

Um 2 Milliarden verschätzt

BUND Der Bund hat im vergangenen Jahr offenbar 2 Milliarden Franken weniger Steuern eingenommen als budgetiert.

Das Finanzdepartement von Bundesrätin Eveline Widmer-Schlumpf hat sich verkalkuliert. Das berichtete die «NZZ am Sonntag» unter Berufung auf mit dem Dossier vertraute Personen. Demnach hat der Bund im letzten Jahr 2 Milliarden Franken weniger Steuern eingenommen als budgetiert. Das entspricht knapp 3 Prozent der Gesamteinnahmen des Bundes von 67 Milliarden Franken.

Der grösste Teil der Mindereinnahmen soll auf Rückgänge bei der direkten Bundessteuer zurückzuführen sein. Dort sind insbesondere Einnahmen von Firmen weggebrochen. Dabei handelt es sich nicht nur um Mindereinnahmen gegenüber dem Budget, sondern auch gegenüber dem Vorjahr. Der Bund hatte für 2014 einen Gewinn von einer halben Milliarde budgetiert. Der Gewinn dürfte nun viel tiefer ausfallen, obwohl der Bund 2014 auf verschiedene budgetierte Ausgaben verzichtet hat.

Möglich ist sogar ein Defizit. Über die möglichen Ursachen der Mindereinnahmen rätselt man in der Verwaltung. *ma*

In Kürze

SPITÄLER Verbände empört

Die Verbände der bernischen Privatspitäler, der Belegärzte, des Netzwerks Spitäler und der orthopädischen Chirurgen verteilen in einer gemeinsamen Mitteilung die letzte Woche bekannt gewordenen Fälle von Vermittlungsprovisionen an Hausärzte für die Überweisung von Patienten. Zwei Privatspitäler, ein Ärztenetzwerk und ein öffentliches Spital sollen die Überweisung von Patienten honorieren. Dies verstosse gegen geltendes Recht und gegen die Ständesordnung der FMH. Die Verbände hätten keine Kenntnis solcher Zahlungen und würden sie missbilligen. *bz*

FESTNAHME Wegelin-Banker festgenommen

Ein Schweizer Banker der ehemaligen Bank Wegelin ist am Frankfurter Flughafen wegen des Verdachts festgenommen worden, reichen US-Bürgern bei Steuerhinterziehungen geholfen zu haben. Die USA hätten seine Auslieferung beantragt, sagte sein Anwalt in New York. Der 50-jährige Schweizer war 2012 in den USA angeklagt worden. *sda*

SCHWEIZERGARDE Graf neuer Chef

Die Päpstliche Schweizergarde hat einen neuen Chef. Papst Franziskus ernannte am Samstag den bisherigen Vizekommandanten Christoph Graf zum Nachfolger von Daniel Rudolf Anrig. Der Führungswechsel wurde begleitet von Spekulationen über die Zukunft der Garde. Der gebürtige Pfaffnauer Graf gehört seit 27 Jahren zur päpstlichen Wachtruppe. Seit 2010 war der Vater zweier Kinder Vizekommandant. *sda*

«Warten Sie nicht darauf, dass der Arzt errät, was Sie beschäftigt»

MONTAGSINTERVIEW Patienten sollen mehr selbst bestimmen, fordert die Politik. Dazu müssen sie gut informiert sein. Für Medizinprofessor und Kommunikationsexperte Wolf Langewitz sind dazu nicht möglichst viele Informationen, sondern gute Gespräche mit dem Arzt nötig.

Der Arzt stellt die Diagnose und ordnet dann eine Behandlung an. Ist das inzwischen alte Schule?

Wolf Langewitz: Nur in Bezug auf das Wort anordnen. Etwas anzuordnen, ist das eine. Sich daran zu halten, ist das andere. Es war sicher schon immer so, dass Patienten nicht all das machten, was Ärzte von ihnen wollten. Aber früher hat man nicht darüber gesprochen. Heute wird diese Problematik offen diskutiert, und das hat dazu geführt, dass man sich mit dem Patienten gemeinsam auf die beste Behandlung einigt.

