

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Behandlungsort/-Institution:	
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:	
Arzt-ID	

Aufklärungs-, Anamnese- und Einwilligungsbogen für

Stressharninkontinenz der Frau operative Korrektur mit

Schlingen- oder Zügeloperation
 Suspensionsverfahren

Vor dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt sorgfältig lesen und ausfüllen!

Behandlungs-Datum:	Uhrzeit ca.:
Andere, entscheidungsberechtigte Person:	
Beziehung/Verwandtschaftsgrad zum Patienten	
Bemerkung	

Sehr geehrte Patientin,

Ihre Beschwerden und die bisher erhobenen Befunde weisen darauf hin, dass bei Ihnen eine sogenannte Stressharninkontinenz vorliegt (unwillkürlicher Urinabgang bei Belastung), die operativ behandelt werden soll.

Dieser perimed Patientenaufklärungsbogen dient der Grundinformation über den geplanten Eingriff. Ihre Einwilligung sollten Sie erst dann geben, wenn Sie die möglichen Komplikationen sowie die Vor- und Nachteile verstanden haben, und die Ärztin/der Arzt noch verbleibende Unklarheiten im Aufklärungsgespräch beseitigt hat.

Was ist eine Stressharninkontinenz?

Der unwillkürliche Abgang von Harn beim Husten, Niesen oder Lachen (Grad 1), bei abrupten Bewegungen, beim Gehen, Treppensteigen oder Hüpfen (Grad 2), oder schon im Liegen (Grad 3) weist auf das Vorliegen einer sogenannten Stressharninkontinenz (Belastungsinkontinenz) hin, bei der die Verschlussfunktion der Blase mechanisch gestört ist. Die Harnröhre ist mit körpereigenen Bändern am Schambein normalerweise fest verankert. Wenn die Stabilität dieser Bänder nachlässt, kommt es zur Stressharninkontinenz, die mit zunehmendem Alter der Frau häufiger vorkommt und deshalb behandelt werden muss, weil damit nicht nur oft gesellschaftliche und hygienische Probleme verbunden sind, sondern auch die Gefahr aufsteigender Infektionen zunimmt. Als Ursache kommen eine angeborene Bindegewebsschwäche, Schwangerschaften und natürliche Geburten, chronische Verstopfung und damit verstärktes Pressen, schwere körperliche Arbeit, Übergewicht oder Altersprozesse in Frage. Auch eine Senkung der Beckenorgane kann zur Entstehung beitragen und sollte operativ beseitigt werden.

Von der Stressharninkontinenz ist die sensorische oder motorische Dranginkontinenz (Urge-Inkontinenz) zu unterscheiden, bei der ein vorzeitiges Füllungsgefühl der Blase vorhanden ist. Sie äußert sich in gehäuften, nicht unterdrückbarem Harndrang und verzögertem, unwillkürlichem Urinabgang. Die sensorische Dranginkontinenz wird verursacht durch eine (chronische) Blasenentzündung, durch Blasensteine oder eine Einengung der ableitenden Harnwege. Dabei wird der Füllungsgrad der Blase nicht mehr richtig an das Gehirn gemeldet, so dass dieses ein Zusammenziehen der Blasenmuskulatur veranlasst. Dabei werden meist nur kleine Urinmengen ausgeschieden.

Bei der motorischen Dranginkontinenz (neuropathische Blase) kommt es durch Enthemmung von Nervenimpulsen zu einer unwillkürlichen und

nicht unterdrückbaren Zusammenziehung des für die Blasenentleerung verantwortlichen Muskels (Detrusor), so dass eine schnelle Blasenentleerung erzwungen wird.

Stress- und Dranginkontinenz können kombiniert vorkommen (Mischform). In diesem Fall ist eine operative Korrektur der mechanischen Ursachen ebenso notwendig wie eine medikamentöse Behandlung der Drangkomponente.

Zur Diagnostik ist eine gynäkologische Untersuchung (zur Feststellung einer Senkung von Gebärmutter und Scheide und der Beschaffenheit des Beckenbodens) ebenso notwendig wie eine Harnuntersuchung (zum Ausschluss einer Blasenentzündung).

Mit einer Ultraschalluntersuchung können Füllungsvermögen und -zustand der Blase ebenso festgestellt werden wie die Lage der Beckenorgane in Ruhe- und Belastungssituationen.

Eine Blasendruckmessung (evtl. mit Harnröhrendruck- und Stressprofil) erlaubt die Feststellung der Druckverhältnisse in Blase und Harnröhre und damit die Differenzierung zwischen Stress- und Dranginkontinenz sowie die Abgrenzung zur Reflex-Inkontinenz bei neurologischen Erkrankungen.

