

OPERATIONEN BEI BÖSARTIGEN DARMERKRANKUNGEN

Information und Anamnese für Patienten zur Vorbereitung des erforderlichen Aufklärungsgesprächs mit dem Arzt

Klinik / Praxis:



Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

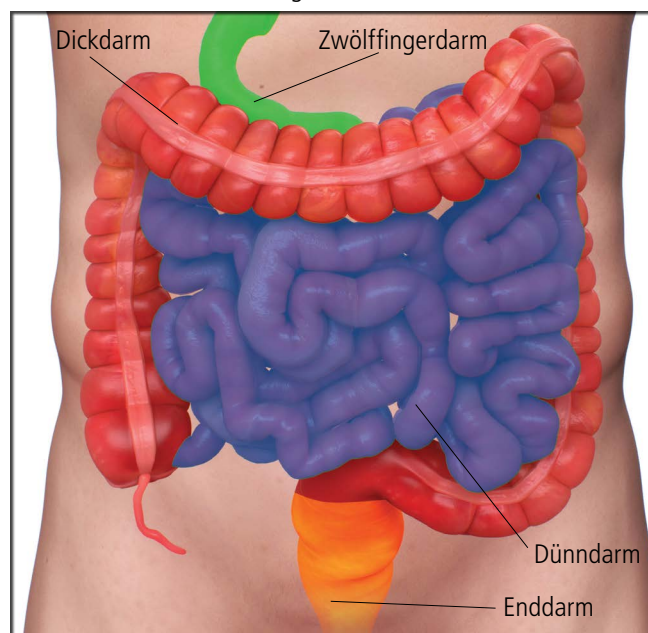
bei Ihnen liegt eine bösartige Erkrankung des Dünndarms (Jejunum oder Ileum), des Dickdarms (Colon), des Enddarmes (Rektum) oder des Analkanals vor und Ihr Arzt rät zur Operation.

Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Operation gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Operation erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

FUNKTION DES DÜNN-, DICK- UND ENDDARMES

Der Darm beginnt direkt nach dem Magen mit dem Zwölffingerdarm (Duodenum), gefolgt vom Dünndarm (Jejunum und Ileum). Der Dünndarm mündet im rechten Unterbauch in den Dickdarm mit dem Blinddarm (Zökum) ein. Hier liegt die sogenannte Bauhinsche Klappe, die das Zurückfließen von Nahrungsbrei in den Dünndarm verhindert. Der Dickdarm mündet in den End- oder Mastdarm (Rektum), der am Anus endet.

Die Verdauung und die Aufnahme von Nährstoffen und Wasser finden vor allem im Dünndarm statt. Der Dickdarm beherbergt Bakterien (die sog. Darmflora), die pflanzliche Nahrungsbestandteile zerlegen und verwertbar machen. Der Enddarm dient als Reservoir, in dem der Stuhl bis zu einige Tage verweilen kann, bevor er über den After ausgeschieden wird.



Zum Einzeichnen des Befundes/des zu entfernenden Darmabschnittes

Der Dickdarm und der Enddarm sind keine lebenswichtigen Verdauungsorgane. Wenn bei einer Darmoperation Teile oder sogar der gesamte Dickdarm entfernt werden, kann der restliche Darm die meisten Aufgaben übernehmen.

BÖSARTIGE DARMERKRANKUNGEN

Wenn es zu einer bösartigen Veränderung der Darmschleimhaut kommt, kann diese Geschwulst gefährliche Folgen haben. Akute Gefahren sind ein Verschluss des Darmes durch den Tumor, Blutungen oder auch ein Darmdurchbruch (Perforation). Wächst ein bösartiger Tumor unkontrolliert weiter, beschädigt er umliegende Organe und bildet Absiedelungen (Metastasen) in entfernte liegende Organe, die letztlich zum Tode führen können.

Bei den meisten bösartigen Tumoren des Darmes ist die Operation die beste Therapie. Hierbei ist es wichtig, den Tumor und das umliegende Gewebe möglichst frühzeitig und mit einem Sicherheitsabstand zu entfernen. Die lokalen Tumorabsiedelungen geschehen über die Lymphbahnen, die entlang der versorgenden Arterien verlaufen, weswegen diese Arterien und Lymphknoten unbedingt mit entfernt werden müssen.

