

16. Januar 2010: Ärztefortbildungskurs der Lungenliga Zürich in Davos

Wann geht der Gesundheit(spolitik) der Schnauf aus?

Sehr geehrte Damen und Herren

Wann geht der Gesundheit, der Gesundheitspolitik der Schnauf aus? Das frage ich nicht etwa, weil wir uns hier in der «höchstgelegenen Kongressstadt Europas» befinden und die Luft allmählich dünn wird. Ich stelle diese Frage auch nicht im Zusammenhang mit dem Nichtraucher-Schutz; ich stelle sie, weil Diskussionen um die Zukunft des Gesundheitswesens immer stärker von der Befürchtung geprägt sind, dass die Kosten aus dem Ruder laufen, auf Dauer nicht tragbar sind. Tatsächlich lassen wir uns die Gesundheit etwas kosten und zwar Jahr für Jahr mehr: Die Gesundheitsausgaben sind von 2000 bis 2007 jährlich real um 2,1 Prozent gestiegen. Der BIP-Anteil liegt heute bei 10,8 Prozent. Im OECD-Vergleich weisen einzig die USA (16 Prozent) und Frankreich (11 Prozent) einen höheren BIP-Anteil auf.

Das Gesundheitswesen ist mit jährlich 58 Mia. Umsatz in der Schweiz aber auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und ein grosser Arbeitgeber mit gegen 500'000 Beschäftigten. In der Schweiz gibt es pro 1000 Einwohner beinahe 60 Angestellte des Gesundheitswesens, das sind fast doppelt so viele wie im OECD-Durchschnitt. Und die Tendenz ist steigend. Denn mit der immer älter werdenden Bevölkerung nimmt der Bedarf an Gesundheitspersonal künftig zu. Etwa das Schweizerische Gesundheitsobservatorium prognostiziert einen gesteigerten Personalbedarf im Pflege- und Therapiebereich und geht bis ins Jahr 2020 von zusätzlich 25'000 notwendigen Fachkräften aus. Ein Mangel an Therapie- und Pflegepersonal zeichne sich ab, so das Fazit.

Ähnliche Warnrufe ertönen aus dem Kreis der Hausärztinnen und Hausärzte: Es mangelt an Nachwuchs. Prof. Peter Tschudi vom Institut für Hausarztmedizin an der Universität Basel weiss aus Berufszielstudien, dass lediglich 10 Prozent aller Medizinstudierenden das Ziel Hausarzt verfolgen. Die Mehrheit davon seien Frauen, von denen wiederum ein Grossteil ein Teilzeitpensum anstrebe, um Zeit für Familie zu haben. Wegen dieses Trends braucht es künftig für die Besetzung von Vollzeitstellen also mehr als eine Person. Ärzte – nicht nur Hausärzte – drohen zur Mangelware zu werden. Die Schweiz bildet derzeit zu wenig Ärzte aus, um den Bedarf zu decken. H+ warnt vor einem dramatischen Personalmangel.

Personalmangel könnte somit eine Ursache sein, dass unserem Gesundheitssystem der Schnauf ausgeht. Die stetig steigenden Gesundheitskosten, die irgendwann keiner mehr bezahlen kann, sind ein anderer Grund für den möglichen Kollaps. Doch wo genau liegt die Schmerzgrenze? Die Grenze der Belastung der Volkswirtschaft durch die Gesundheitskosten?

Wo die ethische Grenze beim Import von Assistenzärzten aus dem EU-Raum? Und umgekehrt: Was kann dank Effizienzsteigerungen an den medizinischen Fakultäten kompensiert werden? Hilft ein Qualitätsmanagement im Bereich der Ausbildung? Wie viel lässt sich dank verbesserten Bedingungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Spitälern gewinnen? Wie stark reduziert Personalmangel die Qualität in den Kliniken? Ab wann ist die Qualität zu schlecht? Kann Unterversorgung in einem Land eintreten, das über rund 30'000 Ärzte auf 7 Millionen Einwohner verfügt und damit eine Ärztedichte der Extraklasse aufweist?

Und wo liegt die Schmerzgrenze bei den Kosten? Es gibt kein optimales Kostenwachstum und keine optimale Höhe der Gesundheitskosten, hat etwa Stefan Spycher, Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit in einem seiner Artikel im Magazin «Die Volkswirtschaft» geschrieben. Das sehe ich genauso. Weder als Politiker noch als Gesundheitsökonom macht es Sinn, nach exakten Schwellenwerten zu suchen. Wichtiger ist, dass wir die problematischen Entwicklungen erkennen und unser System entsprechend auf Optimierungsmöglichkeiten prüfen.

