



Konzept der Abteilung für Geriatrie am Niels-Stensen-Klinikum Christlichen Klinikum Melle



Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	GeriatRIekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	1 (von 21)

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1. Einleitung	3
2. Niels-Stensen-Klinikum Christliches Klinikum Melle	3
3. Klinik für Geriatrie	5
4. Qualitätspolitik und Ziele	7
5. Das multiprofessionelle geriatrische Team	7
5.1. Ärztlicher Dienst	7
5.2. Pflegedienst	8
5.3. Therapeutische und psychosoziale Dienste	14
5.4. Ergänzende Dienste	19
6. Palliativmedizinische Versorgung in der Geriatrie	21

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatrykonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	2 (von 21)

1. Einleitung

„Geriatric ist der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt.“

Mit dieser grundlegenden Definition hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1989 das Aufgabengebiet der Geriatric umrissen: Im Zentrum steht der Bedarf der älteren Menschen, im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen umfassend im Hinblick auf die individuelle, gesundheitliche und soziale Situation wahrgenommen zu werden.

Dem Geriater erwächst vielmehr die Aufgabe, die oftmals interdisziplinäre fachmedizinische Therapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes zu koordinieren. Der Geriatric kommt damit in einem erheblichen Umfang eine Steuerungsfunktion zu, die die fachmedizinische Versorgung von Patient*innen begleitet. Die Geriatric dient der Vorbeugung, Erkennung, konservativer und interventioneller Behandlungen und Rehabilitationen. Die Behandlung von körperlichen und seelischen Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit.

2. Das Niels-Stensen- Klinikum Christliches Klinikum Melle

Das Christliche Klinikum Melle ist aus dem Evangelischen Krankenhaus und dem Katholischen Krankenhaus St. Matthäus hervorgegangen. Beide Krankenhäuser konnten auf eine deutlich über 100 Jahre lange Tradition zurückblicken. Das Evangelische Krankenhaus wurde 1894 in Trägerschaft der Ev.-luth. St. Petri-Kirchengemeinde Melle und das Krankenhaus St. Matthäus 1896 in Trägerschaft der katholischen Kirchengemeinde St. Matthäus gegründet. Sie entwickelten sich kontinuierlich zu modernen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Dynamische Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung und krankenhauserplanerische Aspekte veranlassten die Träger beider Krankenhäuser ab Mitte der 90er Jahre zu intensiven Kooperationsüberlegungen, die letztlich darin mündeten, dass beide Krankenhäuser im Oktober 1999 in die Rechtsträgerschaft der Christliches Gesundheits- und Pflegezentrum Melle GmbH überführt wurden, an der die Stiftung Ev.-luth. St. Petri-Kirchengemeinde Melle und die Katholische Kirchengemeinde St. Matthäus Melle als Gesellschafter paritätisch beteiligt sind. In einem weiteren Schritt erfolgte am 01.12.2003 die gesellschaftsrechtliche Fusion beider Krankenhäuser.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	3 (von 21)

Mit Beginn umfangreicher Neu- und Umbaumaßnahmen in der Zeit von Februar 2005 bis Februar 2008 am Standort des ehemaligen des Krankenhauses St. Matthäus, die nur mit finanzieller Unterstützung des Landes Niedersachsen möglich waren, erfolgte die Zusammenlegung der Leistungsbereiche im Rahmen einer Interimslösung am Standort des ehemaligen Evangelischen Krankenhauses zum 01.07.2004.

Der Umzug in den Krankenhausneubau am 25. März 2008 führte zu deutlichen Verbesserungen für die Patient*innen im Unterbringungsstandard und zu Optimierungen der Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufe für die Mitarbeitenden.

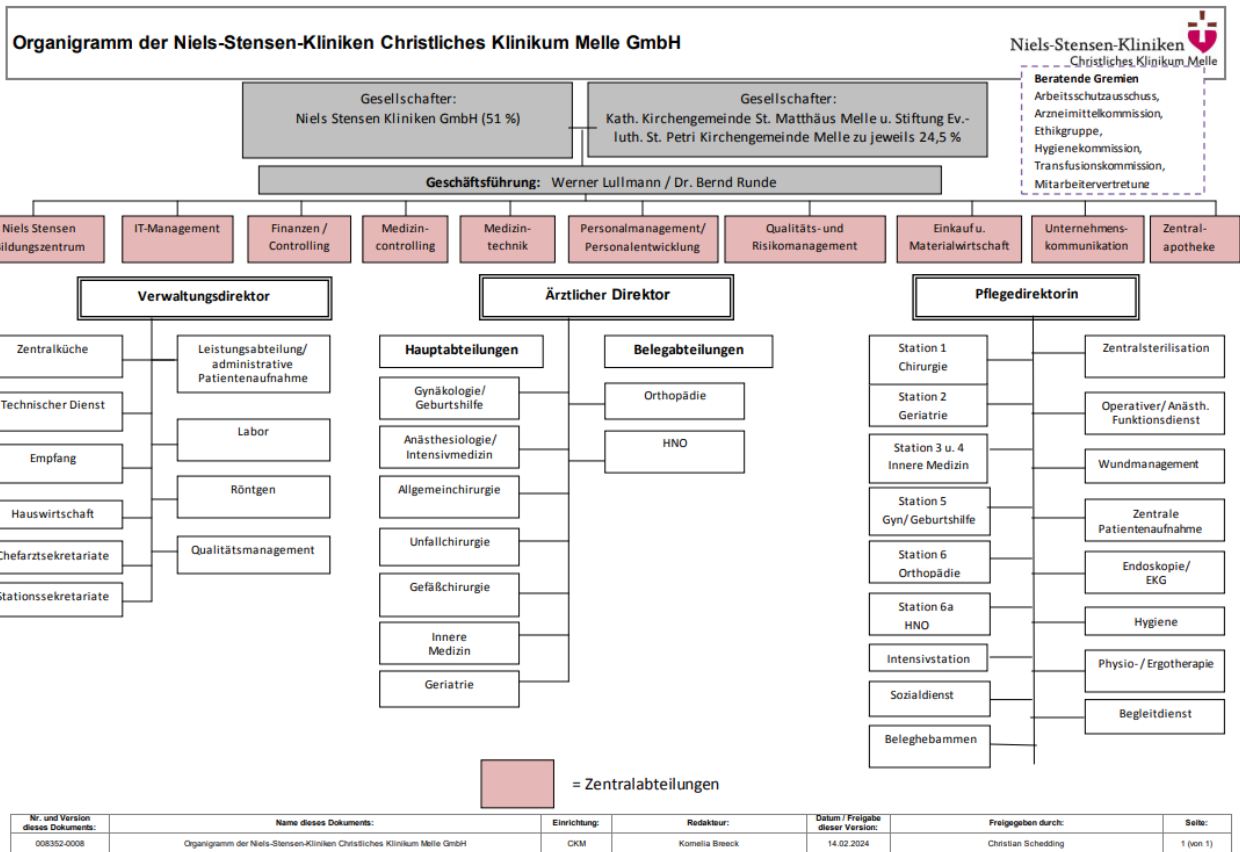
Im Rahmen eines weiteren strategischen Entwicklungsschrittes übernahmen zum 01. Januar 2009 die Niels-Stensen-Kliniken GmbH 51 % des Stammkapitals. In seinen Traditionen ist das Christliche Klinikum Melle in besonderer Weise ökumenischem Handeln verpflichtet, so wie es u. a. auch in der Präambel des Gesellschaftsvertrages zum Ausdruck gebracht wird.