Je nach Befund muss ggf. nach der Operation eine zusätzliche Chemotherapie und/oder Bestrahlung erfolgen.

Im Bereich des Enddarms (Rektum) sowie des Analkanals wird ab einem gewissen Tumorstadium zunächst eine Bestrahlung und Chemotherapie (neoadjuvante Behandlung) vor der eigentlichen Operation durchgeführt.

Was in Ihrem persönlichen Fall die geeignete Vorgehensweise ist, wird Ihr behandelnder Arzt mit Ihnen besprechen.

BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Für die Entfernung von bösartigen Darmtumoren stehen mehrere Operationsmethoden zur Verfügung. Wichtig sind immer der nötige Sicherheitsabstand sowie die Mitnahme der versorgenden Blutgefäße mit begleitenden Lymphknoten. Dies hat häufig zur Folge, dass auch bei kleineren Tumoren relativ große Abschnitte des Darmes entfernt werden müssen. Ihr Arzt wird die für Sie

passende Operation auswählen und die Vorgehensweise mit Ihnen besprechen.

Bauchspiegelung (Laparoskopie)

Bei diesem minimal-invasiven Operationsverfahren verzichtet man auf große Hautschnitte und geht über kleine Schnitte in die Bauchhöhle ein. Zunächst wird über einen Schnitt am Nabel eine Nadel durch die Bauchdecke eingeführt oder direkt die erste Einführhülse (Trokar) eingebracht. Hierüber wird dann Kohlendioxid-Gas in die Bauchhöhle geleitet (Pneumoperitoneum). Hierdurch hebt sich die Bauchdecke von den inneren Organen. Über weitere kleine Schnitte können dann zusätzliche Hülsen, die Optik mit Kamera und Arbeitsinstrumente (z. B. Schere, Fasszange, Instrumente zur Verödung) eingebracht werden, mit deren Hilfe der Eingriff durchgeführt wird. Die Bergung des entnommenen Darms und Gewebes bedingt aber mindestens einen etwas größeren Hautschnitt (ca. 5-10 cm).

Nach Abschluss der Operation wird das Gas abgelassen und die kleinen Hautwunden werden verschlossen. Vorteile der Bauchspiegelung sind eine schnellere Wundheilung und eine z. T. bessere Operationssicht für den Arzt aufgrund der Vergrößerung durch Kamera und Optik. Ggf. kann der Eingriff auch roboterassistiert erfolgen.

Bauchschnitt (Laparotomie)

Hierbei erfolgt meist ein Längsschnitt des Bauchs. Anschließend führt der Arzt den geplanten Eingriff durch. Am Ende der Operation wird die Bauchdecke wieder verschlossen.

Behandlung über den After

(Transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM))

Mit Hilfe dieser Methode können Tumore in einem frühen Stadium durch den After abgetragen werden. Dieses Verfahren ist relativ schonend und nutzt die natürliche Körperöffnung des Afters für den operativen Zugang. Hierbei wird der Analkanal gedehnt und dann das spezielle TEM-Instrumentarium über ein Rektoskop eingeführt. Die betroffene Schleimhaut kann mit dieser Technik tiefgreifend abgetragen werden.

Je nach Lage und Ausdehnung des Tumors werden die erkrankten und benachbarte Darmabschnitte entfernt. Eventuell ist auch eine vorübergehende Anlage eines künstlichen Darmausganges, z. B. auch zum Schutz der Darmnahtverbindung, notwendig. Manchmal ist auch ein dauerhafter künstlicher Darmausgang erforderlich. Ihr Arzt wird dies genauer mit Ihnen besprechen. Folgender Eingriff ist bei Ihnen geplant:

Entfernung des Dünndarms (Dünndarmresektion):

Tumoren des Dünndarms sind sehr selten. Wenn ein Tumor vorliegt und operiert werden muss, wird das betroffene Darmsegment mit einem Sicherheitsabstand entfernt und die beiden Darmenden werden wieder miteinander verbunden.