Hat sich damit die Macht hin zum Patienten verschoben?

Macht kann man unterschiedlich definieren. Ein Patient geht zum Arzt, weil er glaubt, dass dieser in Bezug auf sein Problem klüger ist als er selber. Der Arzt hat also Macht im Sinne eines Wissensvorsprungs. Man kann Macht

«Offenheit auch bei schlechten Nachrichten wird von Patienten vehement eingefordert.»

aber auch definieren als Kompetenz, zu handeln und Dinge in Bewegung zu setzen. In diesem Sinne ist der Patient eher mächtiger, denn es liegt in seiner Hand, die Tablette zu schlucken. Diese Machtverteilung zwischen Arzt und Patient gab es schon immer, aber die politische und gesellschaftliche Aufmerksamkeit hat sich verschoben. Die paternalistischen Zeiten sind vorbei.

Haben Sie als Arzt diesen Wandel auch gespürt?

O ja. Zu Beginn meiner Assistenzzeit hat ein Chefarzt einen Patienten kaum je gefragt, was er von seinem Vorschlag hält. Und noch in den frühen 80er-Jahren war es üblich, dass man sterbenskranke Patienten nicht so deutlich darauf hinwies, dass ihre Krankheit tödlich verlaufen würde. Man liess zu, dass sie falsche Hoffnungen entwickelten, oder schürte diese gar.

Das ist heute anders.

Hier in Mitteleuropa definitiv. Offenheit auch bei schlechten Nachrichten wird von Patienten vehement eingefordert. Das sehen wir nicht nur in Fragebogenerhebungen, sondern erleben es auch in konkreten Einzelfällen. Patienten wollen wissen, worauf sie sich einlassen. Das ist aber ein Kulturphänomen. In südlichen Ländern äussert man sich diesbezüglich weniger offen.

Immer wieder wird die Forderung nach «informierten Patienten» laut. Was bedeutet das?

Es gibt für diesen Ausdruck zwei Lesarten. Zunächst eine juristische: Der Patient muss genau informiert werden, welche Nebenwirkungen eine Operation hat, damit er später nicht Schadenersatzansprüche stellen kann. Er erhält also vor dem Eingriff ein mehrseitiges Informations-schreiben und bezeugt mit der Unterschrift, dass er es gelesen hat. Dafür braucht es keinen Arzt, keinen Dialog, nur einen Kugelschreiber für die Unterschrift. Das ist einbahnstrassenkommunikation. **Die andere Lesart?** Der informierte Patient ist in der Lage, einen kompetenten und

klugen Entscheid zu fällen. Jeder Patient braucht andere Informationen, um eine Entscheidung zu treffen, die seiner Situation angemessen ist. Eine junge Mutter nimmt vielleicht das Risiko einer lebensgefährlichen Therapie auf sich, weil sie ihren Kindern zu liebe auch geringe 5 Prozent Heilungschancen nutzen möchte. Für eine ältere Frau mit der gleichen Diagnose stehen möglicherweise eher die Nebenwirkungen der Therapie im Vordergrund, und sie verzichtet zugunsten einer hohen Lebensqualität auf die 5 Prozent Heilungschancen. **Sie sagten in einem Referat, die Forderung nach vollständiger Information sei sinnlos.**

Das ist zunächst einmal ganz banal: Jeder Experte wählt aus, was er seinem Gegenüber sagt. Wenn ich zur Bank gehe, erzählt mir der Kundenberater nicht alles, was er weiss. Wichtig ist aber, dass der Arzt seine Informationen mit den Interessen des Patienten abgleicht. Der informierte Patient ist nicht jemand, der alles gehört hat, was man weiss. Vielmehr ist er mit seinem Arzt in einen Verhandlungsprozess darüber eingetreten, was ihn wirklich interessiert und was er wissen muss, um einen klugen Entscheid zu fällen.

