

mtd.austria

Dachverband der gehobenen
medizinisch-technischen Dienste
Österreichs

„Interprofessionalität in der Primärversorgung“ 2017

7. April 2017, Graz

Mag. Gabriele Jaksch
(MTD-Austria)



TITEL

Physio- und Ergotherapie,

Diätologie und Logopädie

gehobene medizinisch-technische Dienste

im Primärversorgungsteam

mtd.austria

Starker Partner im Österreichischen
Gesundheitssystem

~25.000



MTD-Austria: Berufspolitischer Auftrag

MTD-Austria agiert als *gemeinsame berufspolitische Interessensvertretung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs (MTD)*, d.h. MTD-Austria...

- ...arbeitet für eine gemeinsame **berufspolitische Entwicklung**
- ...fungiert intern und extern als **zentraler Ansprechpartner** für MTD-Belange aller Art
- ...agiert intern als **spartenübergreifende Drehscheibe** (Information, Austausch, Diskussion)
- ...sorgt für eine berufsübergreifende **Öffentlichkeitsarbeit**
- ...begreift sich als **Servicestelle** für die einzelnen Berufsverbände

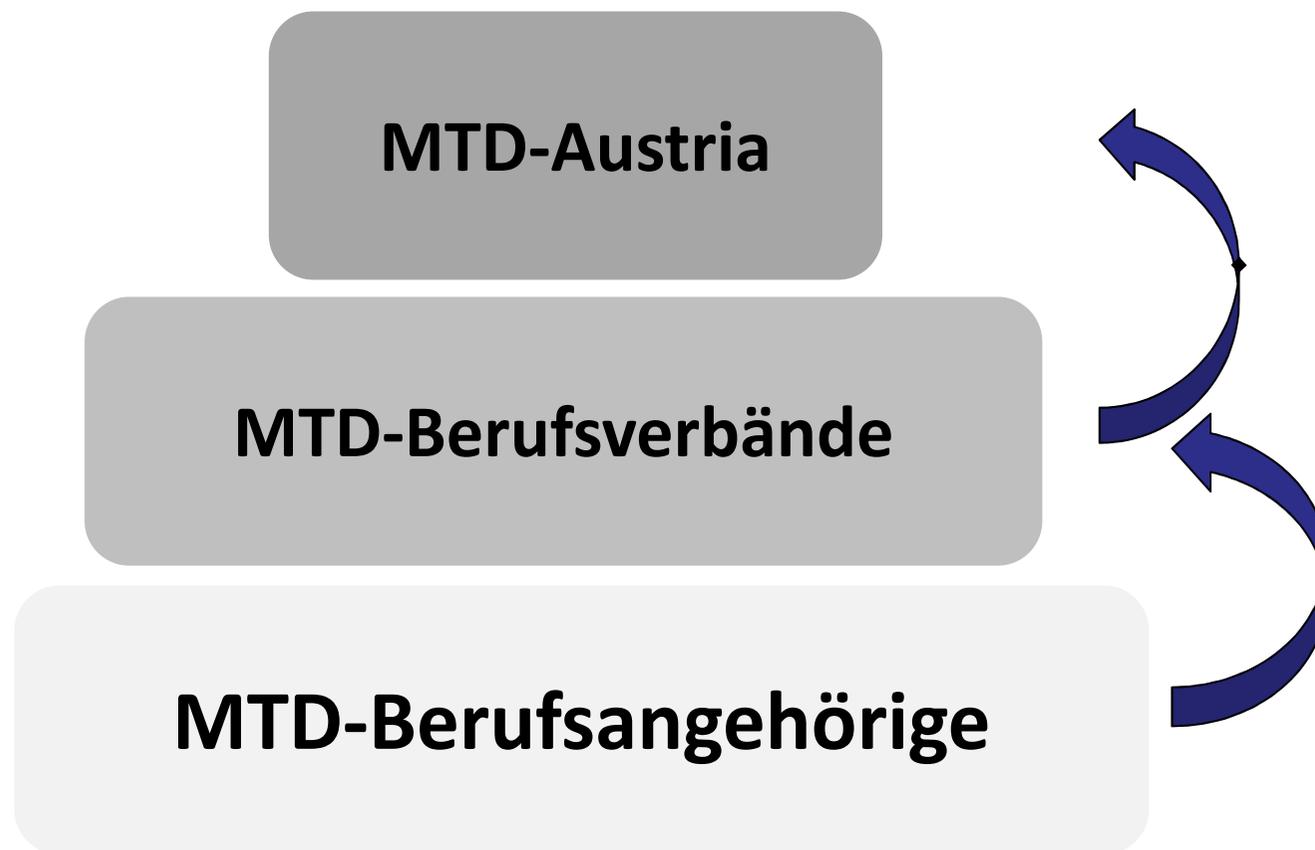
MTD-Austria: Berufspolitischer Auftrag

...und gewährleistet **in enger Kooperation mit den Berufsverbänden** Stabilität und Transparenz hinsichtlich:

- Ausbildung (Qualifikationsvoraussetzung, Dauer, Inhalt und Umfang sowie akademischer Abschluss)
- Berufsbefugnis, Berufsausübung (Art, Anbindung, etc.) und Eigenverantwortlichkeit
- **Integration im relevanten System** (Wiedererkennbarkeit, Identifikation der Leistung, Verankerung in relevanten Gremien).
- Entwicklung und Sicherung der Berufe und Berufsfelder
- **Verankerung gesetzlicher Rahmenbedingungen** (zB.: Gesetzesmonitoring, Stellungnahmen...)
- **Qualitätssicherung** (zB.: Berufsliste...)

