

Schulterdystokie : Fachkompetenz und lückenlose Dokumentation notwendig

Autor(en): **Cignacco, Eva**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **105 (2007)**

Heft 1

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949977>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

EDITORIAL

Die Schulterdystokie ist eine der am meisten gefürchteten Komplikationen in der Geburtshilfe. Zeitnot und akute Lebensgefahr des Kindes lassen selbst erfahrene Hebammen und GeburtshelferInnen ins Schwitzen geraten. Auch die Mithilfe von Seiten der Mutter ist schwierig, da sie zu diesem Zeitpunkt erschöpft und in einem Zustand grösster Schmerzen ist.



Ganz klar ein Moment, in dem Hebamme und Geburtshelfer eingreifen müssen, um ihr Können zu beweisen. Wie sind wir stolz, das Kind in nützlicher Frist rausgebracht zu haben! Wir haben ein Schulterklopfen verdient. Die Mutter ist zwar geschockt und verletzt (körperlich und seelisch); aber wir hatten ja keine Wahl. Das Kind musste raus und wir haben dank unserer Fachkompetenz und unserem beherrzten Eingreifen Erfolg gehabt!

Noch nie habe ich erlebt, dass sich eine Hebamme oder ein Geburtshelfer nach einer Schulterdystokie gefragt hat: Wieso ist das passiert? Hätte ich das verhindern können? Bin ich gar schuld daran? Wie oft kommt es vor, dass bei einer Mehrgebärenden durch Sprengen der Fruchtblase und viel zu frühem Pressen «vorwärts gemacht» wird. Der Kopf rutscht zu schnell durchs Becken und die Schulter hat gar keine Zeit, ihre wichtige Spiraldrehung zu machen, und so bleibt sie eben oberhalb der Symphyse hängen.

Natürlich gibt es auch Schulterdystokien, die einfach so ohne Verschulden passieren. Aber viele könnten vermieden werden, wenn die Hebammen und die GeburtshelferInnen eines ihrer wichtigsten Instrumente nicht verlieren – die Geduld. Sollte es uns nicht zu denken geben, wenn eine Geburtshaushebamme erzählt, sie hätten in 13 Jahren und bei 1650 Geburten höchstens drei Dystokien erlebt? Oder dass der berühmte Wiener Geburtshelfer Dr. Alfred Rockenschaub mit seiner Sectorate von einem Prozent davon überzeugt ist, Schulterdystokien seien «gemacht»?

Lisa Mees-Liechti

Lisa Mees-Liechti

Schulterdystokie

Fachkompetenz un notwendig

Auch wenn die Schulterdystokie glücklicherweise ein seltenes Ereignis ist, löst ihr Auftreten unter den Betreuenden oft Hektik und fehlerhaftes Management aus. Damit die lebensbedrohliche Komplikation ein gutes Ende findet, ist rasches und adäquates Handeln aller Beteiligten unabdingbar. Jede Klinik sollte schriftliche Handlungsanweisungen besitzen und die Betreuenden zu regelmässigem praktischem Üben verpflichtet. Ausserdem kommt der genauen Dokumentation des Ereignisses grösste Bedeutung zu.

Eva Cignacco

DIE Schulterdystokie ist eine für das Neugeborene potentiell lebensbedrohliche Komplikation und im Mittel mit einer Inzidenz-Rate von 0,7% aller Geburten (Gnirs, 2004) ein seltenes und meist unerwartetes Ereignis. Das Seltene und das Unerwartete stellen für die konkrete Situation vielfach ein Problem dar. Erfahrene Gutachter berichten, dass beim Auftreten der Schulterdystokie oft Hektik ausbricht und in der Bewältigung des Problems eine mangelhafte Klinikorganisation sowie ein inadäquater Handlungsablauf, z. B. durch den Einsatz des bei dieser Diagnose obsoleten Kristeller-Handgriffs, auffallend sind (Krause & Feige, 2005). Intrapartale Warnhinweise (protrahierter Verlauf/Geburtsstillstand oder sehr schneller Verlauf) werden genau so wenig beachtet wie die verlängerte Austreibungsphase oder ein Geburtsstillstand in der Pressphase. Für Hebammen ist es bedeutsam, eine Schulterdystokie rechtzeitig zu diagnostizieren, den bedachten und fachgerechten Handlungsablauf zu kennen und den ärztlichen Dienst beizuziehen. Hektik und unbesonnenes Handeln sind der Situation abträglich und führen zu Fehlverhalten.



