

Referat von Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger vom 19. März 2009

Zimmerberg Symposium 2009: Das Gesundheitswesen in Bewegung – ein Blick aus politischer Perspektive

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Gesundheitswesen in Bewegung – ein Blick aus politischer Perspektive. Diesen Titel hat mir Frau Dr. Federspiel vorgeschlagen und ich habe ihn gerne übernommen. Doch was ist denn eigentlich die Perspektive des Politikers? Für mich heisst es, dass ich die Dinge nicht nur mit meinen Augen sehen will, sondern auch aus Sicht der Bevölkerung zu verstehen versuche. Denn als Politiker bin ich der Bevölkerung, gewissermassen dem öffentlichen Interesse, verpflichtet. Deshalb frage ich mich immer wieder, was denn für die Bevölkerung von besonderer Bedeutung ist, wenn es um das Gesundheitswesen geht. Ein zentrales Informationsgefäss sind die Medien; Grippewelle, Masern, überfüllte Notfallstationen, streikende Hausärzte und Schockierendes aus einem Zürcher Pflegeheim – das waren und sind die Themen, die in den letzten Wochen die gesundheitspolitische Agenda im Kanton Zürich prägten.

Hinzu kommt – alle Jahre wieder – die Diskussion um die Krankenkassenprämien. Herr Manser hat Ihnen seine Sichtweise als Vertreter der Krankenversicherer bereits dargestellt. Gerne möchte ich Ihnen zeigen, wie das Thema aus der Perspektive des *Zürcher Politikers* aussieht. Damit komme ich zur Inhaltsübersicht:

I Dauerbrenner Krankenkassenprämien: Der Kanton Zürich im Vergleich.

Um nicht nur bei *einem* meiner beiden Vorredner anzuknüpfen, will ich auch aus am Referat von Herrn Prof. Brügger etwas aufgreifen: das Thema «Health Technology Assessment».

Er hat Ihnen dargestellt, was im Allgemeinen darunter zu verstehen ist; ich möchte Ihnen ein konkretes Projekt aus dem Kanton Zürich vorstellen, das genau in diesen Bereich fällt: das «Medical Board». **II Medical Board: Ein Pilotprojekt aus dem Kanton Zürich.**

Im dritten und letzten Teil möchte ich den Referatstitel noch einmal aufgreifen und einige Bereiche antippen, in denen das Gesundheitswesen «in Bewegung» ist.

III Das Gesundheitswesen in Bewegung: Zwischen staatlicher Planung und individueller Freiheit – und auf hohem Niveau.

Beginnen möchte ich nun mit dem «Dauerbrenner» Krankenkasseprämien. Denn Sie, meine Damen und Herren, sind nicht nur beruflich im Gesundheitswesen tätig; Sie alle sind auch als Privatperson von den Prämien betroffen. [→ Folie: **Prämieneinnahmen und Nettoleistungen**]

Diese erste Grafik zeigt die durchschnittliche Prämienentwicklung im Kanton Zürich im Vergleich zu den Nettoleistungen der Krankenversicherer, also nach Abzug von Selbstbehalt und Franchise. Seit 2006 hatten wir im Kanton Zürich nur einen moderaten Prämienanstieg, während die Nettoleistungen deutlicher angestiegen sind. Ich möchte nun eine dritte Kurve hinzufügen, jene der Reserven, die in diesen Jahren gebildet werden konnten. [→ Folie: **Prämieneinnahmen, Nettoleistungen und Reservenentwicklung im Kanton Zürich**]

Wie Sie sehen, ist diese Kurve bis 2007 stetig angestiegen. Das heisst, die Zürcherinnen und Zürcher haben zu hohe Prämien bezahlt, sodass die Versicherer Reserven aufbauen konnten. In absoluten Zahlen gesprochen hat sich der Reservenbestand im Kanton Zürich wie folgt verändert: von 2003 bis 2007 ist er von rund 600 Mio. auf über 1 Mia. Franken angestiegen. Selbst im Jahr 2007, in dem die Nettoleistungen stärker anstiegen als die Prämieneinnahmen, waren die Prämien immer noch hoch genug, dass Reserven aufgebaut werden konnten.

