet en lempelse i forhold til de behandlingstyper, den tilskadekomne kan få betalt efter arbejdsskadeloven. Der er heller ikke ændret holdning til, hvor mange behandlinger der kan betales for.

Forskellen mellem den gamle lovs § 30 og 2003-lovens § 15 er alene, at der efter 2003-loven nu kan betales udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, som først afholdes efter, at sagsbehandlingen er afsluttet.

Det betyder, at der knytter sig de samme generelle krav til behandlingens virkning og effekt for fremtidige behandlinger som for behandlinger under sagens behandling. Fremtidige behandlinger skal derfor være nødvendige for bedst mulig optræning eller helbredelse af skadens følger, for at der kan ydes erstatning for udgiften efter arbejdsskadeloven.

Mange sager afsluttes relativt hurtigt, da skaden ikke vil medføre varigt mén og/eller erstatning for tab af erhvervsevne. Der kan dog alligevel godt være et behov for behandling i en kortere eller længere periode. Kan behandlingsbehovet dokumenteres, vil der være grundlag for at træffe en positiv afgørelse om fremtidige behandlinger.

Smertestillende medicin kan efter praksis betales i en kortere periode efter tilskadekomsten. Antagelsen er, at den tilskadekomne opnår en forbedring af helbredstilstanden hurtigere og mere effektivt, hvis han/hun har så få smerter som muligt.

Eksempler på udgifter for en afgrænset periode, der kan betales efter § 15, stk. 3, kunne være følgende:

- Sundheds- og socialassistenten, som har forvredet ryggen i forbindelse med løft af en klient, har behov for kiropraktorbehandlinger og smertestillende medicin i 4 måneder efter afgørelsen om anerkendelse, mén og tab af erhvervsevne
- Tømreren, der har forvredet skulderen, har behov for 20 fysioterapibehandlinger efter afgørelsen om anerkendelse, mén og tab af erhvervsevne
- Bankassistenten, som har været udsat for et væbnet røveri, har efterfølgende behov for 5 psykologbehandlinger. Det vurderes, at 5 samtaler vil være tilstrækkeligt
- Fængselsfunktionæren, som har været udsat for vold og trusler gennem flere år, og som har udviklet en posttraumatisk belastningsreaktion, har behov for antidepressiv medicin i 2 år.

Ved behandlingsudgifter eller hjælpemidler udgør engangsbeløbet et gennemsnit af de allerede afholdte udgifter til behandlingen ganget med det antal år eller måneder, behandlingen skønnes at vare.

Afsnit 5. FREMTIDIGE, PERMANENTE BEHANDLINGSUDGIFTER.

5.1. Indledende

Permanente behandlingsudgifter forstås som udgiften til behandling, som er nødvendiggjort af arbejdsulykken eller erhvervssygdommen, og som den tilskadekomne må forventes at skulle gennemgå resten af livet. Der gælder i princippet de samme krav om behandlingens effekt som ved behandlinger for en fremtidig, afgrænset periode.

Udgifter til permanente fremtidige udgifter dækkes, hvis tilskadekomnes helbredsmæssige tilstand ville forværres uden behandlingen/hjælpemidlet.

Eksempler på permanent behandling, der vil kunne betales efter loven, kunne være:

- Savværksarbejderen, som har udviklet astma efter at have været udsat for træstøv, vil have et permanent behov for astmamedicin
- Rengøringsassistenten, som har fået eksem efter hyppig kontakt med vand og sæbe, vil have et permanent behov for plejende cremer til at holde eksemet nede
- Sygeplejersken, som under pleje af en patient med HIV har stukket sig på en brugt kanyler og dermed er blevet smittet, vil have et permanent behov for HIV-medicin
- Den professionelle håndboldspiller, som under en kamp bliver ramt af en albue i ansigtet med en tandskade til følge, vil have behov for at få udskiftet kronen cirka hvert 15. år

Fælles for de ovennævnte eksempler er, at skadens følger bliver permanent forværret, hvis ikke medicinen indtages (eller kronen udskiftes). I modsætning til ovennævnte eksempler vil der ikke kunne betales for fysioterapi eller smertestillende medicin som en permanent behandlingsudgift.

Smertestillende medicin lindrer symptomerne på en skade og er som udgangspunkt ikke i sig selv helbredende for skadens følger.

Fysioterapi har en varig effekt i en optræningsperiode, men er ikke nødvendig som en livsvarig behandling. De fleste varige skader på bevægeapparatet vil i løbet af en lang årrække føles mere eller mindre generende, og i perioder kan den tilskadekomne have gavn af fysioterapi eller anden biofysisk behandling. Efter en periode er der ikke længere en varig effekt på skadens følger, og behandlingen giver herefter kun en midlertidig, lindrende effekt.

Hjælpemidler dækkes, når det kan forudses, at tilskadekomne fremover vil have behov for hjælpemidlet til at formindske arbejdsskadens følger. Det er en konkret vurdering i den enkelte sag i hvor stor grad, der er behov for kompensation for arbejdsskaden. I denne vurdering indgår den tilskadekomnes individuelle forhold.

Erstatningen for permanente udgifter udregnes efter § 15, stk. 3, som den årlige udgift ganget med den kapitaliseringsfaktor, der er nævnt i § 27, stk. 4, for tab af erhvervsevne. Kapitaliseringsfaktoren i § 27, stk. 4, afhænger af den tilskadekomnes alder på afgørelsestidspunktet samt tilskadekomnes køn. For tilskadekomne på 63 år eller derover er faktoren altid 2. Dette er samtidig den laveste værdi, som faktoren kan antage.

5.2. Særligt om tandsager

Har en skade medført behov for tandbehandling i form af eksempelvis krone-, bro- eller implantatbehandling, vil tilskadekomne have et livsvarigt behov for at få vedligeholdt eller udskiftet kronen, broen eller implantatet.

Erfaringsmæssigt holder tandproteser ikke resten af livet, men skal på et tidspunkt udskiftes på grund af aldersbetinget slid, ikke-optimal mundhygiejne eller andre, uforudsete senfølger.

Levetiden for alle almindelige former for tandbehandling er som udgangspunkt 15 år. Det vil sige, at får man lavet en krone, skal den i gennemsnit udskiftes hvert 15. år.

Når der træffes afgørelse om erstatning for tandbehandling – eksempelvis et tandimplantat til 20.000 kr. – betragtes den første udskiftning af tanden med implantat som en behandling ”*under sagens behandling*”.

Det betyder, at tilskadekomne får betalt den første udskiftning af tanden med implantat efter § 15, stk. 1, om betaling af udgifter til behandling ”*under sagens behandling*.”

Da implantatet har en begrænset levetid, får tilskadekomne derudover et engangsbeløb til fremtidige udskiftninger af implantatet beregnet efter reglerne i § 15, stk. 3, om permanente udgifter.

Eksempel

En 40-årig mand får derved 20.000 kr. + ((årlig udgift til implantat) x kapitaliseringsfaktoren). I kroner og øre beregnes beløbet således: 20.000 kr. + (20.000 kr./15) x 9,297 = 20.000 kr. + 12.396 kr. = **32.396 kr.**

Den faktiske udgift for en 40-årig mand, hvis han opnår en alder på 73, som er middellevetiden for mænd, er 60.000 kr.

Han får herved en egenbetaling på 60.000 kr. – 32.396 kr. = 27.604 kr.

Eksempel

En 63-årig mand får 20.000 + 2.667 kr. = 22.667 kr. og opnår derved i princippet en overkompensation på 2.667 kr., der dog kun er reel, hvis han ikke bliver ældre end 78 år.

5.2.1. Forudbestående/konkurrerende årsager til tandskaden

Hvis den tilskadekomne forud for ulykken har et tandsæt, hvor der løbende har været et behandlingsbehov i form af fyldninger/kroner og/eller behandling af tanden, er der nu tre situationer:

1. Skaden anses trods tandens eller de skadede tænders tilstand inden tilskadekomsten for at være fuldt erstatningsværdig. Den eller de skadede tænder er altså ikke nødvendigvis intakte ved ulykken, men det skønnes, at det opståede behandlingsbehov i overvejende grad skyldes ulykken og ikke forudbestående tilstande.

I disse situationer anvender vi den beregningsmodel, der er beskrevet ovenfor. Det vil sige, at hvis der er et permanent behandlingsbehov, betales den første behandling som en udgift ”under sagens behandling”, og de fremtidige behandlinger erstattes med et kapitalbeløb.

2. Skaden anses på grund af tandens eller de skadede tænders tilstand inden ulykken for ikke at være fuldt erstatningsværdig. Der dækkes typisk med 50 procent, og den tilskadekomne er efter behandling søgt bragt i en situation, hvor tandstatus svarer til status før ulykken. Det kan meget vel tænkes, at der senere vil opstå behov for behandling, som ikke fagligt lader sig adskille i en følge af tandens/tændernes tilstand inden ulykken eller en følge af ulykken.

Modellen ovenfor finder igen anvendelse, men med følgende modifikation:

I disse situationer betales der for behandlingen under sagens behandling med en brøkdelt (eksempelvis 50 procent). Herudover erstatter man efter en konkret vurdering de fremtidige behandlingsudgifter med en tilsvarende brøkdelt af kapitalbeløbet.

Eksempel

Tilskadekomne får udført kronebehandling for 5.000 kr., og Arbejdsskadestyrelsen finder, at halvdelen af denne udgift skyldes arbejdsskaden. Arbejdsskadestyrelsen træffer afgørelse om betaling af 50 procent af de 5.000 kr. som en udgift under sagens behandling + 50 procent af kapitalbeløbet, der skal dække fremtidige kronebehandlinger af tanden.

3. I mange situationer med forudbestående/konkurrerende årsager vil man kun få dækket en del af udgiften under sagens behandling og således ikke få erstatning for fremtidige udgifter. Det vil forekomme i de sager, hvor tændernes ikke-optimale forudbestående tilstand med overvejende sandsynlighed i sig selv ville have ført til et fremtidigt behandlingsbehov uanset skaden.

5.2.2. Særligt om hjælpemidler – eksempelvis benprotese

Den skitserede model finder også anvendelse i visse sager om fremtidige udgifter til hjælpemidler. Hvis en skade eksempelvis har medført behov for en benprotese, vil der være et behov for fremtidige udskiftninger af protesen. Argumenterne for også at anvende modellen på sager om hjælpemidler er nøjagtigt de samme som ved tandsager. Regneeksemplerne ovenfor kan tvangsfrit overføres på sager om udgifter til proteser. Blot vil den gennemsnitlige levetid på en protese typisk være noget kortere end tandbehandling, og prisen vil ofte være langt højere.

Eksempel 1

En underbensprotese koster cirka 50.000 kr. Levetiden for en underbensprotese er cirka 3 år, hvilket skyldes almindeligt slid og protesens mekaniske levetid og at amputationsstumpen ændrer sig. Tilskadekomne har således et permanent behov for hjælpemidlet.

Det forudsættes, at tilskadekomne får en protese ”*under sagens behandling,*” og at Arbejds-skadestyrelsen derfor alene skal træffe en afgørelse om det fremtidige, permanente behov.

Lovens udgangspunkt: 50.000 kr./3 x kapitaliseringsfaktoren

For en 63-årig er kapitaliseringsfaktoren 2. For en 47-årig mand er faktoren 8.348.

	Udskiftning hvert 3. år
63-årig m/k efter arbejdsskadesikringsloven	33.333 kr.
47-årig mand efter arbejdsskadesikringsloven	139.133 kr.

Eksempel 2

Et par håndsuede sko koster cirka 10.000 kr. (Håndsuede sko anvendes blandt andet til behandling af brud på hælbenet). Disse håndsuede sko har en levetid på cirka 18 måneder.

Lovens udgangspunkt: 10.000 kr./1,5 x kapitaliseringsfaktoren

63-årig m/k efter arbejdsskadesikringsloven	13.333 kr.
47-årig mand efter arbejdsskadesikringsloven	55.653 kr.

Det vil sige, at tilskadekomne får en ikke ubetydelig egenbetaling, selvom en 47-årig mand får 55.653 kr. til at dække sit behov for håndsnyede sko, hvis pågældende lever til den gennemsnitlige levealder på cirka 73 år. Den reelle udgift er cirka 140.000 kr. Differencen kan dækkes af kommunen efter den sociale lovgivning, hvis den pågældende opfylder betingelserne herfor.

5.3. Beregningsgrundlaget for fremtidige udgifter

Erstatning for fremtidige udgifter for en afgrænset periode og permanente udgifter beregnes som udgangspunkt ud fra et skøn over den gennemsnitlige årlige eller månedlige udgift til den pågældende behandling. Hvis prisen per behandling er kendt, vil denne danne grundlag for beregningen.

Der tages udgangspunkt i tilskadekomnes egenbetaling (nettoprisen). Det vil sige, at tilskud fra den offentlige sygesikring og Sygeforsikringen ”danmark” skal være trukket fra bruttoprisen. Man kan eksempelvis finde oplysninger om blandt andet priser på internettet på www.fysioterapi.dk eller www.kiropraktor.dk

Udgifter til fremtidige behandlinger betales med udgangspunkt i det fremtidige udgiftsbehov, der er kendt på afgørelsestidspunktet, og på grundlag af de udgifter, der er forbundet med behandlingerne og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter på behandlings- eller købstidspunktet.

Prisen, både bruttoprisen og tilskadekomnes egenbetaling (patientandel), vil fremgå af kvitteringer fra apotek, fysioterapeut eller kiropraktor.

Hvis sådanne kvitteringer ikke kan fremskaffes, og hvis behandlingsbehovet på anden måde er dokumenteret, vil erstatningen for fremtidige udgifter kunne beregnes ud fra vejledende priser. Eksempelvis vil der efter et konkret skøn kunne træffes afgørelse om 20 fremtidige fysioterapibehandlinger, hvor beløbet er beregnet ud fra den vejledende egenbetaling per behandling i henhold til Danske Fysioterapeuters vejledende honorarer. Der vil altid blive taget udgangspunkt i prisen hos en fysioterapeut med overenskomst med sygesikringen og deraf følgende tilskud fra sygesikringen til behandlingerne.

5.3.1. Beregning af fremtidige medicinudgifter

Der gælder særlige regler for tilskud fra den offentlige sygesikring på medicinområdet. Reglerne indebærer, at tilskuddets størrelse afhænger af, hvor meget medicin man har købt i løbet af et såkaldt tilskudsår. Tilskudsåret er individuelt fra person til person og løber fra den dato, hvor man første gang købte medicin efter de nye tilskudsregler, og slutter 1 år senere. Et nyt tilskudsår starter første gang, man køber tilskudsberettiget medicin, efter det forudgående tilskudsår er udløbet.

Er man over 18 år, betyder tilskudsreglerne i 2006

- at man ikke får tilskud, hvis den samlede udgift til køb af tilskudsberettiget medicin er mindre end 480 kr. i løbet af en periode på ét år
- at man får tilskud på 50 procent til den del af udgiften, der ligger mellem 480 og 1.165 kr.
- at man får tilskud på 75 procent til den del af udgiften, der ligger mellem 1.165 og 2.730 kr.
- at man får tilskud på 85 procent til udgifter, der overstiger 2.730 kr.

Er man under 18 år, eller fylder man 18 år i løbet af sit tilskudsår, får man 50 procent tilskud ved køb af tilskudsberettiget medicin op til 1.165 kr. inden for en periode på ét år. Til udgifter over 1.165 kr. får man tilskud efter de samme regler, som gælder for personer over 18 år.

Inden for grupper af ens lægemidler beregnes en tilskudspris, som er prisen på det billigste lægemiddel i gruppen. Hvis det lægemiddel, man får ordineret, er dyrere end tilskudsprisen, får man kun tilskud i forhold til tilskudsprisen. Det betyder, at man selv skal betale merudgiften, der er forskellen mellem lægemidlets pris og tilskudsprisen. Tilskuddet kan derfor udgøre mindre end ovennævnte procentsatser.

Beløbsgrænserne reguleres hvert år den 1. januar.

Ud over disse generelle tilskud findes der individuelle tilskud, som tilskadekomnes læge kan søge om. Det drejer sig eksempelvis om de såkaldte kronikertilskud og terminaltilskud, hvor der er henholdsvis 100 procent tilskud over et vist beløb og 100 procent tilskud til hele beløbet.

Det er ret kompliceret at beregne tilskadekomnes gennemsnitlige månedlige/årlige udgift til medicin efter fratæk af offentligt tilskud. Jo færre medicinregninger og jo kortere periode, der har været medicinudgifter under sagens behandling - eksempelvis hvis sagen kan afgøres hurtigt - des sværere er det at beregne, hvor stort et tilskud tilskadekomne ville få i løbet af et helt tilskudsår. Hertil kommer, at det er helt tilfældigt, hvornår i tilskudsåret tilskadekomne har købt medicin som følge af skaden, og hvornår forsikringsselskabet og/eller Arbejdsskadestyrelsen behandlede sagen. Er det i slutningen af året, er der kun en lille egenbetaling, hvorved Arbejdsskadestyrelsen i sin afgørelse risikerer at underkompensere tilskadekomne i betydelig grad. Er det i begyndelsen af tilskudsåret, er der stor egenbetaling, hvorved tilskadekomne vil blive overkompenseret i beregningen af fremtidige udgifter. Endvidere køber tilskadekomne ofte anden tilskudsberettiget medicin end den, der følger af skaden. Denne medicin influerer også på tilskuddets størrelse.

En stor del af befolkningen er forsikret i Sygeforsikringen ”danmark” i gruppe 1, 2 eller 5. I gruppe 1 og 2 erstattes hele patientandelen af tilskudsberettiget medicin samt 50 procent af receptpligtig, ikke-tilskudsberettiget medicin. I gruppe 5 erstattes halvdelen af de ovennævnte satser.

5.4. Forholdet mellem erstatninger for udgifter for en fremtidig afgrænset periode og permanente udgifter – specielt for ældre tilskadekomne

Efter loven anvendes kapitaliseringsfaktoren for erstatning for tab af erhvervsevne også ved beregningen af behandlingsudgifter. Faktoren er (meget) lav for ældre tilskadekomne. Faktoren er således 2 for personer, der er fyldt 63 år. Det betyder, at det for denne persongruppe kan være mere attraktivt at få tilkendt behandlingsudgifter for en afgrænset periode – for eksempel 4 år – end at få tilkendt permanente behandlingsudgifter.

