

Mardi après-midi, 28 mars 2017

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

**63 2014.GEF.10712 Rapport CE
Essai-pilote «Soins intégrés en gériatrie»**

Le président. Wir kommen zu Traktandum 63, dem Bericht des Regierungsrats über den Modellversuch integrierte Versorgung in der Geriatrie. Wir führen eine freie Debatte. Das Wort hat die Kommissionssprecherin.

Elisabeth Striffeler-Mürset, Münsingen (PS), rapporteuse de la CSoc. Eine integrierte Versorgung ermöglicht eine patientenzentrierte, ganzheitliche Gesundheitsversorgung, welche die ganze Behandlungskette einschliesst. Der Modellversuch wurde zwischen 2011 und 2014 durchgeführt und ist Teil der von Regierungsrat und Grosse Rat verabschiedeten kantonalen Managed-Care-Strategie. Mit dem Modellversuch sollte ein neues Versorgungsmodell entwickelt, dessen Kosten und Qualität ermittelt und dessen Wirkung mit geeigneten Indikatoren beurteilbar gemacht werden. Überprüft wurde, ob sich Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung von hochbetagten Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Konzept einer integrierten Versorgung verbessern lässt. Im Modellversuch ergänzen sich zwei integrativ wirkende Massnahmen. Die Intervention wurde im Spital Thun durchgeführt. Als Referenz diente die übliche Versorgung in der geriatrischen Uniklinik am Zieglerspital. In die Evaluation sind die Behandlungsdaten von 266 Patientinnen und Patienten von beiden Spitälern sowie Daten aus Befragungen eingeflossen. Diese wurden mit internationaler Literatur ergänzt. Weniger Patientinnen und Patienten konnten befragt und durch Coaches begleitet werden als vorgesehen. Zudem wurde die Spitalfinanzierung während dem Versuch grundlegend umgestellt. Deshalb haben die damaligen Verantwortlichen beschlossen, die quantitative Auswertung zu Gunsten einer qualitativen, patientenbezogenen Untersuchung zurückzustellen. Die Erkenntnisse wurden in der Versorgungsplanung und in anderen Konzepten einbezogen.

Beim Modellversuch integrierte Versorgung wurde unter anderem gezielt auf Vermeidung von Unterbrüchen in der Behandlung sowie auf die Belastung der Patienten durch unnötige Diagnostik und parallelmedizinische Vorkehrungen geachtet. Fördernde und auch hemmende Bedingungen wurden geklärt. In Thun wurde folgende Behandlungsstrategie angewendet: Eintritt mit akutem Gesundheitsproblem und kurzer Aufenthalt im Akutspital, Entlassung nach Hause mit ambulanter Versorgung oder Übertritt in die Postakut-Pflege, Rehaklinik oder Kur zur weiteren Verbesserung des Gesundheitszustands und dann von dort nach Hause. Teams waren für die Bedarfserhebungen und Einsatzplanung bei Spitaleintritt und für die Austrittsplanung zuständig. Bezugspersonen, Coaches, haben die kranken Menschen begleitet und betreut, und waren bei allen aktuellen und potenziell betreuenden Organisationen für das Prozess- und Austrittsmanagement im Spital und vor allem für die Kontinuität der Betreuung nach dem Spital hauptverantwortlich.

Die Strategie des Zieglerspitals war: Wahleintritt bei andauernden Gesundheitsproblemen, ein langer Spitalaufenthalt im Akutspital und Entlassung nach Hause mit ambulanter Versorgung. Statistisch haben sich zwischen den Patientinnen und Patienten von beiden Spitälern keine Unterschiede bezüglich Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus feststellen lassen. Beim Eintritt hatten 88 Patienten Mehrfacherkrankungen mit acht oder mehr Nebendiagnosen. Die grosse Mehrheit der PatientInnen beider Spitäler hatte vor dem Spitaleintritt zu Hause gelebt. Die Behandlungspfade waren in den Gruppen unterschiedlich, aber es zeigte sich ganz klar, dass sechs Monate nach der Spitalentlassung mehr Patientinnen und Patienten aus Thun zu Hause gelebt haben. Die Patientinnen und Patienten aus dem Zieglerspital mussten deutlich häufiger wieder ins Spital gehen. Das Depressi-