Eva Cignacco, Hebamme, Pflegewissenschaftlerin, Doktorandin in Pflegewissenschaft (PhD) an der Universität Maastricht (NL), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft in Basel, Autorin und Herausgeberin zweier Hebammenlehrbücher und zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen.

ko für Schulterdystokie assoziiert, wobei das Risiko bei zunehmendem Geburtsgewicht des Feten steigt. Bei einem Geburtsgewicht von > 4000 g liegt die Inzidenz bereits bei 3% (15-fach erhöhtes Risiko), bei einem Gewicht von mehr als > 4500g steigt das Risiko auf 11% und bei > 5000 g auf 40% (Sandmire & O'Halluin, 1988). Allerdings wird das fetale Geburtsgewicht als zuverlässiger Risikoindikator kontrovers diskutiert, denn bei 48% der Geburten mit einer Schulterdystokie waren die Neugeborenen normalgewichtig und es bestand kein vorgängiger Risikofaktor wie eine Übertragung, Diabetes oder Adipositas (Gross et al., 1987; Basket et al. 1995). Als weitere antenatale Risikofaktoren werden von Gnirs (2004) vorausgegangene Geburten mit Schulterdystokie sowie maternale Beckenanomalie, die Geburtseinleitung und eine starke Gewichtszunahme während der Schwangerschaft beschrieben.

Bei intrapartalen Risiken konnte in einer grossen retrospektiven Analyse von 267 228 Geburten kein Zusammenhang zwischen der Rate vaginal-operativer Geburten, PDA, Diabetes und Terminüberschreitung bestätigt werden (Ouzonian & Gherman, 2005). Allerdings wird ein signifikanter Unterschied der Inzidenz nach einer Geburtseinleitung (Odds Ratio 23,2; 95% CI: 17,3–31,0), der Gabe von subpartalem Oxytocin, sowie einem fetalen Geburtsgewicht von > 4500 g beschrieben. Auch hier kann die Zuverlässigkeit dieser Faktoren in

Zuverlässigkeit der Risikofaktoren in Frage gestellt

Bei den antenatalen Faktoren ist ein erhöhtes fetales Gewicht mit einem Risi-

lückenlose Dokumentation



Oft hilft schon der Wechsel in den Vierfüßlerstand (Gaskin-Manöver), eine Schulterdystokie zu lösen.

Fotos: Gerlinde Michel

Frage gestellt werden, da die Geburtseinleitung und die Gabe von Oxytocin in der heutigen klinischen Geburtshilfe zu den häufigsten geburtshilflichen Interventionen gehören. Demnach müsste die Inzidenzrate der Schulterdystokie deutlich höher ausfallen. Nur die Kombination der fetalen Makrosomie und der vaginal-operativen Geburt erhöhten in der erwähnten Studie die Wahrscheinlichkeit für eine Schulterdystokie.

Sectio als Prävention?

Bei bekannter fetaler Makrosomie drängt sich die Frage nach der Prävention der Schulterdystokie durch eine primäre Sectio caesarea auf. Bei dieser Diskussion muss dringend eine Kosten-Nutzen Analyse erwogen werden. Nach

Gross et al. (1987) und Sandmire (1987) wären zur Prävention von 5 Fällen von Schulterdystokie durch eine primäre Sectio bei Feten mit einem Geburtsgewicht von 4500g, aufgrund von präpartalen ultrasonographischen Fehlschätzungen, 132 zusätzliche Sectiones erforderlich. Die primäre Sectio stellt demzufolge keine valable Alternative zur Prävention einer Schulterdystokie dar und wird nicht empfohlen (Boulvain et al., 2004). Die Schulterdystokie ist ein Ereignis, dem nur in sehr beschränktem Masse vorgebeugt werden kann. Es bleibt nur die erhöhte Aufmerksamkeit bei protrahierten oder sehr schnellen Geburtsverläufen, sowie das bedachte und adäquate fachliche Handeln der Fachpersonen beim Eintreten dieser Komplikation.

