

Besonderheiten eines unfallchirurgischen oder orthopädischen Operationsberichts

H. Siekmann, S. Klima

2.1 Unfallchirurgischer Operationsbericht – 10

2.2 Orthopädischer Operationsbericht – 10

2.1 Unfallchirurgischer Operationsbericht

Während in der elektiven Chirurgie das operative Vorgehen üblicherweise planbar ist, liegt die besondere Situation in der Unfallchirurgie in der häufig akuten Notwendigkeit der Operationsplanung und -durchführung. Hierbei ist das Erlangen umfangreicher Informationen oft nicht möglich. Offene Frakturen, begleitende Gefäß- oder Nervenverletzungen sowie den Patienten vital bedrohende Verletzungen machen ein akutes Handeln bei reduzierter präoperativer Diagnostik notwendig. So sind Nebenfunde und -diagnosen, das Alter und der Allgemeinzustand des Patienten zu sichten und stets mitzubewerten und zu dokumentieren.

Bei der für den Unfallchirurgen oft durchzuführenden Frakturversorgung gleicht keine Fraktur der anderen, oft konkurrieren mehrere gleichwertige Operationsverfahren (Nagelsysteme, Plattensysteme, Fixateure u. a.) an nahezu jeder Verletzungslokalisierung miteinander. Häufig ergeben sich intraoperativ Unwägbarkeiten und überraschende Wendungen. Diese können soweit führen, dass das zuvor geplante intraoperative Vorgehen nochmals komplett überdacht, angepasst und auch geändert werden muss. Hinzu kommen die persönlichen Erfahrungen des verantwortlichen Unfallchirurgen, aber auch des gesamten operativ tätigen Arztteams am OP-Tisch.

Diese außergewöhnliche Ausgangslage bedingt gerade in der Unfallchirurgie die zentrale Stellung des Operationsberichts in der Dokumentation des ärztlichen Handelns.

Dem möglicherweise nachträglich beurteilenden Gutachter sind entsprechend komplizierte Operationsverläufe und unbefriedigende Operationsergebnisse hinsichtlich der Reposition und der Materiallage nicht unbekannt. Intraoperative Probleme und Komplikationen wie auch akute Entscheidungswechsel sind daher gerade **nicht** zu verschweigen, vielmehr sollten sie im Operationsbericht dokumentiert werden, da sie die Auseinandersetzung des Operateurs mit seiner Operation widerspiegeln. Zudem begründen sie möglicherweise prolongierte Operationszeiten. Der Operationsbericht sollte hierbei Schritt für Schritt das operative Vorgehen nachvollziehbar machen. Nicht optimale Frakturstellungen und Implantatlagen sollten im Operationsbericht aufgeführt und ggf. begründet werden. Die ausschließliche Erwähnung der BV-Kontrolle ohne eine intraoperative Auswertung zur Frakturstellung und Materiallage reicht hingegen nicht aus, um schlechte Ergebnisse in der ersten postoperativen Röntgenkontrolle zu erklären. Hier ist es günstiger, suboptimale Repositions- oder Osteosynthesematerialien schon in der intraoperativen BV-Kontrolle zu erwähnen. Auch intraoperative Wechsel des Operationsteams, z. B. das Hinzurufen weiterer ärztlicher Kollegen der eigenen oder fremder Kliniken, wie auch der Wechsel der Assistenten sollten im Sinne einer lückenlosen Dokumentation der Operation niedergeschrieben werden.

Vor diesem Hintergrund muss von einer reinen Übernahme der nachstehend aufgeführten Operationsberichte abgeraten werden. Diese können einzig als Orientierung bei der Erstellung der eigenen Operationsberichte dienen. Jeder Operationsbericht muss individuell die jeweils einzigartige Situation bei der betreffenden Operation widerspiegeln. Ein gut dokumentierter Operationsbericht sichert das eigene Handeln ab.

