



Siekmann  
Irlenbusch



# Operationsberichte Unfallchirurgie

Holger Siekmann

Lars Irlenbusch (Hrsg.)

**Operationsberichte Unfallchirurgie**

Holger Siekmann  
Lars Irlenbusch (Hrsg.)

# Operationsberichte Unfallchirurgie

**Dr. med. Holger Siekmann**

Universitätsklinikum Halle (Saale)  
Universitätsklinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
Ernst-Grube-Str. 40  
06120 Halle (Saale)

**Dr. med. Lars Irlenbusch**

Universitätsklinikum Halle (Saale)  
Universitätsklinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
Ernst-Grube-Str. 40  
06120 Halle (Saale)

**ISBN 978-3-642-20783-9 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Springer Medizin**

Springer-Verlag GmbH  
Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media  
[springer.de](http://springer.de)  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Büro f. Wissensvermittlung Kathrin Nühse, Mannheim, Dr. Fritz Kraemer, Heidelberg  
Projektmanagement: Büro f. Wissensvermittlung Kathrin Nühse, Mannheim, Willi Bischoff, Heidelberg  
Copy-Editing: Büro f. Wissensvermittlung Kathrin Nühse  
Cover-Design: deblik, Berlin  
Satz und Digitalisierung der Abbildungen: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg  
SPIN: 80061703

*Unseren Lehrern*

*Jörg-Dieter Wolf*

*Christoph Josten*

*Hubert P. Nötzli*

*Norbert Fischer*

# Inhaltsverzeichnis

## I Grundlagen

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
	<i>H. Siekmann, L. Irlenbusch</i>	
<b>2</b>	<b>Gliederung eines Operationsberichtes</b> .....	<b>5</b>
	<i>H. Siekmann, K. Schendel</i>	
2.1	Basisdaten .....	5
2.2	Vorgeschichte .....	5
2.3	Diagnose .....	7
2.4	Operation .....	8
2.5	Bericht (zum operativen Vorgehen) .....	8
2.6	Nachbehandlung/Procedere .....	9
2.7	Datum und Unterschrift .....	10
<b>3</b>	<b>Besonderheiten eines unfallchirurgischen Operationsberichtes</b> .....	<b>11</b>
	<i>H. Siekmann</i>	
<b>4</b>	<b>Negativbeispiele</b> .....	<b>13</b>
	<i>H. Siekmann</i>	
4.1	Beispiel 1 .....	13
4.2	Beispiel 2 .....	14
<b>5</b>	<b>Aspekte zur Verschlüsselung des Operationsberichtes</b> .....	<b>15</b>
	<i>R. Neef</i>	
5.1	Osteosynthesen .....	15
5.2	Weichteileingriffe .....	16
5.3	Fazit .....	16
<b>6</b>	<b>Juristische Aspekte bei der Erstellung eines unfallchirurgischen Operations- berichtes</b> .....	<b>17</b>
	<i>M. Hein</i>	
6.1	Rechtliche Anforderungen an die Erstellung des Operationsberichtes .....	17
6.2	Rechtliche Bedeutung des Operationsberichtes .....	18
6.3	Rechtliche Folgen von Dokumentationspflicht- verletzungen .....	19
6.4	Der manipulierte Operationsbericht .....	19

## II OP-Berichte nach Lokalisation und Operation

<b>7</b>	<b>Wirbelsäule</b> .....	<b>23</b>
7.1	Halswirbelsäule .....	24
	<i>C. Josten, H. Siekmann, A. Franck</i>	

7.2	Brustwirbelsäule .....	32
	<i>H. Siekmann, C. Josten, S. Glasmacher</i>	
7.3	Lendenwirbelsäule .....	40
	<i>H. Siekmann, C. Josten, S. Glasmacher</i>	
<b>8</b>	<b>Beckenring und Acetabulum</b> .....	<b>45</b>
8.1	Vorderer Beckenring .....	46
	<i>H. Siekmann, J. Böhme</i>	
8.2	Hinterer Beckenring .....	50
	<i>H. Siekmann, J. Böhme, C. Josten</i>	
8.3	Acetabulum .....	59
	<i>C. Josten, J. Böhme</i>	
<b>9</b>	<b>Obere Extremität</b> .....	<b>63</b>
9.1	Schulter und Humerus .....	64
	<i>H. Siekmann, G. Jensen, C. Voigt</i>	
9.2	Radius und Ulna .....	90
	<i>H. Siekmann, L. Jansch</i>	
9.3	Hand .....	109
	<i>L. Jansch, H. Siekmann</i>	
<b>10</b>	<b>Untere Extremität</b> .....	<b>121</b>
10.1	Femur und Patella .....	122
	<i>H. Siekmann, C. Josten, J. Fakler</i>	
10.2	Tibia und Fibula .....	145
	<i>H. Siekmann, L. Jansch</i>	
10.3	Fuß .....	161
	<i>C. Josten, H. Siekmann, J. Fakler</i>	
<b>11</b>	<b>Arthroskopie</b> .....	<b>169</b>
11.1	Knie .....	170
	<i>L. Irlenbusch</i>	
11.2	Schulter .....	184
	<i>G. Jensen, C. Katthagen, H. Lill</i>	
11.3	Oberes Sprunggelenk .....	194
	<i>L. Irlenbusch</i>	
11.4	Ellenbogen .....	198
	<i>L. Irlenbusch</i>	
11.5	Handgelenk .....	200
	<i>L. Irlenbusch</i>	
<b>12</b>	<b>Sonstiges</b> .....	<b>203</b>
12.1	Materialentfernungen .....	204
	<i>L. Jansch, H. Siekmann</i>	

### III Nachbehandlungsschemata

<b>13</b>	<b>Nachbehandlungsschemata der oberen Extremität</b> .....	<b>211</b>
	<i>L. Irlenbusch, K. Schendel</i>	
13.1	Klavikulaschaftfrakturen (Plattenosteosynthese, ESIN) ...	212
13.2	Laterale Klavikulafrakturen, AC-Luxationen .....	212
13.3	Proximale Humerusfraktur (winkelstabile Platte, proximaler Humerusnagel) .....	212
13.4	Nachbehandlung nach proximaler Humerusfraktur (Humeruskopfprothese, Schulter-TEP) .....	212
13.5	Humerusschaftfrakturen (Marknagelung und Platte) ...	214
13.6	Distale Humerusfrakturen (Platten-/Doppelplattenosteosynthese) .....	214
13.7	Distale Radiusfraktur – interne Versorgung (Plattenosteosynthese, micro-nail, kanülierte Schraubenosteosynthese) .....	214
13.8	Distale Radiusfraktur – externe Osteosynthese (Fixateur externe) .....	215
13.9	Skaphoidfraktur (Herbertschraube) .....	215
13.10	Schulterstabilisierung .....	216
13.11	Rotatorenmanschettenrekonstruktion .....	216
<b>14</b>	<b>Nachbehandlungsschemata der unteren Extremität</b> .....	<b>217</b>
	<i>K. Schendel, L. Irlenbusch</i>	
14.1	Sprunggelenksfraktur – dislozierte Weber-A- und -B-Frakturen ohne Syndesmosenläsion .....	218
14.2	Sprunggelenksfrakturen mit Syndesmoseninstabilität und Stellschraubenimplantation .....	218
14.3	Höhergradige Sprunggelenksfraktur ohne Syndesmoseninstabilität – Weber-C-Frakturen, bi-/trimalleoläre Frakturen .....	218
14.4	Meniskusrefixation .....	218
14.5	VKB-Ersatzplastik .....	218
14.6	HKB-Ersatzplastik .....	220
14.7	Patellafesselung bzw. MPFL-Plastik .....	220

### IV Anhang

<b>Literatur</b> .....	<b>223</b>
<b>Checkliste</b> .....	<b>225</b>
<b>Risikoaufklärung</b> .....	<b>227</b>
<b>10 wesentliche Grundregeln im Operationssaal</b> ..	<b>229</b>
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	<b>231</b>