Der Gesellschafter "Christliches Gesundheits- und Pflegezentrum GmbH" hat seine Gesellschafteranteile (49 %), an der Christliches Klinikum Melle GmbH, mit jeweils 24,5 % an die Kath. Kirchengemeinde St. Matthäus Melle und die Stiftung Ev.- luth. St. Petri Kirchengemeinde Melle übertragen.

Das Klinikum heute

In neun chef- bzw. belegärztlich geleiteten Fachabteilungen verfügt das Christliche Klinikum Melle über 182 Planbetten und versorgt in der größten Stadt im Landkreis Osnabrück rund 9500 stationäre und über 15000 ambulante Patient*innen. An das Klinikum ist ein radiologisches MVZ mit MRT und CT sowie eine Dialysepraxis angegliedert. Außerdem kooperiert das Klinikum über ein angegliedertes Ärztehaus mit einer Vielzahl weiterer niedergelassener Fachärzte im Sinne eines vernetzten Gesundheitszentrums. Auf dem Klinikgelände ist die Rettungswache des Landkreises Osnabrück stationiert, welche die notärztliche Versorgung des östlichen Landkreises zum Großteil sicherstellt.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	4 (von 21)



3. Klinik für Geriatrie

Abteilungsstruktur

Das Christliche Klinikum hat sich mit Beginn des 1. Januar 2015 für eine eigenständige geriatrische Abteilung entschlossen. Diese Abteilung wird ärztlich von einer Chefarztin geführt, die ausschließlich für diese Abteilung zuständig ist. Der Schwerpunkt der Abteilung liegt in der Versorgung der Patient*innen im Sinne der geriatrischen Frührehabilitation.

Raumstruktur

Die geriatrischen Patient*innen werden im Christlichen Klinikum Melle auf einer hierfür eigens eingerichteten Station (Station 2 im Sockelgeschoss) mit 34 Betten in

- 1 Vierbettzimmer
- 3 Dreibettzimmern
- 10 Zweibettzimmern (davon 3 Wahlleistungszimmer)
- 1 Einbettzimmer (davon 1 Wahlleistungszimmer)

versorgt.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	GeriatRIekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	5 (von 21)

Ab dem 1. Januar 2024 erhöht sich die Kapazität dann durch

- 1 Vierbettzimmer

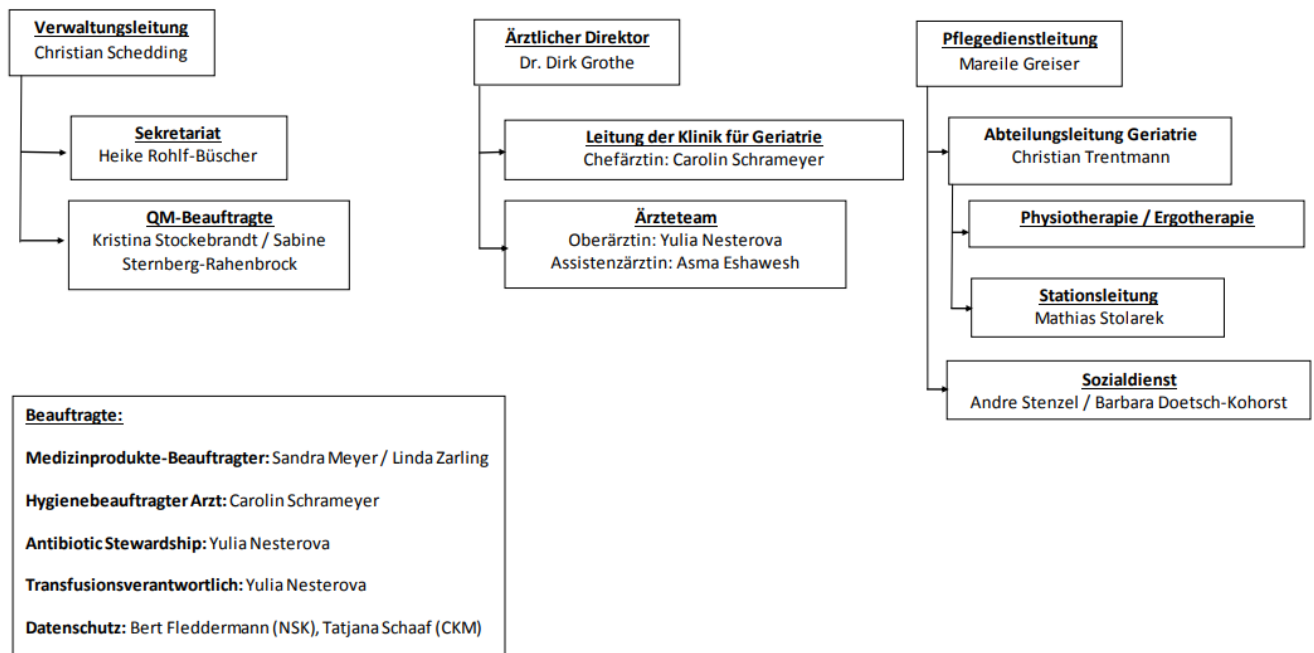
auf der Nachbarstation 1 auf 38 Betten.