Gemäss Art. 78 KVV müssen die Versicherer eine gesetzliche Sicherheitsreserve anlegen. Berechnet wird diese Reserve je nach Anzahl Versicherter zu einem bestimmten Prozentanteil des Prämien-Solls. Dieser Prozentanteil wurde in den letzten Jahren nach Vorgaben des Bundes stetig gesenkt: Während grosse Kassen mit über 150'000 versicherten Personen vor einigen Jahren noch 20 Prozent des Prämien-Solls als Mindestreserve vorweisen mussten, sind es heute noch 10 Prozent. Dass diese vorgeschriebene Mindestquote in den letzten Jahren gesetzlich gesenkt wurde, zeigt bei den Versicherern im Kanton Zürich bisher aber keine Wirkung: [→ Folie: **Minimale Sicherheitsreserve und Reservenüberdeckung in Zürich**]

Sie sehen, dass die Schere zwischen der gesetzlich vorgeschriebenen Sicherheitsreserve und den tatsächlich angelegten Reserven im Kanton Zürich in den letzten Jahren weiter auseinander ging. Erst von 2007 auf 2008 sinkt auch die obere Kurve, die sogenannte Prämien-Überdeckung. Hier müssen wir allerdings berücksichtigen, dass es sich für das Jahr 2008 erst um eine Prognose handelt; die definitiven Zahlen werden demnächst vom Bundesamt für Gesundheit bekannt gegeben. Vor dem Hintergrund der Finanzkrise ist eine gute Prognose heute sehr schwierig. Vielleicht wird die obere Kurve sogar deutlich markanter sinken – so prophezeien es zumindest die Krankenversicherer. Doch erfahrungsgemäss sind die von den Versicherern gezeichneten

Szenarien stets düsterer als sie tatsächlich ausfallen. Kurz und gut: Wir gehen davon aus, dass die Reserven im Kanton Zürich noch so hoch sein werden, dass für 2010 eine moderate Prämienentwicklung möglich ist. Die Zürcher Bevölkerung hat mit ihren – in den letzten Jahren zu hohen – Prämien den Reservenauflauf finanziert. Sie soll nun auch vom Reservenabbau profitieren. Was es aus Zürcher Sicht zu vermeiden gilt, ist, dass die Zürcher Reserven als Backup für andere Kantone dienen. Dass diese Gefahr allerdings besteht, veranschaulicht die nächste Grafik:

[→ Folie: Kantonale Reservequoten 2007]

Der Kanton Zürich ist hier dunkel eingefärbt. Noch oberhalb von Zürich, in Sachen Reserven also an der Spitze, liegen die Kantone Waadt und Genf. Ganz am unteren Ende – deutlich unter der gesetzlich vorgeschriebenen Sicherheitsreserve – fungieren beispielsweise die Kantone Obwalden und Bern.

Vor diesem Hintergrund hat der Kanton Zürich das Bundesamt für Gesundheit in den letzten Jahren immer wieder aufgefordert, bei denjenigen Kantonen einen Reservenauflauf zu verlangen, die unter der vorgeschriebenen Sicherheitsreserve liegen. Denn ein so grosses Gefälle zwischen den verschiedenen Kantonen birgt die Gefahr, dass zum Beispiel die Gemeinkosten der Versicherer unfair auf die Kantone verteilt werden. Was heisst unfair? Die Versicherungsprämien sind nach Kantonen, teilweise sogar nach Regionen unterschiedlich hoch, weil sie auf den entsprechenden regionalen oder kantonalen Kosten für medizinische Leistungen basieren. Zum Vergleich habe ich mir vier Kantone im Jahr 2008 angeschaut. Dabei spreche ich von der monatlichen Durchschnittsprämie für die obligatorischen Grundversicherung bei einer erwachsenen Person:

Im Kanton Obwalden sind es rund 231 Franken, im Kanton Bern über hundert Franken mehr, nämlich 333 Franken. Der Kanton Waadt ist noch etwas teurer mit rund 370 Franken und Zürich liegt im Mittelfeld mit knapp 310 Franken. Aus diesen individualisierten Berechnungen der Prämien muss man denn auch ableiten, dass die Reserven, die in einem Kanton aus den bezahlten Prämien gebildet werden konnten, auch den entsprechenden Prämienzahlern zu Gute kommen.

Wenn ich Ihnen, meine Damen und Herren, von solchen Forderungen an das BAG erzähle, mache ich keine leeren Versprechungen. Gleich nächste Woche findet ein Runder Tisch statt, an dem Vertreter aus dem BAG, der Krankenversicherer und aus verschiedenen Kantonen gemeinsam diskutieren. In diesem Rahmen habe ich die Gelegenheit, die Anliegen und Forderungen des Kantons Zürich darzulegen. Genau solche Chancen will ich packen, um im Interesse der Bevölkerung die Entwicklungen im Gesundheitswesen mit zu gestalten.

