

Neue Organisationsmodelle im Gesundheitswesen

Autor(en): **Willi, Mechtild / Stüssi, L.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Mitglieder-Info / Spitex Verband Kanton Zürich**

Band (Jahr): - **(1994)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

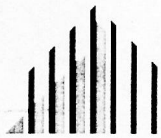
Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-821786>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Einleitung

Wie in der Mitglieder-Info vom April vorangekündigt, beschäftigen wir uns in dieser Ausgabe hauptsächlich mit den neuen Organisationsmodellen, die Herr Regierungsrat Buschor in die Vernehmlassung geschickt hat.

Einerseits orientieren wir Sie heute über die Stellungnahme des Verbandes zur «leistungsorientierten Krankenhaussteuerung». (Einige Gesundheitsbehörden haben unsere Stellungnahme angefordert, damit sie unsere Argumente in die ihrige aufnehmen konnten. Wir haben diese spontane Kommunikation sehr geschätzt.)

Andererseits erhalten sie einen ersten Entwurf unserer Stellungnahme zur «integrierten regio-



Neue Organisationsmodelle im Gesundheitswesen

nalen Leistungssteuerung». Diese Überlegungen sollen Ihnen helfen, Ihre eigene Meinung zu bilden. Ebenso soll dieser Vorschlag als Vorbereitung für die Infoveranstaltung vom 23. Juni dienen.

Vernehmlassung Organisationsmodell «leistungsorientierte Krankenhaussteuerung»

Sehr geehrter Herr Regierungsrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zu den Organisationsmodellen für ein wirksameres öffentliches Gesundheitswesen Stellung nehmen zu können. Leider reichte die Vernehmlassungszeit nicht aus, um unsere Mitglieder in unsere Stellungnahme einzubeziehen, was wir sehr bedauern. Wie von Ihnen vorgegeben, bezieht sich unsere heutige Stellungnahme auf das Modell der **leistungsorientierten Krankenhaussteuerung**.

Grundsätzliches

Wir sind mit Ihnen absolut einig, dass unser Gesundheitswesen neue Organisationsmodelle braucht, um die Sicherstellung der Finanzierung auch künftig garantieren zu können.

Die vorgeschlagenen Modelle leuchten theoretisch ein, lassen jedoch noch einige Fragen offen, die die Umsetzung betreffen.

Wirkungsorientierte Führung als Grundlage der leistungsorientierten Steuerung

Wir begrüßen, dass die Verwaltungsbetriebe vermehrt zu unternehmerischem Denken angeregt werden. Dabei will ihnen die Gesundheitsdirektion auch mehr Autonomie zusprechen. Wir fragen uns jedoch, ob es genügt, neue Führungsmodelle einzuführen, ohne auch von strukturellen Veränderungen zu sprechen. Wir wissen nur zu gut, wie schwierig sich die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, der Verwaltung und den Pflegenden in Wirklichkeit gestalten

Inhalt

Neue Organisationsmodelle im Gesundheitswesen	1
• Stellungnahme des Verbandes zur «leistungsorientierten Krankenhaussteuerung»	
• 1. Vorschlag einer Stellungnahme zur «integrierten regionalen Leistungssteuerung»	
Diverse Mitteilungen	6
Veranstaltungen, Kurse	6
Mitteilung in eigener Sache	8

Beilagen:

Programm: «Neue Organisationsmodelle für ein wirksameres öffentliches Gesundheitswesen – Die Spitex als gefragte Partnerin?»

Adresscoupon

lässt. Um Ihre Absichten im kollektiven Prozess verwirklichen zu können, muss unserer Ansicht nach der Pflegedienst der ärztlichen Direktion und der Verwaltungsdirektion gleichgestellt werden. Ein Postulat übrigens, das seit Jahren von den Personalverbänden gefordert wird und einer entsprechenden Gesetzesänderung in der Krankenhausverordnung bedarf.

