

## Aufklärung zur Snapshot-Umfrage „Mobilisierung nach Hüftfraktur“

Es handelt sich hierbei um eine Befragung mit der Zielsetzung, das derzeit gängige postoperative Procedere und insbesondere das physiotherapeutische Vorgehen in Bezug auf die allgemeine Mobilisierung von Hüftfrakturpatienten zu erfassen.

Voraussetzung für eine Teilnahme ist, dass Sie eine Physiotherapeutin/ ein Physiotherapeut sind, in einer deutschen Klinik arbeiten und Hüftfrakturpatienten im Akutbereich behandeln.

Die Umfrage erfolgt anonym, bezogen sowohl auf Ihre Identität und die der Patienten als auch auf den Namen der Klinik, in der Sie arbeiten.

Im Falle einer Einwilligung werden Sie gebeten, jeweils einen Fragebogen pro Patient auszufüllen. Insgesamt sollen Sie möglichst 10 aufeinanderfolgende Patienten dokumentieren, die Sie behandeln.

Eingeschlossen werden alle Patienten, die 60 Jahre oder älter sind und eine Hüftfraktur aufgrund eines geringgradigen Traumas erlitten haben (Sturz aus Stehhöhe – beim Aufstehen, Gehen, Stehen, Drehen). Ausgeschlossen werden Patienten die eine Hüftfraktur aufgrund eines höhergradigen Traumas (Sturz aus erhöhter Position, Auto-/Motoradunfall) oder pathologische Frakturen (Tumor oder andere Erkrankungen ausgenommen Osteoporose) erlitten haben.

Die Einwilligung zur Teilnahme an dieser Befragung kann jederzeit widerrufen werden ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Ob Sie sich zu einer Teilnahme entscheiden oder nicht hat zudem keinerlei Einfluss auf Ihre Tätigkeit in der Klinik.

Bei Fragen oder Anmerkungen kontaktieren Sie bitte Anja Dautel (anja.dautel@rbk.de, Robert-Bosch-Krankenhaus, Forschungsabteilung der Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart).

### Einwilligungserklärung

Sie entscheiden nun darüber, ob Sie an der Umfrage teilnehmen möchten oder nicht.

Klicken Sie die Antwort „*Ich stimme zu*“ bedeutet dies, dass Sie obenstehende Information sowie den Aufklärungsbogen gelesen und entschieden haben teilzunehmen.

Klicken Sie die Antwort „*Ich stimme nicht zu*“, wenn Sie nicht teilnehmen möchten.

- Ich stimme zu.  
 Ich stimme nicht zu.

Hinweis:

Zur besseren Lesbarkeit wird im folgenden Fragebogen nicht in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt die weibliche Form gleichberechtigt ein.

## Angaben zur Person des Physiotherapeuten

Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
Berufserfahrung als Physiotherapeutin/ Physiotherapeut	<input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 bis 5 Jahre <input type="checkbox"/> 6 bis 9 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre oder mehr
Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss/ Weiterbildungen (nur Berufsfeld Physiotherapie)	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut (staatliche Anerkennung) <input type="checkbox"/> Bachelor-Abschluss <input type="checkbox"/> Physiotherapeut (staatliche Anerkennung) mit zusätzlich erworbenen Zertifikaten bezogen auf den orthopädisch-chirurgischen und/oder geriatrischen Fachbereich <input type="checkbox"/> Master-Abschluss <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> PhD <input type="checkbox"/> Student/Auszubildender Physiotherapeut (im Praktikum)
Bettenzahl des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> weniger als 50 Betten <input type="checkbox"/> zwischen 50 und 100 Betten <input type="checkbox"/> zwischen 100 und 200 Betten <input type="checkbox"/> zwischen 200 und 300 Betten <input type="checkbox"/> über 400 Betten
In welcher Fachabteilung sind Sie hauptsächlich tätig?  Falls Sonstige, bitte angeben	<input type="checkbox"/> Orthopädisch-chirurgische Abteilung <input type="checkbox"/> Geriatrie (Akutbereich) <input type="checkbox"/> Allgemeinstation <input type="checkbox"/> Geriatrische Frührehabilitation <input type="checkbox"/> Sonstige <hr/>
Wie viele Patienten behandeln Sie in der Regel an einem Tag?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Patienteninformation

