

## MAGENSPIEGELUNG (ÖGD)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist zur Abklärung von Beschwerden (oder auch zur Vorsorge) eine Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes (Ösophagogastroduodenoskopie) geplant. Dieser Informationsbogen soll Sie vorab über die Maßnahme informieren.

Dr. Grüner oder Dr. Seel werden im Vorfeld der Untersuchung persönlich über die Durchführung der Spiegelung, die typischen Risiken und Folgen, sowie über eventuell mögliche alternative Verfahren (z.B. Sonographie, Computertomographie, Kernspintomographie) mit Ihnen sprechen.

Die Spiegelung ist eine häufig durchgeführte und wichtige Untersuchung um verschiedene Erkrankungen im oberen Verdauungstrakt rasch abzuklären. So lassen sich Entzündungen, Geschwüre, Polypen, Carcinome, Blutungen, Krampfadern oder eine Besiedlung mit dem Magenkeim *Helicobacter pylori* entdecken.

### Die Spiegelung

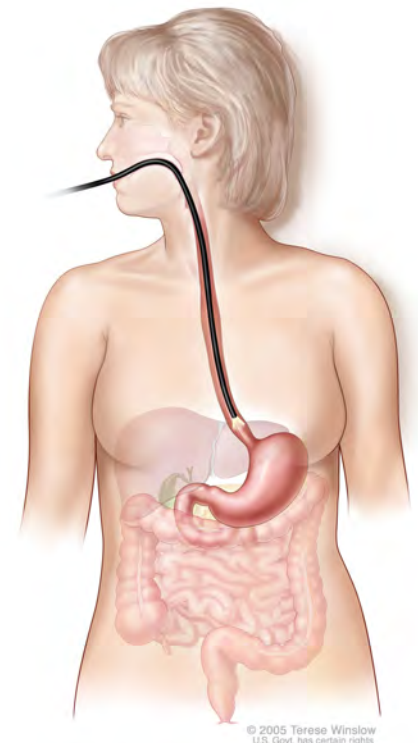
Wir verwenden dünne biegsame Endoskope. Diese sind am Ende in alle Richtungen steuerbar und besitzen an der Spitze eine Kamera, die das Bild auf einen Monitor überträgt. Das Endoskop wird unter Sicht über Mund und Rachen vorsichtig in die Speiseröhre eingeführt und dann in den Magen und Zwölffingerdarm vorgeschoben. Dabei wird die Schleimhaut gründlich inspiziert. Um die Beurteilbarkeit zu steigern wird etwas Luft eingeblasen, die am Ende der Untersuchung, soweit möglich, wieder abgesaugt wird. Im Endoskop befindet sich ein Arbeitskanal. Über diesen können Instrumente eingeführt werden. So ist es möglich kleine Gewebeproben zu entnehmen, die dann einer feingeweblichen Untersuchung zugeführt werden (Histologie). Die Entnahme von Gewebeproben ist schmerzlos.

Die Spiegelung ist nicht schmerzhaft, wird aber oft als unangenehm empfunden und kann Würgereiz erzeugen. Um dies zu umgehen, kann auf Wunsch entweder der Rachen mit einem Betäubungsmittel unempfindlich gemacht werden oder aber eine Sedierung / Kurznarkose durchgeführt werden. Die Untersuchungszeit beträgt circa 10 Minuten, kann in einzelnen Fällen aber auch länger dauern.

### Vor der Spiegelung

Ganz entscheidend für eine erfolgreiche Spiegelung ist die gute Sicht auf die Schleimhaut. Dazu ist es erforderlich, dass Sie mindestens 5-6 Stunden vor der Untersuchung keine Nahrung mehr zu sich genommen haben. Im Regelfall finden unsere Untersuchungen von 7.30 – 14.00 Uhr statt. Somit bitten wir Sie auf das Frühstück zu verzichten. Am Vorabend sollte das Abendessen nicht zu spät eingenommen werden. Kleine Mengen Wasser oder heller Tee (100-200ml) sind bis 2 Stunden vor der Untersuchung erlaubt.

