



### ■ Sehr geehrter Patient,

Sie möchten eine Sterilisation mit dem Ziel der dauerhaften Unfruchtbarkeit vornehmen lassen. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das bevorstehende Aufklärungsgespräch vorzubereiten und die aufklärungsrelevanten Punkte zu dokumentieren. Bitte lesen Sie alles aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen gewissenhaft.

### ■ Was sollten Sie vor dem Eingriff bedenken?

Die Sterilisation durch operative Unterbrechung der Samenleiter ist die sicherste Methode, eine anhaltende Unfruchtbarkeit zu erzielen. Der Entschluss zu dieser in der Regel **endgültigen** Maßnahme sollte daher reiflich überlegt und nach Möglichkeit auch ausführlich mit Ihrer Partnerin besprochen sein.

Sollte es später zu einem erneuten Kinderwunsch kommen, besteht weder mit der Rückgängigmachung der Sterilisation (Refertilisierung) noch mit einer künstlichen Befruchtung eine Erfolgsgarantie.

- Sie sollten Vor- und Nachteile des Eingriffs gründlich gegeneinander abwägen, um die Entstehung psychischer Spannungen nach dem Eingriff zu vermeiden (**Sterilisationsneurosen**).
- Vor der endgültigen Entscheidung für die Sterilisation muss die Familienplanung abgeschlossen sein.
- Beziehen Sie auch mögliche andere zeitlich begrenzte Methoden zur Empfängnisverhütung in Ihre Überlegungen mit ein (z.B. Präservative oder Verhütung durch die Partnerin).
- Bedenken Sie, dass sich Ihre persönliche familiäre Situation durch eine Trennung, einen Todesfall oder eine neue Partnerschaft verändern kann. Möglicherweise tritt ein Kinderwunsch erst in einer späteren Lebensphase auf.

- Bei wiederholten Entzündungen der Vorsteherdrüse (Prostata) könnte es ggf. sinnvoll sein, eine vorbeugende Samenstrangunterbindung vorzunehmen, um eine aufsteigende Nebenhodenentzündung zu vermeiden.

### ■ Kostenübernahme

Außer bei medizinischer Notwendigkeit werden die Kosten der Operation meist nicht von den Krankenkassen übernommen. Bitte klären Sie daher die Kostenfrage vorab mit Ihrer Krankenkasse.

### ■ Wie wird der Eingriff durchgeführt?

Der Eingriff erfolgt in örtlicher Betäubung, gelegentlich auch in Allgemeinnarkose, über deren Einzelheiten und Risiken Sie der Narkosearzt gesondert aufklärt.

Die Samenleiter, die die Spermien von den Nebenhoden zur Prostata transportieren, werden durchtrennt. Dazu wird die Haut des Hodensacks an beiden Seiten oder an einer Stelle in der Mitte auf ca. 1–2 cm Länge eingeschnitten (Abb. 1) oder aufgedehnt (No-Scalpel-Methode), um beide Samenleiter herauszuziehen. Dann werden beide Samenleiter durchtrennt und ggf. kleine Teilstücke entnommen (vgl. Abb. 2). Die Schnittenden werden verschlossen, um den Spermientransport zu unterbrechen. Der Verschluss der Samenleiterstümpfe erfolgt durch Unterbindung und/oder Verschörfung mit elektrischem Strom, manche Operateure schlagen

die Enden auch um. Die herausgenommenen Samenleiterstücke können ggf. feingeweblich untersucht werden.

In äußerst seltenen Fällen können anlagebedingt auf jeder Seite mehr als ein Samenleiter vorliegen, was vom Operateur während des Eingriffs nicht erkannt werden kann. In diesen seltenen Ausnahmen bleibt trotz der Operation evtl. die Zeugungsfähigkeit erhalten. Dies kann durch die nach der Operation durchzuführenden Untersuchungen der Samenflüssigkeit erkannt und durch eine ergänzende zweite Operation behoben werden.

In sehr seltenen Fällen kann das Aufsuchen eines oder beider Samenleiter wegen Narbenbildung (z.B. nach Voroperationen oder Entzündungen) nicht möglich sein, so dass der Eingriff abgebrochen und ggf. in Narkose wiederholt werden muss. Ebenfalls sehr selten liegt angeboren nur ein Samenleiter vor.

### ■ Wird die Sexualität beeinträchtigt?

Beim Samenerguss bleibt die Ergussmenge – obwohl ohne Samen! – fast normal, da der größte Teil des Ejakulats aus Prostata und Samenblasen kommt. Die Hoden werden (im Gegensatz zur Kastration) nicht direkt betroffen oder verletzt (mit Ausnahme seltener Komplikationen wie z.B. Verletzung der Blutgefäße oder Infektion). Die Produktion des männlichen Hormons Testosteron wird durch die Sterilisation normalerweise nicht beeinflusst. Auch die Gliedsteife (Erektion) für den Geschlechtsverkehr wird normalerweise nicht beeinträchtigt.

### ■ Ab wann tritt Unfruchtbarkeit ein?

Wenn in der Samenflüssigkeit keine Spermien mehr nachweisbar sind, ist von einer Unfruchtbarkeit zu diesem Zeitpunkt auszugehen. Um dies feststellen zu können, ist mindestens eine Untersuchung der Samenflüssigkeit (Spermiogramm) nach ca. 3 Monaten erforderlich, jedoch werden zwei Spermiogramme empfohlen. Bei Durchführung von zwei Spermiogrammen kann das erste ca. 6-8 Wochen, das zweite 3-4 Monate nach der Operation erfolgen. Die Anzahl der erfolgten Samenergüsse bis zum Spermiogramm kann das Ergebnis beeinflussen. Erst wenn keine Spermien mehr nachgewiesen werden, kann von einer Zeugungsunfähigkeit ausgegangen werden. Vor diesem Zeitpunkt darf auf keinen Fall auf empfängnisverhütende Maßnahmen beim Geschlechtsverkehr verzichtet werden. Jedoch kann eine zukünftig erneut eintretende Zeugungsfähigkeit nie hundertprozentig ausgeschlossen werden. So ist ein erneutes Zusammenwachsen eines oder beider Samenleiter (Rekanali-

sation) auch später zu jedem Zeitpunkt möglich. Deshalb wird Ihnen empfohlen, nach dem Eingriff weiterhin jährlich Untersuchungen auf Spermien durchführen zu lassen. Dadurch können Sie sich eine erhöhte Sicherheit verschaffen, dass auch in Zukunft Zeugungsunfähigkeit vorliegt. Eine absolute Sicherheit gibt es jedoch nicht.

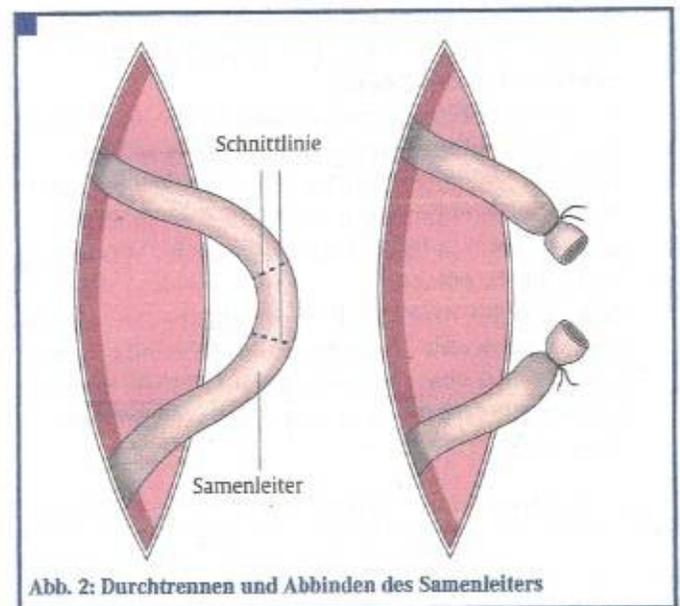
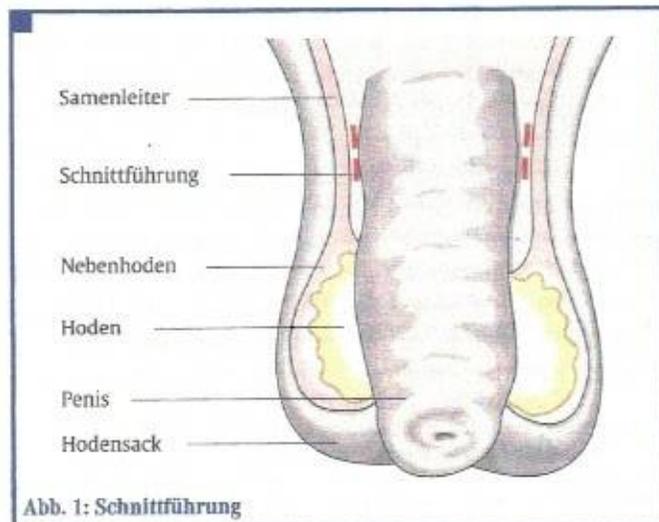
### ■ Kinderwunsch nach Vasektomie

Falls gewünscht, können die unterbrochenen Samenleiter durch einen mikrochirurgischen Eingriff wieder miteinander verbunden werden (Refertilisierung). Außerdem besteht bei einem erneuten Kinderwunsch die Alternative einer künstlichen Befruchtung. Jedoch gibt es für beide Verfahren keine Erfolgsgarantie.

### ■ Risiken und mögliche Komplikationen

Die Häufigkeitsangaben entsprechen nicht den Angaben der Beipackzettel von Medikamenten. Sie sind nur eine allgemeine Einschätzung und sollen helfen, die Risiken untereinander zu gewichten. Trotz aller Sorgfalt kann es zu – u.U. auch lebensbedrohlichen – Komplikationen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern. Vorerkrankungen und individuelle Besonderheiten können die Häufigkeit von Komplikationen beeinflussen.

- **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. auf Latex, Medikamente) führt sehr selten zu einem akuten Kreislaufschock, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert. Äußerst selten sind schwerwiegende, u.U. bleibende Schäden (z.B. Organversagen, Hirnschädigung, Lähmungen).
- **Verletzungen von Blutgefäßen** mit der Gefahr einer Mangeldurchblutung der Hoden (Folge: vollständige **Hodenschwund**; Atrophie), insbesondere nach Voroperation; eine umgehende operative Behandlung kann dann erforderlich sein, kann aber keinesfalls immer die Hodenschwund verhindern.
- **Blutungen/Nachblutungen** können eine operative Blutstillung und/oder Bluttransfusion erfordern. Bei einer Fremdblutübertragung ist das Infektionsrisiko (z.B. mit Hepatitis, AIDS) extrem selten geworden. Eine Nachuntersuchung zum Ausschluss übertragener Infektionen kann u.U. empfehlenswert sein.
- Selten treten nach dem Eingriff ein **unangenehmes Druckgefühl** oder ziehende **Schmerzen** in der Leisten-



gegenüber und/oder anderen Hoden auf, die sich in der Regel von selbst zurückbilden. Auch schmerzhafte Missempfindungen beim Samenerguss sind möglich. In Einzelfällen kann sich in der Folge ein chronisches Post-Vasektomie-Syndrom entwickeln. Darunter versteht man langanhaltende und chronische Schmerzen im Bereich der Leisten und/oder der Hoden, des Nebenhodens oder des Samenstrangs, die manchmal nur schwer zu therapieren sind und im schlimmsten Fall lebenslang bleiben.

