



## Aufklärung zur Darmspiegelung (Koloskopie)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei der Darmspiegelung erfolgt die Untersuchung des kompletten Dickdarms sowie ggf. des Endabschnitts des Dünndarms. Die Untersuchung wird mit einem dünnen, flexiblen Instrument (Endoskop) von gut 1,2 m Länge mit einer Kamera in der Gerätespitze durchgeführt. Die Bilder der Kamera werden auf einen Bildschirm übertragen.

Durch die hochauflösende Kamera ist es möglich, krankhafte Prozesse im eingesehenen Darm direkt zur beurteilen, ggf. auch Gewebeproben (Biopsien) zu entnehmen und/oder Schleimhautwucherungen (Polypen) abzutragen. Zur Entfaltung des Darms wird CO<sub>2</sub>-Gas eingeleitet, welches im Verlauf über die Schleimhäute des Darms ins Blut aufgenommen und schließlich über die Lunge abgeatmet werden kann, so dass im Anschluss an die Untersuchung kaum Blähbeschwerden auftreten.

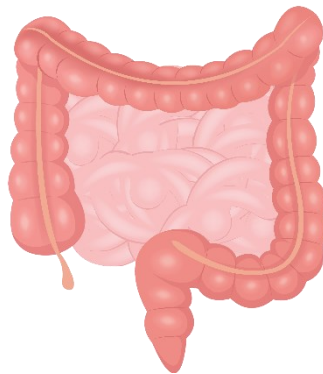


Abb.1 Modell eines Dickdarms

### Ziel der Untersuchung:

Mit der Untersuchung können im Rahmen einer Vorsorge Vorstufen von Darmkrebs (Polypen) erkannt und abgetragen und Bauchbeschwerden wie Schmerzen, Durchfälle oder andere Änderungen des Stuhlverhaltens abgeklärt werden. Auch zur Diagnostik unklarer Entzündungen und einer Blutarmut bzw. bei perianalen Blutabgängen kann eine Darmspiegelung sinnvoll sein. Bei Vorliegen einer darmspezifischen Erkrankung (chronische Entzündung, Dickdarmkrebs) ist die Darmspiegelung häufig als Kontrolluntersuchung im Verlauf notwendig.

### Vorbereitung:

Damit der Darm komplett sauber ist, sind für die Untersuchung Abführmaßnahmen erforderlich, die meistens am Abend des Vortages der Darmspiegelung beginnen. Außerdem sollte ggf. eine Ernährungsumstellung in den Tagen vor der Untersuchung erfolgen. Bitte beachten Sie hierzu unser **Infoblatt zur Ernährungsumstellung und Darmreinigung**.

### Durchführung:

Die Vorbereitungsmaßnahmen sind zu dem Zeitpunkt der terminierten Untersuchung komplett abgeschlossen. Wir bitten Sie 10 min vor dem vereinbarten Termin in der Praxis zu erscheinen. Sie liegen bei der Untersuchung bequem auf einer Untersuchungsliege und sind durch ein Handtuch geschützt. Die Untersuchung dauert 20-30 Minuten und erfolgt in den allermeisten Fällen mit einer Sedierung/Schlafspritze, was Sie wie eine Kurznarkose erleben.



## Schlafspritze:

Die Darmspiegelung/Koloskopie kann ohne Sedierung durchgeführt werden, wird jedoch individuell teilweise als unangenehm und schmerzhaft wahrgenommen. Durch die Sedierung schlafen Sie während der Untersuchung, so dass Sie die Endoskopie in angenehmer Erinnerung behalten.

Die Sedierung wird in der Regel mit Propofol durchgeführt, in seltenen Fällen bei Vorliegen von Allergien gegen Soja oder Erdnüsse mit Midazolam. Propofol ist ein sehr kurz und rasch wirksames Narkotikum, welches über einen Venenzugang appliziert wird.

Der Nachteil der Sedierung ist, dass Ihre Reaktionszeit für längere Zeit beeinträchtigt ist. Sie dürfen daher nach der Untersuchung am Untersuchungstag nicht selbstständig im Straßenverkehr ein Fahrzeug lenken, keine Maschinen bedienen und keine Tätigkeiten ausüben, die Sie oder andere Personen gefährden könnten. Sie erhalten aus diesem Grunde eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für den Arbeitgeber von uns. Für den Heimweg ist eine Begleitperson erforderlich. In Ausnahmefällen kann auch ein Taxi für die Rückfahrt genommen werden.

## Allgemeine Risiken und Komplikationen:

Schwierigkeiten und Komplikationen sind bei der Koloskopie sehr selten, so dass der diagnostische und therapeutische Gewinn um ein Vielfaches höher ist als das Risiko der Maßnahme.