Alter	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
Wo wohnte der Patient <u>vor</u> der jetzt erlittenen Fraktur?  Falls Sonstige, bitte angeben	<input type="checkbox"/> Häusliche Umgebung <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Unbekannt  <hr/>
Wie mobil war der Patient <u>vor</u> der jetzt erlittenen Fraktur in der eigenen häuslichen Umgebung?	<input type="checkbox"/> in der Regel selbstständig, ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> in der Regel ohne Hilfsmittel, aber immer mit Unterstützung einer weiteren Person <input type="checkbox"/> in der Regel selbstständig mithilfe eines Handstocks oder Gehstützen <input type="checkbox"/> in der Regel mit Rollator oder 2 Gehstützen (selbständig oder mit Unterstützung einer weiteren Person) <input type="checkbox"/> Rollstuhl oder bettlägerig <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Nachbehandlung der Fraktur	<input type="checkbox"/> Operative Versorgung <input type="checkbox"/> Konservative Versorgung <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wurde der Patient vor der Operation von einem Physiotherapeuten untersucht und/oder beraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt

<p>Wie wurde der Patient operativ versorgt?</p> <p>Falls Sonstige, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> Interne Fixation (Osteosynthese)  <input type="checkbox"/> Hemiarthroplastik  <input type="checkbox"/> Totalendoprothese  <input type="checkbox"/> Sonstige  <input type="checkbox"/> keine Operation durchgeführt  <input type="checkbox"/> Nicht bekannt/ nicht zutreffend </p> <hr/>
<p>Art der Fraktur</p>	<p>interkapsulär/ extrakapsulär</p>
<p>Falls operativ versorgt wurde, an welchem Tag fand diese statt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Montag bis Donnerstag  <input type="checkbox"/> Freitag  <input type="checkbox"/> Samstag  <input type="checkbox"/> Sonntag </p>
<p>Welche Fachdisziplinen waren an der Versorgung des Patienten in den ersten 10 Tagen nach der Hüftfraktur beteiligt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> (3-jährig) ausgebildete Pflegekraft  <input type="checkbox"/> Pflegekraft mit Fachweiterbildung  <input type="checkbox"/> Physiotherapeut  <input type="checkbox"/> Ergotherapeut  <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter  <input type="checkbox"/> Ernährungsberater  <input type="checkbox"/> Logopäde  <input type="checkbox"/> Geriater  <input type="checkbox"/> Facharzt für Rehabilitation  <input type="checkbox"/> Chirurg/ Orthopäde </p>
<p>Geschieht die post-operative Versorgung und Mobilisation bei dem Hüftfrakturpatienten anhand eines standardisierten Nachbehandlungsschemas?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Nicht bekannt/ nicht anwendbar </p>

<p>An welchem Tag post-operativ saß der Patient erstmals außerhalb des Bettes (selbstständig oder mit Hilfe)?</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> am Tag der Operation  <input type="checkbox"/> am 1. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 2. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 3. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 4. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 5. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> saß gar nicht außerhalb des Bettes während des Klinikaufenthaltes  <input type="checkbox"/> Sonstiges  <input type="checkbox"/> Unbekannt </p> <p>_____</p>
<p>Wer war post-operativ für die erstmalige Mobilisierung des Patienten aus dem Bett verantwortlich? (Sitzen außerhalb des Bettes)</p> <p>Falls Sonstige, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> Pflegekraft  <input type="checkbox"/> Physiotherapeut  <input type="checkbox"/> Physiotherapeut und Pflegekraft  <input type="checkbox"/> Sonstige  <input type="checkbox"/> Unbekannt </p> <p>_____</p>
<p>An welchem Tag post-operativ hat der Patient erstmals versucht zu stehen?</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> am Tag der Operation  <input type="checkbox"/> am 1. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 2. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 3. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 4. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 5. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> Es fand kein Stehversuch statt während des Klinikaufenthaltes  <input type="checkbox"/> Sonstiges  <input type="checkbox"/> Unbekannt </p> <p>_____</p>

