



OP-Dokumentation (Operationsbericht)	4.1.11 Version 05
---	-----------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung: klarere Trennung zwischen OP-Bericht und OP-Dokumentation

1 Ziel und Zweck

Aufzeichnungen zum Befund und Ablauf einer Operation aus fachlicher Sicht als Erinnerungstütze, Bericht an mitbehandelnde Ärzte, Leistungsnachweis

Information der weiterbehandelnden Abteilungen (Aufwachraum, Station)

Wissenschaftliche Auswertung

Nachweis für die Weiterbildung zum Facharzt

Rechtlich ist der OP-Bericht ein wichtiges Dokument, das anzulegen das Krankenhaus verpflichtet ist (§ 630f Abs. 2 BGB). Der OP-Bericht ist bei der Klärung von Haftungsansprüchen von großer Bedeutung.

Der OP-Bericht muss vollständig und verständlich sein. Der Ablauf muss aus der Darstellung nachvollziehbar sein. Er sollte keine medizinisch nicht erforderlichen Aussagen enthalten. Der Bericht ist ausreichend, wenn sich einem Leser mit Fachkenntnissen erschließt, wie der Operateur vorgegangen ist und welche Besonderheiten zu beachten waren.

2 Anwendung

Die Anforderungen an die OP-Dokumentation müssen von allen Abteilungen der Klinik erfüllt werden. Wenn in einer Klinik davon abgewichen werden soll, sind die Abweichungen in einer klinikinternen Verfahrensanweisung festzulegen und zu begründen.

3 Beschreibung des Ablaufes

3.1 Allgemeines

Über jede Operation wird ein Datensatz - so weit zutreffend - erfasst. Die OP-Dokumentation umfasst die Daten, die in der An-

lage 2 „OP_Dokumentation“ aufgeführt werden. Der OP-Bericht ist Teil der OP-Dokumentation.

Die Darstellung ist deskriptiv. Folgt der Operateur der Beschreibung strikt, kann er sich in Teilen auf den Standard-Text berufen („in typischer Weise“).

Der Bericht muss in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang zur Behandlung erstellt werden. In den meisten Fällen dürfte damit derselbe Tag gemeint sein.

3.2 OP-Bericht

Der OP-Bericht enthält zur Identifikation Daten zum Patienten (Name, Vorname und Geburtsdatum), zum Operateur und OP-Team und zum Verlauf der Operation. Der Bericht soll (so weit angemessen) wie folgt gegliedert sein:

3.2.1 Identifikation des operativen Eingriffs

- Datum, Uhrzeit zu Anfang und Ende der Operation
- Diagnose oder Befundkonstellation, aus der die Indikation zur Operation abgeleitet wurde
- Klassische, fachgerechte Bezeichnung des Operationsverfahrens, Klassifikation, evtl. mit OPS-Code
- Bei Implantaten: Hersteller, Bezeichnung, Anzahl der Teile, Dimension,
- Bezeichnung des Anästhesie-Verfahrens
- Name des verantwortlichen Operateurs
- Namen der Assistenten und ihre Funktion

3.2.2 Vorgeschichte

Kurze Darstellung der Vorgeschichte des Patienten bis zum indikationsbegründenden Befunden und Erkrankungsanlass

- Voroperationen
- Unfallhergang, akuter Krankheitsverlauf
- Lokalbefund
- Aufklärung des Patienten mit Therapiealternativen
- Präoperative Vorbereitung
- Medikation, Allergien

3.2.3 Bericht zum operativen Vorgehen

Verlauf der Operation in einem Detaillierungsgrad, der einem fachlich verständigen Leser erlaubt, den Verlauf nachzuvollziehen. Dafür sind nötig:

- Angaben zur Lagerung (verkürzter Bezug auf Lagerungsstandard)
- Angaben zum Umfang der Desinfektion und Abdeckung (verkürzter Bezug auf Standard)
- Art des Zuganges
- Beschreibung des Befundes nach operativem Zugang, insbesondere bei Tumoren Ausdehnung, Größe und Absiedelungen, codiert nach dem TNM-System
- Beschreibung der vorbereitenden Maßnahmen wie z. B. Reposition der Knochenfragmente mit Beurteilung des Ergebnisses. Dokumentation des Ergebnisses.
- Evtl. Freigabe des operativen Vorgehens, insbesondere bei Änderungen der vorlaufenden OP-Planung
- Verweis auf das Fehlen von möglicherweise zu erwartenden Befunden
- Hinweise zu begleitenden Maßnahmen wie Antibiotika-Prophylaxe
- Schilderung des Vorgehens
- Abweichungen vom üblichen Vorgehen mit Begründung
- Schwierigkeiten beim Vorgehen
- Schutzmaßnahmen wie „nach Identifikation des Nervenverlaufes“, „unter sorgfältiger Schonung von...“
- Komplikationen und die zur Abwehr vorgenommenen Maßnahmen (z. B. Blutung, Verletzung von Organen, Übernähung)
- Angaben zu Proben und deren Verbleib (Histologie, Abstriche)

