

## Aufklärungsprotokoll für Schlingenoperationen bei Harninkontinenz

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

---

Sehr geehrte Patientin

Die folgenden Ausführungen sollen Sie aufklären und nicht beunruhigen. Sie sind zudem nur ein Teil der Aufklärung. Der geplante Eingriff wird mit Ihnen persönlich besprochen. Bitte fragen Sie deshalb nach allem, was Ihnen unklar ist oder wichtig erscheint; sagen Sie es aber auch, wenn Sie lieber nicht mehr allzu viel über den bevorstehenden Eingriff wissen möchten.

### Gründe für die Operation

Sie leiden an Harninkontinenz und es wurde bei Ihnen die Diagnose einer sog. Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) festgestellt. Bei einer Belastungsinkontinenz kommt es zu Urinabgang schon bei geringen körperlichen Anstrengungen (Niesen, Husten, Heben von Lasten, Gehen, Sport). Verantwortlich hierfür ist eine Schwäche des Blasenverschlusssystems. Dazu gehören der Beckenboden, die Harnröhre und das gesamte Beckenbodenbindegewebe. Hormonell bedingte Veränderungen nach den Wechseljahren, der natürliche Alterungsprozess, Schwangerschaften und Geburten, aber auch frühere Operationen sind mögliche Gründe, die zu einer Harninkontinenz führen können.

### Alternativen

Grundsätzlich sollte vor der Operation zur Behebung der Harninkontinenz eine nicht operative Therapie erfolgt sein. Dies sind die Physiotherapie des Beckenboden und / oder die Pessartherapie. Andere Operationsmethoden wie die Blasenaufrichtung können in gewissen Situationen eine gute Alternative sein.

### Operationsmethode und -technik

Um den Blasenverschluss zu verstärken wird ein sog. Kontinenzband eingelegt. Das verwendete Material verbleibt im Körper. Der Eingriff kann in örtlicher Betäubung mit beruhigender Vormedikation sowie einem Schmerzmittel über eine Infusion, in Regionalanästhesie (rückenmarksnahe Anästhesie) oder in Allgemeinanästhesie („Vollnarkose“) erfolgen. Vor dem Eingriff erhalten Sie ein Antibiotikum über eine Vene. Sie werden während der ganzen Operation durch einen Narkosearzt betreut. Das Medikament für die örtliche Betäubung, meist mit einem Medikament zur Blutstillung (Gefässverengung) kombiniert, wird in das Gewebe über dem Schambeinknochen sowie in die vordere und seitliche Scheidenwand eingebracht. Falls bei Ihnen ein Band geplant ist, das nach der Operation noch angezogen werden soll, dann kann der Eingriff auch primär in Regionalanästhesie oder Vollnarkose durchgeführt werden.

Bei der Operation werden zwei kleine Hautschnitte über dem Schambeinknochen (klassisches Kontinenzband, retropubische Schlinge) oder an der Oberschenkelinnenseite neben den grossen Schamlippen (transobturatorische Schlinge) und ein kleinerer Schnitt in die vordere Scheidenwand gemacht. Durch zwei kleine Kanäle neben der Harnröhre werden Spezialnadeln von der Scheide aus hinter dem Schambeinknochen nach oben oder nach der Seite hin zum Oberschenkel zu den beiden Hautschnitten geführt. Jetzt wird mit Hilfe der Spezialnadeln das Band eingelegt. Es zieht um die Harnröhre und liegt hinter dem Schambeinknochen. Das Band muss nicht angenäht werden, es wird rasch ins Gewebe einwachsen und bleibt spannungsfrei unter der Harnröhre, so kann es bei Belastungen, wie Husten und Niesen mehr Halt geben und besser abdichten.

Bei einem Band, das nach der Operation noch angespannt werden kann, wird diese Anpassung mit dem Hustentest bzw. Restharnmessung erst am Tag nach der Operation gemacht werden.

Postoperativ: Im Normalfall ist ein Blasenkatheter nach dem Eingriff nicht oder nur für wenige Stunden erforderlich. Bereits einige Stunden nach der Operation können Sie aufstehen und in Abhängigkeit von Operationsbesonderheiten und Blasenfunktion am Operationstag oder rund 1-2 Tage später die Klinik verlassen.