Output-Steuerung über Fallpauschalen

Es leuchtet uns ein, dass im Akut-Bereich die Tagespauschalen durch Fallpauschalen ersetzt werden sollen. Wir würden es jedoch nicht gutheissen, wenn dadurch die Chronischkranken einen Nachteil erleiden würden, weil sie sich nicht in Fallpauschalen einteilen lassen. Die Chronischkranken sind jetzt schon benachteiligt, weil sie ab 60. Hospitalisierungstag einen Selbstbehalt von Fr. 110.– pro Tag bezahlen müssen. Wir erachten dies als einen dringend verbesserungswürdigen Tatbestand, da er ausserdem eine Diskriminierung der Chronischkranken darstellt. Auch ist uns bekannt, zu welchem administrativem Unsinn diese Regelung verleiten kann (beispielsweise einen alten Menschen rehabilitieren, der kurz vor dem Tode steht, nur damit die Krankenkasse mehr Kosten übernimmt):

Fallpauschale und Auswirkungen auf die Spitex

Wie uns gesagt wurde, ist in einer Fallkostenpauschale auch die Nachbehandlung (Spitex) inbegriffen. Dies bedeutet einen administrativen Mehraufwand für die Spitex, der unweigerlich nach mehr Professionalität ruft. Professionalisierung bedeutet wiederum höhere Kosten. In dieser Pauschale muss auch deutlich sein, wieviel die Spitex und wieviel die Spitin zugut hat. Ausserdem wünschen wir uns ein Mitspracherecht, wenn es darum geht, die Fallpauschale für die Spitin und die Spitex festzulegen und aufzuteilen.

Die Spitex muss künftig mit Fallpauschalen und dem herkömmlichen Finanzierungssystem abrechnen können, was einem höheren Aufwand an Administration gleichkommt. Die meisten Spitex-Organisationen sind noch nicht mit EDV ausgerüstet.

Die Klientel in der Spitex wird sich verändern. Waren es bis heute vorwiegend Betagte, so werden es künftig mit der Einführung der Fallpauschale vermehrt Jüngere und Kinder sein. Um diese Aufgabe gezielt und sorgfältig wahrnehmen zu können, braucht es dringend

einen **Leistungsauftrag**, der Aussagen über die Zielgruppen und den Behandlungs- und Betreuungsumfang macht.

Die Anforderungen an die Spitex werden aus bereits erwähnten Gründen steigen. Die Zusammenarbeit zwischen Spitex und Spitin muss intensiviert werden. Ebenso stellt sich die Frage, ob die Dienstleistungen in der Spitex ausgebaut werden müssen, beispielsweise mit einem Nachtdienst, um einen 24-Stunden-Betrieb gewährleisten zu können.

Da die effektiven Kosten in der Spitex schwer eruiierbar sind, lässt sich die Kostenentwicklung nur schwerlich voraussagen. Auf politischer Ebene muss entschieden werden, ob ein Ausbau in der Spitex gegenüber einem Spitalbettenabbau angestrebt wird. Die Aufenthaltsdauer in der Spitin wird ja teilweise auf die Spitex abgewälzt werden, was einer Mehrbelastung für die Spitex gleichkommt. Ein Teil der Einsparungen der Spitin sollte in vernünftigem Mass in die Spitex reinvestiert werden.

Für die Krankenkasse ist ein Aufenthalt in der Spitin teurer als in der Spitex. Umgekehrt verhält sich jedoch diese Tatsache für die Patientinnen und Patienten. Der Selbstbehalt in der Spitex muss dem der Spitin unbedingt angeglichen werden.

Mit der Einführung der Fallkostenpauschale kommt dem Hausarzt und der Spitex eine neue Bedeutung zu. Es fragt sich aber, wer die Nachversorgung der entlassenen Spitalpatienten und -patientinnen übernimmt. Wenn man schon vom Sparen spricht; die Arbeit der Gemeindegemeinschaftswester ist billiger als die des Hausarztes! Was die Zusammenarbeit und eine präzisere Aufgaben- und Kompetenzabgrenzung zwischen Hausärzten und Gemeindegemeinschaftswestern betrifft, wünscht der Spitex-Verband eine Klärung und eine vom Kanton abgeseignete Empfehlung.