Permanente udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter beregnes altid med udgangspunkt i den fastsatte kapitaliseringsfaktor. Herved sikres en enkel administration, da det vurderes at være administrativt vanskeligt i alle sager at skulle vurdere, hvilken afgørelse der kunne være mest fordelagtig for tilskadekomne. Rent lægefagligt er det også en uhyre vanskelig opgave at vurdere, om en behandling er nødvendig i 3, 4 eller 5 år.

Den fastsatte kapitaliseringsfaktor udgør et maksimum for, hvor stort et beløb tilskadekomne kan få betalt. Er tilskadekomne fyldt 63 år, og har han/hun ret til erstatning for permanente udgifter, vil han/hun få en erstatning svarende til 2 gange den årlige udgift.

Der kan dog gøres en undtagelse fra denne begrænsning. Det gælder de situationer, hvor der foreligger et præcist behandlingsoverslag fra den læge eller behandler, der skal udføre behandlingen. I så fald vil afgørelsen om fremtidige udgifter tage udgangspunkt i behandlingsforslaget – også selvom behandlingen eventuelt strækker sig over en længere periode end svarende til kapitaliseringsfaktoren. Denne regel er indarbejdet i bekendtgørelsen om behandlingsudgifter.

Afsnit 6. DE ENKELTE BEHANDLINGSFORMER

6.1. Bemærkninger til behandlinger

Efter § 15 kan udgifter til sygebehandling eller optræning betales, hvis det er nødvendigt for at opnå bedst mulig helbredelse.

Sygebehandling skal i denne vejledning forstås meget bredt. Det kan eksempelvis være behandlingsforløb hos en fysioterapeut eller kiropraktor. Det kan også være medicinsk behandling som eksempelvis astmamedicin og smertestillende. Handsker til brug ved hudsygdomme og bandager betragtes også som et led i behandlingen og vil blive dækket af § 15, hvis de øvrige generelle betingelser er opfyldt.

Optræningen skal foretages som efterbehandling under lægelig kontrol i umiddelbar tilknytning til sygebehandlingen.

6.2. Hvor skal behandlingen foretages?

6.2.1. Behandling her i landet

Som det fremgår af punkt 2.6.1., skal behandlingen som udgangspunkt foretages af en behandler med overenskomst med sygesikringen. Dette gælder, uanset om der er tale om lægebehandling, tandlægebehandling eller andet.

Hvis en tilskadekomne vælger en behandler uden overenskomst med sygesikringen, kan der dog ydes refusion for den del af regningen, som tilskadekomne selv skulle have betalt, hvis der var overenskomst, se afsnit 2.6.1.

6.2.2. Behandling på private hospitaler og klinikker

Behandling, herunder operation, på private hospitaler og klinikker kan ikke betales, medmindre der er tale om en behandling, der ikke kan foretages på et af landets offentlige sygehuse.

I enkelte tilfælde vil behandlingen dog kunne betales, hvis det offentlige sygehus ikke selv kan tilbyde behandlingen, for eksempel ved livstruende sygdom.

Eventuel ventetid på offentlige sygehuse er ikke tilstrækkelig grund til, at forsikringen skal betale behandlingen på private hospitaler.

6.2.3. Optræningscentre

Der kan i visse tilfælde betales udgifter til behandling i visse optræningscentre.

Der skal som ved de øvrige behandlingsformer være lægelig indikation for behandlingen i det konkrete tilfælde, og det forudsættes, at tilskadekomne er blevet henvist til behandlingen af en læge. Behandlingen skal som altovervejende hovedregel være godkendt af Arbejdsskadestyrelsen, inden den iværksættes.

6.2.4. Behandling i udlandet

Sygebehandling i udlandet betales kun, hvis den er nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger.

Det kan være tilfældet, hvis en medarbejder, der er udsendt af et dansk firma, eller en sømand, der har taget hyre på et dansk skib, kommer til skade under arbejdet og derfor må søge behandling i udlandet.

Er tilskadekomne kommet til skade i Danmark, og er tilskadekomne efterfølgende flyttet til udlandet, vil behandling efter en arbejdsskade også kunne betales, hvis de generelle betingelser i øvrigt er opfyldt.

6.2.4.1. EU/EØS og Schweiz (EU-lande, Island, Liechtenstein, Norge og Schweiz)

EU-reglerne anvendes inden for hele EØS-området og ved særlig aftale også i forhold til Schweiz.

Efter forordning 1408/72, artikel 55, stk. 1, litra i, har en arbejdstager, der har pådraget sig en arbejdsskade, ret til naturalydelse efter reglerne i bopæls- eller opholdslandet. Ved naturalydelser forstås blandt andet sygebehandling og hjælpemidler, jævnfør også SM U-19-00.

Udgiften til denne behandling eller til hjælpemidlet betales af den kompetente institution, det vil sige den myndighed, der i øvrigt skal afholde udgifterne ved arbejdsskaden. Der er ikke hjemmel til at nedsætte betalingen til det beløb, der skulle være betalt efter den lovgivning, der gælder for den kompetente institution.

Eksempel

En tysk skuespiller får ansættelse på et dansk teater. Under denne ansættelse kommer hun til skade. Efter skaden flytter hun tilbage til Tyskland. Skaden er omfattet af teatrets arbejdsskadeforsikring. I Tyskland har hun mulighed for at blive behandlet for arbejdsskadens følger, som om skaden var sket i Tyskland. Det vil sige, at hun har ret til betaling for behandlingstyper (naturmedicin) og behandlingsmåder (privathospital), som ikke betales efter dansk lovgivning, hvis disse behandlingstyper og behandlingsmåder normalt betales efter tysk arbejdsskadeforsikring. Det påhviler derfor teatrets arbejdsskadeforsikring at betale for behandlingerne.

Bestemmelsen i artikel 55 indeholder dog den begrænsning, at betalingen for behandlingen tidsmæssigt kan begrænses efter reglerne i den kompetente stats lovgivning.

For dansk arbejdsskadesikring indebærer det, at der kan betales for behandlinger og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, der ydes "under sagens behandling" og som "fremtidige behandlingsudgifter".

For arbejdsulykker indtruffet før 1. januar 2004 og erhvervssygdomme anmeldt før 1. januar 2004 kan der dog kun betales under sagens behandling.

EU-landene er Belgien, Danmark, Finland, Frankrig, Grækenland, Holland, Irland, Italien, Luxembourg, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland, Østrig.

De nye medlemslande

Per 1. maj 2004 blev EU udvidet med 10 nye lande: Cypern, Estland, Letland, Litauen, Malta, Polen, Slovakiet, Slovenien, Tjekkiet, Ungarn.

EØS betyder Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde.

EØS består af Norge, Island og Liechtenstein.

EØS-aftalen er underskrevet af Norge, Island og Liechtenstein samt de 15 "gamle" EU-lande.

EØS-aftalen anvendes også i forhold til de "nye" EU-lande.

Om aftalen mellem EU og Schweiz

Der er indgået en aftale mellem EU og Schweiz om fri bevægelighed. Aftalen betyder også, at de fælles EU-regler om social sikring skal bruges i forhold til Schweiz.

Aftalen er trådt i kraft den 1. juni 2002.

6.2.4.2. Behandling i øvrige udland

Betalingen for behandling i udlandet kan i visse tilfælde være aftalt ved konvention mellem Danmark og den fremmede stat.

Danmark har indgået konventioner om social sikring med følgende lande:

Israel, Slovenien, Kroatien og Makedonien, Marokko, Pakistan, Quebec og Tyrkiet.

Hvis det af lægelige grunde er nødvendigt at lade en særlig behandling foretage i udlandet, kan behandlingen betales efter en konkret vurdering. I enkelte tilfælde kan det være rimeligt at betale behandling i udlandet for en udlænding, der er kommet til skade her i landet.

6.3. De enkelte behandlingsformer

Nedenfor er de mest almindelige former for behandling og genoptræning, der kan betales, omtalt.

Opremsningen er ikke nødvendigvis udtømmende. Der kan tilkomme nye behandlingsformer, hvor udgifterne efter en konkret vurdering vil kunne dækkes efter loven.

6.3.1. Fysioterapi

Udgifter til fysioterapibehandlinger dækkes i en vis periode, hvis behandlingen er nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse efter arbejdsskaden.

Forsikringen dækker den del af regningen, som ikke betales af sygesikringen.

Det er den konkrete skade, der afgør, hvor mange behandlinger det er nødvendigt at foretage, og over hvor lang tid. Efter en række behandlinger vil effekten af behandlingerne ikke længere være helbredende, men alene lindrende. Når behandlingerne alene har lindrende effekt, kan udgifterne ikke længere betales efter loven.

Massage og gymnastik, som i almindelighed ikke er dækket efter § 15, betales kun, når det indgår som led i behandling hos en fysioterapeut. Ofte vil regningen indeholde en række moduler, hvor massage og gymnastik indgår.

Efter en konkret vurdering kan der i sjældne tilfælde betales for fysioterapibehandling ved psykiske skader.

6.3.2. Kiropraktorbehandling

Udgifter til kiropraktorbehandlinger og røntgenundersøgelser kan dækkes i en vis periode, hvis behandlingen er nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger.

Forsikringen dækker den del af regningen, som ikke betales af sygesikringen.

Som ved fysioterapi er det den konkrete skade, der afgør, hvor mange behandlinger det er nødvendigt at foretage, og over hvor lang tid. Efter en række behandlinger vil effekten af behandlingerne ikke længere være helbredende, men alene lindrende. Når behandlingerne alene har lindrende effekt, kan udgifterne ikke længere betales efter loven.

Per 1. januar 1992 blev det udelukkende autoriserede kiropraktorer, der har ret til at udøve kiropraktisk virksomhed og kalde sig kiropraktor. Autorisationen meddeles af Sundhedsstyrelsen.

6.3.3. Massage

Der kan ikke betales for massage, medmindre den er led i øvrig behandling hos en fysioterapeut, se under afsnit 6.3.2.

6.3.4. Psykologbehandling

Der skal være tale om en skade, der er anerkendt eller kan anerkendes som en psykisk arbejdsskade. Det vil være tilfældet, hvis tilskadekomnes liv eller helbred har været i alvorlig fare, eller tilskadekomne har haft rimelig grund til at føle sig udsat for sådan fare.

Det samme gælder, hvis tilskadekomne har været udsat for en helt usædvanlig, chokerende begivenhed eller et forløb gennem længere tid, eller der er tale om situationer, hvor tilskadekomne føler sig ansvarlig for den alvorlige fare, som andres liv er blevet bragt i.

Hvis den psykiske skade anerkendes som en arbejdsskade, betales psykologbehandling i den udstrækning, styrelsen finder det nødvendigt for at opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger.

I visse tilfælde er behovet for psykologbehandling akut, og behandlingen kan derfor ikke udsættes, til sagen er anmeldt til forsikringsselskabet eller anerkendt som en arbejdsskade i Arbejdsskadestyrelsen.

Udgifter til psykologbehandling kan i akutte tilfælde betales i op til en måned uden forhåndsgodkendelse.

Er der behov for yderligere behandlinger, betales disse, hvis den almindelige betingelse om lægelig indikation er til stede.

Efter en konkret vurdering kan der betales for psykologbehandling efter fysiske skader efter særligt belastende hændelser.

Forsikringen dækker den del af regningen, som ikke betales af sygesikringen.

Eksempel

Ankestyrelsen traf afgørelse om, at der skulle betales for psykologbehandling efter et fald på cirka 3-4 meter fra stige, hvor tilskadekomne slog hovedet.

Især i situationer, hvor der er tale om en omfattende psykologbehandling, bør der indhentes forhåndsgodkendelse, inden behandlingen påbegyndes. Dette anbefales alene for at undgå, at tilskadekomne eller andre får betydelige udgifter, der ikke siden kan refunderes.

Det er ikke et krav, at den behandlende psykolog har overenskomst med sygesikringen. Derimod skal psykologen have meddelt autorisation af Psykolognævnet.

Dog gælder det stadig, at hvis en tilskadekomne vælger en behandler uden overenskomst med sygesikringen, kan der alene ydes refusion for den del af regningen, som tilskadekomne selv skulle have betalt, hvis der var overenskomst.

6.3.5. Afspænding

Behandlingen er normalt ikke tilskudsberettiget efter sygesikringsloven og kan ikke anses for at have helbredende effekt på arbejdsskadens følger. Afspænding betales derfor normalt ikke.

Afspænding kan dog betales i helt særlige tilfælde.

Den behandlende speciallæge skal have foretaget en undersøgelse og konkret vurderet, at afspændingen er et nødvendigt supplement til den læge- eller psykologbehandling, der i øvrigt er iværksat.

Der vil normalt være tale om lægehenviisning til en klinik for fysioterapi, hvor afspænding indgår som en del af klinikkens behandlingstilbud.

Der henvises til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 782 af 21. september 1995 om tilskud efter sygesikringsloven til fysioterapeutisk behandling. Efter bekendtgørelsens § 4 kan der blandt andet ydes tilskud til afspænding.

6.3.6. Akupunktur

Akupunkturbehandling kan betales, men kun, hvis den udføres af en læge; supervision af en læge er ikke tilstrækkeligt til at betale behandling.

Udgifterne kan dog kun dækkes, hvis behandlingen har en helbredende effekt på arbejdsskadens følger.

Forsikringen dækker den del af regningen, som ikke betales af sygesikringen.

6.3.7. Ergoterapi

Der vil efter en konkret vurdering også være mulighed for at få dækket udgifterne til ergoterapi, hvis der er tale om optræning, som i øvrigt opfylder de generelle betingelser.

6.3.8. Gymnastik, styrketræning og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter

Gymnastik og styrketræning, herunder mensendieck-gymnastik og sekvenstræning, kan normalt ikke betales, da de generelle betingelser ikke anses for at være opfyldt ved sådanne behandlingsformer.

Gymnastik betales dog, når den indgår i behandlingsformer, som generelt er omfattet af § 15, for eksempel fysioterapi, se afsnit 6.3.1.

6.3.9. Svømning

Udgifter til svømning kan kun betales, når der er tale om svømning i særligt opvarmet vand, og når svømning er lægeligt ordineret som et nødvendigt led i en behandling.

6.3.10. Laserbehandling

De seneste lægevidenskabelige erfaringer har vist, at 'blød' laserbehandling ikke isoleret set har nogen varig helbredende virkning. 'Blød' laserbehandling betales derfor kun, hvis det indgår i et samlet forløb hos fysioterapeut, for eksempel sammen med massage eller anden fysioterapibehandling.

'Hård' laserbehandling er den form for laserstråler, der anvendes til at foretage operationer med, eksempelvis øjenoperationer. En sådan behandling vil kunne betales, hvis betingelserne i øvrigt er opfyldt.

6.3.11. Alternativ behandling

Der kan ikke efter § 15 betales for såkaldt "alternativ behandling" i form af zoneterapi, kinesiologi, naturmedicin med videre.

Der foreligger ikke fornøden lægelig dokumentation for, at sådanne behandlingsformer har en varig helbredende virkning.

6.3.12. Manuel medicin

Begrebet manuel medicin dækker over metoder til undersøgelse og behandling af lidelser i nakke, ryg, arme og ben. Metoderne beror på brugen af hænderne. Den pågældende behandler bruger hænderne til at undersøge og behandle med.

Denne behandling kan betales, hvis behandlingen udføres af speciallæger i reumatologi/fysiurgi eller anæstesiologi. Disse speciallæger har fået anerkendt behandlingen som tilskudsberettiget efter lov om offentlig sygesikring.

Forsikringen dækker den del af regningen, som ikke betales af sygesikringen.

6.3.13. Genoptræning af hjerneskadede

Som udgangspunkt betales behandling på genoptræningscenter ikke.

Det skyldes dels, at centrene er omfattet af den offentlige sygehuslovgivning og det er en betingelse for at betale, at udgifter til sygebehandling eller genoptræning ikke dækkes efter sygesikringsloven eller som led i behandlingen på et offentligt sygehus.

Dels skyldes det, at der på nuværende tidspunkt ikke er lægevidenskabelig dokumentation for, at genoptræning af hjerneskadede har en varig helbredende effekt.

Der kan derfor heller ikke betales for følgeudgifter til behandlingen.

6.3.14. Medicin

6.3.14.1. Generelt om medicin

Medicin skal efter sygesikringsloven betales helt eller delvist af den enkelte bruger.

Medicinudgifter kan betales, hvis medicinen er af en art, der forhandles på landets apoteker. Det er dog ikke en betingelse, at medicinen bliver købt på apoteket. Det er heller ikke en betingelse, at medicinen er tilskudsberettiget eller receptpligtig.

Der stilles ikke krav om, at medicinen skal være ordineret af en læge, men det forudsættes, at indtagelse af medicin er lægeligt indikeret som led i en nødvendig behandling af arbejdsskadens følger.

Medicinen skal være nødvendig for at sikre en helbredende effekt på arbejdsskadens følger. Medicin, der alene lindrer, kan ikke betales efter loven.

Der er dog visse former for medicinsk behandling, som vil kunne betales efter loven, selvom behandlingen ikke umiddelbart fremstår som værende helbredende. Det gælder eksempelvis astmamedicin. Behovet for astmamedicin er livsvarigt. Indtages medicinen ikke, vil den helbredsmæssige tilstand forværres. Medicinen er derfor nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger.

Det er uden betydning i forhold til lov om sikring mod følger af arbejdsskade, at tilskadekomne ikke i den konkrete situation opfylder betingelserne for at modtage tilskud efter sygesikringsloven.

Tilskadekomne skal kunne dokumentere, hvornår anskaffelsen og betalingen af medicinen er sket og beløbets størrelse. Dette sker ved kvittering fra apotek eller ved bekræftelse fra apotek og ordinerende læge, så vidt muligt, om kvantum, anskaffelsespris og datoerne for indkøbene. Det er kun det kvantum medicin, der står i rimeligt forhold til arbejdsskadens følger, der kan betales.