Kann das dazu führen, dass der informierte Patient anders entscheidet, als der Arzt ihm rät? Absolut. Es sind schwierige Situationen, wenn ich einen Patienten nicht von einer Behandlung überzeugen kann, die aus meiner Sicht sinnvoll ist. Mir ist wichtig, dass der Patient zumindest verstanden hat, dass er im schlimmsten Fall den Tod riskiert. Aber ich kann nicht für ihn entscheiden, ob der Tod eine mögliche Alternative ist.

Müssten Ärzte also auch ein Sterbemittel zur Verfügung stellen, wenn der Patient sich für den Tod entscheidet?

Die Frage ist, ob Ärzte einen Handlungsauftrag hin zum Tod haben oder akzeptieren sollen. Dazu muss sich die Gesellschaft äussern. Bisher hat sie diese Frage mit Nein beantwortet und die Medizin beauftragt, gegen den Tod zu kämpfen. Den Schierlingsbecher zu reichen, gehört nicht zu unseren Aufgaben. Aber man muss auch beachten, dass wir niemanden einfach im Stich lassen, der sich für einen Therapieabbruch entscheidet. Es ist völlig klar, dass wir Menschen medizinisch bis in den Tod hinein begleiten und das Sterben zu erleichtern versuchen, auch wenn wir keine Suizidbeihilfe leisten.

Wie einigen Sie sich mit Patienten auf eine Behandlung? Es geht im Wesentlichen darum, dass der Patient über Risiken und Nutzen einer Therapie Bescheid weiss. Dabei kann ich nicht generalisieren, sondern muss herausfinden, wie eine Behandlung in den Alltag des Patienten passt. Es gilt also, zu klären, inwieweit der Patient umsetzen kann, was medizinisch sinnvoll wäre, und welchen Nutzen er erwarten kann.

Wann ist ein Patientengespräch geglückt? Wenn sich auf beiden Seiten der Eindruck einstellt, jetzt ist genug – im Sinne einer grundlegenden Zufriedenheit. Das ist oft ein übergreifender Eindruck, der nichts mit einer bestimmten Anzahl Informationen zu tun hat. Ein Gespräch ist auch dann gelungen, wenn der Patient am



«Der informierte Patient ist nicht jemand, der alles gehört hat, was man weiss», sagt Wolf Langewitz.



UNIVERSITÄT BERN

Ist weniger mehr? Dieser Frage ging die Universität Bern in einer öffentlichen Veranstaltungsreihe über die Grenzen der modernen Medizin nach. In diesem Rahmen referierte Wolf Langewitz Mitte Januar zum Thema «Grenzen informierter Entscheidungen». Er legte dar, wie viele Informationen Patienten aufnehmen können, wie kluge Entscheide zustande kommen und wann Patientengespräche erfolgreich sind. Sein Referat sowie alle anderen Reden sind im Internet als Podcast aufgeschaltet und können nachgehört werden.

In der vom Forum für Universität und Gesellschaft organisierten Reihe kamen Themen von der Fortpflanzungsmedizin über die Transplantationsmedizin bis hin zur Altersmedizin zum Zuge. Sie schloss auch ökonomische, ethische, politische und spirituelle Aspekte ein. Die fünfteilige Reihe begann im November und endet am Samstag. *bw*

www.forum.unibe.ch



«Jeder Patient braucht andere Informationen, um eine Entscheidung zu treffen, die seiner Situation angemessen ist.»

Schluss weiss, was ihn erwarten wird. **Ist ein Gespräch nicht vor allem dann erfolgreich, wenn der Patient danach seine Tabletten vorschriftsgemäss einnimmt und die empfohlenen Übungen macht?**

Aus der Sicht des Arztes ist das sicher ein Erfolg. Zu hoffen bleibt, dass der Patient seine Therapietreue positiv erlebt und nicht als Niederlage seines Individualismus gegenüber dem Zwang einer Autoritätsperson.