- Intraoperative diagnostische Maßnahmen wie Ultraschall, Röntgenuntersuchung
- Angaben zum Befund nach Abschluss des Verfahrens
- Evtl. zurückgelassene Materialien (Netzimplantate, auch Hämostyptika (geben Röntgenkontrast)
- Art des Verschlusses der Wunde
- Angaben zu Drainagen und zum Verband

3.2.4 Anweisung zur Nachbehandlung

Angaben zur Nachbehandlung wie Thromboseprophylaxe, Fortsetzung der Antibiotika-Therapie, andere Vorsichtsmaßnahmen wie Lagerung und Bettruhe

- Analgesie
- Thromboseprophylaxe
- Röntgenkontrolle
- Belastungs- und Mobilisationsanweisung
- Hinweis auf Gewebeproben, Abstriche,
- weitere Diagnostik

3.3 Wechselnder Operateur, Konsiliar

Werden Teile der Operation durch Assistenten oder andere Operateure ausgeführt, muss deren Anteil im Operationsbericht näher bezeichnet werden.

Werden Ärzte als Konsiliare zur Operation hinzugezogen, soll ihr Anteil ebenfalls aus dem OP-Bericht erkennbar sein.

3.4 Form und Inhalt des Berichtes

Der OP-Bericht wird auf dem Formular „OP-Bericht“ siehe Anlage 2 erstellt. Alle Felder sind auszufüllen oder zu streichen.

Der Verlauf soll dem tatsächlichen Verlauf folgend ohne Auslassung in knapper Sprache darstellen. Formulierungen von der Art „in typischer Weise“, „wie üblich“ o.Ä. sind nur zulässig, wenn das OP-Verfahren in einer Arbeitsanweisung der Klinik bereits ausführlich dargestellt wurde und die Bedeutung der Formulierung dort nachvollzogen werden kann.

Der OP-Bericht muss datiert und eigenhändig unterschrieben werden.

Der Operateur kann einen Assistenten damit beauftragen, das OP-Protokoll zu verfassen. Durch seine Unterschrift erklärt der Operateur, dass er den Bericht geprüft und freigegeben hat.

Der OP-Bericht wird bevorzugt unmittelbar nach der Operation verfasst. Er kann diktiert werden. Das Tonband wird vom Schreibdienst geschrieben und dem Protokollanten zur Durchsicht vorgelegt. Das korrigierte und eigenhändig vom Operateur unterschriebene Exemplar ist der OP-Bericht.

Änderungen des OP-Berichtes sind (wie bei allen Rohdaten) nur in einer Art erlaubt, bei der die ursprüngliche Eintragung leserlich bleibt. Der Grund der Änderung, das Datum der Änderung und das Namenszeichen des Ändernden müssen eingetragen werden. (§ 630f Abs.1 BGB).

Nach der Freigabe kann nur der Operateur selbst den OP-Bericht ändern.

Ein Ausdruck des OP-Berichtes ist nur mit Datum und Unterschrift gültig. Änderungen sollen dann nur handschriftlich vorgenommen werden.

Sind die Änderungen umfangreicher, kann ein weiterer Bericht erstellt werden, der eine Versions-Nr. erhält. Die vorangegangenen Versionen müssen beigefügt bleiben.

Wenn der OP-Bericht im Zusammenhang mit der OP-Dokumentation erstellt wird, müssen die identifizierenden Daten nicht wiederholt werden.

3.5 OP-Dokumentation

3.5.1 Datenmaske

Im elektronischen OP-Dokumentationsprogramm wird zu jeder Operation ein Datensatz erfasst. Die Datenmaske ist mit „OP-Dokumentation“ bezeichnet (siehe Anlage). Der Datensatz kann im OP eingesehen, ausgefertigt, geändert, geprüft und freigegeben werden.

Einige Einträge können aus dem KIS übernommen werden. Folgende Daten sind von jeder Operation zu erfassen

3.5.2 Narkose-Protokoll

Wird durch den Narkosearzt erstellt.