- **Wundinfektionen** können eine medikamentöse oder operative Behandlung erfordern (z.B. Antibiotikagabe, Eröffnung der Naht). Sehr selten kommt es zu einer lebensgefährlichen Blutvergiftung (Sepsis), die intensivmedizinisch behandelt werden muss.
- Selten **Nebenhodenentzündung**, Entzündung des Samenstrangs und **Hodenabszesse**. Insbesondere bei Begleit- und Vorerkrankungen ist diese Gefahr erhöht. Ein Abszess muss in der Regel operativ eröffnet werden. Im Extremfall ist mit einer vollständigen Entfernung von betroffenen Hoden und Nebenhoden zu rechnen.
- Gelegentlich **Bildung von knotenförmigen Bindegewebswucherungen** an den Samenleiterstümpfen durch Austritt von Samen (**Spermagranulom**) oder durch Fremdkörperreaktion auf das Nahtmaterial (**Fadengranulom**). Diese Wucherungen stellen in der Regel keinen Grund zur Beunruhigung dar. Schmerzen durch ein Granulom sind selten. Bei seltenen Fällen mit andauernden Beschwerden kann eine Korrekturoperation erforderlich sein.
- Gelegentlich **Flüssigkeitsansammlung** nach der Vasektomie um einen oder beide Hoden herum (Hydrozele), fast immer in nur geringer Ausprägung ohne Beschwerden.
- Sehr selten **psychisch bedingte Potenzstörungen**.
- Sehr selten **erneute Zeugungsfähigkeit** durch ein- oder beidseitiges Zusammenwachsen der unterbrochenen Samenleiterenden, obwohl direkt nach der Operation durch Ejakulatkontrollen die Unfruchtbarkeit festgestellt worden war. Eine Rekanalisation kann zu jedem Zeitpunkt nach einer Sterilisation mit einer Wahrscheinlichkeit von bis zu 1:2000 auftreten.
- Einige wissenschaftliche Untersuchungen deuten darauf hin, dass nach Sterilisation möglicherweise ein geringgradig erhöhtes Risiko bestehen könnte, an Prostatakrebs zu erkranken. Eine sichere Aussage über ein evtl. erhöhtes Prostatakrebsrisiko durch die Sterilisation ist jedoch derzeit nicht möglich.
- Bildung von auffälligen, dicken, wulstigen, verfärbten und/oder schmerzhaften Narben (**Narbenwucherung, Keloid**). Eine Korrekturoperation könnte erforderlich werden.

Über eventuelle spezielle Risiken in Ihrem Fall klärt Sie der Arzt im Gespräch näher auf. Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen unklar und wichtig erscheint.

## ■ Behandlungserfolg

Die Unterbrechung der Samenleiter (Vasektomie) ist die sicherste Methode der Empfängnisverhütung.

Es werden zwar weiterhin Samenzellen gebildet, sie können aber aufgrund der Unterbrechung der Samenleiter nicht mehr in das Ejakulat gelangen. Sie bleiben im Nebenhoden und werden dort abgebaut.

Sie können sich bilden und die durchtrennten Enden des Samenleiters wieder zusammen (Rekanalisation), so dass die Zeugungsfähigkeit wiederhergestellt ist. Dies kann auch noch Jahre nach dem Eingriff geschehen.

## ■ Verhaltenshinweise

### ■ Vor dem Eingriff

Bitte informieren Sie uns, welche Medikamente Sie einnehmen. Der behandelnde Arzt wird dann entscheiden, ob und wann diese Medikamente abgesetzt bzw. durch andere Mittel ersetzt werden müssen; dazu gehören insbesondere blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Pradaxa®) und, bei Diabetikern, metforminhaltige Medikamente.

### ■ Nach dem Eingriff

Handeln Sie bitte unbedingt nach den Anordnungen Ihres Arztes! Er wird genaue Verhaltensrichtlinien mit Ihnen besprechen und Ihnen die Termine zur Nachuntersuchung mitteilen.

Bitte belasten Sie sich für etwa 24 Stunden nicht körperlich.

Meist kann sexuelle Aktivität nach wenigen Tagen wieder aufgenommen werden.

Da Sie nach dem Eingriff noch solange fruchtbar sind, bis die Samenflüssigkeit spermienfrei ist, muss einer der beiden Partner während dieser Zeit andere Verhütungsmaßnahmen anwenden.

Wird der Eingriff **ambulant** durchgeführt, müssen Sie sich von einer erwachsenen Begleitperson abholen lassen, da Ihr Reaktionsvermögen durch Betäubungs-, Beruhigungs- und/oder Schmerzmittel noch eingeschränkt sein kann. Wir werden Ihnen mitteilen, wann Sie wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder gefährliche Tätigkeiten aufnehmen dürfen. Sie sollten in dieser Zeit auch keinen Alkohol trinken und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

**Verständigen Sie bei Unwohlsein (z.B. Übelkeit, Schwindel), Fieber (über 38 °C), Schmerzen oder Blutungen sofort die Ärztin/den Arzt, auch wenn diese Beschwerden erst einige Tage nach dem Eingriff auftreten!**

## ■ Wichtige Fragen

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird von der körperlichen Verfassung und von Vorschäden beeinflusst. Damit der Arzt Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen kann, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

n = nein j = ja

1. Werden regelmäßig oder derzeit **Medikamente** eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Heparin], Schmerzmittel, Herz-/Kreislauf-Medikamente, Antidiabetika, Hormonpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Besteht eine **Allergie** wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine **Unverträglichkeit** bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte **Blutungsneigung** (z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen)?  n  j

4. Besteht/Bestand eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Sind **Störungen wichtiger Organe** (z.B. Herz, Gefäße, Lunge, Leber, Nieren, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Besteht eine **Stoffwechselerkrankung** (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)?  n  j

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (**Thrombose/Embolie**)?  n  j

8. Kam es schon einmal zu **Wundheilungsstörungen** (z.B. Entzündung, Abszess, Fistel)?  n  j

9. War schon einmal eine **Operation** an den **Hoden/Nebenhoden** oder an der **Leiste** (z.B. bei Bruch) erforderlich?  n  j

Wenn ja, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

10. Befanden Sie sich in letzter Zeit wegen **seelischer Leiden** in Behandlung?  n  j

**Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Neben- und Folgemaßnahmen, besondere Fragen des Patienten, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung des Eingriffs bei medizinischer Indikation, Gründe für die Ablehnung, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter)

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

**Nur für den Fall einer Ablehnung bei medizinischer Indikation**

Der vorgeschlagene Eingriff wurde nach ausführlichem Aufklärungsgespräch abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. aufsteigende Nebenhodenentzündung) wurde informiert.

Ort, Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_ Patient \_\_\_\_\_

ggf. Zeuge \_\_\_\_\_ Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung**

Über die geplante Operation, Art und Bedeutung des Eingriffs, Risiken und mögliche Komplikationen, Erfolgsaussichten, Behandlungsalternativen sowie über Neben- und Folgeeingriffe sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffs wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt \_\_\_\_\_ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich genügend informiert und **willige** hiermit in die geplante Operation, in die erforderliche Schmerzbetäubung sowie alle Begleitmaßnahmen (z.B. Blutuntersuchungen) **ein**. Mit unvorhersehbaren, medizinisch erforderlichen Erweiterungen des Eingriffs bin ich ebenfalls einverstanden.

**Verhaltenshinweise und Empfehlungen zur Nachsorge** nach ambulanter Operation habe ich erhalten.

Ich bin bereit, die Kosten für den Eingriff zu übernehmen, wenn meine Krankenkasse diese nicht bezahlt.

Ort, Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_

Patient \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_