Der henvises i øvrigt til følgende hjemmesider, hvor det vil være muligt at læse nærmere om medicinen og om priser: www.medicin.dk (det tidligere lægemiddelkatalog www.lmk.dk), www.laegemiddelstyrelsen.dk samt www.netdokter.dk

6.3.14.2. Smertestillende medicin

Smertestillende medicin kan betales efter lov om sikring mod følger af arbejdsskade, da smerter kan vanskeliggøre helbredelse.

Det følger af en afgørelse fra Ankestyrelsen omtalt i SM U-3-94. Afgørelsen slår fast, at der kan

ydes hjælp til dækning af udgifter til smertestillende medicin efter arbejdsskadesikringsloven, når det ud fra en lægelig vurdering er indikeret at indtage smertestillende medicin som led i en nødvendig behandling af arbejdsskadens følger. I tilfælde af tvivl herom må forsikringsselskabet eller Arbejdsskadestyrelsen indhente lægeerklæring fra behandlende læge.

Beroligende medicin kan kun betales, hvis medicinen samtidig er smertestillende, jævnfør SM U-3-1994 og SM U-8-1989.

6.3.14.3. Antidepressiv medicin

Har en arbejdsskade medført et behov for at indtage antidepressiv medicin i en periode, vil udgifterne kunne dækkes efter loven, hvis medicinen har helbredende effekt på arbejdsskadens følger.

Er behovet for antidepressiv medicin af permanent karakter, skal medicinen være nødvendig, for at der ikke sker en varig forværring af den helbredsmæssige tilstand.

6.3.14.4. Astmamedicin

Astmamedicin betales efter loven, hvis medicinen sikrer den bedst mulige behandling af arbejdsskadens følger.

Behandling med astmamedicin er som udgangspunkt livsvarig. Indtages medicinen ikke, vil den helbredsmæssige tilstand forringes. Medicinen er derfor nødvendig for at opnå den bedst mulige helbredsmæssige effekt på arbejdsskadens følger.

6.3.14.5. Medicin ved hudsygdomme, herunder hudcremer

Hudsygdomme medfører ofte et meget langt behandlingsforløb. Udgifterne til denne behandling vil kunne betales, hvis den har en helbredende effekt på arbejdsskadens følger.

Den relevante behandling er ofte hormoncremer og ved sværere tilfælde Prednisolon, antibiotika, Imurel, Sandimmun eller Methotrexat. Også udgifter til fugtighedscremer kan betales efter loven, da fugtighedscremer i mange tilfælde er et grundlæggende og nødvendigt led i behandlingen af eksem. Det er ikke noget krav, at cremerne er købt på apoteket, men det er en forudsætning for betaling, at de er af en type, der forhandles på apoteket.

6.3.14.6. Potensfremmende midler

Der vil kunne dækkes udgifter til eksempelvis Viagra, hvis medicin er nødvendig for den bedst mulige helbredelse af arbejdsskadens følger.

6.3.15. Plastre og forbindinger

Udgifter til plastre og forbindinger kan betales efter loven, hvis udgifterne er nødvendige for bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger. Udgifterne kan dækkes, selvom der er tale om et fabrikat, der ikke forhandles på landets apoteker.

I særlige tilfælde, hvor tøj ved en sårskade erstatter en forbindelse, kan udgiften til tøj dækkes.

Eksempel

Tilskadekomne med betydelige brandsår fik betalt en bomuldstrøje.

6.3.16. Handsker til brug ved hudsygdomme

For at opnå bedst mulig effekt på en anerkendt hudsygdom vil det ofte være nødvendigt at anvende handsker i behandlingen. Handsker betragtes derfor som et led i behandlingen og ikke som et hjælpemiddel. Er anvendelsen nødvendig, vil udgifterne kunne betales efter loven.

6.3.17. Bideskinner

Behandling med bideskinner kan komme på tale i forbindelse med en diagnostisk udredning og behandling af senskader i form af myogen hovedpine og eventuel dysfunktion af kæberne. Bideskinnen skal være anbefalet af en tandlæge, for at den kan betales.

6.3.18. Køkkenredskaber

Betaling af et køkkenredskab kan undtagelsesvis komme på tale efter § 15, da det kan være nødvendigt for at sikre resultatet af sygebehandlingen.

Eksempel

På grund af en arbejdsskade var tilskadekomne nødt til i en periode at indtage flydende kost. Derfor fandt Ankestyrelsen, at udgiften til en blender var nødvendig for at sikre resultatet af sygebehandlingen. Blenderen blev kun betalt delvist, fordi den også kunne anvendes til andet end at sikre behandlingen af tilskadekomne. Der henvises til SM U-15-87.

6.3.19. TNS-apparat (Transkutan Nerve Stimulation)

Udgifter til leje eller køb af et TNS-apparat kan refunderes, hvis der foreligger en dokumenteret nervebeskadigelse og TNS-apparatet i det konkrete tilfælde skønnes lægeligt nødvendigt.

Apparatet skal være ordineret af en speciallæge efter at have været afprøvet på tilskadekomne med sikker effekt.

6.3.20. Diverse kurser

Tilskadekomne kan efter en arbejdsskade være nødt til at tillære sig nye kompetencer, som er nødvendiggjort af arbejdsskaden. Da kurserne ikke kan anses for at være sygebehandling eller optræning under lægelig kontrol, dækkes udgifterne ikke.

Eksempel

Tilskadekomne havde ved en arbejdsskade pådraget sig en alvorlig synsnedsættelse og søgte efterfølgende optagelse på et socialpsykologisk revalideringskursus for nyblinde. Tilskadekomnes bopælskommune havde bevilget opholdet efter serviceloven. Kurset kunne ikke anses for sygebehandling eller optræning under lægelig kontrol, og det kunne derfor ikke efter arbejdsskadesikringsloven pålægges forsikringsselskabet at afholde udgifterne dertil, jævnfør SM U-36-01.

Afsnit 7. HJÆLPEMIDLER

7.1. Generelle regler

Efter bestemmelsen i § 15, stk. 2, kan anskaffelsen af proteser, briller og lignende hjælpemidler samt kørestole betales under sagens behandling, hvis anskaffelsen er:

- nødvendig for at sikre sygebehandlingens/genoptræningens resultat, eller
- for at formindske arbejdsskadens følger, eller
- for nøjere at kunne bestemme omfanget af erhvervsevnetabet og/eller det varige mén

Det er således en betingelse, at hjælpemidlet er anskaffet som følge af en skade, der er anerkendt eller vil kunne anerkendes som en arbejdsskade.

Hjælpemidlet skal som udgangspunkt være individuelt fremstillet eller tilpasset.

"Lignende" hjælpemidler

Ud over proteser og briller kan der efter en konkret vurdering betales for "lignende" hjælpemidler.

Det vil sige, at der kan betales for hjælpemidler, der i art og omfang alene kan anses for at være anskaffet for at erstatte tabet eller bedre funktionen af en legemsdel, der er blevet beskadiget ved en arbejdsskade.

Proteser skal i størst muligt omfang være til nytte i tilskadekomnes erhvervsmæssige arbejde og/eller i den daglige tilværelse.

Luksusbetonede hjælpemidler

Efter styrelsens praksis betales hjælpemidler i god kvalitet til normal fuld afhjælpning af skadefølgerne. Derimod betales ikke for hjælpemidler af en standard herudover.

Drejer det sig om luksusbetonede hjælpemidler, for eksempel dyre modesolbriller, betales kun for den del, der svarer til, hvad et ikke-luksusbetonet hjælpemiddel skønnes at koste.

Reservehjælpemidler vil som hovedregel ikke kunne betales. Det vil normalt ikke være nødvendigt

for den tilskadedkomne at anskaffe sig et reservehjælpemiddel. Dog vil der kunne betales for et reservehjælpemiddel, hvis hjælpemidlet er vanskeligt at transportere uden for hjemmet. Se i øvrigt Socialministeriets vejledning af 5. marts 1998 om støtte til hjælpemidler.

Efter § 15, stk. 3, kan fremtidige udgifter til visse hjælpemidler, som hører under definitionen ovenfor, erstattes for en fremtidig, afgrænset periode eller som en permanent, fremtidig udgift. Det gælder eksempelvis arm- og benproteser, jævnfør afsnittet om hjælpemidler. Hvis en protese er nødvendiggjort af en arbejdsskade, så vil tilskadedkomne have et livsvarigt behov for at forny protesen med jævne mellemrum. Udgiften hertil vil kunne erstattes som en permanent behandlingsudgift.

En lang række hjælpemidler vil kunne refunderes i en afgrænset periode, typisk i forbindelse med et genoptræningsforløb. Det gælder eksempelvis bandager, støttebind og dorsibælter.

Hjælpemiddel som behandling

Selvom betingelsen om, at hjælpemidlet skal være individuelt tilpasset, ikke er opfyldt, kan hjælpemidlet betales, såfremt hjælpemidlet er en del af en behandling og skaden ikke helbredes, medmindre hjælpemidlet bruges.

Særligt om DSB

I et antal gamle sager, der behandles efter ulykkesforsikringsloven (skader, som er indtruffet før 1. april 1978), og hvor den pågældende kom til skade under arbejde for DSB, kan udgifterne til anskaffelse af nye proteser også betales, hvis de gamle er nedslidte. Dette følger af Kgl. anordning af 2. oktober 1933.

7.1.1. Forholdet til anden lovgivning

I modsætning til § 15, stk. 1, er bestemmelsen i stk. 2 primær i forhold til anden lovgivning. Hvis der tilkendes erstatning for fremtidige udgifter til hjælpemidler, vil denne erstatning ligeledes være primær i forhold til erstatninger eller tilskud i forbindelse med anden lovgivning.

Det betyder, at forsikringsselskabet eller Arbejdsskadestyrelsen har pligt til at dække udgiften, selvom den tilskadedkomne ville være berettiget til at få udgiften dækket efter anden lovgivning.

Se nærmere om socialreformen i 1998 i afsnit 1.4.

7.1.2. Refusion

Hvis kommunen eller Regionskommunen har betalt for anskaffelsen af et hjælpemiddel, der er nødvendigt under behandlingen af en arbejdsskadesag, kan kommunen/amtet søge refusion fra forsikringsselskabet. Kommunen/Regionen kan også søge refusion i de tilfælde, hvor der er truffet afgørelse om erstatning for fremtidige udgifter til hjælpemidler.

Er staten arbejdsgiver, kan kommunen/Regionen søge refusion fra den statslige forsikringsenhed, hvis skaden er sket 1. januar 1997 eller senere (for erhvervssygdomme gælder anmeldelsen som

skadedato). Er skadedatoen før 1. januar 1997, rettes henvendelse til Arbejdsskadestyrelsen.

Kommunen/Regionen kan dog indbringe spørgsmålet om refusion for Arbejdsskadestyrelsen, men kan ikke anke styrelsens afgørelse, jævnfør lovens § 44.

7.2. Hvilke hjælpemidler kan betales

Hvis betingelserne i øvrigt er opfyldt, vil der blandt andet kunne betales for

- briller og kontaktlinser
- høreapparater (analoge og elektroniske) og hørebriller
- bandager, herunder knæ- og ankelbandager
- tandproteser
- kørestole
- ortopædisk fodtøj og skoindlæg
- krykker
- forbindinger
- støttekorsetter, støttestrømper, støttebind og dorsibælter
- parykker
- brystproteser, jævnfør SM U-9-99.

Opremsningen er ikke udtømmende, da der kan forekomme andre hjælpemidler, der kan betales efter bestemmelsen.

Her følger en særlig beskrivelse af nogle af de hjælpemidler, som muligvis kan betales efter loven, hvis betingelserne i øvrigt er opfyldt.

7.2.1. Briller

Er anskaffelse af briller eller kontaktlinser nødvendigt for at sikre sygebehandlingens resultater efter en arbejdsskade, betales udgiften normalt fuldt ud, det vil sige uden hensyntagen til det særlige stelmaksimum, jævnfør afsnit 8.2.

7.2.2. Arbejdsbriller

Arbejdsbriller vil kunne betales, når særlige betingelser er til stede.

Eksempel

En brandmand måtte bruge briller på grund af en arbejdsskade. På grund af arbejdets særlige art skulle tilskadekomne bruge robuste arbejdsbriller. Ankestyrelsen vurderede, at udgifterne til arbejdsbrillerne skulle refunderes. Ankestyrelsen lagde vægt på, at arbejdsgiveren ikke stillede arbejdsbriller til rådighed, men kun beskyttelsesbriller, som ikke kunne anvendes ved alle opgaver.

7.2.3. Solbriller

Solbriller med styrke kan betales, hvis de afhjælper en synsdefekt svarende til almindelige briller.

Solbriller uden styrke vil også kunne betales, hvis brugen af dem er nødvendig på grund af en arbejdsskade.

7.2.4. Kontaktlinser

Kontaktlinser kan betales under sagens behandling, hvis det efter en lægelig vurdering findes, at tilskadekomne ikke tåler at gå med briller, for eksempel på grund af en defekt ved næsen efter en arbejdsskade.

For så vidt angår betaling for ødelagte kontaktlinser, reservebriller, brilleglas og synsprøve, henvises til afsnit 8.2.

7.2.5. Kørestole

Ifølge bestemmelsen i § 15, stk. 2, kan der betales for anskaffelse af kørestole. Hermed forstås egentlige kørestole, men ikke andre former for stole, der er specielt indrettet for handicappede. Se også SM U-9-86.

7.2.6. Ortopædisk fodtøj

Der kan som udgangspunkt højst dækkes udgifter til ét par ortopædiske sko under sagens behandling. Der kan også være mulighed for at få dækket udgifterne som fremtidige udgifter.

Hvis det på grund af skadens art er nødvendigt at bruge ortopædisk fodtøj hele tiden, det vil sige både på arbejde og i fritiden, vil der kunne betales for to par sko.

7.2.7. Sikkerhedsfodtøj

Sikkerhedsfodtøj kan som altovervejende regel ikke betales.

I særlige tilfælde kan der dog betales. Det gælder, hvis fodtøjet erstatter ortopædisk fodtøj, når det ikke er et krav, at de ansatte skal bære sikkerhedsfodtøj. I disse tilfælde kan udgiften dækkes efter de retningslinier, der gælder for ortopædisk fodtøj.

7.2.8. Almindelige sko

Almindelige sko kan som altovervejende hovedregel ikke betales, med mindre den tilskadekomne for eksempel er nødt til at anvende et større skonummer på den skadede fod på grund af hævelse eller bandage. I disse tilfælde kan udgiften dækkes efter de retningslinier, der gælder for ortopædisk fodtøj.

7.2.9. Hypoallergisk fodtøj

Hvis det på grund af overfølsomhed er nødvendigt at anskaffe hypoallergisk fodtøj, kan ekstraudgifter hertil betales.

7.2.10. Brystproteser

Ankestyrelsen har vurderet, at selvsiddende brystproteser må anses for at være omfattet af lovens § 15, stk. 2, om hjælpemidler. Styrelsen har lagt vægt på, at sådanne brystproteser i væsentlig grad kan afhjælpe varige følger af en nedsat funktionsevne, og at brystproteser tilpasses individuelt. Se SM U-9-99.

7.2.11. Lignende hjælpemidler – eksempler

Den tilskadekomne var blevet impotent efter en arbejdsulykke, og Ankestyrelsen fandt, at udgiften til en vakuumpumpe skulle betales af forsikringsselskabet. Ankestyrelsen lagde vægt på, at det var godt gjort, at pumpen efter en lægelig vurdering virkede, og at anskaffelsen var nødvendig for at formindske arbejdsskadens følger. Desuden blev der lagt vægt på, at det fra lægelig side var anbefalet at anskaffe pumpen efter en mislykket medicinsk behandling.

7.2.12. Særlige informationsteknologiske hjælpemidler

Særlige informationsteknologiske hjælpemidler omfatter produkter, der kan afhjælpe et kommunikationshandicap (eksempelvis talemaskiner og kommunikatorer) samt computerbaserede kommunikationshjælpemidler, herunder specialprogrammer og andet særligt tilbehør til personlige computere. Det er regionen, der er ansvarlig for tildeling af hjælp til særlige informationsteknologiske hjælpemidler. Målgruppen er personer med væsentligt nedsat høre-, tale-, syns-, eller skrivefunktion, hvor hjælpemidlet i væsentlig grad kan afhjælpe følgerne af den nedsatte kommunikationsevne.

Mens der ikke er tvivl om, at disse hjælpemidler ofte erstatter eller bedrer funktionen af en legemsdel (eksempelvis struben og tungen), er det mere tvivlsomt, i hvilket omfang de kan siges at være individuelt tilpassede. Det må dog gælde som for andre typer hjælpemidler, at hvis en individuel tilpasning er en væsentlig del af installationen og/eller anvendelsen af hjælpemidlet, så vil det kunne betales efter arbejdsskadeloven.

7.3. Hvilke hjælpemidler kan ikke betales

Hjælpemidler, som ikke er individuelt tilpassede, og som ikke erstatter tabet eller bedrer funktionen af en legemsdel, der er beskadiget ved en arbejdsskade, kan som udgangspunkt ikke betales.

Eksempel

Tilskadekomne kørestolsbruger var ikke berettiget til at få dækket udgifter til boligændringer, herunder ændringer af kondirum, som hjælpemidler. Tilskadekomne kunne heller ikke få dækket

udgifter til en bil, der var tilkendt som hjælpemiddel i henhold til den tidligere bistandslovs § 58, stk. 3. Der henvises til SM U-2-96.

Ankestyrelsen har i SM U-3-03 behandlet en sag, hvor der var anmodet om dækning af udgifter til vippebræt og bold. I afgørelsen lagde Ankestyrelsen vægt på, at disse genstande ikke er individuelt tilpassede og i stedet må betegnes som almindelig brugsgenstande, motionsartikler eller legeredskaber.