Entfernung des halben Dickdarmes (Hemikolektomie)

Hier wird entweder der rechte oder der linke Dickdarm mit Teilen des Querdarms entfernt. Je nach Lage und Ausdehnung des Tumors können auch Erweiterungen nötig sein, so dass zum Beispiel der gesamte Querdarm oder auch der gesamte Dickdarm entfernt werden muss.

Die beiden Darmenden können zumeist einfach wieder verbunden werden, ein künstlicher Darmausgang ist hierbei selten nötig.

Entfernung Endstück des Dickdarms (Sigmaresektion)

Hierbei wird der S-förmige Teil des Dickdarmes im linken Unterbauch entfernt. Die beiden Darmenden können zumeist einfach wieder verbunden werden, ein künstlicher Darmausgang ist hierbei selten nötig.

Dickdarmentfernung (Kolektomie)

Bei mehreren Darmtumoren oder präventiv bei entsprechender familiärer Veranlagung ist häufig eine komplette Entfernung des Dickdarms erforderlich. Die beiden Darmenden können zumeist wieder verbunden werden.

(Tiefe) Enddarmentfernung (Rektumresektion)

Bei dieser Operation wird ein Teil des Mastdarmes oder der gesamte Mastdarm im kleinen Becken freigelegt und entfernt. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass das umliegende Fett- und Bindegewebe mit den Gefäßen und Lymphknoten komplett mit dem Darm entfernt wird.

Die beiden Darmenden können zumeist wieder verbunden werden. Je tiefer in das kleine Becken operiert werden muss, desto wahrscheinlicher wird ein vorübergehender künstlicher Darmausgang angelegt.

Entfernung des Enddarms mit Analkanal

(Rektumexstirpation, Rektumamputation)

Wenn der Tumor den Analkanal oder den Schließmuskel des Afters betrifft oder zu nahe daran gelegen ist, muss der komplette Enddarm mit Schließmuskel und Analkanal entfernt werden. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass das umliegende Fett- und Bindegewebe mit den Gefäßen und Lymphknoten komplett mit entfernt wird. In diesem Fall wird dann ein endständiger dauerhafter künstlicher Darmausgang angelegt und der Beckenboden sowie die Haut des Afters direkt verschlossen oder mit einem Haut-Muskellappen gedeckt. Für den Haut-Muskellappen-Eingriff erhalten Sie ggf. eine separate Aufklärung.

Künstlicher Darmausgang (Stoma)

vorübergehend **dauerhaft**

Ein künstlicher Darmausgang wird an der Bauchdecke angelegt und erlaubt es, den Darminhalt aus dem Körper abzuleiten.

Man unterscheidet sogenannte endständige Stomata, d. h. es kommt nur ein Darmende aus dem Körper hervor, von dem doppelläufigen Stoma, bei dem der Darm mit einem zu- und einem abführenden Schenkel ausgeleitet wird. Ein doppelläufiges Stoma wird z. T. an einem vorgeschaltetem Darmabschnitt angelegt, um die Heilung des erkrankten Bereiches zu ermöglichen und kann nach abgeschlossener Heilung häufig wieder zurückverlegt werden.

Sonstiges: _____

MÖGLICHE EINGRIFFSERWEITERUNGEN

Sollte ein Tumor bereits fortgeschritten sein und andere Organe (z. B. Blase, Prostata, Eierstock, Gebärmutter) mit betreffen, können diese im Rahmen der Operation mit operiert oder entfernt werden. Ebenso können z. B. auch einzelne Tochtergeschwulste (Metastasen) der Leber mit entfernt werden. Letztlich ist das Ziel der Operation die Tumorfreiheit. Wenn dieses nicht erreicht werden kann, wird auf eine Ausweitung des Eingriffs verzichtet um dem Patienten alternative Therapien wie Chemotherapie und Bestrahlung zeitnah zu ermöglichen.

Bei schwierigen Verhältnissen im Operationsgebiet (z. B. Verwachsungen) oder Komplikationen wie starken Blutungen kann ein Wechsel von einem laparoskopischen Eingriff auf eine offene Operation mit größerem Bauchschnitt erforderlich werden.

Auch wenn es nicht geplant war, kann es notwendig werden, vorübergehend oder auch dauerhaft einen künstlichen Darmausgang anzulegen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Ausdehnung der Tumorerkrankung vor dem Eingriff nicht genau abzuschätzen ist. Auch Komplikationen können das nachträgliche Anlegen eines Stomas erfordern.

