

Aus Fehlern lernen

H. Bellée

„Stolpersteine“ des Geburtshelfers vor Schulterdystokie und Plexusläsion des Kindes.

Zusammenfassung

Durch retrospektive Analyse geburts-hilflicher Umstände bei 17 Geburts-verläufen mit kindlicher Armplexus-läsion nach Schulterdystokie werden Ursachen, aber auch Fehlermöglich-keiten gefunden, die im Zusammen-hang mit dem komplizierten Ausgang der Geburt stehen können.

Auffällig ist die hohe Inzidenz vagi-nal-operativer Geburtsbeendigungen (n=9/17), wobei 7/9 Operationen ohne erforderliche standardgemäÙe Vorbedingungen durchgeführt wur-den und in 6/9 Fällen keine plausible Indikation festzustellen war. In 8/17 Fällen fanden sich fehlerhafte Bemü-hungen zur Entwicklung des Kindes nach Eintritt einer Schulterdystokie. Es werden daraus Schlussfolgerungen zur Vermeidung klinisch relevanter Nervenplexusläsionen im Sinne eines Fehlermanagements gezogen.

Auf dem 108. Deutschen Ärztetag wurde die Entwicklung von Fehler-vermeidungsstrategien als Bestand-teil des Qualitätsmanagements in der Medizin explizit angesprochen.

In Einheit von Daten der Perinatal- und Neonatalerhebung, über die Definition sinnvoller Qualitätsindikatoren können Einzelfallanalysen zur Fehlerbenennung vor Ort zur Ableitung von Vermeidungs-strategien führen. Wünschenswert ist es, kleine alltägliche Missgeschicke mit gutem Ausgang vor schwerwiegenden Folgen zu erfassen, zu analysieren und in der Zukunft über ein elektronisches Meldesystem aufzuarbeiten und zu verallgemeinern. Ein Paradebeispiel eng begrenzten Sachverhalts in der Geburthilfe ist die Schulterdystokie mit der Folge einer Armplexusläsion des Kindes – bei nicht zu unterschätzender haftungsrechtlicher Relevanz.

Sie ist selten im Spektrum möglicher ge-burthilflicher Komplikationen: in Sach-sen innerhalb von fünf Jahren zu 0,075 Prozent, das heisst eine Plexusläsion auf 1.333 Geburten (H. Bellée 1997), aber eine der häufigsten Beschwerdeentität in der Geburtshilfe (19/90 der bei der Gutachterstelle Bayern geklagten Be-schwerden D. Berg et al. 2006).

Nicht von ungefähr ist die Plexuslä-sion immer wieder von Zeit zu Zeit Gegenstand medizinrechtlicher Be-trachtung und von Handlungsemp-fehlungen (Th. Schwenzer et al. 1997), zumal sie meist überraschend auftritt.

Material und Methode

17 Schwangerschafts- und Geburts-verläufe, aus denen Plexusläsionen

der Neugeborenen resultierten, wur-den auf der Grundlage vollständiger Dokumentationen im Auftrag von Schlichtungsstellen und des Medizi-nischen Dienstes der Krankenkassen überregional retrospektiv analysiert. Die Armplexusläsionen waren klinisch relevant, in Einzelfällen war die neuro-chirurgische Versorgung erforderlich.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Einzelfallanalysen sind in Tabelle I so zusammengestellt, dass auch Überschneidungen der Fak-ten augenfällig werden.

Allen 17 Verläufen mit kindlicher Arm-plexusläsion ging die Schulterdysto-kie voraus, wobei in einem Fall einer Hebammengeburt keinerlei Schwie-rigkeiten im Zusammenhang mit der Schulterentwicklung nach Geburt des Kopfes dokumentiert waren (was aber bezweifelt werden muss, da post na-tum ein Plexusabriss offen chirurgisch diagnostiziert wurde). Als auffälligstes Ergebnis präsentiert die Studie, dass in über der Hälfte aller Fälle (9/17) eine vaginal-operative Geburtsbeendigung der Plexusläsion vorausging.