Andre eksempler på brugsgenstande, der normalt ikke kan betales for:

- arbejdstøj eller andet tøj (se dog afsnit 6.3.15 om forbindelse)
- armbåndsure
- bygningsmæssige forandringer i hjemmet
- særlige handicapvenlige møbler, herunder senge med tilbehør
- invaldebiler
- anskaffelse eller ændring af arbejdsredskaber
- husholdningsredskaber
- almindelige husholdningsartikler, for eksempel engangsvaskeklude og sæbespånere

Eksempel

I SM U-2-96 fandt Ankestyrelsen, at en tilskadekomne kørestolsbruger ikke kunne få dækket udgifterne til en invaldebil, da dette faldt uden for begrebet hjælpemidler i loven.

Afsnit 8. HJÆLPEMIDLER BESKADIGET UNDER ARBEJDET

Efter arbejdsskadesikringsloven ydes der generelt ikke erstatning for tingsskader. Bestemmelsen i § 15, stk. 4, er undtagelsen fra dette princip.

Efter bestemmelsen kan forsikringen betale for reparation, eventuelt fornyelse, af de hjælpemidler, der er nævnt i § 15, stk. 2, hvis den tilskadekomne har anvendt et sådant hjælpemiddel under arbejdet og det er blevet beskadiget som følge af denne anvendelse.

Det er **ikke** muligt at udbetale værdien af et ødelagt hjælpemiddel, hvis den pågældende ikke ønsker hjælpemidlet repareret eller fornyet.

Desuden er det kun de hjælpemidler, der er nævnt i § 15, stk. 2, der kan erstattes efter stk. 4.

Bestemmelsen giver altså ikke adgang til at erstatte for eksempel ødelagt arbejdstøj, arbejdsredskaber eller private effekter.

Da der er tale om en erstatning for et beskadiget hjælpemiddel, vil der ikke være grundlag for at dække andet end genanskaffelsen. Det vil sige, at der ikke kan betales udgifter efter § 15, stk. 3, om fremtidige behandlingsudgifter.

8.1. Betingelser for betaling af det ødelagte hjælpemiddel

De betingelser, der skal være opfyldt, for at der kan ydes erstatning efter bestemmelsen, er, at:

- hjælpemidlet er nævnt i § 15, stk. 2 (afsnit 8.1.1)
- hjælpemidlet er anvendt under arbejdet (afsnit 8.1.2), og at
- hjælpemidlet er blevet beskadiget som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder arbejdet foregår (afsnit 8.1.3)

8.1.1. Nævnt i § 15, stk. 2

De hjælpemidler, som er nævnt i § 15, stk. 2, er kørestole, proteser, briller og lignende hjælpemidler.

For en afgrænsning af området for 'lignende hjælpemidler', se afsnit 7.1.

8.1.2. Anvendt under arbejdet

Afhængig af hjælpemidlets art kan det variere, hvor ofte det er i brug i forbindelse med arbejdet. Afsnittet er derfor opdelt i tre punkter: Altid eller næsten altid i brug, normalt i brug og jævnligt i brug.

8.1.2.1. Altid eller næsten altid i brug ved beskadigelsen

Betingelsen om, at hjælpemidlet skal være anvendt under arbejdet, er naturligvis opfyldt, når pågældende bruger hjælpemidlet på det tidspunkt, det bliver beskadiget.

Eksempler

Den pågældende bærer briller under arbejde og bliver ramt i hovedet af et bræt, hvorved brillerne bliver beskadiget.

Ofte har den ansatte for eksempel lagt et par briller til side i et øjeblik, hvorefter skaden sker. Det kan være en kollega eller den forsikrede selv, der kommer til at lægge eller sætte noget oven på brillerne, så de knækker. Disse skader erstattes.

8.1.2.2. Normalt i brug, men ikke ved beskadigelsen

Hvis den ansatte efterlader et hjælpemiddel for eksempel et par briller på sin arbejdsplads og det bliver beskadiget, vil der normalt ikke kunne ydes erstatning.

Der kan kun ydes erstatning, hvis det sandsynliggøres, at hjælpemidlet faktisk er beskadiget eller bortkommet som følge af arbejdet.

Eksempel

En medarbejder lægger sine briller fra sig for at gå til frokost. Efter frokost er det ene glas knust, fordi en kunde havde skubbet dem på gulvet. Brillerne er beskadiget som følge af arbejdet og kan

erstattes.

Eksempel

En landbrugsmedhjælper taber som følge af arbejdet brillerne i en høstak. Brillerne kan ikke findes. Brillerne må anses for bortkommet og kan betales.

Har hjælpemidlet været efterladt i længere tid på arbejdspladsen, er betingelsen normalt ikke opfyldt.

Eksempel

En kontormedarbejder har et par ekstra briller liggende i sin skuffe. Disse bruges ikke dagligt, hvor hun anvender sine egne almindelige briller. Hun opdager en eftermiddag, hvor hun vil bruge brillerne, at det ene glas er knust. Der er ikke forhold, der sandsynliggør, at brillerne ved at ligge i skuffen er blevet beskadiget som følge af arbejdets forhold, og reparationen kan ikke erstattes.

8.1.2.3. Jævnligt i brug

For visse hjælpemidler, for eksempel læsebriller, gælder, at hjælpemidlet skal være nødvendigt for arbejdet, uanset at det ikke anvendes konstant under arbejdet.

Bliver sådanne hjælpemidler beskadiget, eller bortkommer de som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder det foregår, kan de erstattes.

Det er ikke afgørende, om tilskadekomne for et kortere eller længere tidsrum ikke har brugt hjælpemidlet, hvis det jævnligt anvendes under arbejdet.

Der stilles ikke krav til den måde, hjælpemidlet er opbevaret på. Det kræves således ikke, at brillerne opbevares i stødsikkert etui.

Eksempel

Et par briller, der opbevares i en brystlomme, kan erstattes, hvis arbejdsforholdene er årsag til, at de bliver klemt eller falder ud af lommen og derved beskadiges.

Der stilles ikke krav om, at tilskadekomne opbevarer hjælpemidlet på sig. Der vil således ikke være noget til hinder for, at et par læsebriller, der har været opbevaret i en taske, kan erstattes, hvis de er beskadiget eller bortkommet som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder det foregår.

Eksempel

En gartner, der anvender læsebriller til ugesedler og arbejdsplaner, havde lagt brillerne i en taske, der blev ramt af et stykke træ, mens gartneren stablede brænde. Brillerne blev erstattet.

8.1.3. Beskadigelsen skyldes arbejdet eller arbejdsforholdene

Normalt volder det ikke problemer at fastslå, om en skade på et hjælpemiddel er en følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder det foregår.

Eksempel

Et postbud, der bærer briller, får beskadiget dem, da han falder. I denne situation kan brillerne erstattes.

Er der tale om ganske særlige arbejdsforhold, kan et hjælpemiddel erstattes, hvis det beskadiges eller bortkommer på grund af arbejdsstedets indretning.

Eksempel

Et par briller tabes ned på et betongulv. Der kan ydes erstatning, da beskadigelsen skyldes arbejdspladsens indretning, altså de forhold, som arbejdet foregår under.

Eksempel

En tandprotese tabes i vandet fra en fiskekutter. Protesen bortkommer på grund af de forhold, som arbejdet foregår under, og erstattes.

Eksempel

En tandprotese tabes ved et nyseanfald under arbejde med at slå kanter langs en bæk for tidsler og andre vækster. Der gives erstatning for tab af protesen, da tabet må anses for at være en følge af de forhold, hvorunder arbejdet foregår. Der henvises til SM U-1-80.

Eksempel

Under pudsning af briller går brillen i stykker. Pudsningen er en følge af arbejdsforholdene, for eksempel, hvis der er mel på bagerens briller eller olie på mekanikerens briller.

Eksempel

En medarbejder lægger hver dag efter arbejdstid sine private arbejdsbriller fra sig i en skuffe. En dag er de beskadiget eller forsvundet. De kan ikke erstattes.

8.1.3.1. Gradvis nedslidning

Gradvis nedslidning af hjælpemidlet som følge af arbejdets særlige art kan også berettige til erstatning.

Eksempel

Den ansattes briller er blevet ødelagt, fordi de har været udsat for svejsegløder. Der henvises til SM U-7-80.

8.1.3.2. Egen håndtering af genstanden

Det kan i enkelte situationer være vanskeligt at vurdere, hvornår en skade er en følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder det foregår, og hvornår skaden skyldes den ansattes egen håndtering af hjælpemidlet.

Skader på hjælpemidler kan ikke erstattes, når de alene skyldes den ansattes egen omgang med hjælpemidlet.

Eksempel

Et par briller beskadiges, mens brugeren pudser dem. Skaden skyldes ikke arbejdet eller de forhold, hvorunder det foregår, og brillerne kan ikke erstattes. Der henvises til SM U-14-91.

8.1.3.3. Tyveri

Bortkommer et hjælpemiddel ved tyveri, kan det ikke erstattes efter lov om sikring mod følger af arbejdsskade.

Eksempel

En medarbejder lægger sine læsebriller fra sig i en taske for at gå til frokost. Efter frokost er tasken forsvundet. Brillerne kan ikke erstattes.

8.2. Specielt om betaling for briller og kontaktlinser

Dette afsnit gennemgår de særlige regler for betaling af briller og kontaktlinser.

8.2.1. Briller

8.2.1.1. Maksimum for stel

Der er stor forskel på prisen på brillestel. Efter bestemmelsen i § 15, stk. 5, fastsætter Arbejdsskadestyrelsen derfor en gang om året et maksimumbeløb for betaling af brillestel svarende til, hvad et brillestel af almindelig god kvalitet koster.

Den aktuelle sats fremgår af Arbejdsskadestyrelsens årlige bekendtgørelse om regulering af ydelser med videre, senest ved bekendtgørelse om satser per 1. januar 2006 efter lov om arbejdsskadesikring og lov om sikring mod følger af arbejdsskade, § 4. Beløbet udgør per 1. januar 2006 i alt 956,00 kroner.

Til brug for fastsættelse af taksten indhenter Arbejdsskadestyrelsen hvert år en udtalelse fra Danmarks Optikerforening.

Det er regningens dato og ikke skadens dato, der er afgørende for, med hvilket maksimumbeløb stellet kan betales.

8.2.1.2. Fravigelse fra maksimumbeløb

Det fastsatte maksimumbeløb kan i særlige tilfælde fraviges, for eksempel, hvis pågældende er nødt til at købe et dyrere stel på grund af allergi, eller hvis der er behov for letvægtsbriller.

Er de ødelagte eller beskadigede briller helt nye, erstattes brillestellet altid med et beløb svarende til

prisen på det beskadigede, uanset at denne overstiger maksimum. Efter Arbejdsskadestyrelsens praksis betragtes briller, som er under et år gamle, som nye.

Det skal dokumenteres, at brillerne er under et år gamle, ved indsendelse af kvittering eller lignende for de beskadigede briller.

8.2.1.3. Glas

Udgiften til nye glas, af samme kvalitet som de beskadigede, erstattes fuldt ud, inklusive en eventuel ændret styrke. Dog betales der ikke for merudgiften til dobbeltslebne glas, hvis de beskadigede glas var med enkelt styrke.

Hvis kun 1 glas er beskadiget, betales for 2 nye glas, hvis optikeren vurderer, at det er nødvendigt for at opnå et tilfredsstillende resultat. Det kan være tilfældet på grund af ændret styrke, eller fordi der er forudbestående antirefleksbehandling eller toning i det ubeskadigede glas.

8.2.1.4. Tilskud til briller

I dette afsnit beskrives den fremgangsmåde, som styrelsen benytter ved opgørelse af betaling for udgifter til ødelagte briller, men samme fremgangsmåde kan bruges ved betaling af andre hjælpemidler.

Eksempel

Forudsætninger for eksemplet

Hvis ikke andet er anført, er der i hele afsnittet taget udgangspunkt i følgende forudsætninger:

Samlet pris for nye briller:	3.600 kr.,
Heraf udgør prisen på stel:	1.200 kr.,
og prisen på glas:	2.400 kr.

Der ydes et tilskud fra Sygeforsikringen "danmark" til glas. Per 1. januar 1997 bortfaldt tilskud til brillestel. Tilskuddet blev i stedet overført til glas, hvor der er 2 tilskudsformer.

For enkeltstyrkeglas er tilskuddet max. 180 kr. per glas (2 x 180 = 360 kr.), og for flerstyrkeglas er tilskuddet max. 340 kr. per glas (2 x 340 = 680 kr.).

Det tilføjes, at det tilskud, der ydes fra anden side, ikke altid er specificeret ud på stel og glas.

Når der ikke ydes tilskud

Da tilskadekomne som nævnt ikke må opnå overkompensation, skal Arbejdsskadestyrelsen først beregne størrelsen af den betaling, der højst kan ydes, hvis der ikke blev ydet tilskud fra anden side.

Denne betaling er det højeste beløb, der kan betales efter § 15 for det pågældende hjælpemiddel.

For briller gælder særlige regler, blandt andet om maksimumbetaling for brillestel (stelmaksimum).

Stel:	956 kr. (stelmaksimum pr.1. januar 2006)
Glas:	2.400 kr. (det fulde beløb)
I alt:	3.356 kr.

Under de nævnte forudsætninger kan der altså højst betales 3.356 kr.

Når tilskud er delt op i flere poster

Hvis tilskuddet fra anden side er delt op i flere poster, trækker man tilskuddet fra for hver post for sig.

I nedenstående eksempel med briller er der dog ikke fratrukket tilskud for flere poster samtidig, men omfatter eksempler på briller med tilskud til enkeltstyrkeglas og flerstyrkeglas.

Eksempel 1:

	Stel	Glas (enkeltstyrkeglas x 2)	I alt
	kr.	kr.	kr.
Samlet udgift	700	2.400	3.100
Tilskud	0	360	360
Maksimum med tilskud	700	2.040	2.740
Maksimum uden tilskud	700	2.400	3.100

Eksempel 2:

	Stel	Glas (flerstyrkeglas x 2)	I alt
	kr.	kr.	kr.
Samlet udgift	1.200	2.400	3.600
Tilskud	0	680	680
Maksimum med tilskud	956	1.720	2.676
Maksimum uden tilskud	956	2.400	3.356

Det maksimale beløb, som kan ydes efter tilskud fra anden side, er altså 2.740 kr. og 2.676 kr.

Når summen af udgiften til glas og vores stelmaksimum ikke overstiger udgiften til nye briller, bliver der ikke noget problem med overkompensation.

Standardtilskud fra Sygeforsikringen "danmark":

Når Arbejdsskadestyrelsen ved, at der er ydet tilskud fra "danmark", opgøres betalingen fra arbejdsskadesikringen på denne måde, medmindre vi har fået oplyst, at der er tale om andet end et standardtilskud.

På samme måde beregner vi betalingen fra arbejdsskadesikringen, når der er tale om tilskud fra andre end Sygeforsikringen "danmark".

Når tilskud ikke er delt op i flere poster

I adskillige sager forekommer den situation, at det er oplyst, at der er ydet et tilskud fra anden side til brillerne, men det er ikke oplyst, hvordan tilskuddet fordeler sig på henholdsvis stel og glas.

I den situation trækkes tilskuddet fra den samlede udgift til nye briller.

Samlet udgift	3.600 kr.
Samlet tilskud	600 kr.
Faktisk udgift	3.000 kr.

Maksimum uden tilskud 3.356 kr.

Arbejdsskadesikringen betaler i denne situation hele den faktiske udgift på 3.000 kr., da beløbet

ikke overstiger det beløb, som arbejdsskadesikringen højst kan betale.

Overkompensation:

Hvis tilskuddet fra anden side er lavere, kan tilskadekomnes egen udgift overstige det maksimumbeløb, der kan betales af arbejdsskadesikringen.

Samlet udgift	3.600 kr.
Samlet tilskud	100 kr.
Faktisk udgift	3.500 kr.

I eksemplet er tilskuddet 100 kr.

Maksimum uden tilskud 3.356 kr.

Arbejdsskadesikringen betaler i denne situation kun 3.356 kr., da forsikringen højst kan betale summen af udgiften til glas og det gældende maksimum for stel, per 1. januar 2006: 956 kr.

Standardtilskud fra Sygeforsikringen "danmark":

Er der tale om tilskud fra Sygeforsikringen "danmark", og fremgår det af tilskuddet, at der er ydet et standardtilskud, selvom tilskuddet ikke konkret er opdelt på stel og glas, benytter styrelsen den ovenfor beskrevne fremgangsmåde.

8.2.1.4. Solbriller

Solbriller med styrke betragtes som et hjælpemiddel og kan derfor erstattes, hvis de bliver beskadiget under arbejdet.

Solbriller uden styrke betales ikke, medmindre de er nødvendige som følge af en øjensygdom. Som hovedregel betragtes solbriller uden styrke som private effekter.

8.2.1.5. Arbejdsbriller og beskyttelsesbriller

Arbejdsbriller og beskyttelsesbriller som svejsebriller og skærnbriller kan ikke betales, da der typisk er tale om briller som arbejdsredskaber, som arbejdsgiveren har betalt.

Er sådanne briller anskaffet af den ansatte, og er brillerne nødvendige som følge af en øjensygdom, kan brillerne dog betales af arbejdsskadesikringen.

8.2.1.6. Reservebriller

Erstatning for ødelagte reservebriller kan ydes, hvis der på grund af arbejdets særlige art stilles krav om reservebriller.

Det kan for eksempel være tilfældet for togførere, skibsførere og andre, som ikke kan afbryde arbejdet.

Reservebriller er typisk en kopi af den almindelige brille, men kan være med en enkelt styrke eller være solbriller med styrke til udendørs brug.

8.2.2. Kontaktlinser

Kontaktlinser, som bliver beskadiget eller falder ud som følge af arbejdet, betales. Der betales dog kun for ét sæt kontaktlinser.

Hvis der anskaffes kontaktlinser i stedet for briller, betales ligeledes for ét sæt kontaktlinser.

Hvis den ansatte skifter til briller i stedet for kontaktlinser, betales for et par briller efter gældende retningslinier.

Hvis kontaktlinser, som betales hver måned, beskadiges eller tabes, betales det beløb, et sæt linser koster i en måned.

8.2.3. Synsprøve

Skal tilskadekomne betale for en ny synsprøve i forbindelse med anskaffelse af de nye briller eller kontaktlinser, bliver denne udgift også betalt efter § 15, stk. 2, som en følgeudgift.