Perinatale Mortalität und Morbidität

47% der Feten sterben bei einer Schulterdystokie sub partu, wenn der Kopf nach mehr als 5 Minuten geboren wird (Maternal and Child Health Research, 1998). Die Schulterdystokie geht zudem mit einer hohen neonatalen Morbidität, wie fetale Asphyxie (4,3%), Mekoniumaspiration (2,9%) und Skelettverletzungen besonders im Bereich der Clavicula (5–23%) einher (Gnirs, 2004). Als besonders gravierend sind die mit 4,7% bis 15% relativ häufigen traumatischen Läsionen des Plexus brachialis. Dabei ist die obere Plexuslähmung (Typ Erb-Duchenne), bei welchen die Nervenwurzeln der Segmente C5 und C6 betroffen sind, die prominenteste Trauma-

tisierung. Die restlichen Fälle betreffen hauptsächlich die Nervenwurzeln der Segmente C8 und TH 1 (Typ Klumpke). In 80% der Fälle mit oberer Plexusläsion ist innerhalb der ersten 3–6 Lebensmonate eine vollständige Ausheilung zu beobachten. Hingegen verschwinden die Lähmungserscheinungen bei der unteren Plexuslähmung bei lediglich 40% der Säuglinge innerhalb eines Jahres wieder (Gnirs, 2004).

Geburtsmanagement bei Schulterdystokie

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das Eintreten einer Schulterdystokie eine Pathologie ist, deren Behandlung in die Kompetenz des ärztlichen Dienstes gehört, denn *«wird eine Schulterdystokie festgestellt, endet damit die Kompetenz der Hebamme. Dann ist der sofortige Einsatz eines Arztes geboten. Für dessen rechtzeitige Hinzuziehung hat die Hebamme zu sorgen.»* (Oberlandesgericht Stuttgart, 15.7.1993, 14 U 3/93 – AHRS 3210/102).

Die Hebamme hat die wichtige Aufgabe, eine Schulterdystokie richtig zu diagnostizieren, rechtzeitig den ärztlichen Dienst zu involvieren und erfahrene Berufskolleginnen zur Mithilfe beizuziehen. Beim hohen

Schultergeradestand gehört es bis zum Eintreten des ärztlichen Dienstes zur Pflicht der Hebamme, sogenannte «first-line» Manöver durchzuführen. Dazu gehören die drei bis viermalige Wiederholung des McRoberts Manövers, welches eine Stellungsänderung der Symphyse auslöst. Ungefähr 90% der Dystokien lassen sich mit diesem «first-line» Manöver beheben. In Kombination mit dem McRoberts Manöver ist von einer Hebammenkollegin ein suprapubischer Druck auszuführen, der dazu verhilft, die verkeilte Schulter bei der Symphyse zu lösen. Der Kristeller-Handgriff ist in dieser Situation obsolet und deutlich als Kunstfehler zu bezeichnen, führt er doch zu einer weiteren Verkeilung der Schulter. Der Nutzen einer Episiotomie zur Verhinderung neonataler Morbiditäten ist umstritten (Gurewitsch et al., 2004), allerdings gilt heute das Unterlassen der Episiotomie als Behandlungsfehler. Es sollte unbedingt auf eine Wehenhemmung mittels Tokolyse geachtet werden, um eine weitere Verkeilung der Schultern zu verhindern. Auf gar keinen Fall darf am Kopf gezogen werden. Beim Manöver nach Gaskin, auch «all fours-Manöver» genannt, wird die Frau in den Vierfüßlerstand gebracht. Dies ist allerdings nur möglich, sofern die Frau gut

mobil und schlank ist und keine PDA hat. Die Erfolgsrate des Gaskin-Manövers wird mit 83% angegeben (Bruner et al., 1998).

Das «second-line» Manöver wird in der Regel von der beigezogenen Ärztin durchgeführt und beinhaltet die digitale Rotation der vorderen Schulter vom Rücken her in den Schräg- oder Querdurchmesser, dem Druck auf die Scapula (Verkleinerung des Schulterdurchmessers), evtl. unter gleichzeitigem suprasymphysärem Druck (Manöver nach Rubin). Als Alternative gilt die digitale Rotation der hinteren Schulter von ventral her, mit einer Drehung vom geraden in den queren Durchmesser (Manöver nach Woods). Die Entwicklung des hinteren Armes in der Kreuzbeinhöhle durch das Beugen des Ellenbogengelenks oder das Ziehen an der Hand ist mit einem hohen Frakturrisiko für den Oberarm des Feten (12%) verbunden.

