((10.000 Zeichen))

((Porträt gespeichert unter **Schwarz\_Interview\_Hildebrandt\_Porträt**))

((BN))

Foto: privat

((BU))

**Prof. Dr. Sven Hildebrandt**: „Ich rate bei der primären Schulterdystokie, zuerst die nächste Wehe abzuwarten: Oft braucht das Kind noch eine – möglichst lange! – Wehenpause, um die Rotation auszuführen.“

((Rubrik))

Titelthema

**Protrahierte Geburt und Dystokie meistern**

((Titel))

**Interview mit Prof. Dr. Sven Hildebrandt ((preline))**

**„Ein Kind ist
kein Stück Seife.“**

((Vorspann))

***Wie kommt es zu einer Schulterdystokie? Wie kann sie frühzeitig erkannt oder gar verhindert werden? Ein Gespräch mit dem Geburtshelfer Prof. Dr. Sven Hildebrandt. > Christiane Schwarz***

((Fließtext))

***Christiane Schwarz:***

***International gibt es widersprüchliche Definitionen der Schulterdystokie. Wie sieht Ihre aus?***

**Sven Hildebrandt:**

Nach meinem Verständnis definiert sich der Begriff Schulterdystokie selbst: Es handelt sich um eine Blockade des Schulterdurchtritts nach erfolgter Geburt des Kopfes, die sich auch nach Veränderung von Position und Bewegung der Gebärenden nicht spontan löst. Sie sehen, dass in dem kleinen Nachsatz eine wichtige Besonderheit liegt, denn viele Dystokien treten nur ein, weil die Schulter beispielsweise in Rückenlage der Gebärenden zu wenig Raum für ihre Rotation hat. Durch eine einfache Veränderung der Lage kann das Hindernis überwunden werden. Solche Situationen, die ja streng genommen nicht ein Versagen des Systems Geburt, sondern ein Defizit unserer Geburtsbegleitung darstellen, sind für mich keine Schulterdystokie.

***Welche Hauptursachen gibt es für die Schulterdystokie?***

Es gibt zwei prinzipielle Ursachengruppen für eine Blockade der Schulterrotation: geburtsmechanische und geburtsdynamische Gründe. Geburtsmechanische Ursachen einer Schulterdystokie können alle Faktoren sein, bei denen ein vitales Kind seine Schulter zwar bewegen könnte, dies aber wegen zu enger Platzverhältnisse im Geburtsweg nicht gelingt. Diese Situation kann aus mehreren Gründen eintreten, die oft auch kombiniert vorliegen.

Zum einen, weil der Geburtsweg durch eine ungünstige Gebärposition verengt ist. Hier spielt wie gesagt die Rückenlage eine besonders problematische Rolle: Der Beckengürtel ist in der Schwangerschaft keineswegs ein starr verbundener Knochenring, sondern in Folge hormoneller Einflüsse ein äußerst flexibler Verbund gegeneinander beweglicher Knochen. Das Kreuzbein kann sich somit in seiner Lagerung in den Darmbeinen gut bewegen. Das führt in der Rückenlage dazu, dass das Beckengewicht auf dem Kreuzbein lastet und in den Geburtsweg „hineinschiebt“. Im Vierfüßlerstand dagegen „hängt“ das Beckengewicht am Kreuzbein und vergrößert die Beckenmaße. Die Bedeutung dieses Effektes wurde früher oft unterschätzt. Heute wissen wir dank der MRT-Untersuchungen von Prof. Frank Louwen, dass sich das Promontorium über zwei Zentimeter in den Beckenring hineinbewegt, wenn das Körpergewicht auf dem Kreuzbein lastet.

***Welche sind die weiteren Ursachen?***

Ein weiterer Grund für eine Dystokie kann sein, dass das Kind in seiner Schulterbreite „zu dick“ ist, um im engen Geburtsweg seine Schulter zu bewegen. Oder dass die Schulter durch äußere Kräfte wie Wehentätigkeit oder Zug gegen die Symphyse gepresst wird, zum Beispiel bei vaginal-operativer Geburt oder Druck beim „Kristellern“. Wir sprechen bei diesen geburtsmechanischen Hindernissen von einer primären Schulterdystokie, bei der die Handlungsstrategie zunächst in einer Optimierung der geburtsmechanischen Bedingungen besteht.

