



Operative Behandlung

2.3.09

Version 01

Diese VA ist im Zusammenhang mit folgenden VAs zu lesen:

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

1 Verfahrensm Merkmale und Behandlungsziel

Kennzeichnung des operativen Verfahrens durch Art des Zugangs, Veränderung an oder Entfernung von Organen.

Erwartetes Ergebnis: was soll durch diese Behandlung bewirkt werden?

2 Anwendungsbereich

2.1 Indikation

Angabe der Erkrankungen oder Situationen, bei denen sich das operative Verfahren bewährt hat.

Indikationsbegründende Befunde (Eingaben)

2.2 Kontraindikation

Angabe der Erkrankungen und Begleitumstände, bei denen das operative Verfahren nicht oder nur unter besonderen Vorsichtsmaßnahmen angewandt werden soll.

2.3 Risiken und Nebenwirkungen

Aufzählung der bekannten Risiken und Nebenwirkungen. Man sollte unterscheiden zwischen den bekannten Nebenfolgen, die immer eintreten werden, und den unerwünschten Ereignissen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind.

3 Beschreibung des Ablaufes

3.1 Aufnahme

Angaben zur Aufnahme eines Patienten, bei dem das operative Verfahren ausgeführt werden soll. Aus organisatorischen Gründen kann eine Vorstellung des Patienten in der Indikationssprechstunde verlangt werden mit obligaten Untersuchungsbefunden.

Der Ablauf kann – wenn nötig – aufgeteilt werden in

3.1.1 Elektiv-Eingriff

Datensatz der Diagnostik, der vor der Indikationsstellung vorliegen muss, auch hinsichtlich Risikoabschätzung. Festlegung des OP-Termines und des noch ausstehenden Untersuchungsprogrammes.

3.1.2 Notfallaufnahme

Minimaler Datensatz, ohne den der Eingriff nicht indiziert werden darf. Weitere notfallmedizinische Maßnahmen

3.2 Weitere Maßnahmen vor/bei der Aufnahme

Weitere Termine für zusätzliche Untersuchungen, Narkoseaufklärung und Prämedikation

3.3 Ablauf bei der Anmeldung

Information für den Patienten über die Behandlung und das Verhalten bis zur Krankenhausaufnahme

3.4 Klinische Entscheidung

3.4.1 Optionen

Zu vielen operativen Behandlungsverfahren gibt es Alternativen oder zumindest Varianten. Sie sollen hier genannt werden. Man versuche keinen Entscheidungsbaum, der vom Befund oder der Diagnose zur Auswahl des Verfahrens führt. Hilfreicher ist eine Liste der Optionen, die bei einer Indikation für einen operativen Eingriff bestehen, besonders, wenn man die Optionen mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen näher beschreibt. Aus der Konstellation des konkreten Behandlungsfalles lässt sich dann die Entscheidung für das Verfahren begründen.

3.4.2 Aufklärung des Patienten

Verfahrensmerkmale, Vor- und Nachteile, Gesichtspunkte für die Auswahl des Verfahrens, kurze Angaben über den Ablauf der Behandlung, die Nachbehandlung und eventuell bleibende Folgen sollen dem Patienten in verständlicher Form dargelegt werden. Der allgemeine Gesprächsinhalt wird in einem präfabrizierten Protokoll dargelegt. Er muss durch spezifische Aussagen zum konkreten Behandlungsfall ergänzt werden.

3.4.3 Weiteres Vorgehen

Angaben, die bei einem umfassenderen Therapievorhaben nötig sind, z.B. Aufenthalt auf der Intensivstation, nachträgliche Bestrahlung, zytostatische Therapie, Krankengymnastik, Rehabilitation u. Ä.

