

Der geburtstraumatische Plexus brachialis Schaden

**Information für Betroffene,
interessierte Laien und Fachleute**

2. Auflage

Dr. Jörg Bahm
Dr. Roland Uphoff
Mirjam Mahler
[Hrsg.]

ISBN 978-3-00-030995-3
www.plexuskinder.de
fibel@plexuskinder.de
2. Auflage 2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	7
<i>Prof. Dr. Dietrich Berg</i> Der geburtstraumatische Plexus brachialis Schaden.....	9
<i>Mirjam Mahler</i> Plexuskinder – Verlauf einer geburtstraumatischen Plexusverletzung aus Sicht betroffener Kinder und Eltern	13
<i>Prof. Dr. Thomas Hitschold</i> Schulterdystokie – geburtshilfliche Risikofaktoren und Hinweiszeichen	23
<i>Dr. Inge Rauterberg-Ruland</i> Die Parese des Plexus brachialis aus kinderärztlicher Sicht.....	29
<i>Dr. Jörg Bahm</i> Die Möglichkeiten chirurgischer Wiederherstellung nach geburtstraumatischer Schädigung des Plexus brachialis.....	47
<i>Dr. Jörg Bahm</i> Physiotherapeutische Maßnahmen bei kindlicher Plexusparese.....	59
<i>Dr. Roland Uphoff</i> Rechtliche Aspekte des geburtstraumatischen Schadens	67
<i>Annett Kaiser</i> Durchführung und Verlauf eines Pflegegeldverfahrens vor den Pflegekassen und Sach- und Rechtslage bei Plexuskindern	85

Vorwort zur 2. Auflage

Nachdem die „Plexusfibel“ in der 1. Auflage aus dem Jahr 2000 teilweise veraltet ist, haben wir uns entschieden, die Broschüre der Selbsthilfegruppe Plexus brachialis geschädigter Kinder neu aufzulegen. Wir haben am Konzept der 1. Auflage festgehalten. In der Plexusfibel werden das Krankheitsbild, seine Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten aus der Sicht aller Beteiligten beschrieben: Geburtshelfer, Kinderarzt, Plexuschirurg, Physiotherapeut, Jurist und natürlich die Betroffenen selbst.

Eine geburtstraumatische Lähmung des Plexus brachialis ist ein hochkomplexes Krankheitsbild, das Betroffene, ihre Ärzte und Therapeuten vor große Herausforderungen stellt. Wir wollen durch die Zusammenstellung der Information in dieser Plexusfibel dazu beitragen, bestmögliche Ergebnisse für die betroffenen Kinder zu erzielen und diese Verletzungen durch Aufklärung von Ärzten, Hebammen und werdenden Eltern soweit als möglich zu vermeiden.

Wir hoffen, dass mit der vorliegenden Infofibel die Information und der Kenntnisstand über die geburtstraumatische Plexus brachialis Schädigung bei Kindern verbessert werden kann.

Wir freuen uns über jede Anregung, Ergänzung oder Kritik, die wir gerne bei einer möglichen Neuauflage mit einarbeiten wollen.

Wir danken unseren Autoren für die Aufsätze und Informationen.

Sie finden uns und die Selbsthilfegruppe Plexuskinder ebenfalls im Internet unter www.Plexuskinder.de.

Dr. Jörg Bahm
Dr. Roland Uphoff
Mirjam Mahler

April 2010

Der geburtstraumatische Plexus brachialis Schaden

von Prof. Dr. Dietrich Berg

Die Ursache für eine unter der Geburt erlittene Plexus brachialis Lähmung beruht in den meisten Fällen auf dem Hängenbleiben der kindlichen Schulter, wenn das Köpfchen schon geboren ist (Schulterdystokie).

Die möglichen dramatischen Folgen dieser Situation und ihrer Behebung haben viele Eltern leidvoll erfahren müssen. Ihnen und vor allen Dingen ihren Kindern gilt unser Mitgefühl – und auch unser Verständnis, wenn sie für den erlittenen Schaden eine Entschädigung haben möchten. Glücklicherweise führt nur etwa jede 10. Schulterdystokie zu einer Plexus brachialis Schädigung, von denen auch nur ein kleiner Teil bleibend ist. In 90% bilden sich bei der Geburt nachgewiesene Schäden wieder zurück.