Wenn wir es nicht tun, wehren sich die meines Erachtens wichtigsten Akteure im System, die Leistungsbezüger, die Steuer- und Prämienzahler selbst. So oft die Kosten in der politischen Diskussion im Vordergrund stehen – diejenigen des Gesundheitswesens ganz besonders – so selbstverständlich wägt auch der Einzelne im täglichen Leben Nutzen und Kosten gegeneinander ab. Auch im Gesundheitswesen. Spannungen entstehen, wenn wir als Steuer- und Prämienzahler keinen ausreichenden Nutzen für unsere Beiträge erhalten. Damit nicht subjektives Empfinden als Beurteilungsbasis dient, braucht es transparente Nutzen-Kosten-Verhältnisse. Nur dann können sie beurteilt und notwendige Verbesserungen gefordert werden.

Ein Grundproblem des Schweizer Gesundheitssystems besteht darin, dass Nutzengenuss und Kostentragung auseinander fallen, weil die Kosten nicht oder nur teilweise von denjenigen bezahlt werden, denen die medizinischen Leistungen auch zugute kommen. Die im Voraus bezahlte Kopfprämie weckt bei den Patienten die Überzeugung, sie hätten die Leistungen längst finanziert. Jede und jeder Einzelne schöpft aus dem vollen, vom Kollektiv finanzierten Topf. Es herrscht Buffet-Mentalität. Maximaler Nutzen zu pauschalen Kosten.

Das ist keine Ausnahmeerscheinung, die einzig für das Gesundheitswesen zutrifft. Aus meiner Tätigkeit als Rechtsanwalt liegt mir der Vergleich mit dem rechtsschutzversicherten Klienten nahe: Wer die Leistungen durch eine fixe Prämie gedeckt weiss, macht sich einfach keine Gedanken über die entstehenden Kosten. Genau hier kann die Politik ansetzen. Zum Beispiel indem sie Anreize für Versicherte schafft, die mehr Kostenverantwortung übernehmen wollen. Allerdings hat der Bund per 1. Januar 2010 genau das Gegenteil gemacht: Für jede zusätzliche Franchisenstufe, die Versicherte wählen können, wird neu weniger Prämienrabatt gewährt als

bisher, nämlich nur noch 70 und nicht mehr 80 Prozent des zusätzlichen Risikos. Damit werden genau diejenigen bestraft, die bereit wären, einen grösseren Teil ihrer Gesundheitsausgaben selbst zu tragen.

Dabei könnte gerade die Bevölkerung mit bewusstem Verhalten einen zentralen Beitrag leisten, um die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Doch Kostenbewusstsein und Eigenverantwortung werden heute nicht nur durch die obligatorische Krankenversicherung und die damit fixe Prämie untergraben, sondern zusätzlich vom Instrument der individuellen Prämienverbilligung. Bereits ein Drittel der Schweizer Bevölkerung bezahlt nicht einmal die Prämienrechnungen mehr vollständig aus der eigenen Tasche – Tendenz steigend. In Genf sind es schon weit über 50 Prozent. Ich bin überzeugt, dass darunter zahlreiche Empfänger sind, die eine Prämienverbilligung gar nicht unbedingt nötig haben. Hier ist die Politik gefordert: Die Mittel müssen vermehrt jenen Menschen zukommen, die sie wirklich brauchen. Wer nicht unbedingt auf diese finanzielle Unterstützung angewiesen ist, muss künftig vermehrt Kosten- und damit Mitverantwortung tragen.

Wenn ich von Kosten- und Mitverantwortung spreche, sind in besonderem Masse auch die medizinischen Fachkräfte gefordert. Denn ihre Patientinnen und Patienten sind gewöhnlich gar nicht in der Lage zu beurteilen, welches die für sie notwendige und sinnvolle Behandlung ist. Wer an einer Krankheit leidet oder eine Verletzung hat, muss in der Regel auf das Fachwissen des behandelnden Arztes vertrauen. Dieser bestimmt letztlich, welche und wie viele medizinische Leistungen erbracht werden. Dies – und davon bin ich überzeugt – nach bestem Wissen und Gewissen zum Wohle des Patienten. Aber nicht nur. Oftmals werden solche Entscheide auch vom ökonomischen Interesse beeinflusst, möglichst viele und in erster Linie gut vergütete Leistungen zu erbringen. Dabei denke ich nicht nur an das persönliche Interesse eines einzelnen Arztes, sondern ebenso an die Interessen einer gesamten Klinik, die als Unternehmen Druck auf ihre Angestellten macht. Je mehr Tests, je mehr Eingriffe, desto höher der Umsatz. Die Kostenspirale dreht.