3.5 Vorbereitung

3.5.1 Vorbereitung auf den Eingriff

Mobilität oder Lagerung im Bett, Waschen, Rasieren, Nahrungskarenz, Abführen, Thromboseprophylaxe, Anordnungen hinsichtlich Dauermedikation (z.B. Blutdrucksenkung, Insulin, Psychopharmaka, Antiepileptika), Nachtruhe

3.5.2 Prämedikation durch den Narkosearzt

Weitere diagnostische Befunde, die durch die Narkose (nicht den operativen Eingriff) begründet sind. Standards der Narkose, wenn für den Eingriff typisch, sonst Bezug auf die Konfiguration der Anästhesie

Narkoseaufklärung, wenn nicht schon bei Vorstellung

3.5.3 Transport in den OP

Begleitung, Wartezeit, Sicherheitsmaßnahmen

3.6 OP-Tag

3.6.1 Lagerung auf dem OP-Tisch

Bezug auf Lagerungsstandard des OPs

3.6.2 OP-Vorbereitung

Bezug auf Standards OP Pflege (OPF)

3.6.3 Narkose

Bezug auf Konfiguration der Anästhesie

3.6.4 Antibiose

Art, Applikationsweg, Menge und Zeitpunkt der Antibiotikagabe

3.6.5 Beschreibung des Eingriffs

Beschreibung des üblichen Vorgehens, zumindest in der Ausführlichkeit, wie sie in einem OP-Bericht erwartet wird. Der Bezug auf den Text des Musters eines OP-Berichtes in der Anlage reicht hier aus.

3.7 Postoperative Versorgung am OP-Tag

3.7.1 Postoperative Ableitungen

Welche Drainagen?

3.7.2 Monitoring im Aufwachraum

Kontrolluntersuchungen (Puls, Blutdruck, Temperatur usw.) sollen wie lange ausgeführt werden? Evtl. differenzieren nach Art der Narkose (Spinalanästhesie, Vollnarkose).

3.7.3 Medikamentöse Therapie

Welche Schmerzmittel, Antibiotika? Art, Menge, Applikationsweg, Zeitangaben?

3.8 Weitere postoperative Versorgung

Entweder nach Tagen wiederholen oder zusammenfassen je nach Fortschritt des postoperativen Verlaufes

3.8.1 Verlaufsdokumentation, Monitoring

Weitere Verlaufsdokumentation mit Monitoring von Blutdruck, Temperatur, klinischer Untersuchungsbefund (Arzt) usw.

3.8.2 Patientengespräch

3.8.3 Infusionsprogramm

Infusionsprogramm

3.8.4 Medikation

3.8.5 Schmerztherapie

3.8.6 Thromboseprophylaxe

3.8.7 Kostenaufbau

3.8.8 Verbände, Drainagen

3.8.9 Pflege

3.8.10 Mobilisation, Krankengymnastik

3.9 Entlassung, Nachsorge

3.9.1 Vorbereitung auf die Zeit nach Entlassung

Mindestanforderungen an die Leistungsfähigkeit des Patienten vor der Entlassung. Information über Verhalten nach der Entlassung, Abklärung Weiterbehandlung, Absprache mit Angehörigen, Sozialdienst

3.9.2 Berichterstattung an weiterbehandelnden Arzt

Art und Umfang der Berichte, die dem weiterbehandelnden Arzt gegeben werden, insbesondere Empfehlungen für die Weiterbehandlung: Poststationärer Verlauf, Klinischer Befund, Entfernen der Hautnähte, Labor: fakultativ bei auffälliger Anamnese oder Befund

Patientenmotivation, Histopathologischer Untersuchungsbefund, GgE Festlegung weiterer ambulanter Wiedervorstellungstermine (z.B. zur Chemotherapie)

3.9.3 Nachuntersuchung

Termine für die Nachuntersuchung oder Empfehlung, welche Untersuchungen mit welchem Zeitabstand empfohlen werden.

4 Risiken des Verfahrens

Risikomatrix nach VA 5.2.08

5 Ressourcen

Unter dieser Überschrift können die Ressourcen genannt werden, die für die Ausführung des Behandlungsverfahren eingesetzt werden: Raum, Geräte, Material, Personal, Raum.