MTD-Austria: Mitgliedschaft

Mitgliedschaft und politische Stärke von MTD-Austria:



Es besteht ein enormer Veränderungsdruck:

- die demographische Entwicklung,
- die Erhöhung der Komplexität der Erkrankungen,
- die Zunahme des Fachwissens (lebenslanges Lernen),
- die Spezialisierungen innerhalb der Profession,
- eine Fragmentierung der Arbeitsabläufe,
- eine Zunahme der ökonomischen Zwänge.....

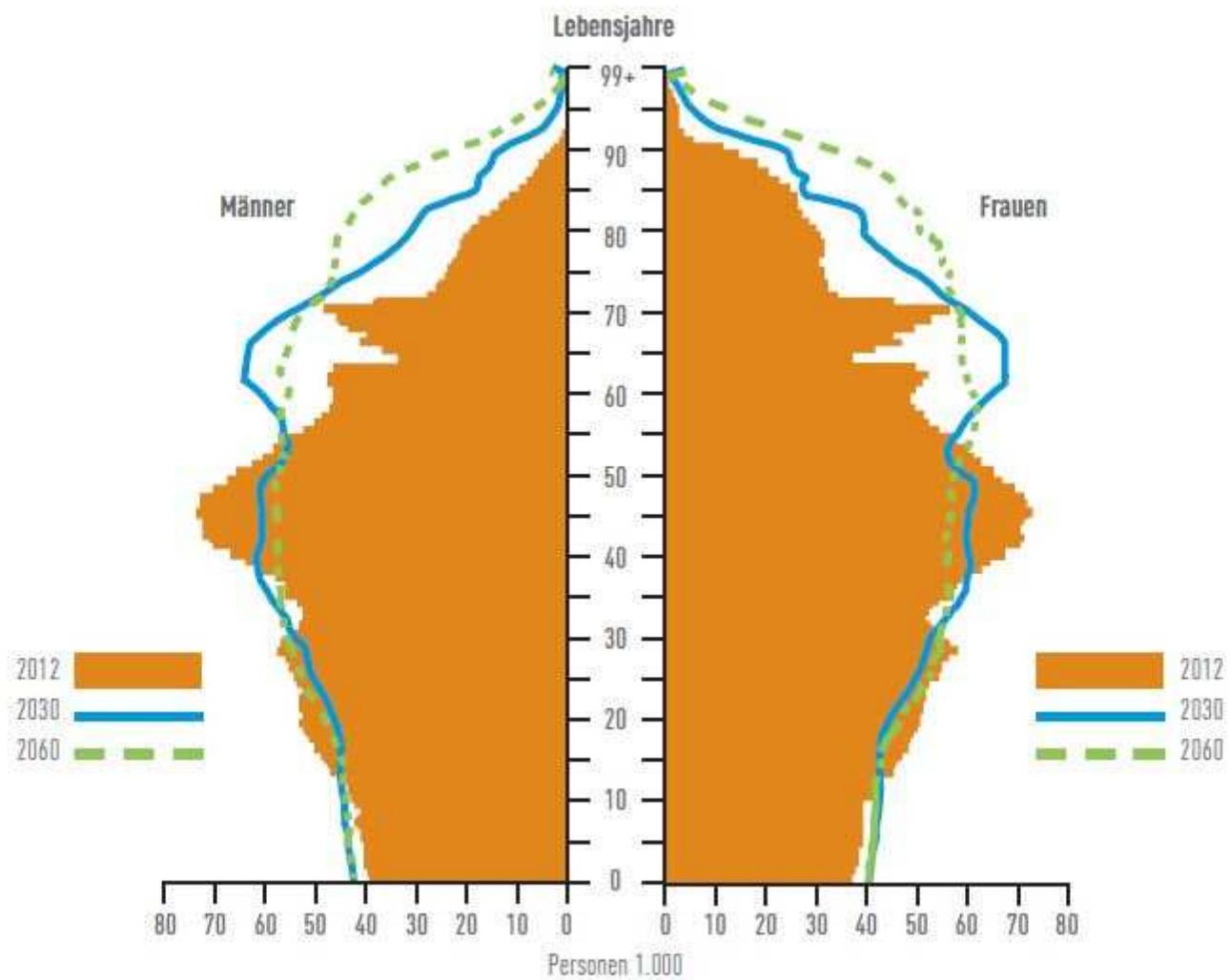
ANTEIL DER ALTERSGRUPPEN AN DER GESAMTBEVÖLKERUNG IN %

			ANZAHL
0 – 9	9,5		801.488
10 – 19	10,6		891.395
20 – 29	13,0		1.097.085
30 – 39	13,2		1.110.150
40 – 49	16,1		1.352.206
50 – 59	14,4		1.211.181
60 – 69	10,6		888.585
70 – 79	8,3		700.907
80 – 89	4,3		358.353
90+	0,8		65.880
			GESAMT 8.477.230