Behandlung der Stressharninkontinenz

Als konservative Behandlungsmöglichkeiten kommen für leichtere Fälle der Stressharninkontinenz in Betracht:

- Biofeedbacktraining,
- Beckenbodentraining,
- Elektrostimulation (Reizstromtherapie),
- Einlage von Pessaren,
- Beckenbodentraining mit Scheidengewichten,
- Hormonbehandlung mit Östrogenen (Hormonersatztherapie).

peri
med

fach
buch

perimed Patientenaufklärungsbogen * Herausgeber: Dr. med. Dietmar Straube
©2003-2008 perimed Fachbuch Verlag Dr. med. Straube GmbH * Böhmloch 77 * Postfach 2820 * D-91058 Erlangen
Tel: +49 (0)9131 609 100/609 101 * Fax: +49 (0)9131 609 234/609 216 * www.perimed.de * E-mail: service@perimed.de
Jurist. Beirat: Rechtsanwälte Broglie, Schade & Partner GbR * Wiesbaden-Berlin-München * Tel: +49 (0)611 180950 * www.arztrecht.de * bsp@arztrecht.de
Bestell-Code: UrOp38FDe * Fotokopieren und Nachdruck, auch auszugsweise, verboten.

Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Ihnen gern mitteilen, warum in Ihrem Fall eine Operation notwendig ist. Ggf. können die genannten Methoden auch in Kombination mit einer Operation angezeigt sein.

Welche operativen Verfahren gibt es?

Schlingen- oder Zügeloperation:

Einlage eines Kunststoffbandes (TVT-Band) oder einer Schlinge aus körpereigenem Material

Suspensionsverfahren:

Operation zur Anhebung des Blasenhalses und zur Raffung des gedehnten Gewebes (Kolposuspension) mittels Fäden

- mit der laparoskopischen Methode (Bauchspiegelung), oder
- mit der herkömmlichen Methode (Bauchschnitt)

Minimal-invasive Verfahren:

Bei diesen Verfahren werden zur Verbesserung des Verschlussmechanismus der Harnröhre Substanzen wie Polyacrylamid - Hydrogel (PAHG) in die Harnröhrenwand eingespritzt.

Die paraurethrale Unterspritzungstherapie mit Bulkamid® findet zunehmend Eingang in die Inkontinenzbehandlung.

Schlingen- oder Zügeloperation

Die Operation wird unter Analgosedierung (intravenöse Verabreichung einer Kombination von schmerzausschaltenden und beruhigenden Substanzen) und zusätzlich örtlicher Betäubung oder in Regionalanästhesie durchgeführt. Sie bleiben dabei wach und ansprechbar. Selten kommt eine Allgemeinnarkose in Betracht. Ggf. werden Sie noch getrennt von einer Narkoseärztin/einem Narkosearzt aufgeklärt.

Bei diesem Verfahren wird die Haltefunktion der körpereigenen Bänder dadurch unterstützt, dass

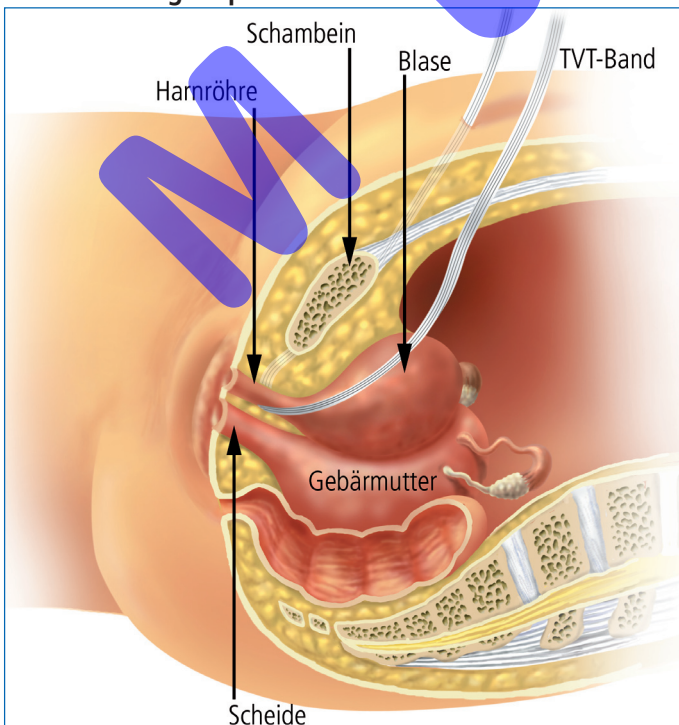
ein Kunststoffband bzw. -netz (TVT-Band)

(Tensionfree-Vaginal-Tape aus gut verträglichem Kunststoff)

eine Schlinge aus körpereigenem Material

(Faszie aus der Bauchvorderwand oder dem seitlichen Oberschenkel)

Abb 1.: Schlingenoperation - TVT-Band



um den mittleren Teil der Harnröhre gelegt wird, um diesen anzuheben (Abb. 1). Zur Ausführung kommt dabei die

Bandausleitung über dem Schambein (suprapubisch)

Mit einem ca. 2 cm langen Schnitt in der Scheidenvorderwand wird ein Zugang zum Raum rechts und links neben der Harnröhre geschaffen.