Immer wird Zeit verbraucht: Hier sollten Zeitangaben gemacht werden zur Mindestdauer und zur erfahrungsgemäßen Maximal-Dauer. Wenn keine Zeitmessungen vorliegen, soll die „gefühlte“ Dauer eingetragen werden.

Die Zeitangaben können aufgetrennt werden nach präoperativer Vorbereitung, OP-Dauer, postoperative Nachbehandlung, Gesamt-Verweildauer.

Hilfreich ist ein Zeitplan für die Behandlungsphasen: (Beispiel)

| Maßnahme | Zeitpunkt, Dauer |
|--|--|
| Vorstellung in der Indikationssprechstunde | Ca. Tage vor dem Eingriff |
| Diagnostik, Prämedikation | vorstationär |
| Aufnahme | Tage vor OP |
| Präoperative Vorbereitung | Nachmittag/Abend vor der OP |
| Operation | OP-Tag (Position im Ablauf) |
| Postoperativ Intensivstation | Tage |
| Normalstation | Tage |
| Kostaufbau | Trinken Flüssige Kost . postop. Tag Normalkost postop. Tag |
| Mobilisation | An Bettkante, Wenn Narkose es zulässt Vor das Bett: ab postop Tag Auf den Flur: ab postop. Tag |
| Entlassung | Am postop. Tag Oder: nach Vollmobilisation, Kostaufbau und Wundheilung |
| Nachuntersuchung | Wochen postoperativ |
| Antritt Reha | Wochen postoperativ |

6 Dokumentation

Protokoll des Aufklärungsgespräches

Verweis auf den Verlaufsbericht (meistens allgemeine Krankenakte).

6.1.1 OP-Bericht

Muster-Entlassbericht mit Empfehlungen für die Weiterbehandlung

6.1.2 ICD Code

Hier sollte eine Liste der ICDs erstellt werden welche mit dem Pfad abgedeckt werden können.

6.1.3 OPS Code

Hier sollte eine Liste der OPS Ziffern erstellt werden welche bei dem Pfad generiert werden können.

6.1.4 FP Nr SE Nr

Sonderentgeldnummern

Fallpauschalen Nummern (falls vorhanden) welche beim Pfad eventuell generiert werden.

6.1.5 G-DRG Nr

Wenn G-DRGs vorliegen, möglich DRG Zuordnung des Pfades

6.1.6 EQS Modul Nr (falls vorhanden)

falls vorhanden Zuordnung zu einem Modul des IQTiG

7 Zuständigkeit, Qualifikation

Wer ist für Aufnahme, Aufklärung, Vorbereitung des Patienten, postoperative Versorgung usw. zuständig? Welche Qualifikation wird dafür gefordert? Meistens kann hier ein Standard-Text verwandt werden.

8 Hinweise und Anmerkungen

Raum für weitere Bemerkungen, die unter den anderen Überschriften keinen Platz finden. Warnhinweise oder Tipps.

9 Mitgeltende Unterlagen

9.1 Verifizierungsunterlagen

Auf welche Unterlagen beziehen sich die Angaben zu diesem Eingriff? Operationslehre, Publikationen, klinische Studien, eigene Untersuchungsbefunde

Risikomatrix

9.2 Begriffe

10 Anlagen

Ablaufdiagramm

Ausgangsbefund

Der die Indikation begründende Ausgangsbefund. So unterschiedlich die Indikationsstellungen sein mögen – immer kann man angeben, welche Untersuchungsbefunde (über die routinemäßige Anamnese und den physikalischen Befund hinaus) mindestens vorliegen müssen, um damit die Indikation nachvollziehen zu können.

Präfabriziertes Gesprächsprotokoll der Patientenaufklärung.