Afsnit 9. FØLGEUDGIFTER

9.1. Generelt om følgeudgifter

Når tilskadekomne efter en arbejdsskade skal gennemgå en behandling eller skal genoptrænes, kan der blive tale om visse følgeudgifter til behandlingen.

Når Arbejdsskadestyrelsen skønner, at en behandling er nødvendig til afhjælpning af arbejdsskadens følger, omfatter beslutningen om betaling af udgifterne til behandling også nødvendige følgeudgifter.

Betalingen af følgeudgifterne er ikke omtalt i § 15, men udgifterne betragtes som afledt af den egentlige behandling.

En udgift kan betales som følgeudgift til behandling efter § 15, selvom selve behandlingen ikke betales efter § 15. Det betyder, at hvis tilskadekomne får en behandling, der fuldt ud betales efter sygesikringsloven eller sygehusloven, er der intet til hinder for, at transportudgifter betales som følgeudgift efter § 15, hvis transportudgifter i øvrigt ikke kan betales efter sygesikringsloven eller sygehusloven.

9.1.1. Forhåndstilsagn

Styrelsen kan anbefale, at der navnlig i tvivlstilfælde og ved længerevarende behandlingsforløb indhentes forhåndstilsagn om betaling af udgifterne.

9.1.2. Anden lovgivning

På samme måde, som det i øvrigt er hovedreglen ved § 15, stk. 1, er betaling af følgeudgifterne subsidiær i forhold til anden lovgivning.

Det vil sige, at tilskadekomne, når det er muligt, først skal søge at få dækket følgeudgiften efter anden lovgivning. Når det er forsøgt, og tilskadekomne fortsat står tilbage med en udgift, er det denne udgift, der eventuelt kan betales efter § 15.

9.2. Udgifter i forbindelse med sygebehandling

9.2.1. Hjælpemidler

Forudsætter den rigtige behandling, at der stilles hjælpemidler til rådighed for tilskadekomne, vil disse kunne betales som følgeudgift til behandlingen efter § 15. Typiske eksempler på et hjælpemiddel i forbindelse med en behandling er krykker (krykkestokke) og kørestole. Se også afsnit 7 om hjælpemidler anskaffet på grund af skaden.

9.2.2. Forbindinger med videre

Bandager, forbindinger, plastre med videre, som er nødvendige for behandlingen, betales efter en konkret vurdering.

9.2.3. Lægeregninger

Lægeregninger i forbindelse med ansøgning til Sundhedsstyrelsen om medicintilskud kan betales, hvis den ansøgte medicin er nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse af den foreliggende skade.

9.2.4. Hjemmehjælp

Hjemmehjælp og hjemmesygepleje er ikke nødvendige for selve behandlingen, og udgiften hertil betales derfor heller ikke som en følgeudgift til behandlingen, jævnfør SM-8-89.

9.2.5. Transport

Hvis de generelle betingelser for betaling af behandling eller genoptræning er opfyldt, kan tilskadekomne også få nødvendige udgifter til transport betalt af arbejdsskadesikringen.

Der betales også for transport i forbindelse med anskaffelse af hjælpemidler, uanset om behandling betales efter arbejdsskadesikringsloven.

Der kan også betales for nødvendige transportudgifter som følge af behandlinger og anskaffelse af hjælpemidler, selvom den pågældende behandling er uden udgift for tilskadekomne. Det er dog også i denne situation en forudsætning, at de øvrige almindelige betingelser for betaling efter § 15 er til stede.

Betaling af transportudgifter efter § 15 i lov om sikring mod følger af arbejdsskade kan blive aktuel i følgende situationer:

- Behandling på offentligt sygehus
- Behandling på privathospital eller privatklinik
- Behandling hos læge eller speciallæge
- Behandling hos andre private behandlere
- Behandling på visse centre
- Anskaffelse af hjælpemidler
- Transport fra skadestedet

Det er nedenfor beskrevet, i hvilket omfang transporten kan betales i de enkelte situationer.

9.2.5.1. Behandling på offentligt sygehus

Når de generelle betingelser for betaling af behandling er opfyldt, har tilskadekomne krav på at få betalt transportudgifterne til og fra behandlingsstedet i det omfang, disse ikke kan blive betalt af den lokale region.

Det er ikke et krav, at behandlingen gennemføres på det offentlige sygehus, der ligger tættest på tilskadekomne bopæl. Tilskadekomne kan udnytte det frie sygehusvalg, jævnfør SM U-1-96.

Eksempel

Tilskadekomne, der boede i Slagelse, fik betalt udgifterne til transport til Aabenraa Sygehus i det omfang, de ikke kunne betales af daværende amtskommune. Ankestyrelsen lagde vægt på, at operationen var lægeligt indikeret, og at reglerne om frit sygehusvalg gav tilskadekomne ret til at

blive behandlet på Aabenraa Sygehus. Der henvises til SM U-1-96.

9.2.5.2. Behandling på privathospital eller privatklinik

Behandlingen på privathospital eller privatklinik kan som altovervejende hovedregel ikke betales efter loven, og udgifter til transport betales derfor heller ikke. Se tidligere afsnit om privathospitaler.

I særlige tilfælde kan transporten til og fra behandling på privathospitaler betales, hvis den ikke betales efter andre regler om betaling af transport. Se afsnit 6.2.2. Det gælder for eksempel, hvis et offentligt sygehus tilbyder operation på privathospital på grund af ventelister.

Betaling for transport forudsætter, at de øvrige generelle betingelser for betaling er opfyldt, herunder at behandlingen på privathospitalet er et nødvendigt led i en bedst mulig helbredelse af skadens følger.

9.2.5.3. Behandling hos læge eller speciallæge

Hvis der er tale om egentlig behandling og de generelle betingelser for betaling er opfyldt, skal udgifterne til transport til og fra behandlingsstedet betales i det omfang, de ikke kan betales af andre, for eksempel regionen eller kommunen.

Der kan ikke stilles krav om, at tilskadekomne vælger den læge, der har klinik nærmest tilskadekomne bopæl. Der er dog en vis tabsbegrænsningspligt. Det betyder, at tilskadekomne frit kan vælge en læge inden for en rimelig afstand. Der vil kun efter en konkret vurdering være mulighed for at betale udgifter til behandlende læger uden for en rimelig afstand.

Man skal være opmærksom på, at reglerne i § 15, stk. 1, alene gælder for egentlig behandling og undersøgelser som led heri. For undersøgelser som led i sagens behandling i Arbejdsskadestyrelsen gælder reglerne i lovens § 37 og § 38, se afsnit 10.

9.2.5.4. Behandling hos andre private behandlere

En stor del af behandlingerne foregår hos private behandlere, for eksempel fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.

Hvis der er tale om en lægeligt indikeret behandling, skal udgifterne til transport til og fra behandlingsstedet betales i det omfang, den ikke kan betales af kommunen eller regionen.

Der kan ikke stilles krav om, at tilskadekomne vælger den behandler, der har klinik nærmest tilskadekomne bopæl. Der er dog en vis tabsbegrænsningspligt. Det betyder, at tilskadekomne frit kan vælge en behandler inden for en rimelig afstand. Der vil kun efter en konkret vurdering være mulighed for at betale udgifter til private behandlere uden for en rimelig afstand.

9.2.5.5. Montebello

Montebello er en genoptræningsinstitution, der ligger i Sydspanien. Den ejes af Hovedstadens Sygehusfællesskab og region hovedstaden. Hvis tilskadekomne er blevet godkendt til behandling på Montebello i Spanien, vil udgifterne til og fra Spanien kunne dækkes efter loven, hvis behandlingen på Montebello i øvrigt opfylder betingelserne.

9.2.5.6. Behandling på visse behandlingscentre

Der kan som udgangspunkt ikke betales for transport til private centre omfattet af sygehusloven eller sygesikringsloven. Det gælder for eksempel ved genoptræning af hjerneskadede på særlige centre.

Årsagen er, at selve behandlingen på centrene ikke kan betales.

Hvis behandlingen undtagelsesvis betales, betales transporten også.

Se nærmere under afsnit 6.3.13. om genoptræning af hjerneskadede.

9.2.5.7. Anskaffelse af hjælpemidler

Udgifter til transport i forbindelse med anskaffelse af hjælpemidler kan betales, uanset om selve hjælpemidlet bliver betalt efter § 15 eller efter anden lovgivning.

9.2.5.8. Transport fra skadestedet

Udgiften til transport mellem skadestedet og første behandlingssted umiddelbart efter skaden (skadestue, læge eller lignende) kan betales, hvis tilskadekomne selv har haft udgifter til denne transport.

9.2.6. De enkelte transportmidler

9.2.6.1. Kørsel i egen bil

Hvis tilskadekomne bruger egen bil, ydes betaling per kilometer efter statens takster.

Per 1. januar 2006 er taksten 1,78 kr. per kørt kilometer.

9.2.6.2. Brug af offentlige transportmidler

Udgifter til offentlig transport betales mod dokumentation i form af tog-/busbilletter og færgebilletter. Billetterne skal være almindelig økonomiklasse.

9.2.6.3. Taxi

Kun i særlige tilfælde kan der betales for taxi, og tilskadekomne skal kunne dokumentere, at det har været nødvendigt at køre med taxi.

Taxi kan betales, når tilskadekomne

- på grund af sit helbred ikke kan benytte offentlige transportmidler eller egen bil eller
- bor et sted, hvor der er udpræget dårlige offentlige transportmidler

Taxiudgifterne betales mod dokumentation.

9.2.6.4. Særlig transport

Er særlig transport nødvendiggjort af arbejdsskaden, kan en sådan transport betales som følgeudgift til andre § 15-udgifter.

Særlig transport kan for eksempel være fly- eller helikoptertransport fra ulykkesstedet til hospital. En sådan transport kan betales efter § 15, hvis skaden har nødvendiggjort den særlige og omkostningskrævende transportform og tilskadekomne har haft udgifter til transporten.

Flytransport kan også betales, hvis det ud fra en samlet vurdering er besparende i forhold til anden transportform.

9.2.6.5. Hjemtransport fra udlandet

Er tilskadekomne kommet til skade i udlandet, og kræver skaden behandling i Danmark, kan hjemtransporten (med bil, fly eller på anden måde) også betales som en følgeudgift.

9.2.6.6. Ledsagers udgifter

Hvis det på grund af skaden eller anden sygdom er nødvendigt, at tilskadekomne har en ledsager med til behandling, betales ledsagerens transportudgifter.

Behovet for ledsager kan også skyldes andre årsager, for eksempel at der er tale om et barn, der ikke kan rejse alene.

9.3. Følgeudgifter, der ikke kan betales efter § 15

9.3.1. Afledte transportudgifter

Hvis tilskadekomne har haft ekstra omkostninger til transport mellem bopæl og arbejdsplads for at passe sit normale arbejde i en periode efter arbejdsskaden (for eksempel til taxi), kan disse ikke betales, da der ikke er tale om en følgeudgift til behandling, optræning eller lignende.

9.3.2. Hjemmehjælp

Hjemmehjælp og hjemmesygepleje er ikke nødvendige for selve sygebehandlingen, og udgiften hertil betales derfor heller ikke som en følgeudgift til behandlingen. Det samme gælder rengøringshjælp eller lignende.

9.3.3. Vask med videre

Ekstra udgifter til vask eller rensning af tøj med videre i forbindelse med sygepleje og øgede udgifter til rumopvarmning betales ikke. Det samme gælder for almindelige husholdningsartikler.

9.3.4. Udgifter betalt af arbejdsgiver

Udgifter, som arbejdsgiver påføres i anledning af arbejdsskaden, kan ikke betales efter § 15. Det gælder for eksempel ødelagte arbejdsredskaber eller udgifter til vikar for tilskadekomne under dennes fravær på grund af skaden. Det er kun tilskadekomnes faktiske udgifter, der kan betales.

Dette gælder også i tilfælde med skibsdeviationer. Udgifter, der følger af, at et skib må afvige fra den fastlagte rute som følge af en sømands arbejdsskade, hvortil hurtig behandling er nødvendig, kan heller ikke afholdes efter bestemmelsen. Denne udgift kan ikke sidestilles med transportudgifter til sygebehandling. Der er i dette tilfælde ingen faktiske transportudgifter for den tilskadekomne, og udgiften kan derfor ikke betales efter § 15.

9.3.5. Tabt arbejdsfortjeneste

Har tilskadekomne måttet gå ned i tid midlertidigt på grund af arbejdsskaden, har tilskadekomne en midlertidig tabt arbejdsfortjeneste. Der er ikke hjemmel i loven til at dække dette tab. Er tabet varigt, kan der være grundlag for at tilkende erstatning for tab af erhvervsevne.

9.3.6. Forsikringspræmier til Sygeforsikringen ”danmark”, Falck og lignende ordninger

Der er ikke grundlag for at dække de udgifter, som tilskadekomne måtte have haft til betaling af forsikringspræmier til Sygeforsikringen ”danmark”, Falck eller til lignende ordninger, selvom medlemskabet af disse har været medvirkende til, at forsikringsselskabets andel efter loven er nedsat.

Eksempel

Arbejdsskadestyrelsen traf afgørelse om, at tilskadekomne kun kunne få dækket den del af omkostningerne til behandlingsudgifterne, som var tilskadekomnes egenbetaling efter tilskud fra Sygeforsikringen ”danmark”. Samtidig var der ikke hjemmel i § 30 til at dække præmieomkostningerne til denne forsikring. Ankestyrelsen tiltrådte Arbejdsskadestyrelsens afgørelse, da der ikke i § 30 var hjemmel til at dække præmiebetalingen til den private forsikring. Se SM U-34-01.

9.3.7. Begravelseshjælp – transport fra sygehus til begravelsessted

Er tilskadekomne afgået ved døden som følge af en arbejdsskade, kan udgifterne til begravelse og til transport fra et sygehus til begravelsesstedet ikke betales efter § 15.

Der er heller ikke mulighed for at dække udgifterne efter lovens § 38.

9.3.8. Ændring af bolig

Tilskadekomne kan efter en arbejdsskade have brug for at ændre sin boligsituation, enten ved flytning til en mere velegnet bolig (handicapbolig) eller tilskadekomne kan have behov for at ændrer i sin bolig. I SM U-2-96 fandt Ankestyrelsen, at ændring i bolig faldt udenfor for begrebet hjælpemidler efter loven.

9.4. Fremtidige følgeudgifter.

Hvis en arbejdsskade medfører ret til erstatning for fremtidige udgifter til helbredelse optræning, kan der i helt særlige tilfælde også være ret til erstatning for fremtidige følgeudgifter.

Det er vanskeligt at skønne over omfanget af fremtidige følgeudgifter, da et meget stort antal ydre omstændigheder vil have indflydelse på størrelsen af disse udgifter. Eksempelvis kan tilskadekomne skifte adresse eller behandler, hvorved transportudgifterne til behandlinger vil kunne ændres radikalt. Endvidere vil en stor del af følgeudgifterne have bagatelagtig karakter (hvis eksempelvis tilskadekomne bor ganske tæt på behandleren eller apoteket) og umulige at adskille fra udgifter, som tilskadekomne alligevel ville have afholdt (turen til fysioterapeuten kan jo foretages i forbindelse med at man handler).

Der kan som udgangspunkt kun blive tale om erstatning for fremtidige følgeudgifter i de sager, hvor det er åbenbart, at skaden har nødvendiggjort afholdelse af betydelige og regelmæssige følgeudgifter. Det kunne være sager, hvor tilskadekomne bor meget langt fra en "særlig" behandler, eller hvor skadens følger i en fremtidig periode nødvendiggør kørsel i taxi til og fra en behandler.

Arbejdsskadestyrelsen opfatter ikke § 16 som en forpligtelse til at forholde sig til fremtidige følgeudgifter i alle sager, der kan anerkendes. Der vil derfor kun blive truffet afgørelse om spørgsmålet, hvis forsikringsselskabet beder os om det.

Afsnit 10. ANDRE UDGIFTER I FORBINDELSE MED ARBEJDSKADESAGEN

I forbindelse med behandlingen af en arbejdsskadesag opstår spørgsmålet om betaling af en række forskellige udgifter. Udgifterne kan i et vist omfang betales efter bestemmelserne i lovens § 38.

Det er arbejdsgiverens lovpligtige forsikringsselskab, der betaler udgifterne i ulykkessagerne, mens det er AES, der betaler udgifterne i erhvervssygdomsagerne.

Omkostningerne betales på tilsvarende måde, hvis Ankestyrelsen har krævet de pågældende erklæringer, undersøgelser med videre.

I det følgende redegøres for betaling efter §§ 37 og 38, og der redegøres for en række udgifter, som ikke kan betales efter loven.

10.1. Omkostninger ved sagsbehandlingen i medfør af § 38

10.1.1. Undersøgelse, observation

Efter lovens § 38, stk. 1, har tilskadekomne pligt til at lade sig undersøge af en læge og derefter gennemgå den lægebehandling eller optræning, som lægen eller Arbejdsskadestyrelsen finder nødvendig. Tilskadekomne skal om nødvendigt lade sig indlægge til observation på sygehus eller lignende institution.

Da disse undersøgelser sker på foranledning af Arbejdsskadestyrelsen, dækkes udgifterne efter loven.

10.1.2. Speciallægeerklæringer, lægeerklæringer med videre

Tilskadekomne skal på anmodning fra Arbejdsskadestyrelsen desuden lade sig undersøge af en læge, lade sig arbejdsprøve og efter anmodning afgive mundtlige forklaringer for Arbejdsskadestyrelsen.

Udgifter forbundet med disse undersøgelser skal ligeledes dækkes efter loven.

Eksempel

Ankestyrelsen har i SM U-24-02 behandlet spørgsmålet om tilskadekomnes ret til dækning af udgifter til en MR-skanning. Ankestyrelsen fastslog, at udgifter til en MR-skanning ikke kunne dækkes efter tidligere lovs § 30, stk. 1, om sygebehandling, da en MR-skanning er en undersøgelsesmetode. Undersøgelsen er ikke primær og anvendes kun, når det ikke er muligt at udrede sygdommen ved en simple og billigere undersøgelsesmetode.