Exkurs: Spitex als wichtiges komplementäres Versorgungssystem

Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitex-Diensten kann nicht nur rechnerisch vollzogen werden. Das aufgeführte Beispiel, dass der Bezirk Dielsdorf auf knapp 4300 Einwohner und der Bezirk Andelfingen auf rund 1700 Einwohner eine Stelle für die Gemeindegemeinschaftspflege haben, muss differenzierter betrachtet werden. Dielsdorf hat in unmittelbarer Nähe ein Spital. Nicht aber liegt in der unmittelbaren Nähe von Andelfingen eine gleiche Einrichtung. Ebenso ist es möglich, dass verschiedene Polikliniken Dienstleistungen erbringen, wo an Orten ohne Polikliniken dieselbe Arbeit von der Gemeindegemeinschaftspflege verrichtet wird. Man müsste das Dienstleistungsangebot mit allen Einflussfaktoren erfassen, um folgerichtige Schlüsse daraus ziehen zu können.

Obwohl Professionalisierungstendenzen auch in der Spitex allgegenwärtig sind, muss die ehrenamtliche Tätigkeit, sei es im Vorstand einer Organisation oder an der Basis, un-

bedingt beibehalten und unterstützt werden. Es ist ebenso Aufgabe des Spitex-Verbandes, die grosse Arbeit von Angehörigen zu respektieren, wie auch, wo es nötig ist, die Bevölkerung mit Spitex-Diensten zu versorgen.

Exkurs: Förderung gesundheitserhaltender Massnahmen (Prävention)

Die Spitex ist besonders prädestiniert, präventive Aufgaben zu übernehmen, da sie direkt bei der Bevölkerung zu Hause tätig ist. Betrachtet man aber die Realität, dass Prävention kaum zur Anwendung kommt - da es nach wie vor als Luxusdienstleistung gilt - so braucht es in diesem Bereich ein gewaltiges Umdenken. Obwohl in der Spitex einige Gesundheitsschwestern (besonders zur Gesundheitsförderung ausgebildet) arbeiten, haben sie kaum einen Auftrag, präventive Aufgaben zu übernehmen. In einem Leistungsauftrag an die Spitex muss der Prävention ein besonderer Stellenwert beigemessen werden. Auch da wird eine Zusammenarbeit mit den Hausärzten von uns sehr gewünscht.

Exkurs: Förderung herausragender Krankenhausleistungen

Das Modell zur Förderung herausragender Leistungen ist uns in der Privatwirtschaft («In Search of Excellence», Peters/Waterman) sowie im Krankenhausbereich («Magnet Hospitals, Institutions of Excellence», Kramer/Schmalenberg) bekannt. Wir können uns durchaus vorstellen, die aufgeführten Massnahmen in angepasster Form auch auf die Spitex zu übertragen. Der Spitex-Verband würde sich dafür einsetzen, dass sich auch interessierte Organisationen aus der Spitex an den Testaudits beteiligen könnten.

Schlussfolgerungen

Wir möchten mit Nachdruck darauf hinweisen, dass Entwicklungen in der Spitex immer besonders viel Zeit brauchen. Die Existenzbedingungen der Organisationen sind anders als die der Spitäler. Der Spitex-Verband kann sich durchaus vorstellen, dass viele Organisationen bereit sind, sich in die Veränderungsprozesse einzulassen. Wir meinen aber, dass sie nur dazu bereit sind, wenn sie vom Kanton dabei eine echte Unterstützung erhalten, beispielsweise mit der Beteiligung an allfälligen Mehrkosten. Ebenso wünschen wir uns eine tatkräftige Begleitung durch die kantonale

Spitex-Beratungsstelle. Selbstverständlich sieht auch der Spitex-Verband für sich einen Auftrag, wie er ihn im Einführen der Mitarbeiterinnenbeurteilung in der Spitex und im Umsetzen der neuen Ausbildungsbestimmungen SRK - nur um zwei Aktivitäten zu nennen - wahrgenommen hat.

