

Sehr geehrte Damen und Herren,

bezugnehmend auf die MMHmG-Novelle 2015 bezüglich „MAB – Basismobilisation“ stelle ich folgendes fest:

- 1) Mobilisationen in der Neurologie sowie im postoperativen Bereich sind hinsichtlich Risikofaktoren und therapeutischer Strategie (Förderung der Wahrnehmung und Motorik, Anbahnung physiologischer Muster, bei größtmöglicher Vermeidung pathologischer und kompensatorischer Muster) alles andere als einfache „Pflege-Mobilisationen“. In diesem Zusammenhang verweise ich auf die umfangreichen Ausbildungen wie z.B. Bobath und Forced Use sowohl in Therapieberufen als auch in der Pflege.
- 2) Auch eine Mobilisation im Bereich „Innere Medizin“ erfordert ausreichend medizinisches Hintergrundwissen, da sehr häufig nicht angeführte Begleiterkrankungen „das Aufstehen“ beeinflussen und/oder Gefahr für den Patienten darstellen können. (z. B. St. P. Insult, St. p. Hüft – TEP OP oder chirurgische Eingriffe).
- 3) Außerdem ist fundiertes Wissen die Grundlage um etwaige Verschlechterungen oder Veränderungen am Patienten während der ersten Phase der Zurückerlangung der Mobilität zu bemerken. Mobilisationsassistenten werden möglicherweise die Symptome gar nicht erkennen.
- 4) Die Medizin ist zu komplex um die Basismobilisation auf bestimmte Krankheitsbilder einzuschränken!
- 5) Gangschulungen und Hilfsmittelversorgung sind eindeutig dem Aufgabenbereich der Physiotherapeuten zuzuordnen. Hier gibt es weder „einfach“ noch „Basis“! Wer es nicht glaubt soll bitte mal schnell mit einem Insultpatienten mit Pusher Symptomatik gehen!
- 6) Aus Gründen der Kontinuität einer qualitativ hochwertigen Behandlung ist es sinnvoll wenn die Erstmobilisation (diese ist bereits Therapie) wie auch darauffolgende Therapieinhalte durch den selben Therapeuten erfolgen. Dies entspricht auch der gelebten Praxis in allen Kages Standorten.
- 7) In den Organisationseinheiten der Therapiebereiche ist hohe Flexibilität aller Mitarbeiter notwendig. Kurz: jeder muss auf allen Stationen einsetzbar sein. Ein durch einen MTD zu beaufsichtigender „Mobilisationsassistent“ stellt eine Belastung dar und könnte natürlich auch keine Samstagsdienste machen. Die Beschäftigung eines Mobilisationsassistenten wird aufgrund des eingeschränkten Einsatzspektrums gegenüber einem umfassend ausgebildeten Therapeuten immer weniger attraktiv sein.
- 8) Die Beaufsichtigung des Mobilisationsassistenten durch Ärzte geht in der Praxis ins Leere: Wo gibt es noch ein Krankenhaus in dem Ärzte freie Zeitressourcen für solche Aufgaben haben?
- 9) Wie ist es einem Patienten zu erklären, ob der eventuell sogar mit Master ausgestattete Physiotherapeut ihn mobilisiert oder eine Hilfskraft? Auch im ärztlichen Bereich sieht es der Patient nicht gerne wenn der Turnusarzt statt dem Oberarzt die Visite macht. Ob zwischen MAB und MTD die gleiche fachliche Distanz sein wird kann man diskutieren!

Zusammenfassend möchte ich folgendes herausstreichen:

- Grundsätzlich gibt es keine einfachen Mobilisationen!
- Gangschulung und Hilfsmittelversorgung sind eindeutige MTD Kompetenz.
- In den Therapie- Organisationseinheiten besteht kein Bedarf für „Mobilisationsassistenten“.
- Die Beaufsichtigung der „Mobilisationsassistenten“ ist weder durch MTD`s noch durch Ärzte möglich.
- Die Medizin ist zu komplex um die Basismobilisation auf bestimmte Krankheitsbilder einzuschränken!

Ich freue mich, dass diese Stellungnahme, die auch der Meinung meiner Mitarbeiter entspricht, in der Diskussion bezüglich Änderung des MMHmG berücksichtigt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Waltraud Lassacher

Physiotherapeutin

Leitung der Therapiebereiche

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Spitalsverbund Judenburg – Knittelfeld

Standort Knittelfeld

A-8720 Knittelfeld, Gaalerstraße 10

Tel.: +43(0)3512/707-2188

waltraud.lassacher@ikh-judenburg.at

www.ikh-judenburg.at