in Prozent

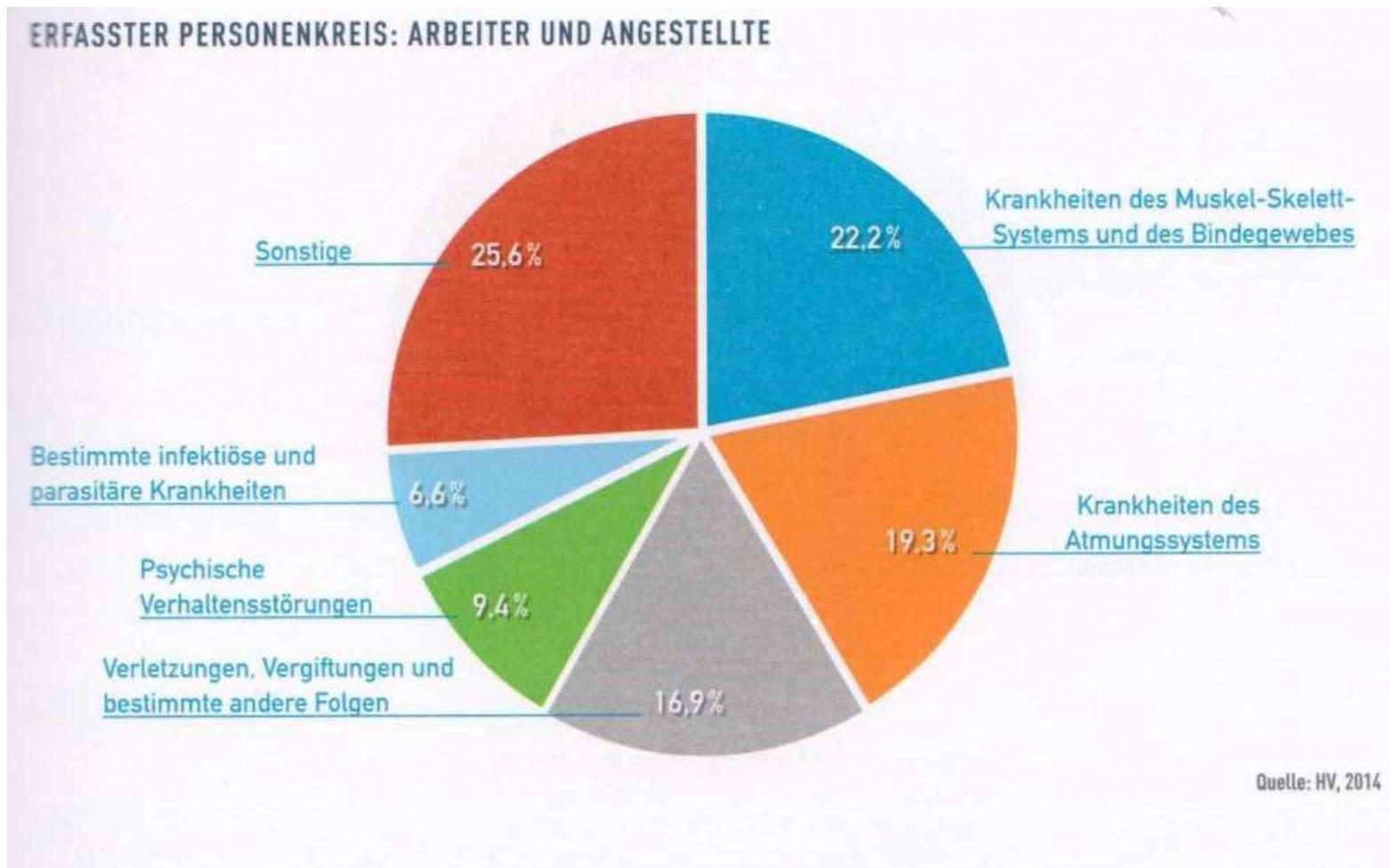
Quelle: Statistik Austria, 2013

BEVÖLKERUNGSPYRAMIDE 2012, 2030 UND 2060



Quelle: Statistik Austria

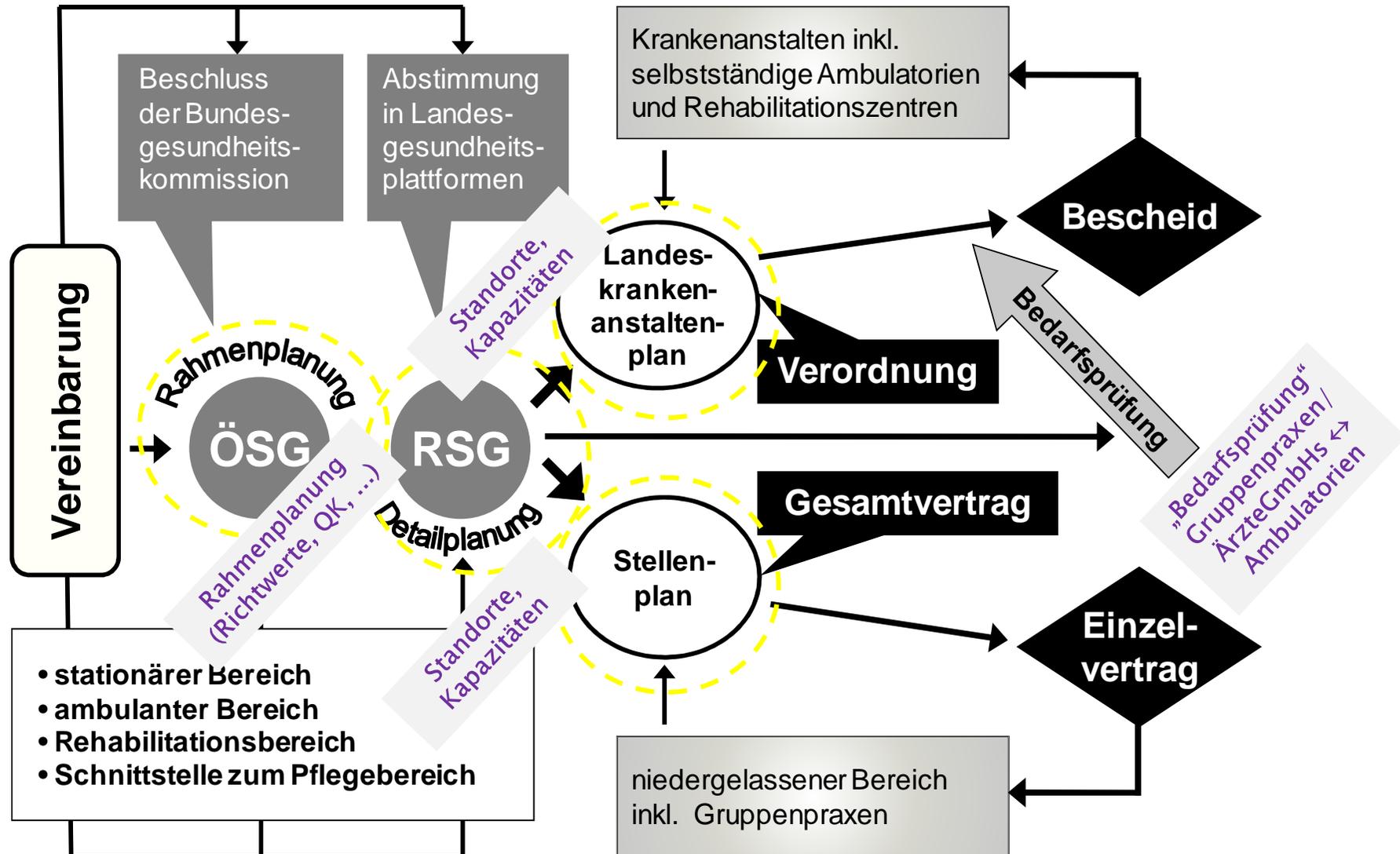
Daten



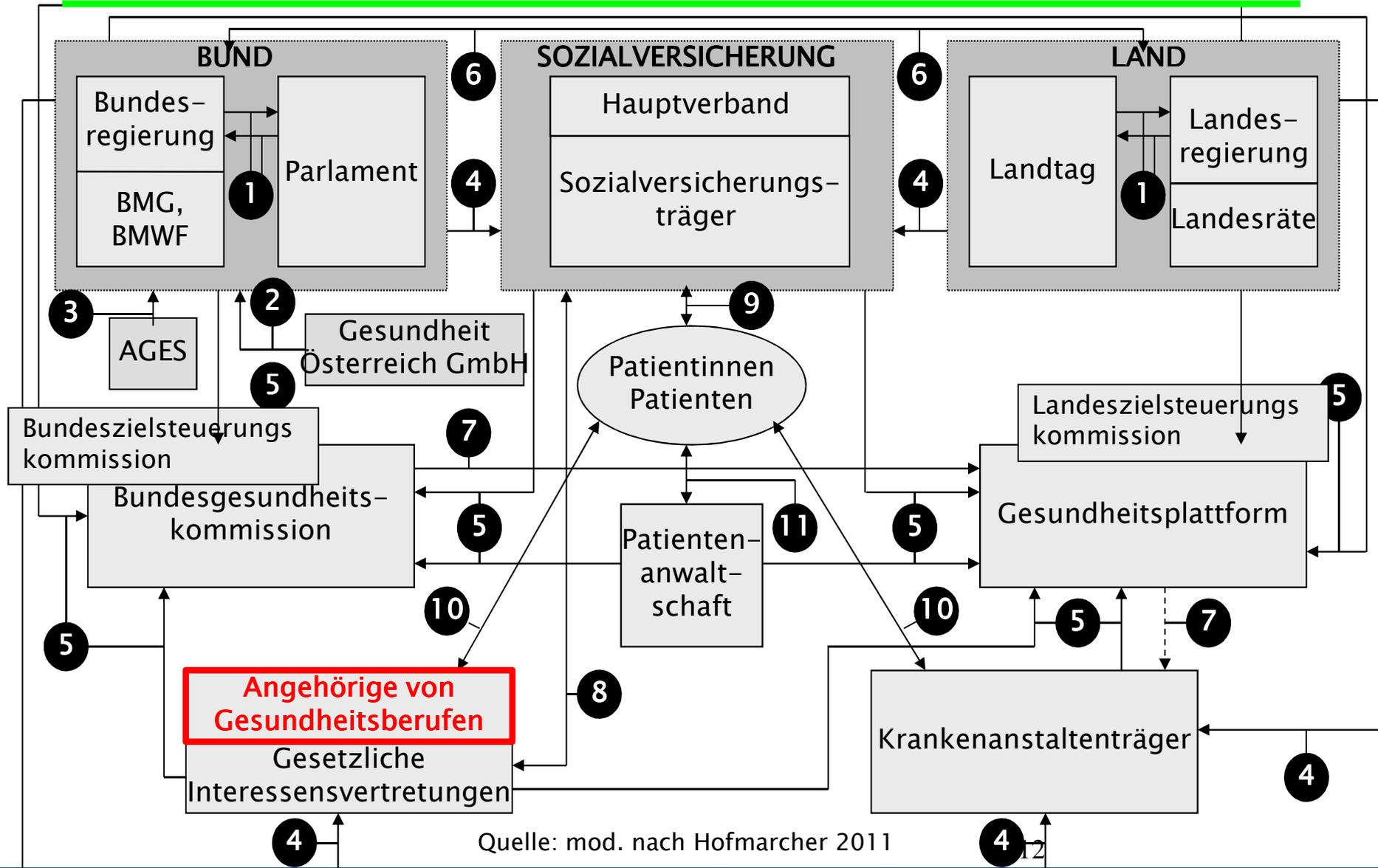
ACHTUNG:

- Hohe Spitallastigkeit (im OECD Vergleich),
- Primärversorgung, Gesundheitskompetenz, Prävention u. Gesundheitsvorsorge schlecht,
- Blickwinkel NUR auf MEDIZIN und PFLEGE!!!
- **MTD – drittgrößte Gesundheitsdiensteanbieter Ö**
- Das gesamte Gesundheitssystem MUSS im Visier sein! !
- Internationale Best Practice heranziehen!!

