

Physiotherapeutische Maßnahmen in der Akutphase

- in der Regel Tag 1-8 (16-23 bei GFK) -

Präambel:

Bei der vorliegenden SOP handelt es sich nicht um bindende Therapieempfehlungen. Sie erfüllt somit nicht den Zweck, eine Leitlinie zu ersetzen. Vielmehr soll vorliegende Muster-SOP eine Struktur bieten, die es den betroffenen Krankenhäusern erleichtert, die Vorgaben des G-BA in die Praxis umzusetzen. Vorgegebene Zahlenwerte, Grenzwerte und Therapieempfehlungen entsprechen nichtsdestotrotz der gängigen Praxis und basieren auf Leitlinien und Literaturempfehlungen, die die Autoren zugrunde gelegt haben. Wir bitten darum, von einer 1:1 Übernahme der Dokumente abzusehen und sie als Arbeitsgrundlage zur Umsetzung in der eigenen Abteilung zu verstehen.

Die grau hinterlegten Felder im Text der SOP müssen jeweils an die hausinternen Gegebenheiten angepasst werden.

Die SOP kann wie folgt zitiert werden: Klier T., Becker C., Eschbach D. (2021, Version 2.0). SOP – Physiotherapeutische Maßnahmen in der Akutphase. Sektion Alterstraumatologie der DGU.

Geltungsbereich:

Die folgende SOP gilt für alle Patienten mit proximaler Femurfraktur ≥ 65 Jahre mit positivem Geriatricscreening, die eine operative Versorgung im xxxx Klinikum in der Abteilung für xxxx durchlaufen. Der Geltungsbereich umfasst alle Prozessbeteiligten des präoperativen und stationären Ablaufes.

Inhaltsverzeichnis:

1.	Allgemeines.....	2
2.	Ziel / Zweck	2
	2.1 Benennung der Ansprechpartner	2
	2.2 Sicherstellung von täglich verfügbaren und für die Patienten einsatzfähigen Physiotherapeuten.....	2
3.	Standards zur postoperativen Mobilisation, Atem- und Aktivierungstherapie in Abhängigkeit von Frakturtyp und Operationsverfahren.....	2
	3.1 Teilnahme an Visiten und interdisziplinäre Abstimmung im Team, Dokumentation der Therapie.....	3
4.	Zuständigkeiten / Verantwortlichkeiten / Prozessinhaber	3
5.	Verwendete Literatur.....	3

Physiotherapeutische Maßnahmen in der Akutphase

- in der Regel Tag 1-8 (16-23 bei GFK) -

1. Allgemeines

Proximale Femurfrakturen bedingen dringliche Operationsindikationen. Bei Verzögerung der operativen Versorgung über 24h nach Krankenhausaufnahme sind erhöhte Raten an allgemeinen Komplikationen, lokalen Komplikationen und eine erhöhte Mortalität nachgewiesen (1,2). Der Gemeinsame Bundesausschluss hat in der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur Mindestanforderungen zur Prozessqualität formuliert Diese verlangen als ein grundlegendes Moment die operative Versorgung möglichst innerhalb von 24h nach Aufnahme in ein Krankenhaus. Weiterhin sind aber auch einige andere Teilbereiche der Behandlung mit spezifischen Vorgaben hinterlegt worden, unter anderem auch die physiotherapeutische Mitbehandlung.

2. Ziel / Zweck

Ziel ist es, dass die operative Versorgung in der Regel innerhalb von 24h nach Aufnahme oder Auftreten eines Inhouse-Sturzes erfolgt, sofern es der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten zulässt (3). Des Weiteren gilt es, postoperativ die Mobilisation und Aktivierung der Patienten zu fördern, um Folgekomplikationen einer Immobilität zu verhindern und Alltagskompetenz zu wiederherzustellen. Unter §4, spezifische Mindestanforderungen, ist im G-BA-Beschluss die unmittelbar postoperative physiotherapeutische Behandlung geregelt. Unter anderem muss Physiotherapie durch eine/n Physiotherapeuten/in täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem 1. postoperativen Tag (auch an Sonn- und Feiertagen) zur Verfügung stehen. Zugrunde liegend sind die Ergebnisse der aktuellen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Behandlungsbereich. Frühes funktionelles Training und Mobilisation wirkt motorischen Einschränkungen bei geriatrischen Patienten entgegen und schafft eine gute Ausgangssituation für weitere Trainingsmaßnahmen. Kognitiv eingeschränkte und demente Patienten profitieren ebenfalls von rehabilitativen Maßnahmen.

Die vorliegende SOP soll Handlungsanweisungen zum standardisierten Vorgehen bei der Behandlung von proximalen Femurfrakturen im Rahmen der physiotherapeutischen Maßnahmen bieten.

2.1 Benennung der Ansprechpartner

Als Ansprechpartner für die Festlegung der Weiterbehandlungsrichtlinien ist der Operateur bzw. die zuständigen Ärzte der Abteilung. Von Seiten der Physiotherapie ist Ansprechpartner der Leiter der Physiotherapeutischen Abteilung bzw. der der Abteilung zugeordnete Physiotherapeut. Dieser ist unter der Telefonnummer xxxx zu erreichen. In Dienstzeiten und an Feiertagen ist hierfür von 07:00 bis 15:30 Uhr (hier hauseigene Gegenebenheiten einfügen) ein Diensttelefon eingerichtet. Die Nummer lautet xxxx. Für Rückfragen bezüglich des Nachbehandlungskonzeptes steht der Physiotherapie der Operateur, bzw. in Dienstzeiten und an Feiertagen der Dienstarzt der unfallchirurgischen Abteilung zur Verfügung. Dieser ist unter der xxxx zu erreichen (hier hauseigenes Vorgehen einfügen).