onsrisiko hat sich nicht während, sondern nach der Hospitalisation verändert, und davon waren auch wieder diejenigen PatientInnen des Zieglerspitals auffallend mehr betroffen. Das Risiko der Mangelernährung ist bei den PatientInnen aus dem Thuner Spital gesunken, Selbständigkeit und Alltagsaktivitäten haben sich bei der Spitalentlassung nur bei den PatientInnen aus Thun verbessert. Obwohl der Aufwand der Spitalbehandlung im Zieglerspital höher, die Wiedereinlieferung häufiger und die nachfolgende Behandlung seltener war, wurde im Bericht festgestellt, dass Leistungen, Kosten und Behandlungen nicht fundiert und vergleichend analysiert werden konnten.

Im Spital Thun konnte die Qualität der Spitalbehandlung der betagten Menschen mehrheitlich verbessert werden. Wichtig scheint aber die Verbesserung des Gesundheitszustands und der Wohnsituation der PatientInnen sechs Monate nach dem Spitalaustritt. Im Gegensatz zu den PatientInnen aus dem Zieglerspital, haben diejenigen aus Thun an Selbständigkeit und Lebensqualität gewonnen. Die Wirtschaftlichkeit hat sich aber nicht berechnen lassen.

Gerade für alleinstehende alte Menschen waren die Coaches nach dem Spitalaufenthalt sehr wichtige Ansprechperson. In beiden untersuchten Spitälern wurde ein klinisches Informationssystem eingesetzt. Das konnte aber den persönlichen Fachaustausch nicht ersetzen, schon gar nicht für einen Leistungserbringer ausserhalb des Spitals. Bei Übertritten in einen ambulanten Bereich wurde mangelnde Information zu Organisationsprozessen festgestellt. Zudem wird der herrschende Zeitdruck im Gesundheitswesen, die Rotationsstruktur und das Zusammenprallen von verschiedenen Denk- und Betrachtungsweisen der unterschiedlichen Berufsgruppen als hinderlich für eine Zusammenarbeitskultur betrachtet.

Aus Sicht der befragten Experten müssten bei einer Umsetzung der integrierten Versorgung mindestens folgende Punkte berücksichtigt werden: Eine Kultur der Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Institution, eine Steuerung der Finanzströme und die Berücksichtigung der regionalen Eigenheiten. Zudem müssten die Angebote der anderen Leistungserbringer bekannt sein, und eine kooperative Zusammenarbeit im ambulanten Bereich wäre eine Bedingung, um von einer integrierten Versorgung sprechen zu können. Eine stark hemmende Wirkung haben die unterschiedlichen Vergütungsarten im jetzigen System. Eine potenzielle Verbesserung bei diesem Modellversuch ist die gestiegene Lebensqualität der betagten Menschen im Spital Thun. Hervorzuheben ist dabei, dass sich der Gesundheitszustand und die Wohnsituation während den beobachteten sechs Monaten nach dem Spitalaustritt weiter verbessert haben.

Als Potenzial bei der integrierten Versorgung wird eine Stärkung der ganzheitlichen Betreuung über den Spitalaustritt hinaus erachtet. Eine umfassende Austrittsplanung verspricht die interprofessionelle Zusammenarbeit für die Koordination der Aufgabenteilung. Hier scheinen der zeitliche Aufwand und der Einbezug aller Leistungserbringer noch Verbesserungspotenzial aufzuweisen. Eine konkurrenzfreie Zusammenarbeitskultur, ein standardisiertes Schnittstellenmanagement, eine kriterienbasierte Patientensteuerung und die Flexibilität aller Beteiligten werden als fördernde Elemente der integrierten Versorgung genannt. Als grosses Hindernis wird die Fragmentisierung aller Systemstufen betrachtet. Hier soll mit finanziellen Anreizen unterstützt werden. E-Health wird als unumgängliches Instrument erachtet und sollte neben den Hausärzten eine wichtige Rolle übernehmen. Der allgegenwärtige Spardruck führt mit strukturellen Fehlanreizen häufig auch zu ungünstigen Entscheiden. Das betrifft das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen und folglich auch die Gesamtkosten. In den untersuchten Regionen sind einige Zusammenarbeitsmodelle aktiv. Effektive Ansätze von integrierter Versorgung sind aber nur spärlich auszumachen. Der Informationsschutz von den Schnittstellen zum ehrenamtlichen Sektor wird bemängelt. Wegen der Zunahme der Komplexität, sowie der Multimorbidität alter Menschen wird der Nutzen der integrierten Versorgung von den Expertinnen und Experten als unbestritten erachtet. Der Bericht bestätigt, dass die integrierte Versorgung mit dem Fokus und dem Ziel, zurück nach Hause, für die nahe Zukunft zunehmend unabdingbar ist. Das heisst, dass nicht mehr die Krankheit, sondern die vorhandenen Ressourcen bewirtschaftet werden sollen. In der GSoK wurden dieser Bericht und das Ergebnis kontrovers diskutiert. Die GSoK beantragt dem Grossen Rat mit 13 gegen 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen Kenntnisnahme des Berichts.