Wie kann ich als Patientin zum Erfolg eines Gesprächs beitragen? Das ist einfach. Sie mögen sich überlegen, was Sie von der Konsultation erwarten, und dies gleich zu Beginn auf den Tisch legen. Warten Sie nicht darauf, dass der Arzt dank eines genialen Gedankenblitzes errät, was Sie beschäftigt. Äussern Sie auch Ihre Befürchtungen. So kann er Ihre Angst einordnen und weiss, wo er mit seinen Erklärungen ansetzen muss.

WOLF LANGEWITZ IM GESPRÄCH

Mit Wolf Langewitz sitzt einem Experte in Gesprächsführung gegenüber. Der Arzt und Psychotherapeut bleibt jederzeit aufmerksam, beantwortet ruhig jede gestellte Frage und lässt dabei auch Pausen zu. Sein gesprochene Deutsch ist druckreif, ab und zu mit Dialektausdrücken gespickt. «auf Schweizerdeutsch fluche und träume ich auch», sagt er.

Der 63-Jährige ist in Deutschland aufgewachsen, er hat sich in Bonn für innere Medizin habilitiert. Vor 25 Jahren ist er nach Basel gekommen. **Am Basler Universitätsspital ist er**

stellvertretender Chefarzt und leitender Arzt der Abteilung Psychosomatik. Auf das Thema Kommunikation ist er über Umwege gekommen. «Ich habe Assistenzärzte im Spital begleitet, weil ich auf den Stationen den Bedarf an psychosomatischer Mitbetreuung eruiieren wollte.» Dabei stellte er Probleme auf einer viel grundlegenderen Ebene fest, nämlich in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Langewitz begann, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und forschte über die Patienten-Arzt-Beziehung. **Heute ist er an der medizinischen Fakultät in**

Basel für die soziale und kommunikative Kompetenz in der Ausbildung zuständig und gibt Kommunikationskurse für Ärzte.

In seinem Büro treibt eine riesige Pflanze neue Blätter, «ausgerechnet jetzt, wo es auf meine Pensionierung zugeht», so Langewitz. Ende Jahr sei es so weit, bereits jetzt befinde er sich in der Verlängerung. Er hat ein Jahr angehängt, damit im Institut die Übergaben aufeinander abgestimmt werden können. Ja, er habe schon einige Projekte für die Zeit danach, sagt er. «Und eigentlich könnte ich die Enkel hüten, aber die sind in der Kita.» *bw*

Zeit. Was mich als Vater aus der Fassung gebracht hat, vermag mich als Grossvater nicht mehr gleichermassen zu treffen. Dafür machen mich heute andere Dinge fassungslos.

Welche denn? Dinge, die mich als älteren Mann berühren. Wenn Gleichaltrige zum Beispiel an neurologischen Erkrankungen leiden, trifft mich das. Als ich 30 Jahre alt war, waren das Erkrankungen älterer Menschen – weit weg von mir. **Ist es ein Vor- oder ein Nachteil, wenn ein Arzt berührt ist?**

Ein Arzt, der seine Fassung nicht auch einmal aufs Spiel setzt, wirkt kalt und unberührbar. Dann ist es schwierig, mit ihm in Kontakt zu treten, auch wenn er technisch hervorragend ist. Einfühlungsvermögen ist wichtig.

Steht es der Professionalität nicht im Weg?

Nein. Einfühlungsvermögen heisst, ich bin bereit, in einem Patienten nicht nur den Träger einer Krankheit zu sehen, sondern auch eine Person, die leidet.

«Ein Arzt, der seine Fassung nicht auch einmal aufs Spiel setzt, wirkt kalt und unberührbar.»