Bitte erteilen Sie Ihre Einwilligung in nötige Eingriffserweiterungen schon jetzt, damit eine weitere Operation vermieden werden kann.

ALTERNATIV-VERFAHREN

Bei bösartigen Darmtumoren ist die Operation die Therapie mit der größten Heilungschance. Ergänzende Therapien mit Strahlen- und Chemotherapie können die Ergebnisse verbessern. Bei alleiniger Strahlen- oder Chemotherapie sind die Heilungschancen aber schlechter. Eine Chemotherapie kann aber ggf. einen fortgeschrittenen, nicht komplett operativ entfernbaren Tumor so verkleinern, dass eine Operation wieder sinnvoll wird.

ERFOLGSAUSSICHTEN

Darmtumore können für den Fall, dass noch keine Metastasen vorliegen, durch die operative Entfernung häufig geheilt werden. Nicht immer ist es jedoch möglich, den Tumor sicher zu entfernen. Eine Nachsorge in regelmäßigen Abständen ist deshalb erforderlich, da es auch nach erfolgreicher Operation zu einem Wiederauftreten der Erkrankung (Rezidiv) kommen kann.

HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonals genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte folgende Verhaltenshinweise:

Vorbereitung:

Medikamenteneinnahme: Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Medikamente, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

Für den Eingriff kann der **Darm** durch einen **Einlauf** gereinigt werden. Meistens ist jedoch eine Darmreinigung mit Hilfe eines **Abführmittels** sowie durch das Trinken von 2 – 3 Litern einer speziellen **Spüllösung** nötig. Ihr Arzt wird Ihnen genaue Anweisungen zur Darmreinigung geben.

Nachsorge:

Die **Schmerzen** nach der Operation lassen sich mit **Medikamenten gut lindern**. Schulterschmerzen können durch das bei einer Bauchspiegelung eingeblasene Gas oder die zur Ableitung von Wundsekret angelegten Drainagen bedingt sein.

Nach der Operation müssen Sie in der Regel nur **kurzfristig auf Essen und Trinken verzichten**. Meist kann der Kostenaufbau je nach Anordnung des Arztes rasch begonnen werden.

Ggf. erhalten Sie für eine gewisse Zeit eine **Antibiotikaprophylaxe**. Falls Sie Tabletten erhalten, nehmen Sie diese bitte gewissenhaft ein.

Der **Verzicht auf Tabak** wirkt sich positiv auf die Wundheilung aus.

Zur Vermeidung eines Narbenbruchs sollte das **Heben von Lasten** schwerer als 5 - 10 kg vermieden werden. Die **Fäden** können entweder **verbleiben** oder werden nach 10 - 14 Tagen **gezogen**. Teilweise wird auch selbst auflösendes Fadenmaterial verwendet.

Ggf. ist zur **Stuhlregulierung** das Einhalten einer speziellen **Diät** oder auch die Einnahme von **Medikamenten** oder **Nahrungsergänzungsmitteln** erforderlich.

Falls Sie einen **künstlichen Darmausgang** erhalten, werden wir Sie in der **Handhabung** und **Pflege** unterweisen.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt, falls **Fieber, starke Bauchschmerzen, Übelkeit, ungewöhnliche Durchfälle, Blut im Stuhl, Verstopfung** oder andere Störungen auftreten.

RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und im Extremfall auch im weiteren Verlauf einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

Eine **Verletzung benachbarter Organe** wie Bauchspeicheldrüse, Milz, Zwerchfell, Leber, Gallenblase, Harnblase oder Magen ist sehr selten. Kommt es nach einer Verletzung der Milz zu **starken Blutungen**, kann es erforderlich werden, die **Milz zu entfernen**. Bei **Verletzung der Blase** kann, trotz einer Übernähung, die Einlage eines **Dauerkatheters** notwendig werden. **Verletzungen des Harnleiters** können die Einlage einer **Harnleiterschiene** erfordern. Bei **Verletzungen der Bauchspeicheldrüse** kann es zur Bauchspeicheldrüsenentzündung (**Pankreatitis**) und zur Ausbildung von künstlichen Verbindungsgängen (**Fisteln**) kommen.