Von der Scheide aus wird dann das Band mit zwei Führungsnadeln um die Harnröhre herum hinter dem Schambein zu zwei kleinen Hautschnitten geführt, die knapp oberhalb des Schambeins von außen gesetzt werden (siehe Abb. 1).

Bandausleitung seitlich durch die Hüftlöcher des Beckens

Bei dieser (tramstubatorischen) Methode werden in den beiden Schenkelleisten zwei kleine Hautschnitte gesetzt, über die zwei Führungsnadeln durch die beiden Hüftlöcher gestochen und über einen ca. 2 cm langen Schnitt in der vorderen Scheidenwand in die Scheide geführt werden. Das Kunststoffband wird zwischen den vorderen Nadelenden befestigt und durch Zurückziehen quer hinter der mittleren Harnröhre platziert.

Zur Kontrolle wird bei beiden Methoden eine Blasenspiegelung (Zystoskopie) durchgeführt.

Die Schlingen werden bei beiden Verfahren so weit angezogen, dass sie den Verschlussmechanismus der Harnblase und damit die körpereigenen Haltebänder unterstützen.

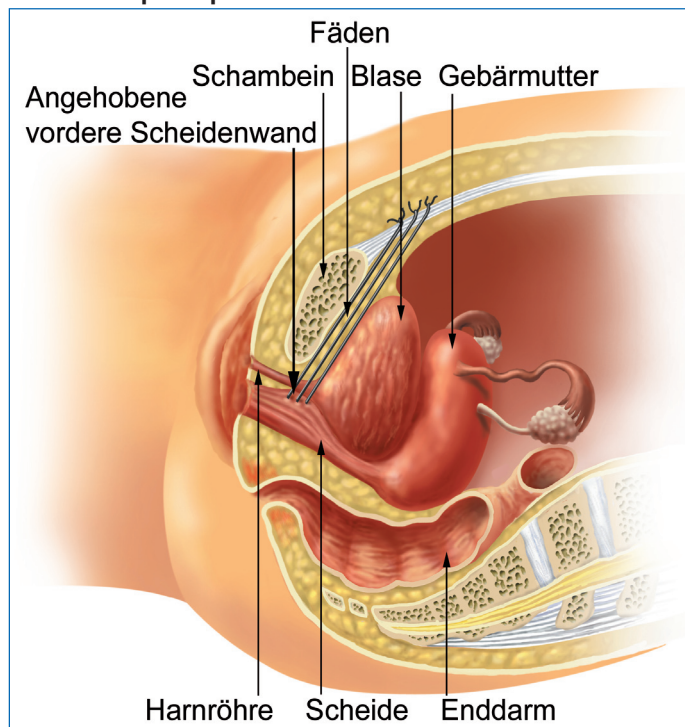
Dann werden die Nadeln herausgezogen und das Band wird so positioniert, dass die Patientin beim Husten-Test keinen Urin mehr verliert.

Die Enden des Kunststoffbandes werden knapp unter der Haut abgeschnitten und nicht vernäht, da sie von selbst einwachsen. Die Schnitte in der Haut und in der Scheide werden mit Nähten verschlossen oder verklebt.

Wenn es nach der Operation zum Harnverhalt kommt, muss die Blase mittels Einmalkatheter (evtl. mehrmals) entleert werden.

Oft ist es aber auch angezeigt, nach der Operation zur Ruhigstellung der Blase und Kontrolle der Blasenfunktion einen dünnen Katheter durch die Bauchdecke zu legen.

Abb 2.: Kolposuspension nach Burch



Suspensionsverfahren

Kolposuspension mittels Unterbauchschnitt

(Anhebung der Scheidenvorderwand und des Blasenhalses mit Bauchschnitt außerhalb des Bauchfellraums)

Dabei wird die Scheidenvorderwand am Blasenhal (Übergang von der Harnröhre in die Harnblase) gezielt mit Fäden angehoben, die von oben neben der Harnröhre auf beiden Seiten durch das Bindegewebe gestochen werden, das die Blase, die Harnröhre und die Scheide umgibt. Bei der **Kolposuspension nach Burch** (Abb. 2) werden die Fäden oberhalb des Schambeins an Bandstrukturen (Cooper'sches Band) verankert. Wenn eine Fixierung an der Muskulatur durchgeführt wird, spricht man von der **Kolposuspension nach Hirsch**. Im Verfahren nach Marshall-Marchetti werden die Fäden an der Schambeinfuge verankert.

