

Geleitwort

Die Schulterdystokie ist ein Ereignis, das in der Regel am Ende der Geburt auftritt und von dem Arzt und Hebamme gleichermaßen überrascht werden. Risikofaktoren lassen sich wohl definieren, sie sind allerdings keine geeigneten Indikatoren, um das Ereignis vorherzusagen und zu vermeiden. Viele Faktoren wirken zusammen, um die für das Kind bedrohliche Situation herbeizuführen: das relative Missverhältnis von großem Kind und relativ verengtem Becken, insbesondere wenn Zusatzindikatoren wie Diabetes der Mutter (Makrosomie des Kindes) und protrahierter Geburtsverlauf bei Wehenschwäche hinzukommen. Es gibt bisher keine Methode, mit der das bedrohliche Ereignis der Schulterdystokie im Normalfall mit einiger Sicherheit vorherzusagen ist. Diese spezielle Problematik wird im vorliegenden Band unter Mitwirkung von Geburtshelfern und Juristen umfangreich und kritisch dargestellt.

Im **ersten Teil** werden die Risikofaktoren, d. h. die Pathomechanismen und die klinischen Formen der Schulterdystokie, beschrieben. Insbesondere wird eine eingehende Analyse der in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren vorgenommen. Ein umfangreiches Kapitel wird der Makrosomie als Ursache für die Schulterdystokie des Kindes gewidmet. Anamnestiche Risikofaktoren wie vorausgegangene Schulterdystokie und Makrosomie fließen in die Analyse ebenfalls ein. Ein gesonderter Abschnitt ist der Betrachtung des mütterlichen Beckens gewidmet, denn Beckenform und Beckenmaße bestimmen, ob das Kind den Geburtskanal passieren kann. Die Folgen der Schulterdystokie für das Kind werden in einem weiteren Abschnitt beschrieben, wobei Hypoxämie und Tod im Zentrum der Betrachtung stehen.

Die Erfahrung des Geburtshelfers darf in solchen Situationen nicht unterschätzt werden. Deshalb ist auf eine Schulung des Kreißsaalpersonals für diese besonderen Notfälle stets zu achten. Ein umfangreicher Teil ist folglich dem Management der Schulterdystokie gewidmet, denn nur durch Training von geeigneten Maßnahmen sind die kritischen Phasen zu beherrschen, und das Kind ist ohne Folgeschäden zu entwickeln. Die Anwendung der operativen Techniken (Symphysiotomie) dürfte wohl mehr der Geschichte als der Realität angehören. Eine niedrige Sektiorate als Qualitätskriterium einer Klinik auszuweisen, dürfte ebenfalls der Vergangenheit angehören. Mit Tipps für die Praxis und einer umfangreichen Literaturübersicht wird der erste Teil abgeschlossen.

Im **zweiten Teil** erfolgte eine eingehende Analyse der geburtsassoziierten Plexusparese und weiterer Komplikationen. Sie sind in der Regel das Resultat einer fehlerhaften Einschätzung des Geburtsverlaufs. Es wird der Frage nachgegangen, welche Risikofaktoren für eine Plexusparese bestehen, welche topographische und funktionelle Anatomie der Plexus brachialis hat und welche physiologischen Engstellungen für die Nervenbahnen bestehen. Die Schädigungsformen peripherer Nerven werden eingehend analysiert und dargestellt. Von besonderem Interesse dürfte der Bericht über das „Kaiser-Wilhelm-Syndrom“ sein, ein Geburtsschaden durch schwierige Entwicklung des Kindes bei Beckenendlage. Diese Schädigung des Plexus fand Eingang in die Geschichte, nicht nur in die der Medizin.

Anomalien als Ursache schwieriger Entwicklungen des Kindes aus Schädellage (z. B. die Halsrippe) und mögliche intrauterine Ursachen sind ebenfalls Gegenstand der Betrachtungen. Auch die Plexusparese im Zusammenhang mit der Sektio findet Erwähnung. Es wird die These vertreten,

dass all die Komplikationen in geringerem Maß auftreten, wenn das geburtshilflich tätige Personal besser geschult würde. Schulung verlangt jedoch ständige Übung der Risikosituationen. Solange aber die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland auf viele kleinere Krankenhäuser – 18 von 54 Kliniken in Hessen hatten 2014 weniger als 500 Geburten (Median 371) pro Jahr – mit wenigen Geburten verteilt ist, wird sich ein Trainings- und Lerneffekt nur schwerlich realisieren lassen. Nur eine Klinik hatte in Hessen ca. 3000 Geburten. Prophylaxe ist immer besser als Therapie, die sich allerdings nicht immer umgehen lässt. So wird schließlich ein umfangreiches Kapitel dem schwierigen operativen Vorgehen bei Plexusparese gewidmet, Maßnahmen der Physiotherapie werden aufgezeigt und in einer umfangreichen Literaturliste belegt.

Im **dritten Teil** werden die forensischen Fragen bei Plexusparese und anderen Komplikationen nach Schulterdystokie erörtert. Er beginnt mit der Darstellung des rechtlichen Rahmens, dann werden die Fehlervorwürfe nach Schulterdystokie analysiert. Auch der Einfluss des präpartalen Schätzwichts, der präpartalen Ultraschalluntersuchung, des Managements während der Geburt einschließlich deren Bewertung zur Überwindung des Schulterdystokie sowie die Beurteilung der einzelnen Maßnahmen werden in diesem Kapitel beschrieben.

Von besonderem Interesse ist die Darstellung der 10 ausgewählten Fälle mit Beschreibung des „Tatbestands“ (Sachverhalts), Aussagen der Sachverständigen und Angaben der Kläger sowie das daraus abgeleitete Fazit. Es lohnt, diese Fälle zu studieren, der Lerneffekt für die geburtshilfliche Praxis ist erheblich.

Mit dem vorliegenden Band ist es gelungen, den schwierigen medizinischen Sachverhalt, der der Schulterdystokie zugrunde liegt, verständlich zu machen, nicht nur für die in der Geburtshilfe tätigen Kollegen, sondern auch für Kinderärzte, Juristen und Richter, die sich mit dem Schaden auseinanderzusetzen haben.

Prof. em. Dr. Wolfgang Künzle, FRCOG, FEBCOG, ML

Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Universität Gießen

Schulterdystokie und Plexusparese

Klinik, Prävention, Gutachten und Dokumentation

Schwenzer, Th.; Bahm, J. (Hrsg.)

2016, XVII, 242 S. 79 Abb., 36 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-662-48786-0