Die Entwicklungen im Gesundheitswesen bringen mich zum nächsten Teil meines Referates: zum Projekt «Medical Board». [→ **Folie: Inhaltsübersicht**]

Der wissenschaftliche Fortschritt schafft mit hoher Geschwindigkeit neue Möglichkeiten für die medizinische Diagnose und Therapie – und ist damit ein zentraler Kostentreiber im Gesundheitswesen. Das medizinische Angebot wird aber nicht nur teurer und breiter, sondern auch komplexer. Anwendung und Einsatz neuer Diagnoseinstrumente und Therapien, Heilmittel oder Technologien sind mit zahlreichen Fragen verbunden: Bieten sie für die Patientinnen und Patienten einen realen Vorteil gegenüber Vorgängerprodukten? Gibt es bestimmte Patientengruppen, für die eine neue Methode in Frage kommt – für andere hingegen nicht? Dass solche Fragen im Rahmen des «Health Technology Assessments» geklärt werden, hat Ihnen Prof. Brügger in seinem Referat bereits dargelegt. Ich möchte Ihnen nun aufzeigen, mit welchem Ansatz wir im Kanton Zürich solche Fragen zu klären versuchen.

[→ **Folie: Weshalb ein «Medical Board?»**]

Die Zürcher Gesundheitsdirektion hat im vergangenen Jahr beschlossen, nach dem Vorbild ausländischer Einrichtungen das Pilotprojekt «Medical Board» zu starten. Der Pilotbetrieb soll die Möglichkeiten und den konkreten Nutzen einer Kommission zeigen, die Empfehlungen für den Einsatz von Therapien und Diagnoseinstrumenten im Bereich der stationären Akutsomatik abgibt. Diese Kommission soll nicht wirksame Leistungen und Medikamente erkennen, auf die verzichtet werden kann, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung zu gefährden – im Gegenteil: die Qualität soll steigen, indem beispielsweise Therapien mit starken Nebenwirkungen entdeckt und aus dem Leistungsauftrag gestrichen werden. Welche Schritte haben wir bisher gemacht?

[→ **Folie: Pilotphase «Medical Board»**]

Im Rahmen unseres Pilotprojekts wurde ein fünfköpfiger Expertenrat konstituiert. Nebst Vertretern aus der Medizin gehört je ein Mitglied mit gesundheitsrechtlichem, ethischem beziehungsweise ökonomischem Background zu diesem Gremium. Der Expertenrat hat aus Themenvorschlägen verschiedener Zürcher Spitäler zwei konkrete Behandlungsmethoden ausgewählt und diese im Rahmen einer Metastudie auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft. Untersucht wurde der Einsatz des Heilmittels «Avastin» für die Behandlung von metastasiertem Dickdarmkrebs und die Frage:
Ruptur des vorderen Kreuzbandes – konservative oder operative Behandlung?

Basierend auf den wissenschaftlich erarbeiteten Ergebnissen gibt der Expertenrat der Gesundheitsdirektion eine Empfehlung zum Einsatz dieser Methoden ab. Bis im Sommer 2009 soll das Pilotprojekt evaluiert werden, um zu entscheiden, ob – und wenn ja – wie das «Medical Board» weitergeführt wird. Bei einer positiven Entscheidung über die Weiterführung muss selbstverständlich auch eine Ausweitung des Projekts auf nationale Ebene angestrebt werden, um einen möglichst breiten Nutzen zu erreichen. [→ Folie: Mehrfacher Nutzen]

Dieser Nutzen soll nicht ausschliesslich im Bereich des Gesundheitswesens liegen, sondern jedem Einzelnen etwas bringen, beispielsweise auch Ihnen als Steuerzahler, Versicherungsnehmer oder auch Patienten. Patienten sollen keine Therapien durchstehen müssen, die keine erwiesene oder eine im Verhältnis zu den verursachten körperlichen Belastungen unbedeutende Wirkung haben. Im Interesse einer dauerhaft hochstehenden Grundversorgung erachte ich es als dringend nötig, dass genau solche Massnahmen identifiziert und entsprechend aus dem Leistungskatalog gestrichen oder vollständig privat finanziert werden müssen.