Kommt es bei Frauen zu einer **Verletzung von Gebärmutter, Eierstock** oder **Eileiter**, kann dies zu **Unfruchtbarkeit** führen.

Verletzungen von im Operationsgebiet verlaufenden **Nerven** können zu vorübergehenden, selten auch bleibenden Blasenentleerungsstörungen bis hin zur **Inkontinenz**, der Notwendigkeit, dauerhaft einen Blasenkatheter einzulegen, zu **Erektionsstörungen** (verminderte Gliedsteife) bzw. **Störungen des Sexualempfindens** bei Frauen oder dazu dass der Samenerguss nicht mehr in Richtung Penisspitze, sondern in die Blase abgegeben (**retrograde Ejakulation**) wird, führen.

Durch die Verletzung eines Samenleiters kann die **Zeugungsfähigkeit verloren** gehen, wenn der andere Samenleiter nicht mehr intakt ist. Bei Kinderwunsch besteht die Möglichkeit, vor der Operation Samenflüssigkeit einzufrieren. Fragen Sie hierzu Ihren Arzt.

Blutungen werden meist sofort erkannt und gestillt. In sehr seltenen Fällen kann es zu Nachblutungen kommen, die im schlimmsten Fall eine erneute Operation erfordern. Bei **stärkeren Blutungen** kann eine Übertragung von Fremdblut/-bestandteilen (**Transfusion**) notwendig werden. Dadurch kann es sehr selten zu Infektionen z. B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), äußerst selten mit HIV (AIDS), BSE-Erregern (Hirnerkrankung) oder anderen gefährlichen – auch unbekanntem – Erregern kommen. Auch ein Lungenödem mit Lungenversagen, eine Verschlechterung der Nierenfunktion oder andere gefährliche Immunreaktionen können ausgelöst werden.

Durch die Operation kann es zu einem **Anstieg des Druckes in der Bauchhöhle** mit Durchblutungsstörungen der Bauchorgane kommen (Kompartiment-Syndrom). Eine operative Entlastung durch Öffnung des Bauchraumes kann dann notwendig sein.

Durch ein **Anschwellen des Darms** kann es vorübergehend zu einer **Behinderung der Stuhlpassage** kommen. Das Einlegen

einer Magensonde und eine künstliche Ernährung können dann notwendig sein.

Gelegentlich kann es nach der Operation zu einer **Lähmung des Magen-Darm-Traktes** kommen. Durch medikamentöse Abführmaßnahmen lässt sich dieses Problem in der Regel behandeln.

Die Nähte am Darm können **undicht** werden (Anastomosensuffizienz). Tritt dann Darminhalt in die Bauchhöhle aus, kann dies zu einer **lebensgefährlichen Bauchfellentzündung** (Peritonitis) oder **Abszessen** führen. Nachoperationen oder die Einlage von Spüldrainagen können dann notwendig werden.

Durchblutungsstörungen können zum **Absterben** weiterer **Darmabschnitte** führen, welche dann operativ entfernt werden müssen.

Bei Komplikationen kann die vorübergehende oder auch dauerhafte **Anlage eines künstlichen Darmausgangs** notwendig werden.

Infektionen sind in den meisten Fällen mit Antibiotika gut behandelbar. Bei Abszessbildung ist eine operative Behandlung erforderlich. Kommt es zu einer Verschleppung von Keimen in die Blutbahn, kann dies zu einer **lebensgefährlichen Blutvergiftung** (Sepsis) führen.

Allergische Reaktionen, z. B. auf Medikamente, können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

Während oder nach der Operation können sich **Blutgerinnsel (Thromben)** bilden und einen Gefäßverschluss verursachen. Die Gerinnsel können auch verschleppt werden und die Blutgefäße anderer Organe verschließen (**Embolie**). Dadurch kann es z. B. zu **Schlaganfall, dialysepflichtigem Nierenversagen** oder **Lungenembolie** mit bleibenden Schäden kommen. Werden zur Vorbeugung blutgerinnungshemmende Mittel verabreicht, vergrößert sich das Blutungs- bzw. Nachblutungsrisiko. Bei Gabe von Heparin kann es zu einer schwerwiegenden Immunreaktion (HIT) mit Verklumpen der Blutplättchen (Thrombozyten) und Gefäßverschlüssen in Venen und Arterien kommen.