Sollten Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, bitten wir dies im Vorfeld mit uns zu besprechen. **Insbesondere bitten wir Sie uns rechtzeitig über „blutverdünnende Medikamente“ zu informieren (Marcumar, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Arixtra®, Heparin, Plavix®, Tiklyd®, aber auch Aspirin®, ASS®, Godamed®, etc.).**



## Risiken der Untersuchung

Die Spiegelung ist risikoarm und wird sehr häufig durchgeführt. Da die Untersuchung unter Sicht stattfindet, sind Verletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre selten. Gelegentlich kommt es nach der Untersuchung zu Schluckbeschwerden, Schmerzen im Rachenraum und auch Heiserkeit. Zahnverletzungen durch den Beißring sind selten. Vorbestehende Zahnschäden (z.B. lockere Zähne, etc.) bitten wir im Vorfeld mitzuteilen.

Das Einreißen oder Durchstoßen (Perforation) der Wand von Speiseröhre, Magen- oder Dünndarm kommt extrem selten vor, ist dann aber ein Notfall und erfordert sofortige medizinische und ggf. operative Maßnahmen! In der Folge können Bakterien in Brust- oder Bauchraum eintreten. Bei einer seltenen Verschleppung von Bakterien in die Blutbahn kann es zu einer Blutvergiftung (Sepsis) kommen. In beiden Fällen würde eine antibiotische Therapie erforderlich. Mögliche weitere Folge können Organschäden wie z.B. eine Herzinnenwandentzündung (Endokarditis) sein.

Das Risiko von Blutungen ist im Allgemeinen gering, selbst dann, wenn Gewebeproben entnommen wurden. In seltenen Fällen aber, gerade wenn Blutgerinnungsprobleme (z.B. durch Vorerkrankungen oder Medikamente) vorliegen, können stärkere Blutungen auftreten, die dann ein Eingreifen erforderlich machen. Einspritzen von Kochsalzlösung oder Medikamenten, Verschorfung oder Klammern (clipping) über das Endoskop sind Möglichkeiten Blutungen zu stillen. In den allermeisten Fällen sistieren solche Blutungen aber spontan. Sollte eine schwere Blutung eine Transfusion erforderlich machen, besteht ein äußerst geringes Risiko der Übertragung von Hepatitis (Leberentzündung) oder HIV (AIDS).

Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand und Herz-/Kreislaufversagen sind extrem selten und können als Folge von Allergien oder als Nebenwirkung von Beruhigungs- oder Betäubungsmitteln auftreten. Dies fordert ein sofortiges Eingreifen und intensivmedizinische Betreuung. Die Folgen können eine Minderdurchblutung von Organen wie Gehirn, Herz oder Nieren sein, sogenannte Infarkte. Dies kann zu dauerhaft bleibenden Organschäden führen. Durch die Überwachung (Monitoring) während der Untersuchung wird dieses Risiko erheblich minimiert.

Allergische Reaktionen oder Überempfindlichkeiten (z.B. auf Desinfektionsmittel, Latex, Medikamente, etc.) verursachen Rötung, Schwellung, Juckreiz oder Erbrechen und klingen meist bald wieder ab. Schwere allergische Reaktionen sind sehr selten. Nervenschäden (Schmerzen, Lähmungen – auch bleibend), Weichteilschäden bis hin zu Abszessen, Venenentzündungen und Reizungen durch das Anlegen von Infusionen, Gabe von Injektionen, Desinfektionsmittel, elektrischen Strom oder Lagerung sind seltene Komplikationen. Bei guter und engmaschiger Überwachung können Risiken rechtzeitig erkannt und behandelt werden, sodass bleibende Schäden wirklich sehr selten sind.

Auf Fragen zu dem Themenkomplex Komplikationen können wir gerne beim persönlichen Aufklärungsgespräch eingehen.