Als langjähriger Geburtshelfer und Mitglied der Gutachterstelle bei der Landesärztekammer Bayern möchte ich dazu beitragen, die Kenntnisse für die Entstehung der Schulterdystokie und ihrer möglichen Folgen zu vertiefen. Mein Beitrag in diesem Büchlein wird sich detailliert mit diesem Krankheitsbild beschäftigen.

Die Schulterdystokie ist erfreulicherweise eine seltene Komplikation, die bei 0,5% aller Geburten auftreten kann. Ihre Vorhersehbarkeit, insbesondere durch die richtige Voraussage des Kindsgewichts, ist schwierig und Gegenstand vieler Auseinandersetzungen.

Für die Behandlung der Schulterdystokie gibt es eine Reihe von Maßnahmen und Handgriffen, die wegen der Seltenheit dieser Komplikation nicht ohne weiteres in der klinischen Alltagsroutine erlangt werden können.

Wer als Arzt selbst eine schwere Schulterdystokie erlebt hat, wird diese dramatischen Augenblicke nicht vergessen.

Wenn es zu einer Schulterdystokie kommt, ist höchste Eile angebracht, denn wenn das Kind nicht sehr schnell geboren wird, kann es zu schweren Hirnschäden und sogar bis zum Tod kommen. Der große Zeitdruck, unter dem Hebamme und Arzt stehen, kann dazu verleiten, mit unnötig großem Kraftaufwand am kindlichen Kopf zu ziehen oder zu drehen, um die Schulter zu befreien. Dadurch können Nervenstränge des Armes überdehnt oder gar zerrissen werden. Wird auf der anderen Seite zu langsam oder zu kraftlos gehandelt, besteht die Gefahr von schweren Hirnschäden. Man fühlt sich an eine Gratwanderung erinnert.

Es kann aber auch auf ganz „natürliche“ Weise zu einer Schulterdystokie kommen – man muss sich dazu den Weg des Kindes durch den Geburtskanal vorstellen:

Der Körper des Kindes durchwandert den Geburtskanal durch den queren Beckeneingang und den längsovalen Beckenausgang. Bei der normalen Schädel-lage tritt der ovale kindliche Kopf quer in den Beckeneingang ein, um sich im

Beckenausgang um 90° in den sagittalen Durchmesser zu drehen. Die Schulter des Kindes führt die gleichen Drehungen aus, allerdings zeitversetzt: wenn der kindliche Kopf im längsovalen Beckenausgang steht, tritt die Schulter normalerweise in den querovalen Beckeneingang ein.

Nun kann es geschehen, dass die Drehungen von Kopf und Schulter nicht im richtigen zeitlichen Ablauf erfolgen. Der Kopf des Kindes kann in den längsovalen Beckenausgangs-Durchmesser eingetreten sein, während die Schulter noch nicht die Drehung in den querovalen Beckeneingang vollzogen hat. Die Presswehen der Mutter schieben den Rumpf des Kindes (einschließlich des Kopfes) nach unten, und zwar unabhängig davon, ob die Schulter die erforderliche Drehung in den queren Durchmesser vollzogen hat oder noch sagittal über dem Beckeneingang steht. Das Ergebnis ist eine „naturegegebene“ Distanzierung zwischen Kopf und Schulter mit den möglichen Folgen einer Plexus-Schädigung.

Es wird immer im Einzelfall zu prüfen sein, ob die Schulterdystokie vorhersehbar und damit vermeidbar war oder nicht.

Wenn sie vorhersehbar war, muss nach der Leitlinie der AG Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe der Mutter die Entscheidung überlassen werden, ob sie trotz des bekannten Risikos eine normale vaginale Geburt anstrebt oder lieber durch Kaiserschnitt entbunden werden möchte.

Es wird ferner zu prüfen sein, ob die Schulterdystokie – einmal eingetreten – richtig behandelt wurde. Hier kommt es sehr auf die sorgfältige Dokumentation des Geburtsverlaufs an. Ein Gutachter ist auf zuverlässige und schriftliche Angaben angewiesen, damit er entscheiden kann, ob die eingetretene Plexus brachialis Lähmung Folge eines ärztlichen Behandlungsfehlers oder naturegegeben und damit schicksalhaft ist.

Eine Analyse der in den letzten Jahren in der Bayerischen Gutachterstelle behandelten Fälle von Schulterdystokie und Plexus brachialis Lähmung ergab, dass durch den Gutachter in 15 von 21 Fällen eine schicksalhafte Entstehung angenommen und ein ärztlicher Behandlungsfehler ausgeschlossen werden konnte.

