

Klinik / Praxis

**zoom**

**zentrum für  
orthopädisch/  
unfallchirurgische  
medizin**

Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

- linke Schulter  
 rechte Schulter

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie leiden an Schmerzen und Funktionsstörungen im Bereich des Schultergelenkes, die sich mit konservativen Maßnahmen nicht genügend beeinflussen lassen. Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt (im Weiteren Arzt) hat Ihnen einen operativen Eingriff vorgeschlagen. Dadurch sollen Ihre Schmerzen und Bewegungsstörungen im Bereich des Schultergelenkes verbessert werden.

Diese Informationen über den Ablauf der Operation, die möglichen Zwischenfälle und notwendigen Verhaltensmaßnahmen vor und nach dem Eingriff dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt. Im Gespräch wird Ihnen der Arzt die Vor- und Nachteile des geplanten Verfahrens gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre spezifischen Risiken und die sich daraus möglicherweise ergebenden Komplikationen aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung zum empfohlenen Eingriff erteilen oder diesen ablehnen.

Bitte lesen Sie die nachstehenden Informationen und füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

### AUFBAU DER SCHULTER

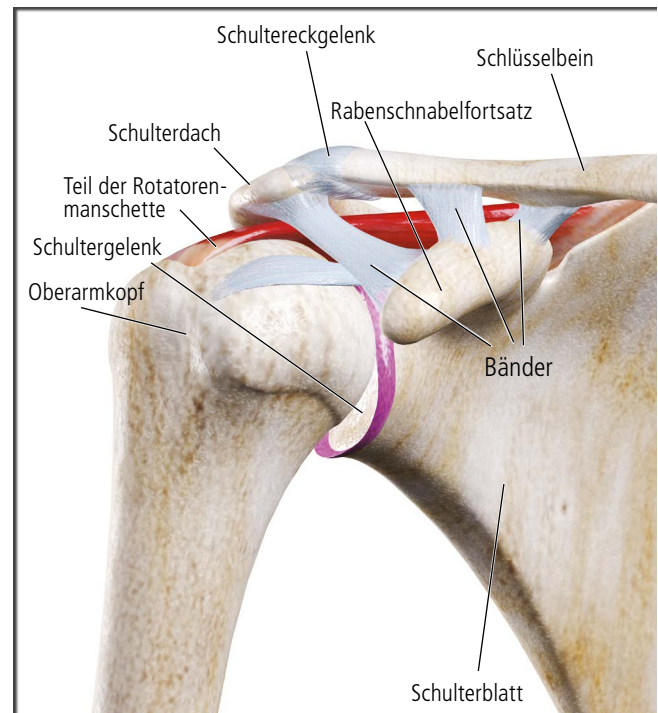
Das Schultergelenk setzt sich aus verschiedenen Teilen zusammen, wobei jede gestörte Struktur zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen kann. Neben dem eigentlichen Gelenk zwischen Oberarm und der Pfanne des Schulterblattes besteht ein „Nebengelenk“ zwischen Oberarmkopf und dem Schulterdach. Bei jeder Schulterbewegung kommt es auch zu einer Begleitbewegung im Gelenk zwischen dem Schulterblatt und dem Schlüsselbein (Schulterreckgelenk). Als sehr bewegliches Gelenk benötigt das Schultergelenk eine intensive Muskelführung.

### ABLAUF DER OPERATION

Mit der Schulteroperation können verschiedene Verletzungen und Erkrankungen behandelt werden. Ausgehend von Ihrem aktuellen Beschwerdebild sind folgende Maßnahmen geplant:

- Eingriff im Pfannenbereich und im Pfannenrandbereich** (z. B. Fixierung des Pfannenrandes, Vergrößerung der Pfanne mit Knochenspan, Versorgung eines Bruches)
- Eingriff im Bereich des Oberarmkopfes** (z. B. Stellungsänderung, Versorgung eines Bruches)
- Eingriff im Bereich des Schulterdaches** (Vergrößerung des Raumes für die Muskulatur, Entfernung eines Schleimbeutels)
- Eingriff im Bereich des Schulterreckgelenkes** (z. B. Abtragen von Knochenspornen, Entfernen der Gelenkfläche, Fixierung des Schlüsselbeines)
- Eingriff im Bereich der Muskulatur** (z. B. Naht eines Muskelrisses, Entfernung von Kalkablagerungen, Lösen der langen Bizepssehne, Entfernung von Schleimbeuteln)
- anderer Eingriff:

Der Eingriff findet in Narkose, ggf. auch in Regionalanästhesie statt, über welche Sie gesondert aufgeklärt werden. Vorsorglich wird an Ihrem Unterarm der Gegenseite eine Venenverweilkanüle gelegt, über welche Ihnen bei Bedarf Medikamente verabreicht werden können.



Für den Eingriff werden Sie entweder auf der Seite gelagert oder in eine sogenannte Liegestuhlposition gebracht. Bei manchen Operationen ist eine Kombination mit einer Schulderspiegelung sinnvoll.

Dabei werden über zusätzliche kleine Hautschnitte eine Kamera und weitere Operationsinstrumente in das Schultergelenk eingebracht. Häufig werden zur Befestigung, z. B. von Sehnen, sogenannte Fadenanker eingebracht, welche sich auflösen oder auch dauerhaft im Körper verbleiben.

Am Ende des Eingriffes wird ggf. ein kleiner Schlauch (Wunddrainage) zum Ableiten von Wundflüssigkeit oder Blut vom Schultergelenk nach außen geführt.

### MÖGLICHE ERWEITERUNGSMASSNAHMEN

Werden bei der Schulteroperation weitere Befunde entdeckt, ist es häufig möglich, diese im Rahmen desselben Eingriffes zu behandeln. Um einen erneuten Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt zu vermeiden, können Sie Ihre Einwilligung zu möglichen Erweiterungsmaßnahmen schon jetzt erteilen.

### ALTERNATIV-VERFAHREN

Eine Langzeittherapie mit schmerzlindernden und entzündungshemmenden Medikamenten kann das Ausmaß der Schmerzzustände vermindern. Die Funktion Ihres Schultergelenkes wird durch Schmerzmittel jedoch nicht verbessert.

Durch physikalische Maßnahmen, Krankengymnastik und Ergotherapie kann eine Besserung von Schulterbeschwerden erreicht werden. Lassen sich die Beschwerden durch diese konservativen Behandlungsmaßnahmen nicht zufriedenstellend bessern, ist jedoch eine Operation zu empfehlen.

Viele Schulterprobleme lassen sich mit einer Schulter Spiegelung (Arthroskopie) behandeln. Warum in Ihrem Fall eine offene Schulteroperation die derzeit beste Behandlungsmöglichkeit Ihrer Beschwerden darstellt, erklärt Ihnen der Arzt im Rahmen des Aufklärungsgesprächs.

### ERFOLGSAUSSICHTEN

Ziel einer Operation im Schulterbereich ist eine deutliche Schmerzverbesserung, möglichst Schmerzfreiheit, sowie eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit und Stabilität des Schultergelenkes. Bei stark fortgeschrittenem Gelenkverschleiß oder rheumatischen Erkrankungen wird allerdings meist nur eine Linderung der Beschwerden erreicht. In Ausnahmefällen können die Schulterbeschwerden nach der Operation weiterhin bestehen oder noch zunehmen. Ihr Arzt wird Ihnen erläutern, welches Operationsergebnis in Ihrem Fall zu erwarten ist.

### HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

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

#### Vorbereitung:

**Medikamenteneinnahme:** Wichtig ist, dass Sie Ihrem Arzt mitteilen, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen müssen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® [ASS], Marcumar®, Heparin, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa® etc.) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben. Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt wird Sie informieren, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

#### Nachsorge:

Nach Schulteroperationen muss ggf. mit einer längeren Nachbehandlung bis zum Erreichen des Operationszieles gerechnet werden.

Nach der Operation auftretende Schmerzen lassen sich mit Medikamenten gut lindern.

