



Abb. 4: Nach ESWL und endoskopischer Fragmentextraktion nunmehr komplettes und steinfreies Duktogramm des chronisch pankreatitisch veränderten Ductus Wirsungianus. Die initiale Dilatation der distalen Ganganteile ist behoben.

reasinsuffizienz einher. In Einzelfällen kann sogar eine Besserung der endokrinen Organfunktion beobachtet werden (5,6). Aufgrund ihres überzeugenden Einsatzes bei Indikationsstellung, Therapiemonitoring und in der Nachsorge halten wir die Sonographie für die Methode der Wahl bei der Pankreasgangstein-ESWL (5).

Korrespondenzadresse:

OA Dr. med. W. Johanns
Medizinische Klinik A
Klinikum Wuppertal GmbH
Universität Witten-Herdecke
Heusnerstraße 40
D-42283 Wuppertal
Telefon: 0202 / 896 2288
Telefax: 0202 / 896 2740

LITERATUR

1. Ammann, R.W., Akovbiantz, A., Largiader, F., Schueler, G.:
Course and outcome of chronic pancreatitis. Longitudinal study of a mixed medical-surgical series of 245 patients.
Gastroenterology 86: 820, 1984
2. Sarles, H.:
Chronic calcifying pancreatitis.
Scand J Gastroenterol 20: 651, 1985
3. Huibregtse, K., Schneider, B., Vrij, A.A., Tytgat, G.N.J.:
Endoscopic pancreatic drainage in chronic pancreatitis.
Gastrointest Endosc 34: 9, 1988
4. Johanns, W., Jakobeit, Ch., Deinert, K., Greiner, L.:
ESWL-Therapie von Pankreasgangsteinen.
Leber Magen Darm 24: 210, 1994
5. Johanns, W., Jakobeit, C., Janssen, J., Greiner, L.:
Ultrasound-guided extracorporeal shock wave lithotripsy of pancreatic ductal stones: Six years' experience.
Can J Gastroenterol 10: 471, 1996
6. Delhaye, M., Vandermeeren, A., Baize, M., Cremer, M.:
Extracorporeal shock-wave lithotripsy of pancreatic calculi.
Gastroenterology 102: 610, 1992
7. Sauerbruch, T., Holl, J., Sackmann, M., Paumgartner G.:
Extracorporeal lithotripsy of pancreatic stones in patients with chronic pancreatitis and pain: a prospective follow up study.
Gut 33: 969, 1992
8. Schneider, H.T., May, H., Benninger, J., Rabenstein, T.H., Hahn, E.G., Katalinica, L.Ch.:
Piezoelectric shock wave lithotripsy of pancreatic duct stones.
Am J Gastroenterol 89: 2042, 1994

HINWEISE DER GUTACHTERKOMMISSION FÜR ÄRZTLICHE BEHANDLUNGSFEHLER

Vermeidung einer Plexusparese bei Schulterdystokie und sonstiger erschwerter Schulterentwicklung

In den Begutachtungsverfahren wird immer wieder deutlich, daß das Risikomanagement dieser schweren geburtshilflichen Komplikation vielfach unzureichend ist. In vielen Kliniken fehlen Anleitungen und Pläne, wie bei einer vaginalen Geburt im Falle einer Schulterdystokie vorzugehen ist. In der einschlägigen medizinischen Literatur sind die Maßnahmen zur Überwindung der Dystokie ausführlich dargestellt (siehe z. B. die Zusammenfassung in „Der Gynäkologe“, März 1997, Seite 381/82). Bei den Begutachtungen drängt sich oft der Eindruck auf, daß im Falle von Plexusschäden der erst-

versorgende Geburtshelfer und die Hebamme nicht sachgerecht gehandelt haben.

Für die Beurteilung des Geburtsverlaufs ist die Dokumentation von entscheidender Bedeutung. Die Schulterentwicklung und die dabei getroffenen Maßnahmen (siehe z. B. a. a. O. Schwenzer 1994) sind im einzelnen darzustellen. Anzugeben ist auch die Kindslage, aus der die Geburt erfolgte, ebenso sind die Uhrzeiten des Geschehensablaufs zu nennen. Eine mangelhafte Dokumentation kann zu Beweinschäden bis hin zur Beweislastumkehr führen.

BUNDESÄRZTEKAMMER

Transplantationsgesetz zügig verabschieden

Die Entscheidung über das Schicksal der Transplantationsmedizin in Deutschland darf nicht weiter aufgeschoben werden. Das forderte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, anlässlich des Tages der Organspende Anfang Juni. Er appellierte an die Bundestagsabgeordneten, das Transplantationsgesetz zügig zu verabschieden. Die durch die anhaltende öffentliche Diskussion eingetretene Verunsicherung über die Voraussetzungen der Organentnahme habe inzwischen dazu geführt, daß in Deutschland weniger Menschen zur Organspende bereit seien als in anderen europäischen Ländern. **BÄK**