## Nach der Untersuchung

Wir möchten, dass Sie sicher nach Hause kommen und dort gut versorgt sind. Am besten Sie lassen sich durch eine Begleitperson abholen. Wenn Sie eine Beruhigungsspritze, bzw. Kurznarkose erhalten haben dürfen Sie am Tag der Untersuchung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen (kein KFZ führen, nicht Fahrrad fahren). Sie sollten keine Tätigkeiten ausüben, die erhöhte Wachsamkeit und Koordination erforderlich machen. Schwimmen oder Baden ist nicht erlaubt. Unterzeichnen Sie keine Verträge und treffen Sie am Untersuchungstag keine wichtigen Entscheidungen. Vermeiden Sie Alkohol!

Sollten Symptome oder Probleme auftreten, mit denen Sie nicht zurechtkommen (z.B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Bauchschmerzen, Atembeschwerden, Teerstuhl, Atemnot), dann informieren Sie uns bitte sofort. - Auch wenn diese Beschwerden erst Tage später auftreten. Sollten wir nicht erreichbar sein, dann kontaktieren Sie den Notdienst.



© Dres. Grüner / Seel 2017

### Wichtige Fragen:

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an. Nutzen Sie das leere Feld um Ja-Antworten näher zu beschreiben und zu kommentieren:

1.	Leiden Sie unter einer chronischen, ansteckenden Erkrankung? z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
2.	Wurde bei Ihnen eine Operation an Speiseröhre, Magen, Darm, Herz oder Lunge durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
3.	<b>Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung oder haben Sie blutverdünnende Medikamente eingenommen?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
4.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
5.	Leiden Sie unter Allergien oder Überempfindlichkeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
6.	Ist bei Ihnen eine Herz-, Lungen- oder Kreislauferkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
7.	Wurde bei Ihnen ein Herzschrittmacher oder Defibrillator, ein künstliches Implantat oder eine Prothese eingesetzt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
8.	Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
9.	Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
10.	Haben Sie lockere Zähne oder Zahnersatz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
11.	Müssen Sie bei Berührungen des Rachens stark würgen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
12.	Wurde früher schon einmal eine Magenspiegelung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
13.	Wenn ja, wurden damals Erkrankungen festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
14.	Oder gab es dabei gar Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
15.	Musste eine frühere Magenspiegelung abgebrochen werden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
16.	Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

**Aufklärungsgespräch:**

Das Aufklärungsgespräch hat  Dr. Grüner /  Dr. Seel mit mir durchgeführt.

Er hat mir den Eingriff/ die Durchführung der geplanten Magenspiegelung und deren Komplikationen erklärt und eventuelle Nebenwirkungen von Medikamenten mit mir erörtert. Über die Dringlichkeit des Eingriffes und der Alternativmethoden, einschließlich deren Vor- /bzw. Nachteile, wurde ich informiert.

**Besondere Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Untersuchung ist geplant am :

Bamberg, \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Arzt \_\_\_\_\_

**Einwilligung (nach dem Gespräch mit dem Arzt):**

Ich willige in die geplante Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes ein und stimme einer eventuell durchzuführenden Gewebeentnahme zu. Mit der geplanten Kurznarkose bin ich einverstanden. Sollten Neben- oder Folgeeingriffe notwendig werden, stimme ich diesen zu. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und informiert. Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden.

Über die Verhaltensregeln nach der Untersuchung, insbesondere auf das Verbot der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr am Tag der Untersuchung (im Falle einer Beruhigungsspritze/Kurznarkose) bin ich informiert und werde diese einhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde angefordert, an nachbehandelnde Stellen weitergegeben und dass die Patientendaten im gesetzlichen Rahmen elektronisch gespeichert und für Auswertungen herangezogen werden.

Den abgetrennten Info-Teil habe ich erhalten

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

Eine Kopie des Aufklärungsbogens habe ich erhalten; \_\_\_\_\_ Patientin/Patient  
 Auf den Erhalt einer Kopie des Aufklärungsbogens habe ich verzichtet; \_\_\_\_\_ Patientin/Patient  
geprüft: \_\_\_\_\_

Bamberg, \_\_\_\_\_ Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_ Patientin/Patient, bzw. Betreuer

↕ Perforationslinie zum Abtrennen ↕