Le président. Wir kommen zu den Fraktionsvoten.

Barbara Mühlheim, Berne (pvl). Dass die integrierte Versorgung das Zukunftsmodell in der geriatrischen Behandlung und Betreuung ist, ist keine Binsenwahrheit, sondern ein zentrales Anliegen, das aber nicht erst mit diesem Bericht besteht. Die wichtigen Berichte der GDK und des BAG, die 2012 gesamtschweizerisch erstellt wurden, zeigen, dass diese Resultate schon damals vorhanden

waren. Was wollte man mit dem Berner Bericht erreichen? Man beabsichtigte, zwei Modelle zu vergleichen, und dabei war ganz zentral, dass man etwas über die Kosten erfahren wollte. Nun haben wir einen Bericht, der knapp 800 000 Franken gekostet hat, in wesentlichen Teilen wiederholt, was frühere Studien zeigen und zum Geld nichts aussagt. Wir stehen nun vor einem Bericht, der seit März 2015 vorliegt und den man zwei Jahre lang dem Parlament vorenthalten hat, weil es wohl ein solch geniales Werk ist. Diesen Bericht muss nicht der heutige Regierungsrat verantworten, und wir müssen nicht zurückschauen. Wir müssen uns fragen, was man verbessern kann, und das war für mich auch die Grundlage in der GSoK. Was kann man tun, damit bei einer ganzen wissenschaftlichen Anlage nicht einfach die Fragestellung verändert wird, statt dass man es abbricht, weil man zu wenig Leute rekrutieren kann, und weil man mittendrin auch noch merkt, dass die Spitäler einer ganz neuen Kostenfinanzierung unterliegen, aufgrund derer sich die Varianten nicht mehr vergleichen lassen.

Wir sind froh um die klare Antwort: Das soll in Zukunft nicht mehr geschehen. Nicht zuletzt wird die GEF ein klares internes Projektmanagement machen. Sie wird in Zukunft keine Projektleitungen in dieser Dimension mehr herausgeben, höchstens noch Teilprojektleitungen. Sie hat das Zeichen der Zeit erkannt, und wir sind froh, das zu hören. Zukünftige Projekte dürfen ruhig 700 000 Franken kosten, wenn sie dann saubere und validierte Daten ergeben und nicht einen Bericht, bei dem der Kanton Bern mit knappen Finanzen nicht viel mehr Erfahrung und Daten erhält, als die Berichte des BAG und der GDK von 2012 liefern, die sie selber validiert haben. In diesem Sinne stehen wir ächzend zu diesem Bericht, aber nicht inhaltlich. Wir wollen integrierte Behandlung, insbesondere auch im Segment der älteren Leute. Das ist absolut klar. Aber wir wollen das bitte mit anderen wissenschaftlichen Datengrundlagen. Wir hoffen, dass man in Zukunft noch etwas zu den Kosten sagen kann. Es ist nämlich nicht so, dass die einen einfach viel besser sind als die anderen. Man müsste auch wissen, was das gebracht hat. Die einen sind nämlich viel mehr in der stationären Nachbehandlung. Was kostet das? Das ist zukünftig die zentrale Frage. Wenn wir eine saubere Versorgungsplanung mit einer integrierten Versorgung machen wollen, dann müssen wir wissen, wie viel der Spitalaufenthalt, wie viel die stationäre Nachsorge und wie viel die ambulante Nachsorge kosten. Sonst haben wir keine Grundlage und können nicht planen.