# Abkürzungsverzeichnis

---

<b>A.</b>	Arteria	<b>OSG</b>	oberes Sprunggelenk
<b>a.a.O.</b>	am angegebenen Ort	<b>Pat.</b>	Patient
<b>AC-Gelenk</b>	Acromioclaviculargelenk	<b>PNF</b>	propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation
<b>anschl.</b>	anschließend	<b>Proc.</b>	Processus
<b>AO</b>	Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen	<b>re</b>	rechts
<b>AR/IR</b>	Außen-/Innenrotation	<b>Reha</b>	Rehabilitation
<b>bd.</b>	beidseitig	<b>Rö.-Ko.</b>	Röntgenkontrolle
<b>bds.</b>	beidseits	<b>ROM</b>	range of motion
<b>BG-lich</b>	berufsgenossenschaftlich	<b>s.c.</b>	subkutan
<b>BV</b>	Bildverstärker	<b>SAB</b>	Subarachnoidalblutung
<b>BW</b>	Bildwandler	<b>seitl.</b>	seitlich
<b>BWK</b>	Brustwirbelkörper	<b>SLAP</b>	superior labrum anterior to posterior
<b>BÜ</b>	Bewegungsübungen	<b>SSP</b>	Supraspinatussehne
<b>Ch.</b>	Charrière	<b>SSS</b>	Subscapularissehne
<b>CT</b>	Computertomografie	<b>SWK</b>	Sakralwirbelkörper
<b>deutl.</b>	deutlich	<b>TB</b>	Teilbelastung
<b>diskolig.</b>	diskoligamentär	<b>TENS</b>	transkutane elektrische Nervenstimulation
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups	<b>TEP</b>	Totalendoprothese
<b>EB</b>	Ellenbogen	<b>TFCC</b>	triangulärer fibrokartilaginärer Komplex
<b>entspr.</b>	entsprechend	<b>Trpf.</b>	Tropfen
<b>ex.</b>	entfernen	<b>u.</b>	und
<b>Fa.</b>	Firma	<b>u.g.</b>	unten genannt
<b>Fix. interne</b>	Fixateur interne	<b>U-Scheibe</b>	Unterlegscheibe
<b>g</b>	Gramm	<b>V.</b>	Vena
<b>h</b>	Stunde	<b>VKB</b>	vorderes Kreuzband
<b>HKB</b>	hinteres Kreuzband		
<b>HWK</b>	Halswirbelkörper		
<b>HWS</b>	Halswirbelsäule		
<b>i.v.</b>	intravenös		
<b>ICD-10</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision		
<b>ISG</b>	Iliosacralgelenk		
<b>IS-Fuge</b>	Iliosacralfuge		
<b>ITN</b>	Intubationsnarkose		
<b>ITS</b>	Intensivstation		
<b>K-Draht</b>	Kirschnerdraht		
<b>KFI</b>	Kleinfragmentinstrumentarium		
<b>lat.</b>	lateral		
<b>li</b>	links		
<b>Lig.</b>	Ligamentum		
<b>LWK</b>	Lendenwirbelkörper		
<b>M.</b>	Musculus		
<b>ME</b>	Materialentfernung		
<b>MKG</b>	Mund-Kiefer-Gesicht		
<b>MPFL</b>	mediales patellofemorales Ligament		
<b>MRT</b>	Magenetresonanztomografie		
<b>N.</b>	Nervus		
<b>NFA</b>	Notfallambulanz		
<b>NSAR-Gabe</b>	nichtsteroidale Antirheumatika		
<b>n.w.N</b>	mit weiteren Nachweisen		
<b>OA</b>	Oberarzt		
<b>OATS</b>	osteochondral autologous transplantation		
<b>OPS-Kode</b>	Operationen- und Prozedurenschlüssel		



# Autorenverzeichnis

---

**Dr. med. Jörg Böhme**

Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungs-  
und Plastische Chirurgie  
Liebigstr. 20  
04103 Leipzig

**Dr. med. Johannes Fakler**

Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungs-  
und Plastische Chirurgie  
Liebigstr. 20  
04103 Leipzig

**Dr. med. Alexander Franck**

Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungs-  
und Plastische Chirurgie  
Liebigstr. 20  
04103 Leipzig

**Stefan Glasmacher**

Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungs-  
und Plastische Chirurgie  
Liebigstr. 20  
04103 Leipzig

**RA Matthias Hein**

Kanzlei Stephan und Hein  
Karl-Heine-Str. 25B  
04229 Leipzig

**Dr. med. Lars Irlenbusch**

Universitätsklinikum Halle (Saale)  
Universitätsklinik und Poliklinik für Unfall- und  
Wiederherstellungschirurgie  
Ernst-Grube-Str. 40  
06120 Halle (Saale)

**Dr. med. Lars Jansch**

Universitätsklinikum Halle (Saale)  
Universitätsklinik und Poliklinik für Unfall- und  
Wiederherstellungschirurgie  
Ernst-Grube-Str. 40  
06120 Halle (Saale)

**Gunnar Jensen**

Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH  
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
Humboldtstr. 5  
30169 Hannover

**Prof. Dr. med. Christoph Josten**

Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungs-  
und Plastische Chirurgie  
Liebigstr. 20  
04103 Leipzig

**Dr. med. Christoph Katthagen**

Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH  
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
Humboldtstr. 5  
30169 Hannover

**Prof. Dr. med. Helmut Lill**

Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH  
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
Humboldtstr. 5  
30169 Hannover

**Dr. med. Rüdiger Neef**

Universitätsklinikum Halle (Saale)  
Universitätsklinik und Poliklinik für Unfall- und  
Wiederherstellungschirurgie  
Ernst-Grube-Str. 40  
06120 Halle (Saale)

**Dr. med. Kai Schendel**

Universitätsklinikum Halle (Saale)  
Universitätsklinik und Poliklinik für Unfall- und  
Wiederherstellungschirurgie  
Ernst-Grube-Str. 40  
06120 Halle (Saale)

**Dr. med. Holger Siekmann**

Universitätsklinikum Halle (Saale)  
Universitätsklinik und Poliklinik für Unfall- und  
Wiederherstellungschirurgie  
Ernst-Grube-Str. 40  
06120 Halle (Saale)

**PD Dr. med. Christine Voigt**

Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH  
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
Humboldtstr. 5  
30169 Hannover

# I Grundlagen

- 1 **Einleitung – 3**  
*H. Siekmann, L. Irlenbusch*
- 2 **Gliederung eines Operationsberichtes – 5**  
*H. Siekmann, K. Schendel*
- 3 **Besonderheiten eines unfallchirurgischen Operationsberichtes – 11**  
*H. Siekmann*
- 4 **Negativbeispiele – 13**  
*H. Siekmann*
- 5 **Aspekte zur Verschlüsselung des Operationsberichts – 15**  
*R. Neef*
- 6 **Juristische Aspekte bei der Erstellung eines unfallchirurgischen Operationsberichtes – 17**  
*M. Hein*

# Einleitung

H. Siekmann, L. Irlenbusch

Der Reiz der Unfallchirurgie liegt für viele operativ tätige Kollegen in der Notwendigkeit, anhand einer teils nur eingeschränkten Datenlage schnell Entscheidungen zu treffen, deren Güte über Erfolg oder Misserfolg entscheidet. Daher sollte gerade in diesem Fach, in dem nicht jeder Eingriff elektiv zu planen ist, das operative Vorgehen und der Weg zu dieser Entscheidung für Dritte (Patient, Gutachter, Juristen) gut nachvollziehbar sein. Da die Operation häufig die zentrale Tätigkeit der unfallchirurgischen Behandlung ist, gilt ihrer Dokumentation ein besonderes Interesse. Sie ist zentrales Dokument in der unfallchirurgischen Patientenakte.

Dieser Situation entsprechend muss eine vollständige Dokumentation der präoperativ zur Verfügung stehenden Informationen, der Diagnose, des operativen Vorgehens und der gewünschten Nachbehandlung schon im Operationsbericht beachtet werden.

