

Udskriftsdato: 15. december 2025

VEJ nr 10173 af 17/08/2015 (Gældende)

Vejledning om behandlingsudgifter

Ministerium: Beskæftigelsesministeriet

Journalnummer: Beskæftigelessmin.
Arbejdsskadestyrelsen j.nr. 2014-0026654

Vejledning om behandlingsudgifter

Indledning

En arbejdsskade giver ifølge arbejdsskadesikringslovens §§ 15, 37 og 38 (lovbekendtgørelse nr. 278 af 14. marts 2013 om arbejdsskadesikring med senere ændringer) den tilskadekomne ret til at få betalt udgifter til behandling, hjælpemidler og andre følgeudgifter i forbindelse med skaden. Denne vejledning beskriver praksis for dækning af disse udgifter. Betingelserne er ikke udtømmende beskrevet i loven, som suppleres af bekendtgørelse nr. 999 af 20. oktober 2005 om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler efter lov om arbejdsskadesikring.

Vejledningen er opdelt i 4 hovedafsnit, der omhandler henholdsvis:

- Behandlingsudgifter (A)
- Hjælpemidler (B)
- Følgeudgifter og andre udgifter i forbindelse med sagen (C)
- Behandlingsudgifter efter tidligere lov (D)

De generelle betingelser for området er gengivet i afsnit A og særlige betingelser for behandling, hjælpemidler, følgeudgifter og øvrige udgifter i de respektive hovedafsnit. Ved opslag under et område bør man således orientere sig om de generelle betingelser for dækning af udgifter.

Vejledningen tager udgangspunkt i arbejdsskadesikringsloven, der gælder for skader, der er sket, eller erhvervssygdomme, der er anmeldt 1. januar 2004 eller senere. Hvis der er særlige regler for betaling af udgifter i forbindelse med skader sket eller erhvervssygdomme anmeldt før 1. januar 2004, henvises der i vejledningen særskilt hertil, for eksempel i afsnit D vedrørende tidligere lov.

Generelle eksempler er gengivet direkte i teksten. Principafgørelser og domme er angivet i tekstbokse uden for den øvrige tekst.

Vejledningen er først og fremmest skrevet til brug for medarbejdere i forsikringsselskaberne, Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring, AES og Arbejdsskadestyrelsen, når de skal vurdere anmodninger om betaling af udgifter i forbindelse med en skade. Vejledningen er dog udformet, så den også kan anvendes af andre med interesse for området.

Som bilag til vejledningen findes et skema, der kan anvendes ved vurdering af anmodningen om dækning af behandlingsudgifter.

Vejledningen vedrører i forhold til arbejdsskadesikringslovens § 15 behandlinger i forbindelse med en anerkendt arbejdsskade. Vejledningen beskriver ikke praksis om behandlingsudgifter i forhold til personskadebegrebet på baggrund af Højesterets dom af 8. november 2013. Vedrørende personskadebegrebet henvises til Tillægsnotat til vejledning om anerkendelse af ulykker.

Kompetence og klageadgang

Forsikringsselskaber, forsikringsenheder i staten og i selvforsikrede kommuner samt Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring, AES, kan i arbejdsskadesager selv tage stilling til spørgsmål om betaling af behandlingsudgifter, udgifter til hjælpemidler, følgeudgifter samt fremtidige behandlingsudgifter. Det betyder, at mange sager om behandling, hjælpemidler med videre alene behandles i selskaber og enheder.

Er forsikringsselskabet i tvivl om betalingen, kan spørgsmålet indbringes for Arbejdsskadestyrelsen.

Hvis tilskadekomne eller dennes repræsentant er uenig i selskabets/enhedens beslutning om betaling af behandling og hjælpemidler, kan spørgsmålet kræves forelagt for Arbejdsskadestyrelsen til egentlig afgørelse. Selskabet/enheden skal skriftligt orientere tilskadekomne om denne mulighed.

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 påklages til Ankestyrelsen.

Såfremt 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.

Afvises skaden som en arbejdsskade, kan der ikke betales for udgifter til behandling eller udgifter til hjælpemidler. Hvis forsikringen allerede har betalt tilskadekomnes udgifter, kan forsikringen som altovervejende hovedregel ikke kræve, at tilskadekomne betaler pengene tilbage.

Afsnit A: Behandlingsudgifter

1. Lovhjemmel

Arbejdsskadesikringsloven, lovbekendtgørelse nr. 278 af 14. marts 2013 med senere ændringer:

§ 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 sundhedsloven 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.

Stk. 6. Arbejdsskadestyrelsens direktør fastsætter regler om, at forsikringsselskaberne og Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring kan tage stilling til krav vedrørende dækning af udgifter omfattet af stk. 1-4.

Arbejdsskadestyrelsens direktør har i medfør af § 15, stk. 5, udstedt bekendtgørelse nr. 999 af 20. oktober 2005 om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler efter lov om arbejdsskadesikring.

Arbejdsskadestyrelsens direktør har i medfør af § 15, stk. 6, udstedt bekendtgørelse nr. 998 af 20. oktober 2005 om forsikringsselskabernes og Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikrings adgang til at behandle krav om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler m.v. efter lov om arbejdsskadesikring.

1.1. Dækning af behandlingsudgifter i forhold til anden lovgivning og forsikringsordninger

Det fremgår af § 15, stk. 1, at udgifter til behandling, der kan betales efter sundhedsloven, eller som er et led i behandlingen på offentligt sygehus, ikke kan dækkes efter bestemmelsen. Arbejdsskadeloven er således subsidiær i forhold til anden lovgivning for så vidt angår behandlingsudgifter.

Hvis tilskadekomne kun kan få dækket en del af udgiften til behandling efter sundhedsloven, kan den resterende del dækkes efter arbejdsskadesikringsloven. Det skal bemærkes, at tilskadekomne har pligt til at udnytte sin ret til behandlinger i henhold til sundhedsloven. Dette betyder, at en tilskadekomne højst kan få dækket udgifter svarende til en eventuel egenbetaling i henhold til sundhedsloven. Dette følger af princippet om tilskadekomnes tabsbegrænsningspligt.

Bestemmelsen om dækning af behandlingsudgifter 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.

Principafgørelse U-2-94: Det påhvilede ikke et forsikringsselskab at refundere udgifterne til en 38-årig sanglærers privatundervisning i sangteknik. Sanglæreren, som havde fået anerkendt "sangerknuder" som en arbejdsskade, var blevet tilbudt gratis stemmevejledning i offentligt regi, men valgte i stedet at tage stemmeundervisning hos en privat sangpædagog.

1.2. Tilskudsberettiget behandling

Arbejdsskadeloven stiller ikke krav til, hvilken type behandling, der skal være tale om, for at den kan dækkes efter loven. Det altovervejende udgangspunkt er imidlertid, at behandlingen skal være tilskudsberettiget efter sundhedsloven. Årsagen er, at der dermed er sket en form for offentlig godkendelse af behandlingsformen. Undtagelser til hovedreglen er eksempelvis dækning af udgifter til handsker og bandager til behandling af eksemplidelser eller brandsår. Handsker og bandager er ikke tilskudsberettigede efter sundhedsloven, men der vil efter en konkret vurdering kunne dækkes efter arbejdsskadeloven, såfremt de øvrige betingelser er opfyldt.

Det betyder også, at alternativ behandling som udgangspunkt ikke dækkes. Se endvidere side 25.

1.2.1. Overenskomst med sygesikringen

Hvis tilskadekomne vælger en behandler, der har overenskomst med sygesikringen, er det kun tilskadekomnes egenbetaling efter tilskud, der kan dækkes.

Vælger tilskadekomne derimod en behandler, der ikke har overenskomst med sygesikringen, dækkes kun den del af brugerbetalingen, som tilskadekomne ville have fået dækket, såfremt behandleren havde haft overenskomst med sygesikringen, det vil sige egenbetalingen efter tilskud. Det følger også af princippet om tilskadekomnes tabsbegrænsningspligt. Refusion forudsætter dog, at selve behandlingen er tilskudsberettiget, jævnfør afsnit 1.2.

1.2.2. Tilskud fra anden side og dækning af udgifter betalt af andre

Tilskadekomne kan som nævnt alene få dækket sin faktiske udgift til behandling. Det vil sige det beløb, der er tilbage, når tilskud fra sygesikringen er trukket fra. Hvis tilskadekomne er medlem af Sygeforsikringen "danmark" eller har tegnet en anden form for privat sygeforsikring og denne yder tilskud til behandlinger, skal disse tilskud også trækkes fra, hvorefter tilskadekomne kan få dækket restbeløbet. Dette skyldes, at tilskadekomne ikke skal overkompenseres.

Udgifter til behandling efter en arbejdsskade afholdt af andre end tilskadekomne selv kan ikke dækkes efter loven. Når eksempelvis en arbejdsgiver har tegnet en privat sygeforsikring, som dækker behandling af ansatte efter en arbejdsskade, kan den tilskadekomne heller ikke få dækket udgifterne, idet vedkommende ikke selv har haft en faktisk udgift til behandling. Arbejdsgiveren eller den private sygeforsikring kan heller ikke få dækket udgifterne til behandling.

Principafgørelse 29-11: Det er kun sikrede, som er berettiget til at få dækket udgifter til behandling. Udgifter til behandling kan ikke dækkes, når arbejdsgiver har afholdt udgiften. Når arbejdsgiver har en forsikringsordning, hvorefter regningen for behandling bliver sendt til arbejdsgiver, og sikrede således ikke har en faktisk udgift til behandling, kan udgiften til behandling ikke dækkes efter arbejdsskadesikringsloven.

1.3. Dokumentation for udgifter

Det er tilstrækkelig dokumentation for udgifter, at tilskadekomne eller forsikringsselskabet indsender en tydelig kopi af regningen for de afholdte behandlinger. Det skal fremgå af regningen, hvilken type behandling der er tale om, hvornår behandlingerne er foretaget, og hvilken behandler der har foretaget dem.

Ved fremtidige behandlingsudgifter, hvor der endnu ikke har været foretaget behandling, er et behandlingsoverslag, eksempelvis fra en tandlæge, tilstrækkelig dokumentation. Hvis der er foretaget enkelte behandlinger ud af et planlagt længerevarende forløb, er regningen for de foretagne behandlinger tilstrækkelig dokumentation.

2. Betingelser for dækning af udgifter

Dækning af udgifter efter § 15 forudsætter, at skaden kan anerkendes som arbejdsskade efter loven. Derudover er der nogle generelle betingelser, der skal være opfyldt for, at behandlingsudgifter kan dækkes efter arbejdsskadeloven.

Det skal bemærkes, at hvis en skade afvises som arbejdsskade, så træffer Arbejdsskadestyrelsen kun afgørelse om, at vi ikke tager stilling til eventuelle spørgsmål om behandlingsudgifter efter lovens § 15.

2.1. Årsagssammenhæng

Behandling kan kun dækkes, hvis den er nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse for skadens følger. Det betyder blandt andet, at den pågældende behandling skal være nødvendig for bedst mulig helbredelse af skadens følger og være nødvendiggjort af skaden. Der skal samtidig være lægelig indikation for behandlingen.

Det betyder i praksis, at behandlingen skal foretages i tidsmæssig sammenhæng med skadens opståen, og som udgangspunkt inden skaden er stationær. Desuden må behandlingerne forventes at være nødvendige for at opnå den bedst mulige optræning eller helbredelse af skadens følger. Jo længere tid, der er gået efter arbejdsskaden, desto større krav stilles der til dokumentation for årsagssammenhæng mellem skaden og behandlingens nødvendighed samt til dokumentationen for behandlingens helbredende effekt. Hvis behandlingerne eksempelvis foretages, længe efter skaden er sket, eller der allerede er givet mange behandlinger, kan det være Arbejdsskadestyrelsens vurdering, at yderligere behandlinger ikke har helbredende effekt, og de vil derfor ikke kunne dækkes. Det er ikke et krav, at den tilskadekomne bliver helt rask efter skaden. Det er heller ikke et krav, at den tilskadekomne er blevet henvist til behandlingen af en læge.

Behandling, som alene har en midlertidig, lindrende effekt, betales normalt ikke.