1. Verletzung der Darmwand/Perforation bei der Koloskopie (Häufigkeit 0,1-0,9/1000). Eine Perforation der Darmwand kann u. U. eine unverzügliche Operation erforderlich machen und weitere Risiken nach sich ziehen, die lebensbedrohlich sein können.
2. Blutungskomplikation bei der Koloskopie (Häufigkeit einer schweren Blutung mit der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes 0,3-2/1000). Bestimmte Arzneimittel dürfen wegen der damit verbundenen erhöhten Blutungsgefahr vor der Koloskopie nicht angewendet werden. Dies gilt u. a. für Arzneimittel mit Wirkstoffen zur Hemmung der Blutgerinnung (Marcumar®, Iscover®, Plavix®, Eliquis®, Pradaxa®, Xarelto® und Lixiana®).
3. Übertritt von Darmbakterien in die Bauchhöhle, Fieber und Keimverschleppung in die Blutbahn mit dem Risiko einer Endokarditis können mit einem extrem niedrigen Risiko vorkommen.
4. Verletzung der Milz sind ebenfalls extrem selten.
5. Durch die zur Beruhigung verabreichten Medikamente kann es u. U. zur Störung der Atmung bis hin zum Atemstillstand sowie zur Beeinträchtigung des Herz-Kreislaufsystems kommen (Häufigkeit 2/1000). Es erfolgt eine Monitoring von Herzfrequenz, Blutdruck und Sauerstoffsättigung während der Untersuchung, außerdem erfolgt die Sauerstoffgabe über eine Nasensonde oder Sauerstoffmaske.
6. Daneben sind allergische Reaktionen auf die verabreichten Arzneimittel möglich. Auch die allergischen Reaktionen können zur Beeinträchtigung des Herz-Kreislaufsystems und Atemstillstand führen.
7. Es kann durch den venösen Zugang bei Sedierung sehr selten zur Weichteilinfektion mit Vernarbung und Nervenausfällen kommen.
8. Im Rahmen der Vorbereitung kann es in seltenen Fällen zu einer Verschiebung von Blutsalzen kommen. Bei Nierenfunktionseinschränkungen sollte der behandelnde Nephrologe hinzugezogen werden.



### Nach der Untersuchung:

Nach der Untersuchung müssen Sie noch vorübergehend in der Praxis bleiben. Ggf. werden Sie vom Praxisteam dazu ausdrücklich angehalten. Wie lange das ist, hängt u.a. von Ihrem Befund und Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand ab, mindestens aber eine Stunde. Nach der Untersuchung können Sie wieder normal essen und trinken. Wenn Sie nach der Spiegelung zu Hause Beschwerden bekommen, wie Fieber, Schwindel, Übelkeit, starke Schmerzen oder Blutungen kontaktieren Sie bitte umgehend einen Notarzt oder suchen Sie eine Rettungsstelle auf.

### Information zum Ausfallhonorar:

**Falls Sie Ihren Termin zur Darmspiegelung nicht wahrnehmen können, möchten wir Sie bitten, diesen mindestens 48 h Stunden vorher bzw. bei Montagsterminen spätestens Donnerstagabend abzusagen. Damit haben wir die Möglichkeit Ihren Termin einem anderen Patienten anzubieten und die Wartezeiten insgesamt zu reduzieren.**

Terminabsagen sind unter der Tel.: 209 199 80 möglich. Wenn Sie uns telefonisch nicht erreichen können, bitten wir Sie, uns über die e-mail-Adresse: [info@gastropraxis-lichtenberg.de](mailto:info@gastropraxis-lichtenberg.de) zu informieren. **Bei fehlender oder verspäteter Absage müssen wir eine Kostenpauschale von 100 Euro in Rechnung stellen.**

### Informationen zum Datenschutz

Mit Vorliegen Ihres Einverständnisses werden Ihre Patientendaten in der Gastropraxis Lichtenberg erhoben und gemeinschaftlich verarbeitet. Es können auch Serviceleistungen wie Erinnerungen von Terminen und Folgeuntersuchungen erfolgen. Untersuchungsbefunde werden an die von Ihnen angegebene ärztliche Kollegin oder an den behandelnden Kollegen übermittelt. Die ausführliche Information zum Datenschutz ist in der Praxis und auf der Homepage zugänglich. Rückfragen können jederzeit gestellt werden.

---

### ÄRZTLICHE ANMERKUNG:

ASA-Klassifikation: ASA1  ASA2  ASA3  ASA4

### Fragen/ Anmerkung der Patientin, des Patienten:

- Einwilligung: Über die geplante Koloskopie, Art und Bedeutung des Eingriffs, Risiken und mögliche Komplikationen, Alternativmethoden, evtl. erforderliche Behandlungsmaßnahmen wie Gewebeentnahmen, Polypenabtragungen oder Blutstillung, wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit Frau Dr. Roß/ Herrn Dr. Ryschka ausführlich informiert. Insbesondere über die gesonderten Risiken der Polypabtragung wurde ich aufgeklärt.
- Ich wünsche für die Untersuchung eine Sedierung. Über die gesonderten Risiken und die Einschränkungen nach der Untersuchung wurde ich informiert. Ich versichere hiermit, dass ich nicht selbst ein Fahrzeug (Fahrrad, Auto etc.) lenken werde, sondern eine sichere Heimfahrt und Betreuung organisiert habe.
- Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde (per Brief, Fax, e-mail) an meinen Hausarzt / überweisenden Arzt / Ärztin einverstanden.
- Ich wünsche eine Kopie der Einverständniserklärung.
- Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich ausreichend informiert und willige nach ausreichender Bedenkzeit in die Untersuchung einschließlich notwendiger Behandlungsmaßnahmen ein.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_