Hierbei sollte der Operationsbericht möglichst direkt nach der Operation diktiert bzw. geschrieben werden, da üblicherweise schon mit Zuführung des Patienten in den Aufwachraum die Phase der Nachbehandlung beginnt.

Während sich der operativ tätige Arzt in früheren Jahren kaum Gedanken über die Dokumentation der von ihm durchgeführten Operationen machen musste, tritt diese Notwendigkeit in Zeiten kontinuierlich steigender Arzthaftpflichtprozesse zunehmend in den Fokus. So hat die Zahl entsprechender Klagen bei den Schlichtungsstellen im Zeitraum 1991-2000 zu 2001-2010 um 33% von knapp 30.000 auf knapp 40.000 Fälle<sup>1</sup> (\*) zugenommen. Hierbei enden die Anstrengungen des Patienten oft nicht mit der Aktivierung der Gutachtenstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammern oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Viele dieser Bestrebungen werden bis zu den Amts- und Landgerichten weiterverfolgt.

Eine umfangreiche und detaillierte Dokumentation schützt daher nicht nur den jeweiligen Arbeitgeber, sondern auch die eigene Person vor unnötigen Regressansprüchen.

Da gerade jungen Kollegen bei der Erstellung ihrer OP-Berichte ausführliche Vorlagen zur Orientierung fehlen, entstand die Idee, eine entsprechende Hilfestellung in Form dieses Buches zu schaffen.

Hierbei kam dem Projekt die Erfahrung eines der Autoren zugute, der in den letzten 10 Jahren mit der Bearbeitung von nahezu 300 Schlichtungsstellen- und Gerichtsgutachten befasst war.

Das vorliegende Buch soll dazu beitragen, jungen Kollegen die Erstellung von Operationsberichten zu vereinfachen und zugleich Formulierungen zu erstellen, die das eigentliche operative Vorgehen schriftlich absichern und nachvollziehbar erklären. Unabhängig davon bleibt jedoch die jeweils notwendige individuelle Niederschrift jedes einzelnen Berichtes. Somit kann dieses Buch nur als Orientierungshilfe dienen.

<sup>1</sup> Angaben des Geschäftsführers der Norddeutschen Schlichtungsstelle auf entsprechende Anfrage des Autors

# Gliederung eines Operationsberichtes

H. Siekmann, K. Schendel

## 2.1 Basisdaten

Der Operationsbericht beginnt üblicherweise mit den Angaben der Basisdaten zur Operation. Diese enthalten Hinweise zur Identifikation des Patienten, notwendige Angaben zum Operationsteam und grundlegende Daten zur Operation.

Üblicherweise enthält der »Kopf« eines Operationsberichtes dementsprechend folgende essenzielle Details:

- Patienten- und Fall-Nummer,
- die behandelnde Klinik und die Station.
- den Namen, das Geschlecht und das Alter sowie das Geburtsdatum des Patienten.
- den Operationssaal und das Operationsdatum sowie die Schnitt-/Nahtzeit.
- die Namen der Operateur(e), der Assistenten, der Anästhesisten und des Pflegepersonal.

Die **Angabe mehrerer Operateure** sollte – sofern es der Fall war – in Betracht gezogen werden. Beispiele für die Anwesenheit mehrere Operateure sind parallel arbeitende Operationsteams bei Mehrfachverletzungen (z.B. distale Radiusfraktur bds.) oder die Beteiligung mehrerer Fachdisziplinen bei Komplexverletzungen (Gefäß-, Neuro- und Unfallchirurg).

Durch die Angabe mehrere Operateure kann 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 Schaftnagelungen der unteren Extremitäten häufig einen ausgiebigen Aktivismus des Assistenten, der die Fraktur teils offen reponieren und retinieren muss, während der Nagel im Markraum vorgetrieben wird.

Legen Sie ein besonderes Augenmerk auf die **Angaben der Schnitt-/Nahtzeiten**: Gerade die Dauer zwischen Schnitt- und Nahtzeit lässt für den erfahrenen Beobachter ggf. Rückschlüsse auf den operativen Ablauf zu. Die angegebene Zeit sollte dabei mit dem operativen Ablauf in Einklang stehen. Beispielsweise erklärt eine unkomplizierte Osteosynthese des Malleolus lateralis in diesem Rahmen keine OP-Zeit von 90 Minuten. Möglicherweise deuten in dieser Situation überlange Operationszeiten auf einen uner-

fahrenen Operateur hin, dem es an der Unterstützung eines erfahrenen Facharztes mangelte.

Wünschenswert ist daher in diesem Zusammenhang die **Angabe des Ausbildungsstandes** bzw. die Angabe der Funktion der Operateure und Assistenten (Assistenzarzt, Facharzt, subspezialisierter Facharzt, Ober- oder Chefarzt), um die »Kompetenz am Tisch« zu dokumentieren.

## 2.2 Vorgeschichte

Mit den Angaben zur Vorgeschichte legt der Operateur dar, dass er sich umfassend mit der präoperativen Situation des Patienten, für dessen Wohl er Verantwortung trägt, auseinandergesetzt hat. Soweit vorhanden, sollten die Angaben zur Vorgeschichte Informationen zu folgenden Fragen liefern:

- Voroperationen?
- Medikamente?
- Unfallhergang?
- Lokalbefund?
- Aufklärung erfolgt?
- Therapiealternativen?
- präoperative Planung?

### 2.2.1 Voroperationen, Nebenerkrankungen und Degenerationen

Gerade durch das steigende Patientenalter treffen wir zunehmend auf Patienten, die im Bereich der Verletzungsregion schon **vormals Knochenbrüche** erlitten haben. Hier sei z.B. speziell auf die hohe Zahl von distalen Radiusfrakturen verwiesen, bei denen es sich in jedwedem Alter um den häufigsten Knochenbruch des Menschen handelt. Entsprechend fehlgeheilte Brüche, in früheren Jahren eine Domäne der konservativen Therapie, behindern dann intraoperativ eine exakte Reposition. Entsprechend sind BV-dokumentierte Repositionsergebnisse in »angenäherter, akzeptabler oder befriedigender« Stellung auch für den Außenstehenden nachvollziehbar.

Ähnlich hierzu verhält es sich mit **vorbestehenden Degenerationen** vor allem bei gelenknahen Frakturen oder solchen mit Gelenkbeteiligung. Vorhandene Degenerationen sollten hier Erwähnung finden, da sie einerseits die Operation erschweren bzw. Einfluss auf das Operationsergebnis ha-

ben 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 nicht fehlen. Diesbezüglich sei davor gewarnt, bei hohem Alter des Patienten Wirbelfrakturen als »osteoporotische Sinterungsfrakturen« zu beschreiben, wenn ein Unfallereignis ursächlich an der Frakturausprägung mitbeteiligt war. Hier ist sicher sinnvoller, die Fraktur zu beschreiben und im Weiteren auf die zudem bestehende Osteoporose hinzuweisen. Da auch die ältere Generation zunehmend über eine private Unfallversicherung verfügt, kann man sich auf diesem Weg unnötige Korrespondenzen mit den Versicherungen ersparen.

An typischen Nebenerkrankungen, die häufig Einfluss auf die operative Vorgehensweise und meist negativen Einfluss auf das angestrebte Operationsereignis haben, seien exemplarisch die nachfolgenden Krankheiten genannt:

- Diabetes mellitus
- chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
- periphere Verschlusskrankheit
- Osteoporose

### 2.2.2 Medikamente und Allergien

Hinweise zur präoperativen Medikamenteneinnahme des Patienten sind sinnvoll, wenn diese einen Einfluss auf die Operation bzw. das Operationsergebnis erwarten lassen. Dies trifft besonders auf osteoaktive Medikamente wie Kor-

tison oder auf mögliche Störungen der Gerinnung, z.B. durch ASS oder Marcumar, zu.

Bei der geplanten Nutzung von Chrom-Nickel-Implantaten (z.B. Cerclagen) ist ein Hinweis auf die Allergiesituation des Patienten angezeigt.

Die nachfolgenden Tabellen (■ Tab. 2.1, ■ Tab. 2.2) spiegeln – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – ein breites Spektrum möglicher Medikamente wider.