Kolposuspension mittels Laparoskopie (Anhebung der Scheidenvorderwand und des Blasenhalses mittels Bauchspiegelung)

von der Bauchhöhle aus,

vom Raum zwischen Harnblase und Schambein aus.

Zunächst wird dabei eine dünne Kanüle in den Bauchraum bzw. in den Raum zwischen Schambein und Blase gestochen, über die dann Gas (Kohlendioxid) gepumpt wird, um eine bessere Sicht zu erreichen. Über einen kurzen Hautschnitt (ca. 1 bis 2 cm Länge) im Bereich des Nabels (Bauchnabelgrube) wird ein mit einer Optik ausgestattetes starres Rohr (Laparoskop) in den Bauchraum eingebracht bzw. innerhalb der Bauchdecke in den Raum zwischen Schambein und Harnblase vorgeschoben.

Jetzt werden weitere Hautschnitte in der Länge von 5 bis 10 mm im unteren Bereich der Bauchdecke gesetzt, über welche Arbeitsinstrumente eingeführt werden (Scheren, kleine Zangen zum Fassen von Gewebe, Tupfer, Sauger usw.).

Unter Sicht legt die Operateurin/der Operateur dann die Nähte wie oben bei der Methode mit Bauchschnitt beschrieben.

Kolposuspension über die Scheide (Transvaginale Nadelsuspension nach Pereyra, Stamey, Raz)

Hierbei wird von der Scheide aus beiderseits des Blasenhalses je eine Nadel eingestochen, mit denen ein Nylonfaden U-förmig gelegt und bis zu einem oberflächlichen Schnitt am Ansatz der Bauchwand vorgeschoben wird. Dort werden die Fäden so weit angezogen und dann verknötet, dass die Blasenaustrittsregion wieder hinter der Schambeinfuge in ihrer natürlichen Lage positioniert wird.

Bitte geben Sie schon vor der Operation Ihre Einwilligung zu eventuellen Änderungen oder Erweiterungen der Operation, über die erst während des Eingriffs entschieden werden kann, damit die Operation nicht unterbrochen werden muss und in derselben Anästhesie fortgeführt werden kann.

Vor dem Eingriff zu beachten:

Ihre Ärztin/Ihr Arzt muss rechtzeitig wissen, welche Medikamente Sie normalerweise einnehmen und am Vortag eingenommen haben, damit sie/er Ihnen mitteilen kann, welche wie lange vor und nach dem Eingriff abgesetzt oder in der Dosis verringert werden müssen. Dies gilt vor allem für blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar® oder ASS (z.B. Aspirin®, Godamed®).

Trotz Stressharninkontinenz-Operation kann es nach einer Schwangerschaft wieder zu einer Harninkontinenz kommen. In den allermeisten Fällen ist daher eine Operation erst dann angezeigt, wenn die Familien-

planung abgeschlossen ist. Wenn es nach einer Stressharninkontinenz-Operation doch noch zu einer Schwangerschaft kommt, muss geprüft werden, ob das Kind zur Erhaltung des Operationserfolges per Kaiserschnitt geboren werden sollte.

Allgemeine Risiken und Komplikationen

Jede Operation birgt auch das Risiko für Komplikationen, die in der Regel sofort erkannt und angegangen werden können. Nicht auszuschließen sind Nachbehandlungen, auch Nachoperationen.

- Zur Vorbereitung, Begleitung oder Nachsorge notwendige Maßnahmen wie Katheter, Spritzen oder Infusionen können gelegentlich zu Blutergüssen (Hämatomen), Entzündungen (Abszessen), Gewebsuntergang (Nekrosen), zu Venenreizungen (Thrombophlebitis) und vorübergehenden oder sehr selten auch anhaltenden schmerzhaften Nervenschäden und Lähmungen führen.

- Durch die Lagerung kann es zu Druckschäden an Nerven oder Weichteilen mit Sensibilitätsstörungen, selten zu motorischen Ausfällen (Lähmung von Gliedmaßen) kommen. Kriechströme oder Hitzeentwicklungen (z.B. durch Wärmematten) oder Desinfektionsmittel können Haut- und Gewebeschäden verursachen, die sich meist bald von selbst zurückbilden, in Einzelfällen jedoch zu einer längeren Behandlung führen können. Manchmal bleiben Narben oder Nervenausfälle auf Dauer.