Schädigung der Haut, Weichteile bzw. **Nerven** (z. B. durch Einspritzungen, Desinfektionsmittel, den Einsatz von elektrischen Operationsinstrumenten oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind selten. Gefühlsstörungen, Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folgen sein. Meist sind diese vorübergehend. Bleibende Nervenschäden oder Narben sind sehr selten.

Kleine bei der Operation durchtrennte Hautnerven können zu einem vorübergehenden, selten auch **bleibenden Taubheitsgefühl** im Bereich der Operationsnarben führen.

Blutergüsse (Hämatome) treten gelegentlich auf. Dadurch können sich harte, schmerzhafte Schwellungen bilden. Meist verschwinden sie auch ohne Behandlung nach Tagen oder Wochen. Bei verzögerter Wundheilung oder bei zu **Wundheilungsstörungen** neigenden Patienten kann es zu kosmetisch störender Narbenbildung und Wucherungen (Keloide) kommen. Dann kann eine Korrekturoperation notwendig werden.

Langfristig können unnatürliche Verbindungsgänge (**Stuhlfisteln**) zwischen dem Darm und anderen Organen oder der Körperoberfläche entstehen. Ein operativer Eingriff ist dann notwendig.

Nach Entfernung der Lymphknoten kann sich **Lymphsekret** im Bauchbereich **ansammeln**. Weitere Maßnahmen (z. B. Einlage einer Drainage) können dann erforderlich sein.

Ein **Aufbrechen der Operationswunde** oder **Narbenbrüche**, welche sich vor allem nach einer offenen Operation bilden können, müssen operativ verschlossen werden.

Verwachsungen im Bauchraum oder eine **narbige Verengung** der Nahtstelle am Darm können auch noch nach Jahren Beschwerden, bis hin zum Darmverschluss, verursachen und müssen dann operativ behandelt werden.

Je nachdem, wie viel Darm entfernt werden musste, kann es zu **Durchfällen** und einer **hohen Stuhlfrequenz** kommen, was die Lebensqualität erheblich einschränken kann. Durch die Gabe von Medikamenten kann versucht werden, die Darmentleerung zu normalisieren.

Vor allem bei Entfernung großer Dünndarmabschnitte kann es zu einem sogenannten **Kurzdarmsyndrom** kommen. Dann ist ggf. eine dauerhafte intravenöse Flüssigkeits- und Nähstoffzufuhr nötig.

Falls ein **künstliches Stuhlreservoir** (Pouch) angelegt wurde, kann dies zu **Problemen bei der Stuhlentleerung** oder zu **chronischen Entzündungen** führen.

Spezielle Risiken der minimalinvasiven Operation

Das während einer minimalinvasiven Operation in die Bauchhöhle eingeleitete Gas kann in extrem seltenen Fällen in den Brustraum eindringen, die Lunge verdrängen (**Pneumothorax**) und Atemnot auslösen. Die Luft muss durch Punktion oder Legen von Drainagen abgesaugt werden.

Bei Eindringen von Gas in ein Blutgefäß kann es zu einer lebensgefährlichen **Gasembolie** kommen.

Durch den Druck des eingeleiteten Gases kann die Darmtätigkeit für einige Zeit beeinträchtigt sein. Eine bleibende **Darmlähmung**, z. B. nach einer **Nervenverletzung**, ist jedoch extrem selten.

Das eingeleitete Kohlendioxidgas kann zu einer **Übersäuerung des Blutes** und damit zu einer **Belastung des Herzens** führen.

Spezielle Risiken der Stomaanlage

Falls es zu einer **Minderdurchblutung** der Schleimhaut des Stomas kommt, kann eine Operation mit erneuter Einpflanzung der Darmenden in die Bauchdecke notwendig werden.

Der künstliche Darmausgang kann sich über Monate bis Jahre verengen (**Stomastenose**), was häufig eine erneute Operation erfordert.

Im Bereich des künstlichen Darmausgangs kann es zu einem **Bauchwandbruch** kommen, welcher operativ behandelt werden muss.