### 2.2.3 Unfallhergang

Kurze Angaben zum Unfallgeschehen sind, wenn vorhanden, niederzulegen. Sie erklären ggf. in sich schon das folgende operative Vorgehen. Beispielhaft sei hier das Hochrasanz- oder das Polytrauma genannt, das mit seiner Erwäh-

■ Tab. 2.2 Osteoaktive Medikamente

Osteoklastenhemmer	SERM (Raloxifen), Calcitonin (Karil), Bisphosphonate (Alendronat, Etidronat, Risedronat, Strontiumranelat)
Osteoblastenstimulantien	Teriparatid, BMP-7, TGF-β
Vitamin D3	
Calcium	
Prednisolon	
Parathormon	

■ Tab. 2.1 Gerinnungsaktive Medikamente

Thrombozytenaggregationshemmer	
COX-Inhibitoren	ASS, Aloxiprin
Glycoprotein 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.
Plaminogen-Aktivatoren	
TPA	Alteplase, Reteplase
UPA	Urokinase, Saruplase
Streptokinase	

nung häufig schon die Indikation zur zügigen Operation mit der Anlage temporärer Fixateure erklärt. Ein direktes Anpralltrauma speziell am Unterschenkel rechtfertigt ggf. ebenso die Anlage eines Fixateurs bei einem hierdurch bedingten oder drohenden Kompartmentsyndrom.

#### 2.2.4 Lokalbefund

---

Wie der Unfallhergang ist auch die kurze Beschreibung des Lokalbefundes wünschenswert, da auch diese Angaben Nachbegutachtern das operative Vorgehen nachvollziehbar machen.

Wenig auffällige Weichteile rechtfertigen eine sofortige definitive Stabilisierung. Kompartmentsyndrome, höhergradig offene und/oder stark verschmutzte Weichteile können hingegen den Einsatz eines Fixateur externe unterstreichen. Angaben zu lokalen Schürfungen belegen die Indikation zur zeitnahen Versorgung vor der Keimbeseidlung der unfallbedingten Wunde.

#### 2.2.5 Aufklärung

---

Kurze schriftliche Notizen eines stattgefundenen Aufklärungsgesprächs einschließlich alternativer Therapieoptionen belegen das präoperativ geführte Gespräch mit dem Patienten. Sie sind gerade in der akuten Notfallbehandlung des möglicherweise noch nicht intubierten Verletzten der einzige Hinweis auf das zumindest noch kurz geführte präoperative Gespräch. Gleichzeitig sind sie ggf. auch Beleg dafür, dass eine Aufklärung des schon vor oder während der stationären Aufnahme intubierten oder sedierten Patienten nicht mehr möglich war.

#### 2.2.6 Therapiealternativen

---

Hinweise auf dem Patienten dargelegte alternative Therapieoptionen sollten im Operationsbericht zumindest kurz noch einmal durch den Operateur Erwähnung finden. Dies trifft insbesondere auf Eingriffe zu, bei denen zum Beispiel konservative Alternativverfahren gleichberechtigt neben den operativen Maßnahmen stehen oder zumindest auch mit einer konservativen Therapie ein akzeptables Ausheilungsergebnis zu erwarten ist.

#### 2.2.7 Präoperative Planung

---

Präoperative Planungen am Modell bzw. mit präoperativen Schemazeichnungen werden in der Praxis in der Unfallchir-

urgie selten genutzt. In der Akutprothetik sollte der Operateur zumindest versuchen, anhand der Röntgenbilder unter Nutzung entsprechender Schablonen schon präoperativ die Prothesendimension (z.B. bei medialen Schenkelhalsfrakturen) abzuschätzen und dieses Vorgehen dann auch dokumentieren. Die entsprechenden präoperativen Messergebnisse von Prothesenkopf und -schaft sollten entsprechend in der Vorgeschichte bzw. Indikation erwähnt werden. Alternativ ist auch eine Erwähnung mit Beginn der Niederschrift des eigentlichen operativen Vorgehens möglich. Sollte der Operateur eine Schemazeichnung angefertigt haben, so ist diese natürlich in der Akte zu archivieren. Digitale Operationsplanungen sind entsprechend ebenfalls zu speichern.

Gleiches gilt bei sekundär rekonstruktiven Eingriffen wie der Planung von Arthrodesen oder 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 schon die nachvollziehbare Indikation zur Operation dar.

In Zeiten von ICD und ICPM verwischen hingegen sinnvolle Diagnosen zunehmend. Nachbeurteilenden Gutachtern 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:

- T02.20 Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen einer oberen Extremität: geschlossen oder o.n.A.
- T02.31 Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen einer unteren Extremität: offen
- T02.60 Frakturen mit Beteiligung mehrerer Regionen der oberen Extremität(en) und mehrerer Regionen der unteren Extremität(en): geschlossen oder o.n.A.
- T02.90 Multiple Frakturen, nicht näher bezeichnet: geschlossen oder o.n.A

In dieser Form haben entsprechende Formulierungen in einem adäquaten Operationsbericht nur zwecks der Abrechnung mit der Krankenkasse ihre Berechtigung.

Im günstigsten Fall kann die ICD-Codierung mit dem entsprechenden Programm aus dem Codierungssystem zwecks Abrechnung übernommen und dann durch den Operateur der eigentlichen Operationssituation angepasst werden. Ist eine Änderung der ICD-Diagnose in einen sinn-

volleren Text nicht möglich, so sollte der Operateur noch zusätzlich eine dezidierte Diagnose dokumentieren

Eine gute Diagnose erklärt deskriptiv das Ausmaß der Verletzung. Sie setzt sich zusammen aus:

- dem Zustand der Weichteile (geschlossen, offen, stark verschmutzt, infiziert, kontusioniert, lokale Schürfung, usw.) und
- der Knochensituation (disloziert, unverschoben, mehrfragmentär, spiralig usw.).

Sie wird ergänzt durch eine sinnvolle, wenn möglich schon das operative Vorgehen erklärende Klassifikation.

Hier hat sich z.B. an langen Röhrenknochen und an der thorakolumbalen Wirbelsäule international die AO-Klassifikation durchgesetzt, während sich z.B. an der oberen HWS (Effendi- und Anderson-Klassifikation), dem proximalen Humerus (Neer-Klassifikation), dem Becken (Letournel) oder dem Talus (Hawkins) und dem Calcaneus (Sander, Zwipp) weitere Klassifikationen gleichwertig oder praktikabler zeigen.

Exemplarisch seien hier noch einmal einige Diagnosen genannt:

- geschlossene, instabile Fraktur des Dens axis (Anderson II)
- geschlossener, instabiler inkompletter BWK VII-Berstungsbruch (AO 52 A3.2) mit Querschnittsymptomatik
- geschlossene, dislozierte proximale Humerusfraktur links (Neer IV)
- erstgradig offene, dislozierte Femurschaftquerfraktur rechts (AO 32 A3)
- geschlossene, dislozierte mediale Schenkelhalsfraktur links (Garden III, AO 31 B3)

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 ob 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,
- den Vorgang der Markraumerweiterung (aufgebohrt oder unaufgebohrt),
- 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 verhindern oder zumindest einschränken.

**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 Erwähnung finden wie Hinweise auf eine Histologie – oder eine Abstrichentnahme.

Auch der Einsatz der Navigation ist hier zu dokumentieren.