- Wundheilungsstörungen können zu Narbenbrüchen oder Keloiden (kosmetisch störenden und teils schmerzhaften Narbenwucherungen) oder zu Narbenschwundungen mit Bewegungseinschränkungen oder Taubheitsgefühlen führen, die ggf. operiert werden müssen. Größere Narbenbrüche müssen oft wieder operativ verschlossen werden. Wundheilungsstörungen können sich ausbreiten und fiбриге Infektionen verursachen, die sich sehr selten zu einer Peritonitis (Bauchfellentzündung) oder zu einem Ileus (Darmverschluss) ausweiten oder in Ausnahmefällen eine Blutvergiftung (Sepsis) verursachen, die u.U. eine längere stationäre Behandlung erfordert.

- Vorübergehend kann es zu Brechreiz, Hautausschlag, Juckreiz, Niesen, Schwindel oder anderen Reaktionen infolge einer Allergie oder Überempfindlichkeit auf verabreichte Betäubungsmittel, Desinfektionsmittel, Kollagen, Medikamente, Pflaster oder Latex kommen. Sie klingen meist bald wieder ab. Sehr selten kommt es zu schweren allergischen Reaktionen mit Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionen (Atmung, Herz-/Kreislauf, Nieren) und bleibenden Organschäden (z.B. Hirnschädigung mit Lähmungen oder Krampfanfällen, Nierenversagen).

- Wie bei und nach jedem operativen Eingriff ist das Risiko von Blutgerinnselbildungen in den großen Venen (Thrombose) insbesondere bei länger bettlägerigen Patientinnen erhöht. Verschleppte und ein arterielles Blutgefäß verschließende Blutgerinnsel können zu lebensbedrohlicher Minderdurchblutung von Organen (Lungenembolie, Schlaganfall) und Organschäden führen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird mit Ihnen rechtzeitig besprechen, ob sie/er eine gezielte Thromboseprophylaxe (z.B. mit Heparin) für richtig hält. Nicht immer ist diese angezeigt, weil sie die Blutungsneigung erhöht und zu schwerwiegenden Störungen der Blutgerinnung führen kann.

Eingriffsspezifische Risiken und Komplikationen

- Meist verläuft die Operation ohne größere Komplikationen. Die Verletzung oder Schädigung von Nachbarorganen (Blase, Blutgefäße, Darm, Harnleiter, Harnröhre, Nerven) kann jedoch nicht vollkommen ausgeschlossen werden. Insbesondere nach Verletzungen des Darmes oder bei Infektionen können schwerwiegende Komplikationen auftreten wie Peritonitis (Bauchfellentzündung) oder Ileus

(Darmverschluss). Nicht immer lässt sich dann eine nochmalige Operation mit Eröffnung des Bauchraumes vermeiden.

- **Selten** entstehen während der Operation stärkere Blutungen, die meist durch vorübergehende Kompression mit Tamponaden, durch Nähte oder mit Verschorfung zum Stillstand gebracht werden können. Ist die Blutung sehr stark, kann die Gabe von Fremdblut mit dem **sehr seltenen** Risiko einer Hepatitis-Infektion (Leberentzündung) oder der **extrem seltenen** Ansteckung mit dem HI-Virus (Spätfolge AIDS) notwendig werden. In **Ausnahmefällen** müssen Nachblutungen und Blutergüsse im vorderen Beckenraum operativ behandelt werden. **Selten** ist in diesem Fall ein großer Baueingriff notwendig.
- Insbesondere in der ersten Woche nach der Operation kommt es **relativ häufig** zu vorübergehenden, manchmal aber auch länger andauernden Blasenentleerungsstörungen mit Harnverhalt und größerem Restharnvolumen, was jedoch nicht gegen einen Operationserfolg spricht. Die Harnentleerung muss in dieser Zeit mit Katheter durchgeführt werden (durch mehrmals tägliche Selbstkatheterisierung oder über einen Dauerkatheter oder mit suprapubischem Fistelkatheter - Zystofix-Katheter). Je schlaffer die Blase vor der Operation war, desto länger kann der Harnverhalt dauern. Ggf. kann eine Elektrostimulation unterstützend wirken. Bei Katheterisierung kommt es vermehrt zu Harnblasenentzündungen, die medikamentös behandelt werden müssen.
- **Gelegentlich** kommt es zu einer Unverträglichkeitsreaktion gegenüber dem Band-, Netz- oder Nahtmaterial, was zu Vereiterungen (Abszessen) auch noch Monate nach dem Eingriff führen kann und ggf. eine Nachoperation erfordert.
- **Selten** bilden sich Fisteln (krankhafte Verbindungsgänge) zwischen Harnwegen, Darm und Scheide, die ggf. operativ geschlossen werden müssen. In diesem Fall ist oft bis zur Operation die Einlage eines Blasenkateters oder eines Katheters für die direkte Harnableitung aus der Niere notwendig.
- **Manchmal** kommt es nach der Operation zu einer Instabilität der Blase mit gehäuften Harndrang, seltener zu einer dauerhaften Dranginkontinenz (siehe Seite 1). Die subjektiven Beschwerden können dann schlimmer als vor der Operation erscheinen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird dann mit Ihnen eine medikamentöse Therapie einleiten.
- Nicht auszuschließen ist die Entwicklung von Harnwegsinfektionen, **selten** mit aufsteigender Nierenentzündung, die einer Kontrolle und ggf. Antibiotikatherapie bedürfen.
- **Selten** muss mit einer schrumpfenden Vernarbung der Vagina (Scheide) oder einer Verengung der Harnröhre oder einer erneuten Bandschwäche gerechnet werden, was ggf. einer Nachoperation oder anderer Maßnahmen bedarf.