Ihr Arzt entscheidet, ob Ihre Schulter auf einem Hilfsmittel gelagert werden muss. Bei Operationen an Sehnen und im Kapselbereich kann eine Abspreizbehandlung für einige Wochen notwendig werden.

Schon kurz nach der Operation werden Sie zu krankengymnastischen

Übungen angeleitet. Am Anfang kann eine eingeschränkte, durch den Physiotherapeuten/die Physiotherapeutin geführte Bewegungstherapie notwendig sein, bevor das Gelenk für aktive Übungen freigegeben wird. Bitte führen Sie die angeordnete Bewegungstherapie gewissenhaft durch.

Um der Bildung von Blutgerinnseln vorzubeugen, sollten Sie den operierten Arm regelmäßig wie erlaubt bewegen und belasten.

Bezüglich weiterer Verhaltensmaßnahmen, wie z. B. der Einnahme von Medikamenten, dem Tragen von Bandagen/Schienen (Orthesen) halten Sie sich bitte genau an die Anweisungen Ihres Arztes.

Bei zunehmenden **starken Schmerzen** und **Schwellungen**, **Überwärmung** und **Rötung** der Schulter, **Fieber**, **Brustschmerzen** oder **Atem-/Kreislaufbeschwerden** informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt oder die Klinik. Diese Beschwerden können auch noch Tage nach dem Eingriff auftreten und erfordern eine sofortige ärztliche Abklärung.

Um den Behandlungserfolg zu überprüfen, sind Nachuntersuchungen notwendig. Bitte nehmen Sie diese gewissenhaft wahr.

### MÖGLICHE RISIKEN, KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff gewisse 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 eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreffen. 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.

Durch den operativen Eingriff kann es unbeabsichtigt zu **Verletzungen der Knorpeloberfläche** oder anderer Gelenkstrukturen wie z. B. der **Gelenkklippe**, **Sehnen** oder **Muskeln** kommen. Solche Verletzungen sind jedoch selten und heilen meist folgenlos ab.

Eingebrachte **Befestigungsmaterialien** können sich, vor allem bei schlechter Knochensubstanz, **lockern** oder **verrutschen**. In einigen Fällen kann dann ein weiterer Eingriff notwendig werden.

**Nahtmaterial** im Gelenk kann in ungünstigen Fällen zu Irritationen oder **Knorpelschäden** führen.

Vor allem nach ausgedehnten Eingriffen kann sich z. B. durch Nachblutungen im Gelenk ein **Gelenkerguss** bilden. Dieser kann über Wochen bestehen und muss ggf. durch eine oder mehrere Punktionen behandelt werden.

Nach einer Schulteroperation kann es selten zu einer **Gelenksteifung** kommen, die eine oft monatelange intensive krankengymnastische Nachbehandlung notwendig macht. **Vernarbungen im Gelenk** können zur Bewegungseinschränkung führen und müssen ggf. operativ entfernt werden.

**Infektionen** sind selten und äußern sich in Schwellung, Rötung, Schmerzen, Überwärmung der Haut und Fieber. In den meisten Fällen sind Infektionen mit Antibiotika gut behandelbar. Eine **Knochen-** oder **Gelenkinfektion** kann eine Spülung des Gelenkes oder operative Behandlung erfordern. In seltenen Fällen kann es zur **Gelenkversteifung** kommen. In extremen Ausnahmefällen kann eine nicht beherrschbare Infektion bis hin zum Verlust des Armes oder zu einer gefährlichen Blutvergiftung (Sepsis) führen.

**Allergische Reaktionen** (Unverträglichkeitsreaktionen), z. B. auf Medikamente (Schmerz-, Betäubungsmittel) sind selten. Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen aber auch Übelkeit und Husten können die Folgen sein. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen oder Kreislaufschock sind selten. Durch die

mangelnde Durchblutung können trotz intensivmedizinischer Versorgung vorübergehende oder auch bleibende Organschäden, wie z. B. Gehirnschäden, Lähmungen oder Nierenversagen, eintreten.