Im Folgenden sei exemplarisch auf einige Operationen verwiesen:

- Arthroskopie, arthroskopisch gestützte Semitendinosus- u. Gracilisersatzplastik (Transfix), 10er i. a.-Redondrainage
- Neurolyse des N. ulnaris, Olecranonosteotomie (Chevron); offene Reposition, Osteosynthese mittels KFI-Titan-LCP's (7- u. 9-Loch) + Zugschrauben, Zuggurtungsosteosynthese des Olecranons, lokaler Redon
- offene Reposition der Fibula, Osteosynthese mit 7-Loch-Titan-Drittelrohrplatte; geschlossene Reposition der Tibia, aufgebohrte dynamische Verriegelungsnagelung (Fa. Synthes, Expert-Nagel, 10/380 mm, prox. 1fach, dist. 3fach verriegelt, lokale Drainagen)

## 2.5 Bericht (zum operativen Vorgehen)

---

### 2.5.1 Ablauf

---

Der eigentliche 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.). Die einzelnen Schritte der Operation müssen nachvollziehbar sein, ebenso intraoperative Probleme, z.B. bei der Reposition der Fraktur oder intraoperative Redislokationen und nochmalige Auflösungen der Osteosynthese, die dann wiederum verlängerte Operationszeiten hinreichend erklären können. So belegt z.B. ein einfacher unkomplizierte Eingriff infolge einer petrochantären Fraktur, selbst durch einen Ausbildungsassistenten keine Operationszeit von

90 Minuten. Der operative Ablauf muss somit die Operationszeit erklären.

Auf **Formulierungen zum Repositionsergebnis** sollte geachtet werden, da selbst dem erfahrensten Operateur anatomische Repositionen z.B. bei geschlossenen Verfahren (Marknagelungen, untergeschobene Plattenosteosynthesen, percutane Schrauben) selten gelingen. Hier sind Beschreibungen wie »weitestmöglich achsgerecht, achsgerechte Stellung der Hauptfragmente, unter Würdigung der Trümmierung akzeptable Reposition u. a.« günstiger. Die Formulierung »anatomische Reposition« gebührt auch nur der anatomischen Reposition.

Ein abweichendes Verhalten vom üblichen operativen Standard bei klassischen Osteosynthesen sollte sich aus dem Operationsbericht erschließen.

Die Gabe eines Antibiotikums und somit auch die Angabe im Operationsbericht sind bei Materialentfernungen in der Regel nicht notwendig. Bei Osteosynthesen sollte es sich um ein knochengängiges Antibiotikum handeln.

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

## 2.6 Nachbehandlung/Procedere

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

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 der Röntgenkontrollen
- Belastungs- und Mobilisationsgrad
- Notwendigkeit weiterer Operationen
- stattgehabte Histologie u. Abstrich
- Empfehlung ggf. weiterer diagnostischer Maßnahmen

■ Tab. 2.3 Nahttechniken

Sehennähte	
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 bis 4/0 nichtresorbierbare Kernnaht, monofil
	5/0 (nicht)resorbierbare umlaufende Naht, monofil
Unterarm / Unterschenkel	3/0 nichtresorbierbare Kernnaht, monofil
	4/0 bis 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)
	8/0 nichtresorbierbar, monofil (Kinder)
kleine Gefäße	8/0 bis 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



Die zu ausgesuchten Operationen am Ende des Buches ausgeführten Nachbehandlungsschemata sind als Empfehlungen zu sehen und nicht umfassend. Andere Kollegen haben natürlich andere Vorgaben und differente Erfahrungen gemacht, an denen sich ihre postoperativen Empfehlungen orientieren. Auch diese Nachbehandlungsschemata werden sich in der Praxis bewährt haben. Zielführend bei der Indikationsstellung zur Operation ist bei der Frakturbehandlung jedoch neben der achsgerechten Einrichtung im Schaft sowie der stufenfreien Einrichtung im Gelenkbereich das Erreichen einer zumindest übungstabilen Osteosynthese, sodass auf ruhigstellende Mittel postoperativ, wenn möglich, zu verzichten ist.

## **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 im eigenen Vorgehen darauf geachtet, dass der Zeitraum zwischen der Operation und dem Gegenzeichnen des Operationsberichtes 5 Arbeitstage nicht überschreitet. Im günstigsten Fall wird der Operationsbericht vom Operateur selbst noch im Operationssaal, zumindest am Operationstag, erstellt. Hierdurch wird weitestmöglich gewährleistet, dass auch Details während der Operation nicht vergessen werden, z.B. besondere Schwierigkeiten in der Reposition, zudem im Rahmen möglicher späterer Auseinandersetzungen nicht der Vorwurf einer Verfälschung des Operationsberichtes erhoben werden kann.

# Besonderheiten eines unfallchirurgischen Operationsberichtes

H. Siekmann

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 Nebenbefunde 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 Verletzungslokalisation 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 Operationsberichtes in der Dokumentation des ärztlichen Handelns.

Dem möglicherweise nachträglich beurteilenden Gutachter sind entsprechende 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, schlechte Ergebnisse in der ersten postope-

rativen Röntgenkontrolle zu erklären. Hier ist es günstiger, suboptimale Repositions- oder Osteosynthesemateriallagen schon in der intraoperativen BV-Kontrolle zu erklären. 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 nachstehend aufgeführter 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.

# Negativbeispiele

H. Siekmann

Bei den nachfolgenden Berichten handelt es sich um reale Beispiele, die mir neben vielen weiteren Berichten vor allem im Rahmen meiner gutachterlichen Tätigkeit aufgefallen sind. Eine Fortsetzung dieser Liste wäre problemlos möglich gewesen, hätte jedoch den Rahmen dieses Buches gesprengt.

## 4.1 Beispiel 1

### ■ Kommentar zu ■ Abb. 4.1:

- Keine Hinweise auf eine Aufklärung über konservative Möglichkeiten (obwohl distale Radiusfrakturen nicht grundsätzlich operativ versorgt werden müssen)

- Höhe der Blutsperre in mm Hg
- Fraktur intraoperativ nicht beschrieben
- 4 Zeilen für das eigentliche operative Vorgehen
- N. medianus gesehen? Einblutungen?
- Bildwandlerkontrolle durchgeführt, aber was hat der Operateur gesehen? Fraktur reponiert? Lage des Implantats?
- Wie stabil zeigte sich intraoperativ die Osteosynthese? Haben die Schrauben gut im Knochen gezogen?
- Die Form des Berichtes sowie die Rechtschreibung bedürfen keines weiteren Kommentars

### Reales Beispiel 1: volare Platte bei distaler Radiusfraktur

#### OP-Bericht, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Pat.-Nr.: 099874532

Aktuelle Klinik: Unfallchirurgie

Pat.-Name: Ohnesorge, Dieter

Fall-Nr.: A8794531/2010

Station: Unfall I

Geb.-Dat.: 19.03.1962

Geschlecht/Alter: m, 38 J.

OP-Datum: 13.07.2010

OP-Dauer (Schnitt/Naht): 11.58 – 12.17 Uhr

Saal: B 6

Personal: N. N.

Operateur: N. N.

1. Assistent: N. N.

Anästhesist: N. N.

Anästhesieschw./-pfl.: N. N.

OP-Schwester/-pfl.: N. N.

OP-Springer: N. N.

#### OP-Bericht 1

**Diagnose:** Dist. Radiusfr. Re.

**Therapie:** ORIF

Bei dem Pat. besteht eine distale disloz. Radiusfraktur links, daher ist die Indikation zur OP gegeben. Ein ausführliches Beratungsgespräch wurde geführt, eine schriftl. Einwilligung zur OP liegt vor.

Nach Hautdesinfektion und sterilem Abdecken mit LM in Blutsperre am gleichseitigen Oberarm, Hautschnitt am frakturierten Unterarm bis zum Handgelenk links volar, typischer Zugang, Spaltung des M. pronator quadratus längs, darstellen der Fraktur, Reposition nach Anmodellieren einer Formplatte schräg, Besetzen der Schraubenlöcher, distal mit sechs und proximal mit 3 Schrauben, Bildwandlerkontrolle. Ausgiebige Spülung. 8-er Redon s.c., Hautnaht nach Donati. Steriler Verband.

**Procedere:** Nachbehandlung nach kliniküblichem Schema

Gez. N. N.

■ Abb. 4.1 Reales Beispiel 1. Volare Platte bei distaler Radiusfraktur

## 4.2 Beispiel 2

### ■ Kommentar zu Abb. 4.2:

- Keine Hinweise auf eine Aufklärung über konservative Möglichkeiten (obwohl isolierte nicht dislozierte Weber B-Frakturen keinesfalls grundsätzlich eine Indikation zur Operation darstellen)
- Fraktur intraoperativ nicht beschrieben
- 3 Zeilen für das eigentliche operative Vorgehen
- Wie wurden die Schrauben gesetzt? Mono- oder bicortical? Warum wurde keine interfragmentäre Zugschraube gesetzt?