Eksempler:

- Tilskadekomne forstuvede sin ankel, da hun gled på et vådt gulv. 6 måneder efter ulykken var sket, var der ikke udsigt til yderligere bedring af skadens følger, og behandlinger foretaget efter dette tidspunkt kunne derfor ikke forventes at have en helbredende effekt. Tilskadekomne kunne derfor ikke få dækket udgifter til behandlinger foretaget efter dette tidspunkt.
- Tilskadekomne pådrog sig flere komplicerede brud og en skade på menisk og korsbånd i venstre ben efter at være faldet 4 meter ned fra et stillads. 4½ år efter skaden var der opstået slidgigt i venstre knæ, og tilskadekomne skulle derfor have indsat et nyt knæ. Efter operationen bad tilskadekomne om at få dækket udgifter til 10 fysioterapibehandlinger foretaget inden for 4 måneder efter operationen. Selvom der var gået mere end 4 år efter ulykken, kunne behandlingerne dækkes, fordi de var foretaget i tidsmæssig sammenhæng med knæoperationen, som var en følge af skaden, og fordi behandlinger forventedes at mindske følgerne efter operationen.

2.2. Forhåndstilsagn og berettigede forventninger om betaling af behandlingsudgifter

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, AES eller 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.

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.

2.2.1. Stop for yderligere betaling—Ved betaling 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.

Principafgørelse U-12-01: Sikrede var efter en skulderskade i marts 1997 berettiget til dækning af udgifter til de behandlinger hos fysioterapeut, der fandt sted i perioden fra 18. november 1997 til den 8. april 1998.

Ankestyrelsen lagde vægt på, at sikrede ikke af forsikringsselskabet var blevet nærmere vejledt om, at dækning af udgifterne til behandling hos fysioterapeut forudsatte, at forsikringsselskabet eller Arbejdsskadestyrelsen vurderede, at behandlingen var nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse. Sikrede blev endvidere ikke vejledt om muligheden for at søge forhåndstilsagn om dækning af fremtidige behandlingsudgifter.

Ankestyrelsen lagde endvidere vægt på, at udgifter til behandling hos fysioterapeut i perioden fra maj 1997 til oktober 1997 var blevet betalt af forsikringsselskabet, hvorved der måtte antages at være skabt en forventning om, at selskabet ville fortsætte med at betale udgifterne, i hvert fald indtil sikrede modtog anden besked.

Disse forhold kunne efter Ankestyrelsens opfattelse ikke udelukkes at have haft betydning for sikredes dispositioner, hvilket resulterede i, at sikrede fik en uventet udgift til behandling hos fysioterapeut i perioden fra 18. november 1997 til 7. april 1998. Først efter modtagelse af Arbejdsskadestyrelsens afgørelse af 8. april 1998 kunne sikrede ikke længere siges at have haft en forventning om at få udgifterne til behandling hos fysioterapeut dækket.

2.3. Forudbestående eller konkurrerende sygdom

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

Bestemmelsen om omvendt bevisbyrde i arbejdsskadesikringslovens § 12, stk. 2 anvendes ikke, når det skal afgøres om behandlingsudgifter kan dækkes. Det betyder, at det er tilskadekomne, der skal godtgøre sammenhængen mellem den anerkendte skade og behandlingsbehovet.

Ovenstående illustreres i principafgørelse U-72-13, der omhandlede fradrag for forudbestående behandlingsbehov for en tandskade.

Se endvidere Østre landsretsdom af 3. september 1998.

Østre Landsrets dom af 3. september 1998: Landsretten har i denne sag, hvor Ankestyrelsen var part i sagen, 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.

I forhold til allerede iværksat behandling forud for en arbejdsskade, kan det være relevant at afdække om der er opstået nyt eller yderligere behandlingsbehov.

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.

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.

3.1. Hovedregel

Sagen er under behandling fra den dag, anmeldelsen modtages i den sikringspligtige arbejdsgivers arbejdsulykkesforsikringsselskab, herunder statslige og kommunale forsikringsenheder, eller i Arbejdsskadestyrelsen, og frem til, at der træffes endelig afgørelse om varigt mén, erhvervsevnetabserstatning, udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter, jævnfør Bekendtgørelse nr. 999 af 20. oktober 2005.

Ved sager, hvor der klages over en afgørelse, gælder følgende:

Hjemvisning: Hvis afgørelsen om behandlingsudgifter under sagens behandling påklages og Ankestyrelsen hjemviser sagen til fornyet behandling i Arbejdsskadestyrelsen, betragtes sagen som værende under behandling, indtil Arbejdsskadestyrelsen har truffet en ny afgørelse. Det gælder også den periode, hvor en afgørelse om mén eller erhvervsevnetab er under behandling. 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.

Tiltrædelse eller ændring: Hvis Ankestyrelsen tiltræder eller ændrer Arbejdsskadestyrelsens afgørelse, er sagen ikke under behandling fra det tidspunkt, hvor Arbejdsskadestyrelsen traf den samlede afgørelse (afgørelse om mén og erhvervsevnetab), jævnfør Bekendtgørelse nr. 999 af 20. oktober 2005. Under Ankestyrelsens klagebehandling anses sagen ikke for at være under behandling.

3.2. Undtagelser

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

Undtagelse 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.

Undtagelse 2: Erhvervssygdomme

Ved erhvervssygdomme betales der normalt ikke for udgifter, som er afholdt før 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 gælder typisk ved tandskader og hudsager.

Undtagelse 3: Tilsagn om betaling

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

Forsikringsselskabet, AES 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 og AES' 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.

Eksempel:

- 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.

3.3. Forholdet mellem udgifter under sagens behandling og fremtidige udgifter

Uanset om Arbejdsskadestyrelsen eventuelt har truffet en delafgørelse om behandlingsudgifter, er sagen stadig under behandling, indtil der er truffet endelig afgørelse om varigt mén og tab af erhvervsevne jf. § 16. 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.

Der kan være ret til dækning af behandlingsudgifter og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter ”under sagens behandling”, efter delafgørelsen om fremtidige behandlingsudgifter er truffet, og frem til den endelige afgørelse om mén og tab af erhvervsevne. Det er dog en forudsætning, at den tilskadekomne ikke dermed bliver overkompenseret, altså får betalt de samme udgifter både i form af dækning af fremtidige udgifter og i form af dækning af udgifter ”under sagens behandling”.

De behandlingsudgifter, der måtte være betalt ”under sagens behandling”, skal ikke trækkes fra ved opgørelsen af de fremtidige udgifter til behandling og udgifter til hjælpemidler samt følgeudgifter. Se nærmere i bekendtgørelse nr. 999 af 20. oktober 2005.

4. Fremtidige behandlingsudgifter

Efter § 15 kan der betales for fremtidige udgifter til behandling af skadens følger, enten i form af fremtidige udgifter for en afgrænset periode, se afsnit 4.1, eller i form af permanente udgifter, se afsnit 4.2.

Der kan således betales udgifter til behandling, udgifter til hjælpemidler og følgeudgifter, som først afholdes efter, at sagsbehandlingen er afsluttet. Efter § 15, stk. 3, skal erstatning for fremtidige udgifter til helbredelse, optræning og hjælpemidler som følge af arbejdsskaden fastsættes til et engangsbetrag.

Muligheden for dækning af fremtidige behandlingsudgifter gælder kun for sager, der behandles efter gældende lov. Der kan ikke træffes afgørelse om fremtidige behandlingsudgifter for ulykker sket før og erhvervssygdomme anmeldt før 1. januar 2004, se også vejledningens Afsnit D.

Der gælder 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 udgiften kan dækkes efter arbejdsskade-loven.

4.1. Beregningsgrundlaget for fremtidige udgifter

Erstatning for fremtidige udgifter for en afgrænset periode og permanente fremtidige 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, ligger den til grund for beregningen.

Der tages udgangspunkt i tilskadekomnes egenbetaling (nettoprisen). Det vil sige, at tilskud fra den offentlige sygesikring, Sygeforsikringen ”danmark” eller andre forsikringsordninger skal være trukket fra bruttoprisen.

Udgifter til fremtidige behandlinger m.v. dækkes med udgangspunkt i det fremtidige behandlingsbehov. Der tages udgangspunkt i tilskadekomnes aktuelle udgifter på afgørelsens tidspunkt. Prisen, både bruttoprisen og tilskadekomnes egenbetaling (patientandel), fremgår af kvitteringer fra apotek, fysioterapeut, kiropraktor m.v. 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.

4.2. Fremtidige behandlingsudgifter i en afgrænset periode

Der kan konkret være et behov for behandling i en kortere eller længere periode efter skaden. 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:

- Social- og sundhedsassistenten, som har forvredet ryggen i forbindelse med løft af en klient, har behov for kiropraktorbehandlinger og smertestillende medicin i 8 måneder efter afgørelsen om anerkendelse, mén og tab af erhvervsevne, da behandlingen efter lægelig indikation vil kunne sikre bedst mulig helbredelse af de smerter der fortsat er.
- Tømreren, som har forvredet skulderen, har behov for 20 fysioterapibehandlinger efter afgørelsen om anerkendelse, mén og tab af erhvervsevne 8 måneder efter ulykken, da behandlingen efter en lægelig indikation vil kunne sikre bedst mulig helbredelse af de gener der fortsat er.
- Bankassistenten, som har været udsat for et væbnet røveri, har efterfølgende behov for 5 psykologbehandlinger.
- 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 en periode.

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

4.3. Fremtidige, permanente behandlingsudgifter

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

Fremtidige permanente udgifter dækkes, hvis tilskadekomnes helbredsmæssige tilstand ville forværres uden behandlingen/hjælpemidlet.

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

- 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 kanyle, og dermed er blevet smittet, vil have et permanent behov for HIV-medicin.
- Håndboldspilleren, som under en kamp bliver ramt af en albue i ansigtet med en tandskade til følge, vil have behov for at få udskiftet en tandkrone cirka hvert 15. år.

Fælles for de ovennævnte eksempler er, at skadens følger bliver permanent forværret, hvis ikke behandlingen fortsættes.

I modsætning til ovennævnte eksempler vil der ikke kunne betales for fysioterapi eller smertestillende medicin som en permanent behandlingsudgift. Smertestillende medicin lindrer alene 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 og vil efter en periode alene have en midlertidig lindrende effekt.

Fremtidige udgifter til hjælpemidler dækkes, når det kan forudses, at tilskadekomne fremover vil have behov for hjælpemidlet til at formindske arbejdsskadens følger.

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.

4.3.1. 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.

Tandproteser holder erfaringsmæssigt ikke resten af livet, men skal på et tidspunkt udskiftes. 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 kroner, 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. Engangsbeløbet til dækning af de permanente udgifter beregnes som den årlige udgift til implantatet ganget med den relevante kapitaliseringsfaktor på tidspunktet for afgørelsen.

Eksempel:

– Beløbet beregnes således for en 40-årig mand:

$(20.000 \text{ kroner} / 15) \times 14,309 \text{ (satsen for 2014)} = 19.079 \text{ kroner.}$

– Beløbet beregnes således for en 63-årig mand:

$(20.000 \text{ kroner} / 15) \times 1,251 \text{ (satsen for 2014)} = 1.668 \text{ kroner.}$

Der er altså ikke tale om en fuldstændig dækning af de ekstra omkostninger til tandbehandling, som tilskadekomne må afholde på grund af skaden. Som det fremgår af eksemplerne, har alder stor betydning for kapitaliseringsfaktorens størrelse og dermed for erstatningen.

Hvis den tilskadekomne forud for ulykken havde et tandsæt, hvor der løbende har været et behandlingsbehov i form af fyldninger, kroner eller behandlinger, kan der blive tale om tre forskellige situationer og beregninger:

a. Fuld dækning

Den eller de tænder, der blev skadet ved ulykken, er fuldt erstatningsværdige. Tænderne var ikke nødvendigvis intakte ved ulykken, men det skønnes, at det opståede behandlingsbehov i overvejende grad skyldes ulykken og ikke tandens forudbestående tilstand.

I disse situationer anvendes den beregningsmodel, der er beskrevet ovenfor. Det vil sige, at den første behandling dækkes som en udgift "under sagens behandling". Hvis der er et permanent behandlingsbehov, dækkes de fremtidige behandlinger med et engangsbeløb.

b. Delvis dækning

Den eller de tænder, der blev skadet ved ulykken, er på grund af deres tilstand før skaden ikke fuldt erstatningsværdige. Der dækkes typisk med 50 procent. Den tilskadekomne er efter behandling søgt bragt i en situation, hvor tandstatus svarer til . før ulykken.