Genau solche Entscheidungen sehe ich als eine der wichtigsten Aufgaben des Staates: Er muss entscheiden, was notwendigerweise in die Grundversorgung gehört und vom Kollektiv finanziert wird und wo hingegen die Grenzen zum individuellen «nice to have» liegen. Diese Frage bringt mich nun zum dritten Teil meines Referats und der lautet: [→ Folie: Inhaltsübersicht]

III Das Gesundheitswesen in Bewegung: Zwischen staatlicher Planung und individueller Freiheit – und auf hohem Niveau.

Zwischen staatlicher Planung und individueller Freiheit – in einem Bild gesprochen, ist dies eine Pendelbewegung, mit der ich als Politiker dauernd konfrontiert bin. Wo und wie soll der Staat eingreifen? Soll das Pendel eher Richtung persönliche Freiheit und Eigenverantwortung ausschlagen oder eher Richtung staatliche Steuerung? Wie viel Freiheit soll der Staat dem Menschen als Individuum, dem Arzt als Unternehmer und dem Spital als Institution gewährleisten? Die Gratwanderung zwischen staatlichen Vorgaben und individuellen Freiheiten möchte ich Ihnen an einem Beispiel veranschaulichen: an der Spitalplanung 2012, die wir im Kanton Zürich auf Grund des revidierten Krankenversicherungsgesetzes anpacken müssen. Hier heisst die vermeintlich simple Kernfrage: Planung oder Wettbewerb?

Einerseits sind die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen. Das heisst, allen grundversicherten Patientinnen und Patienten eine rasche und qualitativ hochstehende Spitalbehandlung zu gewährleisten. So schreibt es das eidgenössische

Krankenversicherungsgesetz vor. In noch anderen Worten: Der Kanton muss einen öffentlichen Auftrag definieren und mit einer angemessenen Planung dafür sorgen, dass die Spitäler diesen Auftrag erfüllen können.

Andererseits erhält der Wettbewerbsgedanke mit dem revidierten KVG mehr Gewicht. Die Finanzierung auf Basis diagnosespezifischer Fallpauschalen oder die freie Spitalwahl über Kantonsgrenzen hinweg sind zwei konkrete Beispiele dafür. Die Spitäler müssen also effizient und wirtschaftlich, gleichzeitig auch gut und sorgfältig arbeiten, um im Wettbewerb bestehen zu können. Dazu wiederum brauchen sie eine möglichst hohe betriebswirtschaftliche Autonomie. Und genau da öffnet sich das Spannungsfeld zur staatlichen Planung. Den Mittelweg in diesem Widerstreit zu finden, ist die politische Herausforderung, vor der wir stehen.

Ich werde Ihnen heute keine Details zur Spitalplanung 2012 liefern. Nicht, weil ich das nicht möchte, sondern weil ich es noch gar nicht *kann*. Unser Spitalplanungsteam, das sich gegen Ende 2008 formiert hat und seit anfangs 2009 komplett ist, wird in den nächsten Monaten die Basis für die Spitalplanung 2012 erarbeiten. Dazu braucht es vor allem Eins: die Aufbereitung einer beinahe unvorstellbaren Datenmenge. [→ **Folie: Spitalplanung 2012**]

Da werden DRGs zu Leistungsgruppen gebündelt, die später als kleinste Planungsgrundlage und für die Leistungsvergabe an die Spitäler dienen. Es braucht eine Erhebung der aktuellen Inanspruchnahme von Spitalleistungen, eine Evaluation der Angebotsstruktur, aber auch eine Prognose, wie sich die Dinge entwickeln werden. Dazu werden demographische Faktoren berücksichtigt, aber auch epidemiologische und medizintechnische Gutachten erstellt.

All das, meine Damen und Herren, ist nur ein Ausschnitt aus dem, was unser Spitalplanungsteam in den nächsten Monaten erarbeiten wird. Und dies natürlich nicht im Alleingang, sondern in Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen innerhalb der Gesundheitsdirektion, mit externen Fachpersonen und -gremien und zusammen mit anderen Kantonen. Gerade Letzteres – die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen – mag plausibel und naheliegend oder selbstverständlich klingen – ist aber gar nicht so einfach. Denn die Voraussetzungen in den Kantonen sind völlig unterschiedlich. Die kleinräumige Schweiz leistet sich 26 unterschiedliche Gesundheitssysteme und -politiken. Genau das macht einen interkantonalen Vergleich fast unmöglich. Dabei wäre das beispielsweise die Voraussetzung für die geplante freie Spitalwahl über Kantonsgrenzen hinweg. Weshalb soll jemand ein vom Wohnort entferntes Spital wählen, wenn es keine klaren Vergleichsmöglichkeiten bzw. Vorteile zu den nahe gelegenen Kliniken gibt? Nur wenn die

