

Gliederung eines Operationsberichts

H. Siekmann, S. Klima

2.1 Basisdaten

Üblicherweise enthält der »Kopf« eines Operationsberichts, neben der Angabe der Patienten- und der Fall-Nr. sowie Hinweisen zur behandelnden Klinik und Station, die üblichen Identifikationsmerkmale des Patienten (Name, Geschlecht und Alter sowie Geburtsdatum). Weitere Daten, wie der Operationssaal und das Operationsdatum sowie die Schnitt-/Nahtzeit, sollten registriert werden, ebenso die Namen des Operateurs, der Assistenten, der Anästhesisten und des Pflegepersonals. Auch die Angabe mehrerer Operateure sollte immer in Betracht gezogen werden. Zum einen besteht die Möglichkeit paralleler Operationsteams bei Mehrfachverletzungen (z. B. distale Radiusfraktur bds.) oder die Beteiligung mehrerer Fachdisziplinen bei Komplexverletzungen (Gefäß-, Neuro- und Unfallchirurg). Zum anderen kann auf diese Weise auch die aktive und unterstützende Beteiligung des Facharztes unterstrichen werden, der dem jungen und noch unerfahrenen Kollegen eine Operation »aktiv« assistiert. Die Verantwortung am Tisch obliegt im Normalfall dem Facharzt. Teilweise lässt sich das Aktivitätsausmaß bei der Operation zwischen Operateur und 1. Assistenten kaum trennen. So benötigen z. B. rekonstruktive Extremitäteneingriffe oder palliative Nagelungen langer Röhrenknochen bei Metastasenleiden während der Osteosynthese häufig sehr aktiv beteiligte Assistenten, die die Fraktur teils offen reponieren und retinieren müssen.

Im Weiteren sei darauf hingewiesen, dass der Operateur speziell auf die Dauer der Schnitt-/Nahtzeit achtet, da über diese Zeitangabe durch den erfahrenen Beobachter ggf. Rückschlüsse auf den operativen Ablauf gewonnen werden können. Der in seiner Form diktierte Operationsbericht sollte die angegebene Zeitspanne zwischen Schnitt und Nahtende auch erklären. Die Implantation einer Hüftprothese ohne wesentliche Auffälligkeiten bei der Operation erklärt z. B. keine OP-Zeit von 120 min und mehr. Wünschenswert ist hier die Angabe des Ausbildungsstandes bzw. die Angabe der Funktion der Operateure und Assistenten (Assistenzarzt, Facharzt, subspezialisierter Facharzt, Ober- oder Chefarzt), da dies zum einen etwas verlängerte Operationszeiten erklärt und zum zweiten den Zweck hat, die »Kompetenz am Tisch« zu dokumentieren.

2.2 Vorgeschichte

Die Angaben zur Vorgeschichte bzw. auch die Indikationsangabe zur Operation legen dar, ob sich der Operateur umfassend mit der präoperativen Situation des Patienten, für dessen Wohl er Verantwortung trägt, auseinandergesetzt hat. Soweit vorhanden, sollte sich die Vorgeschichte mit folgenden Fragen auseinandersetzen:

- Voroperationen,
- Medikamente,
- Unfallhergang/Krankheitsverlauf,
- Lokalbefund,
- Aufklärung,
- Therapiealternativen,
- präoperative Planung.

2.2.1 Voroperationen, Nebenerkrankungen und Degenerationen

Gerade mit steigendem Patientenalter treffen wir zunehmend auf Patienten, die im Bereich der Operationslokalisation schon Voroperationen, sei es ein Knochenbruch oder ein Weichteileingriff, erlitten haben. Hier sei z. B. speziell auf die hohe Zahl von pertrochantären Femurfrakturen oder Schenkelhalsbrüchen verwiesen, bei denen es sich um einen der häufigsten Knochenbrüche des älteren Menschen handelt. Entsprechende Brüche können entscheidend das operative Vorgehen beeinflussen. Hier können sich sowohl Einflüsse auf die Wahl des Zugangs als auch auf die Entscheidung, ob ein- oder zweizeitig operiert wird, ergeben. Ähnlich verhält es sich mit vorbestehenden Degenerationen v. a. bei gelenknahen Frakturen oder solchen mit Gelenkbeteiligung. Vorhandene Degenerationen sollten hier Erwähnung finden, da sie einerseits die Operation erschweren bzw. Einfluss auf das Operationsergebnis haben können, sie zudem in ihrer Ausprägung Einfluss auf die Art der Operation ausüben können (Versorgung proximaler Femurfrakturen durch Osteosynthese vs. Prothese). Hinweise auf eine vorhandene Osteoporose sollten ebenso wenig fehlen. Diesbezüglich sei davor gewarnt, Wirbelfrakturen des älteren Menschen grundsätzlich als »osteoporotische Sinterungsfrakturen« zu beschreiben und eventuell aus dieser Entscheidung heraus immer mit einer Kyphoplastie zu behandeln. Bei Vorliegen

