

Notfallmanagement bei Schulterdystokie – erst denken, dann handeln

Dr. med. Sven Hildebrandt, Dresden

Die Schulterdystokie gehört zu den am meisten gefürchteten geburtshilflichen Komplikationen. Allerdings sind die weit verbreiteten Ängste vor dieser Notsituation nur zum Teil berechtigt, weil sich bei korrekter Handlungsweise fast immer die Geburtsblockade ohne größere Gefährdung des Kindes lösen lässt.

Die eigentliche Gefahr der Schulterdystokie geht weniger vom Notfall selbst, sondern vor allem vom **panischen Handeln der Helfenden** aus. Das wird besonders deutlich, wenn man die möglichen Komplikationen der Schulterdystokie betrachtet: Nahezu alle in Haftpflichtfällen begutachteten Schädigungen gehen auf die geburtshilflichen Manipulationen und nicht auf die Blockade selbst zurück.

„Denk-basiertes Handeln“

Lehrbücher, Vorlesungen, Leitlinien und Weiterbildungen zur Schulterdystokie gleichen sich erfahrungsgemäß in folgenden Punkten:

- Die Schulterdystokie wird als ein **schicksalhafter Geschehen** dargestellt, dessen Wahrscheinlichkeit in erster Linie vom – natürlich im Moment der Geburt nicht mehr beeinflussbaren – Geburtsgewicht bestimmt wird. Echte präventive Denkansätze (Rolle von Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft, Bedeutung der Gebärdposition) kommen in der Regel viel zu kurz.
- Das **McRoberts-Manöver** als primäre Handlungsvorgabe wird quasi als Ultima ratio dargestellt.

Dabei wird oft verschwiegen, dass die fatalen Folgen und die forensischen Konsequenzen in der Regel auf gewaltsame Lösungsversuche zurückzuführen sind und dass bei einem besonnenen und vor allem behutsamen Handeln die Gefahren für das Kind eher gering erscheinen.

Und leider läuft dann in der Realität das Notfallmanagement genauso **automatisiert und angstbesetzt** ab. Es wird gehandelt, ohne über die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen nachzudenken: Erst McRoberts, und dann irgendwie ziehen...

Dabei spielt gerade bei der Schulterdystokie die Besonnenheit und die Beachtung der geburtsphysiologischen Grundlagen eine extrem wichtige Rolle. „**Denk-basierte Geburtshilfe**“ versteht die Geburtshilfe als ein lebendiges Fachgebiet, das auf Traditionen aufbaut, das Wissen der Lehrerinnen und Lehrer wertschätzt, Erfahrungen umsetzt – diese aber immer kritisch nachdenkend hinterfragt.

Und ein solches Nachdenken ist gerade bei der Schulterdystokie wichtig, weil sich die Handlungsabläufe zugunsten des Kindes deutlich optimieren lassen. Die nachfolgenden Überlegungen zur Schulterdystokie weichen deshalb teilweise von herkömmlichen Darstellungen

ab. Diese **Neuorientierung** hat folgende Gründe:

1. In den geburtshilflichen Lehrbüchern wird die **Rolle des Kindes als aktiver Teilnehmer** an den geburtsdynamischen Prozessen unterschätzt („Geburtsobjekt Kind“ als passiver Körper, der durch die Wehenkraft durch das Becken geschraubt wird). In Wahrheit spielen die kindlichen Stellreflexe (insbesondere der asymmetrische tonische Nackenstellreflex) eine Schlüsselrolle bei der Schulterrotation: Das Kind dreht durch diesen Reflex aktiv seine Schulter über die Symphyse. Fehlen diese Reflexe (z. B. beim schwer deprimierten Kind infolge einer intrauterinen Notsituation), kann die Rotation nicht oder nur erschwert gelingen. Der schlechte Zustand des Kindes ist in diesem Fall nicht Folge, sondern Ursache der Schulterdystokie. Für diese, für das Notfallmanagement äußerst bedeutsame Situation passt der Begriff **sekundäre Schulterdystokie** besser.
2. Wir haben in unserer Ausbildung das Becken als quasi betonierten Ring mit starren Gelenken vermittelt bekommen. Spätestens durch die aktuellen Forschungen zur Beckenendlagen-Geburt ist die

unerwartete **Flexibilität** des muskulös-bindegewebig-knöchernen **Gesamtsystems Becken** bewiesen. Bereits McRoberts baute sein Manöver auf der Kenntnis auf, dass Beuge- und Streckbewegungen im Hüftgelenk das Durchtrittsplanum deutlich vergrößern können. Vor dem Hintergrund, dass im Vierfüßlerstand ungleich größere Raumgewinne erzielt werden (1), müssen auch die Handlungsstrategien bei der Schulterdystokie angepasst und das McRoberts-Manöver modifiziert werden.

Begriffsbestimmung

Unter einer Schulterdystokie versteht man eine Blockade der Schulterrotation nach der Geburt des Kopfes: die Schulter kann der Rotation des Kopfes durch den schraubenförmigen Geburtsweg nicht folgen und „verhakt“ sich über der Symphyse (**hoher Schultergradstand**) oder im nachfolgenden Geburtsweg (**tiefer Schulterquerstand** – i. d. R. kein ernstes geburtsmechanisches Problem).

Ursache dieser Blockade ist entweder eine mechanische Störung der Rotation, z. B. durch Bewegungsbehinderung bei einem sehr großen Kind (**primäre Schulterdystokie**), oder ein Ausbleiben der aktiven kindlichen Schulterbewegung infolge des Fehlens kindlicher Stellreflexe (z. B. bei Totgeburt oder nach schwerer intrauteriner Not – **sekundäre Schulterdystokie**).

Disponierende Faktoren und Pathogenese

Der kontinuierliche Durchtritt des kindlichen Körpers durch den Geburtsweg wird durch die Reflexe des Kindes sichergestellt.

Primäre Schulterdystokie

Die Reflexe sind vorhanden, die Rotation gelingt durch mechanische Behinderung nicht.

Mütterliche Faktoren:

- **Ungünstige Position des Beckens** – einerseits hinsichtlich des Durchtrittsplanums, andererseits bezüglich der Geburtsparabel. Die günstigste Position scheint hier der Vierfüßlerstand zu sein, die ungünstigste die Rückenlage. Aber: Bei schlaffen Bauchdecken kann u. U. der genau gegenteilige Effekt eintreten.

Kindliche Faktoren:

- **Geburtsgewicht:** Eigentlich handelt es sich um einen **mütterlichen Faktor**, da makrosome Kinder in aller Regel entweder durch Fehlernährung oder durch mütterliche Erkrankungen provoziert werden.

Bei Geburtsgewichten über 4500 g steigt die Wahrscheinlichkeit einer Schulterdystokie um den Faktor 10!

Geburtshilfliche Faktoren:

- forcierte „Leitung“ der Austreibungsperiode
- Wehenstimulation
- vaginal-operative Geburtsbeendigung
- „Kristellern“

Sekundäre Schulterdystokie

Eigentlich könnte der Körper gut durch das Becken rotieren – aber die notwendigen kindlichen Stellreflexe fehlen in Folge einer schweren intrauterinen Beeinträchtigung. Oft wird erst durch die Handlungen von Hebamme und Arzt/Ärztin aus einer verzögerten Geburt der Schulter eine Schulterdystokie.

Kardinalfehler sind hierbei:

- jeder forcierte Druck von oben („Kristellern“), weil dadurch die Schulter noch stärker hinter der Symphyse „verkeilt“ wird;

- jede Wehenmittelgabe;
- jede Manipulation am kindlichen Kopf

Eine Rotation der Schulter kann ohne Gefährdung des Kindes nur durch eine Manipulation an der Schulter, niemals am Kopf, erfolgen.

Eine Lösung des Problems über den Kopf ist ineffektiv, schmerzhaft und gefährlich. **Nach der Geburt des Kopfes** ist jede Berührung oder Manipulation unnötig und gefährlich! Ausnahmen: liebevolles Streicheln und Ertasten der Nabelschnur bei Nabelschnurumschlingung. Dieser Grundsatz gilt übrigens für jede Geburt.