Leistungen vergleichbar sind, macht die freie Spitalwahl überhaupt Sinn. Dies gilt natürlich auch innerhalb der Kantonsgrenzen. Und damit komme ich zu einer weiteren Herausforderung, die sich im Rahmen der Spitalplanung 2012 stellt: die Messung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Mit dem revidierten KVG gewinnen Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb an Gewicht: Gleichzeitig ist klar, dass dies nicht zu Lasten der Qualität geschehen darf. Wie aber sollen die beiden Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit überhaupt gemessen werden? Wie können sie zu einem sinnvollen Gesamturteil kombiniert werden? Und wie muss man die Daten aufbereiten, um die Leistungserbringer fair untereinander zu vergleichen?

Meine Damen und Herren, ich will Ihnen keine Löcher in den Bauch fragen. Aber wenn ich heute die Gelegenheit habe, Ihnen die Sicht des Politikers auf das Gesundheitswesen darzustellen, dann liegt für mich ein wichtiger Bestandteil darin, dass ich Ihnen die Fragen aufzeige, die sich im Polit-Alltag stellen. Doch bei all den Fragen droht manchmal Eines in Vergessenheit zu geraten: die Tatsache, dass wir uns auf sehr hohem Niveau bewegen! [→ **Folie: Das Schweizer Gesundheitswesen wird beurteilt**]

Sei es der Nationale Gesundheitsbericht 2008 «Gesundheit in der Schweiz», sei es die Studie der OECD und WHO zum Schweizer Gesundheitswesen oder das Gutachten, das 2008 an der University of Virginia im Auftrag verschiedener Partner aus dem Schweizer Gesundheitswesen erstellt wurde – Sie alle kommen zum gleichen Schluss: die Schweiz verfügt über ein sehr gut ausgebautes und modernes Gesundheitswesen. Ein Zahlenvergleich ist eindrücklich: [→ **Folie: Einige Zahlen zum Vergleich**]

Zurzeit gibt es bei uns über 3,6 Ärzte und 10,7 Krankenpflegekräfte pro 1000 Einwohner; der OECD-Durchschnitt liegt bei 2,9 bzw. 8,0.

Es gibt 3,9 Akutbetten je 1000 Einwohner; dieser Wert liegt nur leicht unter dem OECD-Durchschnitt von 4,1.

Die Rate von 14,2 MRI-Anlagen pro Million Einwohner ist hingegen fast doppelt so hoch wie der OECD-Durchschnitt von 7,7 MRI-Anlagen pro eine Million Einwohner.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass uns das Gesundheitswesen einiges kostet. Im Vergleich mit den OECD-Ländern liegt die Schweiz an zweiter Stelle, wenn es darum geht, welchen Prozentanteil die Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt ausmachen.

Im Jahr 2006 belief sich dieser BIP-Anteil in der Schweiz auf 10,8 Prozent. Damit lag die Schweiz gleich hinter Spitzenreiterin USA, deren Gesundheitsausgaben über 15 Prozent des BIPs ausmachten. Der OECD-Durchschnitt belief sich auf rund 9 Prozent.

In allen drei Berichten wird zudem die hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen betont. Hierzu kann ich Ihnen eine Folie aus dem Kanton Zürich zeigen: Seit mehreren Jahren führen wir im Kanton Zürich regelmässig Patientenbefragungen durch, um die Zufriedenheit nach einem Spitalaufenthalt zu erheben. [→ **Folie: Patientenzufriedenheit in Zürcher Spitälern**]

Betrachten wir die Ergebnisse aus dem Jahr 2005 näher: Insgesamt wurden über 14'000 ausgefüllte Fragebögen von stationären Patientinnen und Patienten aus einem der 15 kantonalen oder staatsbeitragsberechtigten Spitäler ausgewertet. 73,5 Prozent der Befragten bezeichneten die Betreuung im Spital als sehr gut oder ausgezeichnet. 22,9 Prozent gaben eine gute Beurteilung ab. Lediglich 3,2 Prozent fanden die Behandlung mittelmässig und nur gerade 0,4 Prozent oder absolut gesprochen 60 Patientinnen und Patienten beurteilten die Behandlung als schlecht. Diese Ergebnisse sind zweifellos ein Indiz für die hohe Qualität in der Zürcher Gesundheitsversorgung.