eines Unfallereignisses, und sei es nur ein Bagatellsturz auf das Gesäß, muss bedacht werden, dass dieses mitursächlich an der Frakturausprägung beteiligt war. Neben versicherungsrechtlichen Fragen ist im Zusammenhang mit einem Unfallereignis auch immer zu bedenken, dass auch im Alter eine höhergradige unfallabhängige Fraktur vom Typ B oder C vorliegen kann. Hier ist es sicher sinnvoller, die Fraktur zu beschreiben und im Weiteren auf die zusätzlich bestehende Osteoporose hinzuweisen. Da auch die ältere Generation zunehmend über eine private Unfallversicherung verfügt, kann man sich auf diesem Weg auch unnötige Korrespondenzen mit den Unfall- und Haftpflichtversicherungen ersparen. An typischen Nebenerkrankungen, die häufig Einfluss auf die operative Vorgehensweise und meist einen negativen Einfluss auf das angestrebte Operationsergebnis haben, seien exemplarisch die nachfolgenden Krankheiten genannt:

- Diabetes mellitus,
- chronisch obstruktive Lungenerkrankungen,
- periphere Verschlusskrankheit,
- chronische Niereninsuffizienz,
- dementielle Erkrankungen,
- Osteoporose,
- chronischer C_2H_5OH -Abusus.

2.2.2 Medikamente und Allergien

Hinweise zur präoperativen Medikamenteneinnahme des Patienten sind immer sinnvoll, wenn diese einen Einfluss auf die Operation bzw. das Operationsergebnis erwarten lassen. Hierbei sei besonders auf osteoaktive Medikamente wie

Cortison oder auf mögliche Störungen der Gerinnung, z. B. durch Acetylsalizylsäure oder Marcumar, verwiesen. Bei der geplanten Nutzung von Chrom-Nickel-Implantaten (z. B. begleitende Cerclagen bei einem Prothesenwechsel) ist ein Hinweis auf Überempfindlichkeiten des Patienten angezeigt. Die nachfolgenden Tabellen (■ Tab. 2.1, ■ Tab. 2.2) spiegeln ohne Anspruch auf Vollständigkeit ein breites Spektrum möglicher Medikamente wider, die im Zusammenhang mit einer Operation einen wesentlichen Einfluss auf diese direkt oder im postoperativen Verlauf haben können.

2.2.3 Unfallhergang/Krankheitsverlauf

Kurze Angaben zum Krankheitsgeschehen sind, wenn möglich, in der Vorgeschichte niederzulegen. Handelt es sich um ein rein degeneratives oder, im Falle einer vormaligen Unfallanamnese, um ein posttraumatisches Leiden? Zweit-

■ Tab. 2.2 Osteoaktive Medikamente

Osteoklastenhemmer	SERM (Raloxifen), Calcitonin (Karil), Bisphosphonate (Alendronat, Etidronat, Risedronat, Strontiumranelat)
Osteoblastenstimulanzien	Teriparatid, BMP-7, TGF- β
Vitamin D ₃	
Kalzium	
Prednisolon	
Parathormon	

■ Tab. 2.1 Gerinnungsaktive Medikamente

Thrombozytenaggregationshemmer	
COX-Inhibitoren	ASS, Aloxiprin
Glykoprotein IIb/IIIa-Inhibitoren	Abciximab, Eptifibatide, Tirofiban
ADP-Rezeptor-Inhibitoren	Clopidogrel, Ticlopidin, Prasugrel
Prostaglandinanaloga	Prostacyclin, Iloprost, Treprostinil
Sonstige	Ditazol, Dipyridamol, Cilostazol
Antikoagulantien	
Vitamin-K-Antagonisten	Phenprocoumon, Warfarin u. a.
Heparine	Unfrakt. Heparin, LMWH (Enoxaparin, Dalteparin, Certoparin), Heparinoide (Danaparoid, Sulodexide)
Faktor Xa-Inhibitoren	Rivaroxaban, Fondaparinux, Apixaban
Direkte Thrombin-Inhibitoren	Melagatran, Hirudin, Argatroban u. a.
Plasminogen-Aktivatoren	
TPA	Alteplase, Reteplase
UPA	Urokinase, Saruplase
Streptokinase	