Meine Damen und Herren, ich will Ihnen als Ärztinnen und Ärzte keinen Vorwurf machen, sondern ganz einfach den Tatsachen in die Augen blicken. Ich bin überzeugt, dass das ökonomische Interesse der Leistungserbringer ein wesentlicher Kostentreiber im Gesundheitswesen ist. Dass zum ökonomischen Interesse oft grosser menschlicher Druck hinzukommt, dessen bin ich mir bewusst. Es ist nichts als menschlich, dass man sich als Entscheidungsträger lieber auf der sicheren Seite bewegt und dass es einfacher ist, der Anspruchshaltung seiner Patienten nachzugeben, als strikt dagegen zu argumentieren.

Vor diesem Hintergrund wird klar: Um eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, braucht es bei Patienten und Leistungserbringern das Bewusstsein, dass längst nicht alle Leistungen, die technisch möglich auch tatsächlich sinnvoll und notwendig sind. Um dieses Bewusstsein zu fördern kann die Politik Anreize und Rahmenbedingungen schaffen. Ich denke zum Beispiel an das Capitation-Modell, bei dem ein Ärztenetzwerk im Voraus einen fixen Betrag pro Versicherten für einen bestimmten Behandlungszeitraum erhält, unabhängig davon, wie viele Leistungen schliesslich erbracht werden. Wer kostenbewusst agiert und das Budget nicht aufbraucht, profitiert von einer Gewinnbeteiligung.

Ich bin mir der Kritik bewusst, dass bei solchen Modellen die Qualität leiden könnte. Um dies zu verhindern, müssen entsprechende Rahmenbedingungen erarbeitet werden. Ziel einer kostenbewussten medizinischen Versorgung muss selbstverständlich nicht sein, überhaupt keine Leistungen mehr zu erbringen. Es geht viel mehr darum, die erbrachten Leistungen ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Zu diesem Zweck hat der Kanton Zürich auf kantonaler Ebene ein Projekt lanciert, das nun auch national verankert werden soll. Mit dem sogenannten «Medical Board» soll das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Therapien und Massnahmen gezielt untersucht und entsprechende Empfehlungen zur Anwendung abgegeben werden.

Ob die Empfehlungen des «Medical Boards» letztlich gesetzlich vorgeschrieben werden oder nicht: Sie sind auf jeden Fall eine Hilfestellung für die Leistungserbringer, aus der Fülle von Therapien und Massnahmen die hinsichtlich Kosten und Nutzen beste Variante auszuwählen. Denn mit den medizinisch-technischen Möglichkeiten, die uns heute zur Verfügung stehen, wächst der Druck auf die Leistungserbringer stetig an, die «richtige» Entscheidung zu treffen.

Die wichtigste Voraussetzung, dass so eine Entscheidung vom Patienten letztlich akzeptiert und mitgetragen wird, ist allerdings nicht in der Wissenschaft zu suchen, sondern bei den urmenschlichen Eigenschaften angesiedelt: Es braucht Vertrauen. Nur wer seinem Arzt vertraut, kann beispielweise akzeptieren, dass im individuellen Fall die konservative Behandlung nicht nur günstiger, sondern tatsächlich besser ist. Dass es keine weitere Untersuchung oder kein zusätzliches, teures Medikament braucht.

Meine Damen und Herren, wenn ich von einem solchen Vertrauensverhältnis spreche, denke ich unweigerlich an den Hausarzt. Oder – etwas moderner formuliert – an ein «Medical home». Dieses «Medical home» ist in den meisten Fällen ein Grundversorger, kann meines Erachtens aber auch ein Spezialist sein. Wichtig ist, dass er einen Patienten über Jahre hinweg begleitet, dessen Krankengeschichte kennt, mit ihm über notwendige Behandlungen entscheidet und damit eine dauerhafte Stütze in der Behandlungskette ist. Gerade in unserer immer älter werdenden Gesellschaft, in der eine wachsende Zahl an multimorbiden Patienten lebt, ist so ein

«Medical home» unerlässlich. Eine effiziente und finanzierbare Versorgung dieser Patientengruppe erfordert eine hervorragende Koordination und Organisation der Behandlungen. Nur so können unangenehme und teure Doppelspurigkeiten vermieden werden. Es braucht jemanden, der über die notwendigen Behandlungen entscheidet, der Überweisungen an Spezialisten vornimmt, koordiniert und stets den Gesamtüberblick behält.