Spezielle Risiken der Schlingenoperation

- Das TVT-Band kann **gelegentlich** in den ersten Tagen nach der Operation eine Nervenreizung verursachen, die in die Beine ausstrahlen und vorübergehend die Einnahme von Schmerzmitteln erforderlich machen kann. Ein sich **gelegentlich** einstellendes ziehendes Gefühl klingt meist nach einigen Wochen wieder ab.
- **Manchmal** ist eine Lockerung des Bandes in den ersten Tagen nach der Operation oder eine Durchtrennung notwendig, **sehr selten** eine operative Entfernung. Dies muss nicht heißen, dass der Operationserfolg vollkommen verlorengeht.
- **Gelegentlich** verursacht ein eingelegtes TVT-Band Unverträglichkeitserscheinungen, die zur Entfernung zwingen, ohne dass damit der Operationserfolg vollkommen verlorengehen muss.
- **Selten** arrodiiert (zerstört) ein Teil des Bandes die Scheidenwand so, dass es in der Vagina sichtbar wird, was Beschwerden beim Geschlechtsverkehr verursachen kann. **Sehr selten** kommt es als Spät-

folge durch das Band zu einer Arrosion der Harnröhre mit Eindringen des Kunststoffbandes in die Harnröhre, was sowohl einen dauernden Harndrang als auch eine neuerliche Harninkontinenz verursachen kann. In einer Nachoperation muss dann das Band entweder mit Scheidenhaut überdeckt oder unter Schließung des Harnröhrendefektes entfernt werden. **Äußerst selten** kann eine Harnröhrenschädigung nicht mehr korrigiert werden.

Spezielle Risiken der Suspensionsverfahren

- Beim Einstechen von Führungsadeln kann es **gelegentlich** zur Perforation (Durchstoßung) der Blase kommen, die normalerweise bald von selbst wieder verheilt. **Selten** ist die Verletzung oder Perforation des Blasenhalses oder der Harnröhre. Wenn dies bei einer Kontrolle erkannt wird, müssen die Fäden wieder entfernt werden, größere Verletzungen bedürfen einer Naht.
- **Selten** kommt es beim Legen von Haltefäden zur Verletzung eines Harnleiters, vor allem im Mündungsbereich, was fast immer bei einer Blasenpiegelung erkannt wird. Die Fäden müssen dann wieder entfernt werden, der betroffene Harnleiter wird bis zur folgenlosen Abheilung der Verletzung geschieht.
- **Selten** kommt es zu einer Ostitis pubis (Entzündung der Knochenhaut oder des Knochens des Schambeins oder des Knorpels der Schambeinfuge). Die Behandlung besteht in der Gabe von Antibiotika. In **Ausnahmefällen** müssen die Fäden wieder gezogen und die betroffene Knochenhaut, der betroffene Knorpel oder Teile des Schambeins operativ entfernt werden.
- Nach Monaten bis Jahren können sich die Haltefäden wieder etwas lockern, so dass sich ein anfänglicher Harnverhalt wieder bessern kann. Bei vorher hochgradiger Stressharninkontinenz und schlaffer Blase kann ein Harnverhalt aber dauerhaft sein, so dass die Mühen einer ständigen Selbstkatheterisierung den Belastungen der vorherigen Stressharninkontinenz gegenüber abzuwägen sind. **Im Extremfall** kann ein Harnleiter so eingeengt werden, dass der Urinabfluss aus der Niere in die Blase nicht mehr möglich ist und der Urin zurückgestaut wird, was manchmal erst nach der Operation erkannt werden kann. Die Fäden müssen dann in einer neuen Operation entfernt werden, und dann ist eine Schienung des Harnleiters, in **Ausnahmefällen** auch die Neu-Einpflanzung des Harnleiters in die Blase notwendig. Wenn es durch den Rückstau zusätzlich zu einer Niereninfektion gekommen ist, wird eine Nierenfistel erforderlich (Urinableitung aus dem Nierenbecken mit einem Spezialkatheter direkt nach außen). **Im Extremfall** muss eine vereiterte Niere vollständig entfernt werden, insbesondere, wenn sich eine lebensbedrohliche Urosepsis (von der Niere ausgehende Blutvergiftung) entwickelt.
- Bei Unterspritzung des Blasenhalses mit Teflonpaste kommt es manchmal zu einer stärkeren Granulombildung (entzündungsbedingte, knotenartige Gewebe Neubildung), die auch die Schleimhaut durchdringen kann, so dass Entzündungen und Steinbildung drohen. Das Granulom wird dann (meist endoskopisch) entfernt.