Wir hoffen nun, mit unseren Ausführungen einen nachhaltigen Beitrag für die Realisierung der leistungsorientierten Krankenhaussteuerung geleistet zu haben. Für eine konstruktive Zusammenarbeit, die wir unsererseits gerne anbieten, sind wir zuversichtlich.

Nachtrag zur Stellungnahme der «Leistungsorientierten Krankenhaussteuerung»

Sehr geehrter Herr Regierungsrat
Sehr geehrte Damen und Herren

In unserer Stellungnahme vom 29. April 1994 ist uns ein äusserst wichtiger Punkt untergegangen, den wir nachträglich anbringen möchten.

Wir beantragen, dass die Spitex-Organisationen zuerst gründlich informiert und vorbereitet werden, bevor ein Spitalbettenabbau vorgenommen wird. Insbesondere betrifft dies:

- Einen quantitativen Ausbau (wieviel Personal braucht es mehr?)
- Einen qualitativen Ausbau (welche Anforderungen muss das Personal erfüllen, um dem veränderten Bedarf gerecht zu werden?)
- Information über das konkrete Vorgehen und den Zeitplan.

Wir sind überzeugt, dass die Spitex-Organisationen bereit sind, den quantitativ und qualitativ erhöhten Leistungsauftrag, der durch einen Bettenabbau entsteht, zu erfüllen, wenn Sie rechtzeitig darüber informiert werden und sich gezielt darauf vorbereiten können.

Wir bitten Sie, diesen Nachtrag unserem Vernehmlassungspapier beizulegen und in die Auswertung der Vernehmlassung aufzunehmen. Für die Akzeptanz dieses verspäteten Nachtrages möchten wir uns herzlich bedanken.

Spitex-Verband Kanton Zürich
Geschäftsstelle

L. Stüssi
Präsidentin

M. Willi
Geschäftsführerin

1. Vorschlag zuhanden der Mitglieder des Spitex-Verbandes

Stellungnahme zur integrierten regionalen Leistungssteuerung (Szenario 3)

Grundsätzliches

Wir begrüßen es, dass die Gesundheitsdirektion mit dem Modell einer integrierten regionalen Leistungssteuerung Mut und Risikobereitschaft zeigt und echte Visionen vorlegt zur notwendigen Entwicklung des Sozial- und Gesundheitswesens.

Wir halten fest, dass das Szenario 3 in der vorliegenden knappen Darstellung schwer verständlich ist und viele Fragen offenlässt, v.a. was dessen Realisierung betrifft. Dies erschwert es im jetzigen Moment, eine differenzierte Stellung abzugeben.

Den Ansatz, die Dienste des Gesundheits- und Sozialwesens miteinander zu verbinden und als vernetzte Dienstleistungen mit entsprechenden Strukturen anzubieten, erachten wir als sehr gut und zukunftsweisend.

Leistungserbringer und Financier im Gesundheits- und Sozialwesen (S. 45/46)

Die auf Seite 45 abgebildete Abhängigkeit von Leistungen zeigt deutlich die Schnittstelle des Gesundheits- und Sozialbereichs und belegt, dass es sinnvoll ist, die Leistungserbringer dieser beiden Disziplinen vermehrt zusammenzufassen.

Im zweiten Abschnitt werden fast nur negative Auswirkungen des jetzigen Gesundheitssystems aufgeführt. Dessen positive Seiten sind jedoch ebenfalls erwähnenswert, beispielsweise dass die Leistungserbringer gemeindenah und flexibel auf die vorhandenen Bedürfnisse reagieren können.