Als «third-line» Manöver gelten die Symphysiotomie, die Claviculafraktur und das Zavanelli-Manöver, bei welchem versucht wird, den Kopf wieder in den Beckenausgang hochzustossen, um eine Notfallsectio durchzuführen.

Der tiefe Schulterquerstand ist viel leichter zu beheben, da keine knöchernen Widerstände zu überwinden sind. Hier steht die äussere Rückdrehung des Kopfes und die Entwicklung der vorderen Schulter durch das Senken des Kopfes oder die digitale Entwicklung der vorderen Schulter im Vordergrund. Nicht zu unterschätzen sind die maternalen Komplikationen nach Schulterdystokie, nämlich das erhöhte Risiko für eine postpartale Blutung, Zervixrisse und schwere Geburtsverletzungen (Dammriss Grad IV). Aus diesem Grund ist nach jeder Schulterdystokie die Inspektion der Scheide und der Zervix erforderlich, um Hämatome und/oder Risse auszuschliessen.

Ein reibungsloser und professioneller Handlungsablauf bei diesen Manövern setzt ein etabliertes Klinikschemata sowie eine sehr gute Zusammenarbeit und gute Kommunikation zwischen den beteiligten Fachpersonen voraus.

Forensische Aspekte und Probleme der mangelhaften Dokumentation

Immer häufiger wird bei maternalen und kindlichen Geburtsverletzungen ein Fehlverhalten der Hebamme oder der Ärztin von Seiten Betroffener unterstellt (Krause & Feige, 2005). Aus diesem Grund ist den juristischen Anforderungen an das klinische Vorgehen sowie der Dokumentation des Ereignisses grosse Beachtung zu schenken. Wichtig dabei sind:



Bei einer Dystokie auf dem Gebärhocker lässt die Hebamme die Frau aufstehen und sich leicht nach hinten beugen

- Ein generelles Vorliegen eines schriftlich festgehaltenen Risikomanagements in der Klinik
- Festhalten des Zeitpunktes der Diagnosestellung
- Festhalten des Zeitpunktes der Alarmierung des ärztlichen Dienstes, der erfahrenen Hebammenkollegin und der Anästhesie.
- Exakte zeitliche und inhaltliche Dokumentation, z. B. über den Geburtsverlauf und die ergriffenen Massnahmen zur Lösung der Schulterdystokie

Hebammen unterschätzen in aller Regel die Bedeutung einer lückenlosen Dokumentation. Es ist für allfällige forensische Abklärungen und Schadenersatzklagen absolut erforderlich, dass aufgrund der Dokumentation die Ereignisse nachvollziehbar dokumentiert sind. Meistens findet sich nur ein Eintrag mit «Geburt nach schwieriger Schulterentwicklung» sowie die Angaben der Geburtszeit, das Geburtsgewicht, sowie APGAR und pH-Werte. Eine solche Dokumentation ist ungenügend, zumal sie nicht detailgetreu die einzelnen Massnahmen zur Lösung der Schulterdystokie beschreibt. Aus juristischer Sicht gelten nicht dokumentierte Leistungen als nicht erbrachte Leistungen. Dies kann sich für die beteiligten Fachpersonen im Rahmen von juristischen Verfahren als nachteilig auswirken. Die Hebamme (oder die helfende Kollegin) muss alle Massnahmen minutengenau dokumentieren. Der festgehaltene Ablauf des Ereignisses sollte im Anschluss von allen beteiligten Fachpersonen in der Krankengeschichte visiert werden (Hebammen, Geburtshelferin, Anästhesistin, Neonatologin).

(Musterbeispiel für eine korrekte Dokumentation aus U. Harder et al., 2006 s. S. 12).