Melanie Beutler-Hohenberger, Gwatt (PEV). Mitte 2016 hat die EVP im Konsultationsverfahren zur Versorgungsplanung 2016 folgendermassen zu diesem Modellversuch integrierte Versorgung in der Geriatrie Stellung genommen: «Gerade im Hinblick auf die sich verändernde Bevölkerungspyramide sind die Erkenntnisse aus dem Modellversuch besonders sorgfältig in der Weiterentwicklung der integrierten Versorgung im Kanton Bern zu berücksichtigen.» Nun liegt der Bericht mit der Auswertung dieses Modellversuchs vor, und wir können verschiedene Resultate zur Kenntnis nehmen: Beispielsweise haben betagte Patientinnen und Patienten aus dem Modellversuch in einem Zeithorizont von sechs Monaten nach dem Spitalaustritt öfter wieder oder noch zu Hause gewohnt, als Patientinnen und Patienten aus der Vergleichsgruppe. Ein anderes Resultat ist, dass die Lebensqualität der ersten Gruppe mehrheitlich verbessert werden konnte. Sie wurden nämlich weniger rehospitalisiert, hatten ein geringeres Depressionsrisiko und waren selbständiger in den Aktivitäten des täglichen Lebens wie anziehen, kochen, putzen, einkaufen, duschen und so weiter, was im Alter nicht unwesentlich ist. Kurz gesagt, sie haben all das wieder erreicht, was wir uns eigentlich für unsere eigenen betagten Angehörigen wünschen. Dazu ist es auch volkswirtschaftlich attraktiver, denn diese Menschen treten beispielsweise auch erst später in Pflegeheime ein und entlasten damit soziale Sicherungssysteme. Die EVP-Fraktion nimmt diesen Bericht daher wohlwollend zur Kenntnis.

Allerdings bleibt ein Wermutstropfen, und diesen kann man nicht so wohlwollend verschweigen oder wegdiskutieren. Es ist schade, dass man über die Wirtschaftlichkeit nicht Bescheid weiss. Wir kennen die kurz- und langfristigen Mehr- oder eben Minderkosten einer integrierten Versorgung nicht. Beides ist möglich: Die Patientengruppe aus dem Teilversuch mit Coaches wurde eng begleitet und beraten. Ihre PatientInnen traten beispielsweise direkt nach dem Spitalaufenthalt häufiger in eine Reha ein. Beides treibt sicher kurzfristig die Kosten hinauf. Andererseits sind alle eingangs erwähnten positiven Effekte, vom länger zu Hause wohnen bis zum gesünderen und selbständigeren Leben, längerfristig gesehen kostensenkende Faktoren. Die EVP-Fraktion stellt fest, dass man in die Richtung einer integrierten Versorgung weitergehen muss. In diesem Zusammenhang erinnere ich noch an die Idee der Caring Community, über die ich einmal etwas gesagt habe. Caring Community ist ein Szenarium der Zukunft, wonach die Sorge um andere Menschen in die Gemeinschaft gehört.

Hier betrifft es ältere Menschen und ein Sorgen im Sinne von unterstützen, pflegen oder teilen des täglichen Lebens. Das wird über die integrierte Versorgung gefördert und durch sie unterstützt.

Andrea Lüthi, Berthoud (PS). Die integrierte geriatrische Versorgung ist in der näheren Zukunft ein Muss. Die demographische Entwicklung und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen lassen gar keinen anderen Weg zu. Darum haben wir den Modellversuch sehr begrüsst.

Die Resultate stimmen optimistisch. Ich wiederhole die wichtigsten Resultate, die auch für die SP-JUSO-PSA-Fraktion relevant sind. Es hat sich gezeigt, dass mit der integrierten Versorgung weniger Leute ins Pflegeheim müssen, es gab weniger Spital-Wiedereintritte und die Patientinnen und Patienten waren selbstständiger und auch weniger depressiv als diejenigen der Kontrollgruppe.

Leider – und das ist eine Tatsache – haben nicht so viele Personen an der Studie teilgenommen. Man müsste vielleicht die Vorteile einer solchen Begleitung noch besser erklären und vielleicht eine berndeutsche Bezeichnung wählen, damit ihre Akzeptanz zunimmt. Patientinnen und Patienten wünschen sich ja eigentlich eine konstante und präsente Ansprechperson, wie auch im Bericht festgehalten wird. Und diese soll dazu beitragen, dass die Betroffenen möglichst selbstständig bleiben und wenn nötig wohnortnah versorgt werden können.