Ankestyrelsen fandt, at udgifterne til en MR-skanning ville kunne dækkes efter tidligere lovs § 22, stk. 1, jævnfør § 19, stk. 4, hvis der i helt særlige tilfælde var behov for en MR-skanning i forbindelse med behandlingen af arbejdsskadesagen og en sådan ikke havde været relevant i forbindelse med udredning af sygdommen i sygehusregi.

Det forudsættes i SM'en, at undersøgelsen var nødvendig for sagens behandling og afgørelse.

10.1.3. Rejseudgifter transport

Efter lovens § 38, stk. 2, har tilskadekomne ret til at få betalt rejseudgifter ved lægebehandling med videre, jævnfør § 38, stk. 1, når lægebehandlingen sker efter Arbejdsskadestyrelsens anmodning.

Transportudgifter i forbindelse med undersøgelse eller behandling som led i sagens behandling kan dækkes i medfør af lovens § 38.

Selve undersøgelsen behøver ikke at være forlangt af Arbejdsskadestyrelsen, men den skal efter styrelsens vurdering have været nødvendig for at få belyst selve arbejdsskaden og dens følger, så styrelsen kan træffe afgørelse i sagen.

10.1.4. Time- og dagpenge

Time- og dagpenge ydes ved undersøgelser med videre uden for bopælskommunen (§ 38).

Time- og dagpenge kan udbetales, hvis tilskadekomne på initiativ af Arbejdsskadestyrelsen har været til undersøgelse uden for sin hjemkommune.

Det samme gælder, hvis Arbejdsskadestyrelsen har fundet det nødvendigt, at tilskadekomne indlægges til observation på sygehus, bliver arbejdsprøvet på styrelsens initiativ eller bliver bedt om at afgive mundtlig forklaring til Arbejdsskadestyrelsen.

Time- og dagpenge udgør per 1. januar 2006 henholdsvis 14,92 kr. og 358,00 kr. per dag. Dagpenge udbetales først efter udløbet af det første døgn.

En tilskadekomne, der har måttet overnatte på hotel, da lægeundersøgelse ellers ville være umulig, kan også få dækket sine dokumenterede udgifter til overnatning, dog maksimalt 905,00 kr. per overnatning, hvis overnatningen sker i hovedstaden, og maksimalt 745,00 kr. per overnatning, hvis overnatning sker i anden del af riget (1. januar 2006).

10.1.5. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste

Tilskadekomne har ret til at få dækket dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste ved (special)lægeundersøgelsen, hvis fraværet er af mindst 2 timers varighed.

Det samme gælder, hvis Arbejdsskadestyrelsen har fundet det nødvendigt, at tilskadekomne indlægges til observation på sygehus, bliver arbejdsprøvet på styrelsens initiativ eller bliver bedt om at afgive mundtlig forklaring til Arbejdsskadestyrelsen.

Tilskadekomne skal dokumentere den tabte arbejdsfortjeneste.

Erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste kan per 1. januar 2006 højst udgøre 209,86 kr. per time. For selvstændige erhvervsdrivende sikret efter lovens § 48, stk. 2, udgør maksimaltimelønnen dog 149,97 kr.

Der kan ikke ydes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, fordi tilskadekomnes indtægt er nedsat midlertidigt på grund af arbejdsskaden, for eksempel fordi tilskadekomne ikke får fuld løn under sygdom.

10.1.6. Ledsager ved undersøgelser med videre

Hvis tilskadekomne på grund af skadens art eller omfang skal have en ledsager med til en undersøgelse med videre, betales dennes transportudgifter også.

Der kan også udbetales tabt arbejdsfortjeneste og time- og dagpenge til ledsageren.

10.1.7. Tabsbegrænsningspligt

Tilskadekomne får normalt mulighed for at vælge mellem 3 læger, som skal udarbejde en speciallægeerklæring til brug for sagsbehandlingen. De foreslåede læger praktiserer som udgangspunkt i kommuner placeret i rimelig afstand til tilskadekomnes bopæl. Vælger tilskadekomne selv en anden læge, som bor længere væk, kan tilskadekomne kun få dækket de udgifter til transport, som tilskadekomne ville have haft, hvis denne havde valgt en speciallæge i rimelig afstand og i egen region.

Eksempel

I SM U-4-02 fastslog Ankestyrelsen, at det påhviler den, der søger erstatning eller dækning af udgifter, at begrænse sit tab mest muligt. Dette er en almindelig erstatningsretlig grundsætning. Ankestyrelsen fandt, at der ved dækning af befordringsudgifter skal foretages en konkret vurdering af rimeligheden af tilskadekomnes valg af speciallæge. Dækning af udgifter til befordring kunne således ikke afvises med henvisning til, at undersøgelse hos den valgte speciallæge foregik uden for den daværende amtskommune, hvor tilskadekomne havde sin bopæl. Tilskadekomne skal dog forsøge at begrænse sit tab mest muligt.

Har tilskadekomne fået forventninger om, at udgifterne til transport vil blive dækket efter loven, kan en tilskadekomnen efter en konkret vurdering få betalt sine udgifter, jævnfør SM U-4-02.

10.2. Omkostninger ved sagsbehandlingen i medfør af § 37

10.2.1. Udtalelser og dokumentation i øvrigt

Efter bestemmelsen i lovens § 37, stk. 2, kan Arbejdsskadestyrelsen forlange at få meddelt enhver oplysning, som styrelsen skønner er af betydning for sagens behandling. Det gælder eksempelvis hos arbejdsgiveren, læger, myndigheder med videre.

Omkostninger ved indhentelse af udtalelser og journalmateriale, som er indhentet i medfør af § 37, stk. 2, skal dækkes efter loven.

10.2.2. Obduktionserklæringer

Arbejdsskadestyrelsen kan begære obduktion, hvis styrelsen finder det nødvendigt til afklaring af dødsårsagen, hvis der er tvivl om, hvorvidt et dødsfald er forårsaget af arbejdet.

Omkostningerne til obduktionen dækkes af lovens § 37.

10.2.3. Oversættelser og tolkebistand

Oversættelser, for eksempel nødvendige oversættelser af erklæringer og tolkeudgifter ved lægeundersøgelser, betales efter en konkret vurdering.

Udgifter til tolk i anden sammenhæng, eksempelvis til den tilskadekomnes samtaler med fagforbund eller andre bisiddere, dækkes ikke.

10.3. Omkostninger, som ikke kan betales efter arbejdsskadesikringsloven

10.3.1. Advokatbistand, revisorbistand med videre

Henvender tilskadekomne sig til en advokat, revisor eller en fagforening for at få hjælp under styrelsens behandling af arbejdsskadesagen, kan udgiften til denne bistand ikke betales efter loven, jævnfør SM U-4-85.

Afsnit 11. Faglige notater til brug for vurdering om dækning af udgifter

11.1. Faglige notater indledning

Dette afsnit indeholder faglige notater til brug for sagsbehandlingen på forskellige områder inden for bestemmelsen om betaling af behandlingsudgifter med videre.

Det skal understreges, at afsnittet er vejledende i forhold til den konkrete sagsbehandling. Det betyder, at de enkelte afsnit og/eller tabeller ikke skal betragtes som facitlister, da det er forholdene i den konkrete sag, der er afgørende for sagens udfald.

11.1.1. Skema til brug for det overordnede skøn over behandlingsudgifter efter méntabellen

Skemaet er opbygget efter méntabellens punkter, hvilket skulle gøre det nemmere og mere overskueligt at slå op i.

Det er formålet med skemaet, at sagsbehandlingen skal lattes og sagsbehandlingstiden gøres hurtigere. Sagsbehandleren vil ved at anvende skemaet finde svar på spørgsmål, der tidligere ofte blev besvaret af lægekonsulenterne. Det gælder blandt andet spørgsmålet om, hvor længe en given behandling har helbredende karakter og derved kan dækkes.

Skemaet omhandler både behandlingsudgifter under sagens behandling og fremtidige behandlingsudgifter samt hjælpemidler.

Skemaet er vejledende og bør alene opfattes som generelle retningslinier med plads til det konkrete skøn.

[Skema til brug for det overordnede skøn over behandlingsudgifter efter méntabellen](#)

11.1.2. Notat om tilkendelse af fremtidige behandlingsudgifter i hudsager

Arbejdsskadestyrelsen træffer afgørelse om fremtidige behandlingsudgifter, når Arbejdsskadestyrelsen af en af sagens parter bliver bedt om det.

Dette notat vil kort beskrive, ud fra hvilke kriterier der betales udgifter til behandling i hudsager. Notatet beskæftiger sig primært med behandlingsudgifter i sager om **håndeksem**, som er langt de mest almindelige hudsager, men kan i princippet også anvendes på sager om eksem på arme, ben og krop med de nødvendige konkrete afvigelser med videre.

De generelle regler gælder fuldt ud for hudsager som for øvrige sager. Er der et behov for behandling på grund af en anerkendt arbejdsskade, dækkes udgiften også, selvom ménets størrelse er under 5 procent. Det afgørende er, om behandlingsformen er helbredende. Det gælder både udgifter under sagens behandling og fremtidige behandlingsudgifter.

Data fra epidemiologiske studier viser, at varigheden af håndeksem ofte er 10-12 år. Der kan inden for dette tidsrum være symptomfri perioder. Udgangspunktet er derfor, at vi betaler behandlingsudgifter i hudsager som **permanente udgifter**. Den konkrete sag kan dog indeholde omstændigheder, der gør, at det er muligt at betale for en afgrænset periode.

Det skal bemærkes, at der som udgangspunkt ikke er adgang til at betale for en afgrænset periode, der overstiger kapitalfaktoren. Det skyldes, at dette kræver et præcist behandlingsforslag gående ud på, at behandlingen skal forløbe i et præcist antal år; noget, som ingen hudlæge kan angive med sikkerhed.

Dokumentation

Som i alle andre sager efter 2003-loven skal behandlingsbehovet i hudsager være **dokumenteret**. Det vil sige, at det af sagens oplysninger skal fremgå, at der enten har været givet behandling mod eksemet, aktuelt bliver givet behandling, eller at der er planlagt behandling. Det må altid kræves, at der er dokumentation for behandlingsbehovet, da vi risikerer at overtage behandlerens rolle, hvis vi af egen drift foreslår en behandling iværksat. Det vil typisk fremgå af speciallægeerklæringen, hvilken behandling der er iværksat.

Desværre er de dermatologiske speciallægeerklæringer ikke altid fyldestgørende med hensyn til at redegøre for den behandling, der er iværksat. I realiteten anbefaler den behandlende hudlæge i langt de fleste tilfælde behandling med fugtighedscreme og anvendelse af handsker. Dette er en grundlæggende behandlingsform, som stort set altid iværksættes, når der er et varigt håndeksem, også når det ikke står skrevet i speciallægeerklæringen. Det er derfor vigtigt at spørge den tilskadekomne, om vedkommende har haft udgifter til behandling af eksemet.

Vær opmærksom på, at fugtighedscreme og handsker er at betragte som en nødvendig behandling af eksem. Uden disse vil eksemet forværres. Det er således ikke noget krav, at der er tilskud til fugtighedscremen eller handskerne fra den offentlige sygesikring. Handsker betragtes i denne sammenhæng derfor ikke som et hjælpemiddel.

Nedenfor er en skematisk oversigt over den årlige udgift, som tilskadekomne **typisk** har til eksembehandling, alt efter hvor alvorligt og omfattende eksemet er. Oversigten skal alene tjene som udgangspunkt for vores vurdering af det fremtidige behandlingsbehov. Oversigten giver således et overblik over, hvor intensiv behandlingen **typisk** er, og hvilken type behandling, man **typisk** iværksætter, alt efter ménets størrelse. Det er således ikke en tabel, man blot kan slå op i og tilkende

erstatning ud fra, alt efter hvor stort ménet er. Jævnfør afsnittet ovenfor, så skal der være dokumentation for, at den tilskadekomne rent faktisk har udgifter til behandling af eksemet.

Vejledende skema udgifter til behandling

Håndeksem

Gruppe 1: Ingen kroniske eksemforandringer og jævnlige eller hyppige udbrud samt lette eksemforandringer og sjældne eller jævnlige udbrud: Fugtighedscreme 50 g/uge (1.820 kr.) samt udgifter til handsker med mere (1.000 kr.), i alt ca. **2.800 kroner per år.**

Gruppe 2: Lette eksemforandringer og hyppige udbrud samt moderate eksemforandringer og sjældne eller jævnlige udbrud: Fugtighedscreme 50 g/uge (1.820 kr.), udgifter til handsker med mere (1000 kr.), binyrebarkhormoncreme 50 g x 3 (225 kr.), det vil sige cirka **3.000 kroner per år.**

Gruppe 3: Moderate eksemforandringer og hyppige udbrud samt svære eksemforandringer og sjældne eller jævnlige udbrud: Fugtighedscreme 50 g/uge (1.820 kr.), udgifter til handsker med mere (1000 kr.), binyrebarkhormoncreme 50 g x 5 (375 kr.), antibiotika og Prednisolon 500 kr., det vil sige ca. **3.700 kroner per år.**

Gruppe 4: Svære eksemforandringer og hyppige udbrud eller meget svært kronisk håndeksem: Fugtighedscreme 50 g/uge (1820 kr.), udgifter til handsker med mere (1000 kr.), binyrebarkhormoncreme 50 g x 6 (450 kr.), antibiotika og Prednisolon 700 kr., det vil sige cirka **4.000 kroner per år.**

Særlige forhold vedrørende patienter i systemisk behandling (det vil sige tabletbehandling med for eksempel Imurel, Sandimmun Neoral eller Methotrexate): Her må den reelle behandlingsudgift vurderes, da prisen er meget forskellig på de nævnte præparater. Systemisk behandling varer almindeligvis 2 år.

Beløbene er bruttopriser, det vil sige før tilskud er trukket fra. Se eventuelt afsnit 2.6 om fratæk ved tilskud.

Kroniske forandringer/ Udbrudsfrekvens	Sjældne	Jævnlige	Hyppige
Ingen	<5	5	8
Lette	5	8	10
Moderate	10	12	15
Svære	20	25	30
Meget svært kronisk håndeksem med konstant aktivitet			35

Er der tale om **eksem på arme, ben og/eller krop**, eventuelt i kombination med håndeksem, vil der typisk være et større behandlingsbehov end efter skemaet, da der i så fald er tale om større hudområder, der er ramt af eksem. Udgiften i den enkelte sag vil også i disse sager bero på et konkret skøn.

Husk at fratække tilskud fra sygeforsikringen "danmark" og den offentlige sygesikring, når den fremtidige udgift beregnes.

Genoptagelse i hudsager

Der henvises til afsnit 2.9, som berører genoptagelse under sagens behandling og fremtidige behandlingsudgifter samt sager før og efter 2003-loven.

Det skal dog fremhæves, at spørgsmålet om fremtidige behandlingsudgifter kun kan genoptages, *hvis der er sket væsentlige ændringer af de forhold, der blev lagt til grund for afgørelsen*. Der ligger heri et krav om, at der skal være tale om væsentlige ændringer i de helbredsmæssige forhold. Sagen kan derfor ikke genoptages, hvis udgifterne til medicinen er steget, tilskudsreglerne har ændret sig, eller der er kommet nye medicinformer på markedet.

11.1.3. Notat om tilkendelse og beregning af fremtidige behandlingsudgifter i tandsager

Beregning af udgifter til tandbehandling

Forudsætninger

Det følgende eksempel skal illustrere, hvordan man i en typisk tandsag beregner erstatningen for tandbehandlingen.

- Tandskade uden anden personskade.
- Behandling: 1 tand udskiftes med implantat.
- Prisen for implantat: 20.000 kr. Prisen for eventuelt flere implantater findes ved simpel multiplikation.
- Overlevelsestid for implantat: 80-90 procent mere end 15 år. Der er i beregningen nedenfor gået ud fra en gennemsnitlig holdbarhedstid på 15 år.
- Gennemsnitlig levealder: Cirka 73 år for mænd og cirka 75 år for kvinder.
- Tilskadekomne: Der er regnet på en 40-årig mand (kapitaliseringsfaktor 9,297) og en 63-årig mand (faktor 2).
- Intet tilskud fra anden side.

Det forudsættes tillige, at der ikke vil være mulighed for at genoptage sagen, da tilskadekomnes situation ikke forventes at ændre sig efter tandbehandlingen. Det gælder uanset, at de naturlige tænder vil ændre sig farvemæssigt, men ikke implantatet. Herved opstår et kosmetisk problem. Dette vil ikke kunne begrunde, at sagen kan genoptages. Mere herom i afsnit om genoptagelse.

Den forventede udgift for *en 40-årig mand* vurderet på afgørelsestidspunktet vil være 3 x 20.000 kr. = 60.000 kr. Beløbet fremkommer således: Ved en gennemsnitlig levetid for implantatet på 15 år skal den 40-årige mand have foretaget implantatbehandling, når han er cirka 40 år, når han er 55 år, og når han er 70 år, i alt 3 gange 20.000 kr. = 60.000 kr.

Den forventede udgift for *en 63-årig mand* vurderet på afgørelsestidspunktet vil være 20.000 kr., da han i gennemsnit kun har 10 år tilbage at leve i.

Afgørelsen om erstatning for tandbehandling, herunder fremtidig tandbehandling

Når Arbejdsskadestyrelsen træffer afgørelse om erstatning for tandbehandling, betragtes den første udskiftning af tanden med implantat som en behandling "*under sagens behandling*".

Det betyder, at tilskadekomne får betalt den første udskiftning af tanden med implantat efter § 15, stk. 1, om betaling af udgifter til behandling "*under sagens behandling*".

Da implantatet har en begrænset levetid, jævnfør forudsætningerne, får tilskadekomne derudover et engangsbeløb til fremtidige udskiftninger af implantatet, beregnet efter reglerne i § 15, stk. 3, om permanente udgifter.