Kommt es zu einem wiederholten Hervorquellen des Darmes über das Stoma (**Stomaprolaps**), ist ggf. eine Operation nötig.

Wenn es nicht möglich war, das Stoma wie geplant anzulegen, kann es sein, dass die Lokalisation an der Bauchdecke hinsichtlich einer optimalen **Versorgbarkeit nicht ideal** gewählt ist.

Spezielle Risiken der Behandlung über den After

Durch das Dehnen des Analkanals kann es zu einer Verletzung der Schleimhaut und des Schließmuskels und dadurch zu einer **Stuhlhalteschwäche** kommen. Diese bildet sich jedoch meist wieder zurück.

Kommt es bei der Abtragung der krankhaften Veränderungen ungewollt zu einem **Durchstoßen der Darmwand** (Perforation), kann dies zu einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) führen und eine weitere Operation mit Bauchschnitt zur Folge haben.

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? ja nein

Aspirin® (ASS), Heparin, Marcumar®, Plavix®,
 Xarelto®, Pradaxa®, Ticlopidin, Clopidogrel.

Sonstiges: _____

Wann war die letzte Einnahme? _____

Nehmen Sie andere Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Wurden Sie schon einmal im Bauchbereich operiert? ja nein

Ergaben sich dabei Komplikationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? nicht sicher ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: _____

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? ja nein

Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Allergie/Überempfindlichkeit? ja nein

Medikamente, Lebensmittel, Kontrastmittel,
 Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon), Pollen (Gräser, Bäume),
 Betäubungsmittel, Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Sonstiges: _____

Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen? ja nein

Herzinfarkt, Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge), Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Herzklappenerkrankung, Luftnot beim Treppensteigen, Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator), hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck.

Sonstiges: _____

Erkrankung der Atemwege/Lungen? ja nein

Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Schlafapnoe (starkes Schnarchen), Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Sonstiges: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht.

Sonstiges: _____

Nierenerkrankungen? ja nein

Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz), Nierentzündung, Blut im Urin, Nieren-OP, Plasmozytom, Nieren-oder Harnleitersteine.

Sonstiges: _____

Lebererkrankungen? ja nein

Leberentzündung.

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? ja nein

Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Sonstiges: _____

Erhalten oder erhielten Sie eine Chemotherapie? ja nein

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Bitte kurz beschreiben: _____

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden oder weiterer Verfahren, mögliche Konsequenzen, wenn der Eingriff verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

Vorgesehene Operation:

- Bauchspiegelung** (Laparoskopie)
- Bauchschnitt** (Laparotomie)
- Behandlung über den After** (TEM)
- Entfernung des Dünndarms** (Dünndarmresektion)
- Entfernung des halben Dickdarms** (Hemikolektomie)
- Entfernung Endstück des Dickdarms** (Sigmaresektion)
- Dickdarmentfernung** (Kolektomie)
- (Tiefe) Enddarmentfernung** (Rektumresektion)
- Entfernung des Enddarms mit Analkanal** (Rektumexstirpation/-amputation)
- künstl. Darmausgang** (Stoma)
 vorübergehend dauerhaft
- Sonstiges:** _____

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über den empfohlenen Eingriff zu treffen und seine/ihre Einwilligung in den Eingriff zu erteilen.
- Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ablehnung

Frau/Herr Dr. _____ hat mich umfassend über den bevorstehenden Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und lehne die mir vorgeschlagene Operation ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Ablehnung Patientin / Patient / Betreuer / ggf. des Zeugen

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (6 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. _____ wurde ich über den Ablauf der geplanten Operation, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.
- Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit des Eingriffes, dessen Art und Umfang sowie über den Umstand, dass der Eingriff Risiken birgt, informiert wurde.

Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkezeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen Operation zu. Ich willige ebenfalls in alle notwendigen Neben- und Folgemaßnahmen ein (z. B. Fremdblutübertragung, Thromboseprophylaxe). Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

Meine Einwilligung bezieht sich auch auf die erforderlichen Änderungen oder Erweiterungen des Verfahrens, z. B. Wechsel auf die offene Operation, Anlage eines künstlichen Darmausgangs. Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer

Kopie: erhalten

verzichtet

Kopieerhalt/-verzicht