Es ist den Autoren dieses Büchleins zu danken, dass sie versuchen, die Probleme in der Vorhersage und Behandlung der Schulterdystokie ebenso zu beleuchten wie die Möglichkeiten zur Behandlung eines einmal eingetretenen Schadens.

Den betroffenen Eltern und ihren Kindern ist es kein Trost, aber diese Fälle zeigen in erschreckender Deutlichkeit die Grenzen der ärztlichen Machbarkeit auf. Wir Ärzte haben in den letzten Jahrzehnten in der Geburtshilfe viel erreicht, wir haben die Sterberate um den Zeitpunkt der Geburt herum, die sogenannte perinatale Mortalität, seit der Einführung der klinischen Geburtshilfe von 3,5% im Jahre 1960 auf heute etwa 0,5% gesenkt. Wir haben die Gefahren für Mütter und ihre Kinder deutlich verringern – aber immer noch nicht vollkommen ausschließen können.

Die Geburt ist einer der gefährlichsten Momente im menschlichen Leben.

Ihre Kritik angesichts eines eingetretenen Geburtsschadens ist uns Ärzten Mahnung und Anreiz, für weitere Verbesserungen zu sorgen. Wir erhoffen – auch mit diesem Büchlein – von Ihnen aber Verständnis dafür, dass wir Ärzte gelegentlich vor schicksalhaften Hindernissen stehen, die wir nicht überwinden können.

[Prof. Dr. Dietrich Berg ist Facharzt für Geburtshilfe, langjähriger Klinikchefarzt und Mitglied der Gutachterkommission.]

Plexuskinder – Verlauf einer geburtstraumatischen Plexusverletzung aus Sicht betroffener Kinder und Eltern

von Mirjam Mahler

Ein Mann steht im Morgengrauen vor der Frauenklinik und blickt auf sein Handy. Eigentlich sollte er jetzt freudig alle Verwandten und Freunde aus dem Bett klingeln. Wochenlang haben sie immer wieder nachgefragt, ob das Baby schon da ist. Jetzt ist es soweit, aber er weiß nicht was er sagen soll: Nein, die Geburt ist nicht wie erwartet komplikationslos verlaufen. Während der Geburt wurde der Nervenstrang der Arm und Schulter versorgt verletzt. Das rechte Ärmchen seines neugeborenen Sohnes hängt schlaff herunter. Die Freude über das Baby wurde durch den dramatischen Geburtsverlauf und die unerwartete Verletzung getrübt. Was bedeutet das? Wie geht es weiter? Was erwartet das Kind und seine Eltern?

Zu oft werden Familien direkt nach der Geburt mit einem lapidaren „das wird schon“ abgespeist und mit ihren Fragen an die Krankengymnastin oder den Kinderarzt verwiesen. Frauenärzte, Hebammen und Pflegepersonal haben oft wenig Erfahrung mit schweren geburtstraumatischen Plexusschäden oder fürchten mögliche rechtliche Schritte und halten sich daher mit ihren Aussagen zurück. Tatsächlich erholen sich viele Kinder mit Unterstützung durch Krankengymnastik nach einigen Monaten von ihrer Verletzung. Andere Kinder und deren Eltern wird die Verletzung und ihre Folgen ein Leben lang begleiten.

Eine Prognose über die Spätfolgen einer Plexusverletzung bei einem Säugling zu stellen ist ebenso schwer, wie die berufliche Laufbahn des Kindes nach dem ersten Schultag vorherzusagen. Wie bei einem Puzzle kommen viele Faktoren zusammen: die Verletzung an sich, die anatomischen Gegebenheiten, die gewählte Therapie, die ergänzenden Behandlungen, das Wachstum und natürlich der Charakter des Kindes.

Der Verlauf einer Plexusverletzung bei Kindern ist so unterschiedlich, wie die Kinder selbst. Dennoch gibt es einige typische Verlaufsmuster, die hier beispielhaft an vier typischen Plexuskindern aufgezeigt werden.

- Anna: leichter Schaden, vollständige Wiederherstellung, keine Operation.
- Benjamin: schwerer Schaden, Operation mit gutem postoperativem Ergebnis.
- Claudia: sehr schwerer Schaden, Operation, bleibende Einschränkungen.
- Doris: schwerer Schaden, keine Operation, bleibende Einschränkungen.