<p>Wer war post-operativ für den erstmaligen Stehversuch des Patienten verantwortlich?</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> Pflegekraft  <input type="checkbox"/> Physiotherapeut  <input type="checkbox"/> Physiotherapeut und Pflegekraft  <input type="checkbox"/> Sonstige  <input type="checkbox"/> Unbekannt </p> <p>_____</p>
<p>Am wievielten Tag post-operativ hat der Patient zum ersten Mal versucht zu gehen?</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> am Tag der Operation  <input type="checkbox"/> am 1. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 2. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 3. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 4. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> am 5. Tag nach der Operation  <input type="checkbox"/> Es fand kein Gehversuch statt während des Klinikaufenthaltes.  <input type="checkbox"/> Sonstiges  <input type="checkbox"/> Unbekannt </p> <p>_____</p>
<p>Wer war post-operativ für den erstmaligen Gehversuch des Patienten verantwortlich?</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> Pflegekraft  <input type="checkbox"/> Physiotherapeut  <input type="checkbox"/> Physiotherapeut und Pflegekraft zusammen  <input type="checkbox"/> Sonstige  <input type="checkbox"/> Unbekannt </p> <p>_____</p>

<p>Waren einer oder mehrere der genannten Faktoren Grund dafür, dass Steh- und Gehversuche erst verzögert durchgeführt werden konnten?</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> Schmerz  <input type="checkbox"/> kognitive Desorientierung  <input type="checkbox"/> Unruhe (Agitation)  <input type="checkbox"/> Depression  <input type="checkbox"/> weitere medizinisch bedingte reduzierte Belastbarkeit (z.B. Bronchitis)  <input type="checkbox"/> Anämie  <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck  <input type="checkbox"/> Personalsituation  <input type="checkbox"/> Belastungslimitierung des operierten Beins  <input type="checkbox"/> Sonstiges  <input type="checkbox"/> Unbekannt </p> <hr/>
<p>Gab es eine Belastungslimitierung des operierten Beins 24 Stunden nach der Operation?</p> <p>Falls ja, bitte angeben</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein </p> <p> <input type="checkbox"/> vorgegebene Teilbelastung oder erlaubte Belastung bis Toleranzgrenze (Nutzung von Gehhilfen obligatorisch)  <input type="checkbox"/> vorgegebene Entlastung </p>
<p>Falls eine Belastungslimitierung vorgegeben worden war, wurde diese während des Klinikaufenthaltes aufgehoben?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein </p>
<p>Wurde die Hüftflexion limitiert, um das Risiko einer Luxation zu reduzieren?</p> <p>Falls ja, über welchen Zeitraum?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein </p> <p> <input type="checkbox"/> 6 Wochen  <input type="checkbox"/> 12 Wochen  <input type="checkbox"/> auf unbestimmte Zeit </p>



<p>Muss der Arzt oder Operateur bei jedem Patienten eine gesonderte Verordnung/ Empfehlung/ Indikation/ Genehmigung für Physiotherapie erstellen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, Physiotherapie muss für jeden Patienten einzeln durch den Arzt/ Operateur autorisiert/ verordnet werden</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, keine Verordnung (notwendig)</p>
<p>Wann bekam der Patient zum ersten Mal Physiotherapie nach der Operation?</p>	<p><input type="checkbox"/> am Tag der Operation</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Tag nach der Operation</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Tage nach der Operation</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Tage nach der Operation</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Tage nach der Operation</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Tage nach der Operation</p> <p><input type="checkbox"/> Es bestand kein Kontakt mit einem Physiotherapeuten</p> <p><input type="checkbox"/> Unbekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>
<p><i>Während des Krankenhausaufenthaltes:</i> Hat der Patient mindestens 1x pro Tag (Mo-Fr) Physiotherapie zur Mobilisierung erhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Falls nein, erhielt der Patient mindestens 1x pro Tag (Mo-Fr) Unterstützung bei der Mobilisierung durch andere Stationsmitarbeiter?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, durch Therapieassistenten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, durch Pflegekräfte</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p><i>Während des Krankenhausaufenthaltes:</i> Hat der Patient am Wochenende Physiotherapie zur Mobilisierung erhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> Samstag</p> <p><input type="checkbox"/> Sonntag</p> <p><input type="checkbox"/> keine Mobilisierung durch Physiotherapeuten</p>
<p>Erhielt der Patient mindestens 1x Unterstützung bei der Mobilisierung durch andere Stationsmitarbeiter an dem Wochenendtag, an dem keine Physiotherapie stattfand?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja, durch Therapieassistenten</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, durch Pflegekräfte</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>