***Und welche Bedeutung haben geburtsdynamische Gründe?***

Geburtsdynamische Ursachen liegen mindestens genauso oft vor, werden von der Fachwelt meiner Einschätzung nach jedoch nur unzureichend gewürdigt. Es sind vor allem Störungen der kindlichen Vitalität – beispielsweise bei intrauterinen Notzuständen oder schlimmstenfalls beim toten Kind, bei dessen Geburt regelmäßig eine Schulterdystokie eintritt.

Das Kind ist jedoch nicht wie ein lebloses Stück Seife, das aus der Hand rutscht. In den Lehrbüchern wird die Passage des kindlichen Körpers oft als rein mechanischer Akt beschrieben, bei dem das Kind passiv eine Art Schraubenbewegung im Becken vollführt. Im Unterschied zur Schraube ist der Kopf jedoch beweglich. Das bedeutet: Wenn der Kopf in den geraden Durchmesser des Beckenausgangs rotiert, rotiert die Schulter nicht zwingend nach. Das Kind muss diese Bewegung aktiv vollziehen. Es hat dazu Reflexe, die diese Bewegung sicherstellen, so beispielsweise der asymmetrische tonische Nackenstellreflex. Sind diese bei intrauteriner Not abgeschwächt oder fehlen sie, wird diese Rotation blockiert. Wir sprechen dann von einer *sekundären* (kursiv)) Schulterdystokie, weil in diesem Fall der schlechte Zustand des Kindes nicht Folge der Schulterdystokie, sondern umgekehrt die Schulterdystokie Folge des schlechten Zustands ist. Die primäre Handlungsstrategie ist hier nicht die Optimierung des Geburtsweges – das würde in diesen Fällen bei oft kleinen Kindern kaum einen Effekt haben – sondern die sofortige Bergung mittels Rubin-Manöver und Reanimation des Kindes.

Sie sehen, dass die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Schulterdystokie für unser praktisches Handeln von größter Bedeutung ist.

***Wenn die Nabelschnur straff um den Hals des Kindes gewickelt ist, empfehlen Sie Abnabeln vor Schultergeburt?***

Eine Nabelschnurstrangulation ist die wichtigste Differenzialdiagnose der Schulterdystokie. Allerdings führt die Umschlingung des Halses nicht automatisch zur Strangulation, weil die Nabelschnur durch Längenwachstum jede Zugwirkung relativ kurzfristig kompensiert. Nur wenn sich das Kind in den letzten Tagen vor der Geburt so ungünstig bewegt, dass sich die Nabelschnur um den Hals schlingt, reicht die Zeit zur Kompensation nicht aus. Tritt also das so genannte „Turtle-Phänomen“ – der fest aufgepresste Kopf ohne jede Rotationstendenz - bei in der Tiefe tastbarer, gefüllter und pulsierender Nabelschnur auf, wird wie bei einer ((welche? fehlt hier nicht ein Adjektiv? ECHTE?)) echten Schulterdystokie gehandelt. Ist die Nabelschnur dagegen straff ausgezogen und pulslos, müssen wir die Diagnose „Schulterdystokie“ fallen lassen und von einer Nabelschnur-Strangulation ausgehen. Wir versuchen, die Nabelschnurschlinge in der Tiefe zu erreichen und sie zu durchtrennen - . Wir gehen irgendwie ein ((seltsame Formulierung. Gerne anders sagen. Vielleicht kann man den Halbsatz weglassen?)) – und bergen auf dem „Rückweg“ gleich das mit Sicherheit reanimationspflichtige Kind.

***Welches sind die hilfreichsten Sofortmaßnahmen?*** Bei primärer Schulterdystokie steht die Gebärbewegung im Vordergrund. McRoberts ((sollte man das Manöver dazu in einen Kasten stellen? – die jungen Leserinnen kennen es nicht unbedingt, oder? nein, das ist Standardwissen)) hat hierzu effektive Vorschläge gemacht, die jedoch in der ungünstigen Rückenlage vollzogen werden sollen. Es wäre deshalb sinnvoll, sein Manöver auf die anderen Gebärpositionen zu übertragen. Die Frau kann zum Beispiel aus dem Stehen in eine tiefe Hocke gehen oder beim Knien das jeweils aufgestellte Bein wechseln, also die abwechselnde Hirtenstellung.