„Flächendeckende“ Gesundheitsplanung – rechtlich (GÖG)

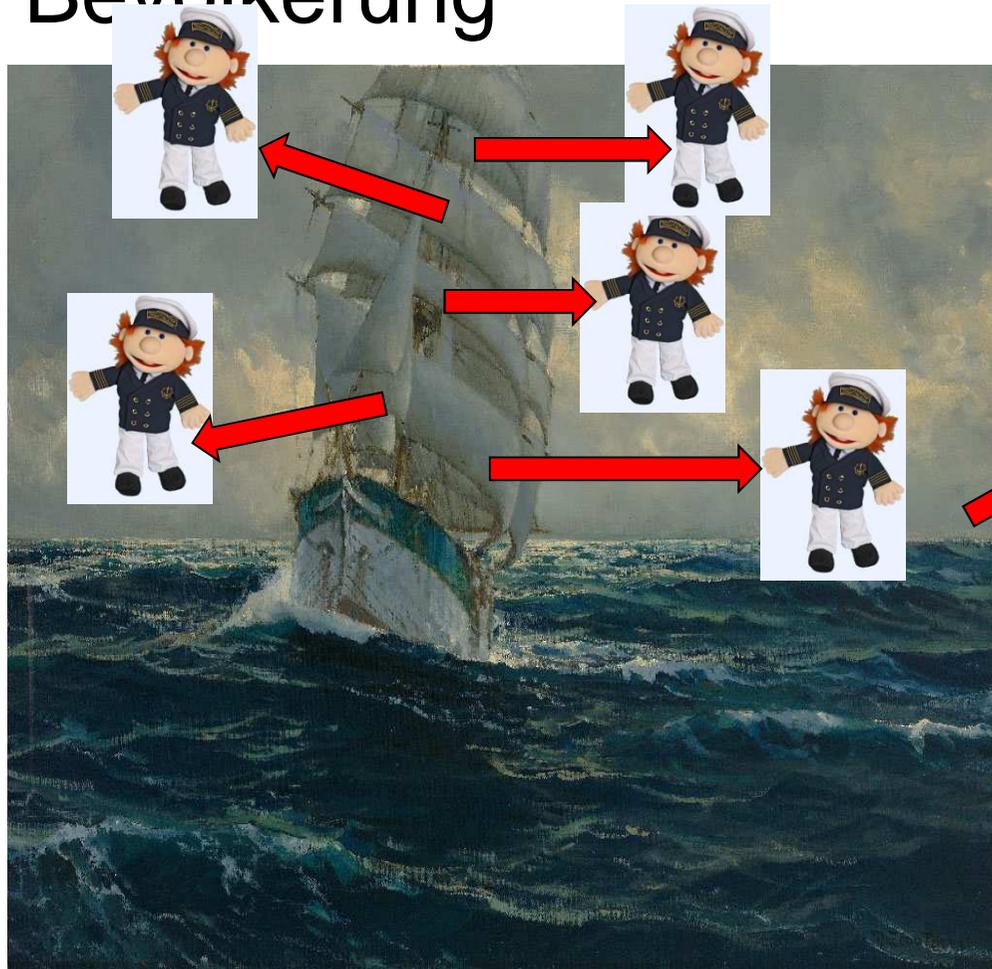


Wesentliche Akteure im österreichischen Gesundheitswesen



Quelle: mod. nach Hofmarcher 2011

Viele Interessen – Gesundheitspolitik - Bevölkerung



Raue Rahmenbedingungen