genannter Fall hat dann z. B. im Rahmen einer posttraumatischen Arthrose nach einem Arbeitsunfall wiederum einen Einfluss auf die versicherungsrechtliche Situation im Verlauf. Die Erhebung der Krankheitsvorgeschichte erklärt ggf. in sich schon das folgende operative Vorgehen, so möglicherweise das operative Vorgehen bei einer Wirbelsäulenoperation (minimalinvasive Verfahren vs. umfangreichere offene Eingriffe). Handelt es sich möglicherweise um einen 2. oder 3. Revisionseingriff, war hier evtl. ein minimalinvasives Vorgehen überhaupt nicht möglich? Wurde schon beim jüngeren Patienten eine zementierte Prothese gewählt, da bei chronischem C_2H_5OH -Abusus eine altersuntypische Osteoporose vorgelegen hat oder dem Patienten die Compliance fehlt, ein den unzementierten Prothesen entsprechendes Nachbehandlungsschema zu befolgen?

2.2.4 Lokalbefund

In gleicher Weise wie beim Unfallhergang ist die kurze Beschreibung des Lokalbefundes wünschenswert, da auch diese Angaben Nachbegutachtern das operative Vorgehen nachvollziehbar machen. Eingezogene oder mit zunehmendem Alter verschobene/verrutschte Narben nach Gewichtszunahme rechtfertigen eine Abweichung vom vormaligen Zugang. Lokale Narbenplatten oder freie Muskel-/Weichteillappen machen evtl. atypische Zugänge notwendig, um die Durchblutung der gegebenen Lappen nicht zu gefährden.

2.2.5 Aufklärung

Schriftliche Hinweise zu einem stattgehabten Aufklärungsgespräch einschließlich der Hinweise auf alternative Therapieverfahren belegen nochmals das präoperativ mit dem Patienten geführte Gespräch. Sie sind selbst in der Orthopädie in akuten Notfallsituationen des möglicherweise noch nicht intubierten Patienten denkbar und möglicherweise einziger Hinweis auf das zumindest noch kurz geführte präoperative Gespräch (z. B. beim akuten Querschnittsyndrom bei massivem Bandscheibenprolaps).

Bei zunehmend fachübergreifenden Dienstsituationen zwischen Orthopädie und Unfallchirurgie können sie einziger Beleg dafür sein, dass eine Aufklärung des schon vor oder während der stationärer Aufnahme intubierten oder sedierten Patienten nicht mehr möglich war (intubierter Wirbelverletzter Patient).

2.2.6 Therapiealternativen

Die Auseinandersetzung mit alternativen Therapieoptionen sollte bei jedem elektiven Eingriff kurz noch einmal durch

den Operateur in seinem Operationsbericht Erwähnung finden. Dies gilt v. a. dann, wenn konservative oder auch operative Alternativverfahren gleichberechtigt neben der anvisierten operativen Maßnahme stehen oder bei Erkrankungen, bei denen in manchen Fällen auch mit einer konservativen Therapie zumindest ein akzeptables Ausheilungsergebnis zu erwarten ist. Ebenso kann eine Erwähnung von Behandlungsalternativen in der Form, dass diese schon präoperativ ausgeschöpft wurden, die Wahl des operativen Vorgehens unterstreichen.

2.2.7 Präoperative Planung

Präoperative Planungen am Modell bzw. mit präoperativen Schemazeichnungen werden in der Praxis in der Orthopädie häufig genutzt. In der elektiven Prothetik sollte der Operateur zumindest anhand der Röntgenbilder unter Nutzung entsprechender Schablonen präoperativ die Prothesendimension (z. B. bei medialen Schenkelhalsfrakturen) abschätzen und dieses Vorgehen dann auch dokumentieren. Hier stehen zudem zunehmend Computerprogramme zur Verfügung, die das entsprechende Ausmessen der Prothesendimension erleichtern. Eine Operationsplanung gilt ebenso für sekundär rekonstruktive Eingriffe wie der Planung von Arthrodesen oder bei Sekundäreingriffen infolge von Pseudarthrosen oder Fehlheilungen. Da entsprechende Schemazeichnungen nicht selten im Weiteren verlorengehen, ist zumindest ein kurzer Eintrag im Operationsbericht sinnvoll, der eine entsprechende Auseinandersetzung des Operateurs mit dem geplanten Eingriff dokumentiert.

2.3 Diagnose

Auf die dezidierte Angabe der Diagnose sollte im Zentraldokument der unfallchirurgischen Patientenakte besonderer Wert gelegt werden. Die genaue Diagnose an sich stellt in der Regel schon die nachvollziehbare Indikation zur Operation dar. In Zeiten von ICD und ICPM verwischen hingegen sinnvolle Diagnosen zunehmend. Nachbeurteilenden Gutachten bieten sich häufig Diagnosen, die die Frage rechtfertigen, ob der Operateur wirklich wusste, was er gerade operiert. Nachstehend sei hier auf einige ICD-Beispiele verwiesen, die in dieser Form sicher in einem adäquaten Operationsbericht nur zwecks der Abrechnung etwas zu suchen haben:

- M16.9: Koxarthrose, nicht näher bezeichnet,
- M21.80-7: sonstige näher bezeichnete erworbene Deformität der Extremitäten,
- M24.80-5: sonstige näher bezeichnete Gelenkbeschädigung, andernorts nicht klassifiziert,
- M84.9: Veränderungen der Knochenkontinuität, nicht näher bezeichnet.

Im günstigsten Fall können die ICD-Nr. belassen, der Text aber geändert werden, ansonsten sollte vom Operateur noch zusätzlich eine dezidierte Diagnose dokumentiert werden.

Eine gute Diagnose erklärt deskriptiv das Erkrankungsbild; sie setzt sich zusammen

- aus dem Zustand der Weichteile (derbe, eingezogene oder reizlose Narben, lokale Entzündungszeichen) und
- der Knochensituation (liegende Implantate, posttraumatische Veränderungen u. a.).

Sie wird ggf. ergänzt durch eine sinnvolle, wenn möglich schon das operative Vorgehen erklärende Klassifikation (z. B. Vancouver-Klassifikation bei peripröthetischen Frakturen, Skoliosewinkel nach Cobb, Skolioseausmaß nach King u. ä.). Exemplarisch seien hier noch einmal einige Diagnosen genannt:

- peripröthetische Femurschaftquerfraktur rechts bei liegender unzementierter Hüfttotalendoprothese (Vancouver III),
- langstreckige juvenile Thoracalskoliose (King IV),
- anlagebedingte Spondylolisthese LWK IV/V (Meyerding III) mit beginnendem sensiblen Defizit.

Die hier genannten Klassifikationen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Es handelt sich jedoch um gängige Klassifikationen, die sich aufgrund ihrer guten Struktur, ihrer Nachvollziehbarkeit und teils auch wegen ihres Einflusses auf die Wahl des operativen Vorgehens bewährt haben.

2.4 Operation

Wie für die Diagnose gilt auch für die Beschreibung der eigentlichen Operation, dass mit diesen Angaben schon kurz, aber nachvollziehbar das operative Vorgehen dargestellt werden soll. Die wesentlichen Maßnahmen sollten Erwähnung finden. Hier sei verwiesen auf die blutige (offene) oder geschlossene Reposition, evtl. den Vorgang der Markraumerweiterung (aufgebohrt), das benutzte Implantat sowie die wesentlichen Angaben zum Hersteller und der Dimension. Die Angaben zum Hersteller sind aus unserer Sicht immer sinnvoll, da sie später unnötigen Schriftverkehr bei Folgeoperationen vermeiden oder zumindest einschränken. In Form des Prothesenpasses postoperativ sind sie nahezu essenziell, Hersteller und Dimension des Implantats/der Prothese sollten jedoch auch schon dezidiert Erwähnung im Operationsbericht finden. Herstellerangaben haben in der eigentlichen operativen Maßnahme hingegen nichts zu suchen. So sind Operationen im Sinne einer »Sirusnagelung, Expertnagelung oder LISS-Verplattung« nicht zu akzeptieren. Hinweise auf eine Spongiosaentnahme oder die Nutzung von Knochenersatzstoffen sollten ebenso Er-

wähnung finden wie Hinweise auf eine Histologie- oder eine Abstrichentnahme. Auch der Einsatz der Navigation ist zu dokumentieren. Im Folgenden sei exemplarisch auf einige Operationen verwiesen:

- Arthroskopie, arthroskopisch gestützte Semitendinosus- u. Gracilisersatzplastik (Transfix), 10er i. a.-Redondrainage,
- Implantation einer Hüfttotalendoprothese links (Variall Schraubpfanne 58 mm, Inlay PE 10° überhöht dorsolateral, Kopf 32/M metall, zementierter Müller-Geradschaft, Größe 11,5, C-Plug Größe 14, Fa. Zimmer), 12er Redondrainage i. a.,
- Fibulaosteotomie rechts, Debridement und Entknorpelung der talaren und tibialen Gelenkfläche, 3-fache Zugschraubenosteosynthese mit Kompressionsarthrodese des OSG, Spongiosaplastik (Fibularesektat sowie Entnahme am vorderen Beckenkamm rechts), lokale Drainagen.

2.5 Bericht (zum operativen Vorgehen)

2.5.1 Ablauf

Der eigentlich Vorgang bzw. die Durchführung der Operation soll in gutem und verständlichem Deutsch mit den wesentlichen, auch für den späteren Leser nachvollziehbaren Schritten niedergeschrieben werden. Hierbei ist es günstig, wenn sich die Individualität der Operation anhand intraoperativer »landmarks« von selbst erklärt (Beschreibungen von individuellen Fragmentstellungen, Schraubenlagen, Gefäßclips o. ä., Beschreibung des Lokalbefundes identisch zum präoperativen Röntgenbefund?). Die einzelnen Schritte der Operation müssen nachvollziehbar sein, ebenso intraoperative Probleme, z. B. bei der Präparation des Lagers für die Hüftprothesenpfanne oder intraoperative Fissuren/Frakturen bei Markraumpräparation für den Prothesenschaft. So belegt z. B. ein einfacher unkomplizierter Eingriff infolge einer Koxarthrose bei einem normalgewichtigen Patienten, selbst durch einen Ausbildungsassistenten, keine Operationszeit von 120 min und mehr. Der niedergeschriebene Operationsablauf muss die Operationszeit erklären.

Auf Formulierungen zur postoperativen Stellung der Extremität oder der Wirbelsäule sollte ebenso geachtet werden wie auf die Beschreibung der Lage der Implantate. Konnte eine komplett anatomische oder nur eine angenäherte Reposition der Spondylolisthese erreicht werden? Genügen die Implantate bekannten biomechanischen Ansprüchen (z. B. jeweils 3, besser 4 bikortikale Schrauben im kranialen sowie kaudalen Fragment einer Schaftpseudarthrose oder längerstreckige Implantation eines Fix. interne an der Wirbelsäule bei Stressfraktur bei M. Bechterew)? Gründe für ein abweichendes Verhalten vom üblichen operativen Standard bei

■ Tab. 2.3 Nahttechniken

Sehnennähte	
Beuge-/Strecksehnen Hand	4/0 nichtresorbierbare Kernnaht, monofil
	6/0 (nicht)resorbierbare umlaufende Naht, monofil
	4/0 doppelt armiert für Ausziehdrahtnaht
Beuge-/Strecksehnen Fuß	3/0–4/0 nichtresorbierbare Kernnaht, monofil
	5/0 (nicht)resorbierbare umlaufende Naht, monofil
Unterarm / Unterschenkel	3/0 nichtresorbierbare Kernnaht, monofil
	4/0–5/0 (nicht)resorbierbare umlaufende Naht, monofil
Schulter	0 nichtresorbierbar für RM-Rekonstruktion
Achilles-/Quadrizeps-/Patellarsehne	1 nichtresorbierbare Kernnaht, monofil
	3/0 (nicht)resorbierbare umlaufende Naht
Nervennähte	
Große Nerven stammnah	7/0 nichtresorbierbar, monofil
Kleine Nerven peripher	10/0 nichtresorbierbar, monofil
Gefäßnähte	
Große Gefäße	6/0 nichtresorbierbar, monofil (Erwachsene)
Kleine Gefäße	8/0 nichtresorbierbar, monofil (Kinder)
	8/0–10/0 nichtresorbierbar, monofil
Knochenanker	
Rotatorenmanschette	3,5 oder 5 mm Durchmesser, Faden 0 oder 2
Distale Bizepssehne	3,5 mm Durchmesser, Faden 0
Finger und Fuß	Z. B. 2,5 mm Minianker

klassischen Osteosynthesen sollten sich dem Betrachter aus dem Operationsbericht erschließen. Die Lage von im Zugangsbereich befindlichen Nerven mit Ende der Operation sollte dem Operationsbericht zu entnehmen sein (z. B.: »der N. radialis kreuzt das 2. Plattenloch von kranial«).