Es wird ein Tagesraum sowie ein Besucher- und Aufenthaltsbereich für die Patient*innen vorgehalten. Die Station verfügt neben den typischen Räumlichkeiten für die Mitarbeitenden der Pflege und des ärztlichen Dienstes auch über einen Besprechungsraum, in dem z.B. die wöchentliche Teambesprechung stattfindet.

In direkter Nähe zur geriatrischen Station befinden sich auf der gleichen Gebäudeebene die Räumlichkeiten der physikalischen Therapie.

Organigramm der Geriatrie

Hinweis für den Nutzer: Ausgedruckte Dokumente und elektronische Kopien sind nicht autorisiert, da nicht dem Änderungsdienst unterliegend!



Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025480-0001	Organigramm der Geriatrie	CKM	Kristina Stockebrandt	24.02.2024	Carolin Schrammeyer	1 (von 1)

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	6 (von 21)

4. Qualitätspolitik und Ziele

Die Qualitätspolitik der geriatrischen Fachabteilung orientiert sich an dem Leitbild der Niels-Stensen-Kliniken. Basierend auf der Qualitätspolitik legt der Verantwortliche in Abstimmung mit der Krankenhausleitung Qualitätsziele fest. Dabei gilt, dass Qualitätsziele messbar, beeinflussbar und erreichbar sein müssen. Die Qualitätsziele mitsamt den definierten Zielwerten und Messverfahren sind für jeden Bereich festgelegt und im Dokumentationsmanagementsystem hinterlegt. Sie werden jährlich bewertet und angepasst.

5. Das multiprofessionelle geriatrische Team

Das Umsetzen der Akutgeriatrie inklusive geriatrische Frührehabilitation erfolgt immer prozessorientiert in multiprofessioneller Teamarbeit unter ärztlicher Leitung. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern des nachstehend näher umrissenen geriatrischen Teams unter Einschluss von Angehörigen ist in der Geriatrie von besonderer Bedeutung und ein fester Bestandteil im Christlichen Klinikum Melle. Die Strukturqualität bildet die Grundlage für eine qualitätsgesicherte geriatrische Versorgung.

Berufsgruppen: Ärztlicher Dienst, Pflege, Sozialdienst, (Neuro-) Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Das Team wird ergänzt durch Seelsorge, Ernährungsberatung, Orthopädietechnik, ferner Funktions- und Konsiliardienste.

5.1. Ärztlicher Dienst

Die Chefärztin der Abteilung, Carolin Schrameyer, verfügt über die Facharztanerkennung Innere- und Allgemeinmedizin, Geriatrie sowie Notfallmedizin.

Zu den Aufgaben zählen die medizinische Diagnostik und Behandlung, medizinische Notfalltherapie, Leitung des Behandlungsteams, rehabilitationsmedizinische Beurteilung, Verordnung angemessener Therapien, Beratung von Patienten und Angehörigen, Verantwortung für den Behandlungsverlauf und Weichenstellung im Rahmen des Entlassungsmanagements, Durchführung von Schulungs- und /oder Fortbildungsmaßnahmen sowie Verantwortung für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	7 (von 21)

5.2. Pflegedienst

5.2.1. Das pflegerische Konzept

Die geriatrische Pflege hat das Ziel die Selbstpflegefähigkeiten der Patient*innen zu unterstützen und zu fördern. Die Begleitung der Patient*innen im Therapieprozess und die enge Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team sind hierbei wesentliche Elemente des pflegerischen Handelns.

Die pflegerische Versorgung findet unter rehabilitativen Gesichtspunkten statt. Dabei steht die Erlangung größtmöglicher Selbständigkeit auf Seiten des Patienten im Vordergrund. Hierbei arbeiten die Pflegenden in enger Kooperation und Absprache mit den anderen Berufsgruppen zusammen.

Während die einzelnen Therapeuten die Patient*innen in spezifischen therapeutischen Settings behandeln, haben Pflegende einen Schwerpunkt ihrer Tätigkeit im Bereich der Alltagsaktivitäten. Die Pflegenden arbeiten dabei nach dem Konzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege mit den Schwerpunkten Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Bewegung und Kontinenztraining. Ziel ist die Erhaltung und das Wiedererlangen von Alltagskompetenzen.

Bei allen pflegerischen Handlungen werden die Ressourcen, Möglichkeiten und Einschränkungen, die ein*e Patient*in im Rahmen seiner Erkrankung zeigt, berücksichtigt.

So werden zum Beispiel Patient*innen am Waschbecken gewaschen, sobald die Rumpfkontrolle dieses zulässt. Dabei werden diese angeleitet eine stabile Rumpfposition zu finden, um alle Handlungen weitestgehend selbständig übernehmen zu können.

Gerade in diesen Aufgabenbereichen der Pflege sind enge und zeitnahe Absprachen zwischen den Pflegenden und den anderen an der Frührehabilitation beteiligten Berufsgruppen notwendig. Diese erfolgen im täglichen Austausch auf Station und im Rahmen von regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen. Aufgrund der großen Alltagsnähe der pflegerischen Tätigkeiten können in den Therapien erlernte Fähigkeiten durch die Pflegenden auf ihre Alltagsauglichkeit und damit Umsetzbarkeit für den Patienten überprüft und gefestigt werden.

Neben diesem funktionsorientierten Handlungsfeld werden auch psychische und emotionale Aspekte, Probleme und Veränderungen seitens der Patient*innen von den Pflegenden als wesentlicher Teil ihrer Aufmerksamkeitsrichtung verstanden und wahrgenommen. In diesem Zusammenhang sind Gesprächsführung und Beobachtung wichtige Fähigkeiten der Pflegenden.