Viele Kapitäne

„Das Team rund um den Hausarzt“

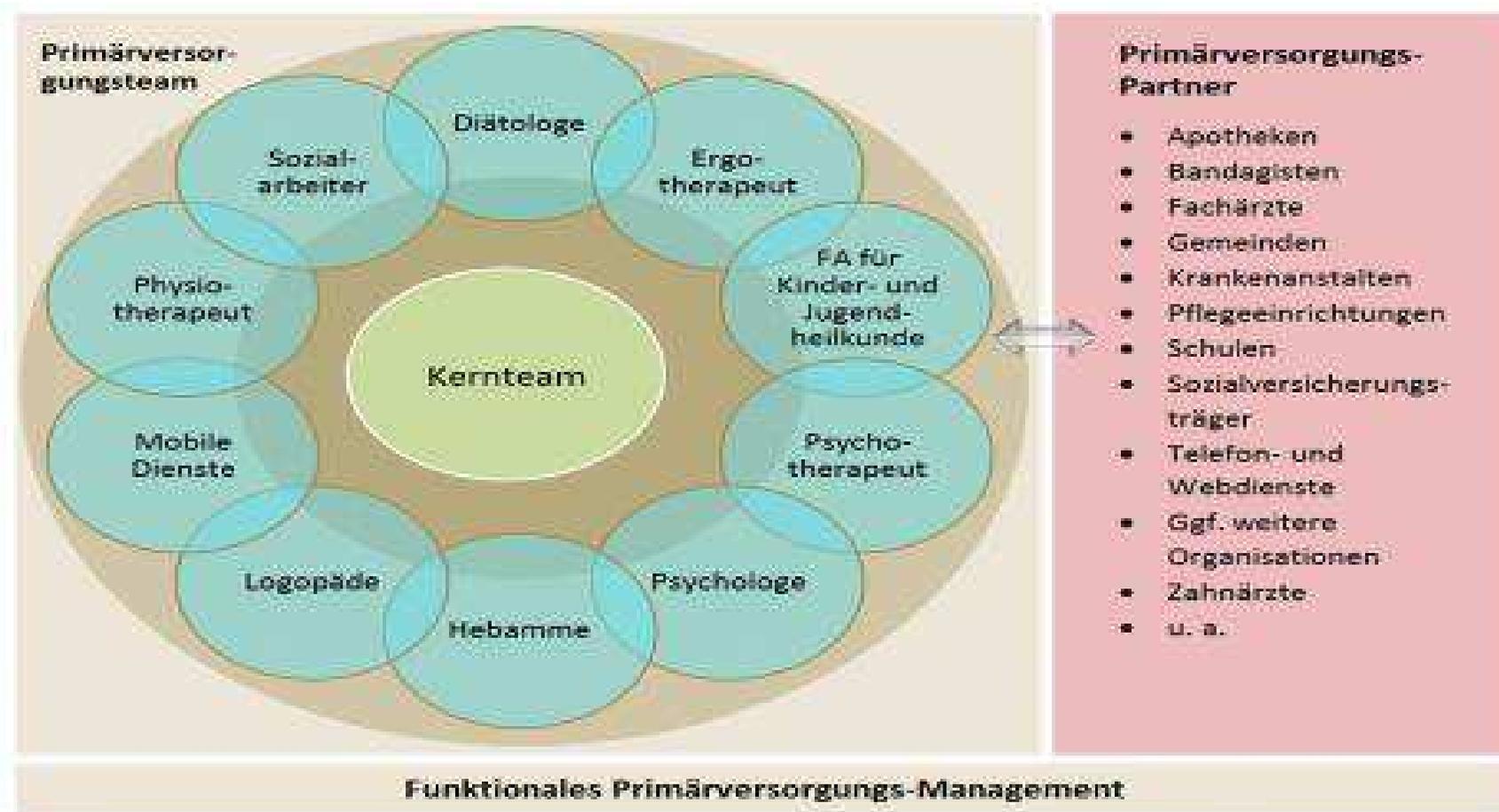
**Konzept zur multiprofessionellen und
interdisziplinären Primärversorgung in Ö.**

Bundeszielsteuerungskommission

30.06.2014

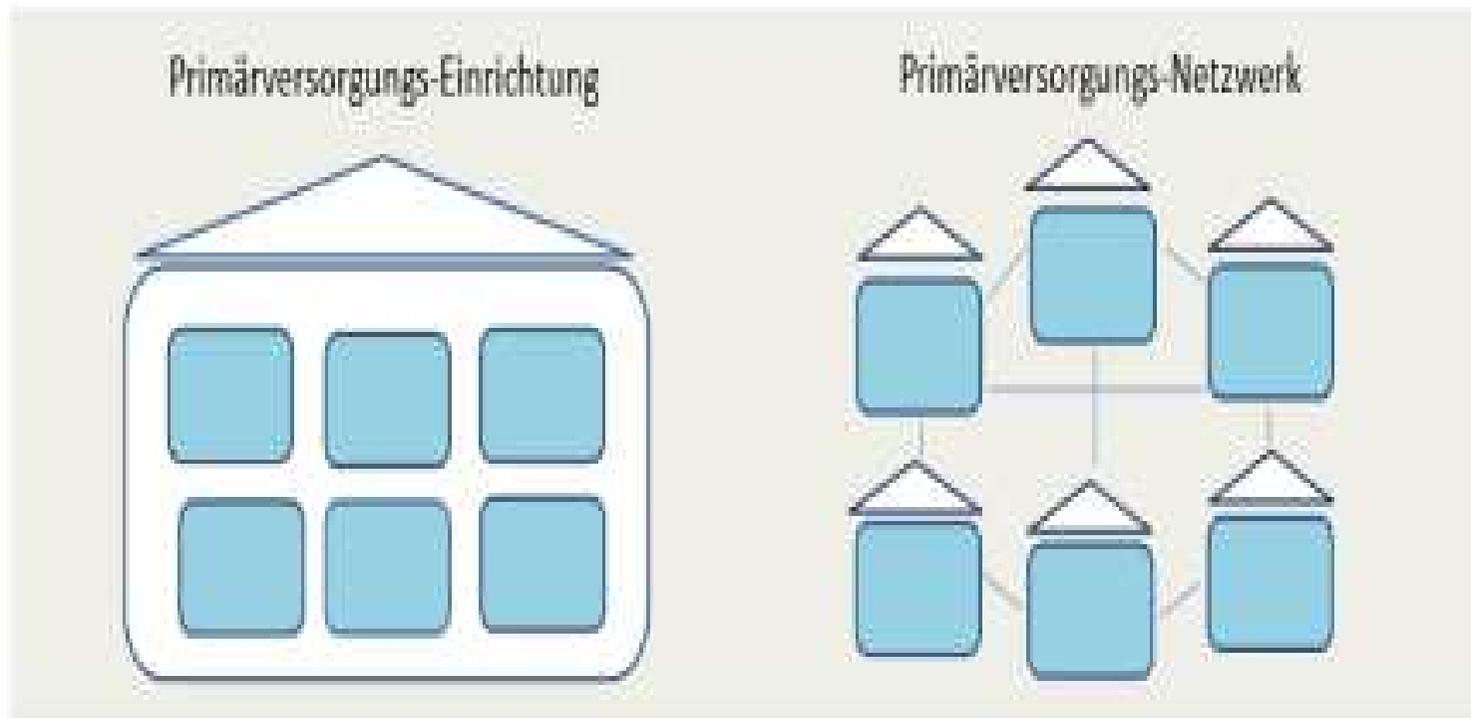
12 Mitglieder (Bund/Land/SV)

