

Die kindliche Plexusparese als typische geburtsassoziierte Schädigung des Kindes

Roland Uphoff

Der Focus Spezial Ihr Recht 2018 hat Dr. Roland Uphoff erneut zum Top-Anwalt im Medizinrecht ausgezeichnet.

Die geburtstraumatische Plexusparese stellt Geburtshelfer, Hebamme und insbesondere auch das nachgeburtlich beteiligte Personal, d. h. Neonatologen, Kinderkrankenschwestern und später auch Krankengymnasten vor erhebliche Herausforderungen.

Sie ist eine typische geburtshilfliche Schädigung nach Schulterdystokie und kann in unterschiedlich schwerer Form, d. h. Schädigung des Plexus auftreten.

Es gibt hierzu zwischenzeitlich zwei aktuelle und grundlegende Bücher, die zur vertieften Literatur unbedingt empfohlen werden können:

Zum einen handelt es sich um Schwenzer/Bahm, *Schulterdystokie und Plexusparese*, Springer-Verlag, 2016. In diesem Buch werden sowohl die geburtshilflichen als auch die späteren plexuschirurgischen und krankengymnastischen Fragen ausgiebig abgehandelt.

Daneben ist vor kurzem das Buch von Herrn Dr. Jörg Bahm, *Bewegungsstörungen der oberen Extremität bei Kindern*, Springer-Verlag, 2017, erschienen.

Bei Herrn Dr. Jörg Bahm handelt es sich um den erfahrensten und sicher in der chirurgischen Expertise kompetentesten Plexuschirurgen Deutschlands, der in den vergangenen 30 Jahren mehrere Tausend Plexuskinder gesehen und operiert hat.

Daneben ist für die betroffenen Eltern und natürlich auch für Experten, die sich mit Plexuskindern beschäftigen, wichtig zu wissen, dass es seit mehreren Jahren eine Selbsthilfegruppe von Eltern mit geburtsgeschädigten Kindern gibt, die sich intensiv um die Beratung, Betreuung und Begleitung von Eltern mit Plexuskindern kümmert. Zu finden ist diese Selbsthilfegruppe unter www.plexuskinder.de.

Aus haftungs-/medizinrechtlicher Sicht ist bei der Auseinandersetzung, ob und in welchem Umfang nachgeburtlich die Be-

treuung des neugeborenen Plexuskindes korrekt war, insbesondere wichtig zu wissen, welche Primär- und Sekundärschäden beim Plexuskind auftreten können.

In einem aktuell bearbeiteten Fall, der zwischenzeitlich gerichtlich geklärt ist, äußerte sich der Sachverständige zu den nachgeburtlichen Problemen und der zukünftigen Entwicklung des Plexuskindes. Er verwies in seinen Ausführungen speziell auf folgende Punkte, die für die alltägliche Praxis und Klinik in der nachgeburtlichen Versorgung des Kindes bedeutsam sind:

Es ist aus neonatologischer/kinderärztlicher Sicht bekannt, dass die motorischen Kompetenzen eines Neugeborenen bis etwa vier Monate auf einer tiefen Hirnebene lokalisiert sind. In den ersten vier Monaten entwickelt sich das Gehirn und es entwickelt sich daher insbesondere auch eine bestimmte Körperwahrnehmungsfunktion.

Insoweit ist zunächst zu vermuten und auf den ersten Blick zu denken, dass das Kind bzw. Neugeborene „nur“ einen Plexusschaden, d. h. einen Nervenschaden erlitten hat.

Dieses wird aus neonatologischer, kinderärztlicher und krankengymnastischer Sicht eben nicht bestätigt. Es ist vielmehr derart, dass der betroffene Arm dem Gehirn keine Rückmeldung mehr geben kann, in dem das Kind bzw. das Gehirn den Körper kennenlernt.

Damit bildet das Gehirn letztendlich keine Repräsentanz für den Arm aus.

In dieser vorgenannten Zeit erfolgt ebenfalls die Entwicklung des Zusammenspiels zwischen dem Groß- und dem Kleinhirn. Dieses bewirkt, dass das Zusammenspiel der Muskeln bei bestimmten Handlungen funktioniert, also etwa sich bestimmte Muskeln zusammenziehen und manche lösen, um eine Handlung auszulösen.

Bei einem Plexuskind funktioniert dieses nicht gleichermaßen, d. h. es liegt eben nicht nur ein Nervenschaden vor, sondern im Gehirn fehlen letztendlich bestimmte Programme, die aufgrund der Schädigung nicht angelegt bzw. ausgebildet werden können.

Aus kinderärztlicher und krankengymnastischer Sicht wird daher ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Fehlentwicklung unbedingt so früh wie möglich mit krankengymnastischen Therapien, insbesondere der Vojta-Therapie versucht wird zu kompensieren. Zumindest ist die Vojta-Therapie auch aus kinderärztlicher/krankengymnastischer Sicht in gewissem Umfang in der Lage, die vorgenannten „Programme“ zu ersetzen. Bekanntlich wird bei der Vojta-Therapie das Kind in eine bestimmte Lage gebracht, um damit in Zusammenhang stehende Reflexe/Reaktionen auszulösen. Diese Therapie muss dann regelmäßig angewendet und intensiviert werden, damit das Gehirn des Kindes/Neugeborenen entsprechende Muster aufbaut. Dieses ist nur durch stetige Wiederholung erreichbar.

Die Vojta-Therapie ist bekanntermaßen für die Kinder äußerst unangenehm. Das Kind erfährt insbesondere auch dann, wenn diese Therapie durch die Eltern bzw. Mutter ausgeführt wird, dass die Therapie nicht beendet wird, wenn es schreit oder weint. Insoweit ist frühzeitig eine Begleitung und Betreuung der Eltern über die Notwendigkeit und Familientauglichkeit dieser Therapie notwendig.

Nach einer frühzeitigen chirurgischen Intervention, die in den ersten sechs Lebensmonaten erfolgen muss und in deren Rahmen plexuschirurgische Nervenrekonstruktionen versucht werden, gilt es zu beachten, dass nach derartigen Operationen die Kinder die vorgenannten Bewegungsmuster und erlernten motorischen Bewegungen wieder neu lernen müssen.



Foto: © Köpenicker – Fotolia.com

Aus kinderärztlicher/krankengymnastischer Sicht wird berichtet, dass im Ergebnis mit ca. 14 Jahren die wesentlichen Hirnmuster für die vorgenannten Bewegungsmuster und -reflexe angelegt sind.

Dabei ist sowohl den Eltern als auch später dem jungen Kind klarzumachen, dass es immer wieder auch darum gehen muss, die Beweglichkeit des Gelenks zu erhalten. Es geht insbesondere darum, eine Einsteifung zu verhindern. Kontrakturen oder eine Verkürzung der Muskulatur und Bänder soll letztlich vermieden werden. Mithin ist aus krankengymnastischer und kinderärztlicher Sicht bekannt, dass auch bei Beendigung der Vojta-Therapie weitere Physiotherapien erforderlich sind, um die vorgenannten Sekundärschäden zu vermeiden. Dieses kann sowohl „therapeutisches

Spielen“, d. h. letztlich eine Art Ergotherapie als auch „Fitnessübungen“ seien.

Kinderärztlich wird formuliert, dass das Gehirn des Kindes so früh wie möglich und so lange wie nötig für die betroffene Körperseite „wachgerüttelt“ wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Plexusschaden bei einem Neugeborenen eben gerade nicht nur eine isolierte Nervschädigung der oberen Extremität ist, sondern vielseitige neuromotorische, kognitive und weitere motorische Folgen hat.

Im Interesse der betroffenen Kinder sollte daher auch nachgeburtlich so früh wie möglich mit den Eltern die Situation besprochen und die Eltern informiert werden. Es lohnt sich auf die Internetseite www.plexuskinder.de zu schauen und diesen Eltern zu empfehlen.

Die Gruppe der Eltern mit Plexuskindern veranstaltet ihre diesjährige Informationsveranstaltung und Mitgliederversammlung am 16.-18.11.2018 in Petershagen bei Bielefeld. 

AUTOR

Dr. Roland Uphoff, M. mel.
Rechtsanwalt
Fachanwalt
für Medizinrecht
Kanzlei für Geburtsschadenrecht und Arzthaftung
Heinrich-von-Kleist Str. 4
53113 Bonn