Anna

Anna ist heute 7 Jahre alt und besucht die erste Klasse. Anna ist das erste Kind von Elisabeth und Joachim.

Schulterdystokie – geburtshilfliche Risikofaktoren und Hinweiszeichen

von Prof. Dr. Thomas Hitschold

Unter einer Schulterdystokie versteht man die ausbleibende Drehung der Schultern nach Geburt des kindlichen Kopfes. Die kindliche Schulter tritt dann nicht in den querovalen Beckeneingang der Mutter ein, sondern bleibt gerade darüber stehen.

Dieser sogenannte hohe Schultergeradstand stellt für das Ungeborene eine akut vital bedrohliche Situation dar und trifft den Geburtshelfer meistens unvorbereitet.

Die Häufigkeit liegt bei 0,1-2,3% aller Geburten.

Weitgehend einheitlich findet sich in der Literatur immer wieder ein Zusammenhang mit der *fetalen Makrosomie* (kindliches Übergewicht). Die *mütterliche Adipositas*, d.h. ein Body-Mass-Index (BMI) > 30 sowie die *Übertragung* sind weitere begünstigende Faktoren der fetalen Makrosomie.

Anhand einer Auswertung der Daten aus der Hessischen Perinatalerhebung der Jahre 1990-2000 konnte unsere Arbeitsgruppe diesen Zusammenhang deutlich aufzeigen.

Ein BMI über 30 erhöht die Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines Kindes mit einem Gewicht von 4.000-4.500g um das 3,5-fache, eines Kindes mit einem Geburtsgewicht über 4.500g um den Faktor 6,6. Gleichartige Verhältnisse gelten für die übermäßige Gewichtszunahme der Mutter und die Terminüberschreitung.

Treffen alle Parameter gleichzeitig zu, so ist das Risiko für die Geburt eines Kindes über 4.000 g Geburtsgewicht um den Faktor 4,1 und eines solchen von über 4.500g Gewicht um den Faktor 9,9 erhöht. Etwa 40% aller Schulterdystokiefälle betreffen übergewichtige Frauen.

Das Geburtsgewicht ist aber nur ein indirektes und nicht unmittelbar relevantes Maß, da die *Geburtsmechanik* in erster Linie von den Körperproportionen und nicht vom absoluten Gewicht des Kindes beeinflusst wird. Dies erklärt, warum die Hälfte der Schulterdystokien bei Geburten normalgewichtiger Kinder auftritt. Das erklärt auch, warum der Diabetes in der Schwangerschaft ein eigenständiges Risiko darstellt, da hier die Proportionen des Kindes zugunsten der Bauchmaße verschoben sein können.

Das bedeutet für die Geburtsmechanik, dass nach einem normal großen kindlichen Köpfchen eine möglicherweise *überbreite Rumpf- und Schulterpartie* des Kindes geboren werden muss. Hieraus können sich die gefürchteten geburtsmechanischen Schwierigkeiten wie das Hängen bleiben der kindlichen Schulter hinter dem mütterlichen Beckenknochen (Schulterdystokie) ergeben.

Die Parese des Plexus brachialis aus kinderärztlicher Sicht

von Dr. Inge Rauterberg-Ruland

Mit diesem Leitfaden sollen interessierte Laien und Fachleute, zumeist also die Eltern von betroffenen Kindern und deren Ärzte und Therapeuten, angesprochen werden. Darum muss sowohl Basiswissen als auch vertiefte Kenntnisse in verständlicher Form vermittelt werden. Die einzelnen Abschnitte sollen so angeordnet und abgefasst sein, dass bei der Lektüre die Reihenfolge nicht unbedingt eingehalten werden muss und auch nicht die gesamte Information notwendig ist, um zu einem Gesamtverständnis der Störung zu gelangen.

Die geburtstraumatische Plexusparese ist zweifellos so alt wie die Menschheit. Trotz aller Fortschritte in der Medizin, insbesondere der Geburtshilfe, ist es aber bisher weder gelungen, sie völlig zu vermeiden noch, wenn eingetreten, in allen Fällen befriedigend zu behandeln. Der Grund hierfür sind die komplexen anatomischen Verhältnisse und die Besonderheiten der Nerven- und Muskelphysiologie, auf die noch im Einzelnen eingegangen wird.