- Bildwandlerkontrolle durchgeführt, aber was hat der Operateur gesehen? Fraktur reponiert? Lage des Implantates?
- Wurde intraoperativ die Stabilität der Syndesmose geprüft?
- Wie stabil zeigte sich intraoperativ die Osteosynthese? Haben die Schrauben gut im Knochen gezogen?
- Die Form des Berichtes sowie die Rechtschreibung bedürfen keines weiteren Kommentars

### Reales Beispiel 2: Plattenosteosynthese bei Außenknöchelfraktur

#### OP-Bericht, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Pat.-Nr.: 099874532

Aktuelle Klinik: Unfallchirurgie

Pat.-Name: Ohnesorge, Dieter

Fall-Nr.: A8794531/2010

Station: Unfall I

Geb.-Dat.: 19.03.1962

Geschlecht/Alter: m, 38 J.

OP-Datum: 13.07.2010

OP-Dauer (Schnitt/Naht): 14.53 – 15.13 Uhr

Saal: B 6

Personal: N. N.

Operateur: N. N.

1. Assistent: N. N.

Anästhesist: N. N.

Anästhesieschw./-pfl.: N. N.

OP-Schwester/-pfl.: N. N.

OP-Springer: N. N.

#### OP-Bericht 1

Diagnose: AK-# re.


Therapie: ORIF (KFI)

Bei dem Pat. besteht eine AK-# rechts (Weber B) disloziert, daher ist die Indikation zur OP gegeben. Ein ausführliches Beratungsgespräch wurde geführt, eine schriftl. Einwilligung zur Operation liegt vor.

Nach Hautdesinfektion und sterilem Abdecken in LM ohne Blutsperre am gleichseitigen OS, Hautschnitt am frakturierten Außenknöchel, typischer Zugang, darstellen der Fraktur, Reposition nach Anmodellieren einer 8-loch-Drittelrohrplatte schräg, Besetzen der Schraubenlöcher, distal mit drei und proximal mit 4 Schrauben, Bildwandlerkontrolle. Ausgiebige Spülung. 8-er redon s.c., Hautnaht nach Donati. Steriler Verband.

Procedere: Nachbehandlung nach kliniküblichem Schema

Gez. N. N.

 **Abb. 4.2** Reales Beispiel 2. Plattenosteosynthese bei Außenknöchelfraktur

# Aspekte zur Verschlüsselung des Operationsberichts

R. Neef

Der Operationsbericht ist mit seiner genauen Beschreibung des Situs und der korrekten Wiedergabe der wesentlichen Schritte des Eingriffs als Dokument der Krankenakte bedeutsam. Ferner ist die zeitnahe Erstellung des OP-Berichtes ein Garant im Hinblick auf mögliche juristische Anfechtungen gegenüber dem behandelnden Operateur. Ein dritter wichtiger Aspekt ist in heutiger Zeit die Bedeutung des OP-Berichtes als Nachweis von Diagnosen und Prozeduren für die Ermittlung der korrekten **DRG (Diagnosis Related Groups)**. Er dient damit als Basis der monetären Abrechnung gegenüber den Kostenträgern, wie privaten und gesetzlichen Krankenkassen und den Berufsgenossenschaften sowie Versorgungseinrichtungen wie zum Beispiel den Sozialämtern.

Viele dieser von Krankenhäusern erstellten Rechnungen werden in steigender Zahl einer kritischen Prüfung, vor allem durch den **Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)**, unterzogen. Diese Prüfungen können sich über viele Monate, bei Widerspruchsverfahren auch über mehrere Jahre hinziehen. Eine retrospektive Wiedergabe von Operationsdetails ohne entsprechend exakte Beschreibung im zeitnah angefertigten OP-Bericht ist nicht glaubhaft möglich.

Prinzipiell gilt auch bei operativen Eingriffen die Dokumentationspflicht. Eine nicht oder mangelhaft dokumentierte Leistung gilt als nicht erbracht, war sie auch noch so kostenintensiv. Kann in der Unfallchirurgie und der Orthopädie vielleicht noch ein intra- oder postoperatives Röntgenbild herangezogen werden, ist bei Weichteiloperationen einzig der OP-Bericht **das beweisende Dokument**.

Da sich die über die Höhe des Entgeltes entscheidende DRG aus einer Kombination von Haupt- sowie Nebendiagnosen und den operativen Prozeduren ermittelt, müssen beide Faktoren hinlänglich und nachvollziehbar beschrieben werden.

## 5.1 Osteosynthesen

Neben der klinisch orientierten beschreibenden Angabe der Diagnose im Operationsbericht muss diese zusätzlich entsprechend der Vorgaben durch den **ICD-10-Katalog** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) angegeben werden.

Wichtig und auch DRG-relevant ist zusätzlich die Angabe von **höhergradigen Weichteilschäden** als Sekundärcodes. Weichteilschäden ab Grad 3 bei geschlossenen Frak-

turen, wie beispielsweise nach schweren Luxationsfrakturen, sowie zweit- und drittgradige offene Frakturen werden die DRG auf. Definitionsgemäß darin enthaltene Schäden an Bändern, Muskeln, Sehnen sowie größere und anatomisch terminierte Nerven und Gefäße sind zusätzlich gesondert zu beschreiben, um das komplexe Verletzungsausmaß darzustellen.

Die Prozeduren werden entsprechend des **OPS-Kodes** (Operationen- und Prozedurenschlüssel) verschlüsselt. Dabei sind die Art der Osteosynthese (Schraube, Platte, Marknagel usw.) und die Frakturlokalisation durch einen kombinierten Prozedurenschlüssel miteinander verknüpft.

Bei den Frakturen der Extremitäten ist eine Auswahl zwischen einfachen und Mehrfragmentfrakturen möglich. Konventionellen Röntgenaufnahmen ist nicht immer mit Sicherheit die **Anzahl der Fragmente** zu entnehmen. Deshalb ist die Beschreibung der Fraktur im Text des OP-Berichtes notwendig. Auch kleine Fragmente, welche möglicherweise im Rahmen der Reposition entfernt werden oder im Weichteilverbund unter einer Drahtzerklage fixiert werden, begründen die Angabe einer Mehrfragmentfraktur. Diese kann zur Erlössteigerung beitragen, insbesondere wenn unterschiedliche Osteosyntheseverfahren zur Anwendung kommen.

Bis einschließlich 2009 wurden diese, wie z.B. der proximale Femurnagel in Kombination mit einer Drahtzerklage bei petrochanteren Frakturen mit Abbruch des Trochanter minor oder die kombinierte Schrauben- und Drahtosteosynthese bei Innenknöchelfrakturen, als Materialkombinationen zusammengefasst und deutlich unterbewertet. Seit 2010 müssen nun alle verwendeten Osteosynthesematerialien gesondert kodiert werden, also zum Beispiel die Reposition durch eine Schraubenosteosynthese an der distalen Tibia oder die Drahtosteosynthese am proximalen Femur. Ausgenommen sind lediglich die zu einer Plattenosteosynthese gehörenden Schrauben einschließlich einer typischerweise eingebrachten Zugschraube neben der Platte. Hier ist allein die Plattenosteosynthese zu kodieren. Wird aber beispielsweise eine Doppelpplattenosteosynthese bei Tibiakopffrakturen angewendet, wobei jede Platte durch einen separaten Zugang medial und lateral eingebracht wird, ist dies auch durch die doppelte Eingabe des Schlüssels für die Plattenosteosynthese anzugeben. Ähnliches gilt für die Versorgung von supra- und transkondylären Humerusfrakturen. Auch bei nur einem dorsalen Zugang besteht dabei ein erheblicher präparativer Aufwand radial und ulnar, u.a. durch die

Darstellung und eventuelle Verlagerung des Nervus ulnaris. Dies stellt eine deutliche Verbesserung der bisherigen Erlössituation dar.