Eksempel:

Den **40-årige mand** får derved 20.000 kr. + ((årlig udgift til implantat) x kapitaliseringsfaktoren)). I kroner og øre beregnes beløbet således:

$20.000 \text{ kr.} + (20.000 \text{ kr.}/15) \times 9,297 =$

$20.000 \text{ kr.} + 12.396 \text{ kr.} = \mathbf{32.396 \text{ kr.}}$

Han får herved en egenbetaling på $60.000 \text{ kr.} - 32.396 \text{ kr.} = 27.604 \text{ kr.}$

Eksempel:

Den **63-årige mand** får $20.000 + 2.667 \text{ kr.} = 22.667 \text{ kr.}$ og opnår derved i princippet en overkompensation på 2.667 kr., der dog kun er reel, hvis han ikke bliver ældre end 78 år.

Hvis tilskadekomne er medlem af sygeforsikringen "danmark", skal et eventuelt tilskud fra "danmark" trækkes fra det beløb, som tilskadekomne kan få dækket.

Levetiden for forskellige former for tandbehandling

I eksemplerne nævnt ovenfor er der anvendt implantatbehandling med en gennemsnitlig levetid på 15 år. Eksemplerne kan udstrækkes til enhver anden form for tandbehandling, eksempelvis krone- eller brobehandling og plastfyldninger. Der kan også peges på behandlingsformer, som er endnu dyrere end implantatbehandling. Valget af 15 år som gennemsnitslevealder for implantatbehandling har ikke nogen egentlig faglig begrundelse. Moderne implantater er lavet, så de kan holde livet ud, hvis blot den tilskadekomne sørger for god mundhygiejne. Der indtræder imidlertid kosmetiske forandringer af de oprindelige tænder, som med tiden får implantatet til at fremstå meget tydeligt. Endvidere har hovedparten af befolkningen en ikke-optimal mundhygiejne. Disse faktorer gør, at implantatet ofte vil skulle udskiftes efter en årrække. Dansk Tandlægeforenings klageinstans anvender 10 år som en minimumsgrænse for, hvornår en patient kan få erstatning, hvis implantatet ikke holder. De 10 år er imidlertid ikke begrundet i videnskabelige undersøgelser eller andet statistisk materiale, men er en juridisk fastsat grænse.

Med baggrund i ovenstående betragtninger vil ASK anvende en gennemsnitlig **levetid på 15 år** som rettesnor, når man skal beregne permanente udgifter til implantatbehandling, krone- og brobehandling og en række andre former for tandbehandling.

10 år synes at være for lidt ud fra et fagligt synspunkt, og 20 år synes at være i overkanten, da kapitalbeløbene vil blive meget små, hvorved de tilskadekomne ikke bliver stillet stort bedre end efter den gamle lov.

Momenter, som kan medføre afvigelser fra den forventede levetid på 15 år:

Visse sygdomme eller symptomer hos den tilskadekomne kan medføre en lavere levetid for tandbehandlingen end 15 år. Det gælder for eksempel, hvis tilskadekomne har diabetes, får strålebehandling eller på grund af sygdom eller bivirkninger fra medicin har nedsat spyttproduktion. Der kan også være særlige typer af tandbehandling, der ofte ikke holder så længe. Det kan eksempelvis være plastfyldninger på fortænder.

Særligt om plastfyldninger

Arbejdsskadestyrelsen har efter 1992-loven den praksis, at der kan betales for plastfyldninger op til 3 gange inden for en 20-års periode.

Efter 2003-loven gælder en anden praksis. Erstatningen for fremtidige plastfyldninger beregnes således på samme måde som ved andre former for tandbehandling og med samme forudsætninger vedrørende plastfyldningens levetid som for eksempel krone- og implantatbehandling.

I sager, hvor der behandles med plastfyldning, vil der således efter ny praksis kunne betales for den første plastfyldning som en behandling ”under sagens behandling” samt ydes et kapitalbeløb for fremtidige udskiftninger af plastfyldningerne.

Hvis behandling med plastfyldning senere viser sig at være utilstrækkeligt, vil spørgsmålet om fremtidige behandlingsudgifter kunne genoptages – mere herom nedenfor.¹

Forudbestående/konkurrerende årsager

Hvis den tilskadekomne forud for ulykken har et tandsæt, hvor der løbende har været et behandlingsbehov i form af fyldninger/kroner og/eller behandling af paradentose (altså stort set gennemsnitsdanskeren med en alder på 40-50+ år), er der nu 2 situationer:

A.

Skaden anses trods tandens eller de skadede tænders tilstand inden ulykkestilfældet for at være fuldt erstatningsværdig. Den eller de skadede tænder er altså ikke nødvendigvis intakte ved ulykken, men det skønnes, at det opståede behandlingsbehov i overvejende grad skyldes ulykken og ikke forudbestående tilstande.

I disse situationer anvender vi den beregningsmodel, der er beskrevet i eksemplet i afsnit 1. Det vil sige, at hvis der er et permanent behandlingsbehov, betales den første behandling som en udgift ”under sagens behandling”, og de fremtidige behandlinger erstattes med et kapitalbeløb.

B.

Skaden anses på grund af tandens eller de skadede tænders tilstand inden ulykken for at være ikke fuldt erstatningsværdig. Den tilskadekomne får på grund af ulykkestilfældet dækket for eksempel 50 % af udgifterne og er efter behandling typisk bragt i en situation, hvor tandstatus svarer til eller er lidt bedre end status før ulykken. Det kan meget vel tænkes, at der senere vil opstå behov for behandling, som ikke fagligt lader sig adskille i en følge af tandens/tændernes tilstand inden ulykken eller en følge af ulykken.

Modellen beskrevet i første afsnit finder igen anvendelse, men med følgende modifikation: Det anbefales, at man i disse situationer betaler for behandlingen ”under sagens behandling” med en eller anden brøk eller procent (eksempelvis 50 %). Herudover erstatter man de fremtidige behandlingsudgifter med en tilsvarende brøkdelt af kapitalbeløbet.

Et eksempel: Tilskadekomne får udført kronebehandling for 5.000 kr., og Arbejdsskadestyrelsen finder, at halvdelen af denne udgift skyldes arbejdsskaden. Der skal herefter betales 50 % af de 5.000 kr. som en udgift ”under sagens behandling” + 50 % af kapitalbeløbet, der skal dække fremtidige kronebehandlinger af tanden.

Hvis ganske særlige forhold taler for det, kan der betales for fremtidige udgifter med en anden brøk end den, som er lagt til grund ved den aktuelle tandbehandling. Hvis der er overvejende sandsynlighed for, at en forudbestående tilstand i sig selv ville have medført et behandlingsbehov inden for relativt kort tid, kan der træffes afgørelse om, at der alene kan betales en del af udgiften ”under sagens behandling”, men ikke fremtidige udgifter, som derfor påhviler den tilskadekomne.

Forelæggelse for Arbejdsskadestyrelsens tandlægekonsulent

Spørgsmålet om fremtidige udgifter forelægges som udgangspunkt Arbejdsskadestyrelsen tandlægekonsulent, som vil komme med sin vurdering af, om tandbehandlingen kan forventes at have kortere eller længere levetid end udgangspunktet på de 15 år, hvis konkrete forhold taler herfor. Hvis konsulenten mener, at udgangspunktet skal fraviges i den konkrete sag, vil konsulenten give en begrundelse herfor.

Hvis der er forudbestående/konkurrerende forhold, jævnfør ovenfor, vil tandlægekonsulenten vurdere, om der ved betalingen for fremtidige behandlinger skal ske en fravigelse i forhold til den brøk, vi anvender ved betaling ”under sagens behandling.”

Hvis tandlægekonsulenten i sit svar til sagsbehandleren ikke har anført noget vedrørende fremtidige behandlinger og/eller forudbestående forhold, går sagsbehandleren ud fra hovedreglerne skitseret ovenfor.

Genoptagelse

Afsnittet vil kort pege på nogle generelle kriterier for, hvornår Arbejdsskadestyrelsen vil genoptage tandsager.

Hvornår kan der genoptages?

Ændringer i forhold, der ikke direkte vedrører tandskaden, kan ikke medføre genoptagelse. Spørgsmålet om udgifter til tandbehandling kan således ikke genoptages, hvis der på et senere tidspunkt sker ændringer i ”ydre” forhold såsom prisstigninger, ændret lovgivning, ændrede tilskudsregler med videre.

Der kan heller ikke genoptages, hvis et øget behandlingsbehov kunne forudsiges ved afgørelsen, da der i så fald vil være taget højde for den ændrede situation. Hvis der kan forudsiges at indtræde aldersbetingede forandringer på et senere tidspunkt, som nødvendiggør yderligere behandlinger, eller hvis dårlig mundhygiejne kan forudsiges at medføre udskiftninger af den skadede tand, så vil der ikke være grundlag for at genoptage, hvis tilskadekomne beder om genoptagelse på dette grundlag.

Endelig kan en sag ikke genoptages, hvis det forøgede behandlingsbehov på anden måde kan lægges tilskadekomne til last. Hvis tilskadekomne eksempelvis ikke har fulgt den tandbehandling, der var forudsat i afgørelsen om erstatning for fremtidige udgifter, men har brugt erstatningen på noget helt andet, så vil der næppe være grundlag for at genoptage sagen.

Spørgsmålet om betaling af tandbehandling vil derimod kunne genoptages, hvis der er sket **væsentlige ændringer** af de forhold, der blev lagt til grund ved afgørelsen om betaling af udgifter ”under sagens behandling” og/eller fremtidige (herunder permanente) udgifter til tandbehandling. Det kan være, hvis der viser sig væsentlige senfølger, der ikke kunne forudsiges under sagens behandling, eller hvis behandlingen slår fejl.

Hvis der for eksempel er betalt for fremtidige plastfyldninger og det senere viser sig at være nødvendigt med kronebehandling, så vil der efter en konkret vurdering kunne være grundlag for at genoptage.

Opgørelse af beløbet ved genoptagelse af udgifter til tandbehandling

Følgende eksempel beskriver, hvordan beløbet beregnes i sager, hvor Arbejdsskadestyrelsen træffer genoptagelsesafgørelse om udgifter til tandbehandling.

Forudsætninger:

Tilskadekomne: 40-årig mand (kapitaliseringsfaktoren er 9,297)

Skade: Ødelagt kindtand

Forudbestående/konkurrerende: Intet

Behandling: 1 plastfyldning

Pris: 1.000 kr.

Levetiden for en plastfyldning: 15 år

Arbejdsskadestyrelsen træffer under sagens førstegangsbehandling afgørelse om, at tilskadekomne får betalt 1 plastfyldning med 1.000 kr., og at tilskadekomne har ret til erstatning for permanente udgifter til fremtidige udskiftninger af plastfyldningen.

Beløbet opgøres således: $1.000 \text{ kr.} + (1.000 \text{ kr.}/15) \times 9,297 = 1.620 \text{ kr.}$

Efter 5 år beder tilskadekomne om genoptagelse, da han har været uheldig flere gange og under spisning har ødelagt plastfyldningen. Der skal nu foretages kronebehandling, og Arbejdsskadestyrelsen bliver præsenteret for et prisoverslag på 5.000 kr.

Arbejdsskadestyrelsen accepterer behandlingsforslag og prisoverslag og træffer ny afgørelse om udgifter ”under sagens (genoptagelses)-behandling” samt permanente udgifter. Da tilskadekomne allerede har fået erstattet fremtidige udgifter til plastfyldninger, skal denne del af den oprindelige erstatning fratrækkes den nye erstatning.

Nye forudsætninger:

Da tilskadekomne nu er 45 år, er kapitaliseringsfaktoren 8,677. Det forudsættes endvidere, at levetiden for kronebehandlingen er 15 år.

I genoptagelsesafgørelsen opgøres beløbet således:

$$(5.000 \text{ kr.} + (5.000 \text{ kr.}/15) \times 8,677) - 620 \text{ kr.} = 7.272 \text{ kr.}$$

Hvad nu, hvis den tilskadekomne i eksemplet ovenfor havde bedt om genoptagelse efter for eksempel 15 år?

I så fald gælder der skærpede krav for genoptagelse, da 5-årsfristen er udløbet. Det skal dermed være overvejende sandsynligt, at skaden er årsag til det ændrede/forøgede behandlingsbehov.

Hvis Arbejdsskadestyrelsen trods alt alligevel genoptager efter 15 år, skal man være opmærksom på, at tilskadekomne på det tidspunkt, jævnfør forudsætningerne, har haft udgifter til 2 plastfyldninger, 1 fyldning ”under sagens behandling” og 1 ”fremtidig fyldning”.

11.1.4. Hjælpemidler – eksempelvis benprotese

Den skitserede model under fremtidig tandbehandling kan også anvendes i visse sager om fremtidige udgifter til hjælpemidler. Hvis en skade eksempelvis har medført behov for en **benprotese**, vil der være et behov for fremtidige udskiftninger af protesen. Argumenterne for også at anvende modellen på sager om hjælpemidler er nøjagtigt de samme som ved tandsager. Regneeksemplerne ovenfor kan tvangsfrit overføres på sager om udgifter til proteser. Blot vil den gennemsnitlige levetid på en protese typisk være noget kortere end for tandbehandling, og prisen vil ofte være langt højere.

Bemærk, at udgifterne til hjælpemidler er primære og betales fuldt ud – også selvom der er tilskud fra det offentlige. Dog skal eventuelle tilskud fra sygeforsikringen ”danmark” altid trækkes fra. Se eventuelt afsnit 2.6 om tilskud.

Et typisk regneeksempel i en sag om en benprotese kunne se sådan ud:

Forudsætninger:

Tilskadekomne: 40-årig mand (kapitaliseringsfaktoren er 9,297)

Skade: Amputeret underben
Forudbestående/konkurrerende: Intet
Behandling: 1 stk. benprotese
Pris: 50.000 kr.
Tilskud fra ”danmark”: Intet
Levetiden for en benprotese: 3 år

Jævnfør modellen ovenfor kan erstatningen beregnes således:

$50.000 \text{ kr.} + (50.000 \text{ kr.}/3) \times 9,297 = 204.950 \text{ kr.}$

11.1.5. Notat om tilkendelse af behandlingsudgifter i anerkendte sager med psykiske følger – både under sagens behandling og fremtidige behandlingsudgifter

Indledning

Dette notat vedrører betaling af behandlingsudgifter i arbejdsskadesager, hvor tilskadekomne har fået en psykisk sygdom anerkendt som en arbejdsskade.

Notatet bygger på retningslinier, som er udviklet på baggrund af Arbejdsskadestyrelsens praksis, herunder styrelsens kliniske viden inden for området. Det er forholdene i den konkrete sag, der er afgørende for, om en behandlingsudgift skal betales eller ej på baggrund af styrelsens praksis.

Notatet berører også den problemstilling, hvor der efter en psykisk påvirkning/hændelse vil være behov for akut hjælp, før sagen er anmeldt og anerkendt.

De generelle regler for betaling af behandlingsudgifter er beskrevet i vejledningen om betaling af behandlingsudgifter. Notatet koncentrerer sig om de særlige forhold, der gør sig gældende for psykiske sygdomme.

Arbejdsskaden kan være et traume (en ulykke) eller en påvirkning, der er sket over længere tid (erhvervssygdom). Ved spørgsmål om selve anerkendelsesproblematikken henvises der til vejledning om psykiske sygdomme.

Tilskadekomne kan være berettiget til behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter under sagens behandling og som en erstatning for fremtidige behandlingsudgifter.

Under sagens behandling: Har tilskadekomne modtaget behandlingsudgifter under sagens behandling, dækkes udgifterne fuld ud, hvis betingelserne i øvrigt er opfyldt.

Fremtidige behandlingsudgifter: Ved vurdering af spørgsmålet om erstatning for fremtidige behandlingsudgifter sondres mellem udgifter til behandling i en afgrænset periode og permanente udgifter.

Om den psykiske påvirkning/traumet

For at behandlingsudgifter skal kunne dækkes, er der følgende betingelser:

- arbejdsskaden skal være så stor og af et sådant omfang, at det kan medføre en psykisk følge,
- det skal af læge eller psykolog, der har autorisation fra Psykolognævnet, være bekræftet, at der er relevante psykiske følger,
- de psykiske følger opstår i relevant tidsmæssig sammenhæng til den psykiske skade, og
- de psykiske følger er behandlingskrævende

Sygdommene

Eksempler på sygdomme:

- Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD)
 - Depressiv enkeltepisode
 - Angsttilstande
- Skizofreni og mani-depressiv sygdom er som udgangspunkt ikke følger af ulykkestilfælde eller erhvervs sygdomme.
- Følger efter whiplash-skader medfører som udgangspunkt i sig selv ikke psykiske følger. Dog kan der opstå psykiske følger, hvis påvirkningen har været voldsom og opfylder beskrivelsen nævnt ovenfor under traumat.

Behandling

Følgende behandlinger kan være relevante:

- Samtaleterapi (herunder ”kriseterapi”) udført af læge
- Samtaleterapi (herunder ”kriseterapi”) udført af psykolog, der har autorisation fra Psykolognævnet
- Antidepressiv medicin
- Eventuelt beroligende medicin ved søvnproblemer

Behandlingsvarighed og -omfang

Skemaet nedenfor er et vejledende skema udarbejdet på grundlag af praksis. Det er dog forholdene i den konkrete sag, der er afgørende for afgørelsens udfald.

	Tidspunkt for start af behandling	Antal/varighed
Samtaleterapi udført af læge eller psykolog, der har autorisation fra Psykolognævnet	Snarest muligt efter følgesymptomernes opståen. Behandlingen skal påbegyndes inden for 1-2 år efter skaden, afhængigt af, hvornår følgesymptomerne opstår i forhold til skadetidspunkt.	10-20 i en afgrænset periode
Antidepressiv medicin	Start så hurtigt som muligt efter debut af følgesymptomer. Helst inden for 1 måned og i hvert fald	Ved kronisk tilstand kan behandlingen

	inden for 1 år (evt. 2 år) efter skaden	være varig
Beroligende medicin ved søvnproblemer	<u>KUN</u> ved søvnproblemer	<u>MEGET kort tid</u> (få uger)

Behov for yderligere behandling

Behov for yderligere behandling vurderes konkret i den enkelte sag.

