

# Mainzer Mobilitäts-Matrix

Ein Assessmentverfahren zur standardisierten Erhebung des  
Mobilitätsniveaus von Patienten im stationären Kontext

## Präambel

Der Gesetzgeber hat die Krankenhäuser verpflichtet, für alle Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt Leistungen zur Frührehabilitation anzubieten (Sozialgesetzbuch V § 39). Vorrangiges Ziel der Frührehabilitation ist in diesem Zusammenhang die Wiederherstellung der Basisfähigkeiten wie Mobilität, weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens, Kommunikation mit und Orientierung in der Umwelt. Die gesetzlichen Vorgaben erweitern den Auftrag der Krankenhäuser, über die Versorgung der Krankheit des Patienten hinaus, um die Förderung seiner funktionalen Gesundheit, seiner Fähigkeit zu Aktivität und Partizipation im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO. Um die stationäre Frührehabilitation der Patienten strukturiert zu planen, durchzuführen, zu dokumentieren und auszuwerten, sowie die Qualität des Prozesses zu sichern, ist eine fachübergreifende und diagnoseunabhängige quantitative Objektivierung des Mobilitätsniveaus der Patienten notwendig.

Dazu wurde durch Mitarbeiter des Instituts für Physikalische Therapie, Prävention und Rehabilitation der Universitätsmedizin Mainz die Mainzer Mobilitäts-Matrix (MMM) entwickelt.

Sie dient der Kategorisierung der Mobilität stationärer Patienten und beschreibt die Fähigkeit des Patienten verschiedene, für den Krankenhausalltag typische Mobilitätsleistungen, vom Lagewechsel im Liegen bis hin zur Bewegung auf dem Klinikgelände, zu bewältigen. Zudem werden der notwendige Unterstützungsaufwand bei der jeweiligen Mobilitätsleistung, von eigenständiger Durchführung bis hin zur Hilfe durch Fachpersonal, und einige Zusatzinformationen (Fußgänger oder Rollstuhlfahrer, Einfluss mentaler Körperfunktionen) erfasst.

Um den Großteil der Patienten mit der Matrix erfassen zu können und trotzdem die Nutzbarkeit im klinischen Alltag zu ermöglichen, konzentriert und beschränkt sich die Matrix auf einzelne krankenhaustypische Mobilitätsleistungen. Ein Teil besonders immobiler oder überdurchschnittlich mobiler Patienten wird durch die Matrix nicht speziell abgebildet. Eine qualitative Einschätzung der Mobilität ist mit der Mainzer Mobilitäts-Matrix nicht möglich.

Die Mainzer Mobilitäts-Matrix soll eine Hilfe sein für die interdisziplinäre Kommunikation, für medizinische, therapeutische und pflegerische Entscheidungen, sowie für das Entlass- und das Qualitätsmanagement.

Ab Juni 2014 beginnt die Pilotphase zur Anwendung der Mainzer Mobilitäts-Matrix in der Universitätsmedizin Mainz. Für Patienten die durch das Institut für Physikalische Therapie, Prävention und Rehabilitation Leistungen erhalten, wird das Assessmentverfahren durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Eingangsuntersuchung und als Ausgangsuntersuchung, angewandt. Die Ergebnisse werden in der fallbezogenen SAP-Dokumentation hinterlegt und können nach den Kriterien: DRG-Position, Einrichtung und Zeitraum ausgewertet werden.



## **Mobilitätskategorie**

### **Zeilen (horizontale Achse)**

#### **Positionierung im Bett (ICF-Code d420)**

„Positionierung im Bett“ beschreibt die Fähigkeit, sich während des Liegens im Bett umzulagern und sich im Bett zu transferieren. Hierzu zählt der Bewegungsübergang von der Rückenlage in die Seitenlage und das horizontale bzw. vertikale Verschieben im Bett. Die Bauchlage wird nicht bewertet. Das Kriterium gilt als erfüllt, wenn der Bewegungsübergang von der Rückenlage in Seitenlage rechts oder links und das horizontale und vertikale Verschieben bewältigt wird. Ist nur eine einzelne spezielle Lagerung erlaubt, ist bei Grad der Eigenständigkeit „ne – nicht erlaubt“ zu dokumentieren.

#### **Positionswechsel Liegen-Sitz-Liegen (ICF-Code d4100)**

„Positionswechsel Liegen-Sitz-Liegen“ beschreibt die Fähigkeit, sicher aus einer liegenden Körperposition in die sitzende Position an die Bettkante zu gelangen, dort sicher zu sitzen ( $\triangleq$  ca. 5 sec) und sich dann wieder zurück zu legen.

#### **Positionswechsel Sitz-Sitz (tiefer Transfer) (ICF-Code d420)**

„Positionswechsel Sitz-Sitz“ beschreibt die Fähigkeit, sich aus einer sitzenden Position von einer Sitzgelegenheit auf eine andere, gleichen oder unterschiedlichen Niveaus, ohne in den Stand zu gelangen zu transferieren, z.B. sich von einem Bett in den Stuhl, Rollstuhl, Toilettensitz, usw. und wieder zurück zu bewegen.