Erfolgsaussichten

Die Ergebnisse bei den geschilderten Verfahren sind in der Regel gut (>90 % Erfolgsquote). Sie unterscheiden sich jedoch deutlich entsprechend dem Alter und den Ursprungsbefunden, und ob es sich um einen Erst- oder Zweiteingriff handelt. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird mit Ihnen über die individuellen Erfolgsaussichten sprechen. In **wenigen Ausnahmefällen** wird die Stressharninkontinenz durch die Operation nicht behoben. Dies kommt insbesondere bei Bronchialasthma vor oder bei starkem Übergewicht, oder wenn in den ersten Monaten nach der Operation zu schwer gehoben oder zu viel Sport getrieben wird. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird dann mit Ihnen erörtern, ob die Einsetzung eines künstlichen Schließmuskels erfolgversprechend erscheint.

Nach der Operation zu beachten:

In den ersten ein bis zwei Wochen nach der Operation kann es zu leichten Blutungen aus der Scheide kommen. Bitte **vermeiden Sie** in dieser Zeit die Nutzung von **Tampons** und **Scheidenspülungen** und nutzen Sie ausschließlich Einlagen. Bitte **verzichten Sie** bis zur vollständigen Wundheilung **auf Geschlechtsverkehr**.

Bitte **vermeiden Sie** zur Sicherstellung des Operationserfolges in den ersten Monaten nach der Operation **größere Anstrengungen** wie das Heben oder Tragen schwerer Gegenstände. Achten Sie bei der Ernährung darauf, dass Ihr Stuhlgang nicht zu fest ist, damit stärkeres Pressen vermieden werden kann. Übergewicht sollte abgebaut werden.

Trinken Sie zur Spülung der Harnwege bitte **reichlich**.

Besprechen Sie unbedingt mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt, wie die vor dem Eingriff unter Umständen veränderte Einnahme Ihrer Medikamente wieder aufgenommen werden soll!

Wird der Eingriff ambulant durchgeführt, müssen Sie von einer erwachsenen Person abgeholt werden. Bitte halten Sie sich genau an die Anweisungen Ihrer Ärztin/Ihres Arztes und versichern Sie sich vor dem Eingriff, dass Sie zu Hause pflegerisch betreut werden.

Mindestens 24 Stunden nach einer Stressharninkontinenz-Operation dürfen Sie auf keinen Fall ein Fahrzeug führen oder Maschinen bedienen, da Ihr Reaktionsvermögen durch die verabreichten Beruhigungs-, Betäubungs- oder Schmerzmittel vermindert sein kann. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Ihnen dazu noch individuelle Hinweise geben.

Wenn Störungen beim Wasserlassen, stärkere Blutungen, Schmerzen, Fieber (über 38,5°), Schweißausbrüche oder Atem- oder Kreislaufstörungen auftreten, müssen Sie unbedingt Ihre Ärztin/Ihren Arzt verständigen.

Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Ihnen mitteilen, wann und in welchen Abständen Nachuntersuchungen notwendig sind.

Fragen an Ihre Ärztin/Ihren Arzt:

Bitte notieren Sie hier alle Fragen, die Ihnen nach dem Lesen dieses Bogens noch geblieben sind, und die Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt besprechen wollen.

Bitte - wenn vorhanden - Allergie- und Röntgenpass mitbringen!

Sicherheitsanamnese (Vorerkrankungen)**1 Allgemeines**

Rauchen Sie? Ja Nein
 Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
 Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche und wieviel?

2 Allergien bekannt gegen:

Nahrungsmittel / Medikamente? Ja Nein
 Metall (z.B. Nickel) / Pflaster / Gummi / Latex? Ja Nein
 Betäubungsmittel, Narkosemittel? Ja Nein
 Jod / Röntgenkontrastmittel? Ja Nein

gegen:

Leiden Sie an Asthma / Heuschnupfen? Ja Nein

3 Blut/Gerinnung

Bekommen Sie leicht blaue Flecken/Nasenbluten? Ja Nein
 Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel wie Marcumar®, Plavix®, ASS (z.B. Aspirin®)? Ja Nein

Andere:

4 Herz/Kreislauf

Haben Sie Atemnot bei Anstrengungen? Ja Nein
 Haben Sie eine Angina pectoris (Brustschmerzen)? Ja Nein
 Hatten Sie schon einen Herzinfarkt? Ja Nein
 Haben Sie einen erhöhten Blutdruck? Ja Nein

Andere Herz-/Kreislauf-Erkr.?