Eine Behandlungskette besteht oft aus zahlreichen Gliedern, geht nicht nur über Berufsgruppen hinweg, sie reicht auch vom stationären in den ambulanten Bereich. Der Wert eines Lotsen, der den Patienten auf dem Radar stets verfolgt, ist dabei von grosser Bedeutung. Neben dieser wichtigen Funktion als Zentralstelle in der Behandlungskette kommt dem Hausarzt ganz am Anfang der Kette eine weitere Rolle zu. Dort ist er der «Gatekeeper», der mit einer professionellen Triage bei Eintritt ins System die Weichen richtig stellt. Das erfordert ein breites medizinisches Wissen. Genau dieses breite Know-how ist diejenige Spezialisierung des Hausarztes, die ein Spezialist in seinem Fachgebiet aufweist. Diese medizinische Breite, die eine umfassende Beurteilung, Betreuung und Begleitung der Patienten gewährleistet, muss bei der Ausbildung der Hausärzte als Kernkompetenz gefördert werden.

Doch wem erzähle ich das? Sie, meine Damen und Herren, und insbesondere Sie, Herr Prof. Rosemann, sind die Experten für die Ausbildung der Hausärzte. Es freut mich ganz besonders, dass mein heutiges Referat im Rahmen dieser Veranstaltung unter dem Chair von Prof. Rosemann stattfindet. Denn als Leiter des Zürcher Instituts für Hausarztmedizin ist er das lebende Zeichen dafür, dass der Kanton Zürich an einer guten Ausbildung der Hausärzte interessiert ist und Lehre und Forschung in diesem Bereich fördert.

Wir sind uns der Notwendigkeit bewusst, bestmöglich ausgebildeten und motivierten Nachwuchs im Bereich der medizinischen Grundversorgung sicherzustellen. Denn heute sind in unserem Kanton über die Hälfte der praktizierenden Hausärzte älter als 50 Jahre. Mit der Professur an der Universität Zürich und dem Institut für Hausarztmedizin am Universitätsspital ist eine solide Basis geschaffen, um eine strukturierte Aus- und Weiterbildung für junge Ärztinnen und Ärzte anzubieten, die sich für eine berufliche Laufbahn in der Hausarztmedizin entschieden haben. Die Gesundheitsdirektion hat im vergangenen Jahr auch dem Antrag von Prof. Thomas Rosemann entsprochen und den jährlichen Beitrag von 450'000 Franken für die Schaffung von sieben Assistenzstellen bewilligt. Die akademische Verankerung dieses wichtigen medizinischen Faches ist in meinen Augen auch ein wichtiger Beitrag zur Attraktivitätssteigerung des Hausarztberufes.

Zu mehr Attraktivität verhelfen auch die Entwicklungen in der Praxis: Die «Managed Care»-Modelle, die in den letzten Jahren als Alternative zur klassischen Hausarzt-Praxis entstanden sind, erlauben eine gute Vernetzung und optimale Nutzung der Ressourcen.

Netzwerke sind heute ein allgemeiner Trend und nicht nur in der Medizin gefragt: So gehört auch in der Anwaltstätigkeit der Landadvokat immer mehr der Vergangenheit an, während sich grosse Anwaltskanzleien etablieren. Ob Anwalt oder Hausarzt: Ich bin überzeugt, dass Vernetzung vielfältige Vorteile bringt. Zum Beispiel den direkten, raschen Know-how-Austausch und damit auch Know-how-Sicherung. Gegenseitige Stellvertretungen sind gewährleistet, Ressourcen können optimal genutzt werden. Gerade im Wissen, dass in der Hausarztmedizin vermehrt Teilzeit-Beschäftigungen gefragt sind, ist dies ein grosser Vorteil. Hinzu kommen etwa eine bessere Auslastung teurer Geräte oder die gemeinsame Bewältigung administrativer Aufgaben.

Sie merken es: Ich begrüsse die Entwicklungen im Bereich «Managed-Care». Zugleich bin ich mir bewusst, dass der Begriff zu einem Zauberwort zu verkommen droht, das sämtliche Kostenprobleme im Gesundheitswesen lösen soll. Ich weiss auch, dass sich hinter dem Begriff ganz unterschiedliche Modelle verbergen. Ich selber bin überzeugt, dass wir es ruhig dem Wettbewerb überlassen können, wie «Managed Care» umgesetzt wird, ob eine Vernetzung über ein Ärztenetzwerk, eine HMO-Praxis oder über ein individuelles Netzwerk sichergestellt wird. Wie in anderen Lebensbereichen wird sich letztlich jenes System durchsetzen, das die Bedürfnisse einer Region oder Patientengruppe am besten abdeckt.