#### **Positionswechsel Sitz-Stand-Sitz (ICF-Code d420)**

„Positionswechsel Sitz-Stand-Sitz“ beschreibt die Fähigkeit, sich sicher aus einer sitzenden Position von einer Sitzgelegenheit in den Stand zu begeben, sicher zu stehen ( $\triangleq$  > 5 sec) und auf der gleichen oder einer anderen Sitzgelegenheit Platz zu nehmen. Zudem, sich von einer Sitzgelegenheit auf eine andere, gleichen oder unterschiedlichen Niveaus, über den Stand zu transferieren.

#### **Mobilität Zimmerebene (ICF-Code d460/d450)**

„Mobilität Zimmerebene“ beschreibt die Fähigkeit, innerhalb des Krankenzimmers sicher umherzugehen oder sich umherzubewegen (Rollstuhl). Darunter fällt der Weg in das Badezimmer, zum Kleiderschrank, oder an den Tisch im Patientenzimmer. Diese Kategorie ist unabhängig von der Bewertung in anderen Kategorien, wie z.B. Bewegungsübergang von der liegenden in die sitzende Position und zurück.

### **Mobilität Etageebene (ICF-Code d460/d450)**

„Mobilität Etageebene“ beschreibt die Fähigkeit des sicheren Gehens / Fortbewegens auf Stationsebene ( $\triangleq > 10\text{m}$ ). Dazu zählt der Weg vom Patientenzimmer zur Teeküche, zum Stationszimmer, dem Aufenthaltsraum, der Eingangstür und zurück zum Zimmer. Diese Kategorie ist unabhängig von der Bewertung in einer anderen Kategorie, wie z.B. Positionswechsel vom Sitz über den Stand zum Sitz auf einer anderen Unterstützungsfläche.

### **Mobilität Treppe (ICF-Code d460/d4550)**

„Mobilität Treppe“ beschreibt die Fähigkeit, sich sicher auf der Treppe  $\geq 10$  Stufen fortzubewegen. Die Hilfestellung durch den Handlauf wird akzeptiert und wird nicht als „HI“ deklariert.

### **Mobilität Klinikgelände (ICF-Code d460/d450)**

„Mobilität Klinikgelände“ beschreibt die Fähigkeit, außerhalb der Gebäude sicher umherzugehen / sich sicher fortzubewegen, wie Gebäudewechsel, das Besuchen des Casinos oder des Cafés und das Zurückkommen ( $\triangleq \geq 100\text{m}$ ). Für diesen Zweck ist das sichere Gehen und Fortbewegen auf unebenem Terrain notwendig.

## **Grad der Eigenständigkeit**

Spalten (vertikale Achse)

### **(ei) Selbständiges Ausführen einer Aktivität / eigenständig mobil**

Der Patient bewältigt die Mobilitätskategorie ohne jegliche Einwirkung von außen, komplett unabhängig und autonom.

### **(Hi) Eigenständiges Ausführen einer Aktivität unter Verwendung von Hilfsmitteln / Eigenständig mobil mit Hilfsmitteln**

Der Patient benötigt zur eigenständigen Bewältigung der Mobilitätskategorie Hilfsmittel, die der Patient im Normalfall nicht zuhause hat, wie: Bettgalgen, Unterarmgehstützen, Rollator, Gehwagen, Rollstuhl, O<sub>2</sub>-Reservat. Hilfestellung durch eine unterstützende Person ist nicht notwendig.

### **(La) Ausführen einer Aktivität mit einer Laienperson möglich**

Der Patient benötigt zur sicheren Bewältigung der Mobilitätskategorie manuelle oder verbale Unterstützung einer Laienperson. Zur Unterstützung sind keine speziellen Fachkompetenzen erforderlich. Eine eigenständige Bewältigung der Mobilitätskategorie durch den Patienten ist nicht möglich.

### **(Fa) Ausführen einer Aktivität mit einer Fachperson**

Der Patient benötigt zur Bewältigung der Mobilitätskategorie die Supervision oder Hilfestellung einer fachlich geschulten Person. Hierzu sind zwingend die nötigen Fachkompetenzen im spezifischen Leistungsbereich erforderlich. Eine eigenständige Bewältigung der Mobilitätskategorie durch den Patienten oder durch Laienhilfe ist nicht möglich.

### **(As) Ausführen einer Aktivität mit einer Fachperson und einer oder mehrerer Assistenzpersonen**

Der Patient benötigt zur Bewältigung der Mobilitätskategorie die Hilfestellung einer für den Leistungsbereich speziell fachlich geschulten Person, sowie der Hilfestellung einer oder mehrerer Assistenzpersonen. Als Assistenzperson gelten alle Personen, die unter Leitung der Fachperson in jeglicher Weise bei der Mobilitätsleistung behilflich sind. Die eigenständige Bewältigung der Mobilitätskategorie durch den Patienten ist nicht möglich. Laienhilfe oder Hilfestellung einer einzelnen Fachperson nicht ausreichend.