In 7/9 Fällen ist aus den ärztlichen Do-kumentationen zu vermuten, oder si-cher abzuleiten, dass die Vorbedingun-gen zur Vakuumextraktion nicht oder ungenügend erfüllt waren (dazu Stel-lungnahme der DGGG: vaginal-operati-ve Entbindungen aus Beckenmitte, 1999): Kopf über Beckenmitte/ hoher Stand in BM + hintere Hinterhauptslage/+ nicht ausrotiertem Kopf. Oft wurde auch, zum Beispiel in der Folge großer Geburtsge-schwulst auf die Feststellung des Ver-laufs der Pfeilnaht verzichtet, oder auch ein tieferer Stand des Kopfes, als tat-sächlich vorliegend, angenommen. In 6/9 VE war eine Indikation zum Ein-griff nicht gegeben oder nicht nach-vollziehbar: vermeintlich auffälliges fetales Herzfrequenzmuster im CTG (auch ohne Absicherung durch Mik-robrolutanalyse bei noch hochstehen-dem Kopf) – vermeintlicher Geburts-stillstand in der Austreibungsperiode – Geburt in der Belegklinik – Geburt vor der Nacht – „ärztliche Ungeduld“. Fehlerhaftes Verhalten beim Abschluss der Geburt war in 8/17 Fällen fest-stellbar

(5/9 Fällen nach VE): übermäßiger Zug am Kopf zur Überwindung von

Tab.: Einzelfallanalysen geburthilflicher Umstände mit kindlicher Armplexusläsion

n=17	Fall-Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Fehlerhaftes Handling bei Abschluss der Geburt	n=8	x		x	x	x					x		x		x	x		
VE ohne/unter ungenügenden Vorbedingungen	n=7		x	x	x		x	x			x	x						
VE ohne ersichtliche und plausible Indikation	n=6			x	x	x	x	x				x						
Bedeutsame Anamnese /Vorbefunde ungenügend berücksichtigt		x	x	x					x									
dabei:																		
Makrosomie nicht / ungenügend berücksichtigt		x	x					x					x					
Hebammengeburt									x							x	x	x
Dokumentationsfehler / -mängel										x	x					x	x	

Schwierigkeiten der Schulterentwicklung, kraftvolle äußere Überdrehung, kraftvolles „Kristellern“ und Zug am Kopf, Unterlassung äußerer Manöver, Oxytocin-Infusion zur Wehenstimulierung bis zur Geburt der fixierten Schultern.

In 5/17 Fällen wurden bedeutsame Vorbefunde und Risiken aus der Anamnese nicht berücksichtigt: Adipositas permagna + fragliches Missverhältnis, Gestationsdiabetes, antenatale sonografische Fehlmessungen und Gewichtsschätzungen (zum Beispiel 4.500 g in 35. Schwangerschaftswoche). In nur vier Fällen wurde die fetale Makrosomie antenatal nicht, oder ungenügend realisiert.

In 4/17 Fällen wurde die Geburt mit (nicht immer dokumentierter) Schulterdystokie ausschliesslich von Hebammen abgeschlossen; auch trotz anwesenden Geburtshelfers, an den die Geburt bei offenkundigen Schwierigkeiten in Überschreitung der Kom-

petenzgrenzen nicht übergeben wurde. Nicht nur in diesen Fällen sind Dokumentationsfehler, oder -mängel nicht zu übersehen.

Neben einer Clavicularfraktur trat eine extreme kindliche Schädeldeformation und eine schwere mütterliche Verletzung im Zusammenhang mit der Lösung der Situation bei Schulterdystokie auf.

Schlussfolgerungen zur Fehlerprävention im Zusammenhang mit Armplexusparesen:

Die vaginal-operative Geburtsbeendigung steht sehr häufig im Zusammenhang mit einer Schulterdystokie; deshalb: vag.-op. Eingriff nur mit plausibler Indikation, niemals Entschluss zur vag. Operation ohne exakte Befunderhebung; daraus: kein vag.-op. Eingriff bei Höhenstand des kindlichen Kopfes über tiefer Beckenmitte. Erforderlichenfalls Bevorzugung der sekundären Schnittentbindung oder

Diskussion der primären Sectio bei Zusammentreffen verschiedener Risikokonstellationen.

Die Piexusläsion ist in den allermeisten Fällen nicht Folge der Schulterdystokie, sondern entsteht im Zusammenhang mit deren Behebung, auch unter Einsatz grossen Kraftaufwands; deshalb: frühe Realisierung einer Schulterdystokie ohne fehlerhaften Zug am Kopf, konsequenter Einsatz gesicherter Manöver zur schonenden Lösung der Schulter, Vermeidung der „äusseren Überdrehung“ bei eingetretener Dystokie/besser frühe Praktizierung direkter Handgriffe zur Lösung der fixierten Schulter.

Sehr hilfreich zur Klärung haftungsrelevanter Ansprüche ist die exakteste Dokumentation.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. habil. Heiner Bellée
Hermann-Prell-Straße 6 B, 01324 Dresden