Selten kann es zur **Verletzung von Nerven** oder **größeren Blutgefäßen** kommen. Bei einer Gefäßverletzung kann eine operative Blutstillung notwendig werden. Nervenverletzungen können eine Nervennaht erfordern. Trotz Behandlung können **bleibende Gefühlsstörungen**, Schmerzen und Schwäche bzw. **Lähmungen** des Armes auftreten. Kleine bei der Operation durchtrennte Hautnerven können zu einem vorübergehenden, selten auch **bleibenden Taubheitsgefühl** im Bereich der Operationsnarben führen.

Bei **stärkeren Blutungen** kann in Ausnahmefällen eine Übertragung von Fremdblut/-blutbestandteilen (**Transfusion**) notwendig werden. Dadurch kann es zu Infektionen mit Krankheitserregern kommen, wie z. B. selten mit Hepatitis-Viren (Verursacher gefährlicher Leberentzündung), äußerst selten mit HIV (Verursacher von AIDS), mit BSE (Verursacher einer Variante von Creutzfeldt-Jakob) oder mit anderen gefährlichen – auch unbekannt – Erregern.

### Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft. Anhand Ihrer Angaben kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen. Er wird Sie über Ihre sich daraus ergebenden spezifischen Risiken aufklären und kann Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

#### 1. Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) solche eingenommen bzw. gespritzt? Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:  ja  nein

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

Sonstiges: \_\_\_\_\_ Wann war die letzte Einnahme? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie andere Medikamente ein? Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_  ja  nein

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

2. Wurden Sie schon einmal an der **Schulter operiert**?  ja  nein

3. **Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten?** Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

Ergaben sich dabei Komplikationen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

4. Haben Sie ein **Metallimplantat** (z. B. eine künstliche Hüfte)?  ja  nein

5. **Rauchen Sie?** Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_  ja  nein

6. Besteht eine **Schwangerschaft**?  nicht sicher  ja  nein

#### Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

7. **Bluterkrankung oder Blutgerinnungsstörung?** Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:  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

8. **Herz-Kreislauf-Erkrankungen?** Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:  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: \_\_\_\_\_

9. **Blutgerinnsel (Thrombose)/Gefäßverschluss (Embolie)?**  ja  nein

10. **Allergie/Überempfindlichkeit?** Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:  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: \_\_\_\_\_

11. **Stoffwechsel-Erkrankungen?** Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:  Diabetes (Zuckerkrankheit),  Gicht,  ja  nein

Schilddrüsenunter/  -überfunktion. Sonstiges: \_\_\_\_\_

12. **Infektionskrankheiten?** Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:  Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.  ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

13. Neigung zu **Wundheilungsstörungen, Abszessen, Fisteln, starker Narben-Bildung (Keloide)?**  ja  nein

14. **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, Erfolgsaussichten, mögliche Konsequenzen, wenn die Operation verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Geplanter Eingriff:

- Eingriff im Pfannenbereich und im Pfannenrandbereich
- Eingriff im Bereich des Oberarmkopfes
- Eingriff im Bereich des Schulterdaches
- Eingriff im Bereich des Schulterreckgelenkes
- Eingriff im Bereich der Muskulatur
- anderer Eingriff:

### 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 das Verfahren zu erteilen.
- Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer bzw. Vormund 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 des/der Patienten/in

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_ hat mich umfassend über den empfohlenen Eingriff und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und konnte meine Erkenntnisse über die mir erteilten Informationen mit dem Arzt diskutieren. Hiermit lehne ich den empfohlenen Eingriff ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer / Vormund / ggf. des Zeugen

## Erklärung und Einwilligung des/der Patienten/in

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 (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde ich über den Ablauf des Eingriffs, dessen 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 Eingriffs, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass alle medizinischen Eingriffe Risiken bergen, informiert wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass eventuell Medizinprodukteberater oder medizinische Kollegen des behandelnden Arztes bei der Operation anwesend sind.

**Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme dem vorgeschlagenen Eingriff zu.** Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

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 der Patientin / des Patienten / Betreuer / Vormund

Kopie:  erhalten  
 verzichtet

Unterschrift der Patientin / des Patienten / Betreuer / Vormund