Aber – und auch hier sind sich die Gutachten zum Schweizer Gesundheitswesen einig – das hohe Niveau hat seinen Preis. Über die wichtigsten Kostentreiber wurden Sie, meine Damen und Herren, von meinen beiden Vorrednern bereits informiert. Genauso über mögliche Ansätze um die Kosten zu dämpfen. Ich selber möchte zu diesem Thema noch einen Punkt aufgreifen, nämlich die Gesundheitsförderung. Ich will mich dazu äussern, weil alle drei genannten Gutachten in genau diesem Bereich ein Manko feststellen und eine Intensivierung gesundheitsfördernder Massnahmen empfehlen. Das Stichwort Gesundheitsförderung gibt mir auch eine gute Möglichkeit, nochmals die Perspektive des Politikers deutlich zu machen – wie es mein Referatstitel verspricht.

Denn im Bereich der Gesundheitsförderung stellt sich – ähnlich wie bei der Spitalplanung – die Frage: Wie weit darf sich der Staat in den so persönlichen Bereich der eigenen Gesundheit einmischen? Ist Gesundheitsförderung wirklich eine Staatsangelegenheit? Oder muss es viel mehr jedem Menschen selber überlassen sein, sich um seine Gesundheit zu kümmern?

Für mich ist klar: Gesundheitsförderung ist ein Must. Gerade in der Schweiz, wo wir mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Eigenverantwortung beschneiden. Denn mit den Versicherungsprämien bezahlen wir im Voraus einen fixen Betrag – und schöpfen im Krankheitsfall aus dem Vollen. Oder noch extremer formuliert: Weshalb soll ich zu meiner Gesundheit Sorge tragen? Ich bin ja versichert.

Vor diesem Hintergrund sind Massnahmen gefragt, um das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung zu fördern. Im Kanton Zürich hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin an der

Universität Zürich einen entsprechenden Auftrag. Hier ein Blick in unsere Präventionskampagnen:
[→ Folie: Gesundheitsförderung im Kanton Zürich]

Vielleicht kommt es Ihnen spanisch vor, dass sich ausgerechnet ein freisinniger Politiker wie ich dafür einsetzt, mit staatlichen Massnahmen in die Privatsphäre der Bürgerinnen und Bürger einzudringen – gerade in einem so persönlichen Bereich wie der Gesundheit. Die Frage ist berechtigt und die Antwort, die ich Ihnen gebe, ist simpel: die Aufgabe des Staates muss sein, eigenverantwortliches Handeln überhaupt zu ermöglichen.

Hier ein Beispiel: Wenn zu meinem Arbeitsplatz ein sicherer Radweg führt und wenn ich gleichzeitig weiss, dass bereits 30 Minuten moderate Bewegung meine Gesundheit fördern, dann kann ich eigenverantwortlich handeln und mit dem Velo zur Arbeit fahren. Die baulichen Massnahmen für den Radweg und die Wissensvermittlung sind Aufgaben des Staates. Dieses Beispiel zeigt übrigens auch auf, dass Gesundheitsförderung nicht in der Gesundheitsdirektion ein Thema ist. Viel eher handelt es sich um einen direktionsübergreifenden Bereich – und genau das macht die Perspektive des Politikers so interessant. Nebst der Verkehrswegsplanung, die ein Thema der Baudirektion ist, gibt es auch zahlreiche Massnahmen zur Förderung eines gesunden Verhaltens, die in der Schule stattfinden. Aus diesem Grund ist auch eine gute Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Bildungsdirektion gefragt.

Und mehr noch: Gesundheitsförderung findet nicht nur auf kantonaler Ebene statt. Auch der Bund hat sich das Thema auf die politische Agenda gesetzt und strebt eine interkantonale Zusammenarbeit an. Noch näher bei den Menschen als der Bund und Kantone sind aber die Gemeinden. Deshalb ist auch diese Zusammenarbeit von grosser Bedeutung. All das macht es für mich als kantonaler Gesundheitspolitiker so spannend – die Bewegung auf verschiedenen Ebenen, zwischen Direktionen und in Institutionen – wie heute am Zimmerberg-Symposium. Ganz herzlichen Dank, dass Sie mich zur dieser Veranstaltung eingeladen haben. Und Ihnen, meine Damen und Herren, danke ich für die Aufmerksamkeit. Verabschieden möchte ich mich mit einem weiteren Bild aus einer unserer Gesundheitsförderungskampagnen.

[→ Folie: Ich bleibe in Bewegung...]

Keine Angst: Ich werde nicht gleich wegrennen, sondern stehe während der anschliessenden Diskussion sehr gerne für Fragen zur Verfügung.