Konzept PHC, S 16



Anmerkung: Zusammensetzung des Primärversorgungsteams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein. Die Koordination und Kontinuität der Betreuung wird intern durch ein funktionales Primärversorgungs-Management gesichert.

Konzept PHC, S 18



- **Best Point of Service:**

Versorgung zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler Qualität, zu den günstigsten Kosten;

...indikationsbezogene, nach qualitativen Gesichtspunkten definierte Neuverteilung von ärztlichen Aufgaben

- **Primary Health Care (PHC):**

die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung **UND** in Ballungsräumen = Versorgungszentren inkl. Röntgen, Apotheke, Labor... **UND** Früherkennung und Frühintervention

- **Interdisziplinäre Versorgungsmodelle:**

Zusammenarbeit aller gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe in Gruppenpraxen und zu entwickelnden Organisationsformen

Biomedizinische AnalytikerInnen (BMA):

- Versorgungssicherheit und der Faktor Zeit: In PHC-Zentren nach skandinavischem Vorbild sind immer auch kleine Laboreinheiten integriert, damit Akutparameter, wie beispielsweise Troponin T und pro BNP bei Verdacht auf Myokardinfarkt, sofort erhoben werden können. Wenn Blutproben erst an externe Labors verschickt werden müssten, würde zuviel wertvolle Zeit bis zur Diagnosestellung verstreichen.
- Durchführung von Blutabnahmen und Laboranalysen, rasche Bereitstellung von Notfallparametern vor Ort (First-View)
- Schulung von PatientInnen (z. B. DiabetikerInnen, PatientInnen unter antikoagulativer Therapie) im Umgang mit Point-of-Care-Test-Geräten oder Qualitätsprüfung dieser
- nicht nur technische, sondern auch die medizinische Validierung von Laborbefunden übernehmen
- die Gerinnungseinstellung (Marcoumar etc.) für PatientInnen bspw. mit künstlichen Herzklappen oder anderen Indikationen vornehmen

DiätologInnen (DT):

- Betreuung und Schulung von PatientInnen mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Diabetes oder anderen Stoffwechselerkrankungen etc.
- Wissensvermittlung betreffend Lebensmittel- und Getränkeauswahl, Information über geeignete Zubereitungsmethoden ...
- Im Rahmen der enteralen und parenteralen Ernährung – Auswahl der geeigneten Ernährungsprodukte abgestimmt auf den Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf.
- Durchführung von H₂-Atemtest
- Diabetesmanagement: Edukation zur Blutentnahme aus der Kapillare, der Umgang mit Blutzuckermessgeräten, Insulinspritzen und anderen insulinverabreichenden Systeme
- Durchführung des diaetologischen Prozesses, Screening - Therapieplanung, - Beratung und Schulung von PatientInnen und deren Angehörigen - Verlaufskontrolle - Diabetesschulung und –beratung - Gruppenschulungen - Gewichtskontrolle, -Verlauf, BIA Messungen

ErgotherapeutInnen (ET):

- Hilfsmittelberatung und -adaptierung, sowie Einschulung in den Umgang mit dem Hilfsmittel, um den Transfer in den Alltag zu ermöglichen
- Hilfsmittelverordnung (bisher Aufgabe der ÄrztInnen)
- Ressourcenorientierte ergotherapeutische Beratung (z.B. für Angehörige nach Krankheitsereignissen wie Schlaganfall, ADHS, etc.)
- Tagesstrukturen/Vorbereitung von Strategien zur Alltagsbewältigung (z.B. durch gezieltes Training zum Einsortieren der Medikamente in Behältnis, Implementieren einer festen Routine zur Medikamenteneinnahme...)
- Beurteilung der Handlungsfähigkeit (Selbstständigkeit im Alltag im Hinblick auf Einschätzung des Betreuungs- und Pflegebedarf, kindliche Entwicklung, Arbeitsfähigkeit / Refähigkeit, Invalidität ...)
- Begleitung von Menschen, die sich in neuen Rollen und Situationen zurechtfinden müssen

LogopädInnen (LP):

- Diagnostik und Evaluierung im Bereich der Dysphagie – z.B. FEES – Fiberoendoskopische Schluckuntersuchungen
- Stroboskopie - zur (logopädischen) Untersuchung der Stimmlippen
- Trachelakanülenmanagement
- Dysphagiemanagement, Entscheidung über die orale Nahrungsaufnahme
- Absaugen
- Entscheidung Peg Sonde (dbzgl. u.a. logopädische Stellungnahme für die Ethikkommission, Entscheidung durch die Logopädin/den Logopäden)
- Pegsondenweaning
- Tube weaning process (Sondentwöhnungsprogramme)
- Vestibuläre Untersuchungen
- Sämtliche (päd)audiologische Untersuchungen wie BERA, OAE`s
- Weber/RinneTestungen
- Geschmacksprüfungen
- Geruchsprüfungen