Wie wir schon in unserer Stellungnahme zur leistungsorientierten Krankenhaussteuerung gefordert haben, müssen auch in diesem Organisationsmodell gerechtere Krankenkassenleistungen angestrebt werden; das heisst, der Selbstbehalt in der Spitex muss dem der Spitiu angeglichen werden. Ausserdem muss ein neues Finanzierungssystem mit einem möglichst kleinen bürokratischen Aufwand verbunden sein.

Regional integrierte Versorgungsstrukturen (S. 47-49)

In diesem Kapitel fehlt ein Organigramm und eine Zusammenstellung, die aufzeigt, welche Aufgaben und Kompetenzen der Kanton, wel-

che die regionalen Trägerorgane und die Gemeinden konkret haben. Zusätzlich irritiert die Verwendung verschiedener Ausdrücke, die wahrscheinlich die gleiche Bedeutung haben (regionaler Gesundheitsverbund, regionale Trägerorgane, regionaler Organisationsträger, regionale Verbundorganisation).

Die vollständige Umsetzung dieses Modells erfordert unter anderem Anpassungen im Personalrecht. Neben den bereits angestrebten noch zu definierenden Leistungskatalogen fordern wir auch kantonale Richtlinien, die die Löhne und die Anstellungsbedingungen betreffen. Wir haben grösste Bedenken, personalrechtliche Aspekte dem freien Wettbewerb zwischen den verschiedenen Regionen auszusetzen.

Wie im Organisationsmodell der leistungsorientierten Krankenhaussteuerung kommt den Hausärzten eine neue Bedeutung zu: Die des Zuweisers. Um eine solche anspruchsvolle Aufgabe erfüllen zu können, muss die Ausbildung – insbesondere der Allgemeinpraktiker – neu überdacht werden. Unter Umständen müssten auch Bezirksspitäler Lehraufträge erhalten, damit Allgemeinpraktiker zielgerichteter auf ihre zukünftige Tätigkeit hin ausgebildet werden als dies heute in den spezialisierten Kliniken möglich ist. Dies dürfte eine neue FMH-Regelung nach sich ziehen. Wir sind ausserdem der Ansicht, dass die Zuweiser unbedingt in der regionalen Koordinationsinstanz vertreten sein müssen.

Die Aufgaben eines medizinischen Zuweisers sind zu umfassend und widersprüchlich: Leistungserbringer, Überwachung und Kontrollfunktion. Wir meinen, dass dies ohne Interessenkollision nicht möglich ist.

In der Darstellung des integrierten regionalen Versorgungsverbunds fehlen uns die Verbindungen zwischen den Institutionen. Bedeutet dies, dass es nicht mehr möglich ist, dass eine Institution eine Patientin oder einen Patienten an eine andere Institution weiterleiten kann? Oder ist vorgesehen, dass jede Institution eigene Zuweiser hat?

Wir erwarten, dass das neue Organisationsmodell keinesfalls bürokratischer und komplizierter sein darf als das bestehende System!

Wir begrüßen nebst den medizinischen die polyvalenten sozialen Zuweiser. Damit sich diese nicht konkurrenzieren, braucht es klare Kriterien wer wofür zuständig ist. Wie bei den Hausärzten als Zuweisern braucht es auch hier fachlich und persönlich kompetentes Personal.

Steuerungsinstrumente des regionalen Versorgungsverbundes (S. 51)

Weil eine präzise Umschreibung der Aufgaben- und Kompetenzen von Kanton, Gemeinden und Verbundträgern fehlt, ist es unmöglich zu beurteilen, ob die vorgeschlagene Leistungs- und Finanzierungssteuerung sinnvoll und realistisch ist.

Regionsbildung aus der Sicht der Versorgungsoptimierung (S. 52/53)

Wir begrüßen die Bildung von Regionen unterschiedlicher Grösse im Hinblick auf eine Versorgungsoptimierung; erachten jedoch die rein zahlenmässigen Zuteilungskriterien als zu undifferenziert. Berücksichtigt werden müssten zusätzlich Altersaufbau, gewachsene Strukturen, für die Benützerinnen und Benützer zumutbare Distanzen usw. Die Organisationseinheiten für die Spitex-Grundversorgung dürfen keinesfalls zu gross sein, damit auch weiterhin patientennahe Dienstleistungen angeboten werden können. Grössere Einzugsgebiete sind unter Umständen nötig für Nachtdienst und spezialisierte Angebote wie Onkologie, Pädiatrie, Psychiatrie usw.