2.2 Sicherstellung von täglich verfügbaren und für die Patienten einsatzfähigen Physiotherapeuten

Von Seiten der Physiotherapie wird für den zuständigen Physiotherapeuten an Wochenenden bzw. Feiertagen ein Dienstplan erstellt. Die Festlegung der Priorisierung für die Therapie an den Wochenenden erfolgt jeweils morgens bei Dienstbeginn durch das Behandlungsteam. Hierzu wird eine Anforderung im System hinterlegt und mit dem diensthabenden Physiotherapeuten Kontakt aufgenommen (hier hauseigenes Vorgehen einfügen). Im Krankheitsfall existiert eine Vertretungsliste.

3. Standards zur postoperativen Mobilisation, Atem- und Aktivierungstherapie in Abhängigkeit von Frakturtyp und Operationsverfahren

Die physiotherapeutisch geführte Erstmobilisation hat zwingend am 1. postoperativen Tag (auch an Sonn- und Feiertagen) zu erfolgen, sofern keine medizinischen Gründe dagegensprechen (Beatmung, Sedierung, etc.). Die Mobilisation sollte hierbei mindestens bis an die Bettkante erfolgen. Gleiches gilt für die Durchführung einer Atemtherapie, wobei zu letzterem keine Evidenz besteht. Hierzu bekommen Patienten nach Möglichkeit am 1. postoperativen Tag einen Atemtrainer zur Eigennutzung sowie eine ausführliche Anleitung hierzu. Die Therapie erfolgt nach folgendem Schema:

Physiotherapeutische Maßnahmen in der Akutphase

- in der Regel Tag 1-8 (16-23 bei GFK) -

Erstmobilisation:

Ab 1. postoperativem Tag, anschließend tägliche Mobilisation. Schulung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Regelfall in Verbindung mit aktivierender therapeutischer Pflege und Ergotherapie (ADL, Badtransfer, Anziehen, Selbständigkeit)

Belastungsvorgabe: *(hier hauseigenes Vorgehen einfügen)*

Schenkelhalsfraktur:

- Versorgung mit Duokopfprothese / Hüftgelenktotalendoprothese: Frühfunktionelle Mobilisierung mit Vollbelastung, Prothesenschulung
- Versorgung mit DHS/Nagel: Frühfunktionelle Mobilisierung mit Vollbelastung

Per-/ subtrochantäre Fraktur:

- Versorgung mit intramedulärem Nagel (kurz/lang): Frühfunktionelle Mobilisierung mit Vollbelastung
- Versorgung mit Endoprothese: Frühfunktionelle Mobilisierung mit Vollbelastung, Prothesenschulung

Abweichungen / Einschränkungen von diesen Richtlinien sind vom Operateur im OP-Ausweis festzuhalten.

Sturzprophylaxe:

Nach Standard und Gangschule unter Beachtung der Sturzrisikofaktoren, Flyer wird ausgehändigt *(hier hauseigenes Vorgehen einfügen)* und befindet sich im Anhang.

Gangschule:

Schmerzabhängige Belastung an Unterarm-Gehstützen und/oder Rollator bis zur Vollbelastung, die spätestens nach der 6. postoperativen Woche erreicht werden sollte. Ziel ist ein physiologisches Gangbild.

Weitere Maßnahmen nach Bedarf:

Manuelle Lymphdrainagemassage, ggf. passive Bewegungsschiene, Dekubitusprophylaxe. Ab KW 3 Funktionstraining, ggf. Bewegungsübungen im Wasser und Medizinische Trainingstherapie mit dem Ziel, Verbesserung von Kraft, Koordination und Ausdauer nach Wundheilung *(hier hauseigenes Vorgehen einfügen)*.

3.1 Teilnahme an Visiten und interdisziplinäre Abstimmung im Team, Dokumentation der Therapie

Die Physiotherapie nimmt an der 1x wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Teamvisite am Patienten und 1x wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Teambesprechung teil *(hier hauseigenes Vorgehen einfügen)*. Ansonsten erfolgt der tägliche Austausch mit den betreuenden Stationsärzten bei Besonderheiten. Die Therapiemaßnahmen werden digital im Dokumentationssystem der Physiotherapie und dem Teamprotokoll eingetragen.

4. Zuständigkeiten / Verantwortlichkeiten / Prozessinhaber

1. *Aufnahmeprozess: Ärztliche(r) Direktor(in) Unfallchirurgie*
2. *Chirurgische Aufklärung: Ärztliche(r) Direktor(in) Unfallchirurgie*
3. *Prämedikation: Ärztliche(r) Direktor(in) Anästhesie*
4. *Geriatrisches Assessment: Ärztliche(r) Direktor(in) Geriatrie*

5. Verwendete Literatur

- (1) Smektala R, Schleiz W, Fischer B et al (2014). Medial femoral neck fractures: possible reasons for delayed surgery. Part 2: results of data from external inpatient quality assurance within the framework of secondary data evaluation. Unfallchirurg 117:128–137. <https://doi.org/10.1007/s00113-012-2295-8>.
- (2) Bonnaire F, Bula P, Schellong S (2019). Management vorbestehender Antikoagulation zur zeitgerechten Versorgung von hüftnahen Frakturen. Unfallchirurg 122:404–410. <https://doi.org/10.1007/s00113-019-0646-4>.
- (3) Pressemitteilung Gemeinsamer Bundesausschuss Nr.40/2019 vom 22.11.2020.