Jede Aufklärung muss in einem ärztlichen Gespräch den individuellen Gegebenheiten entsprechen und die Auffassungsgabe, den körperlichen Zustand und die Ausgangslage berücksichtigen. Nicht in Ordnung sind ausschließlich schriftliche Informationen, die im Stil eines Patientenbriefes ausgehändigt werden. Trotzdem kann man vorab sagen, welche Punkte erwähnt werden sollen, welche Komplikationen besprochen werden sollten und welche Alternativen besprochen wurden. Das Dokument ist eher ein präfabriziertes Gesprächsprotokoll, was noch dadurch betont wird, dass Bemerkungen ergänzt oder Abschnitt gestrichen werden. Das Protokoll dient als Anweisung, wie und über was aufgeklärt werden soll, dem aufklärenden Arzt als Erinnerungstütze und Formular, um die individuellen Aspekte des Gespräches zu erfassen, ohne aber die anderen Punkte immer erneut aufschreiben zu müssen. Eine Kopie kann dem Patienten ausgehändigt werden und als Nachweis den Krankenunterlagen beigeheftet werden.

Muster für einen OP-Bericht

Für jeden Eingriff kann ein Muster-OP-Bericht vorgegeben werden (vgl. VA 4.1.11). Die einzelnen Schritte sollen so ausführlich beschrieben werden, dass ein Fachkollege erkennen kann, wie vorgegangen wurde – und wie eben nicht. Der OP-Bericht soll enthalten:

- Den Zugang (z.B. Unterbauchquerschnitt in Höhe der kranialen Begrenzung der Schambehaarung)
- Methode der Hautdurchtrennung (scharf oder mit Diathermie)

- Durchtrennung weiterer Gewebe
- Operativer Situs mit Befund an anderen untersuchten Organen
- Schrittweise das operative Vorgehen
- Resezierte Organe oder Gewebe
- Implantate
- Komplikationen
- Verschluss der Wunde mit Art der Nahtmaterialien
- Drainagen, Spülkatheter
- Verband

Die Aufzeichnungen zum operativen Eingriff (wie Beginn, Ende, Narkose, Assistenz usw.) gehen darüber hinaus, gehören aber zum Standard einer OP-dokumentation und müssen nicht bei jeder Konfiguration wiederholt werden. Bedingungen, die obligat einzuhalten sind wie z.B. Intubationsnarkose, wenn eine Regionalanästhesie ausscheidet oder 2 Assistenten), sollen wie bei der Konfiguration erwähnt werden.

Verlaufsbericht (Einzelfall-Bericht)

Bei vielen operativen Eingriffen gibt es von Patient zu Patient nur wenig Varianten. Die Ereignisse sind dieselben, lediglich die Daten unterscheiden sich. Man kann für diese hochstandardisierten Abläufe eine Krankenakte anlegen, in der bereits alle Datenfelder chronologisch angeordnet sind. Ein einzelfallberichtbogen dient als Behandlungsplan. Die Datenfelder stoßen die jeweils nächsten Arbeitsschritte an. Er dient als Checkliste, ob der jeweilige Arbeitsschritt erledigt wurde und als Dokumentationsoberfläche für Daten, die während der Behandlung anfallen.

Muster für einen Entlass-Bericht

Arztberichte an weiterbehandelnde Ärzte oder Institutionen wie anderes Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtungen sollen alle wichtigen Daten über den Patienten und die Behandlung enthalten. Auch diese Dokumente lassen sich vorbereiten: Indikationsstellung, der Verlauf im Allgemeinen und die Empfehlungen für die Weiterbehandlung gleichen sich. Wer einen formularbericht nur ergänzen oder reduzieren muss, spart viel Zeit und kann sich auf die tatsächlich wichtigen Besonderheiten konzentrieren.

Information bei der Entlassung für Patienten/Angehörige

Der Patient erhält bei der Entlassung eine Information im Sinne einer „produktbegleitenden Information“ oder „Gebrauchsanweisung“. Darin soll stehen, was operiert wurde, welche Empfehlungen zur Nachbehandlung und Hinweise zum Verhalten nach der Operation insbesondere, Ernährung, Mobilität, Einnahme von Arzneimitteln und Kontrolltermine

Hamburg, den 2014-09-18

U. Paschen