Zur willkürlichen und reflektorischen Bewegung eines Muskels muss die gesamte motorische Einheit intakt sein. Lähmungen oder Schwächen entstehen grundsätzlich bei einer Unterbrechung an jeder beliebigen Stelle der Funktionseinheit.

Die Ursprungszelle des 2. Motoneurons liegt im Vorderhorn des Rückenmarks. Ihre Fortsätze verlassen das Rückenmark in der gefächerten Vorderwurzel.

Die hintere Spinalnervenwurzel führt ganz überwiegend afferente, sensible Fasern. Kurz vor der Vereinigung der vorderen und hinteren Wurzel weist die dorsale Wurzel im Foramen intervertebrale (Zwischenwirbelloch) eine Anschwellung auf, das Ganglion spinale, in dem die Nervenzellkörper der afferenten Neuronen liegen.

Bei intakter Anatomie liegt das Spinalganglion, dem Auge verborgen, im Spinalkanal. Diese Tatsache ist für den Chirurgen von Bedeutung.

Die motorischen Vorderhornzellen, deren Fortsätze eine gemeinsame Nervenwurzel bilden, sind in ihrer Lage nicht streng auf das zugehörige Segment beschränkt. Sie können sich vielmehr auf ein oder zwei benachbarte Segmente erstrecken. Die Fasern aus den Segmenten (C4) C5 bis C8/TH1 bilden dann im Plexus ein Geflecht, aus dem schließlich die peripheren, gemischten Nerven hervorgehen, die bestimmten Zielmuskeln zugeordnet sind. Der Armplexus gliedert sich in drei Primär- und drei Sekundärstränge.

Oberer Primärstrang (Truncus superior): Dieser entspringt aus der Vereinigung der ventralen Äste der Spinalnerven C5 und C6 mit fakultativ einem dünnen Faserbündel von C4. Vom oberen Primärstrang zweigen ab die Nn. dorsalis scapulae und suprascapularis. Außerdem mit zusätzlichen Faseranteilen von C7 die Nn. subscapularis und thoracicus longus.

Die Möglichkeiten chirurgischer Wiederherstellung nach geburtstraumatischer Schädigung des Plexus brachialis

von Dr. Jörg Bahm

Einleitung

Das vorangegangene Kapitel hat Sie mit der Anatomie des Plexus brachialis und der Stammnerven, den möglichen Verletzungsmechanismen und den konservativen Behandlungsmaßnahmen, insbesondere der Krankengymnastik, vertraut gemacht.

Das Verständnis dieser Inhalte ist eine wichtige Voraussetzung für die nun folgende Erörterung der chirurgischen Möglichkeiten zur Behandlung der schweren Lähmungen, d.h. für solche Fälle, bei denen durch die körpereigene Nervenheilung und krankengymnastischen Maßnahmen alleine keine ausreichende Funktionsbesserung eintritt oder eintreten kann.

Die Nerven können durch Druck oder Zug geschädigt werden.

Werden beim Druckschaden die Nervenbahnen und deren Blutzufuhr komprimiert, entsteht ein momentaner „Stau“ des Informationsflusses, der sich aber nach dem Aufheben des Hindernisses wieder schnell regulieren kann, meist auch ohne viel Narbenbildung und Funktionsverlust (man spricht von einer vorübergehenden – 2 bis 3 Wochen dauernden – *Neurapraxie*).

Anders verhält es sich mit den Dehnungsverletzungen, die je nach Stärke der Zugkraft zur einfachen Überdehnung, zum Ein- oder Zerreißen der Nervenbahnen bis hin zum Ausriss der Nervenwurzeln aus dem Halsmark führen können.

Entsprechend des Schweregrades der Verletzung sind auch die spontanen Heilungsmöglichkeiten begrenzt:

Ist bei Dehnungen und kleinen Einrissen davon auszugehen, dass die normale Nervenleitung wieder hergestellt wird und die Muskelkraft sich in 1-3 Monaten wieder erholt, so kommt es bei schweren (Teil-)Rissen der Nervenstämmen zu einer Fehlleitung der Nervenerholung; bei Ausrissen aus dem Halsmark ist eine Erholung aus dem nunmehr nicht mehr mit den Nerven verbundenen Rückenmark nicht mehr möglich. Dies erfordert dann zwingend eine chirurgische Wiederherstellung.

