

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 27. september 2023 blev i sag nr. 99872:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

LB Forsikring A/S
Amerika Plads 15
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 22/5 2023 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Min skadesanmeldelse gik på, at jeg grundet et akut kejsersnit, ikke har kunne genoptræne min mavemuskler. 2/3 kvinder får delte mavemuskler under en graviditet, men da jeg endte med akut kejsersnit, har det været umuligt at genoptræne dem – der er for stort mellemrum, især i nederste del af maven. Jeg havde klart det største mellemrum i nederste del af maven, hvor kejsersnittet er lavet – der var der et hul på over 5 cm. Dette har medført, at jeg for nyligt måtte igennem en operation på ... sygehus, hvor de syede mavemusklerne sammen. Jeg har daglige smerter, kan ikke løbe, danse eller rejse mig fra sengen uden at skulle lave alle mulige krumspring. Jeg har brugt så mange penge på akupunktur, fys, kiropraktor og osteopati og står nu over for et langt genoptræningsforløb.

LB siger, at det er fosterets skyld, at der er mellemrum mellem mavemusklerne, men det er i den del af maven, hvor jeg fik lavet kejsersnittet, de største problemer er.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

En mengrad og erstatning"

Selskabet har i brev af 12/6 2023 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Det fremgår af skadeanmeldelsen, at vores medlem fik foretaget et kejsersnit den ... 2021 og i den forbindelse mistede to liter blod. Da hun efter seks uger begyndte at træne, havde hun svært ved at holde styr på sit bækken. Hendes læge konstaterede 'delte mavemuskler', både i toppen og bunden af maven.

Det lægelige forløb

[Dag 1] 2021 var vores medlem, der var andengangsfødende, til undersøgelse på ... Sygehus med henblik på igangsættelse af fødslen. Hun var på daværende tidspunkt i uge 40+1. Her blev det konstateret, at barnet lå i underkropsstilling.

Der blev foretaget en vægtskanning for at afdække, om der kunne foretages et forsøg på en udvendig vending af barnet til hovedstilling. Efter vægtskanningen skønnede man, at barnet vejede 4.650 gram.

Vores medlem blev herefter anbefalet et kejsersnit. Kejsersnittet blev planlagt til [dag 4] 2021.

[Dag 2] 2021 – to dage inden det planlagte kejsersnit – gik fødslen imidlertid i gang. Veerne begyndte ved 20-tiden, og klokken 23:15 blev vores medlem opfordret til at komme til fødegangen med det samme. Her konstaterede man, at livmodermunden var åben, og at der var vandafgang. Man fremrykkede derfor tidspunktet for det planlagte kejsersnit for at undgå en vaginal fødsel.

Klokken 02:14 [dag 3] 2021 blev vores medlems [barn] forløst. [Barnet] vejede 4.400 gram og var 55 centimeter lang.

[Ca. 2½ måned senere] kontaktede vores medlem sin læge angående delte mavemuskler. Lægen konstaterede en tydelig rectus diastase (= delte mavemuskler) proksimalt med en defekt på 2 – 3 centimeter, og henviste vores medlem til fysioterapibehandling.

Den lægelige redegørelse og vurdering

I denne sag har vi rådført os med en speciallæge i gynækologi og obstetrik. Speciallægens erklæring uploades i sin fulde længde, men vi skal især henlede opmærksomheden på følgende af speciallægens konklusioner:

- Den skønnede vægt på 4.650 gram er 18,8% over gennemsnittet
- Kejsersnittet blev anbefalet, dels fordi barnet ikke kunne vendes på grund af pladsforholdene i livmoderen, dels fordi vaginal fødsel af et barn, der ligger i underkropsstilling, og som forud for fødslen skønnes at veje mere end 4.000 gram, frarådes, jf. de nationale guidelines
- Teknikken ved udførelse af et kejsersnit er den samme, uanset om kejsersnittet er akut eller planlagt
- Hverken mor eller barn var i akut risiko på noget tidspunkt
- Rectus diastase er en helt normal tilstand i graviditeten, hvor barnets vækst medfører et pres indefra på bugvæggen. Presset fører til øget afstand mellem bugvæggens længdegående mavemuskler. Herved bliver der bedre plads til barnet. Det ses hos cirka to tredjedele af alle gravide. Det ses hyppigere i graviditeter med meget store børn og oftere hos kvinder, som tidligere har været gravide, eller som har svag bugvægsmuskulatur. Ved et kejsersnit trækkes mavemusklerne fra hinanden i den fremkomne diastase for at give plads til barnet, hvorfor dette i nogle tilfælde kan forlænge helingsperioden efter fødslen
- Diastasen vil oftest svinde i løbet af nogle måneder efter fødslen, men cirka en tredjedel har fortsat øget diastase efter et år. Diastasen kan behandles med genoptræning af bugvæggen eller i enkelte tilfælde et operativt indgreb
- Rectus diastasen er overvejende en følge af graviditeten
- Der er ikke større risiko for rectus diastase ved et akut kejsersnit end ved planlagt kejsersnit.

Forsikringsvilkårene

Ulykkesforsikringen dækker jf. forsikringsvilkår 21-7, punkt 2.1, følger efter ulykkestilfælde, hvorved forstås 'en pludselig hændelse, der forårsager personskade'.

Af punkt 2.1. fremgår det desuden, at der skal være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden for at opnå dækning. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen – medicinsk set – er egnet til at forårsage personskaden.

Forsikringen dækker ikke følger efter behandling af en læge eller lignende som ikke var nødvendig på grund af et ulykkestilfælde, der er omfattet af policen. Det fremgår af vilkårenes punkt 2.2.a.

Ankenævns- og retspraksis

Det følger af 'løbersagen' (Højesterets dom U2018.7H) og ankenævnets kendelser f.eks. 97976, 97804 og 98037, at der er tale om et ulykkestilfælde, når den hændelse – initialpåvirkningen – som har ført til skaden, er sket pludseligt.

I kendelse 98922, der vedrørte bækkenløsning i forbindelse med graviditet, fandt nævnet, at klageren ikke havde bevist, at hun under sin graviditet eller fødsel havde været udsat for en pludselig hændelse (initialpåvirkning), som er årsag til bækkengenerne.

I nævnets kendelser 65.334 (jordemoder og medicinstuderende hev i kvindens ben, så der angiveligt opstod en skade på bækkenet) og 82.321 (kronisk nervebetændelse efter rygmarvsbedøvelse i forbindelse med et kejsersnit) fik forsikringsselskaberne medhold i, at der var tale om 'lægelig behandling' uden et forudgående ulykkestilfælde, og at klagerne derfor ikke havde ret til erstatning fra ulykkesforsikringerne.

Vores afgørelse

Principalt gør vi gældende, at vores medlem ikke er berettiget til dækning, da kejsersnittet er lægelig behandling, der ikke var nødvendiggjort af et forudgående, dækningsberettigende ulykkestilfælde, dvs. en pludselig initialpåvirkning.

I vores medlems tilfælde var der planlagt et kejsersnit, fordi barnet dels lå i underkropstilling, dels blev skønnet til at veje 4.650 gram. Som anført af vores sagkyndige læge ville en vaginal fødsel af disse grunde være forbundet med en øget risiko for iltmangel hos barnet. Da årsagen til den øgede risiko ved en vaginal fødsel ikke udgør et dækningsberettigende ulykkestilfælde, berettiger eventuelle følger af den lægelige behandling for at imødegå denne risiko heller ikke til dækning.

Den omstændighed, at fødslen nåede at gå i gang før tidspunktet for det planlagte kejsersnit, og at man derfor blev nødt til at fremrykke kejsersnittet til kl. ca. 2.10 natten [dag 3] 2021, udgør efter vores vurdering heller ikke et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Vi har ved denne vurdering lagt vægt på, at der ikke er oplysninger om en pludselig initialhændelse som årsag til, at fødslen gik i gang.

