

Pressemitteilung

Neue wissenschaftliche Handlungsempfehlung **S2k-Leitlinie zur Schulterdystokie veröffentlicht**

Die AWMF-Leitlinie zur Schulterdystokie widmet sich einer seltenen, aber gefürchteten Komplikation unter der Geburt mit potenziell weitreichenden medizinischen Konsequenzen für Mutter und Kind: der Schulterdystokie – häufig ein unvorhergesehener und nicht vollständig vermeidbarer Notfall im Kreißsaal.

Berlin, im Oktober 2024 – Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (OEGGG) sowie die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (SGGG) haben die Leitlinie zur Schulterdystokie erstellt, um die wissenschaftlichen Empfehlungen zum Management zu bündeln. Die Empfehlungen werden dahingehend ausgesprochen, das geburtshilfliche Handeln unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Gebärenden zu leiten.

Definition der Schulterdystokie

Der Leitlinie zufolge werden etwa 1% aller Geburten durch eine Schulterdystokie kompliziert. Es handelt sich dabei um einen akut auftretenden Geburtsstillstand nach Austritt des kindlichen Kopfes. Die nachfolgende Geburt des Rumpfes verzögert sich. Geburtsmechanisch werden zwei Varianten unterschieden:

Hoher Schultergeradstand

Beim hohen Schultergeradstand treten die Schultern nicht in den querovalen Beckeneingang der Mutter ein. Der Kopf wird geboren und gleich danach zurückgezogen; die Schultern sind nicht tastbar. Das Erscheinungsbild wird als „Schildkrötenphänomen“ bezeichnet.

Tiefer Schulterquerstand

Beim tiefen Schulterquerstand kann das Kind durch eine fehlende Rotation in der Beckenhöhle und der damit fehlenden Anpassung an den längsovalen Beckenausgang nicht austreten. Der Kopf wird nicht zurückgezogen; die Schultern sind seitlich des Kopfes in der Vagina tastbar.

Ein Expertenkonsens der Leitlinie lautet: „Nach dem Austritt des kindlichen Kopfes sollte die physiologische Rotation der Schultern bis zur nächsten Wehe abgewartet werden, um nicht durch eine forcierte Kindsentwicklung eine Schulterdystokie zu provozieren.“

„Ziel dieser Leitlinie ist es, potenziellen Schaden und Langzeitfolgen von Mutter und Kind abzuwenden. Dafür wurden die zahlreichen evidenzbasierten Empfehlungen auf Grundlage vorliegender internationaler Leitlinien, systematischer Reviews sowie prospektiver und retrospektiver Beobachtungsstudien zum Management einer Schulterdystokie konsentiert.“

Prof. Dr. med. Harald Abele,
Leitlinienkoordinator,
Department für Frauengesundheit Tübingen

Die Leitlinie befasst sich in einzelnen Kapiteln mit den Risikofaktoren und der Prävention, Logistik und konkreten Maßnahmen im Eintrittsfall, darunter First- und Second-Line-Manöver, sowie Last-Resort Manöver:

- **Gaskin-Manöver**
- **Klassisches McRoberts-Manöver**
- **Modifiziertes McRoberts-Manöver**
- **Suprapubischer Druck**
- **Walcher'sche Hängegelage**
- **Hintere Armlösung**
- **Vordere Armlösung**
- **Interne Rotationsmanöver**
- **Abdominaler Rettungsversuch**
- **Zavanelli-Manöver**
- **Brechen der kindlichen Klavikula**
- **Symphysiotomie**

Handlungsalgorithmus bei einer Schulterdystokie



Optimiertes Umfeld für unverzügliche Manöverdurchführung notwendig

Die Autorengruppe betont, dass es für den Geburtsort bei einer Schulterdystokie grundsätzlich keine ideale Raumausstattung gäbe. Zu fordern sei jedoch ein möglichst optimiertes Umfeld, sodass die notwendigen Lösungsmanöver ohne Verzug durchgeführt werden können und die Notfallversorgung des Kindes unmittelbar nach der Geburt erfolgen kann.