I denne situation anvendes beregningsmodellen ovenfor, men med følgende modifikation: I disse situationer betales der for behandlingen under sagens behandling med en brøkdel (eksempelvis 50 procent). Herudover dækkes efter en konkret vurdering de fremtidige behandlingsudgifter med en tilsvarende brøkdel af engangsbeløbet.

Eksempel:

- En tilskadekomnen får udført kronebehandling for 5.000 kroner. Arbejdsskadestyrelsen vurderer, at halvdelen af udgiften skyldes arbejdsskaden. Arbejdsskadestyrelsen træffer afgørelse om betaling af 50 procent af de 5.000 kroner som en udgift under sagens behandling + 50 procent af kapitalbeløbet, der skal dække fremtidige kronebehandlinger af tanden.

Beløbet beregnes således for en 40-årig mand: $5.000 \text{ kroner} \times 0,5 + (5.000 \text{ kroner} / 15 \times 0,5) \times 14,309$ (satsen for 2014) = 2.500 kroner + 2.385 kroner = 4.885 kroner.

c. Delvis dækning og ingen dækning af fremtidig behandling

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

4.3.2. Særligt om hudsager

I hudsager er der erfaringsmæssigt et permanent behov for behandling, og udgifter vil kunne dækkes som fremtidige permanente behandlingsudgifter.

Behandlingen, der iværksættes i hudsager, vil som regel bestå i fugtighedscreme og anvendelse af handsker, og disse betragtes som en nødvendig behandling af eksem. Årsagen er, at uden disse vil eksemet forværres. Det er således ikke noget krav i hudsager, at handskerne og fugtighedscremen er tilskudsberettigede, og handsker betragtes i denne sammenhæng ikke som et hjælpemiddel.

Der skal være dokumentation for behandlingen, og det vil ofte fremgå af den dermatologiske speciallægeerklæring, at der er iværksat behandling med handsker og creme, og hvilken slags creme, der er tale om. Hvis dette ikke er tilfældet, må dokumentation indhentes hos den tilskadekomne.

4.3.3. Særligt om hjælpemidler

Beregningsmodellen i afsnit 4.3.1. anvendes også til fastsættelse af fremtidige udgifter til hjælpemidler.

Hvis en skade eksempelvis har medført behov for en benprotese, vil der være et permanent behov for fremtidige udskiftninger af protesen. En underbensprotese koster cirka 50.000 kroner. Levetiden for en underbensprotese er cirka 3 år, hvilket skyldes almindeligt slid, protesens mekaniske levetid, og at amputationsstumpen ændrer sig. Tilskadekomne har således en permanent fremtidig udgift til udskiftning af hjælpemidlet. Udgiften til den første protese dækkes ”under sagens behandling”.

Engangsbeløbet til dækning af de fremtidige permanente udgifter beregnes som den årlige udgift til protesen ganget med den relevante kapitaliseringsfaktor på tidspunktet for afgørelsen.

Eksempler:

- Beløbet beregnes således for en 40-årig mand:

$(50.000 \text{ kroner} / 3) \times 14,309 \text{ (satsen for 2014)} = 238.483 \text{ kroner.}$

- Beløbet beregnes således for en 63-årig mand:

$(50.000 \text{ kroner} / 3) \times 1,251 \text{ (satsen for 2014)} = 20.850 \text{ kroner.}$

Håndsyede sko anvendes blandt andet til behandling af brud på hælbenet. Hvis en skade har medført behov for håndsyede sko, vil der være et permanent behov for udskiftning af disse. De koster cirka 10.000 kroner, og de har en levetid på cirka 6 måneder.

Eksempler:

- Beløbet beregnes således for en 47-årig mand:

$(10.000 \text{ kroner} \times 2) \times 10,799 \text{ (satsen for 2014)} = 215.980 \text{ kroner.}$

- Beløbet beregnes således for en 63-årig mand:

$(10.000 \text{ kroner} \times 2) \times 1,251 \text{ (satsen for 2014)} = 25.020 \text{ kroner.}$

Beløbet dækker ikke fuldstændigt tilskadekomnes udgifter til hjælpemidler. Tilskadekomne kan via sin kommune undersøge mulighederne for at få dækket differencen gennem den sociale lovgivning.

4.3.4. Beregning af fremtidige medicinudgifter

Når tilskadekomnes fremtidige udgifter til medicin fastsættes, skal der tages højde for, at der findes forskellige muligheder for tilskud.

Inden for den offentlige sygesikring findes en række muligheder for tilskud til medicin. En del af den medicin, som man kan købe på recept, har et generelt tilskud. Det betyder, at der automatisk gives tilskud efter de gældende tilskudsgrænser, når man køber medicinen. Apoteket rapporterer køb af tilskudsberettiget medicin til det Centrale Tilskuds Register, CTR. Herefter yder den offentlige sygesikring et procentuelt tilskud, afhængig af det samlede beløb, som en person køber for på et år. Man skal ikke have en særlig bevilling for at få det generelle tilskud. Derudover kan ens læge under særlige omstændigheder søge om et individuelt, personligt tilskud til medicinudgifter, for eksempel kronikertilskud eller terminaltilskud. Læs mere om medicintilskud fra det offentlige på: www.borger.dk.

En stor del af befolkningen er desuden forsikret i Sygeforsikringen ”danmark”. Sygeforsikringen ”danmark” dækker hele eller en del af egenbetalingen til receptpligtig medicin. Størrelsen på dækningen afhænger af, om man er forsikret i gruppe 1, gruppe 2 eller gruppe 5, samt om der ydes offentligt tilskud til medicinen. Læs mere på: www.sygeforsikring.dk.

Det er tilskadekomnes faktiske udgifter til medicin, efter fratræk af diverse tilskud, der kan dækkes efter loven. Der kan blive tale om en skønsmæssig fastsættelse, hvor der så vidt muligt tages højde for tilskudsmulighederne.

4.4. Forholdet mellem erstatninger for udgifter for en fremtidig afgrænset periode og permanente udgifter

Permanente fremtidige udgifter beregnes altid som den forventede årlige udgift ganget med den relevante kapitaliseringsfaktor. Tilskadekomnes alder er afgørende for kapitaliseringsfaktorens størrelse. Er tilskadekomne 63 år eller ældre, ganges den forventede årlige udgift med kapitaliseringsfaktoren 1,251 (satsen for 2014).

Der skal altid foretages en konkret vurdering af, om de fremtidige udgifter skal dækkes for en afgrænset periode eller som permanente udgifter.

I de situationer, hvor der foreligger et præcist behandlingsoverslag fra læge eller behandler, vil der være tale om udgifter for en fremtidig afgrænset periode. I det tilfælde vil de konkrete fremtidige udgifter kunne dækkes. Der foretages altså ikke beregning med kapitaliseringsfaktor i en sådan situation.

5. Hvor bliver behandlingen foretaget?

5.1. Behandling her i landet

Behandlingen skal som udgangspunkt foretages af en behandler med overenskomst med sygesikringen. Dette gælder, uanset om der er tale om lægebehandling, tandlægebehandling eller anden behandling.

Hvis en tilskadekommen vælger en behandler uden overenskomst med sygesikringen, dækkes den del af regningen, som tilskadekomne selv skulle have betalt, hvis der var overenskomst, se afsnit 1.2.1.

5.2. Behandling på private hospitaler og klinikker

Behandling, herunder operation, på private hospitaler og klinikker kan ikke betales. Eventuel ventetid på offentlige sygehuse er ikke tilstrækkelig grund til, at behandlingen på private hospitaler kan betales.

5.3. Optræningscentre

Der kan i særlige tilfælde betales udgifter til behandling i visse optræningscentre. Der skal som ved de øvrige behandlingsformer være lægelig indikation for behandlingen, og det forudsættes, at tilskadekomne er blevet henvist til behandlingen af en læge. Der skal som altovervejende hovedregel være indhentet forhåndstilsagn fra Arbejdsskadestyrelsen, inden behandlingen iværksættes. Optræningen skal foretages som efterbehandling under lægelig kontrol i umiddelbar tilknytning til sygebehandlingen.

5.4. Behandling i udlandet

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

EU-reglerne findes i forordning 883/2004 og forordning 987/2009. Reglerne anvendes inden for hele EØS-området og i forhold til Schweiz. Efter forordning 883/2004, artikel 36, har en arbejdstager, der har pådraget sig en arbejdsskade, ret til naturalydelser efter reglerne i bopæls- eller opholdslandet, som om vedkommende var sikret i bopæls- eller opholdslandet. Ved naturalydelser forstås blandt andet sygebehandling, hjælpemidler og proteser.

De udgifter til naturalydelser, som bopæls- eller opholdslandet har haft, opgøres og sendes som et refusionskrav til den kompetente stat, som eventuelt fordeler betalingskravet på flere institutioner efter den nationale lovgivning. Den kompetente institution kan ikke begrænse betalingen til det beløb, der skulle være betalt efter den lovgivning, der gælder for den kompetente institution. Den kompetente institution kan heller ikke nøjes med at betale ydelser, som kan tilkendes efter den lovgivning, der gælder for den kompetente institution.

Eksempel

En tysk skuespiller fik ansættelse på et dansk teater. Under denne ansættelse kom hun til skade. Efter skaden flyttede hun tilbage til Tyskland. Skaden var omfattet af teatrets arbejdsskadeforsikring. I Tyskland havde hun mulighed for at blive behandlet for arbejdsskadens følger, som om skaden var sket i Tyskland. Det vil sige, at hun havde ret til betaling for behandlingstyper (naturmedicin) og behandlingsmåder (privathospital), som i Tyskland ydes til borgere, der er sikret efter tysk arbejdsskadeforsikring. Det påhviler derfor Danmark som kompetent stat at betale refusion for udgifterne til behandlingerne. Arbejdsskadesikringen – forsikringsselskabet eller AES – skal imidlertid ikke betale andet og mere end foreskrevet i lovens § 15. Det vil sige tilskadekomnes egenandel af udgifter til medicin og behandling og udgifter til personlige hjælpemidler og proteser. Resten af beløbet skal betales af Patientombuddet.

Eksempel

En arbejdstager har bopæl i Tyskland og arbejder i Danmark. Pågældende kommer ud for en arbejdsulykke. Efter at tilskadekomne har modtaget behandling på et dansk sygehus, bliver vedkommende transporteret til Tyskland, hvor vedkommende modtager sygebehandling, genoptræning og personlige hjælpemidler i overensstemmelse med tysk lovgivning, som om vedkommende var sikret i Tyskland. Den tyske ulykkesforsikring – DGUV – står for alle ydelser og opgør det samlede beløb på en blanket som

sendes til Arbejdsskadestyrelsen, som er kontaktorgan for så vidt angår arbejdsskader. Arbejdsskadesikringen skal imidlertid ikke betale andet og mere end foreskrevet i lovens § 15. Resten af beløbet skal betales af Patientombuddet og den kommune, som har ansvaret for revalidering.

Arbejdsgiverens forsikringsselskab/AES kan i medfør af lovens § 15, stk. 1, blive pålagt at betale erstatning for tilskadekomnes eventuelle egenandel af udgifterne til behandling, herunder udgifter til fremtidig behandling. Forsikringsselskabet/AES skal desuden betale den del af refusionskravet, som vedrører hjælpemidler, da arbejdsskadesikringen i medfør af lovens § 15, stk. 2, hæfter for udgifter til hjælpemidler. De øvrige udgifter til sygebehandling og genoptræning hæfter arbejdsskadesikringen ikke for.

5.4.2. Behandling i udlandet uden for EØS-området

Det kan pålægges forsikringsselskabet at betale for nødvendig behandling i udlandet uden for EØS-området, når tilskadekomne er udsendt til midlertidigt arbejde eller er forhyret til arbejde på et skib under dansk flag.

Hvis tilskadekomne er søfarende på dansk skib, afholdes udgifter til behandling og transport til behandlingssted primært af Søfartsstyrelsen efter bekendtgørelse om den særlige sygesikringsordning for søfarende.

Diplomater er omfattet af Udenrigsministeriets særlige forsikringsordning.

6. De enkelte behandlingsformer

6.1. Bemærkninger til behandlinger

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 astma-medicin og smertestillende medicin. Handsker til brug ved hudsygdomme og bandager betragtes også som et led i behandlingen.

6.2. Behandlingsformer, som normalt dækkes

Nedenfor opregnes de mest almindelige former for behandling og genoptræning, der kan dækkes. Opregnelsen er ikke udtømmende, og der opstår løbende nye behandlingsformer, hvor udgifterne efter en konkret vurdering vil kunne dækkes efter loven. Der henvises i øvrigt til de generelle regler i afsnit A, punkt 2.