Ifølge vores sagkyndige læge var der på tidspunktet, hvor man gennemførte kejsersnittet, ikke sket en ændring i barnets tilstand, og hverken mor eller barn var på noget tidspunkt forud for kejsersnittet i akut fare. Årsagen til kejsersnittet var således en uændret risiko for barnet ved en va-

ginal fødsel, og kejsersnittet blev ifølge vores sagkyndige læge udført med samme metode, som hvis det skulle have været udført som planlagt [dag 4] 2021.

Da det af de ovenfor anførte grunde sammenfattende er vores vurdering, at behovet for kejsersnittet – herunder fremrykningen af tidspunktet for kejsersnittet – ikke skyldes et dækningsberettigende ulykkestilfælde, må vi allerede af den årsag afvise dækning.

Hvis ankenævnet måtte finde, at kejsersnittet skyldes et dækningsberettigende ulykkestilfælde, gør vi subsidiært gældende, at vores medlems rectus diastase ikke har årsagssammenhæng med kejsersnittet, men derimod er en tilstand, som har udviklet sig undervejs i graviditeten i takt med barnets udvikling. Som anført af vores sagkyndige læge fører barnets vækst til et indefra kommende pres på bugvæggen, og dette pres fører til en øget afstand mellem bugvæggens længdegående muskelfibre.

Tilstanden optræder hos to tredjedele af alle gravide, og hyppigere i graviditeter med meget store børn, og/eller når kvinden tidligere har været gravid. Begge forhold er opfyldt i vores medlems tilfælde.

Da der er tale om en tilstand, som har udviklet sig over en længere periode, er der efter vores opfattelse, og i overensstemmelse med kendelse 98922, ikke tale om en pludselig initialpåvirkning, og vi må også af den årsag afvise dækning.

Der er efter vores opfattelse ikke fremlagt dokumentation for, at hovedårsagen til rectus diastase i vores medlems tilfælde skulle være kejsersnittet. Informationen om, at de største af vores medlems problemer er i den del af maven, hvor kejsersnittet blev lagt, er ikke ensbetydende med, at det er kejsersnittet, som har forårsaget de delte mavemusklere.

For god ordens skyld bemærker vi, at selv hvis der ved kejsersnittet er sket en pludselig skade på mavemuskulaturen, er denne skade ikke dækket, fordi årsagen til indgrebet, som anført ovenfor, ikke var et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

På baggrund af nævnets henvendelse har vi gennemgået sagen på ny. Vi finder imidlertid ikke anledning til at ændre vores afgørelse."

Klageren har i besked af 20/6 2023 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg undrer mig lidt over LB's grunde til at afvise sagen. Jeg undrer os især over følgende to ting:

De skriver flere gange, at det fremgår af journalmaterialet, at der er foretaget et planlagt kejsersnit. Det passer ikke. Jeg havde en tid til planlagt kejsersnit [dag 4], men endte med at gå i fødsel [dag 2] og grundet fosterets størrelse og det faktum at [barnet] vendte forkert endte jeg med et akut kejsersnit. Dette kejsersnit blev foretaget omkring kl.02 om natten, hvor man ikke laver planlagte kejsersnit. I materialet nævnes der flere gange akut kejsersnit, men i LB's begrundelser lægger de vægt på, at det ikke er en pludseligt opstået hændelse.

Yderligere vurderer LB's lægekonsulent, at min tilstand med delte mavemusklere har sin årsag i længerevarende påvirkning under graviditeten af tiltagende udspilede mavemusklere på grund af fosterets vækst. Ingen tvivl om, at min [barn] var stor og vente forkert. Det er uden tvivl derfor,

mavemusklerne delte sig i toppen af maven, men de 6 cm's mellemrum, der er i bunden af maven, der hvor kejsersnittet er lavet skyldes udelukkende det akutte kejsersnit. Se eventuelt journal fra Røntgenklinikken i ..., hvor jeg var til scanning d. 2/6 2022. Det er generne fra den nederste del af maven, der er grund til, at jeg skulle opereres. Det er de gener, der gjorde, at jeg ikke kunne holde mig oprejst, løbe, danse og meget mere. De delte mavemuskler i toppen af maven døjede jeg også med i min første operation, de helede dog fint. Jeg har fået forklaret at en fysioterapeut, at grunden til de ikke helede af sig selv denne gang, er at de var meget delte (over 6 cm) i bunden af maven, der hvor de akutte kejsersnit blev foretaget, og derved kunne bindevævet ikke finde tilbage.