Die Leitlinie fasst außerdem mütterliche und kindliche Komplikationen zusammen. So sollte nach einer durch eine Schulterdystokie verkomplizierten Geburt eine vaginale Untersuchung auf Geburtsverletzungen durchgeführt werden. Expertenkonsens herrscht darüber, dass eine Schulterdystokie das Risiko für eine höhergradige Geburtsverletzung erhöht. Der Gesundheitszustand des Neugeborenen soll nach einer Schulterdystokie idealerweise durch kinderärztliches Fachpersonal beurteilt werden. Die Komplikationsrate bei Säuglingen liegt bei circa 5-10 Prozent. Die Autorengruppe ist sich dahingehend einig, dass direkter Hautkontakt, Stillen oder die Gabe von Paracetamol effektive Methoden sind, die Schmerzen des Neugeborenen nach einer Schulterdystokie zu reduzieren. Die Dokumentation bei Geburten mit Schulterdystokie soll minutengenau, exakt handlungsgetreu und für fachkundige Dritte nachvollziehbar dokumentiert werden. Allen Beteiligten (Eltern und geburtshilflichem Fachpersonal) sollten nach einem entsprechenden Vorfall Nachgespräche und ggf. psychologische Unterstützung angeboten werden; für die involvierten Teammitgliedern beispielsweise durch das Angebot einer Nachbesprechung (Debriefing).

Expertenkonsens: Regelmäßige interprofessionelle Trainings notwendig

Schließlich betont die Autorengruppe auf Basis der gesichteten Literatur einstimmig, dass kindliche und mütterliche Verletzungen auch bei regelrechter Durchführung der zur Lösung einer Schulterdystokie erforderlichen Manöver nicht vollständig vermeidbar sind. Alle in die Geburtshilfe eingebundenen Fachkräfte sollten regelmäßig und idealerweise im multiprofessionellen Team an Trainings zur Behandlung einer Schulterdystokie teilnehmen. Die Autoren weisen darauf hin, dass der Begriff einer „erschwertten Schulterentwicklung“ nicht definiert sei und daher in der geburtshilflichen Praxis nicht verwendet werden soll.

Die Leitlinie richtet sich an Mitarbeitende in der stationären Geburtshilfe, aus dem ambulanten und aus dem teilstationären Versorgungssektor. Zudem ist sie informativ für Pädiaterinnen und Pädiater, Anästhesistinnen und Anästhesisten, Pflegefachkräfte und andere in die Geburtshilfe einbezogene Gesundheitsfachberufe sowie schließlich auch Schwangere und Gebärende. An der Erstellung der insgesamt 110 Seiten umfassenden Handlungsempfehlung waren 20 Autorinnen und Autoren aus verschiedenen Fachgesellschaften beteiligt. Das DGGG-Leitlinienprogramm hat dieses Leitlinienprojekt mit 5.000 Euro gefördert.

Folgende korrekte Zitierweise der Langversion ist bei der Benutzung im Rahmen von Publikationen bei Fachjournalen zu beachten, wenn in den Autorenhinweisen keine eigene Zitierweise vorgegeben wird:

Assisted vaginal delivery - Part 2: Shoulder dystocia. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics / [S2k-Level], [AWMF Registry No. 015/023], [(07) (2023)]. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-023>

Leitlinien sind Handlungsempfehlungen. Sie sind rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die vollständige Leitlinienfassung finden Sie [hier](#).

Pressekontakt

Sara Schönborn | Heiko Hohenhaus | Manuela Rank | Melanie Herberger
Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Jägerstraße 58-60
10117 Berlin
Telefon: +49 (0)30-514 88 3333
E-Mail: presse@dggg.de
Internet: www.dggg.de

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) ist eine der großen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie hat sich der Stärkung der Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe verschrieben und fördert das gesamte Fach und seine Subdisziplinen, um die Einheit des Faches Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiter zu entwickeln. Als medizinische Fachgesellschaft engagiert sich die DGGG fortwährend für die Gesundheit von Frauen und vertritt die gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau auch in diversen politischen Gremien.