Leider sind diese Verletzungsgrade „verborgen“ unter der Haut des seitlichen Halsdreiecks und können auch heutzutage nicht sicher durch bildgebende Verfahren oder durch ein Elektromyogramm definiert werden. Also müssen wir uns auf klinische Kriterien zur operativen Entscheidung verlassen, die in dem Beitrag von Frau Dr. Rauterberg-Ruland sehr gut erklärt worden sind.

Physiotherapeutische Maßnahmen bei kindlicher Plexusparese

von Dr. Jörg Bahm

Einleitung

Dieser Beitrag wurde deshalb von einem Chirurgen verfasst, weil es mir trotz mehrerer Anfragen über Jahre nicht gelungen ist, von kompetenten Lehrern der einzelnen krankengymnastischen Verfahren bei Kindern entsprechende Beiträge für die Fibel zu erhalten.

Gerne verweise ich aber den interessierten Leser an die Fachliteratur und an einige Referenzen im Anhang.

Ein anderer Grund für meine Übersichtsarbeit entstand aus der mittlerweile 15jährigen klinischen Erfahrung mit Plexuskindern, den verschiedenen Operationen und den Nachbehandlungen. In vielen Gesprächen habe ich den Therapeuten meine Behandlungsziele, insbesondere nach einer bestimmten Operation vermittelt, mit Bezug auf das medizinische Wissen zur Nervenregeneration, zum Gelenk- und Knochenwachstum, und zu Sehnen- und Muskelverlagerungen.

Natürlich respektiere ich die grundsätzlich eigenständige Ausbildung der Therapeuten, und ihr ausgeprägtes Verständnis für normale und krankhafte Bewegungsabläufe sowie für verschiedenste konservative (also ohne Operation stattfindende) Behandlungsansätze. Wichtig war und ist mir aber als Ergänzung die Kenntnis der medizinischen Grundlagen (so verstehe ich denn auch den Begriff „Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis“ im Verordnungskatalog) und vor allem die Inhalte und Ziele der chirurgischen Eingriffe.

Mein Beitrag ersetzt also nicht ein Kapitel aus einem Lehrbuch, sondern fasst Therapiegrundsätze und Behandlungsziele aus meiner Sicht zusammen: natürlich stehe ich für eine mögliche 3. Auflage allen schreibbegeisterten Therapeuten zur Seite, die diese Fibel mit ihren Beiträgen zur Therapie nach Vojta, Bobath, zu Ergotherapie und forced use, zu Hilfsmitteln und Sport ergänzen wollen.

Ein letztes wichtiges Wort innerhalb der Einleitung muss unterstreichen, dass alle Therapieformen gut ausgebildeten und verantwortungsbewussten Therapeuten überlassen werden müssen.

Physiotherapie ist keine Anleitung zur Selbsthilfe, und so war ich bestürzt im Gutachten eines namhaften Professors für Kinderheilkunde zu lesen, dass die Aufgabe des Therapeuten nun im Anlernen der Eltern bestünde, und diese anschließend das Verfahren weiter anwenden sollten, was dann weitere Verordnungen erübrige: dies ist nicht nur falsch und gefährlich, sondern respektlos einem wichtigen Berufszweig gegenüber – und, Hand aufs Herz: wer von uns gerade mit Plexusparese vertrauten Ärzten hat nun wirklich Ahnung von Bewe-

Grundlagen der Arzthaftung

Schulterdystokie und Plexus brachialis Schädigung als typischer Geburtsschadensfall

von Dr. Roland Uphoff

Einleitung

Die Schulterdystokie und ihre traumatischen Folgen für Mutter und Kind führen häufig zu dem Vorwurf fehlerhafter Behandlung durch die beteiligten Ärzte und Hebammen. Der Vorwurf eines Behandlungsfehlers („ärztlicher Kunstfehler“) erfordert immer eine sorgfältige *Einzelfallanalyse durch Jurist und Sachverständigen*. Jeder medizinische Sachverhalt, jede Geburt ist anders und wird von verschiedenen Ärzten und Hebammen betreut.

Die Beurteilung, ob nach einer Schulterdystokie und Plexus brachialis Läsion Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche des Kindes und/oder der Mutter begründet sind, ist aus medizinrechtlicher und medizinischer Sicht nur unter Würdigung des individuellen Sachverhaltes zu leisten.

Die folgenden Ausführungen geben daher Grundsätzliches wieder und können die Überprüfung im Einzelfall nicht ersetzen.

Was sind die grundsätzlichen Voraussetzungen, um Schadenersatz wegen ärztlicher Behandlungsfehler zu fordern?