De gener jeg har, er ikke bare almindelig efterfødselsgener. Det er over to år siden, og jeg kan stadig ikke løbe, danse, løfte mine ben, rejse mig fra sengen og meget andet. Jeg har været igennem en KÆMPE operation på ... sygehus som kun foretages, hvis man har et mellemrum over 5 cm. Daglige gener og manglede hjælp fra genoptræningen. Jeg blev opereret [2023] og fik at vide på ... sygehus, at det er meget sjældent, at de laver den operation, og at de kun lavede den på mig pga. store daglige gener.

I min optik er det en ret vigtig sag, da jeg har mange gener grundet en pludselig opstået hændelse, som jeg ser mit kejsersnit som. Jeg havde ikke regnet med at skulle have mine mavemuskler skåret over, bruge to år i daglige smerter for at skulle igennem en stor operation som også er fyldt med risici. Jeg vidste godt, at graviditeter kan være risikofyldte, men det tænker jeg også at fodboldspilleren, der ødelægger en menisk eller cykelrytteren, der vælter og ødelægger en skulder ved. Jeg kan ikke se, hvor en fødselsulykke skal tælle mindre."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af fødselsjournalen fremgår bl.a.:

"[Dag 1] 11:44

Journalnotat

Patienten er en [i tredive] para 1, der i første graviditet blev sat i gang med præeklamsi.

Har noget helbredsangst, og der var egentlig planlagt igangsættelse her i dag i uge 40+1 på den indikation.

Imidlertid viser det sig, at barnet ligger i UK.

Jeg bliver tilkaldt til skanning og evt. vendingsforsøg, men på den lille S6-skanner på Fødegangen, bliver det hurtigt klart, at det drejer sig om et meget stort barn. Jeg får det til 5 kg, men der er langt ind til barnet, og der er dårlig oversigt med den lille skanner, så jeg tager patienten med over i KFG. Skanningen ved sonograf ... viser et stort barn på 4650 gram.

Der er således ikke indikation for vendingsforsøg, hvilket jeg heller ikke tror kan lade sig gøre (der er ikke ret meget plads derinde, og barnet har formentlig ligget i UK længe).

Der er indikation for sectio, men desværre kan det ikke blive før [dag 4]. Jeg har skrevet operationstilmelding, og patienten går til forundersøgelse ved anæstesi.

Journal i øvrigt:

I alt det væsentligste rask

...

[Dag 2] 00:35

Telefonkonsultation

3. gang [klageren] ringer i dag. Havde murren i eftermiddags, veer med 10-12mins int kl. 20, 10mins int. kl. 21 og nu kommer veerne med 7-8mins int og virker tilt.+ tegnblødning. Vi aftaler at køre mod fødegangen.

...

[dag 3] 00:35

Fødselsnotat

...

Ankommer til fødegangen ...

Veerne er tiltaget og kommer nu med 6mins int., varighed 60sek. FV er gået kl. 23.40, lysegrønt.

Der laves udv. us. [barn] i UK med ryg ih. side. Fast i Bl. FS: 4500g. Hjl. 145-150 bpm. Der påsættes ekstern ctg.

...

kl. 01.00 kaldes FV ... og BV ... til tilsyn. Se deres notat.

[Dag 3] 01:10

...

Obstetriker ved fødende

Bagvagt

...