Die oben genannten Bereiche werden bereits im Aufnahmegespräch erfasst und dokumentiert und somit allen an der Frührehabilitation beteiligten Personen zugänglich gemacht.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	8 (von 21)

Ebenso wichtig ist die professionelle Betreuung und Begleitung von Angehörigen durch den Krankheitsverlauf. Pflegende geben hier Hilfestellung bei der Kontaktfindung zwischen Patient*innen und Angehörigen, die oftmals dadurch erschwert wird, dass die Angehörigen den /die Patient*in als völlig verändert erleben. Wesentlich ist dabei, dass Angehörige und Patient*innen lernen die Krankheit und ihre Auswirkungen in ihrem Leben anzunehmen und dieses unter anderer Zielsetzung weiterzuführen.

Voraussetzung für eine positive Entwicklung aller am Krankheitsprozess beteiligten Personen ist das Verständnis und die Akzeptanz der frührehabilitativen Maßnahmen. So kann es durchaus notwendig sein, dass Angehörige sich zurücknehmen und zum Beispiel die Zubereitung der Mahlzeiten dem*r Patient*in überlässt, da dieses zu den wenigen Bereichen der bleibenden Selbständigkeit gehört. Dabei sind kontinuierliche Information und Anleitung der Angehörigen und Patient*innen sowie der ständige Austausch mit allen am frührehabilitativen Verlauf beteiligten Berufsgruppen unerlässliche pflegerische Maßnahmen.

5.2.2. Aktivierend-therapeutische Pflege

Die Aktivierend-therapeutische Pflege (ATP) fördert ressourcenorientiert die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Teilhabe der Patient*innen und ist an dessen Lebenssituation angepasst.

Ein zentraler Grundsatz der aktivierenden-therapeutischen Pflege ist, dass die Tätigkeiten nicht vorschnell abgenommen werden, sondern Patient*innen motiviert und angeleitet wird, die Handlungen selbst oder mit Unterstützung durchzuführen. Dabei wird das Recht auf Selbstbestimmung respektiert. Diese Hilfe zur Selbsthilfe kann den Betroffenen ihre Selbstsicherheit und ihr Selbstwertgefühl zurückgeben.

Bei Patient*innen mit geringer Eigenaktivität ist unser Ziel, die Ressourcen zu erhalten und ein höchst mögliches Maß an Wohlbefinden zu erlangen.

Der Pflegebedarf ergibt sich aus der pflegerischen Anamnese. Die Planung der Pflegemaßnahmen orientiert sich am Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und berücksichtigt die Expertenstandards.

5.2.3. Inhalte des Modells der Aktivitäten des täglichen Lebens

Kommunizieren

Die Pflegenden überprüfen die Möglichkeiten der Patient*innen auf Absprachefähigkeit und taktiler, akustischer, visueller, örtlicher und zeitlicher Orientiertheit.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	9 (von 21)

Bewegung

Die Pflegenden nutzen das Feld der Alltagshandlungen (Aufstehen, Waschen, Essen und Trinken, Kleiden und Toilettengänge) um Bewegungs- und Handlungsmuster anzubahnen und Eigenmobilität zu trainieren. Durch Bewegungsübungen innerhalb der pflegerischen Versorgung werden komplexe Bewegungsabläufe wie das Drehen im Liegen, das vom Liegen zum Sitzen kommen und der Aufbau der Rumpfkontrolle im Sitzen angebahnt. Die Art des Transfers (Lifter, Schoß, Hocke oder Stand) hängt von der Rumpfkontrolle und der Belastbarkeit der Patient*innen ab. Zur Mobilität gehört selbständiges Rollstuhlfahren auf Stationsebene und Gehen am Rollator.

Vitale Funktionen

Überprüfung der Belastbarkeit und damit verbunden die Intensität des therapeutischen Settings.

Körperpflege

Die Körperpflege beinhaltet eine Reihe von Alltagskompetenzen mit deren Hilfe Patient*innen, über verschiedene Kanäle und Automatismen, zu vertrauten Bewegungsmustern geführt und verlorengangene Fähigkeiten wieder trainiert werden können (Rumpf- und Kopfkontrolle, Transfers, Intimhygiene). Ob die Patient*innen im Liegen, Sitzen oder Stehen versorgt oder angeleitet werden, hängt von ihrer Rumpfkontrolle und Belastbarkeit ab.

Essen und Trinken

Der Ernährungszustand wird bei der Aufnahme im Rahmen der Pflegeanamnese eingeschätzt. Liegt eine Mangelernährung vor, wird durch die Diätberatung ein Ernährungsplan erstellt, der eine ausreichende Kalorienzufuhr sicherstellt. Bei bestehenden Schluckstörungen erfolgt eine ausführliche Befunderhebung durch die Logopädie. In enger Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst und Diätberatung wird dann ein individuelles Kostkonzept erstellt. Ziel ist, dass die vorbereiteten Mahlzeiten in ausreichender Menge selbständig am Tisch sitzend eingenommen werden können.

Den Patient*innen werden Hilfsmittel wie ein Therapiebrett, Spezialbesteck oder eine Antirutschmatte angeboten und es wird ein individuelles Übungs- und Trainingssetting erarbeitet.

Ausscheiden

Ziel ist die Kontinenz der Patient*innen. Toilettentraining, Anleitung zum selbständigen Umgang mit Inkontinenzartikeln sowie die Anleitung von Angehörigen zu diesem ADL-Bereich sind Aufgaben des Pflegepersonals.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	10 (von 21)

Kleiden

Ein wichtiger Bestandteil der Alltagshandlung und zum persönlichen Ausdruck und Präsentation stellt das Ankleiden dar. Das Ankleiden findet entsprechend der Rumpfkontrolle im Liegen oder Sitzen bzw. im Stand statt.

Ruhen und Schlafen

Schlafgewohnheiten der Patient*innen werden berücksichtigt und durch Tagesstruktur wird ein geordneter Tag- Nacht-Rhythmus gefördert.

5.2.4. Spezielle pflegerische Aspekte

Sturzgefährdung und Sturzprophylaxe

Stürze gehören bei geriatrischen Patient*innen zu den häufigsten unerwünschten Zwischenfällen. Bei allen Patient*innen wird bei der Aufnahme eine Sturzrisikoeinschätzung vorgenommen. Intrinsische und extrinsische Risikofaktoren werden erfasst und auf Maßnahmen zur Vorbeugung und Vermeidung von Stürzen wird geachtet und die Patient*innen entsprechend angeleitet. Sturzereignisse werden kontinuierlich erfasst und ausgewertet.

Speise- und Tagesraum

Es wird den Patient*innen ermöglicht die Mahlzeiten in Kleingruppen einzunehmen, was die selbständige Nahrungsaufnahme fördern und die Kommunikation und Wahrnehmung der Umgebung aktiv unterstützen soll.

Darüber hinaus gibt es auch therapeutisch geführte Frühstücksgruppen, bei denen Patient*innen gezielt von Ergotherapeuten begleitet und angeleitet werden.

Einmal wöchentlich finden zudem eine Gymnastikgruppe und eine Gedächtnisgruppe statt.

Ein wechselndes Nachmittagsangebot durch eine Betreuungskraft rundet das Angebot ab. Dabei wird gemeinsam gesungen und musiziert, gebastelt, gemeinsam gerätselt oder Bingo gespielt.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	11 (von 21)

Wochenübersicht Tagesraum Geriatrie

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00 – 9:00 Uhr	Frühstück in geselliger Runde 	Therapie-Frühstück Frühstücken mit therapeutischem Schwerpunkt	Therapie-Frühstück Frühstücken mit therapeutischem Schwerpunkt	Therapie-Frühstück Frühstücken mit therapeutischem Schwerpunkt	Frühstück in geselliger Runde 
11:00 – 12:00 Uhr	Gedächtnstraining + gemeinsames Mittagessen 				Gymnastikgruppe + gemeinsames Mittagessen 
15:30 – 16:30 Uhr		Freizeitangebot Aktivierungs- und Gesellschaftsrunde		Freizeitangebot Aktivierungs- und Gesellschaftsrunde	

Umgang mit chronischen Wunden

Chronische Wunden wie Dekubiti, Ulcera und Wundheilungsstörungen verschiedener Genese, erfordern eine spezifische und individuelle Behandlung.

Neben der Verwendung moderner Therapeutika und Verbände wird vermehrt die Vakuumversiegelung zum Einsatz gebracht. In Absprache mit dem behandelnden Ärzteteam und dem betreuenden Pflegepersonal erstellen die Wund- und Stomatherapeut*innen einen Therapieplan, führen regelmäßige Verbandswechsel durch und dokumentieren den Behandlungsverlauf. Beim Einsatz moderner Wundversorgungsprodukte wird auf eine Versorgung abgezielt, die der Lebensqualität dient. Dazu zählen die größtmögliche Mobilität, die Schmerzreduktion sowie eine beschleunigte Wundheilung.

Diabetesberatung/ Individuelle Diabetestherapie

Bei der Therapie des geriatrischen Menschen mit Diabetes mellitus müssen zahlreiche Faktoren in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen mit einbezogen werden. Hierzu zählen unter anderem:

- die Lebensqualität
- das biologische Alter
- die Lebenserwartung und die primären Therapieziele
- der Bildungsgrad
- der sozioökonomische Status
- die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten
- vorhandene und zu erwartende Komplikationen, Begleiterkrankungen und Beschwerden

- sein Wohlbefinden

Die Möglichkeiten der Patientenbetreuung (Pflege) spielen ebenso wie die Einbeziehung des Umfeldes (Angehörige und qualifizierte Pflegekräfte) eine wichtige Rolle bezüglich realistischer Therapievorgaben.

In Zusammenarbeit mit den Patient*innen sowie den Angehörigen erstellen Ärzt*innen und Diabetesassistent*innen eine Diabetesanamnese, die die genannten Faktoren berücksichtigt. Auf ihrer Grundlage wird das individuelle Therapieziel definiert und damit die einzelnen Therapiemaßnahmen festgelegt.

Als globale und allgemein anerkannte Therapieziele gelten die Förderung und der Erhalt der Lebensqualität und des allgemeinen Wohlbefindens der Patient*innen. Dies gelingt zum einen durch eine Strategie, welche die Symptome der Hyperglykämie und deren Auswirkungen auf Funktionsstörungen vermeidet und unerwünschte Wirkungen der Therapie, insbesondere der Arzneimittel, (z. B. Hypoglykämie) auf ein Minimum reduziert. Um diese Ziele zu erreichen kommen sämtliche verfügbaren Therapieoptionen, wie orale Antidiabetika, CT (konventionelle Insulintherapie) und ICT (intensivierte konventionelle Insulintherapie) zum Einsatz.

Vermehrte Hypoglykämien sowie schlechte Diabetes-Einstellung können zu ausgeprägten kognitiven Einschränkungen führen. Schwere Hypoglykämien bedeuten ein erhöhtes Risiko für makrovaskuläre Endpunkte. Die Blutglukosezielwerte sollten eine Hypoglykämie unwahrscheinlich machen – hierbei ist auf Arzneimittelinteraktionen zu achten – da die entsprechenden Symptome häufig nicht oder nur eingeschränkt wahrgenommen werden oder es zu einer Symptom-Maskierung durch andere Beschwerden kommen kann (Schwindel, Gangunsicherheit, Lähmungserscheinungen, TIA-ähnliche Symptome, Hirnleistungs-minderungen, Depression und Sehstörungen).

Menschen mit Diabetes und deren Angehörige werden über die Symptome und die notwendigen Maßnahmen bei einer Hypoglykämie aufgeklärt.

Weiterhin wird den Patient*innen nach individuellem Bedarf eine Beratung in Bezug auf Blutzuckerkontrolle, Insulininjektion, Nahrungsaufnahme und körperlicher Bewegung angeboten. Auch hierbei soll das Ziel der größtmöglichen Selbständigkeit im Vordergrund stehen.

Stellenplan und Qualifikation

Im Pflegedienst ist ein Stellenplan von 26,79 Planstellen vorgesehen. Die Stellen sind mit unterschiedlichen pflegerischen Qualifikationen besetzt, um den spezialisierten Anforderungen der geriatrischen Patient*innen gerecht zu werden. Dazu gehören Gesundheits- und Krankenpflege,

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	13 (von 21)

examinierte Altenpflege, Altenpflegehilfe, Pflegeassistenten, sowie Hilfskräfte zur Übernahme hauswirtschaftlicher Tätigkeiten und eine Betreuungskraft.

Neben der Grundausbildung sind geriatricspezifische Fort- und Weiterbildungen unverzichtbar. Das Team verfügt über spezialisierte Fachweiterbildungen in den Bereichen:

- Pflegefachkraft Geriatrie
- Strukturierte geriatrische Fortbildung OPS 8-550 (180 Std.)
- Kinästhetik Grundkurs / Aufbaukurs
- Basale Stimulation
- Bobath-Grundkurs / Aufbaukurs für Pflegekräfte
- Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie
- Integrative Validation
- Mobilität im Alter / Sturzprävention
- Praxisanleiter
- Diabetesassistenten
- Hygienebeauftragte in der Pflege

5.3. Therapeutische und psychosoziale Dienste

Die Grundlage der Zielplanung für den Behandlungsprozess bilden die Assessments durch die Therapeutischen Dienste. Mit dem Aufnahmeassessment erfolgt bereits eine erste Behandlung um den Gesamtbefund zu komplettieren. Somit kann das Versorgungsangebot individuell an die jeweiligen Bedürfnisse des einzelnen angepasst werden.

5.3.1. Physiotherapie

Ziel der geriatrischen Behandlung ist die Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit, bzw. ein Wiedererreichen einer ausreichenden Mobilität, Gleichgewicht, Koordination und Selbsthilfefähigkeit (Alltagskompetenz).

Zum Training gehört unter anderem der Muskelaufbau, Gleichgewichtstraining, Rumpfkontrolle, Transferfähigkeit, Gehfähigkeit und Ausdauer. Speziell für das Leben im häuslichen Bereich werden auch bestimmte Fähigkeiten, wie z. B. Rollstuhl- und Rollator Training, sicheres Fortbewegen, Bewältigung von Stolperfallen/ Hindernissen, das Treppensteigen oder das Heben von Gegenständen

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	14 (von 21)

unter physiologischen Aspekten trainiert.

Die wichtigsten Behandlungsziele bei allen Patient*innen sind die Steigerung der motorischen Grundeigenschaften wie Kraft, Ausdauer und Koordination. Dabei werden pathologische Bewegungsmuster gehemmt und der Haltetonus normalisiert.

Im Sinne einer individuellen und qualitativ hochwertigen Behandlung kommt der Einzeltherapie eine zentrale Bedeutung zu. Es erfolgt eine Ergänzung von gruppentherapeutischen Therapieeinheiten, in denen Patient*innen auf relativ homogenem Leistungsniveau, innerhalb der Gruppe, Koordinationsfähigkeiten und kognitive Fähigkeiten verbessern. Darüber hinaus beeinflusst die Teilnahme an den Gruppentherapien die Motivation und Kommunikation der Patient*innen positiv.

Die Auswahl des Therapieortes erfolgt entsprechend den Fähigkeiten der Patient*innen z. B. im Patientenzimmer, Flur, Tagesraum, Gymnastikraum, Therapieräume mit höhenverstellbaren Therapieliegen oder im Außen-Geh-Parcour. Den Patient*innen wird somit ein größeres Angebot an therapeutischen Perspektiven offeriert, wodurch auch der visuelle Aktionsradius erweitert wird.

Eine ausreichende Auswahl von Hilfsmitteln wie Römergehwagen / Unterarmgehwagen, Rollatoren, Rollstühlen, Gehböcken, Handstöcken und Unterarmgehstützen ermöglichen eine individuelle Anpassung und ein eventuelles Abtrainieren von Hilfsmitteln.

Das Bobath-Konzept bildet die therapeutische Grundlage für Patient*innen mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems, z.B. als Folge eines Schlaganfalls oder einer Hirnblutung. Bewegungen, Reflexe und Gleichgewichtsreaktionen werden stimuliert um normale Bewegungsmuster anzubahnen und wiederherzustellen.

Darüber hinaus werden nach den Prinzipien der Propriozeptiven Neuromuskulären Fazilitation komplexe Diagonalebewegungen erarbeitet, um die Leistung und das Zusammenspiel des zentralen Nervensystems und der Muskulatur zu fördern.

Mit der manuellen Therapie werden Funktionsstörungen des Bewegungsapparates mittels spezifischer, gelenknaher Mobilisations- oder Weichteiltechniken verbessert oder beseitigt. Die manuelle Lymphdrainage wird zur Regulation von Abflussstörungen der Lymphflüssigkeit angewandt.

Weitere unterstützende Therapien sind unter anderem Faszien- Therapie, Triggerpunkttherapie, Massagen, Kinesiologisches Taping, Cranio-Sacral-Therapie, Atemtherapie, Sekretmanagement, sowie die Gangschule und der Einsatz von Bewegungsschienen.

Außerdem übernimmt die Physiotherapie Hilfsmittelschulungen, die Anleitung zu Eigenübungen und Angehörigenschulungen.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	15 (von 21)

Schwerpunkte der physikalischen Therapie, die zur Schmerzlinderung und zur Unterstützung der Tonusregulierung betragen sind z.B. Wärme- und Kälteanwendungen, Rotlicht, Heiße Rolle, Elektrotherapie bei Lähmung und Ultraschall.

Stellenplan und Qualifikation

Für die Geriatrie sind 4,12 Planstellen vorgesehen. Die Mitarbeitenden sind ausschließlich hier zuständig und haben zum Teil weitere spezifische Fortbildungen, wie z. B. Fachtherapeut*in Geriatrie oder zertifizierte Bewegungstherapeut*in für geriatrische Patient*innen.

Unterstützt wird das Team von weiteren Mitarbeitenden der physiotherapeutischen Abteilung des Hauses.

5.3.2. Ergotherapie

Ziel der ergotherapeutischen Behandlung ist das Erlangen und Erhalten der größtmöglichen Selbständigkeit unter Berücksichtigung alltagsrelevanter Aspekte. Dazu gehören auch das Erlernen von Ersatzstrategien und Kompensationsmechanismen sowie die Adaption von Alltagsgegenständen.

Um eine möglichst individuelle Behandlung gewährleisten zu können, wird eine fundierte Befunderhebung durchgeführt. Diese beinhaltet sowohl kognitive/mentale, psychologische als auch motorische Gesichtspunkte.

Basierend auf den Ergebnissen der Befunderhebung werden ein oder mehrere der folgenden Therapieschwerpunkte gewählt:

- **Motorisch-funktionelle Behandlung:** Diese beinhaltet die Kräftigung und Mobilisation der Extremitäten, sowie das Erarbeiten von physiologischen Bewegungsmustern.
- **Sensomotorisch- perzeptive Behandlung:** Dies beinhaltet die Tonusregulation, Wahrnehmungsschulung und Sensibilitätstraining.
- **Psychisch-funktionelle Behandlung:** Diese beinhaltet u.a. die allgemeine Aktivierung und die Festigung einer Tagesstruktur.
- **Hirnleistungstraining:** Dies beinhaltet die Förderung von Merkfähigkeit, Konzentration, Aufmerksamkeit und kognitiver Ausdauer.
- **ADL-Training:** Beinhaltet das Alltagstraining (Zubereiten von kleinen Mahlzeiten und das An- und Auskleiden), sowie die Hilfsmittelberatung (inkl. Testung und Versorgung).

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	16 (von 21)

Stellenplan und Qualifikation

Es sind 3,38 Planstellen vorgesehen. Die Mitarbeitenden verfügen zum Teil über einen Bachelor-Abschluss und geriatricspezifische Fortbildungen.

5.3.3. Logopädie

Der /die staatlich anerkannte Logopäd*in verfügt über spezielle Kenntnisse in Diagnostik und Therapie von Sprach- und Sprechstörungen sowie Kau- und Schluckstörungen.

Diagnostik und Therapie erworbener Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen wie Dysarthrophonie, Aphasie, Dysphonie, Sprech-, Sprach- und Stimmapraxie, die Behandlung von Kau- und Schluckstörungen, Atemtherapie, Einzel- und Gruppenbehandlung, Angehörigenberatung, Teambesprechung und Vermittlung ambulanter Weiterbetreuung.

Das Christliche Klinikum Melle hat einen Kooperationsvertrag mit der Praxis für Logopädie Melle Kathrin Jarvers abgeschlossen und somit ist eine erforderliche Versorgung mit logopädischen Leistungen bei den geriatrischen Patienten sichergestellt.

5.3.4. Sozialdienst

Der Sozialdienst ist Ansprechpartner für alle stationären Patient*innen und deren Angehörige. Gleichzeitig ist er eine Schnittstelle zwischen allen Berufsgruppen, der Patient*innen sowie den Angehörigen. Der Sozialdienst ist bestrebt Patient*innen in der Krankheitsbewältigung zu unterstützen und diese durch psychosoziale sowie rechtliche Beratung zu begleiten. Aufgaben des Sozialdienstes sind, die Rückkehr der Patient*innen ins häusliches Umfeld zu fördern, ggf. andere alternative Wohnformen zu organisieren und über erforderliche Dienste sowie Hilfsmittel zu beraten und diese ggf. zu organisieren, um ein möglichst selbständiges und unabhängiges Leben zu ermöglichen.

Der Sozialdienst ist Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter/nachstationärer Versorgung.

Grundlegende Tätigkeiten der Sozialarbeit in der Geriatrie sind:

- die Erstellung des Sozialassessments, d.h. Erfassung individueller Gegebenheiten der Patient*innen, häusliche Wohnsituation, bisheriger Hilfebedarf, vorhandene Pflegeressourcen innerhalb der Familie und des Bekanntenkreises, ökonomische Verhältnisse, sowie individuelle Befindlichkeiten (soziale Belastungen im Alltag, Ängste, Hoffnungen und Wünsche)
- die Teilnahme an den interdisziplinären Fallbesprechungen zur Klärung des weiteren Vorgehens im Anschluss an die Krankenhausbehandlung,

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	17 (von 21)

- Einleitung und Antragstellung geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. in einer Klinik für rehabilitative Geriatrie).
- Vorbereitung und Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus in Absprache mit den Patient*innen und seinen Angehörigen, sowie in Abstimmung mit dem interdisziplinären Team der geriatrischen Frührehabilitation.

Die inhaltlichen Hauptbereiche der Beratung sind:

Psychosoziale Interventionen

Beinhaltet das Abschätzen der akuten Gefährdung und das Herstellen einer entlastenden, tragfähigen Beziehung bis hin zu ressourcen - und lösungsorientierten Schritten.

- Gespräche, Beratung und Begleitung
- Beratung und Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen
- Hilfen bei Problemen im sozialen Umfeld
- Hilfe bei existenziellen Krisen
- Erstellung und Umsetzung eines individuellen Hilfeplanes
- Ressourcenmanagements und Empowerment (Stärkung der Handlungsfähigkeit der Betroffenen)
- Hilfe bei der Vermittlung und Beratung von Suchtkrankenhilfe

Sozialen Interventionen

- Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Gesetzliche Betreuung
- Wohnungsangelegenheiten
- Information, Beratung, Organisation, von Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung hilfsbedürftiger/ betreuungsbedürftigen Angehörigen
- Information, Beratung, Organisation von Hilfen zur Regelung von Angelegenheiten des täglichen Bedarfes (praktische Hilfen)
- Vermittlung von externen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen

Wirtschaftliche Interventionen

Beratung von Patient*innen und deren Bezugspersonen in allen sozialen und sozialrechtlichen Fragen, wie:

- Wirtschaftliche Sicherung (z. B. Hilfe zur Pflege) (SGB XII)
- Leistungen der Kranken- und Pflegekasse (SGB V und SGB XI)
- Information und Beratung zu Leistungen nach dem SGB IX (u.a. Schwerbehinderung)
- Fahrdienst für Menschen mit Behinderungen
- Weitere Leistungen zur wirtschaftlichen Sicherung

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	18 (von 21)

Ambulante und stationäre Nachsorge

Sicherung der Nachsorge durch Vermittlung von Angeboten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich:

- häusliche Pflege /häusliche Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Hilfsmittel
- Hausnotruf/ Essen auf Rädern
- Betreutes Wohnen
- Teilstationäre Pflege
- Kurz- und Langzeitpflege
- Palliativstation und Hospiz
- sonstige ambulante und stationäre Hilfsangebote

Medizinische Rehabilitation

Einleitung von Maßnahmen der medizinischen und sozialen Rehabilitation

- Anschlussheilbehandlung
- Neurologische Frührehabilitation
- Geriatrische Rehabilitation
- Stationäre Weiterbehandlung

Stellenplan und Qualifikation

Es sind 0,80 Planstellen vorgesehen. Die Mitarbeiter*innen verfügen über ein Studium Bachelor oder Diplom Sozialarbeiter*in/Sozialpädagoge*in. Die meisten Mitarbeiter*innen haben die Weiterbildung Zertur Geriatrie Basislehrgang absolviert. Die Mitarbeiter*innen arbeiten zudem in den Bereichen:

- des Ethikkomitee
- der Schwerbehindertenvertretung
- als Sucht- und Demenzbeauftragte

5.4. Ergänzende Dienste

5.4.1. Ernährungsberatung

Die Diätassistent*innen verfügen über Kenntnisse, die sich aus alterungsbedingten Veränderungen des Organismus und/oder häufigen Erkrankungen im Alter ableiten. Es sind Schulungen von Patient*innen

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	19 (von 21)

und Angehörigen, insbesondere bei Erkrankungen, die ein spezielles Ernährungsverhalten erfordern, erforderlich.

Im Christlichen Klinikum Melle gibt es eine Mitarbeiterin mit 10 Wochenstunden, die ausschließlich für die Ernährungsberatung zuständig ist.

5.4.2. Seelsorge

Nahezu alle Patient*innen sind wegen ihrer Erkrankung mit einschneidenden Änderungen ihres Lebens konfrontiert. Beistand in existentiellen und spirituellen Fragestellungen bietet die Krankenhauseselsorge. Hier gibt es im Christlichen Klinikum Melle ein Team aus zwei Krankenhauseselorgern beider christlichen Konfessionen.

5.4.3. Ärztlicher Konsiliardienst

Da geriatrische Patient*innen fast immer interdisziplinäre medizinische Probleme aufweisen ist eine Inanspruchnahme ärztlicher interner oder auch externer Konsiliarleistungen, im Rahmen der bereits seit einigen Jahren bestehenden Kooperationen, gewährleistet.

5.4.4. Psychologie/ Neuropsychologie

Die Arbeitsbereiche sind Diagnostik und Therapie von Störungen kognitiver Leistungsfunktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Konzentration, Raumverarbeitung, Praxis, Problemlösung und Planungsvermögen komplexer Handlungs-abläufe. Ferner psychotherapeutische Gespräche zur Krankheitsverarbeitung, Krisen-intervention, Beratung von Angehörigen, Einzel- und Gruppentherapie zur Vermittlung von Entspannungstechniken wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung und Teambesprechung.

Das Christliche Klinikum Melle kooperiert mit dem Niels Stensen Klinikum Bramsche. Die dortigen Psychologen werden bei Bedarf angefordert.

5.4.5. Orthopädiotechnik und Hilfsmittelversorgung

Die Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern und Orthopädietechnikern ist für eine umfassende und angemessene Versorgung geriatrischer Patient*innen unabdingbar. Neben der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bedarf es in vielen Fällen einer individuellen Hilfsmittel und/oder Prothesenversorgung. In Absprache mit den Patient*innen und gegebenenfalls der Bezugsperson wird ein Sanitätshaus

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrameyer	20 (von 21)

ausgewählt und mit der Versorgung beauftragt. Zudem wird geklärt ob dieser durch den Kostenträger die Versorgung wahrnehmen darf.

5.4.6 Ethische Fallbesprechung

Das Krankenhaus gibt Patient*innen, Mitarbeiter*innen oder Angehörigen die Möglichkeit bei schwierigen Entscheidungen eine ethische Fallbesprechung einzuberufen. In einem ersten Gespräch erörtert der/ die Moderator*in, mit der/dem Antragssteller*in, die Fragestellung. Ob es sich bei der Problematik um eine ethische (und nicht z.B. eine juristische) Frage handelt, wird in diesem Gespräch und ggf. zu Beginn der ethischen Fallbesprechung geklärt. Zur Vorbereitung der ethischen Fallbesprechung trägt der/die Moderator*in alle notwendigen Informationen zum Fall zusammen, informiert die zuständigen medizinischen und pflegerischen Verantwortlichen und beruft anschließend die Besprechung ein. In den ethischen Fallbesprechungen (auch „ethisches Konsil“ genannt) geht es um ein konkretes ethisches Problem oder eine konkrete ethische Fragestellung. Unter der Leitung eines / einer qualifizierten Moderator*in beraten in der Regel 3-7 Mitarbeitende die Fragestellung und geben am Ende ein Votum ab, das den Charakter einer Empfehlung hat.

6. Palliativmedizinische Versorgung in der Geriatrie

In der letzten Lebensphase ist auch bei geriatrischen Patient*innen nicht selten eine palliativmedizinische Versorgung gefragt. Die palliativmedizinische Versorgung geriatrischer Patient*innen ist dann geboten, wenn eine Heilung oder Besserung der Krankheiten mit Wahrscheinlichkeit nicht mehr möglich ist und sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit sterben werden.

Bei geriatrischen Palliativpatient*innen ist es Teil des individuellen geriatrischen Gesundheitsmanagements, ein Sterben in Würde in der gewünschten Umgebung zu ermöglichen.

Im Christlichen Klinikum Melle gibt es eine palliativmedizinische Versorgung mit derzeit 6 Palliativbetten in drei Zimmern sowie einem Angehörigenzimmer, einem multifunktionalen Aufenthaltsraum und einen großzügigen Balkon für die Palliativpatienten. Das multiprofessionelle Palliativteam bestehend aus Ärzt*innen, Pflegenden, Seelsorger*innen, Sozialarbeiter*innen und Physiotherapeut*innen, der Ernährungsberatung sowie ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen.

Nr. und Version dieses Dokuments:	Name dieses Dokuments:	Einrichtung:	Redakteur:	Datum / Freigabe dieser Version:	Freigegeben durch:	Seite:
025927-0000	Geriatriekonzept CKM	CKM	Kristina Stockebrandt	26.03.2024	Carolin Schrammeyer	21 (von 21)