Um Schadenersatz wegen ärztlicher Behandlungsfehler zu fordern, müssen verschiedene haftungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen. Die Frage, ob ein Arzt und/oder eine Hebamme nach Schulterdystokie und Plexus brachialis Schädigung zur Verantwortung zu ziehen sind, lässt sich nur beantworten, wenn einige Grundlagen der zivilrechtlichen Arzthaftung geklärt sind. Es sollen daher die wesentlichen Voraussetzungen erläutert werden.

a) Ärztlicher Behandlungsfehler

Der Dreh- und Angelpunkt der ärztlichen Haftung ist die Einhaltung des fachmedizinischen Standards im gesamten Bereich der Diagnostik und Therapie. Der Arzt schuldet eine dem Stand der fachmedizinischen Wissenschaft entsprechende Diagnose, Beratung und Aufklärung und er ist verpflichtet, auf die angemessene, einfachste, schnellste und schonenste Weise zu therapieren, mit dem Ziel, die Krankheit zu heilen oder das Leiden zu lindern.

Es muss also die Frage gestellt werden, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden diagnostischen und therapeutischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall eine vertretbare Entscheidung über die zu treffende Maßnahme getroffen und diese Maßnahme sorgfältig durchgeführt hat.

Durchführung und Verlauf eines Pflegegeldverfahrens vor den Pflegekassen und Sach- und Rechtslage bei Plexuskindern

von Annett Kaiser

Im Rahmen der Pflegeversicherung ist insbesondere das Pflegegeld die Leistung, die bei einer Pflege und Betreuung eines Plexuskindes in der häuslichen Umgebung in Betracht kommt, um die tägliche Pflege dieses Kindes zu erleichtern.

Für alle Leistungen der Pflegeversicherung, ebenso wie für das Pflegegeld, ist ein *Antrag* erforderlich, der bereits mit ärztlichen Befundberichten, Gutachten aus anderen Verfahren oder Attesten verbunden werden kann, soweit diese vorliegen. Sinnvollerweise fügt man diesem Pflegegeldantrag auch ein so genanntes *Pflege-tagebuch* bei.

In diesem Pfl egetagebuch sollte der tatsächlich jeden Tag in den Verrichtungen der Grundpflege, diese umfasst die Körperpflege, die Ernährung und die Mobilität, anfallende Hilfeaufwand bei dem zu pflegenden Kind minutiös erfasst werden. Hierbei sollte sehr akribisch und genau vorgegangen werden, um keinen noch so kleinen Hilfebedarf zu vergessen. Oftmals werden alltägliche Verrichtungen, die z.T. aufgrund jahrelanger Pflege und damit Routine bereits in Fleisch und Blut übergegangen sind, gar nicht mehr als Hilfebedarf wahrgenommen und daher auch im Pfl egetagebuch nicht mit aufgeführt.

Bei Plexuskindern spielen insbesondere die Tätigkeiten, die einen *Einsatz beider Hände oder Arme* erfordern, eine Rolle. So sind eben aufgrund der Bewegungs- und Kräfteinschränkungen im betroffenen Arm bspw. das Hochziehen der Hose, das Binden der Schuhe, das Essen mit Messer und Gabel, das Waschen der Hände und des Gesichtes aber auch Überkopftätigkeiten, wie Haare waschen oder Pulli anziehen, erschwert oder gar unmöglich. Hier ist demnach stets die Mithilfe, die vollständige Übernahme oder auch die Anleitung und damit der maßgebliche Hilfebedarf durch die Eltern erforderlich.

Auch kleinere Hilfeleistungen der Eltern wie z.B. das Stützen des betroffenen Armes, wenn das Kind auf der Toilette sitzt oder das Festhalten des Tellers bei der Nahrungsaufnahme, das Öffnen und Schließen von Flaschen, Gläsern, Verpackungen usw. finden im Rahmen der Verrichtungen der Grundpflege Berücksichtigung.

Als Mehraufwand im Vergleich zu gesunden Kindern im gleichen Alter ist auch die *Begleitung der Eltern zu den regelmäßigen Therapie- und Arztterminen* anzusetzen.

Berücksichtigungsfähig sind im Rahmen der *Grundpflege* allerdings nur solche Maßnahmen außerhalb der Wohnung, die unmittelbar für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendig sind und das persönliche Erscheinen des