Fragen zur vertieften Klärung eines Versorgungsverbands-Modells (S.55/56)

Weil die integrierte regionale Leistungssteuerung nachhaltige und einschneidende Konsequenzen hat, müssen die auf Seite 55 aufgeworfenen Fragen mit den Betroffenen diskutiert und beantwortet werden.

Im Fragekatalog fehlen:

- Qualitätsmerkmale im Zusammenhang mit den Versorgungskriterien.
- Die Bedeutung der Apothekerinnen und Apotheker in der Vernetzung mit den Spitex-Diensten.
- Stellenwert und Zusammenwirken von Ehrenamtlichen und Professionellen.

Wir beantragen, diese Problembereiche für eine vertiefte Klärung im Fragekatalog aufzunehmen

Vor- und Nachteile für die Beteiligten (S. 57)

Zu drei der aufgeführten Vorteile haben wir folgende Bemerkungen:

- Ob das postulierte Zuweisungssystem wirklich bürgerfreundlicher, wirksamer und kostengünstiger ist, muss erst bewiesen werden. Wir zweifeln insbesondere an der im Vergleich zu heute grösseren Bürgerfreundlichkeit.
- Wir stellen in Frage, ob regionale Träger unter erhöhtem finanziellen Druck besonders in der Lage sind, innovative Versorgungsformen zu entwickeln. Innovation wird primär in einem mitarbeiterfreundlichen System gefördert und hat kaum mit der Regionalisierung zu tun.

- Die Prävention wird nur verstärkt, sofern sie im Leistungsauftrag explizit verlangt wird und ist mit erhöhten Kosten verbunden.

Schlussfolgerungen

Mit unserer Stellungnahme hoffen wir, dass verständlich wird, welche Fragen beantwortet und in welchen Bereichen das Modell konkretisiert werden muss.

Wir postulieren:

- **Ein sorgfältiges Prüfen der Vernehmlassungsantworten**, insbesondere diejenigen der Gemeinden und Versicherer. Diese müssen im Grundsatz mehrheitlich zustimmend ausfallen, damit die Realisierung des Modells eine Chance hat.
- **Eine Überarbeitung und Ausdifferenzierung des Modells** aufgrund der Vernehmlassungsantworten sowie **die Durchführung einer zweiten Vernehmlassung**. Da es sich um ein Modell handelt, das erst längerfristig realisiert werden kann und das von allen Beteiligten anspruchsvolle Lernprozesse erfordert, wäre ein solches Vorgehen sinnvoll und verantwortbar.
- **Eine schrittweise Realisierung des Modells** in Form von einzelnen Elementen im ganzen Kanton (Fallkosten, Leistungsaufträge usw.) oder Pilotprojekten in Versuchsregionen. Dieses prozesshafte Vorgehen ermöglicht, dass Erfahrungen in der Realisierung kontinuierlich aufgenommen und umgesetzt werden können.
- **Bei der Selektion neuer Führungspersonen die persönliche Kompetenz stärker zu gewichten**, damit die regional integrierte Leistungssteuerung realisiert werden kann.
- **Den Weg über die Schwachstellenanalyse**. Über einen längeren Zeitraum (ungefähr drei Jahre) sollen Beteiligte in ihrem eigenen Arbeitsbereich Schwachstellen erfassen und analysieren. Dies könnte als grossangelegtes Projekt gleichzeitig in allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens von der Gesundheitsdirektion durchgeführt und überwacht werden. Resultat der Auswertung wären die von den Beteiligten formulierten Hauptprobleme. Als nächstes müssten - zusammen mit den Beteiligten - konkrete Zielsetzungen für die Weiterentwicklung ausgehandelt werden. Daraus könnte ein Massnahmenkatalog für eine vernetzte Realisierung abgeleitet werden. Ein wesentlicher Vorteil dieses Vorgehens wäre, dass prozesshaft und zusammen mit der «Basis» (d.h. auch von ihr mitgetragen) ein neues Organisationsmodell entstehen könnte.
- **Genügend Zeit für Information und Motivation der Beteiligten/Betroffenen** bei der Realisierung und eine gemeinsame Erarbeitung von Zielsetzungen/Vorgaben.