Det vil kræve indhentelse af yderligere dokumentation fra behandlende læge/speciallæge/psykolog.

Oftentimes vil der også være behov for en psykiatrisk speciallægeerklæring.

Behandlinger, før skaden anmeldes

Udgangspunktet er, at tilskadekomne kan få betalt behandlingsudgifter under sagens behandling. Sagen er under behandling fra den dag, anmeldelsen modtages i den sikringspligtige arbejdsgivers arbejdsulykkesforsikringssselskab, herunder statslige og kommunale forsikringsenheder, eller i Arbejdsskadestyrelsen og frem til den samlede afgørelse om erstatning med videre, jævnfør § 16.

Der er undtagelser til reglen om, at sagen skal være under behandling, for at der kan betales efter § 15, stk. 1 og 2.

--- Ulykker

Ved arbejdsulykker betales der efter praksis for behandling helt tilbage til skadedatoen, hvis en forhåndsansøgning ville have medført, at behandlingen var blevet betalt. Det kan for eksempel være, hvis en skade har medført et behov for akut krisebehandling hos en psykolog umiddelbart efter tilskadekomsten. Det forudsættes dog, at skaden vil blive anerkendt som en arbejdsskade.

--- Erhvervssygdomme

Ved erhvervssygdomme betales der normalt ikke for udgifter, som er afholdt før skadedatoen. Skadedatoen er efter lovens § 8, stk. 2, den samme dag som anmeldedatoen.

Der betales dog for behandling før skadedatoen, hvis det kan dokumenteres, at behandlingen med overvejende sandsynlighed er foretaget som følge af den sygdom, der senere anerkendes som erhvervssygdom, og at behandlingen er nødvendig for bedst mulig helbredelse af sygdommen.

11.1.6. Behandlingsudgifter i forbindelse med øjenskader

Optiske hjælpemidler

Briller kan blive slået i stykker i forbindelse med en øjenskade og erstattes derfor.

Brillebehov kan opstå efter en øjenskade for at etablere bedst muligt syn. Behovet kan opstå, hvis skaden medfører ændringer i øjets brydende systemer (hornhinde eller linse) eller som følge af

operationer på glaslegeme (vitrectomi med indlæggelse af silikoneolie) og nethinden (for eksempel ændring af øjets længde ved cerclage (snor rundt om øjet)).

Læsebriller (eller læsetillæg til afstandsbriller) er et normalt behov hos personer over 45 år og dækkes derfor kun i de (relativt få) situationer, hvor skaden har medført nedsat nærindstillingsevne.

Kontaktlinser kan være medicinsk indikeret, hvis

- a) skaden har medført stor forskel på brillestyrken mellem de 2 øjne, hvorved samsynet påvirkes på grund af manglende sammensmeltning af billederne fra de 2 øjne
- b) skaden har medført overfladeproblemer, som kan afhjælpes med en såkaldt bandagelinse.

Prismebriller kan være indikeret, hvis skaden har medført indskrænkning af øjets bevægelighed (paralyse af øjenmuskel eller mekanisk restriktion (følge efter orbitafraktur)) eller (sjældent) manifest skelen efter hovedtraume på grund af dårlig cerebral koordinering af øjenmuskler.

Svagsynsoptiske hjælpemidler kommer sjældent på tale, medmindre synsstyrken på bedste øje er mindre end 6/18, og udlånes i så fald af det offentlige.

Medicinsk behandling

Antibiotiske, antiinflammatoriske, dilaterende og tryksænkende øjendråber bruges meget ofte i behandlingen af øjenskader. Behandlingsvarigheden er helt afhængig af øjenskadens karakter og strækker sig fra få døgn til livslang behandling.

Smertestillende medicin bruges sædvanligvis kun i kortere tidsrum i forbindelse med traumet og eventuelt efterfølgende operationer (men alvorlige øjenskader kan have årelange forløb med mange operationer) og derfor intermitterende behov for smerteterapi.

Lubrikerende dråber (kunstig tårevæske) mod irritative gener bruges ofte og kan være en livslang nødvendighed, for eksempel efter termiske eller kemiske skader af øjets overflade eller ved lukkedefekter eller fejlstillinger af øjenlåg.

Anden behandling

Øjenprotese efter fjernelse af øje fremstilles individuelt og udskiftes gennem livet.

Øjenklap eller eventuelt mat glas for et øje kan være nødvendigt livslangt for at undgå dobbeltsyn, som ikke kan behandles.

Samsynstræning kan, hvis det er indikeret, sædvanligvis foregå i offentligt regi hos skeleterapeuter (orthoptister). Optikers autorisation vedrørende alene tilpasning af individuelle optiske hjælpemidler (briller og kontaktlinser) og synstræning udført af denne faggruppe må betragtes som såkaldt alternativ terapi.

11.1.7. Audiologi: Behandlingsudgifter og hjælpemidler

Dette afsnit vedrører de behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler, som kan være forårsaget af arbejdsbetingede høreskader og som er nødvendige for at opnå bedst mulige helbredelse af arbejdsskadens følger.

Afsnittet er opdelt efter méntabellens punkter.

Méntabellens punkt A.6.1. Ydre øre

Tab af ydre øre kan behandles med kirurgisk tildannelse af øre i eget væv (autologt øre) eller med protese (anoplastologisk procedure).

Eget væv: En serie operationer, som regel 3 eller 4. Foregår under indlæggelse på plastikkirurgisk afdeling. Måske i Danmark, ellers i udlandet, for eksempel Malmø. Effekten forventes permanent.

Protese: En serie operationer. Som regel i lokal anæstesi. Foregår to steder i Danmark. Proteserne skal fornyes med regelmæssige intervaller af få års varighed.

Méntabellens punkt A.6.2.2. Totalt høretab på begge ører

En særlig form for ”høreapparat” er cochleært implantat (C.I.). Dette består af en komponent, som er permanent indopereret, og en ekstern lydprocessor. Det benyttes i tilfælde af funktionel døvhed, altså på begge ører. Indikationerne revideres dog løbende. C.I. er dyrt, da operation, elektrode og processor kan andrage 300.000 kr. Hertil kommer tilpasning og kontrol (der principielt er livsvarig). Dette kan det første år efter operationen nemt beløbe sig til kr. 40-50.000, og hertil kommer en ikke ubetydelig, løbende udgift til batterier. Den eksterne processor skal fornyes cirka hvert 6. år, prisen er for nuværende kr. 60-70.000. Der er garanti på den indopererede elektrode i 10 år, men den forventes at holde noget længere. Reoperationer med skift af elektrode må dog påregnes, specielt hos yngre personer. Nogle patienter får C.I. på begge ører.

Se også afsnittet om punkt A.6.3.

Méntabellens punkt A.6.2.1. Totalt høretab på et øre

Helbredelse er som hovedregel ikke mulig.

Lindrende behandling kan undertiden være aktuel, men afhænger blandt andet af, om der er en rimelig hørelse på det andet øre. Nogle har glæde af Contralateral Routing of Signal (CROS) i form af høreapparatlignende udstyr i begge ører, forbundet trådløst eller med kabel. En alternativ mulighed er et benforankret høreapparat.

Hvis det andet øre ikke er rimeligt hørende, eventuelt med høreapparat, kan C.I. teoretisk set være indikeret.

Méntabellens punkt A.6.3. Høre- og kommunikationsevne (høreapparat)

Høreapparater er ikke direkte helbredende, men ifølge vejledningens afsnit 7.2 omfattes høreapparat (analoge og digitale) samt hørebriller.

Høreapparat udskiftes traditionelt efter 4 år. Nogle høreapparater (ørehængere) kræver en øreprop for at fungere. Undertiden er der behov for hypoallergen coating, for eksempel forgyldning.

Hvis høreapparatet er anskaffet på en privat klinik, betales udgiften, hvis den ikke overstiger prisen på et egnet/passende høreapparat, der kunne være anskaffet via det offentlige.

Et reservehøreapparat kan undertiden være indikeret, ved særlige sociale omstændigheder og afhængigt af hørelsen.

Der findes høreapparater, som tåler vand, og som altså kan være egnede til for eksempel svømmere.

Ofte vil indikationen for høreapparatbehandling være en kombination af arbejdsskaden og konkurrerende forhold.

Informationsteknologiske hjælpemidler kan i visse situationer også dækkes. Disse hjælpemidler findes i form af døvetelefon og pc med kamera samt lysanlæg, vibrator, teleslynge og forstærkere til radio/TV. Disse opstilles traditionelt af høreinstitutionerne, uden betaling. Se vejledningens afsnit 7.2.12.

I Danmark har hørehund ikke den store udbredelse.

Méntabellens punkt A.6.4.Tinnitus

Der er ikke nogen egentlig helbredende behandling for tinnitus, men absolut en række muligheder for at påvirke oplevelsen af at være tinnitusudfordret.

Et andet høreapparatlignende udstyr er ”masker”, som afgiver en lyd med forventet indflydelse på tinnitus. Findes også som puder til brug ved indsovning.

Psykologibehandling er en anerkendt del af tinnitusbehandlingen, og en vis evidens for effekt foreligger. Behandlingen kan være langvarig og ikke nødvendigvis billig. Hjælper til habituering, men næppe helbredelse.

11.1.8. Vejledning om behandlingsudgifter i arbejdsskadesager, hvor der er følger efter forvridninger, diskusprolaps, brud eller belastningsskader i hvirvelsøjlen

1. Fysioterapi

Det er den konkrete skade, der afgør, hvor mange behandlinger det er nødvendigt at foretage og over hvor lang tid.

Der er ikke videnskabelig dokumentation for, at fysioterapi ved bløddelsskader og muskelømhed i nakke-, bryst- eller lænderygsmuskulaturen virker **helbredende**.

Ved kroniske smerter i muskulaturen kan fysioterapi dog have en **symptomlindrende** effekt.

Da en række patienter føler en forbedring og symptomlindring i forbindelse med fysioterapi-behandlinger, vil man efter almindelig lægelig praksis forsøge med fysioterapi i en vis afgrænset periode, hvis der er smerteklager fra muskulaturen.

Udgifter til fysioterapibehandlinger vil derfor blive dækket i en vis afgrænset periode.

Den fysioterapeutiske behandlingsform skal være omfattet af sygesikringen. Hvis behandlingen udføres af en behandler, der ikke har overenskomst, så dækker vi den del af regningen, som vi normalt ville betale, hvis behandleren havde overenskomst.

Massage og gymnastik, som i almindelighed ikke er dækket efter § 15, betales kun, når det indgår som led i behandling hos en fysioterapeut. Ofte vil regningen indeholde en række moduler, hvor massage og gymnastik indgår.

Styrelsens praksis er:

Krav:

- Der skal være smerteklager fra muskulaturen i forbindelse med eller i tæt relation (inden for 72 timer) til skaden
- Behandlingerne skal gives af en autoriseret fysioterapeut

Dækning:

Hvis kravene er opfyldt, dækkes:

- udgifter til fysioterapibehandling som udgangspunkt i en periode på op til 3 måneder, såfremt der fortsat er smerteklager fra muskulaturen
- efter en konkret vurdering dog i særlige tilfælde op til 12 måneder efter ulykkestidspunktet, såfremt der fortsat er smerteklager fra muskulaturen. Forudsætningen er, at fysioterapibehandling er nødvendig for at undgå yderligere funktionsnedsættelse. Særlige tilfælde kan for eksempel være, hvis fysioterapi er nødvendig for gennemførelsen af anden behandling, træning eller genoptagelse/varetagelse af arbejdet

Normalt vil der maksimalt blive dækket 20-30 behandlinger inden for det første år efter ulykkestidspunktet.

Hvis vi for eksempel har truffet en afgørelse om mén og tab af erhvervsevne efter ½ år og undtagelsesvis finder, at der skal gives fysioterapi i 12 måneder, så dækkes de sidste 6 måneder som en erstatning for fremtidige behandlingsudgifter i en afgrænset periode.

2. Kiropraktorbehandling

Det er den konkrete skade, der er afgørende for, hvor mange behandlinger det er nødvendigt at foretage og over hvor lang tid.

Udgifter til kiropraktorbehandlinger og røntgenundersøgelser kan dækkes i en vis, afgrænset periode, hvis der er smerteklager fra muskulaturen og behandlingen er nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger.

Behandlingsformen skal være omfattet af sygesikringen. Hvis behandlingen udføres af en behandler, der ikke har overenskomst, så dækker vi den del af regningen, som vi normalt ville betale, hvis behandleren havde overenskomst.

Fra 1. januar 1992 er det udelukkende autoriserede kiropraktorer, der har ret til at udøve

kiropraktisk virksomhed og kalde sig kiropraktor. Autorisationen meddeles af Sundhedsstyrelsen.

Styrelsens praksis er:

Krav:

- Der skal være smerteklager fra muskulaturen i forbindelse med eller i tæt relation (inden for 72 timer) til skaden
- Behandlingerne skal gives af en autoriseret kiropraktor

Dækning:

Hvis kravene er opfyldt, dækkes:

- udgifter til kiropraktorbehandling som udgangspunkt i en periode på op til 3 måneder, såfremt der fortsat er smerteklager fra muskulaturen i relation til skaden
- efter en konkret vurdering under særlige forhold dog op til 12 måneder efter ulykkestidspunktet, såfremt der fortsat er smerteklager fra muskulaturen i relation til skaden. Forudsætningen er, at kiropraktorbehandling er nødvendig for at undgå yderligere funktionsnedsættelse.
Særlige tilfælde kan for eksempel være, hvis kiropraktorbehandling er nødvendig for gennemførelsen af anden behandling, træning eller genoptagelse/varetagelse af arbejdet

Normalt vil der maksimalt blive dækket 20-30 behandlinger inden for det første år efter ulykkestidspunktet.

Hvis vi for eksempel har truffet en afgørelse om mén og tab af erhvervsevne efter ½ år og undtagelsesvis finder, at der skal gives kiropraktorbehandling i 12 måneder, så dækkes de sidste 6 måneder som en erstatning for fremtidige behandlingsudgifter i en afgrænset periode.

3. Smertestillende medicin

Det er den konkrete skade, der afgør hvilken medicin og hvor meget og hvor længe, der er behov for smertestillende medicin.

Normalt dækkes kun medicin, der er helbredende.

Smertestillende medicin betragtes som udgangspunkt som symptomlindrende.

I forbindelse med en bløddelsskade på hvirvelsøjlen og deraf følgende muskelømhed i nakke-, bryst- eller lænderygmuskulaturen kan smertestillende medicin i visse tilfælde anses for at virke helbredende i en afgrænset periode.

Årsagen er:

- at medicinen ved at påvirke smerterne giver bedre mulighed for at træne, lave øvelser og bruge musklerne, hvorved den tilgrundliggende tilstand kan bedres
- at nogle former for smertestillende medicin (visse former for gigtmicin af for eksempel typen NSAID) kan påvirke (antiflogistisk effekt) en traumatisk opstået irritationstilstand (inflammationstilstand) i vævet og derved have en form for helbredende effekt

Efter almindelig lægelig praksis forsøges der ofte med smertestillende medicin i en vis afgrænset periode.

Styrelsens praksis er:

Krav:

- der skal være smerteklager fra muskulaturen i forbindelse med eller i tæt relation (inden for 72 timer) til skaden

Dækning:

Hvis kravene er opfyldt, dækkes:

- udgiften til smertestillende medicin som udgangspunkt i en periode på 3 måneder, såfremt der fortsat er smerteklager fra muskulaturen i relation til skaden
- efter en konkret vurdering under særlige forhold dog op til 12 måneder efter ulykkestidspunktet, såfremt der fortsat er smerteklager fra muskulaturen i relation til skaden. Forudsætningen er, at den smertestillende medicin er nødvendig for at undgå yderligere funktionsnedsættelse. Særlige tilfælde kan for eksempel være, hvis den smertestillende medicin er nødvendig for gennemførelsen af anden behandling, træning eller genoptagelse/varetagelse af arbejdet

Bilag : Liste over relevante sociale meddelelser (SM) fra Ankestyrelsen

SM U-4-02: Vedrører betaling af udgifter i forbindelse med speciallægeundersøgelse, se afsnit 10.

SM U-34-01: Vedrører privat sygeforsikring - § 15/§ 30 subsidiær, se afsnit 10.

SM U-36-01: Behandlinger – Kursus for nyblinde.

SM U-12-01: Behandlingsudgifter – forventning om betaling af udgifter til fysioterapi, se afsnit 2.

SM U-19-00: Om forordning 1408, se afsnit 6.

SM U-17-00: Om kunstig befrugtning, se afsnit 6.

SM U-10-00: Om personkreds.

SM U-9-99: Om brystprotese, se afsnit 7.

SM U-2-96: Om bilstøtte og boligindretning, se afsnit 7 og 9.

- SM U-1-80:** Om erstatning af overmundsprotese, se afsnit 8.
- SM U-7-80:** Om erstatning af briller, se afsnit 8.
- SM U-4-85:** Om udgifter til advokat, se afsnit 10.
- SM U-15-87:** Om hjælpemidler – blender, se afsnit 7.
- SM U-21-87:** Om modregning
- SM U-9-88:** Hjælpemidler – kørestole (2.stk.), se afsnit 7.
- SM U-8-89:** Om sovemedicin og hjemmehjælp, se afsnit 6 og 9.
- SM U-14-91:** Om erstatning for briller, se afsnit 8.
- SM U-2-94:** Om privat sangundervisning, se afsnit 2.6.
- SM U-3-95:** Om tandbehandling
- SM U-3-94:** Om smertestillende medicin, se afsnit 6.
- SM U-1-96:** Om frit sygehusvalg. Se afsnit 9.
- SM U-24-02:** Om MR-scanning og befodringsudgifter, se afsnit 10.
- SM U-3-03:** Om hjælpemidler og genoptræning/vippebræt, se afsnit 6 og 7.
- SM U-11-05:** Om fremtidige behandlingsudgifter, afgørelsetidspunktet, oplysningsgrundlag, underretning om allerede betalt behandling.
- SM U-2-06:** Om fremtidige behandlingsudgifter i form af tandbehandlingsudgifter – levetid på kronebehandling.
- SM U-19-06:** Om dispensation og anmeldefrister