Zudem ist mir als liberaler Politiker wichtig, dass auch künftig alle Versicherten eine uneingeschränkte Wahlmöglichkeit für Versicherungsmodelle haben. Wer es sich leisten kann und will, soll weiterhin uneingeschränkt von der freien Arztwahl profitieren dürfen. «Managed Care» darf nicht zu einem weiteren Lenkungsinstrument des Staates werden, das Einheitsanbietern eine Monopolstellung verschafft und ermöglicht, über die Hintertür im ambulanten Bereich eine verstaatlichte Behandlung einzuführen. Die Aufgabe des Staates sehe ich vielmehr im Schaffen von Anreizen, um effiziente und kostengünstige Modelle zu fördern. Ich habe bereits vom Capitation-Modell gesprochen, bei dem ein Ärztenetzwerk mit einem fixen Pro-Kopf-Budget auskommen und damit Kostenverantwortung übernehmen muss. Hier könnte der Staat ansetzen.

Anstatt bei den Leistungserbringern zu steuern, könnte man auch die Patienten besser lenken. Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich hat beispielsweise letzten Herbst eine «Lenkungsabgabe» vorgeschlagen, damit Patienten vermehrt den Hausarzt oder die HMO-Praxis als erste Anlaufstelle wählen: Keine Behandlungsgebühr bei einer Hausartztkonsultation, 50 Franken bei Direktzugang zum Spezialisten und 100 Franken für den Besuch eines Spitalambulatoriums. Die Idee ist im Moment zwar vom Tisch, aber solche Überlegungen werden uns bestimmt auch in Zukunft beschäftigen.

Wenn ich «uns» sage, dann denke ich nicht nur an die Gesundheitsdirektion oder die Politiker. Ich denke an sämtliche Akteure, die Einfluss nehmen auf das Gesundheitssystem und diese Akteure

sind zahlreich. Heute ist das Gesundheitswesen in der Schweiz geprägt von einem horizontal und vertikal verlaufenden Raster: Die Aufgabe, für die Bevölkerung eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung in der notwendigen Qualität sicher zu stellen, wird mit Regulierungen auf Stufe Bund, auf Stufe Kantone und sogar auf Gemeindeebene geordnet. Die schweizerische Gesundheitslandschaft ist aber auch geprägt von einem Nebeneinander von zahlreichen privaten Organisationen wie Leistungserbringern, Krankenkassen, Berufsverbänden.

Lassen Sie mich gleich bei den Berufsverbänden anknüpfen: Seit September 2009 gibt es den grossen Verband der Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte. Ich gehe davon aus, dass fast alle von Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, Mitglied sind. Das erste Grossprojekt dieses Verbandes ist die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin». Mit Interesse verfolge ich dieses Engagement und ich bin nicht erstaunt, dass bereits nach 76 Tagen Sammelzeit die 100'000 Unterschriften beisammen waren. Denn die Gesundheit wird in unserer Bundesverfassung in der Tat stiefmütterlich behandelt. Zu diesem so wertvollen Gut – wohl das wertvollste überhaupt – gibt es darin nur bruchstückhafte Regeln, eine ordnungspolitische Leitlinie oder einen umfassenden Gesundheitsartikel, wie er beispielsweise für die Bildung existiert, sucht man vergebens. Gerade vor diesem Hintergrund begrüsse ich das Engagement der Hausärztinnen und Hausärzte und verfolge es mit Interesse. Ebenso interessiert folgte ich vergangene Woche im Rahmen eines Seminars der Schweizer Kantonsregierungen den Ausführungen von Charles Favre, Präsident H+.

Die Berufsgruppe der Spitalärztinnen und -ärzte fasst ebenfalls die Lancierung eines Verfassungsartikels ins Auge. Allerdings gehen mir beide Ansätze oder Ideen letztlich zu wenig weit. Es sind Anstrengungen in, wohlverstanden, sehr wichtigen Bereichen des Gesundheitswesens. Aber sie sind letztlich zu einseitig. Was das Schweizer Gesundheitswesen braucht, damit ihm der Schnauf noch lange nicht ausgeht, sind nationale Gesundheitsziele, ordnungspolitische Leitlinien und neue Steuerungsstrukturen.