2.2 Orthopädischer Operationsbericht

Operationen im Bereich der Orthopädie stehen meist am Ende einer langen konservativen Behandlung. Während der Unfallchirurg in der Regel seine operativen Maßnahmen darauf konzentriert, die vor dem Unfall bestandenen Verhältnisse wieder herzustellen bzw. den Weg für eine natürliche Heilung zu ermöglichen, hat der Orthopäde das Ziel, bestehende Pathologien des Stütz- und Bewegungssystems zu korrigieren. Der orthopädische Chirurg hat daher die Möglichkeit, seinen operativen Eingriff ohne wesentlichen Zeitdruck abzuwägen und vorzubereiten. Planbar sind sowohl der Zeitpunkt der Operation als auch der Zugangsweg und die zur Anwendung kommenden Prothesen und Implantate. Sogar die Anfertigung individueller Implantate ist möglich. Das Auftreten von Komplikationen während und nach der Operation sollte so minimiert werden. Akutes Handeln ist selten verlangt, und die Indikation zur Operation muss die individuelle Situation des Patienten (Alter, Allgemeinzustand, Nebenerkrankungen, Ansprüche etc.) und die persönliche operative Erfahrung und Fertigkeit des Arztes berücksichtigen.

Die elektive Chirurgie am Stütz- und Bewegungssystem ist weitaus seltener der individuellen Patientensituation ausgesetzt als bei unfallchirurgischen Eingriffen, bei denen Zusatzverletzungen (Weichteilschäden, Kontaminationen im Operationsgebiet, bedrohlicher Allgemeinzustand des Patienten) das operative Vorgehen wesentlich beeinflussen können. Diese Situation gestattet dem orthopädischen Chirurgen in der Regel ein weitgehend standardisiertes Vorgehen. Allerdings haben sich in den vergangenen Jahren neue Operationsverfahren etabliert, die das Behandlungsspektrum deutlich erweitern (minimalinvasive Techniken, arthroskopische Verfahren usw.). So erklärt sich auch in der Orthopädie die zunehmende Spezialisierung auf bestimmte Gelenke und Körperregionen (gelenkerhaltende und gelenkersetzende Chirurgie, Fußchirurgie, Rheumachirurgie). Dieser Umstand macht es notwendig, sich dezidiert mit der Dokumentation des Operationsberichts auseinanderzusetzen, um auch für den Nichtspezialisten das individuelle operative Vorgehen nachvollziehbar zu machen.

Hieraus ergibt sich in der orthopädischen Chirurgie die zentrale Stellung des Operationsberichts in der Dokumentation des ärztlichen Handelns. Intraoperative Probleme und Komplikationen wie auch, glücklicherweise selten notwendige, akute intraoperative Entscheidungswechsel sind nicht zu verschweigen, vielmehr sollten sie im Operationsbericht dokumentiert werden, da sie die inhaltliche Auseinandersetzung des Operateurs mit seiner Operation widerspiegeln. Zudem begründen sie möglicherweise prolongierte Operationszeiten. Der Operationsbericht soll hierbei Schritt für Schritt das operative Vorgehen nachvollziehbar machen. Nicht optimale Einstellungen der Knochen und Gelenke sowie vom Standard abweichende Implantatpositionen sollten im Operationsbericht Erwähnung finden und ggf. begründet werden. Die ausschließliche Erwähnung der BV-Kontrolle ohne eine intraoperative Auswertung zur Gelenkstellung und zur Implantatlage reicht hingegen nicht aus, um sich für später auffällige Fehlstellungen zu rechtfertigen. Wichtig ist die Beschreibung der verwendeten Implantate, um

künftigen Operateuren bei späteren Revisionen, Materialentfernungen und Prothesenwechseln die Planung zu erleichtern. Auch intraoperative Wechsel des Operationsteams, z. B. das Hinzurufen weiterer ärztlicher Kollegen, sollten im Sinne einer lückenlosen Dokumentation der Operation niedergeschrieben werden.

Operationsberichte Orthopädie und Unfallchirurgie

Siekmann, H.; Irlenbusch, L.; Klima, S. (Hrsg.)

2016, XI, 370 S., Softcover

ISBN: 978-3-662-48880-5