Die Gabe eines Antibiotikums und somit auch die Angabe im Operationsbericht sind bei Materialentfernungen nicht notwendig. Bei Osteosynthesen und Prothesen sollte verständlicherweise in Orientierung an der Allergieanamnese des Patienten ein knochengängiges Antibiotikum verabreicht werden.

Für die Nähte sollten die Nahttechnik (z. B. Kirchmayr, Bunnell, Kessler) und das Material genannt werden (■ Tab. 2.3).

2.6 Nachbehandlung/Procedere

Angaben zum Procedere sind essenziell, da eigentlich nur der Operateur die Stabilität seiner Prothesenimplantation, seiner Osteosynthese bzw. Stabilisierung einschätzen kann.

In der Regel sind hier gerade in der Prothetik und bei arthroskopischen Eingriffen klinikinterne oder allgemeingültige Standards vorgegeben. Auch diese oder speziell Abweichungen von diesen sowie die Gründe für ein evtl. nicht standardisiertes Vorgehen sollten angemerkt werden. Für die Zeit im Aufwachraum mögen entsprechende Festlegungen noch nicht so wichtig sein, da die operativ versorgte Extremität häufig mit externen Hilfsmitteln (Gilchrist-Verband, Gipsschiene, Orthese) temporär versorgt ist. Spätestens mit Rücktransport auf die Station jedoch sollte das weitere Procedere schriftlich festgelegt worden sein. Daher wird der Operationsbericht im eigenen Vorgehen üblicherweise noch am Operationstag schriftlich niedergelegt. Angaben zum Procedere durch den Operateur sollten Hinweise zu folgenden Fragen enthalten:

- Analgesie und Thromboseprophylaxe,
- Datum Röntgenkontrollen,
- Belastungs- und Mobilisationsgrad,
- Notwendigkeit weiterer Operationen,
- stattgehabte Histologie u. Abstrich,
- Empfehlung ggf. weiterer diagnostischer Maßnahmen.

Die zu ausgesuchten Operationen am Ende des Buches ausgeführten Nachbehandlungsschemata sind hier nur als Empfehlungen zu sehen, nicht umfassend und nicht allgemein gültig. Kollegen anderer Kliniken haben natürlich hierzu differente Vorgaben und Erfahrungen gemacht, sodass sich ihre postoperativen Empfehlungen an anderen Realitäten orientieren. Auch diese Nachbehandlungsschemata werden sich in der Praxis bewährt haben. Zielführend bei Operationen in der Orthopädie wie auch der Unfallchirurgie sind jedoch neben achsgerechten Einrichtungen der Knochen, Gelenke und der Wirbelsäule das Erreichen einer übungstabilen Osteosynthese, sodass auf ruhigstellende Mittel postoperativ, wenn möglich, verzichtet werden kann.

2.7 Datum und Unterschrift

Die zeitnahe Angabe zum Erstellungsdatum des Operationsberichtes sowie die Unterschrift, mit der der Operateur sein Handeln abzeichnet, verstehen sich von selbst. Hierbei wird in der eigenen Klinik darauf geachtet, dass der Zeitraum zwischen der Operation und dem Gegenzeichnen des Operationsberichtes 5 Arbeitstage nicht überschreiten soll. Im günstigsten Fall wird der Operationsbericht vom Operateur selbst noch im Operationssaal, zumindest am Operationstag, erstellt. Dies gilt auch, wenn in den Sekretariaten Zeitengpässe bestehen, die eine zeitnahe Niederschrift des Operationsberichtes verhindern. Hierdurch wird weitestmöglich gewährleistet, dass auch Details und besondere Schwierigkeiten während der Operation nicht vergessen werden. Im Rahmen möglicher späterer Auseinandersetzungen kann so auch nicht der Vorwurf einer Verfälschung des Operationsberichtes in der Kenntnis eines folgenden komplizierten Verlaufs erhoben werden.

Operationsberichte Orthopädie
Mit speziellen unfallchirurgisch-orthopädischen
Eingriffen

Siekmann, H.; Klima, S. (Hrsg.)
2013, IX, 261 S. 123 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-642-20789-1