Det er den konkrete skade, der afgør, hvor mange behandlinger det er nødvendigt at få foretaget 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. Desuden er det et krav at skaden anerkendes som arbejdsskade efter loven.

Det er kun tilskadekomnes egentlige udgifter, der kan dækkes, det vil sige den del af regningen, som ikke betales af det offentlige og eventuelle private sygeforsikringer, for eksempel Sygeforsikringen ”danmark”.

Fysioterapi, biomekanisk bevægelsesterapi og kiropraktorbehandling

Udgifter til fysioterapi og kiropraktorbehandling kan dækkes, når der er tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdsskaden og smerternes opståen og behandlingerne udføres af en autoriseret fysioterapeut eller kiropraktor. Behandlingerne skal efter en konkret vurdering af skadens art og omfang dækkes, når behandlingen er nødvendig for at opnå den bedst mulige optræning eller helbredelse af skadens følger.

Det er altid en konkret vurdering, i hvor lang tid og i hvilket omfang behandlingen er nødvendig for at mindske arbejdsskadens følger mest muligt. Normalt dækkes op til 20-30 behandlinger i de første 12 måneder efter skaden. Hvis tilskadekomne på grund af arbejdsskaden gennemgår en operation, vil vedkommende igen kunne få dækket udgifter til genoptræning, også selvom der er gået længere tid efter skaden.

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

Massage, gymnastik og laserbehandling

Udgifter til massage, gymnastik og ”blød” laserbehandling dækkes, hvis det foregår som en integreret del af en individuel behandling hos en fysioterapeut. Udgifter til røntgenundersøgelser som en del af behandlingen hos en kiropraktor kan ligeledes dækkes.

Røntgenundersøgelse

Røntgenundersøgelse sker ofte i forbindelse med anden behandling, for eksempel tandbehandling, og kan som følge af denne behandling dækkes.

Akupunktur – udført af læge

Akupunktur, der udføres af en læge, kan dækkes. Hvis behandlingen udføres af andre, dækkes den ikke, da disse behandlinger ikke er dækket efter lov om sundhedssikring.

Manuel medicin

Begrebet manuel medicin dækker over metoder til undersøgelse og behandling af lidelser i nakke, ryg, arme og ben. 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 sundhedsloven.

Psykologbehandling

Ved psykiske personskader kan det være relevant med psykologbehandling, antidepressiv medicin og/eller beroligende medicin ved søvnproblemer.

Ved fysiske personskader dækkes psykologbehandling som udgangspunkt ikke. En hændelse, der har medført en fysisk skade, kan dog være så særligt belastende, for eksempel et voldsomt trafikuheld eller fald fra flere meters højde, at psykologbehandling efter en konkret vurdering kan betales.

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

Den behandlende psykolog skal være autoriseret af Psykolognævnet. Det er ikke et krav, at psykologen har overenskomst med sygesikringen. Hvis den tilskadekomne vælger en psykolog uden overenskomst med sygesikringen, kan der kun dækkes den del af regningen, som tilskadekomne skulle have betalt, hvis der var overenskomst.

Principafgørelse 111-13:

Ikke dækning af udgifter til psykolog som følge af en fysisk personskade

Der er som hovedregel ikke tale om behandlinger med varigt helbredende effekt i arbejdsskadesikringslovens forstand, når tilskadekomne går til psykolog for at lære at håndtere og leve med de smerter og de ændringer i livet, som en fysisk arbejdsskade har medført. I disse tilfælde dækkes udgiften til psykologsamtaler derfor som hovedregel ikke af lovens regler om dækning af udgifter til behandling.

Dette skyldes, at en fysisk personskade som altovervejende udgangspunkt ikke er egnet til at forårsage en psykisk personskade. Efter en konkret vurdering kan udgifter til psykolog-behandling efter en fysisk arbejdsskade dog dækkes, hvis der har været tale om hændelser af særligt belastende karakter, der er egnet til at give psykiske gener. Tilskadekomne bliver kompenseret for sine daglige gener som følge af arbejdsskaden, herunder smerterne og de gener de giver i dagligdagen, i godtgørelsen for varigt mén.

Dækning af udgifter til psykolog som følge af en psykisk personskade

Tilskadekomne har ret til dækning af udgifter til psykologsamtaler, når der er tale om en psykisk personskade, der er anerkendt eller kan anerkendes som en arbejdsskade. Dette er for eksempel tilfældet, hvis tilskadekomnes liv eller helbred har været i alvorlig fare, eller hvis tilskadekomne har haft rimelig grund til at føle sig udsat for en sådan fare.

Det vil også være tilfældet, 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. Det er dog fortsat et krav, at psykolog-behandlingen har været nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse af arbejdsskadens følger.

Plastre og forbindinger

Udgifter til plastre og forbinding kan dækkes, også selvom der er tale om et fabrikat, der ikke forhandles på landets apoteker.

Handsker til brug ved hudsygdomme

Handsker betragtes som et led i behandlingen og ikke som et hjælpemiddel. Er anvendelsen nødvendig, vil udgifterne kunne betales efter loven.

Tøj som forbindinger

Der er mulighed for at få dækket udgifter til for eksempel bomuldstøj til behandling af betydelige brandsår.

Bideskinner

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

Køkkenredskaber

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

Principafgørelse U-15-87: En tilskadekomnen kunne som følge af kæbebensbrud i en periode på 6 uger kun indtage flydende kost. Han anskaffede sig derfor en køkkenmaskine.

Ankestyrelsen fandt, at en blender havde været nødvendig for at sikre resultatet af den sygebehandling, han var underkastet som følge af den anerkendte arbejdsskade. Ankestyrelsen fandt herefter, at blenderen var omfattet af begrebet sygebehandling i arbejdsskadeforsikringslovens § 30. Ved fastsættelsen af beløbets størrelse måtte det tages i betragtning, om den anskaffede maskine kunne anvendes til andre formål end dem, der var nødvendiggjort af behandlingen.

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. Generelt om medicin

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.

For medicin gælder også, at 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.

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.

Principafgørelse U-3-94 På baggrund af de ændrede regler om tilskud og receptpligt på sygesikringsområdet har Ankestyrelsen behandlet nogle sager om hjælp efter den tidligere arbejdsskadeforsikringslovs § 25 til dækning af udgifter til smertestillende medicin. Spørgsmålet var, om der som betingelse for at yde hjælp efter denne bestemmelse kunne stilles krav om, at den smertestillende medicin skulle være tilskudsberettiget og receptpligtig efter sygesikringsloven.

Det kunne ikke udledes af de ændrede regler om tilskud og receptpligt på sygesikringsområdet, at ændringerne skulle have afsmittende virkning eksempelvis på arbejdsskadeforsikringsområdet. Uden udtrykkelig hjemmel kunne der ikke indfortolkes et krav om, at der som betingelse for at få hjælp efter arbejdsskadeforsikringslovens § 25, skulle være tale om tilskudsberettiget medicin eller receptpligtig medicin.

Ankestyrelsen fandt herefter, at der kunne ydes hjælp til dækning af udgifter til smertestillende medicin efter arbejdsskadeforsikringslovens § 25, når det ud fra en lægelig vurdering var indiceret at indtage smertestillende medicin som led i en nødvendig behandling af arbejdsskadens følger. I tilfælde af tvivl herom måtte forsikringsselskabet/Arbejdsskadestyrelsen indhente lægeerklæring fra behandlende læge.

Smertestillende medicin

Smertestillende medicin er som udgangspunkt kun symptomlindrende og ikke helbredende. I forbindelse med skader kan smertestillende medicin imidlertid i visse tilfælde anses for at virke helbredende i en afgrænset periode. Årsagen er, at medicinen ved at dæmpe smerterne giver bedre mulighed for at træne, lave øvelser og bruge musklerne, hvorved den grundlæggende tilstand forbedres. Nogle former for smertestillende medicin (for eksempel visse former for gigtmedicin af typen NSAID) kan påvirke en traumatisk opstået irritationstilstand i vævet og dermed have en form for helbredende effekt.

Smertestillende medicin kan efter Arbejdsskadestyrelsens praksis dækkes i en periode på op til 3 måneder efter skaden. I særlige tilfælde kan det dækkes op til 12 måneder efter skaden, hvis det er nødvendigt for at sikre gennemførelsen af anden behandling, træning eller genoptagelse/varetagelse af arbejdet.

Beroligende medicin kan kun betales, hvis medicinen samtidig er smertestillende.

Medicin ved øjenskader

Antibiotiske, antiinflammatoriske, dilaterende (udvidende) og tryksænkende øjendråber bruges meget ofte i behandlingen af øjenskader. Varigheden af behandlingen afhænger af øjenskadens karakter og kan strække sig fra få døgn til resten af livet.

Smertestillende medicin efter en øjensskade bruges som regel kun i et kortere tidsrum i forbindelse med selve skaden og eventuelle efterfølgende operationer. Alvorlige øjenskader kan have årelange forløb med mange operationer og dermed tilbagevendende behov for smertestillende medicin.

Lubrikerende dråber (kunstig tårevæske) mod irritative gener bruges ofte, og der kan være tale om et livsvarigt behandlingsbehov, eksempelvis efter termiske eller kemiske skader af øjets overflade eller ved lukkedefekter og fejlstilling af øjenlåg.

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.

Astmamedicin

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.

Potensfremmende midler

Der vil kunne dækkes udgifter til eksempelvis Viagra. Er behovet for potensfremmende midler af permanent karakter, kan medicinen dækkes efter en konkret vurdering.

Medicin ved hudsygdomme og hudcremer

Den relevante behandling ved hudsygdomme 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.

Følgemedicin

Det er muligt at få dækket udgifter til medicin, som det er nødvendigt at indtage som følge af bivirkninger ved indtagelse af medicin ordineret for følger af skaden. Det kan for eksempel være tilfældet, hvis den smertestillende medicin giver problemer i form af forstoppelse eller mavesår. Der vil således i disse tilfælde kunne dækkes for eksempel afføringsmedicin (Magnesia) og mavesårsmedicin.

6.4. Behandlingsformer, som normalt ikke dækkes

Massage, gymnastik, ”blød” laserbehandling

Dækkes ikke, medmindre det foregår som en integreret led i en individuel behandling hos en fysioterapeut.

Styrketræning, medlemskab af fitnessklub, pilates, almindelig svømning, varmvandstræning

Dækkes ikke, idet styrketræning og andre motionsformer ikke antages at være en del af et behandlingsforløb.

Afspænding

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

Der henvises til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 710 af 27. juni 2008 om tilskud efter sundhedsloven til fysioterapeutisk behandling. Efter bekendtgørelsens § 7 kan der blandt andet ydes tilskud til afspænding.

Akupunktur – udført af andre end læger

Disse behandlinger dækkes ikke, da de ikke er dækket efter lov om sundhedssikring.

Alternativ behandling – zoneterapi, kinesiologi, naturmedicin, kraniosakral-terapi med videre

Der foreligger ikke fornøden lægelig dokumentation for, at sådanne behandlingsformer har en varig helbredende virkning. Behandlingerne er derfor ikke tilskudsberettigede og kan ikke dækkes.

Synstræning hos optiker

Der vil her være tale om en form for alternativ behandling, som ikke kan betales.

Genoptræning af hjerneskadede

Som udgangspunkt betales behandling på genoptræningscenter ikke. Det skyldes, 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 sundhedsloven eller som led i behandlingen på et offentligt sygehus. Desuden er der på nuværende tidspunkt ikke lægevidenskabelig dokumentation for, at genoptræning af hjerneskadede har en varig helbredende effekt. Patienten lærer derimod at håndtere og fungere med sin hjerneskade. Der kan derfor heller ikke betales for følgeudgifter til behandlingen.

Principafgørelse 90-11: Der er ikke ret til dækning af udgifter til behandling cirka 3 ½ år efter et kraniebrud.

Lovens betingelser om, at behandlingen skal have helbredende effekt, er ikke opfyldt, selvom det er oplyst, at skadelidte efter opholdene på X-klinik havde opnået funktionsforbedringer.

Tilskadekomne havde fået en hjerneskade som følge af en arbejdsskade i 2003. I den efterfølgende periode havde tilskadekomne gennemgået to længerevarende optræningsprogrammer i offentligt regi. I 2006 og 2007 deltog tilskadekomne i to intensive kurser på en genoptræningsklinik, hvor tilskadekomne opnåede funktionsforbedringer på flere områder.

Ankestyrelsen lagde vægt på, at behandlingerne 3 år efter skaden ikke kunne anses for at have en helbredende effekt på skadens følger. Det måttet antages, at tilstanden på tidspunktet for behandling havde været stationær igennem et længere stykke tid. Ankestyrelsen vurderede, at tilskadekomne ville have et varigt behov for træning og funktionsvedligeholdelse.

Kurser – tillæring af nye kompetencer

Principafgørelse U-36-01: Sikrede havde ved en arbejdsskade pådraget sig en alvorlig synsnedsættelse og søgte efterfølgende optagelse på et socialpsykologisk revalideringskursus for nyblinde. Sikredes 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.

Afsnit B: Hjælpemidler

7. Lovhjemmel

Arbejdsskadesikringslovens § 15 har følgende ordlyd:

§ 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 sundhedsloven 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.

Stk 6. Arbejdsskadestyrelsens direktør fastsætter regler om, at forsikringsselskaberne og Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring kan tage stilling til krav vedrørende dækning af udgifter omfattet af stk. 1-4.

Arbejdsskadestyrelsens direktør har i medfør af § 15, stk. 5, udstedt bekendtgørelse nr. 999 af 20. oktober 2005 om betaling af udgifter til sygebehandling og hjælpemidler efter lov om arbejdsskadesikring.

7.1. Generelle betingelser

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 sygebehandlingen eller genoptræningens resultater, eller
- for at formindske arbejdsskadens følger, eller
- for nøjere at kunne bestemme omfanget af erhvervsevnetabet og/eller graden af 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 være anskaffet for at erstatte tabet eller bedre funktionen af en legemsdel, der er beskadiget ved arbejdsskaden, og skal som udgangspunkt være individuelt fremstillet eller tilpasset.

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 efter § 15, stk. 3, 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 tilskadekomne ville være berettiget til at få udgiften dækket efter anden lovgivning.

Efter § 112 i serviceloven (lovbekendtgørelse nr. 254 af 20. marts 2014 om social service) skal kommunalbestyrelsen yde støtte til hjælpemidler til personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Bevillingskompetencen til støtte til optiske hjælpemidler, arm- og benproteser, høreapparater samt særlige informationsteknologiske hjælpemidler hører under kommunen.

Hvis kommunen eller regionen har betalt for anskaffelsen af et hjælpemiddel, der er nødvendigt under behandlingen af en arbejdsskadesag, kan kommunen/regionen søge refusion for udgiften hos forsikringsselskabet. Kommunen/regionen kan også søge refusion i de tilfælde, hvor der er truffet afgørelse om erstatning for fremtidige udgifter til hjælpemidler. Tilskadekomne har kun ret til dækning af udgifter, som han/hun selv har afholdt. Hvis kommunen allerede har dækket en udgift, som ville kunne dækkes efter § 15, stk. 2, skal denne udgift fratrækkes det beløb, der udbetales til tilskadekomne.

Er staten arbejdsgiver, kan kommunen/regionen søge refusion fra den statslige forsikringsenhed, hvis skaden er sket den 1. januar 1997 eller senere (for erhvervssygdomme gælder anmeldelsen som skadedato). Er skadedatoen før den 1. januar 1997, rettes henvendelse til Arbejdsskadestyrelsen. Kommunen/regionen kan indbringe spørgsmålet om refusion for Arbejdsskadestyrelsen, men kan ikke anke styrelsens afgørelse, jævnfør lovens § 44.

7.1.2. ”Lignende hjælpemidler”

Ud over proteser og briller kan der betales for lignende hjælpemidler, for eksempel et høreapparat.

Der kan betales for hjælpemidler, der erstatter tabet eller bedre funktionen af en legemsdel, der er blevet beskadiget ved en arbejdsskade. Generelt kan der være mulighed for at dække udgifter til hjælpemidler, hvis dækningen er med til at begrænse erhvervsevnetabets størrelse.

7.1.3. Luksusbetonede hjælpemidler

Efter styrelsens praksis betales hjælpemidler i god kvalitet til normal fuld afhjælpning af skadefølgerne. Derimod betales som udgangspunkt ikke for hjælpemidler af højere standard, herunder luksusbetonede hjælpemidler, for eksempel dyre modesolbriller. I det tilfælde betales kun for den del, der svarer til, hvad et ikke-luksusbetonet hjælpemiddel skønnes at koste. Dog kan der efter omstændighederne betales for hjælpemidler af høj standard, herunder luksusprægede hjælpemidler, når dette kan begrænse tilskadekomnes tab af erhvervsevne.

7.1.4. Reservehjælpemidler

Reservehjælpemidler vil som hovedregel ikke kunne betales. Det vil normalt ikke være nødvendigt for den tilskadekomne at anskaffe sig et reservehjælpemiddel. Dog vil der kunne betales for et reservehjælpemiddel, hvis hjælpemidlet er vanskeligt at transportere uden for hjemmet.

7.1.5. Fremtidige udgifter

Efter § 15, stk. 3, kan fremtidige udgifter til visse hjælpemidler dækkes med et engangsbeløb. Beløbet dækker udgifter for en fremtidig afgrænset periode eller som en permanent, fremtidig udgift. Det gælder eksempelvis arm- og benproteser. Hvis en protese er nødvendiggjort af en arbejdsskade, så vil tilskadekomne have et livsvarigt behov for at forny protesen med jævne mellemrum. Udgiften hertil fastsættes som i eksemplet i afsnit 4.3.3.

7.1.6. Hjælpemiddel som behandling

Selvom betingelsen om, at hjælpemidlet skal være individuelt tilpasset, ikke er opfyldt, kan hjælpemidlet betales, hvis hjælpemidlet er en del af en behandling og skaden ikke helbredes, medmindre hjælpemidlet bruges. En lang række hjælpemidler vil således kunne refunderes i en afgrænset periode, typisk i forbindelse med et genoptræningsforløb. Det gælder eksempelvis bandager, støttebind og rygbælter.

7.2. Hjælpemidler, som normalt betales

Her nævnes nogle af de hjælpemidler, som kan betales efter loven. Opremsningen er ikke udtømmende, da der kan være andre hjælpemidler, der kan betales efter en konkret vurdering.

Se skematisk oversigt over de enkelte hjælpemidler sidst i afsnittet.

Briller

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

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.

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.

Kontaktlinser

Kontaktlinser kan betales, hvis det efter en lægelig vurdering findes, at tilskadekomne ikke kan tåle 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 og 8.3.

Høreapparater (analoge og elektroniske) og hørebriller

Hvis en tilskadekomne mister en del af eller hele det ydre øre ved en ulykke, kan dette behandles med enten en kirurgisk tildannelse af øret eller med en protese. I begge tilfælde foregår behandlingerne på sygehus og vil derfor være omfattet af den offentlige sygesikring.

Ved totalt høretab på begge ører kan man ved en operation få indsat et cochleært implantat (CI). Det er et elektronisk apparat, der giver øget lydopfattelse ved hjælp af elektriske signaler, der sendes til hørenerven. CI-operationer og efterfølgende tilpasning og kontrol foregår i offentligt regi og er omfattet af den offentlige sygesikring.

Høreapparater og hørebriller er som udgangspunkt ikke helbredende, men de medvirker til at afhjælpe følger af en nedsat funktion, ligesom de er individuelt tilpassede.

Bandager, herunder knæ- og ankelbandage

Disse hjælpemidler kan betales, selvom de ikke er individuelt tilpassede, hvis de anvendes som del af en behandling.

Øjenskader

Ved en skade, som medfører ændringer i øjets brydende systemer (hornhinde eller linse), eller efter operation på øjets glaslegeme eller nethinde, kan tilskadekomne få behov for briller.

Læsebriller eller læsetillæg til afstandsbriller er et normalt behov hos personer over 45 år, og de kan derfor kun dækkes, hvis en skade har medført en nedsat nærindstillingsevne.

Kontaktlinser kan være medicinsk indikeret, hvis

- skaden har medført en stor forskel på øjnenes brillestyrke, hvorved samsynet påvirkes på grund af manglende sammensmeltning af billederne fra de to øjne, eller
- skaden har medført overfladeproblemer, der kan afhjælpes med en bandagelinse.

Prismebriller kan være nødvendige, hvis en skade har medført nedsat bevægelighed i øjet (paralyse af øjenmuskel eller mekanisk restriktion eller skelen efter hovedtraume på grund af dårlig cerebral koordinering af øjets muskler). Svagsynoptiske hjælpemidler er sjældent nødvendige, medmindre synsstyrken på bedste øje er mindre end 6/18, og de udlånes da typisk af det offentlige.

Anden behandling for øjenskader

En øjenprotese efter fjernelse af øjet fremstilles individuelt og skal udskiftes med jævne mellemrum resten af livet. En øjenklap eller mat glas for et øje kan være nødvendigt for at undgå dobbeltsyn.

Samsynstræning vil sædvanligvis foregå i offentligt regi hos skeleterapeuter. En optiker har alene autorisation til at tilpasse briller og kontaktlinser, og synstræning udført af denne faggruppe betragtes derfor som alternativ behandling og kan ikke dækkes.

Kørestole

For at udgifter til kørestole kan dækkes, skal der være tale om egentlige kørestole. Andre former for stole, der er specielt indrettet for handicappede, dækkes ikke.

Principafgørelse U-9-88: Ankestyrelsen fandt, at det kunne pålægges forsikringsselskabet under sagens behandling at afholde udgiften til to kørestole til en mand, som var blevet lam i begge ben som følge af en arbejdsskade. For at kunne færdes i dårligt føre havde han behov for både en indendørs og en udendørs stol.

Ortopædisk fodtøj og skoindlæg

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 om året.

Principafgørelser 8-12, 9-12 og 10-12: Ankestyrelsen fandt i alle sagerne, at sikrede havde behov for to specialfremstillede par sko/skoindlæg årligt resten af livet for at mindske arbejdsskadens følger. De sikredes varige behov for sko/skoindlæg til arbejde og fritid og det meget skiftende klima i Danmark bevirkede, at Ankestyrelsen mente, at to par sko/skoindlæg årligt var nødvendige.

Hypoallergisk fodtøj

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

Brystproteser

Der mulighed for at dække udgifter til reparation og eventuel udskiftning af hjælpemidler, som er blevet beskadiget som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder arbejdet foregår.

Ankestyrelsen tiltrådte Arbejdsskadestyrelsens afgørelse om afslag på dækning af brystproteser med en ændret begrundelse i nedenstående principafgørelse U-9-99.

Principafgørelse U-9-99: Ankestyrelsen vurderede, at selvsiddende brystproteser må anses for omfattet af lovens § 30, stk. 2, om hjælpemidler. Der blev herved lagt vægt på, at sådanne brystproteser i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne, og at brystproteser tilpasses individuelt.

I den konkrete sag vurderede Ankestyrelsen imidlertid, at der ikke forelå tilstrækkelig dokumentation for, at protesen skulle være beskadiget som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder arbejdet foregik.

Der var herved lagt vægt på, at der ikke nærmere var beskrevet en enkelt arbejdsrelateret påvirkning, som kunne antages at have medført, at protesen lakkede. Det er kendt, at sådanne proteser kan lække af flere forskellige årsager, og at lækken normalt først vil vise sig længere tid efter beskadigelsen af protesen.

Parykker

Udgifter til paryk kan dækkes, da en paryk afhjælper de varige følger efter skaden. Parykken vil desuden ofte være individuelt tilpasset.

Vakuumpumpe

Udgiften til en vakuumpumpe til afhjælpning af impotens kan dækkes, når det er godtgjort, at pumpen efter en lægelig vurdering virker, og når anskaffelsen er nødvendig for at formindske arbejdsskadens følger.

Særlige informationsteknologiske hjælpemidler

Særlige informationsteknologiske hjælpemidler er 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.

Disse hjælpemidler erstatter eller bedrer funktionen af en legemsdel (eksempelvis struben og tungen), men er som udgangspunkt ikke individuelt fremstillede til den tilskadekomne og vil derfor ikke kunne dækkes efter loven. Dog gælder det, som for andre typer hjælpemidler, at hvis en individuel tilpasning er en væsentlig del af installationen og/eller anvendelsen af hjælpemidlet, så vil den kunne betales efter arbejdsskadeloven.

7.3. Hjælpemidler, som normalt 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. Hjælpemidler, som anvendes som led i en behandling, kan dog betales, selvom de ikke er individuelt tilpassede.

Arbejdstøj eller andet tøj

Tøj vil ikke kunne betales, da det ikke er individuelt tilpasset og ikke erstatter eller bedrer funktionen af en beskadiget legemsdel.

Almindelige sko

Almindelige sko kan som altovervejende regel ikke betales, medmindre 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 retningslinjer, der gælder for ortopædisk fodtøj. Se afsnit 7.2.

Sikkerhedsfodtøj

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

Bygningsmæssige forandringer i hjemmet

Sådanne forandringer falder uden for lovens formål og vil ikke kunne betales.

Principafgørelse U-2-96 En skadelidt kørestolsbruger var ikke berettiget til at få dækket udgifter til boligændringer, herunder ændringer af kondirum. Skadelidte kunne heller ikke få dækket udgifter til en bil, der var tilkendt som hjælpemiddel i henhold til bistandslovens § 58, stk. 3. —Ankestyrelsen henviste til, at såvel bygningsmæssige ændringer som udgifter til hjælpemiddelbil falder udenfor begrebet hjælpemidler m.v. i arbejdsskadesikringslovens forstand. —Ankestyrelsen lagde herved vægt på, at der alene var hjemmel til at dække udgifter til nødvendig sygebehandling eller optræning under sagens behandling for at opnå bedst mulig helbredelse. Almindelig konditionstræning var

ikke omfattet af lovens bestemmelser. —Ankestyrelsen lagde endvidere vægt på, at "lignende hjælpemidler" efter arbejdsskadeforsikringslovens § 30 omfatter hjælpemidler, der i art og omfang alene kan anses for at være anskaffet for at erstatte tabet af eller bedre funktionen af en legemsdel, der er blevet beskadiget ved arbejdsskaden. Hjælpemidlet skal som udgangspunkt være individuelt fremstillet/tilpasset.

Invalidebiler

Kan ikke dækkes. Se principafgørelse U-2-96 ovenfor.

Almindelige brugsgenstande, motionsredskaber og legeredskaber

Principafgørelse U-3-03: Ankestyrelsen har behandlet en sag om ret til dækning af udgifter til et vippebræt og en bold anvendt efter en arbejdsskade som led i genoptræningen af et knæ.

Ankestyrelsen fastslog, at udgifter til vippebræt og bold ikke kunne dækkes efter bestemmelsen om nødvendig sygebehandling og optræning, da der ikke foreligger lægevidenskabelig dokumentation for at brug af et vippebræt eller lignende har behandlende eller genoptrænende virkning.

Udgifterne kunne heller ikke dækkes efter bestemmelsen om proteser, briller og lignende hjælpemidler, da et vippebræt og en bold ikke kunne betragtes som lignende hjælpemidler.

7.4. Oversigt over hjælpemidler

Oversigt over, hvilke hjælpemidler, der kan betales/ikke betales. Listen er ikke udtømmende.	Dækkes	Dækkes ikke
Briller	X	
Arbejdsbriller	X	
Solbriller	X	
Kontaktlinser	X	
Høreapparater – analoge og elektroniske	X	
Hørebriller	X	
Bandager, herunder knæ- og ankelbandager	X	
Forbindinger	X	
Krykker	X	
Støttestrømper	X	
Støttekorsetter	X	
Støttebind	X	
Rygbælter/dorsibælter	X	
Tandproteser	X	
Øjendråber	X	
Øjenprotese	X	
Læsebriller	Hvis skaden har medført en nedsat nærindstillingsevne	
Prismebriller	X	
Kørestole	X	
Ortopædkirurgisk fodtøj og skoindlæg	X	
Hypoallergisk fodtøj	X	
Brystproteser	X	
Parykker	X	
Vakuumpumpe	X	
Særlige informationsteknologiske hjælpemidler	X	
Arbejdstøj eller andet tøj		X
Almindelige sko		X

Sikkerhedsfodtøj		X
Bygningsmæssige forandringer i hjemmet		X
Særlige handicapvenlige møbler, herunder senge med tilbehør		X
Invaldebiler		X
Anskaffelse eller ændring af arbejdsredskaber		X
Husholdningsredskaber		X
Almindelige husholdningsartikler, for eksempel engangsvaskeklude og sæbespåner		X
Almindelige brugsgenstande		X
Motionsredskaber og legeredskaber		

8. Hjælpemidler beskadiget under arbejdet

Efter arbejdsskadeloven 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 arbejdet eller de forhold, hvorunder arbejdet foregår. Der behøver ikke nødvendigvis at være sket en egentlig personskade.

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

Det er kun de hjælpemidler, der er nævnt i § 15, stk. 2, der kan dækkes 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 fremtidig behov for udskiftning af hjælpemidler.

8.1. Betingelser for betaling af det ødelagte hjælpemiddel

De betingelser, der skal være opfyldt, for at der kan ydes erstatning efter § 15, stk. 4, er, at:

- hjælpemidlet er nævnt i § 15, stk. 2, og
- hjælpemidlet er anvendt under arbejdet, og
- hjælpemidlet er blevet beskadiget som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder arbejdet foregår

Alle tre betingelser skal være opfyldt.

De hjælpemidler, som er nævnt i § 15, stk. 2, er proteser, briller og lignende hjælpemidler samt kørestole. For en afgrænsning af området for 'lignende hjælpemidler', se afsnit 6.1.2.

Betingelsen om, at hjælpemidlet skal være anvendt under arbejdet, er naturligvis opfyldt, når hjælpemidlet er i brug på det tidspunkt, det bliver beskadiget. Hvis den ansatte efterlader et hjælpemiddel på sin arbejdsplads, og det bliver beskadiget, vil det normalt ikke kunne dækkes. Hjælpemidlet kan kun dækkes, hvis det sandsynliggøres, at hjælpemidlet faktisk er beskadiget eller bortkommet som følge af arbejdet. Har hjælpemidlet været efterladt i længere tid på arbejdspladsen, er betingelsen normalt ikke opfyldt.

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 i 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.

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

Principafgørelse U-1-80: En 65-årig mand tabte sin overmundsprotese ved et nyseanfald under sit arbejde med at slå kanter langs en bæk for tidsler og andre vækster. Ankestyrelsen fandt, at han var berettiget til erstatning for tab af protesen, idet tabet måtte anses for at være en følge af de forhold, hvorunder arbejdet foregik.

Bortkommer et hjælpemiddel ved tyveri, kan det ikke erstattes efter lov om arbejdsskadesikring.

Eksempler

- En ansat lægger sine briller til side et øjeblik, og en kollega eller den ansatte selv kommer til at lægge noget oven på brillerne, så de knækker. Brillerne kan betales.
- En landbrugsmedhjælper taber som følge af arbejdet brillerne i en høstak. Brillerne kan ikke findes. Brillerne må anses for bortkommet og kan betales.
- En kontomedarbejder har et par ekstra briller liggende i sin skuffe. De bruges ikke dagligt, hvor hun anvender sine almindelige briller. Hun opdager en eftermiddag, 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 brillerne kan ikke betales.
- Et par briller, der opbevares i en brystlomme, kan dækkes, hvis arbejdsforholdene er årsag til, at brillerne bliver klemte eller falder ud af lommen og derved beskadiges.
- En tandprotese tabes i vandet fra en fiskekutter. Protesen bortkommer på grund af de forhold, som arbejdet foregår under, og kan betales.

Gradvis nedslidning af hjælpemidlet som følge af arbejdet kan også berettige til erstatning.

Principafgørelse U-7-80: En maskinarbejder havde i november 1978 indgivet anmeldelse om, at hans briller i løbet af 1 - 1 1/2 år gradvis var blevet ødelagt på grund af ætsning af glassene som følge af hans arbejde med slibning af metal og brug af skærebrænder.

Ankestyrelsen fandt, at tilfældet måtte anerkendes efter arbejdsskadeforsikringsloven, og pågældende var berettiget til erstatning for brillerne.

Ankestyrelsen lagde vægt på, at der ikke var grundlag for at begrænse anvendelsen af bestemmelsen i lovens § 30, stk. 4, til tilfælde, hvor beskadigelsen af et hjælpemiddel var sket ved en begivenhed, eller hvad dermed måtte ligestilles, men bestemmelsen måtte efter sin ordlyd forstås som også omfattende tilfælde, hvor beskadigelsen var sket gradvis som følge af påvirkninger over længere tid i forbindelse med arbejdet.

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, hvis skaden alene skyldes den ansattes egen omgang med hjælpemidlet.

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

Derimod kan brillerne erstattes, hvis pudningen er en følge af arbejdsforholdene, eksempelvis hvis der er mel på bagerens briller eller olie på mekanikerens briller.

8.2. Briller

I det følgende gennemgås de særlige regler for betaling af briller, herunder stel og glas, og andre slags briller.

Brillestel - hovedregel

Der er stor forskel på prisen på brillestel. Efter bestemmelsen i § 15, stk. 5, fastsætter Arbejdsskadestyrelsen en gang om året et maksimumbeløb for betaling af brillestel, svarende til, hvad et brillestel af almindelig god kvalitet koster. Det aktuelle maksimumbeløb fremgår af Arbejdsskadestyrelsens årlige bekendtgørelse om satser, senest ved § 11 i bekendtgørelse nr. 1151 af 26. september 2013 om satser per 1. januar 2014.

Maksimumbeløbet udgør 1.085 kroner per 1. januar 2014. Den aktuelle sats kan findes på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside: www.ask.dk.

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

Brillestel - undtagelser

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 under et år gamle, erstattes brillestellet altid med et beløb svarende til prisen på det beskadigede brillestel, uanset at prisen overstiger maksimumbeløbet. Det skal med kvittering eller lignende dokumenteres, at de beskadigede briller er under et år gamle.

Der er ikke noget til hinder for at betale for den fulde reparation, hvis brillerne er under et år gamle, og hvis reparationen ikke væsentligt overstiger prisen for brillestellet. Her er det altså brillernes genanskaffelsesværdi som "nye" briller, der lægges vægt på ved vurderingen.

Er brillerne mere end et år gamle, skal der ikke betales mere end det fastsatte maksimumsbeløb for brillestel. I visse tilfælde kan der betales mindre end dette beløb, hvis brillernes værdi er mindre på grund af brug og alder (kun hvis nytteværdien er væsentlig nedsat, jævnfør analogi fra forsikringsaftaleloven § 37, stk. 2).

Brilleglas

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 ét glas er beskadiget, betales for to 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. Der er ikke fastlagt noget maksimumbeløb for dækning af udgiften til nye glas.

Regneeksempel ved betaling af 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.

Medlemmer af sygesikringen ”danmark” har ret til tilskud til køb af briller. Tilskuddet er på 30 procent af brillernes samlede pris, dog maksimalt 420 kroner ved enkeltstyrkebriller og maksimalt 800 kroner ved flerstyrkebriller (2014). Der er særlige tilskudsregler ved længerevarende medlemskab af gruppe 1 og gruppe 2. Der ydes også tilskud til køb af glas alene. For yderligere oplysninger, se hjemmesiden: www.sygeforsikring.dk

Hvis ikke andet er anført, er der i eksemplerne i dette afsnit taget udgangspunkt i følgende forudsætninger:

Samlet pris for nye briller: 3.900 kroner

Heraf udgør prisen på brillestellet: 1.300 kroner

og prisen på to brilleglas: 2.600 kroner

Når der ikke ydes tilskud

Da tilskadekomne som tidligere 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: 1.085 kroner (maksimumbeløb per 1. januar 2014).

Glas: 2.600 kroner (det fulde beløb).

I alt: 3.685 kroner.

Tilskadekomne har altså en egenbetaling på 215 kroner, som ikke kan dækkes.

Ét samlet tilskud (eksempelvis fra sygesikringen ”danmark”)

Når tilskadekomne får tilskud til brillerne fra anden side, trækkes tilskuddet fra den samlede udgift til brillerne. Under de nævnte forudsætninger betyder det, at der kan betales følgende:

Samlet udgift: 3.900 kroner.

Tilskud: 800 kroner.

Tilskadekomnes faktiske udgift: 3000 kroner.

Maksimum uden tilskud, jævnfør beregning ovenfor: 3.685 kroner.

Her dækkes hele tilskadekomnes faktiske udgift på 3.000 kroner, da udgiften ikke overstiger det beløb, som højst kan dækkes.

Når tilskud deles op på poster

Hvis tilskuddet er delt op på poster, skal tilskuddet trækkes fra i hver post for sig. Hvis der eksempelvis gives tilskud på 800 kroner til brilleglassene alene, kan der betales følgende:

Stel dækkes med maksimumbeløbet: 1.085 kroner.

Den faktiske udgift (efter tilskud) til brilleglas dækkes: 1.800 kroner.

I alt dækkes 2.885 kroner.

Tilskadekomne har i denne situation en egenbetaling på 115 kroner, som ikke kan dækkes.

8.2.1. Særligt ved solbriller

Solbriller med styrke betragtes som et hjælpemiddel og kan derfor betales, 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.

8.2.2. Arbejdsbriller, beskyttelsesbriller

Arbejdsbriller og beskyttelsesbriller som svejsebriller og skærmbryllere 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.

8.2.3. Reservebriller

Ødelagte reservebriller kan dækkes, 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.

8.3. Specielt om betaling for 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 kontaktlinser, som betales hver måned, beskadiges eller tabes, betales det beløb, et sæt linser koster i en måned.

8.4. 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. Se om følgeudgifter i afsnit 8.

Afsnit C: Følgeudgifter og andre udgifter

9. Generelt om følgeudgifter

Når Arbejdsskadestyrelsen skønner, at en behandling eller et hjælpemiddel er nødvendigt til afhjælpning af arbejdsskadens følger, omfatter beslutningen om betaling af udgifterne hertil 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 sundhedsloven, og behandlingen i øvrigt betragtes som helbredende, kan transportudgifter betales som følgeudgift efter § 15, hvis transportudgifter i øvrigt ikke kan betales efter sundhedsloven.

Styrelsen anbefaler, at der navnlig i tvivlstilfælde og ved længerevarende behandlingsforløb indhentes forhåndstilsagn om betaling af udgifterne hos forsikringsselskabet.

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.

9.1. Følgeudgifter i forbindelse med sygebehandling

Hjælpemidler

Hvis behandlingen af skaden forudsætter, 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 og kørestole. Se også Afsnit B om hjælpemidler anskaffet på grund af skaden.

Forbindinger med videre

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

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 skaden.

9.2. Følgeudgifter i form af transport

Hvis de generelle betingelser for betaling af behandling eller genoptræning er opfyldt, kan tilskadekomne også få nødvendige udgifter til transport til og fra behandlingssted betalt af arbejdsskadesikringen. Der betales også for transport i forbindelse med anskaffelse af hjælpemidler.

Nødvendige transportudgifter som følge af behandlinger og anskaffelse af hjælpemidler betales også, selvom den pågældende behandling eller det pågældende hjælpemiddel 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.

Behandling på offentligt sygehus

Tilskadekomne har krav på at få betalt transportudgifterne til og fra behandlingsstedet i det omfang, disse ikke betales af den lokale region.

Det er ikke et krav, at behandlingen gennemføres på det offentlige sygehus, der ligger tættest på tilskadekomnes bopæl. Tilskadekomne kan således udnytte det frie sygehusvalg.

Principafgørelse U-1-96: En skadelidt var berettiget til at få dækket udgifter til transport til og fra sygehus i et tilfælde, hvor der var foretaget operation for en anerkendt rygskaide i en anden amtskommune end bopælsamtskommunen. Valget af sygehus var foretaget efter reglerne om frit sygehusvalg.

Transportudgifterne blev dækket i det omfang, bopælsamtskommunen ikke var forpligtet til at afholde dem. Ankestyrelsen lagde vægt på, at der var tale om en følgeudgift til en nødvendig operation, og at skadelidte som følge af ændring af lov om sygehusvæsenet med indførelse af regler om frie sygehusvalg havde været berettiget til at vælge behandling på det pågældende sygehus.

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. I særlige tilfælde kan transporten til og fra behandling på privathospitaler betales. Det gælder for eksempel, hvis et offentligt sygehus tilbyder operation på privathospital på grund af ventelister.

Behandling hos læge eller speciallæge

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 tilskadekomnes 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 private behandlere uden for en rimelig afstand.

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 tilskadekomnes bopæl. Det er dog kun rimelige udgifter til transport, der dækkes, og tilskadekomne har pligt til at begrænse udgifterne.

Principafgørelse 144-12: Sikrede havde valgt at modtage fysioterapibehandlinger hos en fysioterapeut, der havde klinik 430 meter fra sikredes bopæl. Imidlertid ønskede sikrede transportudgifter dækket for transport til og fra sin arbejdsplads, der lå 83 km fra fysioterapeuten. Ankestyrelsen fandt, at det lå udenfor, hvad der med rimelighed kunne dækkes.

Ankestyrelsen vurderede, at sikrede kunne have iagttaget sin tabsbegrænsningspligt ved at have modtaget behandlinger i ydertiderne, således at sikrede kun skulle transportere sig fra sin bopæl til behandlingen, eller ved at have valgt en behandler nærmere arbejdspladsen.

Se mere om tabsbegrænsningspligt i afsnit 10.4.

Montebello

Montebello er en genoptræningsinstitution, der ligger i Sydspanien. Den ejes af Hovedstadens Sygehusfællesskab og Region Hovedstaden.

Principafgørelse 176-09: Udgifterne til transport i forbindelse med genoptræning på et center i udlandet kunne dækkes efter arbejdsskadesikringsloven. Genoptræningscentret modtog patienter fra hele Danmark i kraft af reglerne om frit sygehusvalg. Det blev vurderet, at der var tidsmæssig sammenhæng mellem arbejdsskaden og behandlingen, og at genoptræningen på centret i udlandet var nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse.

Behandling på visse behandlingscentre

Der kan som udgangspunkt ikke betales for transport til private centre omfattet af sundhedsloven. Det gælder for eksempel ved genoptræning af hjerneskadede på særlige centre. Årsagen er, at selve behandlingen på centrene ikke betragtes som helbredende. Hvis behandlingen undtagelsesvis betales, fordi den konkret er helbredende, betales transporten også.

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. Det drejer sig for eksempel om anskaffelse af krykker eller kørestol eller transport i forbindelse med tilpasning af høreapparat eller benprotese.

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.

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.

Ledsagers udgifter

Hvis det på grund af skaden eller andre forhold 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.

Eksempel

- Tilskadekomne boede i Jylland og skulle på grund af arbejdsskaden opereres på Rigshospitalet. Ud over arbejdsskaden havde tilskadekomne blandt andet dobbeltsyn, mistet hørelse på højre øre og nedsat hørelse på venstre øre. På turen til Rigshospitalet blev tilskadekomne ledsaget af hustruen, som også overnattede på patienthotellet i 5 nætter. Arbejdsskadestyrelsen vurderede, at det var nødvendigt, at hustruen ledsagede tilskadekomne til Rigshospitalet, fordi tilskadekomne havde dobbeltsyn. Det var imidlertid ikke nødvendigt, at hustruen blev på Sjælland under hele hospitalsindlæggelsen. På grund af afstanden fra tilskadekomnes bopæl og hospitalet vurderede styrelsen, at udgiften for én nats ophold på patienthotellet kunne refunderes. Omkostningerne til spisebilletter var imidlertid ikke nødvendige for, at tilskadekomne kunne blive opereret.

Det må således bero på en konkret vurdering, om en ledsagers udgifter til transport og overnatning kan refunderes.

9.2.1. De enkelte transportmidler

Kørsel i egen bil

Hvis tilskadekomne bruger egen bil, dækkes efter efter statens satser for tjenesterejser. Satsen udgør 2,10 kroner per kørt kilometer (per 1. januar 2014). Den aktuelle sats kan findes på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside: www.ask.dk.

Brug af offentlige transportmidler

Udgifter til offentlig transport betales mod dokumentation i form af billetter. Billetterne skal være almindelig økonomiklasse (2. klasse).

Taxi

Kun i særlige tilfælde kan der betales for taxi, og tilskadekomne skal kunne dokumentere, at det har været nødvendigt på grund af arbejdsskaden 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 forbindelser med offentlige transportmidler.

Taxiudgifterne betales mod dokumentation i form af regning med dato, stedangivelse og beløb.

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 en anden transportform.

9.3. Følgeudgifter der ikke kan betales efter § 15

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.

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.

Udgifter i hjemmet

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.

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 ved 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 dækkes 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.

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.

Forsikringspræmier til Sygeforsikringen ”danmark”, Falck og lignende ordninger

Der er ikke grundlag for at dække de udgifter, som tilskadekomne har 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.

Principafgørelse U-34-01: Sikrede kunne få dækket sine dokumenterede udgifter til nødvendig sygebehandling efter arbejdsskadesikringsloven.

Det betød, at sikrede efter arbejdsskadesikringsloven ikke kunne få dækket den del af udgifterne, som han havde fået fra en privat sygeforsikring. Han kunne således ikke samlet få dækket mere end de faktiske udgifter til behandling.

Præmie til den private sygeforsikring kunne ikke dækkes efter loven.

Begravelseshjælp samt transport fra sygehus til begravelsessted

Er tilskadekomne afdød 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.

Hvis en arbejdsskade har medført døden, har en efterladt ægtefælle ret til et overgangsbeløb efter lovens § 19. Udgifter til begravelse anses for at være dækket af overgangsbeløbet. Der henvises til Vejledning om erstatning ved dødsfald af 7. marts 2005.

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 ændring af boligens indretning. Bygningsmæssige ændringer vil ikke kunne betales efter § 15. Se principafgørelse U-2-96 i afsnit 7.3.

Udgift til fornyelse af motorattest

Tilskadekomne kan på grund af en arbejdsskade have fået en invalidebil. Dette indebærer, at pågældendes kørekort skal fornyes hvert 2. år. Der er ikke hjemmel til at dække udgiften til fornyelse af kørekortet.

9.4. Fremtidige følgeudgifter

Hvis en arbejdsskade medfører ret til erstatning for fremtidige udgifter til behandling og hjælpemidler, 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.

10. Udgifter i forbindelse med arbejdsskadesagen, jævnfør § 37 og § 38

I forbindelse med behandlingen af en anmeldt arbejdsskadesag opstår spørgsmålet om betaling af en række forskellige udgifter. Udgifterne kan i et vist omfang betales efter bestemmelserne i lovens § 37 og § 38, hvis Arbejdsskadestyrelsen og Ankestyrelsen har krævet de pågældende erklæringer, undersøgelser med videre.

Hvor det for dækning af udgifter efter lovens § 15 er en betingelse, at skaden kan anerkendes som en arbejdsskade, er dette ikke en betingelse efter § 37 og § 38. Oplysninger, som er nødvendige for vurdering af sagen, vil kunne dækkes, selvom den anmeldte skade ikke kan anerkendes som en arbejdsskade.

10.1. Udgifter, der kan betales efter arbejdsskadelovens § 37

Efter bestemmelsen i lovens § 37, stk. 2, kan Arbejdsskadestyrelsen og Ankestyrelsen forlange at få meddelt enhver oplysning, som styrelsen skønner, er af betydning for sagens behandling.

Udtalelser og dokumentation i øvrigt

Det gælder eksempelvis udtalelser, herunder ekspertudtalelser, dødsattest og rejseinspektion.

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.

Oversættelser og tolkebistand

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.

10.2. Udgifter, der kan betales efter arbejdsskadelovens § 38

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 nødven-

dig. Tilskadekomne skal om nødvendigt lade sig indlægge til observation på sygehus eller en lignende institution, men har ikke pligt til at lade sig indlægge til indgribende operationer.

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

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.

Principafgørelse 110-13: Når det ikke er Arbejdsskadestyrelsen eller Ankestyrelsen, der har bedt om en lægeundersøgelse eller tilsvarende i en arbejdsskadesag, skal forsikringsselskabet kun betale udgiften hertil, hvis Arbejdsskadestyrelsen eller Ankestyrelsen finder oplysningerne nødvendige i forhold til behandlingen af arbejdsskadesagen.

Dette kræver, at resultatet af undersøgelsen viser sig at være nødvendig for behandlingen af sagen efter arbejdsskadeloven, og at undersøgelsen ikke burde være blevet foretaget i offentligt regi uden udgifter for tilskadekomne. Det er tilskadekomne, der bærer risikoen for, at undersøgelsen viser sig unødvendig for sagens behandling og afgørelse.

Speciallægeerklæringer, lægeerklæringer, MR-skanning

Principafgørelse U-24-02: Ankestyrelsen har behandlet en sag om skadelidtes ret til dækning af udgifter til en MR-skanning samt rejseudgifter i forbindelse med MR-skanningen.

MR-skanning anvendes ved udredning af sygdomme, når diagnose og behandlingsplan skal lægges. En MR-skanning er ikke en primær undersøgelse og anvendes kun, når det ikke er muligt at udrede sygdommen ved en simplere og billigere undersøgelsesmetode, og når der er en formodning om, at patienten har en sygdom, der kan behandles.

Ankestyrelsen fastslog, at udgifter til en MR-skanning ikke kunne dækkes efter lovens § 30, stk. 1 om sygebehandling, da en MR-skanning er en undersøgelsesmetode.

Udgifter til en MR-skanning ville kunne dækkes efter § 22, stk. 1, jf. § 19, stk. 4, hvis der i helt særlige tilfælde var behov for en MR-skanning i forbindelse med behandling af arbejdsskadesagen, og en sådan ikke havde været relevant i forbindelse med udredning af sygdommen i sygehusregi. Dækning af udgifter til en skanning forudsatte, at styrelsen efter en konkret lægefaglig vurdering skønnede, at undersøgelsen var nødvendig for sagens behandling og afgørelse.

I den konkrete sag fandtes undersøgelsen ikke nødvendig, og kunne derfor ikke dækkes efter loven. MR-skanningen var ikke sket efter Arbejdsskadestyrelsens anmodning og rejseudgifterne i

forbindelse med undersøgelsen kunne derfor ikke dækkes efter § 22, stk. 2. Da Ankestyrelsen ikke fandt oplysningerne nødvendige for sagens behandling og afgørelse kunne rejseudgifterne heller ikke dækkes efter § 22, stk. 4.

Rejse- og transportudgifter

Transportudgifter i forbindelse undersøgelser, som arbejdsskademyndighederne har anmodet om, kan dækkes.

Der er ikke hjemmel til dækning af hjemtransport af afdøde ved dødsfald som følge af arbejdsskade i udlandet. En undtagelse herfra vil dog være hjemtransport med henblik på obduktion, da denne må anses for en afledt udgift i forbindelse med oplysning af sagen.

Årligt offentliggøres en bekendtgørelse om betaling af udgifter til transport mv. i forbindelse med lægebehandling, der er begæret af Arbejdsskadestyrelsen eller Ankestyrelsen, senest bekendtgørelse nr. 278 af 14. marts 2013.

De aktuelle satser for betaling af transportudgifter kan findes på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside: www.ask.dk.

Time- og dagpenge

Time- og dagpenge til dækning af udgifter til mad og andet kan udbetales, hvis tilskadekomne på initiativ af Arbejdsskadestyrelsen har været til undersøgelse uden for sin hjemkommune. Time- og dagpenge udgør henholdsvis 16,58 kroner og 398,00 kroner per dag (per 1. januar 2014). Dagpenge udbetales først efter udløbet af det første døgn. De aktuelle satser kan findes på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside: www.ask.dk.

Overnatning

En tilskadekomne, der må overnatte på hotel, da lægeundersøgelse ellers vil være umulig, kan også få dækket sine dokumenterede udgifter til overnatning, dog maksimalt 1.050,00 kroner per overnatning (per 1. januar 2014). De aktuelle satser kan findes på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside: www.ask.dk.

Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste

Tilskadekomne har ret til at få dækket tabt arbejdsfortjeneste ved eksempelvis speciallægeundersøgelse. Fraværet skal være af mindst 2 timers varighed. Der er tale om en erstatning, og tilskadekomne skal derfor have lidt et økonomisk tab ved deltagelse i undersøgelsen. Tilskadekomne skal dokumentere den tabte arbejdsfortjeneste.

Deltager tilskadekomne eksempelvis i en undersøgelse i sin ferie, hvor pågældende modtager fuld løn, vil der ikke være lidt et tab, og pågældende har derfor ikke ret til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste kan højst udgøre 260,20, kroner per time (per 1. januar 2014). For selvstændige erhvervsdrivende sikret efter lovens § 48, stk. 2, udgør erstatningen for tabt arbejdsfortjene-

ste mindst 185,48 kroner per time (per 1. januar 2014). De aktuelle satser kan findes på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside: www.ask.dk.

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

Ledsager ved undersøgelser med videre

Hvis tilskadekomne på grund af skaden eller andre forhold har behov for at have en ledsager med til en undersøgelse eller andet, betales dennes transportudgifter også. Der kan også udbetales tabt arbejdsfortjeneste og time- og dagpenge til ledsageren.

10.3. Udgifter, der ikke kan betales efter arbejdsskadesikringsloven

Advokatbistand, revisorbistand med videre

Henvender tilskadekomne sig til en advokat eller revisor for at få hjælp under styrelsens behandling af arbejdsskadesagen, kan udgiften til denne bistand ikke betales efter loven.

Principafgørelse 116-13: Sikrede kan ikke få dækket sine udgifter til advokat i forbindelse med en arbejdsskadesag, idet der ikke er hjemmel til at få dækket udgifterne i arbejdsskadesikringsloven.

Baggrunden for, at der ikke er givet mulighed for at dække advokatudgifter, er, at arbejdsskademyndighederne er forvaltningsorganer, som er underlagt et undersøgelsesprincip. Arbejdsskademyndighederne er derfor forpligtet til af egen drift at oplyse sagen tilstrækkeligt, inden der træffes afgørelse.

10.4. Tabsbegrænsningspligt

Tilskadekomne har altid en pligt til at begrænse sit tab og udgifter i forbindelse med en skade/sygdom mest muligt.

Principafgørelse 144-12: Tabsbegrænsningspligt ved dækning af transportudgifter.

Selvom sikrede har ret til betaling af behandlingsudgifter og til betaling af transportudgifter i forbindelse med behandlingen, er det kun rimelige udgifter til transport, der dækkes. Sikrede har pligt til at begrænse udgiften til det rimelige.

Ved vurderingen af, om udgifterne er rimelige indgår,

- om sikrede let kunne have valgt en anden behandler
- om sikrede let kunne have valgt at blive behandlet på andre tidspunkter, der havde minimeret transportudgifterne, eksempelvis udenfor arbejdstiden

Tilskadekomne får normalt mulighed for at vælge mellem tre 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.

Har tilskadekomne fået en forventning om, at udgifterne til transport ville blive dækket efter loven, kan tilskadekomne efter en konkret vurdering få betalt udgifterne hertil.

Principafgørelse U-4-02: Ankestyrelsen har behandlet to sager om sikredes ret til dækning af udgifter til befordring i forbindelse med en speciallægeundersøgelse, som Arbejdsskadestyrelsen havde fundet nødvendig til belysning af skadens følger.

Ankestyrelsen fastslog, at der ved dækning af befordringsudgifter skal foretages en konkret vurdering af rimeligheden af sikredes 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 amtskommune, hvor sikrede havde sin bopæl.

I sag nr. 1 fastslog Ankestyrelsen, at sikrede efter en konkret vurdering ikke havde foretaget et rimeligt valg af speciallæge, da sikrede boede i Vestjylland og havde valgt en speciallæge, der havde praksis i hovedstadsområdet. Ankestyrelsen vurderede, at sikrede kunne være undersøgt af en speciallæge med det relevante speciale tættere på sin bopæl. Efter en konkret vurdering fandt Ankestyrelsen dog, at sikrede kunne få dækket dokumenterede udgifter til befordring, da Arbejdsskadestyrelsen i sin sagsbehandling havde givet den sikrede en berettiget forventning om, at hun kunne få dækket sine dokumenterede rejseudgifter i forbindelse med den speciallægeundersøgelse, som styrelsen fandt nødvendig.

I sag nr. 2 fastslog Ankestyrelsen, at sikrede havde ret til dækning af rimelige udgifter til befordring, svarende til skønsmæssigt halvdelen af de afholdte udgifter. Sikrede havde ikke begrænset sine udgifter i rimeligt omfang ved at vælge en speciallæge på et hospital cirka 84 km fra sikredes bopæl. Der var flere andre speciallæger med det relevante speciale i betydelig kortere afstand fra sikredes bopæl.

Afsnit D: Behandlingsudgifter efter tidligere lov

Behandlingsudgifter for skader sket før 1. januar 2004 og erhvervssygdomme anmeldt før 1. januar 2004

11. Lovhjemmel

Lovbekendtgørelse nr. 943 af 16. oktober 2000

§ 30. Er sygebehandling eller optræning under sagens behandling nødvendig for at opnå bedst mulig helbredelse, kan udgifterne hertil betales i det omfang, 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. Er anskaffelse af proteser, briller og lignende hjælpemidler samt sygevogne under sagens behandling nødvendig for at sikre sygebehandlingen eller genoptræningens resultater, for at formindske arbejdsskadens følger eller for nøjere at kunne bestemme omfanget af erhvervsevnetabet og graden af varigt mén, kan udgifterne herved betales.

Stk. 3. Stk. 1 og 2 gælder også ved genoptagelse af sagen med henblik på en ændret vurdering af erhvervsevnetabet og det varige mén.

Stk. 4. Har en sikret under arbejdet anvendt et af de hjælpemidler, der er nævnt i stk. 2, og er hjælpemidlet blevet beskadiget som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder arbejdet foregår, kan udgifterne til reparation, eventuelt fornyelse af hjælpemidlet, betales.

Stk. 5. Chefen for Arbejdsskadestyrelsen fastsætter regler om, i hvilket omfang der kan ske dækning af udgifter efter stk. 1-4. Chefen for Arbejdsskadestyrelsen fastsætter endvidere regler om, at sådanne udgifter under særlige omstændigheder kan dækkes, selvom sagen ikke er under behandling.

11.1. Generelt om behandlingsudgifter efter tidligere lov

For arbejdsulykker sket før den 1. januar 2004 og erhvervssygdomme anmeldt før den 1. januar 2004 gælder de samme generelle betingelser for dækning af behandlingsudgifter, hjælpemidler og følgeudgifter som efter nuværende lov. Arbejdsskadereformen havde ikke til formål at ændre praksis for, hvornår udgifter kan dækkes. Det vil sige, at behandlingerne skal være nødvendige for at opnå den bedst mulige helbredelse efter skaden og så videre.

Efter tidligere lov er det alene arbejdsskademyndighederne, der har kompetence til at træffe afgørelse om dækning af udgifter til behandling, hjælpemidler og følgeudgifter.

”Under sagens behandling”

Efter tidligere lov er det kun muligt at dække udgifter under sagens behandling. ”under sagens behandling” skal forstås som perioden fra anmeldelse i arbejdsgivers forsikringsselskab/de selvforsikrede enheder/AES og frem til, at der bliver truffet førstegangs afgørelse om erstatningsspørgsmålene.

Der er således ikke hjemmel til at træffe afgørelse om fremtidige behandlingsudgifter efter tidligere lov.

”Under behandling i klageperioden”

Hjemvises en sag til ny behandling, betragtes perioden, hvor sagen behandles i Ankestyrelsen, som ”under sagens behandling”.

Tiltræder eller ændrer Ankestyrelsen afgørelsen, er sagen ikke under behandling i perioden fra Arbejdsskadestyrelsens afgørelse til Ankestyrelsens afgørelse.

”Under behandling i genoptagelses sammenhæng”

Er en sag afsluttet uden erstatningsberettigende følger i henhold til tidligere lovs § 27 og der bedes om genoptagelse inden for 5 år efter afgørelsen, er sagen under behandling fra den første afgørelse og frem til, der træffes ny afgørelse.

I sager, hvor der er truffet førstegangsaftagelse om mén og tab af erhvervsevne og der er bedt om genoptagelse af et eller begge erstatningsspørgsmål, er sagen under behandling, fra anmodningen om genoptagelse modtages, til der træffes ny afgørelse. Det vil sige, at hvis der anmodes om dækning af udgifter i den nævnte periode, kan de dækkes, hvis de generelle betingelser er opfyldt.

”Under behandling i relation til revisions afgørelse”

Er der sat revision i sagen, er sagen ikke under behandling i de perioder, hvor den ”ligger stille”, det vil sige fra afgørelsen er truffet, til revisionsdatoen nås. I de perioder, hvor sagen behandles (for eksempel indhentelse af oplysninger til brug for en endelig vurdering af det varige mén efter en operation eller endeligt erhvervsevnetab efter en revalidering), er sagen under behandling frem til, at der træffes revisionsafgørelse. I disse tilfælde kan udgifterne dækkes, hvis de generelle betingelser er opfyldt.

Arbejdsskadsstyrelsen, den 17. august 2015

CATHRINE TJELLESEN

/ Trine Bak Habersaat