OrthoptistInnen (OT):

- Bei Schielen, bei Schwindel, bei Fehlsichtigkeiten, bei Kopfschmerzen, bei Doppelbildern
- Bei zentralen visuellen Wahrnehmungsstörungen
- Visuelle Abklärung bei PatientInnen mit Schlaganfall
- Visuelle Abklärung bei PatientInnen mit Demenz
- Visuelle Abklärung bei PatientInnen mit Diabetes
- Gesichtsfelduntersuchung Schieltherapie
- Hilfsmittelverordnung Versorgung mit vergrößernden Sehhilfen bei seh/ und mehrfachbehinderten Personen
- Orthoptische Visualtherapie
- Orthoptische Makulaschulung
- Visuelle Neurorehabilitation Visuelle (Re)Habilitation bei Kindern
- In Zukunft könnten OrthoptistInnen im Vorfeld klären, ob Personen mit Sehproblemen eine Augenfacharztpraxis aufsuchen müssen oder nicht.

PhysiotherapeutInnen (PT):

- Assessments und Befundungen durchführen (s.o. sowie mobile Lungenfunktion)
- Durchführung des Mini Mental Status Tests und anderer geriatrischer Basisassessments
- Aufnahme und Interpretation von Fatigue Parametern
- Risikofaktoren mittels Abklärung der Red Flags und Yellow Flags identifizieren
- Multiprofessionelle Fallbesprechungen sowie Helferkonferenzen moderieren
- im Zusammenhang mit pulmologischen Beschwerdebildern passende Inhalationsdevices für die Inhalationstherapie (Atemtherapie) auswählen
- die Reha-Tauglichkeit feststellen bzw Rehabilitationsanträge erstellen.....
- NATÜRLICH alle Tätigkeiten des MTD-Gesetzes.....

RadiologietechnologInnen (RT):

- Die Bildgebung ist eine Basismaßnahme in der PHC Versorgung und liefert rasch weitreichende Diagnostik zur Setzung weiterer Schritte in der medizinischen Versorgung der Patienten inkl Möglichkeit mobiler Geräte
- Patientenaufklärungsgespräch
- Plausibilitätsprüfung der Bild- und Auswertungsdaten
- Zugriff auf Elga zur Befunddatendokumentation und Aufrufen von untersuchungsrelevanten Vorbefunden
- Schnittstellenmanagement zwischen intra- und extramuralem Bereich zur Weiterführung von wiederkehrenden Kontrolluntersuchungen
- Entscheidung über notwendige Zusatzaufnahmen
- Die Triage von Zuweisungen und das Gating des Patienten ist wesentliches Alleinstellungsmerkmal der Radiologietechnologen: a) Gating = Steuerung des Patienten- u. Versorgungsweges b) Triage = Sichtung, Einteilung der Indikation in Gegenüberstellung der einzusetzenden Verfahren, sprich Gerätetechnik, Strahlenschutz, Dosis und Dokumentation

NEU UND INTERNATIONAL ÜBLICH:

**Es gilt den EXTRAMURALEN BEREICH/DIE PRIMÄRVERSORGUNG AUSZUBAUEN,
ABER es gibt zu wenige**

**TherapeutInnen für Hausbesuche UND viele Leistungen werden nicht bezahlt
(Diätologie, Orthoptik, Radiologietechnologie, Biomedizinische Analytik)**

- Viele MTD-Anwendungen (PT, ET, DT, OT, LP, BMA, RT) können im häuslichen Umfeld - mobil angeboten werden
- Viele therapeutische Anwendungen brauchen international keine ärztliche Zuweisung

Alle MTD-Berufe

- WICHTIG: es Bedarf einer vermehrten Zusammenarbeit mit MTD im Hinblick auf reduzierte Facharztanwesenheit (HNO, Labor, Neuropädiater, Kinderpsychiatrie, Pathologen...)
- Somit soll die optimale Unterstützung, Einbringung und Aufbereitung für die Diagnosestellung mehr in Anspruch genommen werden
- Fallführende Verantwortung!!

Von 1000 Menschen...

- berichten 800 über Symptome
- benötigen 21 eine Spitalsambulanz - 13 Notfallaufnahme
- werden 18 stationär aufgenommen
- 1 Person benötigt die speziellen Leistungen einer Universitätsklinik
- **GESUNDHEITSVERSORGUNG DER ZUKUNFT:** alle (!)
Gesundheitsberufe haben ihr Qualifikationsprofil auf zukünftige Qualifikationserfordernisse hin zu überprüfen und anzupassen
Aufgabenverteilung/Rollenverteilung
- Wichtig: Mut, neue Wege zu gehen, über den Tellerrand zu blicken, internationale Modelle heranziehen und auf Österreich umlegen.

WAS IST ZU TUN?

- Arbeitsteilung und Spezialisierung erlauben eine optimale Bewältigung von Teilproblemen, die Erwartung einer ÖsterreicherIn ist aber eine kontinuierliche, ganzheitliche und individuell auf sie abgestimmte Versorgung
- MTD können im Rahmen der derzeitigen gesetzl. Rahmenbedingungen das Gesundheitssystem verändern/verbessern/stützen (obwohl die Berufsbilder im MTD-Gesetz seit 1992 und die derzeitige FH AV nicht mehr zusammenpassen)

„Wer eine Sache am besten kann,
sollte das eine tun, was er kann.“

Henry Ford



„Die Zukunft ist noch nicht geschrieben.
Sie ist, was wir draus machen.“

Wesle, Liska



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

office@mtd-austria.at

mtd.  austria