Es heisst aber nicht, dass ich dem Patienten so begegnen soll, wie ich einem Freund begegnen würde – das ist ein grosser Unterschied. Solange ein Mediziner in der Lage ist, seinen ärztlichen Aufgaben nachzukommen, also zu tun und zu sagen, was er in der entsprechenden Situation tun und sagen muss, spricht wahrscheinlich nichts dagegen, dass ihm auch einmal die Tränen kommen. Wenn er aber schlussend aus dem Zimmer stürmt, macht er zwar wahrscheinlich auch nicht so schrecklich viel falsch, tut aber sicher nicht das, was ein Patient von ihm erwartet.

Dokumentieren Ärzte die Gespräche mit den Patienten? Wir haben das einmal in einem Spital untersucht und festgestellt, dass Informationen aus Gesprächen kaum in die Krankenakten aufgenommen wurden. Es war nicht zu erkennen, nach welchen Kriterien sie Aufnahme fanden, und diese wurden auch nicht mit den Patienten diskutiert. Dabei wäre hier eine naheliegende Anwendung des geforderten Modells der geteilten Entscheidungsfindung möglich: Arzt und Patient einigen sich gemeinsam darauf, welche Elemente des Gesprächs in die Krankenakte gehören, auf die alle behandelnden Ärzte Zugriff haben.

Bleibt den Ärzten im Spital überhaupt die Zeit für solche Gespräche? Ja. Wenn man die Gespräche fokussiert und sich traut, einen klaren Rahmen zu stecken, dann zahlen sie sich aus. Absolventen unserer Kommunikationskurse gaben an, sie hätten gelernt, sich viel mehr auf die Kompetenz und die Lebensweisheit der Patienten zu verlassen. Sie hatten festgestellt, wie klug sich Patienten mit einer neuen Situation arrangieren, dass sie Ressourcen mobilisieren und ganz individuelle Lösungen finden, auf die man als Experte gar nicht gekommen wäre. Allerdings müssten die Kursabsolventen das Gelernte auch im Alltag umsetzen können, und dazu müssten die Spitäler ihre Strukturen stärker patientenzentriert ausrichten.

Interview: Brigitte Walsler

Jordan zu weiterem Devisenkauf bereit

FRANKENSTÄRKE Wenn nötig werde die Nationalbank erneut Devisen kaufen, sagt deren Präsident Thomas Jordan.



SNB-Präsident Thomas Jordan. *key*

Die Schweizerische Nationalbank (SNB) schliesst offenbar weitere Devisenkäufe zwecks Kursstützung nicht aus. «Wenn es sich als nötig erweist, werden wir auch am Devisenmarkt aktiv», bekräftigte SNB-Präsident Thomas Jordan.

In der Sendung «Samstagsrundschau» von Schweizer Radio SRF sagte Jordan auf die Frage, ob die SNB derzeit interveniert: «Wir sagen nichts zu unseren Transaktionen am Markt. Aber es kann ganz klar festgestellt werden, dass der Schweizer Franken immer noch überschiess; er ist im Moment stark überbewertet.» Der Wechselkurs habe Einfluss auf die monetären Bedingungen, sagte Jordan. «Und wenn eben der Bedarf vorhanden ist – das haben wir ganz klar gesagt am 15. Januar – dann werden wir auch aktiv am Devisenmarkt.»

Am Ball bleiben

Auf weitere Interventionen der SNB deuten die Giroguthaben hin, die auch seit dem Ende des Euromindestkurses Mitte Januar deutlich gestiegen sind. Auf diesen Konten schreibt die SNB unter anderem den Banken, die für sie Devisen kaufen, den Frankengegenwert gut.

Zudem sind die Devisenbestände der SNB im Januar umgerechnet um 3,3 Milliarden auf 498,4 Milliarden Franken gestiegen, obwohl die relevanten Währungen – vor allem Euro und Dollar – gegenüber dem Franken deutlich an Wert verloren haben.

