

Kardiologie

Universitäres Herzzentrum Basel

Universitätsspital Basel
Petersgraben 4, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 44 45, Fax +41 61 265 45 98

Information und Patienteneinverständniserklärung **Implantation eines kabellosen Schrittmachers**

Liebe Patientin
Lieber Patient

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat festgestellt,

dass Ihr Puls zu langsam schlägt, was Ihnen entsprechende Symptome verursacht hat, oder dass es ohne Herzschrittmacher nicht möglich ist, einen schnellen Puls vernünftig mit Medikamenten zu bremsen, weshalb er Ihnen die Einsetzung eines Herzschrittmachers empfohlen hat.

Das kabellose Schrittmachersystem:

Das kabellose Schrittmachersystem besteht nur aus einem kabellosen Schrittmacher mit einer ungefähren Grösse von 1,5 Zentimetern, welcher direkt in Ihr Herz implantiert wird. Ein Katheter (eine lange, dünne Röhre) wird in eine Vene in Ihrer Leiste eingeführt und durch die Blutbahn bis zu Ihrem Herzen gelegt. Über diesen Katheter wird der Schrittmacher in das Herz eingeführt. Der kabellose Schrittmacher unterstützt Ihr Herz dabei, regelmäßig zu schlagen. Eine Schrittmacherelektrode, die elektrische Signale weiterleitet ist nicht nötig, da sich der kabellose Schrittmacher direkt in Ihrem Herzen befindet.



Links: Kabelloser Schrittmacher (Keine Schrittmacherelektrode), **rechts:** Platzierung des kabellosen Schrittmachers in der rechten, unteren Herzkammer

Vor der Implantation des Schrittmachers

Ihnen werden Fragen gestellt, anhand derer entschieden werden kann, ob Sie für eine Implantation eines kabellosen Schrittmachers geeignet sind. Falls Sie geeignet und damit einverstanden sind, werden Sie gebeten, diese Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

Während der Operation.

Zu Beginn der Implantation verabreicht Ihr Arzt Ihnen möglicherweise blutverdünnende Medikamente. Ein Katheter (eine lange, dünne Röhre) wird in eine Vene in Ihrer Leiste eingeführt und durch die Blutbahn bis zu Ihrem Herzen gelegt. Über diesen Katheter wird Ihr Arzt den kabellosen Schrittmacher in Ihr Herz einsetzen. Die Implantation des Schrittmachers wird mittels Fluoroskopieaufnahmen (Röntgenaufnahmen) beobachtet, während das Gerät durch die Blutgefäße zu Ihrem Herzen bewegt wird. Ihr Arzt wird davon Aufnahmen machen. Findet der Arzt eine geeignete Stelle in Ihrem Herzen, wird der Katheter entfernt und der kabellose Schrittmacher verbleibt in Ihrem Herzen.

Der Eingriff wird in der Regel in Sedation durchgeführt. Ihr Arzt wird Ihnen während des Eingriffs Medikamente verabreichen, damit Sie keine Schmerzen haben. Mit einem Programmiergerät (einem externen Computer) kann Ihr Arzt mit Ihrem Schrittmacher kommunizieren. Nach dem Eingriff kann es sein, dass Sie in der Leistengegend, dort wo der Katheter eingeführt wurde, Schmerzen verspüren und Sie für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus bleiben müssen.

Ihr Arzt kann sich auch dagegen entscheiden, Ihnen den kabellosen Schrittmacher einzusetzen, wenn dieser Ihr Herz nicht ideal abtastet und stimuliert. In einem solchen Fall wird der Arzt eine geeignetere alternative Behandlungsmethode für Sie vorsehen.

Der Eingriff bzw. die Untersuchung wird unter Röntgenstrahlung durchgeführt. Es besteht somit eine gewisse Strahlenbelastung, welche aber so gering wie möglich gehalten wird. Aus grundsätzlichen Erwägungen sollte ein solcher Eingriff jedoch während einer Schwangerschaft nur im Notfall durchgeführt werden.

Nach dem Eingriff (vor der Entlassung aus dem Krankenhaus):

Bei dieser Untersuchung werden die folgenden Maßnahmen durchgeführt:

- Überprüfung des Geräts mit dem Programmiergerät und Speicherung der gesammelten Informationen
- Speicherung der elektrischen Daten des Geräts
- Röntgenuntersuchung des Geräts

Mögliche Komplikationen:

Die Anwendung des kabellosen Schrittmachers kann zu unerwünschten Wirkungen oder Beschwerden führen. Die örtliche Betäubung, die für das Einsetzen des kabellosen Herzschrittmachers notwendig ist, führt kurzzeitig zu einem unangenehmen, brennenden Gefühl, danach ist die Leistengegend in der Regel vollständig betäubt. Gelegentlich kann im Bereich der Leiste ein Bluterguss auftreten, vor allem dann, wenn blutverdünnende Medikamente eingenommen werden. In Ausnahmefällen kann die Einführung der Sonde eine Verletzung von Gefäßen, Herzklappen oder des Herzmuskels selbst, eventuell sogar mit

Blutaustritt in den Herzbeutel, verursachen. Falls dadurch die Herzfunktion beeinträchtigt wird, muss das Blut mit einer Spritze abgezogen werden. Extrem selten ist dazu eine Notoperation notwendig. Schwere Gesundheitsschädigungen oder gar der Tod als Folge von technischen Störungen sind äusserst selten. Insgesamt sind Komplikationen durch die vorgeschlagene Einpflanzung eines Herzschrittmachers selten und stellen in Ihrem Fall ein weit geringeres Risiko dar als der Verzicht auf einen Herzschrittmacher. Es können auch die generellen Risiken und Nebenwirkungen einer Operation auftreten.

Wenn Sie schwanger sind oder werden, sollten Sie dies Ihrem Arzt unverzüglich mitteilen. Es bestehen möglicherweise Risiken für Sie und Ihr ungeborenes Kind, die bislang nicht erforscht sind. Die Strahlenbelastung kann zu Fehlgeburten, Geburtsschäden oder anderen nicht vorhergesehenen Beschwerden führen.

Platz für eine Skizze/persönliche Notizen:

Bitte sprechen Sie mit uns,

falls Sie etwas nicht verstanden haben oder wenn Ihnen etwas wichtig scheint, was in diesem Schreiben oder im persönlichen Gespräch mit Ihrem Arzt nicht erwähnt wurde.

Einverständniserklärung

Herr/Frau Dr. _____ hat mit mir heute anhand der Informationsschrift und der Ergebnisse der Voruntersuchungen ein abschliessendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Nach vollständiger Beantwortung meiner Fragen erkläre ich mich hiermit bereit, den vorgeschlagenen Eingriff durchführen zu lassen.

Unterschrift Patient(in): _____

Unterschrift Arzt (Ärztin): _____

Ort und Datum: _____

Einverständniserklärung zur Datensammlung und -auswertung

Ich bin mit der Sammlung und Auswertung der wissenschaftlichen Daten meiner Behandlung in verschlüsselter, elektronischer Form einverstanden. Bei Notwendigkeit ist zur Qualitätssicherung die Rückverfolgung der Daten gewährleistet. Wir sichern Ihnen ein uneingeschränktes Auskunftsrecht zu, die über Sie archivierten Daten einzusehen.

Unterschrift Patient(in): _____

Ort und Datum: _____