Die SP-JUSO-PSA-Fraktion nimmt deshalb den Bericht selbstverständlich zur Kenntnis und hofft, dass die formulierten Empfehlungen in sinnvolle, konkrete Massnahmen überführt werden. Zum Beispiel hat sich gezeigt, dass das elektronische Patientendossier sehr hilfreich wäre. Auch scheint es fraglich, ob im Gesundheitswesen der freie Markt wirklich zu einer gesunden Konkurrenz oder vielleicht doch mehr zu einer Kostenausweitung führt. Die Anreize müssen klar anders gesetzt werden, sodass sowohl die Betroffenen wie auch die medizinischen Dienstleister von der integrierten Versorgung profitieren.

Anita Herren-Brauen, Rosshäusern (PBD). Ich kann es kurz machen. Die BDP nimmt diesen Bericht zur Kenntnis. Wir nehmen aber auch zur Kenntnis, dass wir durch diesen Versuch nicht das erfahren haben, was erhofft wurde. Die Aussagekraft ist eben schon kleiner, wenn nur halb so viele Patienten mitgemacht haben, als vorgesehen war. Auch das Verhältnis von Patienten mit integrierter Versorgung und beobachteten Patienten ohne Intervention war ungleich. Man sieht hierbei zwar mögliche Wirkungen, aber keine grosse Bereitschaft, mitzumachen. Wir sehen auch, dass positive Resultate erzielt werden konnten, und einzelne sind ja bereits in die Versorgungsplanung 2016, die wir soeben beraten haben, eingeflossen. Die integrierte Versorgung wurde auch von Angehörigen positiv gewertet. Nicht viele haben mitgemacht, aber diese haben profitieren können und auch gute Verläufe gezeigt. Die Zeit war wohl noch nicht reif genug. Die BDP nimmt diesen Bericht zur Kenntnis.

Andrea de Meuron, Thoune (Les Verts). Dort oben (*L'oratrice indique la tribune du public*) ist die Zukunft, der Nachwuchs, die Jungen. Von ihnen gibt es definitiv weniger als von den etwas Älteren. Wenn wir uns hier im Saal umsehen, bestätigt sich das. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und bei der Zunahme an chronisch kranken Menschen sind unbedingt neue Modelle für eine finanzierbare Betreuung und Pflege der älteren Bevölkerung zu entwickeln. Wir alle werden davon profitieren können, doch jetzt brauchen wir es noch nicht.

Die integrierte Versorgung stellt ein solches Modell dar. In der Fraktion hat man mich gefragt: Was ist das genau? Und tatsächlich fördern Fremdbegriffe manchmal nicht gerade das beste Verständnis. Es geht darum, dass eine patientenzentrierte und ganzheitliche Gesundheitsversorgung möglich wird, welche die ganze Behandlungskette einschliesst. Heute sind wir weit davon entfernt. Das aktuelle System mit seiner unterschiedlichen Regulation und Finanzierung der stationären akuten Betreuung, der ambulanten akuten Betreuung und der Langzeitbetreuung trägt eher dazu bei, dass man eine gute integrierte Versorgung eben verhindert. Jedoch wäre es nicht nur zum Patientenwohl, sondern ganz klar auch von volkswirtschaftlichem Interesse, wenn man die integrierte Versorgung fördern würde. Gerade diejenigen, die immer auf die Kosten schauen – was wir alle tun –, müssen sich auch vor Augen halten, dass ein Tag in einem Akutspital massiv teurer ist, als beispielsweise ein Tag in einer Rehaklinik. Wenn man die Patienten gut nachbetreuen würde und jemand nach ihnen schaut, wenn sie wieder zu Hause sind, könnten auch hier teure Rehospitalisationen vermieden werden. Dabei ist die Beziehung zwischen den Leistungserbringern von zentraler Bedeutung. Die heutigen Tarifsysteme führen aber dazu, dass jeder, der an diesem Versorgungsprozess beteiligt ist, seine eigene betriebswirtschaftliche Sicht hat und ökonomisch quasi als KMU funktioniert. Das mag vielleicht für den einzelnen Betrieb gut sein, aber wenn man es ganzheitlich

betrachtet, eben aus der Sicht des volkswirtschaftlichen Interesses, dann ist das definitiv keine gute Lösung.