Zuletzt wurde viel darüber spekuliert, ob bei der jüngsten leichten Abwertung des Frankens die SNB ihre Finger im Spiel hatte. Gerüchte zu einem angeblichen inoffiziellen Euro-Kurszielband der SNB von 1,05 bis 1,10 Franken mochte Jordan nicht kommentieren, genauso wenig die Frage nach dem fairen Wechselkurs des Euro-Franken-Paares.

Geringeres Wachstum

Wie stark das Wachstum in der Schweiz beeinträchtigt wird, hängt laut Jordan stark davon ab, wo sich der Frankenkurs einpendelt. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Überbewertung über die Zeit wieder korrigiert werde. Allerdings räumte Jordan ein, dass das Wachstum der Schweizer Wirtschaft sicher tiefer ausfallen werde, als die SNB noch im Dezember prognos-

tiziert habe. Vor dem Hintergrund von Rezessionsängsten sagte der Präsident des SNB-Direktoriums: «Es ist durchaus möglich, dass das eine oder andere Quartal negativ ausfallen wird.»

Trotz der möglichen Folgen habe die SNB keine andere Wahl gehabt, als den Euromindestkurs aufzugeben. «Alle Alternativen wären noch viel schlimmer gewesen für die Schweiz», sagte Jordan. «Ein Aufschieben des Entscheids hätte enorme negative Konsequenzen gehabt für die Schweiz insgesamt und auch für die Nationalbank.» Es sei noch zu früh, die Konsequenzen auf die Arbeitslosigkeit abzuschätzen, sagte Jordan weiter. Der Entscheid des Bundesrates, die Bedingungen für Kurzarbeit zu erleichtern, bezeichnete er aber als «sehr gutes Instrument». Ob es ein Konjunkturprogramm brauche, müsse der Bund beurteilen.

Negativzinse zeigen Wirkung

Die von der Nationalbank gegen die Flucht in den Franken eingeführten Negativzinsen zeigten Wirkung, so Jordan. Die SNB habe noch Spielraum. Es gebe bei Negativzinsen sicher eine Grenze, erklärte Jordan. «Die Frage ist, wo die genau erreicht wird. Aber ich glaube, bei der derzeitigen Höhe von minus 0,75 Prozent ist die Grenze sicher nicht erreicht.» Nichts wissen will Jordan von Forderungen der Pensionskassen, die sich gegen die Negativzinsen wehren und eine Ausnahme für sich verlangen. Die Negativzinsen wirkten nur, wenn es keine Möglichkeiten zur Umgehung gebe, sagte Jordan.

Für alle Finanzmarktakteure sollten dieselben Massnahmen gelten. *sda*

Negativzinse sind für die Mobiliar ein Problem

VERSICHERUNG Markus Hongler, Chef der Mobiliar, sagt, die Negativzinse seien für das Versicherungsunternehmen ein grosses Problem.

Das Ende des Mindestkurses zum Euro und die Einführung von Negativzinsen stellen die Mobiliar-Versicherung nach den Worten ihres Chefs Markus Hongler vor eine schwere Probe. Die Herausforderung sei enorm, sagte er in einem Interview am Sonntag.

«Wenn es der Schweiz gut geht, geht es auch der Mobiliar gut. Wenn es der Schweiz schlecht geht, leidet auch die Mobiliar», sagte Hongler in einem Interview

mit der Westschweizer Zeitung «Le Matin Dimanche». Wenn die KMU vom Wechselkurs betroffen seien, wirke sich das auch auf die Versicherungsgruppe aus.

Der Versicherungskonzern sei aber vor allem wegen der Negativzinsen betroffen. Hätten Obligationen der Eidgenossenschaft einst 2 bis 3 Prozent Rendite abgeworfen, liege diese heute bei einem Minus von 0,75 Prozent. Die Herausforderung sei enorm, sagte er in einem Interview am Sonntag.

«Wenn es der Schweiz gut geht, geht es auch der Mobiliar gut. Wenn es der Schweiz schlecht geht, leidet auch die Mobiliar», sagte Hongler in einem Interview