5 Infektionskrankheiten

Hatten/haben Sie eine Leberentzündung? Ja Nein
 Sind Sie HIV-positiv (AIDS)? Ja Nein
 Hatten/haben Sie Tuberkulose (Tbc)? Ja Nein

Andere Infektionskrankheit?

6 Operationen/Komplikationen/Wundheilung

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein
 Wenn ja, kam es zu verstärkten Blutungen? Ja Nein
 - zu Abszessen/Eiterungen/Fisteln? Ja Nein
 - zu verzögerter Heilung/verstärkter Narbenbildung? Ja Nein
 - zu Thrombosen/Embolien? Ja Nein

7 Stoffwechselerkrankungen

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
 Haben Sie die Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
 Haben Sie eine Nierenerkrankung? Ja Nein

8 Sonstige Erkrankungen/Beschwerden

Bitte notieren Sie hier, welche sonstigen wesentlichen Erkrankungen Sie schon hatten oder haben, z.B. Anfallsleiden, Augenerkrankungen, psychische Erkrankungen, Tumorerkrankungen oder andere:

Bitte jetzt die Sicherheitsfragen auf Seite 4 beantworten >

Sicherheitsfragen (bei ambulanter Durchführung)

Patient(in): Nachname _____ Vorname _____

Straße _____ Nr. PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: Vorwahl _____ Nr.: _____

Der Transport nach Hause erfolgt mit

öffentlichem Verkehrsmittel einem Taxi

einem Krankenwagen einem Privatwagen

Meine Autoschlüssel befinden sich im Gewahrsam von: _____

Begleitperson (Fahrer(in)): _____

Wer betreut Sie zu Hause?

Die ärztliche Betreuung zu Hause erfolgt durch:

Praxis/MVZ/Klinik/Dr.: _____

Straße _____ Nr. PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Vorwahl _____ Nr: _____

Kann der oben genannte Aufenthaltsort von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt innerhalb von 30 Minuten erreicht werden? Ja Nein

Steht im Notfall ein Fahrer mit Auto/Taxi für den schnellen Transport zum Arzt/Krankenhaus zur Verfügung? Ja Nein

Bei Ablehnung einer Stressharninkontinenz-OP:

Trotz Aufklärungsgespräch und intensiver Beratung wurde der Eingriff abgelehnt. Über mögliche Folgen der Ablehnung wurde aufgeklärt. Als Gründe wurden genannt:

Datum von **Uhr bis** **Uhr Dauer:** **min**

Unterschrift des Patienten

Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

Dieser perimed Patientenaufklärungsbogen hat die Nr.:



Operation einer Stressharninkontinenz

- Schlingenoperation mit
TVT-Band körpereigenem Material
- Kolposuspension mit
Bauchschnitt Spiegelung durch die Scheide
- Sonstiges Verfahren: _____
- Lokal/regionale Betäubung Allgemeinnarkose

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

Hier trägt Ihre Ärztin/Ihr Arzt alle wesentlichen zusätzlichen Informationen ein, die sie/er Ihnen zum individuellen Fall mitgeteilt und mit Ihnen besprochen hat:

Einwilligungserklärung (nach dem Gespräch)

- Nach dem Lesen dieses perimed Patientenaufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt:

fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt. Meine Fragen, insbesondere über die Operation der **Stressharninkontinenz**, ihre Vor- und Nachteile und die Alternativen wurden ausreichend beantwortet und mögliche Komplikationen besprochen.

- Ich willige nach reiflicher Überlegung in die vorgesehene Operation der **Stressharninkontinenz** ein.

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im gesetzlichen Rahmen elektronisch gespeichert werden.

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten für wissenschaftliche Auswertungen herangezogen werden.

- Über Verhaltensregeln nach ambulanten Eingriffen wie z.B. Ruhigstellungsmaßnahmen, körperliche Aktivitäten, Medikamenteneinnahme bin ich ausreichend informiert. Ich werde sie beachten. Ort und Zeit der ersten ärztlichen Nachuntersuchung sind mir bekannt.

- Mir ist bekannt, dass ich nach ambulanter Operation der **Stressharninkontinenz** für mindestens 24 Stunden nicht selbst ein Fahrzeug führen darf.

Datum von **Uhr bis** **Uhr Dauer:** **min**

Unterschrift des Patienten

Unterschrift der Ärztin/des Arztes: