

felixplatters*spital*



Jahresbericht

2017

Jahresbericht

GEMEINSAM AUF
DEM WEG



INHALT

- 04 Keine Altlasten im Neubau
- 06 Neuer Bau, neue Arbeitsabläufe

Empathie

- 10 Zurück zum emotionalen Ich
- 13 Therapeutische Beziehungen über Generationen hinweg
- 16 Die Austrittsplanung beginnt mit dem Eintritt
- 19 Wenn die Gefühle durcheinandergeraten
- 22 Motivation durch Bewegung
- 24 Patientenbetreuung ohne Agenda

Zukunft

- 28 Vorbereitung für den Endspurt

Fokus

- 32 Aus der Forschung am Felix Platter-Spital

Zahlen

- 40 Jahresrechnung
- 44 Revisionsbericht
- 46 Organigramm



Das Felix Platter-Spital behandelt Frauen und Männer gleich. Die weibliche Form ist in diesem Jahresbericht deshalb auch dann mitgemeint, wenn sie nicht explizit erwähnt ist.

KEINE ALTLASTEN IM NEUBAU



DR. RER. POL.
THOMAS GIUDICI
Verwaltungsratspräsident

Wenn Sie auf Ihr erstes Jahr als Verwaltungsratspräsident des Felix Platter-Spitals zurückblicken, was für einen Eindruck haben Sie?

Wir haben im Felix Platter im vergangenen Jahr viele Themen bearbeitet, Entscheidungen gefällt, Probleme gelöst, Weichen gestellt, Projekte beschleunigt und Entwicklungsschritte gemacht. Mein Eindruck ist, dass wir aussergewöhnlich vieles machen mussten und geschafft haben – und dass das noch eine Zeit lang so weitergehen wird. Beeindruckt bin ich, wie trotz der vielen Arbeit die Motivation und Stimmung gut sind. Das liegt vermutlich auch daran, dass Menschen, die in der Altersmedizin tätig sind, mit belastenden Situationen gut umgehen können.

Das Felix Platter-Spital ist auf die Universitäre Altersmedizin spezialisiert – warum braucht Basel ein spezialisiertes Altersspital?

In meinen Gesprächen und Rundgängen im Felix Platter war ich immer wieder beeindruckt davon, wie besonders anforderungsreich Altersmedizin in all ihren Aspekten ist. Deutlich wurde mir dies zum Beispiel anhand der oft sehr komplexen Krankheitsbilder von älteren Patientinnen und Patienten und dem teilweise sehr anspruchsvollen Umgang mit ihnen und ihren Angehörigen.

Daraus ergeben sich hohe fachliche, soziale und ethische Anforderungen. Diesen können eigentlich nur Institutionen mit altersmedizinisch spezialisierter Behandlung, Pflege und Betreuung, mit spezifischer Aus- und Weiterbildung und fokussierter Forschung gerecht werden. Und nicht zuletzt braucht es auch einen Ort, an dem sich unsere speziellen Patientinnen und Patienten sicher und wohl fühlen und so Lebenskraft und Lebensqualität zurückgewinnen können. So ein Ort ist das Felix Platter – nicht nur für Basel.

Neben dem «alten» Felix Platter-Spital entsteht ein Neubau – welches der beiden Häuser beschäftigt Sie mehr?

In den Verwaltungsrats-Sitzungen beschäftige ich mich eindeutig mehr mit dem neuen Haus, das wir zu dem oben beschriebenen optimalen Ort für unsere Patientinnen und Patienten gestalten wollen. Im Alltag aber beschäftigen wir uns intensiv mit dem Bestehenden, entsprechend meinem Motto: Keine Altlasten im Neubau. Ich erlebe das genauso wie bei einem privaten Umzug, bei dem man sich auf das Neue freut, aber zunächst – und meist mit weniger Freude – das Bestehende anfassen, räumen und einpacken muss.

Entsprechend überprüfen und optimieren auch wir zusammen mit allen Mitarbeitenden Strukturen, Prozesse, Leistungen, Infrastruktur und alles, was damit zusammenhängt. Das ist anspruchsvoll und anstrengend, aber es ist auch eine einmalige Chance, die wir bestmöglich nutzen wollen.

Ändert sich die Strategie des Hauses mit dem Neubau?

Die Strategie ändert sich mit dem Neubau nicht. Aber wir nutzen das Ereignis des Neubaus, um die öffentliche Wahrnehmung des Felix Platter-Spitals zu verbessern. In der ganzen Schweiz, vor allem aber in der Nordwestschweiz, soll das Felix Platter bekannt sein. Wir möchten den Neubau auch dazu nutzen, dass die Menschen die wertvolle Arbeit, die hier geleistet wird, kennen und schätzen lernen. Der breiten Bevölkerung soll klar sein: Wenn ich ein altersmedizinisches Problem habe, bin ich im Felix Platter in besten Händen.

Wo steht das Felix Platter-Spital in zehn Jahren?

In zehn Jahren ist das vorgängig Gesagte realisiert. Unsere wichtigsten Botschafter sind dann unsere Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und ihre betreuenden Ärzte – weil sie alle das Felix Platter positiv erlebt haben. Und wir sind dann die führende Universitäre Altersmedizin in der Schweiz.

NEUER BAU, NEUE ARBEITSABLÄUFE



DR. PHIL. NAT.
JÜRIG NYFELER
CEO

Obwohl das Felix Platter-Spital erst im Frühjahr 2019 das neue Spitalgebäude beziehen wird, hat der Umzug CEO Jürg Nyfeler schon 2017 intensiv beschäftigt. Denn ein neuer Spitalbau bedeutet vor allem komplett neue Abläufe und Prozesse. Und die wollen vor dem Umzug alle definiert und eingeübt sein.

Der erste Höhepunkt seines ersten Jahres als CEO fiel für Jürg Nyfeler bereits in den Februar 2017: der 50. Geburtstag des markanten Spitalgebäudes. 1956 war aus dem bisherigen Hilfsspital endgültig das Felix Platter-Spital geworden. Bald darauf begannen die Planungsarbeiten für den Neubau und für zwei Personalhäuser. Das neue Spitalgebäude des Felix Platter-Spitals wurde am 24. Februar 1967 vom damaligen Sanitätsdirektor des Kantons Basel-Stadt, Regierungsrat Otto Miescher, eröffnet. In seiner Architektur ist es repräsentativ für die frühen Sechzigerjahre. Die gegliederte Fassade und die filigranen Betonelemente sind so zeittypisch, dass der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt den Bau 2016 unter Schutz gestellt hat.



Noch bis Anfang 2019 wird das Gebäude als Spital dienen. Danach wird das bisherige Spital in ein Wohngebäude mit rund 130 Wohnungen verwandelt. Das ehemalige Spital-Areal heisst dann neu Westfeld und bietet Raum für Wohnen, Gewerbe und quartierdienliche Angebote.

Gleich neben dem 50-jährigen Spitalgebäude entsteht der Neubau, in den das Felix Platter-Spital Anfang 2019 umziehen wird. 252 Millionen Franken beträgt das Budget für den Neubau. «Die Baukosten betragen 210 Millionen Franken, dazu kommen 42 Millionen Franken für Baunebenkosten, Einrichtungen, Apparate und Reserven», erklärt Nyfeler. Im gleichen Zug erneuert das Spital für 7,5 Millionen Franken Teile der Informatik, des Mobiliars und der Spezialgeräte – Betriebsinvestitionen, die auf den Neubau hin aufgeschoben wurden.


Am 31. März 2017 konnte Jürg Nyfeler dem Totalunternehmer und der Baumannschaft zur Aufrichte gratulieren. Ende 2018 wird das neue Spital fertiggestellt sein. Danach erfolgen die Bauabnahme, Tests, Schulungen und die Inbetriebnahme des Gebäudes. Ende März 2019 wird das Felix Platter-Spital seinen Betrieb im neuen Gebäude aufnehmen.

Damit das möglich ist, arbeiteten Jürg Nyfeler und sein Team bereits im ganzen Jahr 2017 mit Hochdruck. Denn der Umzug eines Spitals ist nicht damit getan, dass Mobiliar und Infrastruktur in das neue Haus verschoben werden. Für den Neubau

müssen alle Arbeitsabläufe überprüft und gegebenenfalls neu geordnet werden. Deshalb hatten Geschäftsleitung und Ärzte schon 2017 alle Hände voll zu tun mit dem geplanten Umzug. «Wir haben am neuen Ort die Möglichkeit, vieles neu zu gestalten. Wir führen ein neues Klinikinformationssystem und damit auch neue Arbeitsprozesse ein. Dazu kommen viele grössere und kleinere Projekte, von der Einführung eines ERP-Systems zur Projektplanung bis zur Kreation eines neuen grafischen Auftritts», erklärt Nyfeler.

Ein gewichtiges Vorhaben im neuen Spitalbau ist das Projekt Tandem: die Integration des Betriebs der Reha Chrischona, also der Rehabilitationsabteilung des Bürgerspitals Basel, sowie der Aufbau der Onko-Rehabilitation im Claraspital. Als letzte Instanz hat der Bürgergemeinderat der Stadt Basel am 20. Juni 2017 für die Integration der Reha Chrischona ins Felix Platter-Spital grünes Licht gegeben. Beat Ammann, der Direktor des Bürgerspitals, erklärte nach der Zustimmung des Bürgergemeinderats: «Die Überführung der Reha Chrischona ins Felix Platter-Spital ist die bestmögliche Lösung mit Zukunftsperspektiven für den Betrieb und für die Mitarbeitenden der Reha Chrischona.» Jürg Nyfeler betont: «Die Lösung ist ein Gewinn für beide Spitäler. Mit der Integration des Betriebs und der Mitarbeitenden der Reha Chrischona verstärkt das Felix Platter-Spital die Kompetenz im Bereich Rehabilitation und ergänzt damit den Kompetenzbereich der Universitären Altersmedizin.»

¹ v.l. Prof. Dr. med. Reto W. Kressig, Dr. phil. Oliver Mauthner, Dr. phil. nat. Jürg Nyfeler, Monika Pfister-Wiederkehr, Thomas Schmidiger



Hat ein an Demenz erkrankter Mensch noch eine eigene Persönlichkeit? «Auf jeden Fall», sagt Prof. Reto W. Kressig, Ärztlicher Direktor am Felix Platter-Spital, «bloss ist die Persönlichkeit nicht mehr kognitiv fassbar.» Aber auch ein schwer demenzkranker Mensch bleibt emotional berührbar – das könnte ein neuer Ansatz für die Behandlung sein. Forschungsprojekte am Felix Platter-Spital untersuchen diese Möglichkeit.

ZURÜCK ZUM EMOTIONALEN ICH



PROF. DR. MED.
RETO W. KRESSIG

Ärztlicher Direktor
Universitäre Altersmedizin Basel,
Klinische Professur für Geriatrie
Universität Basel

Eine Beziehung, das ist ein Kontakt zwischen Einzelnen oder Gruppen. «Das Problem ist nur, dass heute für viele Menschen dieser Kontakt ausschliesslich über das Denken abläuft», erklärt Prof. Reto W. Kressig, Ärztlicher Direktor am Felix Platter-Spital. Genau dieses Denken gehe aber im Fall einer Demenzerkrankung früh verloren. Wer den Menschen mit Demenz nur kognitiv definiere, schreibe den Patienten ab. Zu Unrecht, findet Kressig: «Der demenzkranke Mensch verliert im rational-kognitiven Bereich, aber die emotionale Ebene, also zum Beispiel der nonverbale Ausdruck, funktioniert bis in fortgeschrittensten Stadien weitgehend normal.» So können demenzkranke Patienten Gesichtsausdrücke lesen: «Der Patient versteht aufgrund meines Gesichtsausdrucks, wie es mir geht, wie ich mich ihm nähere, wie ich ihm begegne, er kann es aufnehmen, wenn ich ihn emotional berühre», erklärt Kressig.

Das Felix Platter-Spital geht dieser emotionalen Ebene auf der geschützten Demenzabteilung im Rahmen von zwei Forschungsprojekten nach. Das eine Projekt arbeitet mit Musik, Bewegung und Emotionen rund um die Dalcroze-Rhythmik. «Dabei involvieren wir neben den Pflegefachpersonen auch den Freiwilligendienst», erläutert Kressig. «Das sind fast alle Senioren, und die machen in dem Projekt auch mit.» Dies ist wichtig, weil das Musikprojekt im Spiegelprinzip funktioniert. Demenzkranke Patienten sind verbal nicht mehr erreichbar. Man kann ihnen eine Übung also nicht erklären. Die betreuenden Personen sitzen deshalb vor den Patienten und machen ihnen vor, was sie tun sollen. «Das sieht im Raum dann aus, als ob jeder Patient vor einem Spiegel sitzen würde – der Spiegel zeigt die Übung vor, der Patient ahmt sie nach. Das funktioniert wunderbar.» Die Patienten können auf diese Weise die rhythmische Bewegung zur gespielten Musik am Gegenüber ablesen. Dabei lesen sie auch den Gesichtsausdruck, und eine positive und fröhliche Mimik überträgt sich auch auf die Kranken. Das zweite Projekt arbeitet mit bildnerischer Gestaltung:

Eine Kunsttherapeutin malt mit schwerst demenzkranken Menschen. «Wir versuchen auch da, über die Beziehung zum Gemalten in eine gewisse Verbindung mit dem Patienten zu treten», erklärt Kressig. Sie würden immer wieder davon überrascht, wie kreativ schwerkranke Patienten mit Farben umgehen – ganz entgegen dem eigenen Eindruck, dass die Patienten gar nicht mehr in der Lage seien, eine konstruktive Hirnleistung zu erbringen. «Es ist phänomenal, wie sie interessanteste Bilder mit Pinseln oder auch mit den Händen malen. Da experimentieren wir, weil das bisher noch kaum jemand gemacht hat.»

Ziel des Felix Platter-Spitals ist es, nach der Pilotphase die Ideen im Rahmen einer Studie weiterzuentwickeln und genauer zu untersuchen, wie die Patienten bezüglich Faktoren wie Stimmung oder Schlafqualität davon profitieren. Kressig meint dazu: «Für die Betreuung sind das relevante Faktoren. Sie können anzeigen, ob wir es mit den neuen Therapien geschafft haben, mit den Patienten in eine Beziehung zu treten, die etwas anders ist als bei einem Patienten, der einem auf einer kognitiv-intellektuellen Ebene begegnen kann.»

Das ist nicht nur für das Spital neu, sondern auch für viele Angehörige. «Unsere Gesellschaft konzentriert sich sehr stark auf die kognitive Persönlichkeit. Das ist die Identität, die uns auch sozial identifiziert. Wenn wir kognitiv nicht mehr der Norm entsprechen, fallen wir aus dem Raster», bedauert Kressig. In mediterranen Ländern sei das etwas anders: «Da haben Emotionen und das Nonverbale traditionell ein grösseres Gewicht. Unsere Aufgabe ist es, diese nonverbale Kommunikation für unsere Demenzkranken noch besser kennenzulernen.» Dabei gehöre es auch zur Aufgabe, den Angehörigen zu zeigen und zu vermitteln, wie sie die Kranken auf einem anderen Kommunikationsweg abholen können.

Die Musik- und Kunsttherapien sind keineswegs Feelgood-Programme. «Aufgrund von Rückmeldungen des Pflegepersonals wissen wir, dass sich das Verhalten der Patienten in Bereichen wie Aggressivität und motorische Unruhe verbessert», erklärt Kressig. «Der Wortschatz der Patienten kann wieder grösser werden, der Schlaf tiefer, die Patienten können sich räumlich wieder besser orientieren.» Der nächste Schritt für das Felix Platter-Spital besteht nun darin, diese Ergebnisse in einer strukturierten Studie abzusichern. Denn anders als seine Patienten bewegt sich das Spital in einer rational-kognitiven Welt, die auf Zahlen baut.

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNGEN ÜBER GENERATIONEN HINWEG



DR. PHIL.
OLIVER MAUTHNER
Pflegedirektor

Noch vor wenigen Jahren waren die Rollen von Ärzten und Pflegefachpersonen in den Spitälern klar nach Hierarchien gegliedert. Das hat sich mancherorts verändert, da die Pflege einen hohen Stellenwert in der Betreuung komplexer Patientensituationen einnimmt. Heute gibt es akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen, die den Ärzten auf gleicher Ebene begegnen. In interdisziplinären Teams kümmern sie sich um die Patienten. Im Felix Platter-Spital werden nun auch Pflegeexpertinnen und -experten als Advanced Practice Nurses (APN) ausgebildet.



Für einen älteren Menschen kann eine schwere Erkrankung ein Schicksalsschlag sein, der ihn oder sie völlig aus der Bahn wirft. «Dann wird die Frau oder der Mann bei uns im Spital aufgenommen und wir wissen: Je länger der Patient im Bett liegt, desto schwieriger wird es, die ursprüngliche Funktionsfähigkeit wieder zu erreichen. Es ist deshalb wichtig, rasch mit den Therapien zu beginnen und so früh wie möglich zu mobilisieren», erläutert Dr. Oliver Mauthner, Pflegedirektor im Felix Platter-Spital. Eine zentrale Aufgabe der Pflegefachpersonen ist es deshalb, den Patienten die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen, damit sie so rasch wie möglich das Bett wieder verlassen können.

«Wir verstehen unsere Pflege in erster Linie als Befähigung: Wir fördern die Mobilität, die Selbstständigkeit und unterstützen Menschen mit kognitiven Einschränkungen», erklärt Mauthner. Der Grundgedanke sei dabei, die individuelle Funktionsfähigkeit zu fördern, unter dem Oberbegriff «aktivierend- und begleitend-therapeutische Pflege». Wichtig ist Mauthner dabei, dass die Patienten körperlich unter Einbezug des ganzen Menschen gefördert werden: «Wir fokussieren uns nicht bloss auf das körperliche Defizit, sondern

auf den ganzen Menschen, unter Einbezug seines sozialen Umfelds.» Gemäss diesem Pflegekonzept ist Gesundheit nicht nur körperliche Unversehrtheit, sondern umfassender ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. «Für uns steht die Frage im Zentrum, wie es der Person wirklich geht. Was braucht sie? Welche spezifischen Bedürfnisse hat sie?», führt Mauthner aus. Entscheidend für die Beantwortung dieser Fragen ist eine gute therapeutische Beziehung zwischen Pflegenden und Patientinnen und Patienten.

Die therapeutische Beziehung spielt in einem Altersspital eine Schlüsselrolle, weil die Patienten stark verunsichert sind: «Sie sind vielleicht zu Hause gestürzt, werden als Notfall ins Spital eingeliefert und erleben sich als hilflos. Wir helfen den Patienten, wieder aufzustehen, das Leben wieder anzupacken, wieder nach Hause zu gehen.» Das bedingt evidenzbasierte, professionelle Pflege, die individuell angepasst sein muss.



Am Felix Platter-Spital kümmern sich deshalb interdisziplinäre Teams um die Patienten. Eine Schlüsselrolle spielen dabei Pflegeexperten als Fachverantwortliche sowie Pflegeexperten als APN. Letztere haben sich in einer akademischen Ausbildung Expertenwissen und erweiterte klinische Kompetenzen sowie Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten angeeignet. Solche Pflegefachpersonen werden im Felix Platter-Spital als APNs ausgebildet, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel.

«APNs, das sind Pflegefachpersonen mit einem Master-Abschluss, die eine spezielle Ausbildung im klinischen Bereich haben», erklärt Mauthner. «Dabei gilt im Felix Platter-Spital die Devise: Mit dem Master ans Krankenbett! Uns ist sehr wichtig, dass die Patienten direkt von den klinischen Kompetenzen unserer Fachleute profitieren können. So können wir die Pflegequalität in den Stationen steigern.» Dabei sei es wichtig, dass sich Pflegefachpersonen und Patienten nicht einfach als Funktionsträger begegnen, sondern auch als Menschen, betont Mauthner: «Es sind Beziehungen zwischen den Generationen, zwischen jungem Personal und älteren Patienten.» Beziehungen auf Zeit allerdings. Denn oberstes Ziel bleibt, dass die Patientinnen und Patienten baldmöglichst wieder nach Hause zurückkehren können.



DIE AUSTRITTSPLANUNG BEGINNT MIT DEM EINTRITT



WALTER JÜRGEN KÜHNER
Abteilungsleiter Sozialberatung

Wie geht es nach dem Spitalaufenthalt für die Patienten weiter? Diese Frage stellt sich Jürgen Kühner, dem Leiter der Sozialberatung, und seinem Team nicht erst kurz vor dem Spitalaustritt. Der Austritt ist schon beim Eintritt ein zentrales Thema. Dabei kommt es nicht nur auf die körperliche Gesundheit der Patienten an, sondern ganz wesentlich auf ihr Beziehungsumfeld.

Wenn ein Mensch in ein Spital eintritt, tritt er in den Mittelpunkt: Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen – alle stellen die Patientin oder den Patienten ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Jürgen Kühner, Leiter Sozialberatung am Felix Platter-Spital, stellt allerdings fest: «Unser Hauptarbeitsgebiet ist oft das Umfeld des Patienten.» Bei der Sozialberatung steht die Nachsorge im Zentrum, also die Frage, wie es mit einer Patientin, einem Patienten nach dem Spitalaustritt weitergeht. Je

älter ein Patient ist, desto wichtiger wird unter Umständen das Umfeld: «Das können Angehörige und Betreuungspersonen sein, aber auch Pflegeheime oder Beistände.» Anders gesagt: Je älter ein Patient ist, desto wichtiger sind die Beziehungen, die er hat. Denn: «Patienten, die austreten, brauchen häufig Unterstützung – oft mehr, als sie wollen. Je besser wir im Kontakt mit ihrem Beziehungsumfeld sind, desto besser funktioniert das für die Patienten.»

EMPATHIE



Natürlich müssen Kühner und sein Team ihre Arbeit gut mit der Patientin, dem Patienten abstimmen. «Manchmal gibt es da auch Auseinandersetzungen und Widersprüche.» Kühner ist es dabei wichtig, «dass wir dem Patienten respektvoll begegnen». Das sei manchmal ein Fehler, «den wir im Gesundheitswesen machen, dass wir dem Patienten sagen, was gut ist für ihn». Respekt meine auch, «dass wir die Beziehungen des Patienten respektieren und akzeptieren und nicht unsere eigenen Bilder darüberstülpen».

Mit die grösste Herausforderung ist es, dass viele Patienten die «professionelle» Interpretation ihrer Lebenssituation und ihres Unterstützungsbedarfes nicht ohne Weiteres akzeptieren wollen. «Sich als unterstützungsbedürftig zu erleben, fällt vielen Menschen schwer, braucht Zeit, Überzeugung, manchmal auch schmerzhaft Konfrontation.» Andererseits fühlen sich auch unterstützende Personen so sehr verpflichtet, dass sie sich manchmal erst spät die Begrenzung ihrer Kräfte eingestehen. Viele Entwicklungen verlaufen schleichend. «Man gewöhnt sich an das jeweils aktuelle Niveau.

Oft verschlechtert sich der Zustand langsam, und alle Beteiligten merken kaum, dass der Patient physisch an seine Grenzen stösst.» Nicht selten besteht dann bei Spitaleintritt die Situation, dass ein Betreuungssetting scheinbar plötzlich nicht mehr «verhebt» und unter Einbezug aller Beteiligten neu geordnet werden muss.

Die meisten Menschen wünschen sich, dass nach dem Spitalaustritt alles beim Alten bleiben soll. Sie möchten keine Spitex, sie möchten nicht in ein Pflegeheim eintreten, sie möchten weiterhin zu Hause leben. «Der erste und wichtigste Schritt und oft die Hauptarbeit ist deshalb, dass wir uns auf eine Sichtweise einigen. Der Patient sieht, was er selber kann und was er nicht mehr kann, und ist darin mit uns einig. Oder er sieht, was die Tochter oder der Ehepartner nicht mehr leisten können und wo er professionelle Unterstützung braucht.»

Der zweite Schritt ist es zu prüfen, was das Beziehungsumfeld des Patienten leisten kann. «Oft müssen wir das Umfeld des Patienten unterstützen. Pflegeverpflichtung, ja Verantwortung generell, kann belastend sein», erklärt Kühner. «Wichtig ist, dass wir den Menschen im Umfeld der Patienten helfen, ihre Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren, und dann auch prüfen, wer erledigen kann, was die eigenen Grenzen übersteigt – seien das nun professionelle Dienstleister oder Familienmitglieder.» Ziel seiner Arbeit sei es, dass am Schluss «alle wissen, auf wen und auf was sie sich verlassen können».

Dabei können sich die Patienten nicht nur auf Verwandte verlassen. «Man redet ja oft von Grossstadtverwahrlosung. Das gibt es natürlich, wir erleben aber oft auch das Gegenteil: Nachbarn, die sich rührend kümmern, Freunde und Bekannte, die sich sorgen und Fahrdienste übernehmen. Es ist immer wieder schön, die fest geknüpften sozialen Netze zu erleben, die unsere Patienten auffangen.» Es sind diese Netze, die ganz wesentlich zur Genesung und zur Lebensqualität beitragen. Nicht erst im Alter.



WENN DIE GEFÜHLE DURCHEINANDERGERATEN



ELKE BERGER

Abteilungsleiterin
Psychologischer Dienst,
Neuropsychologin

Bei verschiedensten Erkrankungen des Gehirns und als Folge einer Demenz kann sich die Fähigkeit der Patienten, Gefühle auszudrücken, verändern. Betroffene zeigen manchmal nur noch wenig Gefühle oder aber sehr intensive. Wie können Angehörige unter solchen Umständen eine echte Beziehung aufrechterhalten? Neuropsychologin Elke Berger beschäftigt sich mit diesen psychologischen Herausforderungen.

Beglückende Beziehungen sind ein Schlüssel in jedem Genesungsprozess, insbesondere die Beziehung zwischen Patient und Angehörigen. Aber was ist, wenn eine Erkrankung die Beziehungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten verändert? «Erkrankungen des Gehirns können die Fähigkeit zum Gefühlsausdruck verändern», erklärt Elke Berger, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Abteilungsleiterin des Psychologischen Dienstes am Felix Platter-Spital. Es gebe Patienten, die nur noch bei extremen Emotionen eine Regung zeigen. «Das ist wie eine Saite, die nur noch ganz schwer in Schwingung kommt», führt Berger aus. Es sei aber auch das Gegenteil möglich: «Wenn schon kleine Vorfälle zu starken Gefühlsausbrüchen führen, sprechen wir von Affektlabilität.»

Für die Angehörigen sind solche Zustände schwer zu ertragen: Ein vertrauter Mensch scheint von Gefühlsausbrüchen regelrecht geschüttelt zu werden. «Oft ist es den Betroffenen selbst unangenehm, dass sie ihre Gefühle nicht mehr kontrollieren können.» Es sei wie ein Programm, das anspringt: «Die Tränen kommen, obwohl man nicht traurig ist, man bricht in Gelächter aus, obwohl es gar nicht lustig ist oder, statt bloss die Stirn zu runzeln, gerät der Patient regelrecht in Wut», erzählt Elke Berger. Neben diesen extremen Formen einer veränderten Fähigkeit zum Emotionsausdruck und zur Affektregulation gibt es oft leichtere Ausprägungen.

Wie können Angehörige damit umgehen? Wie können sie weiterhin eine ernsthafte Beziehung zur Patientin oder zum Patienten pflegen, wenn deren emotionale Reaktionen sie befremden?

Wichtig ist, das Verhalten des Patienten nicht als willentliches oder gar böswilliges Handeln zu interpretieren, sondern sich bewusst zu sein, dass es sich um krankheitsbedingte Veränderungen der Persönlichkeit handelt. Fehlende emotionale Reaktionen oder Gefühlsausbrüche nicht persönlich zu nehmen, ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, relativ gelassen damit umzugehen. Oft hilft es, wenn man versucht, die Betroffenen abzulenken. Manchmal kann es notwendig sein, bei einem Wutausbruch das Zimmer zu verlassen, bis er oder sie sich beruhigt hat. Gereizte Reaktionen sind häufig auch Ausdruck der Überforderung in einer Situation. Sie können so Hinweise darauf geben, worauf in der Alltagsgestaltung bei Menschen mit Hirnerkrankungen besonders zu achten ist: Vermeiden von Zeitdruck, überschaubare Aufgaben, genügend Erholungsmöglichkeiten.



«Beziehungen ändern sich immer durch eine länger-dauernde Krankheit», meint Elke Berger. «Es kommt zu einer Neuverteilung der angestammten Rollen. Die Angehörigen müssen nicht selten mehr Verantwortung und neue Aufgaben übernehmen. Gemeinsame Aktivitäten sind oft nicht mehr im gleichen Masse möglich wie vor der Erkrankung.»

«Beziehungen ändern sich immer durch eine längerdauernde Krankheit.»

Geduld mit den Betroffenen einerseits und ein sorgsamer Umgang mit sich selbst andererseits sind nötig, um diese anspruchsvolle Aufgabe auf Dauer bewältigen zu können. «Patient und Angehörige betreten unbekanntes Terrain, es braucht viel Zeit, sich darin zu orientieren und den Weg zu einem für beide befriedigenden Miteinander zu finden.» Für das Gelingen dieses Prozesses ist nicht zuletzt bestimmend, wie die Beziehung vor der Krankheit war. «Wo vorher schon Spannungen und ungelöste Konflikte bestanden, wird nachher nicht gegenseitiges Verständnis entstehen können. Auf der Basis einer von Wertschätzung und gegenseitigem Respekt geprägten Beziehung können die krankheitsbedingten Belastungen deutlich besser bewältigt werden.» Betroffene und Angehörige sollten sich auch nicht scheuen, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Das Gespräch mit dem Hausarzt, der Besuch einer Selbsthilfegruppe oder auch eine Beratung oder Therapie bei spezialisierten Psychologen können Unterstützung bieten, mit der veränderten Lebenssituation gesundheitsförderlich umzugehen.

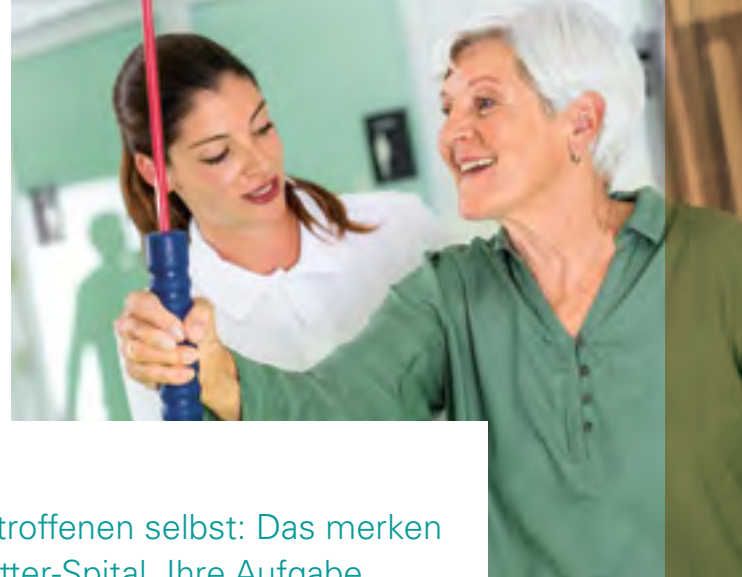
MOTIVATION DURCH BEWEGUNG

Alter ist eine Herausforderung – vor allem für die Betroffenen selbst: Das merken auch und gerade die Physiotherapeuten am Felix Platter-Spital. Ihre Aufgabe ist es, nach einer Erkrankung den Patientinnen und Patienten so viel Selbstkompetenz wie möglich auf den Weg nach Hause mitzugeben – und eine gesunde Beziehung zum eigenen Körper.

Die Patientin stöhnt: Dass es so anstrengend sein kann, nur schon einen Arm zu heben! Eine andere Patientin freut sich: Sie kann ihren Arm wieder heben! «Die Menschen reagieren sehr unterschiedlich – und nicht alle können gleich gut mit Veränderungen in ihrem Alter umgehen», erklärt Simone Albert, Physiotherapeutin am Felix Platter-Spital. Es gebe Patienten, die sehr aktivitätsbezogen sind: «Die freuen sich über jede Bewegung, die sie machen können.» Und es gebe andere, die sehr defizitbezogen denken und handeln: «Sie halten sich vor allem mit den Bewegungen auf, die sie nicht mehr ausführen können», erläutert Simone Albert. Wer altert besser? Für Simone Albert ganz klar: «Wer positiv denkt und sich auf das konzentriert, was er kann.» Defizitbezogenes Denken hemme

nur, bei manchen Menschen führe es zu Resignation, zu einer inneren Lähmung. «Diese Patienten geben sich auf.»

Ein Ziel der Physiotherapie am Felix Platter-Spital ist es deshalb, den Patientinnen und Patienten eine positive Beziehung zum eigenen Körper zu vermitteln. «Wir möchten den Patienten helfen, ihre Defizite in den Hintergrund zu rücken», erzählt Simone Albert. Natürlich bleibt das Alter zuweilen mühsam: Manches geht nicht mehr, einige Bewegungen schmerzen, die Kräfte lassen nach. Das gilt ganz besonders nach einer Erkrankung oder einem Unfall. «Umso wichtiger ist es, sich nicht auf das zu konzentrieren, was nicht mehr geht, und sich damit in eine negative Spirale zu begeben.»



«Wir wollen die Patienten zu Aktivität führen und ihnen auf diese Weise eine gewisse Selbstkompetenz geben. Wir nennen das Selbstwirksamkeit.» Die hohe Kunst dabei: «Wir versuchen, den Patienten weder zu überfordern noch zu unterfordern, sondern ihn mit einer massgeschneiderten Therapie da abzuholen, wo er steht.» Der Vorteil im Spital ist laut Simone Albert, dass die Patienten nicht allein sind: «Sie erleben, dass der Zimmernachbar auch in der Therapie ist. Uns stehen im Felix Platter-Spital verschiedene Trainingsräume zur Verfügung, vom reinen Bewegungsraum bis zum medizinisch-technischen Fitnesszentrum. Da sehen die Patienten andere, die sich auch anstrengen. Das hilft, das ermutigt, selbst aktiv zu werden. Das macht Mut und gibt mit der Zeit jene Selbstkompetenz, die wir den Patienten vermitteln möchten.»

Die Erkenntnis, dass man sich nicht alleine anstrengt, sei sehr ermutigend: «Die Patienten realisieren, dass viele andere mit ihnen im selben Boot sitzen. Das spornt an», erläutert Simone Albert. Natürlich werde mit den Patienten auch in Einzeltherapie gearbeitet, aber «in der Gemeinschaft einer Gruppentherapie macht es mehr Spass, es kommt von selbst zu einem Miteinander.»

Je nach Diagnose und Belastbarkeit teilt der Therapeut oder die Therapeutin den Patienten in eine Gruppe oder mehrere Gruppen ein. Im Felix Platter-Spital stehen die unterschiedlichsten Therapiegruppen zur Verfügung: Beispielsweise

gibt es eine Sitz-Gruppe zum Kräftigen der Beine, eine Bein-Gruppe für den Sitz-Stand-Übergang oder eine Balance-Gruppe für das Gleichgewichtstraining. «Gegen Ende des Spitalaufenthalts kommen die Patienten in ein kontrolliertes Eigentaining», erklärt Simone Albert. «Da erhält der Patient vom Therapeuten Blätter mit Beschreibungen und Bildern der spezifisch angepassten Übungen.» In der Gruppe macht der Patient die Übungen für sich selbst: «Schritt für Schritt übernimmt er Eigenverantwortung über seinen Körper und sieht dabei, dass der Nachbar das auch macht. Auf diese Weise lernen die Patienten, mit ihrer Diagnose umzugehen.»

Dieses Eigentaining ist das Ziel der Physiotherapeuten im Felix Platter-Spital: «Das Eigentaining stärkt die Beziehung zum eigenen Körper. Das ist sehr wichtig, damit der Patient aktiv bleibt», betont Simone Albert. «Die Patienten müssen lernen, Verantwortung zu übernehmen.» Denn es seien gerade bei älteren Menschen auch viele Ängste vorhanden, zentral die Angst vor dem Verlust der eigenen Autonomie. Sie kann lähmend wirken – und diese Lähmung kann erst recht zum Verlust von Fähigkeiten führen. «Wer sein Alter annehmen kann und eine positive Beziehung zum eigenen Körper pflegt, der kann auch besser mit diesen Ängsten umgehen. Das ist unser Ziel.»

PATIENTENBETREUUNG OHNE AGENDA

Seelsorgerinnen und Seelsorger sind die einzigen Betreuenden im Spital, die den Patientinnen und Patienten ohne straff durchorganisierten Zeitplan begegnen: So können sie sich besser auf die Bedürfnisse und Anliegen der Patienten einlassen. Manchmal ist es Todesangst, manchmal nur die Sorge um ein Haustier. Es kann um eine Lebensbeichte gehen, um Schuld und Sühne, oder nur um einen kleinen Ärger. Warum das so wichtig ist, erklären Therese Stillhard und Gerhard Gerster, die Seelsorgenden am Felix Platter-Spital.

«Wenn wir ein Patientenzimmer betreten, ist die spirituelle Dimension unausgesprochen immer dabei. Der Patientin ist klar, das ist der Pfarrer, die Seelsorgerin. Jetzt wäre die Möglichkeit da, etwas Spirituelles anzusprechen», erklärt Therese Stillhard, Seelsorgerin der Römisch-Katholischen Kirche am Felix Platter-Spital. Was die Patienten ansprechen, sei ihnen überlassen. «Wir sind in der glücklichen Lage, dass wir Zeit schenken können, weil wir unverzweckt angestellt sind. Unsere Aufgabe ist das Da-Sein, das Würdigen eines Menschen, wir schenken ihm Respekt und Zeit.»

Dabei spielt es keine Rolle, welcher Konfession, ja welcher Religion der Patient angehört. «Das ist implizite Spiritualität: Man erkennt es nicht daran, zu welcher Glaubensgemeinschaft jemand gehört. Es hängt davon ab, wie einschneidend jemand seine Erkrankung erlebt und wie stark er gestützt wird», erläutert Gerhard Gerster, Pfarrer der Evangelisch-reformierten Kirche und Seelsorger am Felix Platter-Spital. «Gesprächsthema kann etwa sein, wie stark die Krankheit das Leben verändert. Dabei kommen die wichtigen Lebensthemen zur Sprache. Wir nennen das Biografiearbeit.»

In dieser Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensweg geht es oft um «das Aufarbeiten von ‹Schuld› im weitesten Sinn», erklärt Therese Stillhard, «also um Dinge, die im Leben nicht gelungen sind, Beziehungen, die nicht geglückt sind, und bei denen eigenes Versagen empfunden wird.» Ziel der Gespräche sei es einerseits, das Missglückte anzunehmen. Genauso wichtig sei es jedoch, das Gelungene zu sehen und anzuerkennen. Das sei besonders bei alten Menschen von Bedeutung, die wissen, dass sie sich in der letzten oder allerletzten Lebensphase befinden.

Der Seelsorger wertet nicht: «Wir unterstützen die Patientinnen und Patienten dabei, ihr eigenes Leben zu deuten. Das ist ein selbstbestimmter Prozess», erzählt Gerhard Gerster. «Man weiss aus der Forschung, dass die Begleitung, die wir geben, Ängste reduzieren kann.» Es gehe dabei auch darum, zu erkennen, wo der Patient in Not sei. «Das können tiefe, seelische Nöte sein, aber auch einfach ein Haustier, das der Patient zu Hause hat zurücklassen müssen.»

Zu einer Krise kann auch die Einsicht beitragen, dass viele Patienten nach dem Spitalaufenthalt nicht nach Hause zurückkehren werden. Sie müssen ihre Wohnung und damit ihr Umfeld zurücklassen. «Das stellt existenzielle Fragen: Wer bin ich jetzt? Was bedeutet mein Leben noch?», erläutert Therese Stillhard. Besonders schwierig sei das für Männer, die im Berufsleben einflussreiche Positionen

bekleideten. «Die eigene Endlichkeit zu akzeptieren, fällt ihnen oft schwer. Wir können ihnen helfen, einen anderen Sinn im Leben und damit eine neue Perspektive zu finden.»

Dabei sei es manchmal wichtig, das Verlorene zuerst zu betrauern. «Auch das Betrauern braucht seinen Raum», meint Gerhard Gerster. «Diesen Raum können wir den Patientinnen und Patienten geben. Die Heilungsprozesse auf der körperlichen und der seelischen Ebene haben ein unterschiedliches Tempo. Die seelischen Prozesse haben meist erst dann Platz, wenn die körperlichen Bedürfnisse umsorgt sind.»

Für Therese Stillhard ist es an erster Stelle wichtig, dass die Probleme ausgesprochen werden. «Viele Menschen tun sich schwer, eine Krise vor sich selber einzugestehen. Das Aussprechen ist der erste Schritt, die Krise zu überwinden.» Sie gehe mit den Menschen gemeinsam auf die Suche, was an Sinn und Möglichkeiten bleibe. «Das braucht Zeit und läuft von Mensch zu Mensch unterschiedlich ab.» Deshalb sei es so wichtig, dass die Seelsorge ihre Zeit unverzweckt einsetzen könne. Auch Gerhard Gerster betont: «Alle anderen haben ein Therapieziel. Wir geben Raum und Offenheit. Wir können uns auf den Patienten und seine Lebenssituation einstellen. Das ist die Stärke in der Beziehungsgestaltung: Wir haben keine therapeutische Agenda, deshalb haben wir eine grössere Offenheit.»



ZUKUNFT

Der Umzug ins neue Spitalgebäude hat 2017 bereits begonnen. Natürlich nicht wirklich. Noch stehen alle Betten im alten Gebäude. Aber in ihren Köpfen arbeiten viele Mitarbeiter bereits im Neubau: Sie verteilen die verschiedenen Funktionen auf die neuen Räume und bestimmen die Arbeitsabläufe neu. Im realen Neubau konnte unterdessen mit dem Innenausbau begonnen werden: Das neue Spital nimmt definitiv Gestalt an. Nicht nur in den Köpfen der Mitarbeiter.

VORBEREITUNG FÜR DEN ENDSPURT



FLORIAN SCHRENK
Gesamtprojektleiter
Neubau

Der Höhepunkt des Jahres war 2017 bereits im März, als der Totalunternehmer termingerecht «Hülle dicht!» meldete. Die dichte Hülle ist für den Bauablauf wichtig: Ab diesem Zeitpunkt können im Inneren des Neubaus die Ausbauarbeiten beginnen, da sie ab dann vor allen Witterungseinflüssen geschützt sind. Ende März wurde zusammen mit den Handwerkern die Aufrichte gefeiert. Die Aufrichte zeigt als feierlicher Akt das Ende des Rohbaus an. Mit einem Richtspruch wird das neue Haus für die Zukunft gesegnet.

Die Arbeiten für den Neubau haben sich 2017 bis in den Altbau erstreckt: Als Vorbereitung für die Einrichtung des neuen Spitals wurden die bestehende Medizintechnik, alle Möbel und sämtliche Einrichtungsgegenstände inventarisiert und dahingehend kategorisiert, ob sie mit auf die Reise in den Neubau gehen – oder ob sie zurückbleiben und entsorgt werden.

Am Ende des Jahres zeigt das neue Spital bereits in einigen Teilen der Fassade sein zukünftiges Gesicht. Alle freuen sich auf das kommende, sehr spannende Jahr, in dem sich die Gestalt des neuen Felix Platter-Spitals in seiner vollen Blüte zeigen wird.

Das Projekt Neubau hat 2017 die vielen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Neubau vorangetrieben und sich auf den anstehenden Schlusspurt vorbereitet. Denn 2018 werden die Ausbau-, Haus- und Umgebungsarbeiten abgeschlossen, sämtliche technischen Anlagen in Betrieb genommen, deren Funktion geprüft und die Mitarbeiter des Spitals in deren Bedienung eingewiesen und geschult. Als grosser Meilenstein übernimmt das Felix Platter-Spital Ende 2018 den Neubau vom Ersteller, dem Totalunternehmer.

Damit der Umzug 2019 auch wirklich reibungslos über die Bühne gehen kann, arbeiten Vertreter aller Berufsgruppen im Felix Platter-Spital bereits seit März 2017 am Transfermanagement. In neun Arbeitsgruppen denken sie von den Ärzten über die Pflege und Therapeuten bis hin zu Informatik und Technik darüber nach, wie die medizinischen und therapeutischen Abläufe im neuen Gebäude

zukunftsgerichtet gestaltet werden sollen. Ein wichtiger Baustein ist zum Beispiel die neue Aufnahmestation im Erdgeschoss, über die eine Vielzahl der Patienten im Neubau zukünftig aufgenommen wird. Sie soll die konzentrierte geriatrisch-diagnostische Abklärung der Patienten ermöglichen, bevor sie auf die Station eintreten.

Im Bereich der Digitalisierung leistet das Felix Platter-Spital Pionierarbeit. Neben dem «zentralen Nervensystem» des Spitals – der Informations- und Kommunikationstechnologie, die dafür sorgt, dass an 365 Tagen jederzeit und unterbrechungsfrei alle Informationen zur Verfügung gestellt werden können und die Kommunikation über alle Systeme gewährleistet werden kann – wird das neue Gebäude von Beginn weg digital aufgebaut. Bereits im Wettbewerb und bei der Ausführungsplanung haben die Planer den Neubau mithilfe eines intelligenten digitalen 3D-Modells nach Building Information Modelling (BIM) entwickelt. Das Modell dient nicht nur den Planern und Handwerkern bei der Erstellung des neuen Hauses, sondern soll auch dem künftigen Gebäudeunterhalt, dem Facility Management, Nutzen stiften. Diese Überführung der Daten aus dem Bau in das Computer-Aided Facility Management (CAFM) des Betriebs ist eine Premiere in der Schweiz. Deshalb schaut auch die Fachwelt gespannt nach Basel, wie sich das digitalisierte Gebäudemanagement in der Praxis bewährt. Das Jahr 2018 wird ebenso spannend werden wie das Berichtsjahr.



FOKUS KAS

Das Felix Platter-Spital ist als Klinik für Universitäre Altersmedizin auch ein wichtiges Forschungszentrum – mit immer wieder überraschenden Resultaten.

AUS DER FORSCHUNG AM FELIX PLATTER-SPITAL

Ginkgo hilft beim Denken und Gehen

In einer am Basel Mobility Center des FPS im Rahmen eines PhD-Projektes durchgeführten Studie konnte gezeigt werden, dass sich bei Probanden mit diskreter kognitiver Einschränkung (Mild Cognitive Impairment, MCI) – im Vergleich zu Placebo – unter täglicher Einnahme von 240 mg Ginkgo Biloba Extrakt die Multitask-Fähigkeit, gleichzeitig zu gehen und kognitive Aufgaben zu lösen, trendmässig verbesserte. Dabei schien die Effektstärke von Ginkgo Biloba auf die Dual-Task-Fähigkeit mit zunehmender Therapiedauer grösser zu werden.¹

Musik mobilisiert Hirnreserven

Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz bilden neben einer frühzeitigen Demenzdiagnose, den medikamentösen Therapien und Unterstützungsmassnahmen für die Betreuer einen wesentlichen Pfeiler im erfolgreichen Management der Demenzerkrankung. Die multiplen existierenden, nicht-medikamentösen Interventionsprogramme basieren zum grossen Teil auf der Kommunikation mit Emotionen und entfalten ihre Hauptwirkung in der Minderung von demenzassoziierten psycho-sozialen Verhaltensauffälligkeiten. Musik und musikbasierte Bewegungsprogramme wie Tanz und die auf der FPS-Demenzabteilung praktizierte Dalcroze-Rhythmik scheinen besonders geeignet, Hirnreserven zu mobilisieren und damit die Hirnleistungen präventiv, aber vor allem auch bei Menschen mit Demenz signifikant zu verbessern.²

¹ Gschwind YJ, Bridenbaugh SA, Reinhard S, Granacher U, Monsch AU, Kressig RW. Ginkgo biloba special extract LI 1370 improves dual-task walking in patients with MCI: a randomised, double-blind, placebo-controlled exploratory study. *Aging Clin Exp Res* 2017;29(4):609-619.

² Kressig RW. Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz. *Internistische Praxis* 2017;58:1-7.

Gefässeinrisse der Halsarterien

Der Gefässeinriss von Halsarterien galt bisher als wichtige Schlaganfallsursache bei jüngeren Patienten. Eine internationale klinische Forschergruppe um Prof. Stefan Engelter, Chefarzt Rehabilitation am Felix Platter-Spital, konnte zeigen, dass diese Gefässeinrisse auch bei älteren Patienten auftreten – jedoch interessanterweise häufig schmerzlos und ohne mechanische Auslöser. Das Fehlen dieser typischen Charakteristika erschwert die Diagnose und führt wahrscheinlich dazu, dass solche Einrisse gerade bei älteren Patienten übersehen werden können.¹

In der Entstehung der Gefässeinrisse scheinen genetische Varianten im Gefässwandaufbau eine Rolle zu spielen, wie zwei Arbeiten zeigen, die in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Heidelberg entstanden sind.^{2,3}

Gedächtnis zeigt nicht immer Alzheimer an

Obwohl neue Definitionen der Alzheimer-Krankheit die Berücksichtigung von Biomarkern vorsehen, muss deren genauer Beitrag zunächst noch etabliert werden. Im klinischen Alltag ist zurzeit der beeinträchtigte, verzögerte Abruf von vorher gelernten Gedächtnisinhalten – als Resultat einer Dysfunktion des medialen Temporallappens – die wichtigste diagnostische Grösse. Ein umfassender Literaturreview von Prof. Andreas U. Monsch zu diesen Gedächtnismassen identifizierte jedoch auch hier Aspekte (z. B. unterschiedliche Aufgabenformate), welche die internationale Vergleichbarkeit und Reproduzierbarkeit erschweren. Daher kann derzeit keine definitive Richtlinie für ihre Verwendung formuliert werden. Zukünftige internationale Studien sind notwendig, um die richtige Verwendung von Gedächtnismassen in klinischen Umgebungen zu fördern.⁴

¹ C. Traenka, H. Gensicke, S.T. Engelter. Cervical artery dissection in patients ≥ 60 years – often painless, few mechanical triggers. *Neurology* 2017, March 3rd (88):1-8.

² C. Grond-Ginsbach, S.T. Engelter. Genetic Imbalance in Patients with Cervical Artery Dissection. *Current Genomics*, 2017 Apr;18(2):206-213.

³ C. Grond-Ginsbach, S.T. Engelter. Next generation sequencing analysis of patients with familial cervical artery dissection, *European Stroke Journal* 2017 (online publication 9.2.2017).

⁴ Cerami C, Dubois B, Boccardi M, Monsch AU, Demonet JF, Cappa SF, for the Geneva Task Force for the Roadmap of Alzheimer's Biomarkers. Clinical validity of delayed recall tests as a gateway biomarker for Alzheimer's disease in the context of a structured 5-phase development framework. *Neurobiology of Aging* 2017;52:153-66.

Denken schützt vor Demenz

Es gibt mehrere potenziell veränderbare kardiovaskuläre Risikofaktoren und Lebensstilfaktoren, welche mit der Alzheimer-Krankheit in Verbindung gebracht werden. Die Modifikation dieser Risikofaktoren und die Identifizierung von Schutzfaktoren stellen deshalb wichtige Strategien dar, um den Krankheitsausbruch zu verhindern resp. zu verzögern und damit die soziale Belastung in unserer Gesellschaft zu verringern. Basierend auf der Hypothese der kognitiven Reserve zeigen epidemiologische Studien, dass niedrige Bildung und kognitive Inaktivität zu den wichtigsten Risikofaktoren der Demenz zählen. Dies deutet darauf hin, dass ein kognitiv aktiver Lebensstil vor einem kognitiven Zerfall schützen oder den Beginn einer Demenz verzögern könnte. Wir haben deshalb das «BrainCoach-Programm» (siehe: www.braincoach-programm.ch) entwickelt, das es Hausärzten und anderen Gesundheitsfachpersonen in der Primärversorgung ermöglichen soll, bei ihren kognitiv wenig aktiven Patienten die mentale Aktivität zu fördern. Das Programm schliesst die Technik des «Motivational Interviewing» mit ein, um die angestrebten Verhaltensänderungen auch nachhaltig zu gestalten.¹

Zuverlässige Messung der funktionellen Leistungsfähigkeit

Der «Continuous-Scale Physical Functional Performance 10-Test» (CS-PFP 10) ist ein in den USA entwickeltes Messinstrument zur quantitativen Erfassung der körperlichen Funktionsfähigkeit bei den Alltagsaktivitäten von älteren Menschen. Die Anwendung bei uns im Basel Mobility Center verlangt nach einer validen und reliablen deutschsprachigen Version. Vor- und Rückübersetzungen sowie kulturelle Anpassungen des Tests wurden durchgeführt. 109 selbstständig lebende Deutschschweizer im Alter von 64 Jahren und älter nahmen teil. Die Ergebnisse zeigten, dass die deutsche Version des CS-PFP 10 valide und zuverlässig für die Messung der funktionellen Leistungsfähigkeit von älteren Menschen ist. Die Quantifizierung der körperlichen Funktionsfähigkeit in Alltagssituationen liefert bedeutungsvolle Erkenntnisse und ist für die klinische Praxis sowie für die Forschung von wesentlicher Bedeutung.²

1 Mistridis P, Mata J, Neuner-Jehle S, Annoni JM, Biedermann A, Bopp-Kistler I, Brand D, Brioschi Guevara A, Decrey-Wick H, Démonet JF, Hemmeter U, Kressig RW, Martin B, Rampa L, Savaskan E, Stuck A, Tschopp P, Zekry D, Monsch A. Use it or lose it! Cognitive activity as a protective factor for cognitive decline associated with Alzheimer's disease. *Swiss Med Wkly* 2017;147:w14407.

2 Härdi I, Bridenbaugh SA, Cress ME, Kressig RW. Validity of the German Version of the Continuous-Scale Physical Functional Performance 10 Test. *J Aging Res.* 2017;2017:9575214. doi: 10.1155/2017/9575214. [Epub 2017 Jul 9].

Mehr Sonne für die Mitarbeitenden

Zwischen November 2015 und Januar 2016 nahmen 281 von 792 Mitarbeitenden des Felix Platter-Spitals freiwillig an einer Untersuchung von Vitamin D teil. Bei unseren Patienten wird ein Vitamin-D-Spiegel von ≥ 75 nmol/l angestrebt. Der Durchschnittswert der Mitarbeitenden lag bei 59,5 nmol/l. Bei 43,1 % der Teilnehmenden wurden unzureichende Vitamin-D-Werte (< 50 nmol/l) festgestellt. Männer, Mitarbeitende mit einem hohen Body-Mass-Index, sportlich inaktive und Berufsgruppen ohne medizinische Inhalte (medizin-technischer Dienst, technischer Dienst, hauswirtschaftlicher Dienst, Sekretariate) zeigten ein erhöhtes Risiko für einen Vitamin-D-Mangel. Diese Zahlen decken sich mit dem Expertenbericht des Bundesamtes für Gesundheit (2012) über die Datenlage der Vitamin-D-Versorgung in der Schweizer Bevölkerung. Dieser berichtet, dass ca. 50 % der Schweizer Bevölkerung einen Vitamin D-Mangel (< 50 nmol/l) aufweisen. Diese hausinterne Untersuchung zeigte, dass eine vermehrte Sonnenexposition und/oder eine Vitamin-D-Supplementierung bei berufstätigen Personen angestrebt werden sollte.¹

1 Härdi I, Reinhard S, Conzelmann M, Kressig RW, Bridenbaugh SA. Vitamin D-Status bei Mitarbeitenden eines Schweizerischen Universitären Zentrums für Altersmedizin. *Praxis* (eingereicht Dezember 2017).

2 Krumm S, Kivisaari SL, Monsch AU, Reinhardt J, Ulmer S, Stippich C, Kressig RW, Taylor KI. Parietal lobe critically supports successful paired immediate and single-item delayed memory for targets. *Neurobiol Learn Mem* 2017 Mar 24. pii: S1074-7427(17)30051-5. doi: 10.1016/j.nlm.2017.03.016.

Bilder bringen es an den Tag

In einer Stichprobe von 56 kognitiv gesunden Personen und 56 Patienten mit früher Alzheimerdemenz haben wir einen neuen Bilder-Gedächtnistest angewendet. Die Resultate deuten darauf hin, dass der Parietallappen zentral ist für das sofortige wie auch für das verzögerte Wiedererkennen von Bildern. Zudem scheinen der parietale Kortex und der mediale Temporallappen verschiedene Funktionen in Wiedererkennungsaufgaben zu haben. Dieser Befund trägt zum besseren Verständnis von Gedächtnisfunktionen bei Gesunden und auch bei kognitiv beeinträchtigten Personen bei.²

Ganganalyse im MRI

In Kooperation mit der Neuroradiologie des Universitätsspitals Basel haben wir die neuronalen Korrelate der Ganganalyse, welche am BMC durchgeführt wird, an gesunden älteren Probanden erforscht. Dazu wurde ein MR-taugliches Pedal entwickelt, welches Fussbewegungen (analog zur Ganganalyse) im MR-Scanner erfassen kann. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die motorische sowie die kognitive Leistung in der Ganganalyse im MR-Scanner mit denen in der Ganganalyse auf dem GAITRite® Teppich vergleichbar sind. Auf Gehirnebene haben wir unter anderem den suprioren Parietallappen (SPL) als wichtiges neuronales Korrelat identifiziert. Der SPL-Aktivierungsgrad in der Ganganalyse unterscheidet sich zwischen Probanden mit hoher und niedriger kognitiver Leistung. In weiteren Forschungsarbeiten untersuchen wir, ob und wie diese Unterschiede in der SPL-Aktivierung zukünftig in der Frühdiagnostik von Demenzen genutzt werden könnte.¹

¹ Bürki CN, Bridenbaugh SA, Reinhardt J, Stippich C, Kressig RW, Blatow M. Imaging gait analysis: An fMRI dual task study. *Brain Behav* 2017 Jul 21;7(8):e00724. doi: 10.1002/brb3.724. eCollection 2017 Aug. PMID:28828204.



Ethische Empfehlungen für interaktive Technik im Alter

Die Entwicklung und Anwendung von interaktiven Technologien im altersmedizinischen Bereich ist in den letzten Jahren zunehmende Realität geworden und stellt neben ihrem grossen Potenzial auch viele ethische Herausforderungen. In diesem in Zusammenarbeit mit der Professur für Biomedizinische Ethik über vier Jahre durchgeführten PhD-Projekt hat Marcello Ienca, basierend auf extensiven Literaturrecherchen, der Befragung involvierter Fachpersonen verschiedenster Professionen und spannenden ethischen Fachdiskussionen,

ethische Empfehlungen für die Entwicklung und Anwendung von interaktiven Technologien beim älteren Menschen und speziell beim Menschen mit Demenz erarbeitet. Diese Empfehlungen haben zum Ziel, die aktuell sehr dürftige Rate von erfolgreichen Anwendungen interaktiver Technologie bei Demenz massgeblich zu steigern. Marcello Ienca hat sein PhD im November 2017 mit summa cum laude abgeschlossen.^{1,2,3}

Eine vollständige Übersicht über die Publikationen des Felix Platter-Spitals finden Sie auf unserer Website: www.felixplatterspital.ch/de/lehre-forschung/publikationen

- ¹ Ienca, Marcello, Jotterand Fabrice, Bernice Elger, Maurizio Caon, Alessandro Scoccia Pappagallo, Reto W. Kressig, and Tenzin Wangmo. «Intelligent Assistive Technology for Alzheimer's Disease and Other Dementias: A Systematic Review.» *Journal of Alzheimer's Disease* 56, no. 4 (2017): 1301-1340.
- ² Ienca, Marcello, Reto W. Kressig, Fabrice Jotterand, and Bernice Elger. «Proactive Ethical Design for Neuroengineering, Assistive and Rehabilitation Technologies: the Cybathlon Lesson.» *Journal of neuroengineering and rehabilitation* 14, no. 1 (2017): 115.
- ³ Ienca, Marcello, Tenzin Wangmo, Fabrice Jotterand, Reto W. Kressig, and Bernice Elger. «Ethical Design of Intelligent Assistive Technologies for Dementia: A Descriptive Review.» *Science and engineering ethics* (2017): 1-21.

Zahlen Franken

ZAHLEN

Auch zahlenmässig gut unterwegs: So steht das Felix Platter-Spital Ende 2017 in Franken und Rappen da.



JAHRESRECHNUNG DES FELIX PLATTER-SPITALS PER 31.12.2017

BILANZ

Aktiven	2017	2016
Flüssige Mittel	74 057 323	51 322 838
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	15 633 257	14 809 023
Übrige kurzfristige Forderungen	209 557 643	147 481 345
Vorräte	446 196	405 000
Aktive Rechnungsabgrenzung	2 328 393	1 792 079
Umlaufvermögen	302 022 812	215 810 285
Finanzanlagen	371 586	201 150
Sachanlagen	2 306 070	97 537 655
Immaterielle Anlagen	3 013 193	1 795 836
Anlagevermögen	5 690 849	99 534 641
Total Aktiven	307 713 661	315 344 926

Passiven	2017	2016
Kurzfristige Finanzverbindlichkeiten	70 614	70 614
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	5 536 910	12 912 381
Kurzfristige Rückstellungen	7 229 640	8 248 170
Übrige kurzfristige Verbindlichkeiten	505 922	155 555
Passive Rechnungsabgrenzung	1 875 971	1 755 953
Kurzfristiges Fremdkapital	15 219 057	23 142 673
Langfristige Finanzverbindlichkeiten	171 660 098	172 094 584
Langfristige Rückstellungen	424 010	394 100
Langfristiges Fremdkapital	172 084 108	172 488 684
Dotationskapital	108 000 000	108 000 000
Freie Fonds	816 917	780 147
Reserve aus Leistungsauftrag	8 114 684	5 319 372
Gewinnreserve	2 818 738	2 818 738
Jahresergebnis	660 157	2 795 312
Eigenkapital	120 410 496	119 713 569
Total Passiven	307 713 661	315 344 926

ERFOLGSRECHNUNG

	2017	2016
Pflege- und Behandlungstaxen	81 506 218	81 510 373
Ertrag aus Arzthonoraren	854 277	959 051
Medizinische Nebenleistungen	648 943	688 279
Spezialtherapien	2 343 366	2 228 347
Polikliniken und Tageskliniken	1 351 279	1 438 151
Übriger Patientenertrag	139 111	155 456
Patientenertrag brutto	86 843 194	86 979 657
Ertragsminderungen	27 752	22 851
Patientenertrag netto	86 870 946	87 002 508
Ertrag aus Leistungen an Personal und Dritte	3 027 511	3 470 747
Beiträge und Subventionen	4 694 174	4 801 762
Nettoertrag aus Lieferungen und Leistungen	94 547 631	95 275 017
Übrige betriebliche Erträge	330 232	317 128
Total Ertrag	94 877 863	95 592 145

	2017	2016
Personalaufwand	- 67 100 369	- 67 400 169
Aufwand medizinischer Bedarf	- 7 877 342	- 7 192 577
Lebensmittelaufwand	- 1 979 406	- 2 396 070
Haushaltsaufwand	- 2 442 095	- 2 417 891
Übriger betrieblicher Aufwand	- 12 586 986	- 11 084 047
Zuweisung/Verwendung Fonds (Fondsergebnis)	222 966	202 031
Betriebsaufwand ohne Abschreibungen	- 91 763 232	- 90 288 723
Betriebsergebnis vor Abschreibungen (EBITDA)	3 114 631	5 303 422
Abschreibungen auf Sachanlagen	- 1 111 064	- 1 426 344
Abschreibungen auf immateriellen Anlagen	- 314 003	- 270 558
Betriebsergebnis (EBIT)	1 689 564	3 606 520
Finanzergebnis	- 1 029 407	- 811 208
Ordentliches Ergebnis	660 157	2 795 312
Gesamtergebnis	660 157	2 795 312



KPMG AG
Wirtschaftsprüfung
Mattenstrasse 27
CH-4002 Basel

Postfach 5003
4001 Basel

Telefon +41 56 344 6111
Telefax +41 56 344 6111
Internet WWW.KPMG.CH

Bericht der Revisionsstelle an den Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt zur Jahresrechnung

Felix Ploner-Spital, Basel

Bericht der Revisionsstelle zur Jahresrechnung

Als Revisionsstelle haben wir die Jahresrechnung (siehe Separatdruck „Finanzbericht 2017“, Seiten 17 bis 32) des Felix Ploner-Spitals, bestehend aus Bilanz, Erfolgsrechnung, Geldflussrechnung, Eigenkapitalsachweis und Anhang, für das am 31. Dezember 2017 abgeschlossene Geschäftsjahr geprüft.

Verantwortung des Verwaltungsrates

Der Verwaltungsrat ist für die Aufstellung der Jahresrechnung in Übereinstimmung mit den Swiss GAAP FER und den gesetzlichen Vorschriften verantwortlich. Diese Verantwortung beinhaltet die Ausgestaltung, Implementierung und Aufrechterhaltung eines internen Kontrollsystems mit Bezug auf die Aufstellung einer Jahresrechnung, die frei von wesentlichen fälschen Angaben als Folge von Verstössen oder Irrtümern ist. Darüber hinaus ist der Verwaltungsrat für die Auswahl und die Anwendung angemessener Rechnungslegungsmethoden sowie die Vorläufe angemessener Schätzungen verantwortlich.

Verantwortung der Revisionsstelle

Unsere Verantwortung ist es, aufgrund unserer Prüfung ein Prüfungsurteil über die Jahresrechnung abzugeben. Wir haben unsere Prüfung in Übereinstimmung mit dem schweizerischen Gesetz und dem Schweizer Prüfungsstandard vorgenommen. Nach diesen Standards haben wir die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass wir hinreichende Sicherheit gewinnen, ob die Jahresrechnung frei von wesentlichen fälschen Angaben ist.

Eine Prüfung beinhaltet die Durchführung von Prüfungshandlungen zur Erlangung von Prüfungsanweisungen für die in der Jahresrechnung enthaltenen Wertansätze und sonstigen Angaben. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im pflichtgemässen Ermessen des Prüfers. Dies schliesst eine Beurteilung der Risiken wesentlicher fälscher Angaben in der Jahresrechnung als Folge von Verstössen oder Irrtümern ein. Bei der Beurteilung dieser Risiken berücksichtigt der Prüfer das interne Kontrollsystem, soweit es für die Aufstellung der Jahresrechnung von Bedeutung ist, um die den Umständen entsprechenden Prüfungshandlungen festzulegen, nicht aber um ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit des internen Kontrollsystems abzugeben. Die Prüfung umfasst zudem die Beurteilung der Angemessenheit der angewandten Rechnungslegungsmethoden, der Plausibilität der vorgenommenen Schätzungen sowie eine Würdigung der Gesamtdarstellung der Jahresrechnung. Wir sind der Auffassung, dass die vor uns erlangte Prüfungsnachweise eine ausreichende und angemessene Grundlage für unser Prüfungsurteil bilden.

Prüfungsurteil

Nach unserer Beurteilung vermittelt die Jahresrechnung für das am 31. Dezember 2017 abgeschlossene Geschäftsjahr ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage in Übereinstimmung mit den Swiss GAAP FER und entspricht dem schweizerischen Gesetz.

Revisionsstelle
KPMG AG
Mattenstrasse 27
CH-4002 Basel
Telefon +41 56 344 6111
Telefax +41 56 344 6111
Internet WWW.KPMG.CH



KPMG AG
Wirtschaftsprüfung
Mattenstrasse 27
CH-4002 Basel

Postfach 5003
4001 Basel

Telefon +41 56 344 6111
Telefax +41 56 344 6111
Internet WWW.KPMG.CH

Berichterstattung aufgrund weiterer gesetzlicher und anderer Vorschriften

Wir bestätigen, dass wir die gesetzlichen Anforderungen an die Zukassung gemäss Revisionsaufsichtsgesetz (RAG) und die Unabhängigkeit (Art. 728 OR) erfüllen und keine mit unserer Unabhängigkeit nicht vereinbaren Sachverhalte vorliegen.

In Übereinstimmung mit Art. 728a Abs. 1 Ziff. 3 OR und mit dem Schweizer Prüfungsstandard 890 bestätigen wir, dass ein gemäss den Vorgaben des Verwaltungsrates ausgestaltetes internes Kontrollsystem für die Aufstellung der Jahresrechnung existiert.

Ferner verweisen wir auf den Antrag zur Verwendung des Bilanzgewinnes im Ausland des Regierungsrats gemäss dem Gesetz über die öffentlichen Sprächer des Kantons Basel-Stadt (ÖSpG).

Wir empfehlen, die vorliegende Jahresrechnung zu genehmigen.

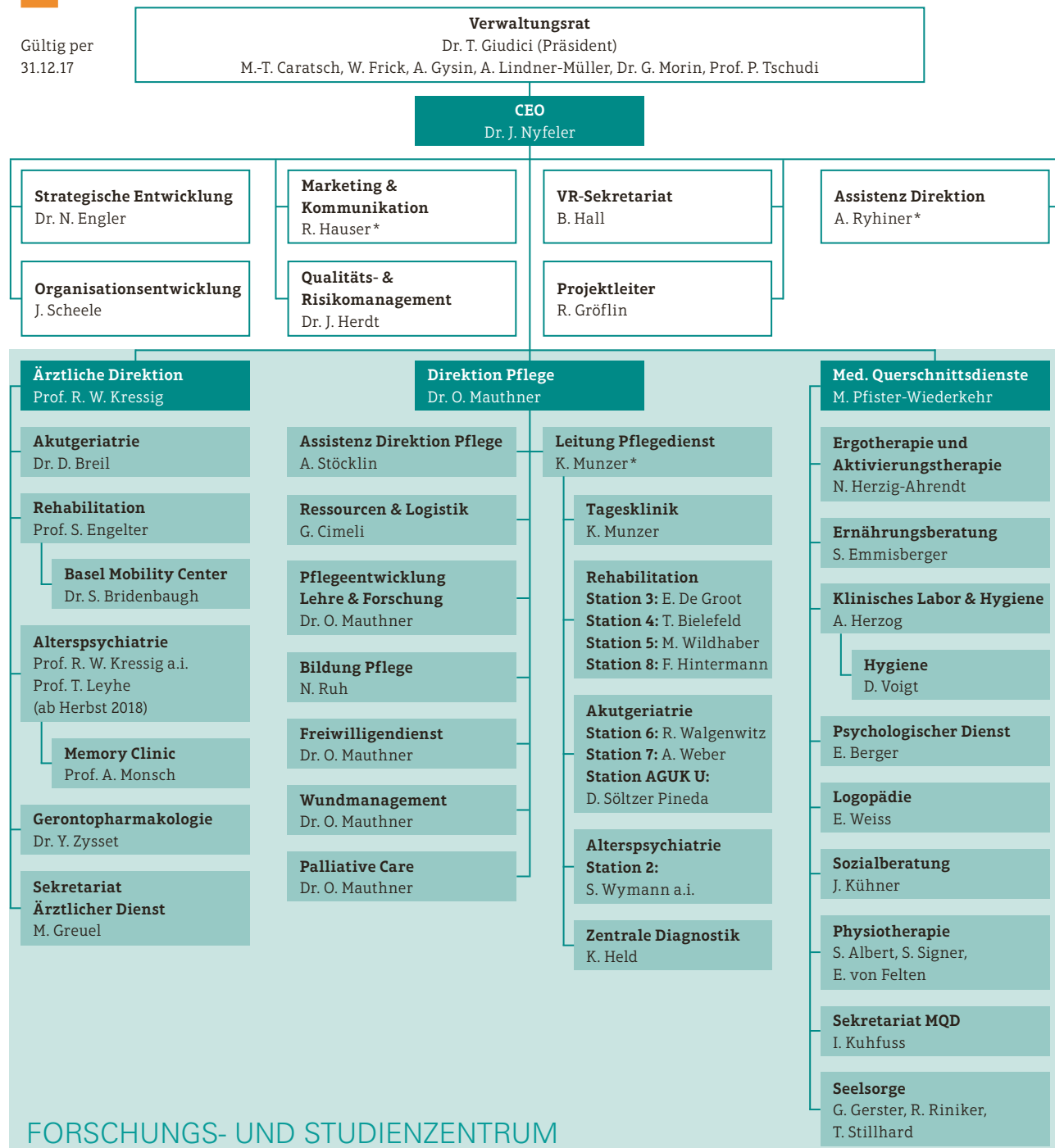
KPMG AG

Stefan Inderfines
Zugewiesener Revisionsexperte
Leitender Revisor

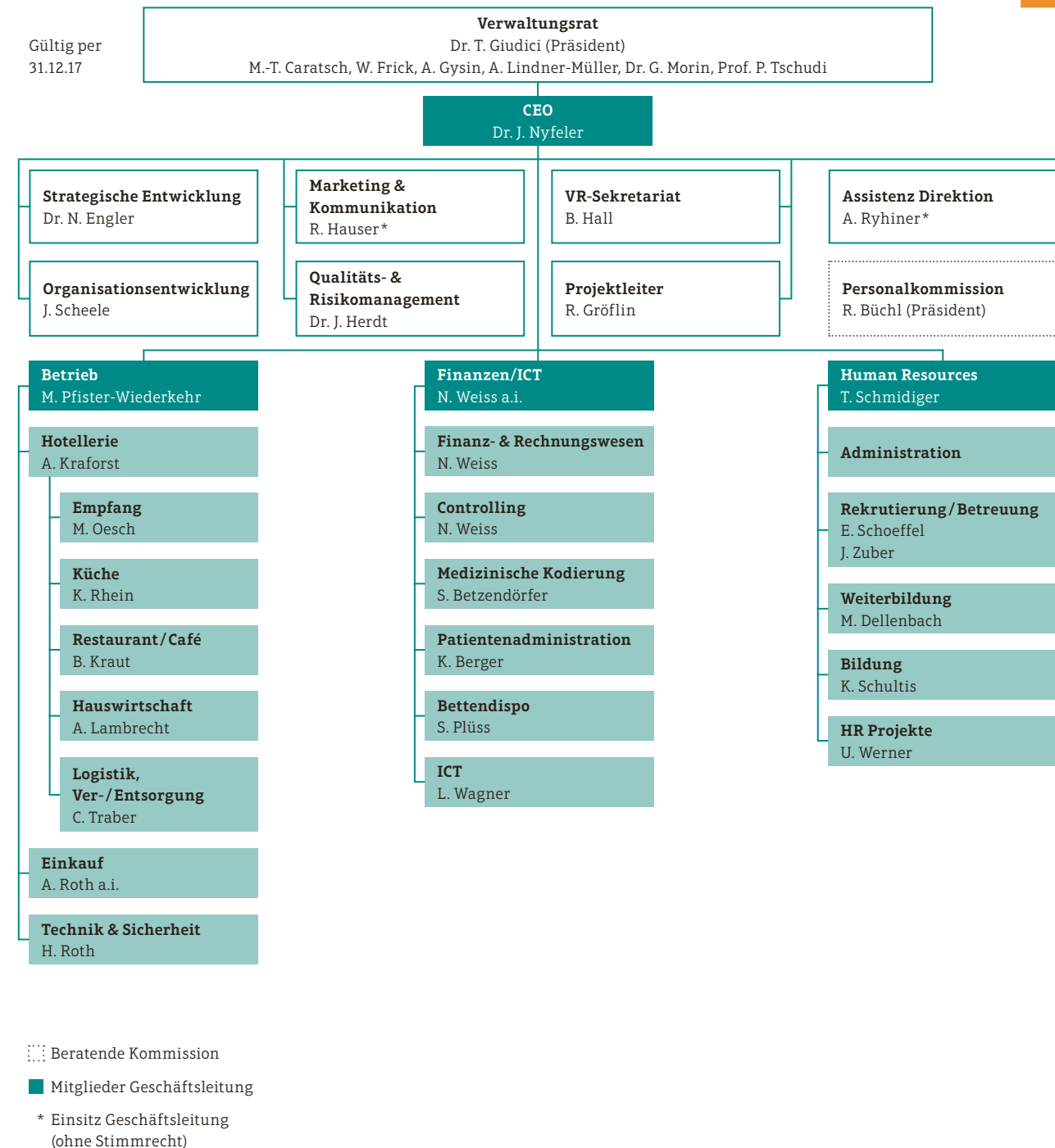
Christoph Vonder Mühl
Zugewiesener Revisionsexperte

Basel, 21. März 2018

Gültig per
31.12.17



Gültig per
31.12.17



Impressum

Herausgeber | Felix Platter-Spital

Redaktion | Rony Hauser, Leiter Marketing & Kommunikation, Felix Platter-Spital

Text | MatthiasZehnder.ch AG

Lektorat + Korrektorat | Rosmarie Anzenberger

Bilder | Schaffner & Conzelmann AG, www.openlens.ch

Konzept, Gestaltung | Schaffner & Conzelmann AG

Druck | Steudler Press AG

Felix Platter-Spital | Burgfelderstrasse 101 | Postfach | 4002 Basel

T +41 61 326 41 41 | F +41 61 326 41 40 | www.felixplatterspital.ch