Einen ähnlichen Effekt erzielt sie, wenn sie aus der Wanne steigt, also ein Bein beugt, streckt, dann das andere Bein beugt und streckt. Ebenso effektiv scheint der sogenannte „Beckenimpuls“ zu sein, den wir früher auslösen mussten, um der im einfachen Bett gelagerten Frau die Bettpfanne oder ein Keilkissen unterzuschieben. Das „Aushebeln“ des Kreuzbeins sorgt dabei für eine ideale impulsartige Bewegung der Symphyse, die die Rotation erleichtert. Auch den „Beckenimpuls“ sollten wir auf die aufrechten Gebärpositionen übertragen.

***In welcher Reihenfolge sollte ein Notfallalgorithmus abgearbeitet werden?***

Ich rate bei der primären Schulterdystokie, zuerst die nächste Wehe abzuwarten: Oft braucht das Kind noch eine – möglichst lange! – Wehenpause, um die Rotation auszuführen. Keinesfalls darf ein Wehentropf laufen! Aber auch kein „Ankitzeln“ einer Wehe – und keinesfalls Ziehen am Kopf oder Drücken von oben! Dann sollte die Gebärende kreisende Beckenbewegung wie beim „Bauchtanz“ probieren – anmutig und ausladend, nicht hektisch und ruckartig. Wenn das nicht hilft, versuchen wir, den „Beckenimpuls“ auszulösen. Hilfreich kann auch ein Lagerungswechsel im Sinne eines modifizierten McRoberts-Manövers sein: Beim Umlagern sollten die Beine im Hüftgelenk möglichst oft gestreckt und gebeugt werden. Zuletzt kann suprasymphysärer Druck weiterhelfen – allerdings idealerweise durch die Hände der Frau, die auf dem Bauch sanft und entspannt nach der Schulter des Kindes tastet. Wenn wir drücken, geht die Gebärende automatisch in eine Bauchdeckenspannung.

**Und wenn das alles noch nicht hilft?**

Gelingen alle diese Manöver nicht, verhalten wir uns wie bei einer sekundären Schulterdystokie, und wenden das Rubin-Manöver an – ich spreche dabei gern vom Begriff der Thorax-Zange – und bergen das Kind. Dabei führen wir diese innere Manipulation sofort aus, um wertvolle Zeit für das sicher reanimationspflichtige Kind zu sparen. Wir gehen nacheinander vorsichtig mit den Fingern beider Hände über die Scheide in Richtung Kreuzbeinhöhle, umfassen mit den Zeige- und Mittelfingern den Thorax an vier Punkten: an beiden Schulterblättern und beiden Schlüsselbeinen. So haben wir Köpfchen und Hals stabil und geschützt zwischen unseren Handflächen. Dann rotieren wir vorsichtig die Schulter. Oft gelingt die Rotation schon beim Einführen nur einer Hand – gegebenenfalls unterstützt durch suprasymphysären Druck.

***Was hilft, um eine Schulterdystokie zu vermeiden?***

Zwei Strategien sind zur Verhütung einer primären Schulterdystokie am wichtigsten: einerseits die Vermeidung makrosomer Kinder durch gute Ernährung, viel Bewegung, frühzeitige Erkennung und Behandlung von Insulinresistenzen ((Klammer so richtig in Textfluss aufgelöst?)). Und andererseits ist eine kluge Gebärbewegung wichtig. Die Bewegung der Frau sollte zum Beispiel der jeweiligen Haltung und Stellung des Kindes angemessen sein. Es soll nicht einfach etwas ausprobiert werden. Am besten hat man immer ein Beckenmodell samt Puppe im Kreißsaal, um das Vorgehen zu besprechen. Und schließlich: Jeglicher Eingriff in die Geburtsdynamik sollte vermieden werden.

((Kasten – vielleicht so?))

**Checkliste: Was tun bei primären Schulterdystokie? ((hftok))**

1. Abwarten der nächsten Wehe, ohne Wehentropf oder „Ankitzeln“, keinesfalls Ziehen am Kopf oder Drücken von oben
2. kreisende Beckenbewegung wie ein Bauchtanz
3. „Beckenimpuls“
4. Lagerungswechsel im Sinne eines modifizierten McRoberts-Manövers
5. suprasymphysärer Druck, idealerweise durch die Hände der Frau
6. modifiziertes Rubin-Manöver: Eingehen über die Kreuzbeinhöhle, ertasten der 4 Fixationspunkte Schulterblätter und Schlüsselbeine („Thorax-Zange“) und vorsichtige Rotation

-------------------------

**Hinweis**

Angaben zum Interviewten und zur Autorin finden sich auf den Seiten XXX und XXX.