3.5.3 OP-Pflege-Dokumentation

Die Pflegenden protokollieren von einer Operation –wenn zutreffend- folgende Daten:

- Name: Instrumentierdienst Pflege
- Name: Springerdienst Pflege
- Name: Lagerungskraft Pflege
- Lagerungsart
- Ergebnis der Zählkontrolle über alle in den menschlichen Körper eingebrachten Textilien, Clips, etc.
- HF-Chirurgie (Gerätenummer)
- Röntgen (KV, mAmp, Durchleuchtungszeit)
- Blutleere (Zeitraum)
- Alle Geräte mit Inventar-Nummer
- Hakensysteme

3.5.4 Weitere Aufzeichnungen

Werden weitere Aufzeichnungen über Maßnahmen während der Operation angefertigt, wie z.B. Protokoll der Kardiotechniker, sind diese der OP-Dokumentation hinzuzufügen.

3.6 Codierung, Verschlüsselung

Diagnose nach ICD-11 GM

Operationsverfahren nach OPS

(wie in der Kodier-Software aufgefunden, abschließende Validierung durch Operateur)

Daten für externe Qualitätssicherung (Modul)

4 Dokumentation

OP-Bericht in dreifacher Kopie

1. Original in die Krankenakte
2. Durchschrift in das OP-Verzeichnis der Abteilung
3. Durchschrift als Beleg für den Operateur

Narkose-Protokoll

OP-Pflege-Dokumentation

OP-Dokumentationsprogramm (Art angeben, Speicherort mit Zugriffsrechten)

5 Zuständigkeit, Qualifikation

Der Operateur ist für die Vollständigkeit und Richtigkeit der OP-Dokumentation verantwortlich.

Der Operateur erstellt den OP-Bericht

Die Berufsgruppen tragen in das OP-Protokoll die von ihnen erhobenen Daten ein.

6 Hinweise und Anmerkungen

Der OP-Bericht ist eine Privaturkunde im Rechtssinne – der Unterzeichnende erklärt sich hier zur Sache. Änderungen zu einem späteren Zeitpunkt müssen kenntlich sein. Ohne eine Kenntlichmachung kann darin eine strafbare Verfälschung der Urkunde (§ 267 Abs. 1,2) gesehen werden, auch mit berufsrechtlicher Verfolgung.

Alle patientenbezogenen Aufzeichnungen zu einer Operation müssen in der Krankenakte abgelegt werden.

Bei den Aufzeichnungen zur Operation werden auch zukünftig mehrere Dokumente unabhängig voneinander angelegt. Um Widersprüche in der Ablaufschilderung und Zweifel am dargestellten Sachverhalt zu vermeiden, sollten die Angaben sorgfältig miteinander verglichen und wenn nötig korrigiert werden.

Anforderungszettel zur Histologie oder Mikrobiologie sollen leserlich und vollständig ausgefüllt werden. Insbesondere wichtige Aspekte der Anamnese des Patienten, wichtige Vorerkrankungen und spezielle Angaben zum Operationspräparat müssen übermittelt werden.

Sämtliche Verordnungen in Bezug auf postoperative Behandlung wie Medikation, Prophylaxen, nachfolgendes Monitoring und eventuelle Diagnostik müssen schriftlich in der Patientenakte fixiert werden. Dazu gehört die Angabe des Datums, ggf. der Uhrzeit, des verordnenden Arztes und eine präzise Zeitangabe zur Verabreichung eines Medikamentes oder zur Durchführung einer diagnostischen Maßnahme (z.B. Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung etc.).

Eine Medikamentenverordnung soll neben der Dosisangabe auch das Zeitintervall bzw. die gewünschte Uhrzeit enthalten. Anstelle „3 x 2 Tbl.“ soll die Verordnung lauten „2 Tbl. 8-stündlich“ bzw. 2 Tbl. 7-15-23 Uhr.

7 Mitgeltende Unterlagen

7.1 Gesetze

§ 630f Abs.1 BGB

§ 630f Abs. 2 BGB

§10 Abs. 1 BOÄ

§ 10 Abs. 5 Musterberufsordnung Ärzte

LG Dortmund 4 O 230/13 vom 14. April 2016

OLG Oldenburg 5 U 92/06 vom 30. Januar 2008

7.2 Literatur

Siekmann, Holger; Irlenbusch, Lars; Klima, Stefan (Hg.) (2016):
Operationsberichte Orthopädie und Unfallchirurgie. Springer-
Verlag GmbH. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin

Richter, Olaf; Uhlmann, Dirk (Hg.) (2018): Operationsberichte
Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie. Springer-
Verlag GmbH. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer

8 Begriffe

OP-Bericht: Dokument zum Verlauf einer Operation im konkre-
ten Behandlungsfall

OP-Dokumentation: Datensammlung zu einer Operation

9 Anlagen

Anlage 1: Formular für OP-Bericht

Anlage 2 Datenblatt für OP-Dokumentation

Z:\Aktiv4\GHP\4.1DOK\4.1.11_00_QM_OP-Bericht05.docx
Statusvermerk: freigegeben

Hamburg, den 2022-04-08

Autor