## Erfolgschancen

Die Bandoperation gibt es seit 1997. Die Erfolgschancen liegen bei rund 80 bis 90%. Misserfolge können im Sinne von Blasenentleerungsstörungen, Drangbeschwerden oder im Weiterbestehen von Harninkontinenz auftreten. Der individuelle Erfolg hängt auch von verschiedenen anatomischen und funktionellen Messwerten ab. Ihr Arzt / Ihre Ärztin kann sie genauer über Ihre persönliche Erfolgchance aufklären.

## Risiken und Komplikationen

Trotz gewissenhafter Durchführung der Operation können Behandlungserfolg und Ausbleiben von Komplikationen durch den Arzt nicht garantiert werden. Während der Operation kann es zu Blutungen kommen. Selten können auch Blutungen nach der Operation auftreten. Es ist deshalb wichtig, dass nach der Operation der Kreislauf kontrolliert wird. Hoher Blutverlust ist sehr selten. Weiter sind selten Verletzungen von benachbarten Organen möglich, vor allem der Blase, der Harnröhre, des Harnleiters, der Blutgefässe und des Bindegewebes. Solche Verletzungen werden meist während der Operation erkannt und sofort versorgt. Entzündungen, Wundheilungsstörungen, Thrombosen (Blutgerinnsel) und Embolien können trotz Fortschritten der Medizin nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Risikoadaptierte Thromboseprophylaxe minimiert das Risiko.

Nach dem Eingriff kann es zu einer meist vorübergehenden Entleerungsstörung der Blase kommen. Erosionen (frei liegende Bandanteile, welche nicht von der Scheidenhaut bedeckt werden) und Schmerzen können Spätkomplikationen einer Bandoperation sein, welche auch noch viele Jahre nach dem Eingriff auftreten können. Trotz ordnungsgemässer Lagerung und korrektem Anschluss der Geräte können während der Operation Druck- und andere Schäden an Nerven und Weichteilen als sehr seltene Komplikationen auftreten. Sie hinterlassen nur selten bleibende Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl, schmerzhaftes Missempfindungen) oder Narben.

## Nach der Operation

Die Blasenentleerung muss überwacht werden. Bei Problemen muss eventuell die Blase kurzfristig oder über einen Tag bis mehrere Tage katheterisiert werden. Selten muss das Band gelockert oder gespalten werden. Starke körperliche Belastung und Heben von Lasten (max 5 kg) sollte während etwa zwei Wochen vermieden werden, damit das Band gut ins Gewebe einwächst. Eine Arbeitsaufnahme ist in der Regel nach 1- 2 Wochen wieder möglich. Nach der Operation ist Duschen möglich. Für 4-6 Wochen sollte auf Geschlechtsverkehr verzichtet werden. Wächst das Band nicht richtig ins Gewebe ein, kann es zu sogenannten Erosionen kommen. Diese äussern sich durch vermehrten Ausfluss oder Schmerzen bei Ihnen oder Ihrem Partner beim Geschlechtsverkehr. Melden Sie sich bei Ihrem Arzt, meist kann mit lokaler Oestrogensalbe oder einer minimalinvasiven Operation der frei liegende Bandanteil gedeckt werden. Selten können auch später Schmerzen im Operationsgebiet auftreten. Bitte reden Sie mit Ihrer Ärztin darüber.

## Kosten

Die Operation ist eine Pflichtleistung der Krankenkasse. Falls Sie eine Zusatzversicherung haben: Ist die Kostendeckung geklärt?

## Ihre Fragen

---

### Aufklärungsgespräch

Dolmetscher/in: \_\_\_\_\_

Vorgeschlagene Operation:

---

Notizen der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch  
(Verzicht auf Aufklärung mit Angabe des Grundes, individuelle, risikoe erhöhende Umstände: Alter, Herzleiden, Adipositas, etc.).

---

Andere Behandlungsmöglichkeiten:

---

Datum:

Zeitpunkt:

Dauer des Aufklärungsgesprächs:

---

### Behandlungsauftrag

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mit mir ein Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Erläuterungen verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich bin mit dem geplanten Eingriff einverstanden, ebenso wie mit den besprochenen Änderungen und Erweiterungen, die sich während der Operation als erforderlich erweisen.

Ort, Datum:

Patientin:

---

Der Text auf der Vorderseite wurde mit der Patientin besprochen, die Fragen geklärt und eine Kopie dieses Aufklärungsprotokolls wurde der Patientin übergeben.

Datum, Zeit:

Ärztin/Arzt:

---

### Operationsskizze

(Operationsmethode, Hautschnitt, was wird entfernt, rekonstruiert, etc., Seitenbezeichnung links, rechts)

---