Gestationsalder

Uge: 40, Dag: 3

CTG Vurdering

Vurdering: Normal

Orificium dilatation

4 – 10 cm: 4

Ledende fosterdel stand

Sæde

Melding af grad 3 kejsersnit til anæstesiafdeling**Journalnotat**

Vandafgang for 1 time siden og veer. Orificium 4 cm. Der er indikation for akut/ fremrykket sectio jævnfør ovenstående. Meldt som grad 3 sectio kl 01.10

...

[Dag 3] 01:49

...

Kejsersnit i isthmus uteri akut udført før fødsel

+Underkropsstilling

+Graviditet med stort foster

Beskrivelse: Grundet vandafg, veer og planlagt sectio [dag 4] pga UK og Stort fosterskøn gøres sectio grad 3, meldt kl. 01.10

Anæstesi: Spinal

Procedure:

Joel-Cohen incision.

Serosa incideres med pean 1 cm over blæreomslagsfolden, uterinmuskulaturen perforeres digitalt og udvides med kranio-kaudalt træk. Barn født i UK. Afnavling efter 30-60 sekunder. Placenta fjernes ved kompression og traktion.

Kaviteten sikres tom.

Uterotomien sutureres in situ med Novosyn O i 2 lag, fortløbende med ikke-låste suturer. I ve side bløder det fortsat efter 1 lag og der sættes 4 ekstra gennemstikninger før der skabes hæmostase. I andet lag tilstræbes peitonealisering over cicatrisen. Uterus er herefter velkontraheret, hæmostase er sikret og genitalia interna findes normale. Blod og fostervand suges fra fossa Douglasi. Fascien lukkes med fortløbende ikke-låste suturer med Ethicon PDSplus 0. Subcutis sutureret: ja, enkeltknuder med vicryl 3-0. Cutis sutureres intrakutant med Monosyn resorberbar sutur.

Fostervandsmængde ml: meget lidt

Fostervand: klart

Blodtab ml: 1880"

Af undersøgelse 2/6 2022 på røntgenklinik fremgår bl.a.:

" UL-undersøgelse af forreste bugvæg:

Linea alba er normal, helt kranielt under ribbenskurvaturen med en afstand på 2,5 cm. I kaudal retning er der en successiv tiltagende diameter, som andrager godt 6 cm periumbilikalt.

Konklusion:

Rectusdiastase som beskrevet"

Af udtalelse fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik indhentet af selskabet fremgår bl.a.:

"Vurdering af fødselsskade. ...

Følgende spørgsmål ønskes besvaret:

1. Hvad var årsagen til, at man [dag 1] planlagde, at vores medlem skulle have kejsersnit [dag 4], herunder hvad var risikoen for mor og barn ved vaginal fødsel? *Stort barn i underkropstilling, hvorfor der var øget risiko ved vaginal fødsel. Se vurdering*
2. Hvad var årsagen til, at man besluttede at fremrykke kejsersnittet til [dag 3]? Var der indtrådt en pludselig en ændring i årsagen til, at vores medlem ikke kunne føde vaginalt eller evt. en ændring i risikoen ved vaginal fødsel? *Fortsat stort barn i underkropstilling, men nu veer og vandafgang. Kejsersnit blev fremrykket for at undgå en risikabel vaginal fødsel*
3. Indtrådte der tidsrummet fra indlæggelsen [dag 3] kl. 00.35 og frem til tidspunktet for kejsersnittet kl. 02.12 en pludselig ændring i tilstanden, som gjorde, at mor eller barn var i akut livsfare eller i akut risiko for alvorlig skade? I bekræftende fald bedes du beskrive, hvad årsagen til denne akut opståede fare var. *Fødslen var gået i gang og der var (uændret) øget risiko for iltmangel hos barnet ved vaginal fødsel, hvorfor man allerede ved ankomsten kl. 00.35 gjorde klar til et kejsersnit.*
4. Medførte fremrykningen af kejsersnittet en ændring i den måde, som kejsersnittet blev udført? Hvis ja, hvori bestod ændringen og medførte ændringen en øget risiko for de gener, som er nævnt i spørgsmål 5? *Nej til begge spørgsmål*

5. Vores medlem har anført, at hun som følge af kejsersnittet har fået delte mavemuskler 'i top og bund'. Er de delte mavemuskler – særligt de nederste mavemuskler – en direkte følge af kejsersnittet, eller er der mere sandsynligt tale om følger af længerevarende påvirkning under graviditeten? *Ja, delte mavemuskler opstår helt overvejende under graviditeten*
6. Vores medlem har også anført, at hun som følge af kejsersnittet har fået smerter i ryg, lænd, nakke, bækken og ned i benene, fordi hun ikke kan aktivere sin 'kernemuskulatur'. Er de beskrevne gener med overvejende sandsynlighed en følge af kejsersnittet eller er der mere sandsynligt tale om en længerevarende påvirkning under graviditeten? *Mest sandsynligt skønnes de en graviditet med stort barn, men smerter i ryg og lænd er beskrevet ved delte mavemuskler*

Der er tale om en gravid, som i 2021 ventede sit andet barn. Man fandt i forbindelse med planlagt igangsættelse af fødslen på terminstidspunktet (40+1 uger) at barnet lå i underkropstilling. Da man herefter foretog en vægtscanning mhp evt forsøg på udvendig vending af barnet til en hovedstilling, fandt man det meget stort. Fosterskønnet var således 4650g, svarende til 28,8% over gennemsnittet. På baggrund af disse fund rådede lægen den gravide til et kejsersnit.

Anbefalingen hviler på følgende: Et meget stort barn til terminen vil oftest ikke kunne vendes på grund af pladsforholdene i livmoderen, hvilket også er vurderingen i det aktuelle tilfælde. Forud for et vendingsforsøg skal lægen altid vurdere chancen for at vendingen lykkes og herefter om barnet overhovedet forventes at kunne fødes den normale vej (=vaginal fødsel) såfremt vendingen lykkes. Hvor stort et barn man kan føde (i hovedstilling) afhænger af mange faktorer, såsom den gravides højde, det tidligere fødselsforløb og det første barns fødselsvægt. Disse oplysninger fremgår ikke af journalen.

En fødsel af barn i underkropstilling frarådes jvf nationale guidelines når barnet forud for fødslen vurderes større end 4000g.

Risiko ved fødsel af et meget stort barn i underkropstilling er først og fremmest at barnet pga sin størrelse ikke kan fødes, hvilket fører til en akut kejsersnit under fødslen. Er barnets krop først født er der en øget risiko for at hovedet herefter ikke kan fødes, da hovedet er det sidste og det største der fødes ved en underkropstilling. Dette vil kunne føre til iltmangel hos barnet og i værste fald død, idet barnet i denne situation ikke vil kunne 'reddes' ud ved et kejsersnit

Ved en vaginal fødsel af barn i underkropstilling vil 1-2/1000 flere miste deres barn sammenlignet med de som føder barnet ved planlagt kejsersnit. 1/50 af de fødte børn vil have lave apgarscores ved fødslen. Risikoen er størst hvis barnet er meget stort.

Det var således i overensstemmelse med gældende standard at planlægge et kejsersnit.

At dette først kunne udføres tre dage senere skyldes stedets organisation og ressourcer. Det havde været hensigtsmæssigt at udføre det den følgende dag, men der er altid en risiko for at fødslen går i gang inden kejsersnitsdagen, uanset det planlagte tidspunkt. Risikoen øges jo tættere man kommer på terminen. Den gravide informeres derfor altid om at henvende sig straks når veerne går i gang, så kejsersnittet kan udføres på dette tidspunkt. Således også i det aktuelle tilfælde.

Da fødslen gik i gang d. [dag 3] og barnet stadig lå i underkropstilling var risikoen ved en vaginal fødsel uændret, hvorfor man jvf ovenstående foretog kejsersnittet på dette tidspunkt. Den fødende havde haft veer fra kl 20. Ringede til fødegangen kl 23.15 og blev bedt om at komme til fø-

degangen med det samme. Ved ankomst til fødegangen var fødslen i gang. Livmodermunden 4 cm åben og der var vandafgang. Man fremrykkede derfor kejsersnittet for at undgå den vaginale fødsel. Mor og barn var på intet tidspunkt i akut risiko.

Teknikken ved udførelse af kejsersnit er den samme hvad enten dette udføres planlagt eller akut. Er fødslen meget fremskreden med fuldt åben livmodermund, kan et akut kejsersnit være mere kompliceret, hvilket ikke var tilfældet her.

Rectusdiastase er en helt normal tilstand i graviditeten hvor presset indefra på bugvæggen, pga barnets vækst, fører til øget afstand mellem bugvæggens længdegående mavemuskler, hvorved der gives bedre plads til barnet. Det ses hos ca. 2/3 af alle gravide. Det ses hyppigere i graviditeter med meget store børn og oftere hos kvinder som tidligere har været gravide eller som har svag bugvægsmuskulatur. Ved et kejsersnit trækkes mavemusklene fra hinanden i den fremkomne diastase for at give plads til barnet, hvorfor dette i nogle tilfælde kan forlænge helingsperioden efter fødslen. Der er ikke større risiko for rectusdiastase ved akut end ved planlagt kejsersnit.

Diastasen vil oftest svinde i løbet af nogle måneder efter fødslen, men ca. 1/3 har fortsat øget diastase efter et år. Behandling af diastasen kan kræve genoptræning af bugvæggen eller i enkelte tilfælde et operativt indgreb.

Rectusdiastasen var overvejende en følge af graviditeten og risikoen øgedes ikke ved et akut kejsersnit i forhold til et planlagt."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

" 1. Hvad forsikringen dækker?

Forsikringen giver ret til erstatning ved et ulykkestilfælde. Ulykkestilfælde betyder en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

...

For at få dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurderingen bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen – medicinsk set – er egnet til at forårsage personskaden, og om der er tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen og de relevante symptomers indtræden.

...

2. Forsikringen dækker ikke disse skader:

...

- Følger efter behandling af læge eller lignende som ikke var nødvendig på grund af et ulykkestilfælde, der er omfattet af policen"

Nævnet udtaler:

Klageren var i graviditetsuge 41, da det blev konstateret, at barnet lå i underkropsstilling. På grund af barnets vægt var der ikke indikation for vending af barnet, og der blev planlagt kejsersnit til 4 dage senere. To dage før det planlagte kejsersnit gik fødslen i gang, og barnet blev for-

løst ved kejsersnit for at undgå vaginal fødsel. Klageren henvendte sig til sin læge ca. 2½ måned efter fødslen med gener fra delte mavemuskler (rectus diastase). Hun blev opereret for delte mavemuskler i 2023. Klageren ønsker erstatning for varigt mén.

Klageren har anført, at hun grundet akut kejsersnit ikke har kunnet genoptræne sine mavemuskler. Det største mellemrum på over 5 cm var i nederste del af maven, hvor kejsersnittet blev lavet. Der blev foretaget et akut og ikke planlagt kejsersnit, og klageren ser sit kejsersnit som en pludselig opstået hændelse. Klageren har anført, at hendes gener ikke bare er almindelige efterfødselsgener. Hun kan to år efter fødslen ikke løbe, danse, løfte sine ben, rejse sig fra sengen og meget andet.

Selskabet har afvist at yde dækning primært med henvisning til, at et kejsersnit er lægelig behandling, og at klagerens kejsersnit ikke var nødvendiggjort af et forudgående dækningsberettigende ulykkestilfælde. Selskabet har subsidiært gjort gældende, at klagerens delte mavemuskler ikke har årsagssammenhæng med kejsersnittet. Der er tale om en tilstand, som har udviklet sig undervejs i graviditeten i takt med barnets udvikling.

Af fødselsjournalen fremgår det, at "Grundet vandaft, veer og planlagt sectio [dag 4] pga UK og Stort fosterskøn gøres sectio grad 3".

Af en udtalelse fra en speciallæge indhentet af selskabet fremgår det, at "En fødsel af barn i underkropstilling frarådes jvf nationale guidelines når barnet forud for fødslen vurderes større end 4000 g. Risiko ved fødsel af et meget stort barn i underkropstilling er først og fremmest at barnet pga sin størrelse ikke kan fødes, hvilket fører til en akut kejsersnit under fødslen. Er barnets krop først født er der en øget risiko for at hovedet herefter ikke kan fødes, ... Dette vil kunne føre til iltmangel hos barnet og i værste fald død ... Da fødslen gik i gang [dag 3] og barnet stadig lå i underkropstilling var risikoen ved en vaginal fødsel uændret, hvorfor man jvf ovenstående foretog kejsersnittet på dette tidspunkt ... Mor og barn var på intet tidspunkt i akut risiko ... Rectusdiastase er en helt normal tilstand i graviditeten hvor presset indefra på bugvæggen, pga barnets vækst, fører til øget afstand mellem bugvæggens længdegående ma-

vemuskler, hvorved der gives bedre plads til barnet. Det ses hos ca. 2/3 af alle gravide ... Ved et kejsersnit trækkes mavemusklene fra hinanden i den fremkomne diastase for at give plads til barnet, hvorfor dette i nogle tilfælde kan forlænge helingsperioden efter fødslen ... Diastasen vil oftest svinde i løbet af nogle måneder efter fødslen, men ca. 1/3 har fortsat øget diastase efter et år. Behandling af diastasen kan kræve genoptræning af bugvæggen eller i enkelte tilfælde et operativt indgreb. Rectusdiastasen var overvejende en følge af graviditeten og risikoen øgedes ikke ved et akut kejsersnit i forhold til et planlagt".

Ulykkesforsikringen dækker en pludselig hændelse, der forårsager personskade. Forsikringen dækker ikke følger efter behandling af læge eller lignende, som ikke var nødvendig på grund af et ulykkestilfælde, der er omfattet af policen.

Nævnet bemærker, at Højesteret i den såkaldte løbesag (U2018.7H) har udtalt om en tilsvarende bestemmelse, at "Den definition af et ulykkestilfælde, der anvendes i de foreliggende forsikringsbetingelser, er bred. Det hænger navnlig sammen med anvendelsen af ordet 'hændelse' og det forhold, at det ikke er en betingelse, at årsagen til ulykkestilfældet er udefra kommende påvirkning eller ydre omstændigheder, ligesom det efter vores opfattelse heller ikke er en betingelse, at der er opstået noget usædvanligt, uventet eller tilfældigt i forbindelse med skadens indtræden. Den hændelse - initialpåvirkning - som har ført til skaden, skal dog være sket pludseligt". Højesteret har videre udtalt, at "På den anførte baggrund og henset til, at den uklarhed, som forsikringspolicernes beskrivelse af ulykkesbegrebet giver anledning til, må komme selskaberne til skade, finder vi, at definitionen på et ulykkestilfælde må anses for også at omfatte den situation, hvor der pludseligt under løbeaktivitet opstår personskade".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at fødsel ved kejsersnit er lægebehandling, og at klagerens kejsersnit ikke var nødvendigt på grund af et ulykkestilfælde. Der er i fødselsjournalen ikke oplysning om en pludselig hændelse (en initialpåvirkning) under fødslen, der nødvendiggjorde,

Ankenævnet for Forsikring

12.

99872

at der blev udført kejsersnit. Der var planlagt kejsersnit på grund af barnets underkropsstilling og vægt, og kejsersnittet blev udført to dage før planlagt, fordi klageren gik i fødsel. Klageren var i graviditetsuge 41, hvilket er inden for normal fødselsperiode. Kejsersnittet blev klassificeret som "grad 3 sectio", hvilket beskriver en ustabil situation, men ingen umiddelbar fare, og hvis moderen er i fødsel, tilstræbes barnet født inden for en time.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen