

Haftung des Krankenhauses bei Schulterdystokie

Petra Marschewski und Roland Uphoff

Der Focus Spezial – Ihr Recht 2017 hat Dr. Roland Uphoff zum Top-Anwalt 2017 im Medizinrecht ausgezeichnet.

In der geburtshilflichen Praxis kommt es immer wieder vor, dass bei der klinischen Untersuchung des Neugeborenen eine sog. Armplexusparese festgestellt wird.

Hierbei handelt es sich um eine dauerhafte Lähmung der oberen Extremität infolge einer Nervenverletzung im Arm/Schulterbereich, wobei die Ausprägungen je nach Schwere der Läsion sehr unterschiedlich und demgemäß mit einer stark divergierenden Prognose vergesellschaftet sind. Ursache einer Plexusparese ist die Zerrung der Strukturen des Nervenplexus infolge einer Überdehnung des Winkels zwischen Kopf und Schulter bei einer erschwerter Entwicklung des Feten.

Wird unmittelbar postpartal eine Armplexusparese festgestellt und kam es während der Geburt zu einer Schulterdystokie, knüpft hier die Frage an, ob für diese ein fehlerhaftes Verhalten der Geburtshelfer verantwortlich ist. Fälle dieser Art haben die Rechtsprechung vielfach beschäftigt.

Die Schulterdystokie stellt eine in der letzten Phase der Geburt eintretende, äußerst gefährliche Komplikation dar. Gelingt die rechtzeitige Behebung dieser nicht, kommt es zu irreparablen Hirnschäden infolge Sauerstoffminderversorgung. Viel häufiger kommt es allerdings nach Eintritt einer Schulterdystokie zu einer Armplexusparese mit dauerhafter Lähmung der oberen Extremität bis hin zur Funktionslosigkeit des betroffenen Armes.

Unter einer Schulterdystokie ist ein für das Kind vitalbedrohlicher Geburtsstillstand bei Geburt aus Schädellage zu verstehen, der nach Austritt des kindlichen Kopfes einsetzt. Dabei gibt es zwei Formen der Schulterdystokie, nämlich den hohen Schultergeradstand und den tiefen Schulterquerstand.

Beim hohen Schultergeradstand befindet sich die Schulterbreite im Längsdurchmesser über dem Beckeneingang. Es blei-

ben nach Austritt des kindlichen Kopfes die geburtsmechanisch notwendige Rotation der Schulterbreite in den hohen Querstand und damit der Eintritt des Körpers in den Beckeneingang aus. Die hintere Schulter nimmt meist eine platzsparende Position lateral des Promontoriums ein, die vordere Schulter reitet jedoch auf der Symphyse der Mutter auf, wird durch diese zurückgehalten und kann nicht entwickelt werden. Damit kann auch der Kopf nicht tiefer treten. Typisches Zeichen hierfür ist das sog. turtel-sign, bei dem der Kopf tief in die Vulva eingezogen ist.

Beim tiefen Schulterquerstand befindet sich die Schulterbreite im queren Durchmesser. Die Schulterbreite dreht sich nach Eintritt in das kleine Becken nicht aus dem Querstand in den nunmehr erforderlichen tiefen Geradstand und ist dadurch gegen den längsovalen Beckenausgang fixiert.

Beide Formen der Schulterdystokie beruhen also auf einer falschen Einstellung des kindlichen Schultergürtels. Problematisch ist damit immer eine im Verhältnis zur Größe des kindlichen Körpers bestehende relative Enge des Geburtskanals. Diese führt dazu, dass sich der Reibungswiderstand zwischen dem kindlichen Körper und dem mütterlichen Gewebe erheblich erhöht. Ist der kindliche Körper relativ groß und demgemäß der auf ihn einwirkende Reibungswiderstand hoch, kann es dazu kommen, dass insbesondere der Schultergürtel die notwendigen Drehungen nicht ausführt.

Eine Schulterdystokie tritt fast immer überraschend auf. Der plötzliche Geburtsstillstand ist für den Feten lebensbedrohlich. Panische Reaktionen bei den Geburtshelfern, die häufig darin bestehen, den Geburtsstillstand durch Kraftentfaltung zu überwinden, sind daher nur allzu verständlich. Diese Kraftentfaltung ist jedoch gefährlich, da sie mit der Gefahr

einer schweren Verletzung des Kindes, insbesondere einer Plexusparese verbunden ist.

Da eine Schädigung des Plexus brachialis erst durch übermäßige Dehnung oder Zerrung, insbesondere bei starkem Zug an der Halswirbelsäule entsteht, ist jede Druck- und Ziehbewegung im Hals/Schulterbereich nach Auftreten der Schulterdystokie kontraindiziert. Jede Dehnung, Zerrung oder ein Druck auf den Körper des Kindes beinhaltet das erhebliche Risiko einer geburtstraumatischen Armplexuslähmung. In den Plexus brachialis münden Nervenwurzeln, die aus dem Spinalkanal in Höhe von vier Halswirbeln (C5 - C8) und einem Brustwirbel (TH1) austreten. Diese Nervenstränge vereinigen sich im Armplexus zu den drei Primärfaszikeln (Trunci), nämlich dem Truncus superior, dem Truncus medius und dem Truncus inferior. Kommt es trotz konservativer Therapien nicht zu einer deutlichen Befundbesserung, müssen die Kinder ggf. mehrfach operiert werden. Der intraoperative Befund lässt dann Rückschlüsse auf die auf den Plexus einwirkenden Zugkräfte zu, da die Schwere der Läsion direkt proportional zu den einwirkenden Zugkräften ist. Es kommt zur Traktion (Nervendehnung), Ruptur (Nervenerreißung) oder zur Avulsion (Wurzelausriss). Wegen der anatomischen Lage werden zuerst die Segmente C5 und C6 überdehnt, bei stärkerem Zug wird C7 mit geschädigt. Erst bei noch größeren Kräften kommt es zur Schädigung der Wurzeln C8 - TH1, dann häufig zum Ausriss aus dem Rückenmark. Experimentelle Untersuchungen an toten geborenen Kindern haben dabei gezeigt, dass zu einer Nervenerreißung im Armplexus Kräfte notwendig sind, die über 30-40 kg liegen. Ein Zug von solcher Stärke ist bei einem normalen Geburtsablauf nicht denkbar.



Foto: © GordonGrand - Fotolia.com

Aktuell hat sich das Oberlandesgericht München in einem Urteil vom 05.04.2018 (Az.: 24 U 3486/16, GesR 372 - 374) mit einer Geburt auseinandergesetzt, bei der es nach Auftreten einer Schulterdystokie zu einer schwersten kompletten Plexusparese des Kindes kam. Im Alter von sechs Monaten wurde das Kind operiert und hierbei ein Abriss der Nervenwurzel C6, starke Vernarbung der Wurzel C7 sowie Ausriss der Wurzel C8 und TH1 bestätigt. Das Oberlandesgericht hatte nunmehr zu klären, unter welchen Voraussetzungen in einer solchen Konstellation auf ein fehlerhaftes Verhalten

der Geburtshelfer geschlossen werden kann und wer letztendlich hierfür verantwortlich und eintrittspflichtig ist. Die Geburt wurde dabei von einer im Krankenhaus angestellten Assistenzärztin geleitet und parallel von einer freiberuflichen Hebamme betreut. Der Geburtsbericht hielt fest, dass der Kopf auf die Vulva aufgepresst erschien und eine Entwicklung der Schulter nicht möglich war. Als weitere Beschreibung fand sich lediglich, dass nach Ausstellen des Wehentropfs, mehrfachem McRoberts-Manöver (beide Beine der Mutter werden angewinkelt und bauchwärts geführt, dadurch

kommt es zu einer leichten Anhebung der Symphysenachse) sowie suprasymphysärem Druck eine „vorsichtige äußere Überdrehung ohne Zug am kindlichen Kopf“ durch die Hebamme erfolgt sein soll.

Das Oberlandesgericht München hat in diesem Zusammenhang ein geburtshilfliches und ein neuropädiatrisches Gutachten eingeholt. Der neuropädiatrische Sachverständige hat hierin bestätigt, dass eine komplette Armplexusparese nur durch die Ausübung von Zugkräften entstanden sein kann und die Anwendung dieser Zugkraft dem im Zeitpunkt der Geburt geltenden

medizinischen Standard widersprach. Eine vorgeburtliche Entstehung schloss er aus, da in einem solchen Fall der betroffene Arm bereits unmittelbar nach der Geburt unterentwickelt oder von Osteoporose betroffen gewesen wäre. Es ist zudem keine einzige wissenschaftliche Publikation bekannt, in der ein Zerreißen von Nerven durch intrauterine Kräfte beschrieben wird. Die Verletzung der betroffenen Nerven setzt daher eine seitliche Wegbewegung des Kopfes von der Schulter voraus, wobei für eine Beeinträchtigung dieses Ausmaßes Zugkräfte von 35-40 kg erforderlich sind.

In diesem Verfahren wurden die unterschiedlichen Auffassungen zur Entstehung einer Plexusparese in der medizinischen Literatur und Forschung diskutiert und erläutert. Zusammenfassend musste aber auch hier festgestellt werden, dass keine Studie existiert, in der eine Nervenerreißung ohne korrelierende Schulterdystokie nachgewiesen worden ist. Auch der geburtshilfliche Sachverständige schloss aus, dass Zugkräfte in der für eine Nervenerreißung erforderlichen Stärke allein durch den Geburtsvorgang selbst, also ohne Hinzutreten geburtshilflicher Maßnahmen, hervorgerufen worden sein könnten. Eine Seitenbewegung des Kopfes während des Geburtsvorgangs, die zu der vom Kläger erlittenen Nervenerreißung führe, gebe es bei einer normalen Entwicklung des Kopfes bei einer Geburt nicht. Letztlich müsse daher angenommen werden, dass eine von außen zugeführte Zugkraft eingewirkt hat, um die zur Nervenerreißung erforderliche Zugbewegung herzustellen. Auch wenn dies so nicht dokumentiert und sowohl durch die geburtsleitende Assistenzärztin als auch die Hebamme bestritten wurde, war das OLG München davon überzeugt, dass entweder die Assistenzärztin oder die Hebamme den Kopf des Kindes seitlich von der linken Schulter weg bewegt haben und dadurch die zur Zerreißen der Nerven im Armplexus führende Zugkraft ausgeübt wurde. Hiermit schließt sich das Oberlandesgericht München bereits anderen Fällen verschiedener Obergerichte an, in denen aufgrund des Schädigungsmusters mit Zerreißen von Nervenbahnen und Wurzelaustrissen auf einen kontraindizierten Zug der Geburtshelfer geschlossen wurde (OLG Hamm, Urteil vom 23.05.2012, Az.: 3 U 174/11, OLG München, Urteil vom 08.07.2010, Az.: 1 U 4550/05).

Als weitere Frage war zu klären, wer letztendlich die Verantwortung hierfür trägt, da Anknüpfungspunkt eine nicht

dokumentierte Zugkraftausübung war und diese entweder durch die angestellte Assistenzärztin oder die freiberufliche Hebamme ausgeübt worden sein musste. Das OLG München urteilte aus, dass jedenfalls der Krankenträger hierfür einzustehen hat. Dessen Eintrittspflicht für die angestellte Assistenzärztin resultiert aus dem zwischen der Mutter des Kindes und dem Krankenträger geschlossenen totalen Krankenhausvertrag. Dementsprechend schuldet das Krankenhaus die Erbringung geburtshilflicher Leistungen und bediente sich hierfür der angestellten Assistenzärztin als Erfüllungsgehilfin. Sobald die Assistenzärztin im Kreißsaal erscheint und die Geburtsleitung übernimmt, haftet sie deliktisch für ihr eigenes Verschulden.

Gleiches gilt für ein etwaiges Fehlverhalten der freiberuflichen Hebamme. Auch hierfür ist der Krankenträger eintrittspflichtig. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die freiberufliche Hebamme mit Willen des Krankenträgers in seinem Pflichtenkreis tätig war. Aber auch wenn man berücksichtigt, dass die Assistenzärztin mit Einverständnis des Krankenträgers die freiberufliche Hebamme als Hilfsperson zur Geburt hinzugezogen hat, kommt man zum gleichen Ergebnis.

In diesem Fall hat das OLG München lediglich eine eigenständige Haftung der freiberuflichen Hebamme verneint, da der Behandlungsfehlervorwurf nicht an das dokumentierte Drehen am Kopf durch die freiberufliche Hebamme anknüpfte, sondern an die nicht dokumentierte Zugkraftausübung. Da es jedoch nicht aufklärbar war, wer diese aufgewandt hatte, musste eine eigenständige Verurteilung der freiberuflichen Hebamme daher ausscheiden.

Trotz Operation wird der linke Arm des Kindes zeitlebens praktisch funktionslos bleiben, so dass das OLG München das erstinstanzlich ausgerichtete Schmerzensgeld in Höhe von 65.000,00 € bestätigte. Dieser Betrag fügt sich in den Rahmen vergleichbarer Fälle. Daneben ist mit erheblichen materiellen Schadenersatzpositionen zu rechnen, die nicht nur im Kindesalter, sondern auch im Erwachsenenalter anfallen. So wird aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen bspw. eine handwerkliche Ausbildung nicht möglich und eine Vielzahl von Berufen verschlossen sein.

Der vorstehende Fall zeigt nochmals eindringlich, mit welchem Gefährdungspotential bei einer Schulterdystokie zu rechnen ist. Nicht nur die Sauerstoffunterversorgung, sondern schwerste Funktionsbeeinträchtigungen des betroffenen Ar-

mes sind zu vermeiden. Dies setzt voraus, dass den Geburtshelfern die Komplikation und die Lösung einer Schulterdystokie bekannt sind und am besten regelmäßig am Phantom geübt werden. Es existieren in der gesamten geburtshilflichen Literatur Empfehlungen wie bei Auftreten einer Schulterdystokie vorzugehen ist. Dabei gilt das oberste Gebot, Ruhe zu bewahren. Anschließend müssen die empfohlenen Maßnahmen ruhig und besonnen durchgeführt werden.

Aber auch nachgeburtlich sind Behandlungsstrategien zu entwickeln. Im Fall einer Plexusparese soll der betroffene Arm unmittelbar nach der Geburt zur Vermeidung zusätzlicher Schäden durch zerrrende Bewegungen in Funktionsstellung, d. h. mit locker abduziertem Oberarm und 90° Beugung im Ellenbogen auf der Brust fixiert werden. Auf keinen Fall darf der Arm in funktionell ungünstigen Stellungen immobilisiert werden. Am Ende der ersten Lebenswoche sollen Arm und alle Gelenke behutsam bewegt werden. Eine regelmäßige Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis ist zwingend erforderlich. In der Neugeborenen- und Säuglingszeit ist die klinisch-neurologische Untersuchung entscheidend. Dabei gehört die Beurteilung der Muskelfunktionen, der Kraft sowie des Bewegungsumfangs unbedingt hinzu. Auch wenn in vielen Fällen die Prognose der geburtstraumatischen Plexusparenese gut ist, verbleiben in etwa 10 % der Fälle bleibende und erheblich behindernde Funktionseinschränkungen. Die Nachsorge einer Plexusparese ist daher essenziell und sollte jedem bekannt sein. 

AUTOREN

Petra Marschewski
Fachanwältin
für Medizinrecht



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