Ausserdem müssen die Beteiligten bei der konkreten Umsetzung die notwendige Unterstützung erhalten.

Wir sind gespannt auf die Vernehmlassungsworten, insbesondere diejenigen der Gemeinden,

und bitten Sie, uns eine Auswertung zuzustellen. Wir sind gerne bereit, weiterhin den Dialog mit Ihnen zu führen, mit dem gemeinsamen Ziel, auf ein zeitgemässes Gesundheitswesen hinzuarbeiten.

31. Mai 1994, L. Stüssi/M. Willi

Vorbereitungskurs für die nachträgliche Erlangung des eidg. Fähigkeitsausweises als Hauspflegerin

Die Konferenz der Schulleiterinnen und Schulleiter der Hauspflegesschulen möchte abklären, inwiefern die Hauspflegerinnen, die die Ausbildung vor der BIGA-Reglementierung absolviert haben, daran interessiert sind, den eidgenössischen Fähigkeitsausweis nachzuholen.

Im Auftrag der Konferenz gelangt die Berufs- und Frauenfachschule St. Gallen mit der Bitte an uns, in unserer Mitglieder-Info darauf hinzuweisen, dass möglichst viele aktive Hauspflegerinnen – und auch Wiedereinsteigerinnen – sowie Hauspflegeorganisationen über den geplanten Vorbereitungskurs zur Erlangung des BIGA-Diploms informiert werden.

Das Formular zur Bedürfnisabklärung kann im Verbandssekretariat bezogen werden.
Frist Mitte Juli 1994

Löhne 1994/1995

Der Kanton Zürich führt per 1. Juli 1994 eine Beförderungsrunde durch.
Die Lohnverhandlungen für 1995 sind noch nicht abgeschlossen. Sicher ist aber, dass die Sparmassnahmen auch fürs nächste Jahr ihre Gültigkeit haben werden. Für die Lohnbudgetierung 1995 empfehlen wir deshalb, **vorsorglich** eine 2%-ige Teuerung und einen ordentlichen Stufenanstieg einzuplanen.



Diverse Mitteilungen

Adressbereinigung

Wir möchten unsere Adressdatei auf den neuesten Stand bringen.

Beiliegend finden Sie einen Adresscoupon. Wir bitten Sie, diesen auszufüllen, zu frankieren und abzusenden.
Herzlichen Dank!

Betriebsferien Spitex-Verband

Da unsere Geschäftsstelle bis zum 1. Oktober 1994 personell nicht voll besetzt ist, sind wir gezwungen, während der Sommerzeit Betriebsferien zu planen.
Die Geschäftsstelle ist zu folgenden Zeiten reduziert in Betrieb bzw. geschlossen:

1. August	geschlossen
2.–4. August	Sekretariat in Betrieb (für Bestellungen)
8.–12. August	geschlossen
15.–26. August	reduzierter Betrieb, da Sekretariat geschlossen.

Aus diesem Grunde erhalten Sie die Mitglieder-Info August bereits in der letzten Juli-Woche.

Wir bitten um Verständnis!

Veranstaltungen des Spitex-Verbandes

13. Juni 19.00 – 21.30 Uhr

- Treffen des Bezirkes Andelfingen
Entgegen dem Wortlaut der Einladung (nur für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber) sind auch Mitarbeiterinnen, die sich in den jeweiligen Arbeitsgruppen beteiligt haben, eingeladen.



Veranstaltungen, Kurse