Nun hat dieser Modellversuch aufgezeigt, dass es den Patienten dank der integrierten Versorgung besser geht. Das ist ein Fakt. Die Vorteile liegen also auf der Hand. Wir Grünen finden es auch sehr bedauerlich, dass der wirtschaftliche Aspekt nicht beurteilt werden kann, weil man während des Versuchs die Finanzierungssysteme geändert hat. Es wäre zu erwarten gewesen, dass man damals eingegriffen hätte. Nichtsdestotrotz schauen wir nun nach vorne, und man darf die Wichtigkeit der integrierten Versorgung nicht aufgrund einer mangelhaften Studie in Frage stellen. Das ist uns ganz wichtig. Die gewonnenen Erkenntnisse sind auch nicht neu, und da schliesse ich mich einem Votum an, das wir bereits gehört haben. Manchmal würde auch der Kanton Bern gut daran tun, über die Kantonsgrenze hinauszuschauen, nicht nur auf die Bundesebene, sondern auch in andere Kantone, wo man schon vergleichbare Studien gemacht hat. Ältere Menschen sind wohl in der ganzen Schweiz etwa den gleichen Problemen ausgesetzt. Deshalb wäre es für uns Grüne auch wichtig, dass man einmal umsetzt, was man eigentlich schon weiss, und bei den Kenntnissen fortfährt, die man gewonnen hat. Wir werden diesen Bericht zur Kenntnis nehmen und fordern: Setzen sie einmal um, was man schon lange weiss!

Marianne Teuscher-Abts, Roggwil (PLR). Ich mache es kurz: Die FDP-Fraktion nimmt mit Interesse Kenntnis von diesem Modellversuch, weil die Anforderungen an die Geriatrie immer wichtiger werden. Der Modellversuch hat folgende kantonalen Strategien berücksichtigt: die Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz, den Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern von 2011 und die Managed-Care-Strategie des Kantons Bern. Er geht klar in die richtige Richtung, obwohl vielleicht die Aussagekraft etwas zu wenig ausgeprägt ist.

Le président. Ich habe keine Fraktionsmeldungen mehr. gibt es noch Einzelsprecherinnen oder Einzelsprecher? – Das ist nicht der Fall. Der Regierungsrat hat das Wort.

Pierre Alain Schnegg, directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale. L'essai pilote de soins palliatifs intégrés en gériatrie a été approuvé par le Grand Conseil le 24 janvier 2011 et proposait de fournir des réponses aux questions suivantes. Le travail en réseau des prestataires de soins hospitaliers ambulatoires permet-il, dans le cadre actuel, d'améliorer la qualité, la rentabilité et la pertinence de la prise en charge des personnes âgées qui ont besoin de soins médicaux importants, et deuxièmement, quels sont les facteurs qui favorisent ou font obstacle à l'intégration des soins en gériatrie et quelles sont les conditions à réunir sur le plan structurel et institutionnel pour la réaliser? Ce projet a été conçu par l'Office des hôpitaux de la SAP. Il s'est déroulé entre avril 2011 et décembre 2014 dans deux hôpitaux, à savoir à Thoun et à Berne. Le rapport final a été délivré en avril 2015. Malheureusement, les objectifs du projet n'ont pas tous pu être atteints du fait de certaines raisons qui ont déjà été évoquées cet après-midi. Et certaines valeurs-clés ont dû être modifiées en cours de route, ce qui ne facilite pas la compréhension des résultats. Malgré tout, certains enseignements peuvent en être tirés et pourront nous aider et nous servir à l'avenir. Dans tous les cas, il met également en évidence combien la collaboration entre les acteurs est importante et favorable aux patients. Cela doit donc faire partie de nos objectifs. Une fois encore, nous pouvons aussi relever l'importance de la communication entre les partenaires, communication que le dossier électronique doit permettre de soutenir. C'est la raison pour laquelle nous vous invitons à prendre connaissance de ce rapport.

Le président. Wünscht die Kommissionssprecherin noch einmal das Wort? – Das ist nicht der Fall. Wir kommen zur Abstimmung. Wer den Bericht zur Kenntnis nehmen will, stimmt ja, wer das nicht will, stimmt nein.

Vote

Décision du Grand Conseil:

Prise de connaissance

Oui 134

Non 0

Abstentions 0

Le président. Sie haben den Bericht einstimmig zur Kenntnis genommen.