### **(nd) Mobilisation ist aktuell nicht durchführbar**

Die Bewältigung der Mobilitätskategorie ist derzeit praktisch nicht durchführbar. „Patient kann nicht“.

### **(ne) Mobilisation ist aktuell nicht erlaubt**

Die Bewältigung der Mobilitätskategorie ist medizinisch kontraindiziert. „Patient darf nicht“. Dies ist die dominante Kategorie, die bei einem Bewegungsverbot gewählt wird, auch wenn der Patient die Bewegung ausführen kann oder könnte.

## **Zusatzinformationen**

Spalten (vertikale Achse)

### **(mK) Eigenständiges Ausführen einer Aktion ist aufgrund von mentalen Körperfunktionen nicht möglich**

Die Bewältigung der Mobilitätskategorie ist aufgrund der globalen mentalen Funktionen, wie Funktionen des Bewusstseins, den Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs oder den spezifischen mentalen Funktionen, wie Funktionen des Gedächtnisses oder kognitiv-sprachlichen Funktionen nicht sicher eigenständig möglich.

### **(Fg) Patient ist Fußgänger**

Der Patient bewältigt die Mobilitätskategorie fußläufig.

### **(Ro) Patient ist auf Rollstuhl angewiesen**

Der Patient bewältigt die Mobilitätskategorie im Rollstuhl sitzend. Der Transfer in den Rollstuhl wird mit den Kategorien „Positionswechsel vom Sitz über den tiefen Transfer zum Sitz auf einer anderen Unterstützungsfläche“ oder „Positionswechsel vom Sitz über den Stand zum Sitz auf einer anderen Unterstützungsfläche“ bewertet.

# **Anmerkungen für den Anwender**

## **Regelmäßige Durchführung**

Die Matrix wird zu Beginn und zum Abschluss eines stationären Behandlungszeitraums angewandt. Bei längerem Krankenhausaufenthalt sollen 1 mal wöchentlich Zwischenbeurteilungen stattfinden, um die Ergebnisse der Therapie festzuhalten und ferner den Verlauf der Mobilitätsfähigkeit während des Krankenhausaufenthaltes zu dokumentieren. Zusätzliche Zwischendokumentationen bei gravierenden Änderungen in der Mobilität sind wünschenswert. Ist ein Eingangsprotokoll der Mobilitätsmatrix vorhanden, so muss auch ein Abschlussprotokoll folgen. Die Abschlussuntersuchung darf maximal 5 Tage vor Abschluss der Behandlung erfolgen. Das einmalige Ausfüllen der Mobilitätsmatrix wird technisch unterbunden (Ausnahme: Der Patient verstirbt). Wenn der Patient vor der Abschlussdokumentation entlassen wird, dann wird diese mit Datum vom letzten Kontakt nachdokumentiert.

## **Erfüllung einer Mobilitätskategorie**

Zu dokumentieren ist eine Mobilitätskategorie erst dann, wenn die Aktivität vollständig und sicher erbracht wird.

Beispiel:

Die Mobilitätskategorie „Positionswechsel Liegen-Sitz-Liegen“ ist erst dann vollständig ausgeführt, wenn sich der Patient aus der liegenden Position hinsetzen kann und zusätzlich der Rückweg in die liegende Position möglich ist. Die genauen Kriterien der jeweiligen Mobilitätskategorien sind in der Legende hinterlegt.

## **Bewertung auch durch Zeugen**

Zur Bewertung muss der Bewertende die einzelnen Kategorien nicht zwingend selbst überprüfen, sondern kann auf Aussagen glaubwürdiger Zeugen (Personal, Angehörige, Patient) zurückgreifen.

## **Auswahl der maximalen eigenständigen Mobilität**

Dokumentiert wird immer die Mobilitätskategorie mit der höchsten Eigenständigkeit.

Beispiel:

Ist ein Patient nach Unterschenkelfraktur mit dem Rollstuhl auf Etagenebene selbständig mobil und erlernt zusätzlich in der physiotherapeutischen Behandlung das Gehen, ist dabei jedoch von einer Hilfsperson abhängig, so ist der Terminus „Eigenständig mobil“ (vertikale Achse) mit der Zusatzinformation „Patient ist auf Rollstuhl angewiesen“ zu wählen.

## **Kategoriale Festlegung erlaubt Kompensationen**

Da es sich um eine kategoriale Beurteilung der Mobilität handelt, sind Kompensationsmechanismen erlaubt. Es werden Aktivitäten beurteilt, die das Maß der Selbstständigkeit bestimmen und das Partizipieren am sozialen Leben ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung, ob der Patient die Fähigkeit besitzt, Bewegungsübergänge selbständig zu bewältigen. Die Qualität dieser Bewegungsübergänge ist Inhalt der physiotherapeutischen Behandlung und wird in den individuellen Therapiedokumentationen erfasst.