Solche Ideen liegen auf nationaler Ebene auf dem Tisch, namentlich zwei parlamentarische Vorstösse, die im Herbst letzten Jahres im Nationalrat eingereicht wurden (Postulat Reto Wehrli CVP Schwyz, Schaffung eines eidgenössischen Gesundheitsgesetzes; Motion Fraktion CVP/EVP/glp, Gesundheitsstrategie für die Schweiz). Ich persönlich gehe einen Schritt weiter und fordere angesichts der elementaren Bedeutung der Gesundheit direkt eine Neuregelung in der Bundesverfassung. Nicht nur für Teilbereiche wie die Hausarztmedizin, sondern für Gesundheitsversorgung, Gesundheitspolitik als umfassendes Gebiet. Ziel muss sein, die heute engen und oft unsinnigen Verflechtungen zwischen Bund und Kantonen zu entwirren, die das historisch gewachsene Gesundheitsrecht prägen.

Ich denke etwa an die Prävention und Gesundheitsförderung, den kantonal so unterschiedlich umgesetzten Nichtraucher-Schutz oder die Bekämpfung von Epidemien. In den genannten und vielen anderen Bereichen nehmen Bund und Kantone heute parallele, gemeinsame oder sich überschneidende Aufgaben wahr. Das Ergebnis sind kostspielige Parallel-Strukturen, eine ineffiziente Fragmentierung und kantonale Sonderzüge. Eine bessere Zuteilung der Kompetenzen und – wo sinnvoll – eine verstärkte nationale Gesundheitspolitik, würde manche Verbesserung bringen.

Erlauben Sie mir dazu ein ganz persönliches Beispiel anzusprechen: Wäre der Nichtraucher-Schutz längst mittels Bundesrecht und somit schweizweit einheitlich geregelt, müsste ich in unserem Tagungsprogramm Seite 7 nicht folgende Zeilen lesen: «Leider hat der Regierungsrat des Kantons Zürich die vom Volk am 28. September 2008 angenommene Volksinitiative zum Schutz vor Passivrauchen der Lungenliga Zürich immer noch nicht umgesetzt. [...] Die Zürcher Mitarbeitenden im Gastgewerbe und ihre Gäste werden wohl als letzte in Europa in den Genuss von sauberer Luft am Arbeitsplatz und beim Essen kommen!»

Meine Damen und Herren, diese Zeilen schmerzen. Genauso hart ist übrigens die Kritik, die von Seiten Gastronomie kommt: Aus diesem Lager wird die viel zu schnelle Umsetzung des Nichtraucher-Schutzes ohne ausreichende Übergangsfristen moniert. Kurz: Die Politik findet in einem enormen Spannungsfeld statt – man kann es nie allen recht machen. Ich will hier aber gar nicht weiter auf die Umstände bei der Umsetzung dieser Volksinitiative eingehen. Denn im Kanton Zürich wird der Nichtraucher-Schutz fürs Gastgewerbe nicht im Gesundheitsgesetz, sondern im Gastronomieggesetz geregelt und dieses ist Sache der Volkswirtschaftsdirektion. Bitte verstehen Sie mich recht: Ich will den Schwarzen Peter nicht abschieben. Mir geht es viel mehr darum, aufzuzeigen, dass eine zu föderalistisch geprägte Gesundheitspolitik in so manchem Bereich hinderlich ist, dass kantonale Unterschiede zu Unmut führen und am Ende der Kette die Bevölkerung als Verlierer dasteht.

Der Weg, die künftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen erfolgreich zu meistern, führt über eine nationale Gesundheitspolitik. Auch wenn Medizin weiterhin und selbstverständlich in nächster Nähe geschehen soll. Für diese Nähe sind Sie, meine Damen und Herren, verantwortlich. Und für dieses wertvolle Engagement direkt am Menschen, dort, wo Gesundheit unmittelbar stattfindet, will ich Ihnen danken und Sie ermuntern, diese wertvolle Aufgabe im Gesundheitswesen weiterhin wahrzunehmen. Danken möchte ich auch für die heutige Einladung, die mir Gelegenheit gibt, Ihnen die Sicht des Politikers näherzubringen. Ich bin überzeugt: Wir alle setzen uns dafür ein, dass der Gesundheit der Schnauf noch lange nicht ausgeht. In einem System, das von so vielen Akteuren geprägt wird, ist es besonders wichtig, dass wir die Kräfte miteinander und nicht gegeneinander einsetzen.