Regelmässiges Üben nach schriftlich vorliegendem Risikomanagement

Fachkompetenz und ruhiges Vorgehen sind nur gewährleistet, wenn Hebammen und Geburtshelferinnen bis zu zweimal jährlich anhand von praktischen Übungen am Phantom oder mit Rollenspielen sich den Handlungsablauf bei eingetretener Schulterdystokie vergegenwärtigen. Die Übungen sollten von Fachexpertinnen Geburtshilfe und/oder Chefärztinnen Geburtshilfe initiiert und durchgeführt und alle Mitarbeiterinnen bei den praktischen Übungen angeleitet werden. Dabei sollten sich die Mitarbeiterinnen auf ein schriftlich vorliegendes Risikomanagement abstützen können. Die Autorin verweist an dieser Stelle auf die sehr guten



Regelmässiges Simulieren und Üben der Handgriffe ist für geburtshilfliche Teams wichtig

Arbeiten der Lehrhebamme U. Harder (1995, 1998, 2001, 2002, 2006) und des «Bund Deutscher Hebammen e.V. (1998), die als Grundlagen für regelmässige Schulungen von Hebammenteams dienen können (s. auch Fokus in dieser Nummer). Das Vorliegen eines klinikinternen Risikomanagements sowie die Durchführung regelmässiger praktischer Übungen sind wichtige Struktur- und Prozesskriterien zur Qualitätssicherung in der professionellen Vorgehensweise bei Schulterdystokie. ▶

Originalartikel. Redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel

Literatur

- Baskett J.P., Allen A.: Perinatal implications of shoulder dystocia. *Contemp Obstet Gynecol* 1995; 86: 14–17.
- Boulvain M., Stan C., Irion O.: Elective delivery in diabetic pregnant women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2001; (2): CD001997. Review.
- Bund Deutscher Hebammen e.V. Hebammen-Standpunkte. Empfehlungen zum Vorgehen bei Schulterdystokie. 2. überarbeitete Auflage 11/1998.
- Bruner J.P., Drummond S.B., Meeman AL, Gaskin I.M.: All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med* 1998; 43 (5): 439–43.
- Chauhan S.P., Rose C.H., Gherman R.B., Majann E.F., Holland M.W., Morrison J.C.: Plexus brachialis injury: A 23-year experience from a tertiary center. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1795–802.
- Gnirs J.: Schulterdystokie. In: Schneider H., Husslein P., Schneider K.T.M.: Die Geburtshilfe, 2.

Auflage, 2004, Springer Verlag, Berlin Heidelberg.

- Gross T., Sokol R., Williams T., Thompsen K.: Shoulder dystocia: A fetal-physician risk. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 1408–1418.
- Gurewitsch E.D., Donithan M., Stallings S.P., Moore P., Agarwal S., Allen L., Allen R.: Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: A comparison of outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 2004; 191: 911–916.
- Harder U., Mändle Ch., Roemer V., Schroth U.: Empfehlungen zum Vorgehen bei Schulterdystokie, Hebammenforum. Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen e.V., 4. überarbeitete Auflage, 2006.
- Harder U.: Havarie-Übungen. Hebammenhilfe bei Schulterdystokie. Hebammenforum Dezember 2002: 799–811.
- Harder U.: Praktisches Vorgehen bei Schulterdystokie. *Die Hebamme* 2001; 1: 38–44.
- Harder U.: Schulterdystokie, erschwerte Schultergeburts – Handlungsschema für Hebammen. *Die Hebamme* 1998; 2: 64–68.
- Harder U.: Schulterdystokie – Aufgaben der Hebamme. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 1995, 10: 471–474.
- Krause M., Feige A.: Die Schulterdystokie im Spannungsfeld medicolegaler Auseinandersetzungen. *Z Geburtsh Neonatol*, 2005; 201–209.
- Maternal and Child Health Research Consortium: Confidential Enquiry into Stillbirths and Death in Infancy, 6th annual report, 1999; London.
- Oberlandesgericht Stuttgart, 15.7.1993, 14 U 3/93 – AHRS 3210/102. In: Schlund GH. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2001; 61: M 59.
- Ouzounian J.G., Gherman RB: Shoulder dystocia: Are historic risk factors reliable predictors. *Am J Obstet Gynecol*, 2005; 192: 1933–8.
- Sandmire H.F., O'Hallain T.J.: Shoulder dystocia: its incidence and associated risk factors. *Int J Gynaecol Obstet*, 1987; 26: 65–73.