Besonders wichtig ist die **Erwähnung radiologisch »unsichtbarer« Verfahren** im OP-Bericht, wie zum Beispiel transossäre Nähte zur Fixierung kleiner Fragmente, da ansonsten die Beweisführung ihrer Verwendung nahezu unmöglich ist (z.B. Fadencerclagen der Tubercula des proximalen Humerus).

## 5.2 Weichteileingriffe

Die Spannweite von Weichteileingriffen in der Unfallchirurgie ist groß und reicht von Sehnenrekonstruktionen über Wunden aller Art bis zur Behandlung von infizierten Wunden. Da bis auf die immer noch zu wenig eingesetzte Fotodokumentation von Wunden bildgebende Verfahren kaum anwendbar sind, ist die ausführliche und exakte Beschreibung durch den Operateur unverzichtbar.

Die Beschreibung der präparierten anatomischen Strukturen, welche das Ausmaß des Eingriffs beschreiben, ist oft zu knapp und allgemein gehalten.

Ist die End-zu-End-Naht der Achillessehne simpel mit einem Kode abgebildet, bedarf die OPS-Verschlüsselung in der Versorgung infizierter Wunden genauer Überlegungen und Sorgfalt. Schließlich kann es in diesen Fällen um einen Differenzbetrag von mehreren tausend Euro gehen.

Wichtig ist zunächst die **Festlegung von Haupt- (HD) und Nebendiagnosen (ND)**:

- Handelt es sich um eine bei Erstvorstellung bereits infizierte traumatische Wunde (HD S51.0 Offene Wunde des Unterarmes, ND T89.02 Komplikation einer offenen Wunde durch Infektion)?
- Liegt ein Abszess (M71.0 Schleimbeutelabszess), eine Phlegmone (L03.10 Phlegmone an der oberen Extremität) oder eine Faszitis (M72.6 Nekrotisierende Faszitis) vor?
- Welche Strukturen sind davon betroffen (Haut, Unterhaut, Faszie, Sehne, Muskulatur, Knochen, Gelenke)?
- Gibt es bereits einen Erregernachweis?
- Gibt es einen spezifischen ICD-10-Schlüssel für diese Infektion (zum Beispiel M00.0 Eitrige Arthritis durch Staphylokokken)? Ist dieser vorhanden, muss trotzdem der Sekundärkode (zum Beispiel B95.6! Staphylokokkus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) angegeben werden.

Durch die richtige Auswahl der Haupt- und der Nebendiagnose(n) sollen schlüssig die Art der Infektion, ihre Ätiologie und eingetretene Komplikationen/Schweregrade dargestellt werden.

Ähnlich komplex verhält es sich mit den operativen Prozeduren. In aller Regel werden bei Wundinfektionen **chirurgische Débridements** durchgeführt. Hierfür eignen sich häufig Kodierungen für die chirurgische Wundtoilette (5-893) oder die radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut (5-894). Bei der Angabe des OPS für die Wundtoilette ist die Angabe der **Wundgröße** durch eine Untergruppe des Codes von Bedeutung. Wunden sind nur bis zu einer Länge von 3 cm und einer Fläche bis 4 cm<sup>2</sup> als kleinflächig zu bezeichnen. Jede andere Wunde ist per OPS-Katalog großflächig! An dieser Stelle wird oft falsch kodiert.

Neben der horizontalen Ausbreitung spielt auch die **Tiefenausdehnung der Wunde** eine wichtige Rolle für die DRG. Sind mehrere übereinander liegende unterschiedliche anatomische Gewebeschichten betroffen, so kann ein schichtenübergreifendes Weichteildébridement (5-869.1) abgerechnet werden. Dies ist einfach, birgt jedoch das Risiko, später beim Schreiben des OP-Berichtes nicht alle Schichten und die Art ihres Débridements zu beschreiben. Wird beispielsweise einer Sehnen Scheide eröffnet, ein scharfer Löffel verwendet und eine ausgiebige Spülung vorgenommen, stellt dies ein Débridement an gleicher Stelle dar. Nur diese detaillierte Beschreibung wird vom MDK anerkannt und schützt vor einer Herabstufung der DRG. Aus diesem Grund wird die Kodierung jeder einzelnen chirurgisch revidierten Gewebestruktur bis hin zum Knochen empfohlen.

Kommt im Rahmen der operativen Behandlung die **Vakuumtherapie (V.A.C.)** zum Einsatz, so wird dies mit den einen hohen Erlös erzielenden Vakuum-DRGs verschlüsselt. In Unfallchirurgie und Orthopädie ist vor allem die DRG J98Z mit einem Effektivgewicht von 6,265 zu erzielen. Dafür gilt es jedoch, Minimalvoraussetzungen zu erfüllen: mindestens 4 operative Eingriffe mit ausgedehntem Débridement oder andere hochwertige Eingriffe an 4 verschiedenen Tagen unter operativen Bedingungen, jeweils mit V.A.C.-Anlage und eine Mindestdauer der V.A.C.-Therapie von 8 Tagen.

Auch Gewebetransfers zur Defektdeckung in Kombination mit mehrzeitigen Débridements führen in gut dotierte DRGs.

## 5.3 Fazit

Zur kostendeckenden Erlössicherung ist in operativen Fällen ein umfassender und exakt formulierter Operationsbericht notwendig. Dieser muss alle wichtigen Details zur nachvollziehbaren Diagnose enthalten.

Die Prozeduren sind in Einzelschritten darzustellen und alle verwendeten Implantate aufzuführen.

Die Operation an mehreren Gewebestrukturen wirkt oftmals Erlös steigernd, muss aber eindeutig dokumentiert sein.

# Juristische Aspekte bei der Erstellung eines unfallchirurgischen Operationsberichtes

M. Hein

Die Kenntnis der rechtlichen Anforderungen und der Folgen von Verstößen ist von Vorteil, wenn der Operateur in der Praxis unter Zeitdruck entscheiden muss, in welchem Umfang er dokumentiert.

Die wesentlichen Gesichtspunkte ergeben sich aus dem ärztlichen Berufsrecht und der Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht. Eine unvollständige und/oder unzutreffende Dokumentation führt regelmäßig zu Beweismängeln im Zivilprozess, kann aber auch strafrechtliche Konsequenzen haben.

## 6.1 Rechtliche Anforderungen an die Erstellung des Operationsberichts

Gemäß § 10 Abs. 1 Musterberufsordnung Ärzte sind über die »gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen«. Bei operativen Eingriffen beinhaltet dies die Fertigung eines Operationsberichtes durch den Arzt.

### 6.1.1 Zweck des Operationsberichts

Als »erforderlich« in diesem Sinne werden diejenigen Aufzeichnungen gewertet, die aus medizinischen Gründen zu dokumentieren sind. Zweck der ärztlichen Dokumentation ist die Sicherung der Therapie und nicht die Schaffung von Beweisen für einen denkbaren Arzthaftungsprozess. Maßgebliches Kriterium ist damit die Nachvollziehbarkeit der getroffenen Maßnahmen aus ärztlicher Sicht, so etwa die Verständlichkeit für einen Nachbehandler.

Dementsprechend zielt der Operationsbericht nicht auf die Abwehr oder Erleichterung von Arzthaftungsprozessen (OLG Koblenz, Urteil vom 27.07.2006 – 5 U 212/99 – im Internet im Volltext abrufbar über Juris). Dessen Inhalt ist ausreichend, wenn sich einem Mediziner der jeweiligen Fachrichtung hinreichend erschließt, wie der Operateur vorgegangen ist und welche Besonderheiten dabei aufgetreten sind (OLG Koblenz a.a.O.).

### 6.1.2 Standardisiertes Vorgehen und Abkürzungen

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass selbst bei schwierigsten Operationen der Weg bis zum eigentlichen Operationsfeld

häufig standardisiert ist. Dann ist nicht zu beanstanden, wenn der operierende Arzt sich auf den Hinweis beschränkt, der Zugang sei typischerweise erfolgte (OLG Koblenz a.a.O.).