<p>Wie lange dauerte eine Physiotherapieeinheit im Durchschnitt (ausgenommen Atemtherapie)?</p>	<input type="checkbox"/> weniger als 30 Minuten <input type="checkbox"/> 30 bis 45 Minuten <input type="checkbox"/> 45 Minuten bis eine Stunde <input type="checkbox"/> mehr als eine Stunde
<p>Welche Behandlungsinhalte wurden bei diesem Patienten angewendet?</p>	<input type="checkbox"/> Lagerung <input type="checkbox"/> Krafttraining ohne zusätzlichen Widerstand <input type="checkbox"/> Krafttraining mit zusätzlichem Widerstand <input type="checkbox"/> Gleichgewichtstraining <input type="checkbox"/> Gehtraining <input type="checkbox"/> Elektrische Muskelstimulation <input type="checkbox"/> Mobilitätstraining (Transfers) <input type="checkbox"/> Übungen zur Bewegungserweiterung <input type="checkbox"/> Dehnübungen
<p>Falls beim Krafttraining zusätzlicher Widerstand angewendet wurde, wie wurde es durchgeführt?</p>	<input type="checkbox"/> Widerstand durch freie Gewichte <input type="checkbox"/> Widerstand durch ein Trainingsgerät <input type="checkbox"/> Widerstand über (Gummi-)bänder
<p>Welche Gehhilfe nutzte der Patient bei Entlassung aus der Klinik?</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> 4-Punkt-Stock <input type="checkbox"/> 2 Gehstöcke <input type="checkbox"/> 2 4-Punkt-Stöcke <input type="checkbox"/> 2 Gehstützen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehbock <input type="checkbox"/> Unterarmgehwagen <input type="checkbox"/> Sonstiges <hr/>

<p>Wurden einer oder mehrere dieser Tests verwendet, um beim Patienten die Balancefähigkeit oder die Mobilität zu beurteilen? (Mehrfachantworten möglich)</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Berg Balance Scale</li> <li><input type="checkbox"/> Tandem/ Semi-Tandem</li> <li><input type="checkbox"/> Functional Reach Test</li> <li><input type="checkbox"/> POMA (Tinetti Test)</li> <li><input type="checkbox"/> TUG (Timed-up-and-Go)</li> <li><input type="checkbox"/> 1-Bein-Stand (Zeitmessung)</li> <li><input type="checkbox"/> 5-Step-Test oder Alternate Step Test</li> <li><input type="checkbox"/> BEST-Test</li> <li><input type="checkbox"/> Bett-Transfer</li> <li><input type="checkbox"/> Elder Mobility Scale</li> <li><input type="checkbox"/> Sit-to-Stand/ Aufstehetest</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges</li> </ul> <hr/>
<p>Wurde beim Patienten eine Beurteilung bzgl. des Sturzrisikos durchgeführt und ihm daraufhin empfohlen, im Anschluss an den Klinikaufenthalt an Maßnahmen zur Sturzprävention teilzunehmen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja, Beurteilung bzgl. Sturzrisiko ist erfolgt und Hinweis wurde während des Aufenthaltes gegeben</li> <li><input type="checkbox"/> ja, Patient wurde einer "Falls Clinic" zugewiesen (<i>für Deutschland nicht zutreffend</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> ja, jedoch Sturzpräventionsmaßnahme im Anschluss an den Klinikaufenthalt als nicht sinnvoll erachtet (zB med. Gründe)</li> <li><input type="checkbox"/> es wurde keine Beurteilung bzgl. des Sturzrisikos durchgeführt</li> <li><input type="checkbox"/> nicht bekannt</li> </ul>
<p>Wohin wurde der Patient entlassen?</p> <p>Falls Sonstiges, bitte angeben</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> häusliche Umgebung</li> <li><input type="checkbox"/> betreutes Wohnen</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegeheim</li> <li><input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitation</li> <li><input type="checkbox"/> anderes Krankenhaus</li> <li><input type="checkbox"/> Patient ist verstorben</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges</li> <li><input type="checkbox"/> nicht bekannt</li> </ul> <hr/>

Hat der Patient im Anschluss  
rehabilitative Maßnahmen erhalten und  
wenn ja in welcher Form?

- nein
- ambulante Rehabilitationseinrichtung
- stationäre Rehabilitationseinrichtung
- privat stationäre Rehabilitationseinrichtung
- Hausbesuche durch Therapeuten
- Betreuung im Pflegeheim/Altenheim
- Sonstiges

Falls Sonstiges, bitte angeben

---