Wir beobachten mit großer Sorge die noch immer weit verbreitete und sogar noch in mancher Hebammenschule gelehrt Unsitte, nach der äußeren Rotation des Köpfchens dieses mit den Händen zu umfassen und abzusenken. Man solle sich immer in das Kind hineinversetzen, für das diese Manipulation sehr schmerzhaft ist. Jeder Erwachsene würde sich nach einer ähnlichen Zerrung eine Physiotherapie verschreiben lassen. Unsere Kinder sind wehrlos und müssen solche Manipulationen ertragen.

Differenzialdiagnose

Wenn durch eine **ungünstige Nabelschnurumschlingung** das Kind nicht tiefer treten kann, handelt es sich nicht um eine Schulterdystokie. Hier ist eine Lösung des Problems ausschließlich durch sofortiges Durchtrennen der Nabelschnur möglich.

Handlungsritual bei der primären Schulterdystokie

1. Ruhe bewahren!

Die größte Gefahr für das Kind besteht in unserer eigenen Angst und in

unüberlegten oder panischen Handlungen. **Es gibt keine Zeitnot!** Das Kind wird über die Nabelschnur mit Sauerstoff versorgt und kann notfalls sogar atmen – Zeitkorridore von über 15 Minuten wurden als unproblematisch beschrieben!

2. Abwarten der nächsten Wehe

So dramatisch die Situation optisch auch erscheinen mag: sehr häufig rotiert die Schulter in der folgenden Wehe von alleine nach. Das Kind ist in keiner unmittelbaren Gefahr. Man darf sich keinesfalls von dem Anblick beunruhigen und zu voreiligen Schritten verleiten lassen.

3. „Bauchtanz“

Unabhängig von der Gebärposition kann die Frau ihr Becken wie beim Bauchtanz wiegen. Es lohnt sich, dieses kleine Ritual zum festen Bestandteil jeder Geburt zu machen und bei der Geburtsvorbereitung zu üben. Es ist äußerst wirkungsvoll, da die Bewegung des Beckens das Durchtrittsplanum dynamisch (Relativbewegung des Beckens gegen die Schulter) wie statisch (absolute Vergrößerung um bis zu 15 mm) verändert. Es hebt die Stimmung im Kreißaal.

4. Positionswechsel des Beckens

Wenn nach dem Bauchtanz die Schulter immer noch nicht gelöst ist, verändern wir die Position des Beckens. Hintergrund unseres Vorgehens ist das MC-ROBERTS-Manöver, bei dem durch eine Extrembewegung der Hüftgelenke das Durchtrittsplanum des Beckeneingangs um bis zu 15 mm vergrößert werden kann. Auch hier gibt es neben dieser statischen Komponente auch einen dynamischen Effekt, weil durch den Bewegungsimpuls eine Relativbewegung zwischen Schulter und Symphyse provoziert wird.

Von großer Bedeutung ist das **Fassen nach oben** bei allen Manövern, um die Mm. pectorales zu aktivieren.

Die beiden Schritte des McRoberts-Manövers – Ausstrecken der Beine und anschließend maximale Beugung im Hüftgelenk (Abb. 1) – lassen sich auf alle Gebärpositionen übertragen.

- **„Hirtenposition“:** Wir wechseln zunächst die Seite und stellen das andere Knie an (Streckung/Beugung) (Abb. 2). Führt dies nicht zum Erfolg lassen wir die Frau aufstehen (Streckung) und bringen sie dann in die Rückenlage. Jetzt führen wir das klassische McRoberts-Manöver durch: Wir strecken beide Beine im Liegen aus und winkeln sie anschließend mit maximaler Beugung im Hüftgelenk an.
- **Vierfüßlerstand:** Wir gehen zunächst in die „Hirtenposition“, wechseln ruhig auch noch einmal die Seite und stellen das andere Knie an. Dann gehen wir weiter wie oben beschrieben vor.
- **Hocke:** Wir gehen zunächst in den Vierfüßlerstand (Beugung) und dann

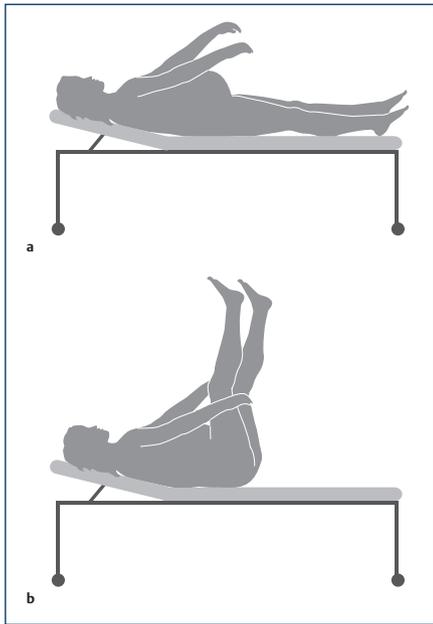


Abb. 1 a, b: „Klassisches“ McRoberts-Manöver in Rückenlage.
a) Ausstrecken der Beine.
b) Danach maximale Beugung im Hüftgelenk.

wie beschrieben über die „Hirtenposition“ in die Rückenlage.

- **Seitenlage:** Wir drehen die Frau zunächst in die Rückenlage und führen das MC-ROBERTS-Manöver durch. Führt das nicht zum Erfolg, bewegen wir die Frau in die „Hirtenposition“ und dann weiter in den Vierfüßlerstand.
- **Rückenlage:** analog: MC-ROBERTS-Manöver, „Hirtenposition“, Vierfüßlerstand.

In der **Gebärwanne** sollten wir spätestens jetzt das Wasser abgelassen haben. Je nach Wannentyp kann man auch hier verschiedene Gebärpositionen einnehmen. Wenn dies nicht möglich ist, sollte die Frau aus der Wanne steigen (Beugung/Streckung) und alle Manöver „an Land“ durchführen.

5. Suprapubischer Druck

Zunächst versuchen wir, die vordere Schulter durch die Bauchdecken zu fixieren. Dabei müssen wir beachten, dass unser **suprapubischer Druck** die

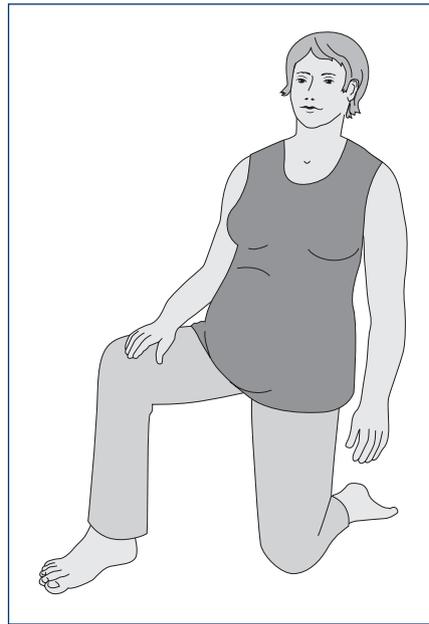


Abb. 2: Hirtenposition.

Gebärende zwingend in eine Abwehrspannung bringt, die für unser Anliegen absolut kontraproduktiv ist. Deshalb sollten wir die **Hand der Frau** auf den Bauch oberhalb der Symphyse legen und mit unserer eigenen Hand quasi durch die mütterliche Hand hindurch gemeinsam die Schulter ertasten. Dies erlaubt und erfordert eine äußerst hilfreiche Kommunikation mit der Gebärenden.

6. Innere Manipulation

Wenn es uns nach allen äußeren Manövern nicht gelungen ist, die Symphyse über die Schulter rutschen zu lassen, dirigieren wir nun die Schulter an der Symphyse vorbei. Dies erfolgt durch folgende innere Manipulationen:

- **Eingehen mit der Hand** in die Kreuzbeinhöhle, in der immer genügend Platz ist;
- **Ertasten des hinteren Schulterblatts:** es bietet ein stabiles und unempfindliches Widerlager für unsere Rotationsbewegung

Nun geben wir mit der inneren Hand den **Rotationsimpuls auf das Schulterblatt der hinteren Schulter** und durch die mütterliche Hand hindurch mit der äußeren Hand den Gegendruck auf die vordere Schulter. In aller Regel gelingt spätestens jetzt die Lösung der Schulter.

Haben wir auch jetzt keinen Erfolg, gehen wir **mit der anderen Hand von der Kreuzbeinhöhle aus in die Scheide** ein und folgen der Bauchseite des Kindes, bis wir das Schlüsselbein der vorderen Schulter ertasten. Nun können wir den **Rotationsimpuls direkt an beiden Schultern** ausüben. Wir haben den kindlichen Thorax nun zwischen unseren Fingern wie in einer Zange. Die Rotation muss nun gelingen. Notfalls umfassen und in die andere Richtung drehen.

Vorgehen bei der sekundären Schulterdystokie

Sofortige innere Manipulation, ggf. kombiniert mit suprapubischem Druck.

Hilferuf und Dokumentation

Für die Durchführung der genannten Manöver ist keine Hilfsperson notwendig. Wenn die Hebamme die Handlungsrichtlinien beherrscht, wird sie das Problem alleine lösen können. Ein **Hilferuf** ist dennoch in der Regel notwendig,

- weil das Kind möglicherweise zunächst deprimiert geboren wird und Hilfe braucht,
- weil man in einer solchen Anspannungssituation zu zweit besser agieren kann,
- weil die Hilfsperson u. U. Ruhe, Kompetenz und Zuversicht in die Situation bringen kann,
- weil dieser aus forensischer Sicht gefordert wird (Schulterdystokie als regelwidrige Geburtssituation gehört in den ärztlichen Kompetenzbereich).

Für den Hilferuf haben sich **Codeworte** bewährt, die keine zusätzliche Beunruhigung in die Situation bringen („*Wir warten auf die nächste Wehe.*“)

Bei der Schulterdystokie gilt in besonderem Maße: Der oder die Kompetenteste leitet die Handlungen. Und das ist nicht automatisch der/die herbeigerufene Arzt/Ärztin.

Bei der **Dokumentation** ist zu beachten: Eine Schulterdystokie liegt streng genommen nur dann vor, wenn die Rotation auch durch Positionswechsel nicht gelingt und man aktiv die Schulter lösen muss (ab Schritt 5 im o.g. Handlungsplan). Es wäre also falsch, bereits vorher diese Diagnose zu dokumentieren.

Die **Diagnose „schwere Schulterentwicklung“** sollte nicht dokumentiert werden, weil es keine Definition für die zeitlichen Abläufe bei der Schulterrotation gibt. Man muss nicht schlafende Hunde wecken. Eine sorgfältige und forensisch sichere Dokumentation wäre: „Geburt des Kopfes um ... Uhr, zur Erleichterung der Schulterrotation Positionswechsel in folgende Positionen ..., Geburt des Körpers um ... Uhr.“

Immer wieder geistert in Handlungsrichtlinien zur Schulterdystokie die Forderung nach einer **ausgedehnten Episiotomie** herum. Es sei nochmals betont: Die Schulterdystokie ist ein Problem des knöchernen Beckens und nicht des Beckenbodens. Allerdings sollte man bei der Dokumentation stets bedenken, dass man nicht wissen kann, auf welcher fachlichen Expertise sich ein potenzieller Gutachter befindet. Deshalb ist folgender **Satz obligat**: „Das Eingehen der Hand gelang unkompliziert, deshalb konnte auf eine Episiotomie verzichtet werden.“

Literatur

- 1 Hildebrandt S, Göbel E: Geburtshilfliche Notfälle, Hippokrates Verlag 2008
- 2 Hildebrandt S: Schulterdystokie, Vortrag auf dem 2. Forum Geburtshilfe, Kassel, Mai 2012
- 3 Stiefel A, Geist Ch, Harder U: Hebammenkunde, Hippokrates Verlag, 5. Aufl. 2013

Anschrift des Autors:

Dr. med. Sven Hildebrandt
Frauenarzt- und Hebammenpraxis
Bühlau
Grundstraße 174
01324 Dresden
E-Mail: info@dr-sven-hildebrandt.de