Wenn – wie die Kläger fordern – auch standardisierte Vorgehensweisen als mögliche Fehlerquellen im Einzelnen zu beschreiben wären, würden Operationsberichte bei komplexen und lang dauernden Eingriffen zu Rechtfertigungsschriften ausufern, ohne damit einen Informationsgewinn zu verschaffen (OLG Koblenz a.a.O.).

So kann es auch ausreichend sein, die Lagerung des Patientin auf dem Operationstisch in dem Operationsbericht technisch schlagwortartig als »SSL« (Steinschnittlage) zu bezeichnen, wodurch für den Fachmann erkennbar ist, nach welcher Methode die Klägerin während Operation gelagert worden ist (OLG Hamm, Beschluss vom 05.01.2011 – 3 U 64/10 – im Internet im Volltext abrufbar über Juris).

### 6.1.3 Medizinische Sachverständige

Die gerichtliche Beweisaufnahme erfolgt regelmäßig durch Beauftragung medizinischer Sachverständiger. Diese haben sich dann zu der Nachvollziehbarkeit des konkret streitgegenständlichen Operationsberichts zu äußern. In dem Fall, über welchen das OLG Koblenz (a.a.O.) zu entscheiden hatte, kamen zwei medizinische Sachverständige zu dem Ergebnis, der Operationsbericht schildere den Operationsverlauf »noch hinreichend deutlich und nachvollziehbar«.

### 6.1.4 Zeitpunkt der Berichtserstellung

Der Arzt ist verpflichtet, den Operationsbericht »zeitnah« zu erstellen (OLG Koblenz a.a.O.). Bei einem schwierigen und lange andauernden Eingriff kann es – auch angesichts der mannigfachen anderen Aufgaben eines Oberarztes in einer großen Universitätsklinik – nicht zu beanstanden sein, den Operationsbericht erst am Folgetag zu fertigen und eine Zusammenfassung mit einem am Folgetag erforderlichen Revisionseingriff vorzunehmen (OLG Koblenz a.a.O.). Insbesondere ergäbe sich kein Informationsgewinn, wären über beide Eingriffe zwei getrennte Berichte gefertigt worden.

### 6.1.5 Keine Dokumentation von medizinischen Selbstverständlichkeiten

Nach der **zivilgerichtlichen Rechtsprechung** ist es nicht erforderlich, im Operationsbericht medizinische Selbstverständlichkeiten wiederzugeben, wie z.B. eine spannungsfreie Verknotung der Anastomosennähte bei einer Prostataktomie (OLG Oldenburg, Urteil vom 30.01.2008 – 5 U 92/06 – im Internet abrufbar über Juris). Der Operationsbericht muss dagegen eine stichwortartige Beschreibung der jeweiligen Eingriffe und Angaben über die hierbei angewandte Technik enthalten (OLG Oldenburg a.a.O.).

Das dem Urteil des OLG Oldenburg vorausgegangene Verfahren zeigt, dass die im Urteil getroffenen eindeutigen Feststellungen zum Inhalt des Operationsberichts aus Sicht der zugezogenen medizinischen Sachverständigen umstritten waren. Ein von dem Landgericht (der Vorinstanz) zugezogener Sachverständiger hatte aufgrund der ärztlichen Übung in einer Universitätsklinik den streitgegenständlichen Operationsbericht in seinem Umfang kritisiert und gefordert, zu dokumentieren, an welcher Stelle die Knoten der Anastomosennaht platziert worden sind. Ein Privatgutachter der Beklagtenseite und der später in zweiter Instanz beauftragte Sachverständige waren anderer Auffassung. Der Knoten müsse in der Weise gesetzt werden, dass das Nahtmaterial nicht straff ist, um zu vermeiden, dass umliegendes Gewebe zerschnitten wird. Dies sei eine absolute Selbstverständlichkeit.

Somit zeigt der Verfahrensverlauf den Einfluss der Wertungen der zugezogenen medizinischen Sachverständigen auf die Urteile der Zivilgerichte. In erster Instanz war der Klage stattgegeben worden, erst nach Einbringung des Privatgutachtens und Auswahl eines weiteren Sachverständigen in zweiter Instanz konnte die Arztseite obsiegen.

### 6.1.6 Dokumentation von Schutzmaßnahmen

Im Operationsbericht dokumentationspflichtig sind erforderliche Schutzmaßnahmen (OLG Koblenz, Urteil vom 12.02.2009 – 5 U 927/06 – im Internet im Volltext abrufbar über Juris). Dem Urteil liegt der Fall einer Umstellungsosteotomie zugrunde, bei welcher es zur Schädigung des Nervus peroneus kam. Sachverständig beraten kam das OLG Koblenz aufgrund der Erkenntnis, dass der Peroneusschaden eine der häufigsten und schwerwiegendsten Komplikationen ist, zu dem Ergebnis, dass die zu seinem Schutz erforderlichen intraoperativen Maßnahmen erheblichen Informationswert für nachbehandelnde Ärzte haben, falls nach dem Eingriff neurologische Beschwerden oder gar Ausfälle auftreten (OLG Koblenz a.a.O.). Die Arztseite hatte auch hier sich mit dem Argument zu verteidigen versucht, derartige Selbstverständlichkeiten seien nicht dokumentationspflichtig.

### 6.1.7 Dokumentation von Abweichungen von Standardvorgängen

Im Operationsbericht dokumentationspflichtig sind zudem Abweichungen von Standardvorgängen, etwa ange-troffene anatomische Abweichungen und Komplikationen (Brandenburgisches Oberlandesgericht, Urteil vom 29.05.2008 – 12 U 81/06 – im Internet im Volltext abrufbar über Juris m.w.N.).

Dagegen ist der Operateur grundsätzlich nicht verpflichtet eine Abweichung von durchschnittlichen Operationszeit zu begründen, sofern sie nicht auf Komplikationen beruht, die für die Nach- und Weiterbehandlung von Bedeutung sind (OLG München, Urteil vom 15.07.2010 – 1 U 5309/09 – im Internet im Volltext abrufbar über Juris).

## 6.2 Rechtliche Bedeutung des Operationsberichts

Einen hohen Stellenwert bei rechtlichen Auseinandersetzungen hat die ärztliche Dokumentation – so auch der Operationsbericht – bei der Abwehr von (behaupteten) Arzthaftpflichtansprüchen des Patienten durch den Arzt. Die in zivilrechtlichen Arzthaftpflichtprozessen beschriebene rechtliche Wirkung bestimmt maßgeblich auch das außergerichtliche Regulierungsverhalten der Arzthaftpflichtversicherer.

Grundsätzlich gilt Folgendes:

Die ordnungsgemäße Dokumentation hat Indizwirkung zugunsten der Behandlungsseite (OLG Zweibrücken, Urteil vom 27.07.2004 – 5 U 15/02 – im Internet im Volltext abrufbar über Juris). Das entscheidende Gericht hat demnach bei der Beurteilung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, den dokumentierten Behandlungsverlauf zugrunde zu legen, soweit keine konkreten Anhaltspunkte für Zweifel an der Zuverlässigkeit bestehen und diese äußerlich ordnungsgemäß ist (OLG Düsseldorf, Urteil vom 17.03.2005 – 8 U 56/04 – im Internet im Volltext abrufbar über Juris; OLG Oldenburg, Urteil vom 18.02.2007 – 5 U 147/05 – im Internet abrufbar über Juris).

Der unterzeichnete Operationsbericht ist eine **Privaturkunde** im Rechtssinne und begründet demnach die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit. Allerdings geht diese Vermutung lediglich dahin, dass der Unterzeichner die Erklärung zum angegebenen Datum so abgegeben hat. Nicht vermutet wird dagegen, dass der Inhalt auch (sachlich) zutreffend ist.

Die rechtliche Qualität des Operationsberichtes wird nicht dadurch (maßgeblich) beeinträchtigt, dass eine EDV-Dokumentation erfolgt.

Diesbezüglich bedarf es gemäß § 10 Abs. 5 Musterberufsordnung Ärzte besonderer Sicherungs- und Schutzmaß-