

„Der narzisstische Input“ – Zur Frage der therapeutischen Kontakt- dichte auf Depressionsstationen am Beispiel des „Depressionszentrum Bayreuth“

Manfred WOLFERSDORF, Eva SCHALLER, Johannes KORNACHER,
Ulrike RUPPRECHT, Brigitte SCHUH, Waltraud KÜFNER, Berthold GÖTZ

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Nordring 2, 95445 Bayreuth
Email: manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Derzeit gibt es etwa 100 so genannte Depressionsstationen in Deutschland, spezialisiert auf die Diagnostik und Behandlung schwer und sehr schwer depressiv erkrankter Menschen. In unserer Untersuchung wird die Häufigkeit von therapeutisch hilfreichen Kontakten während der Behandlung auf einer Depressionsstation beschrieben.

Einleitung und Historie von Depressionsstationen

„Spezialisierung“ bzw. „innere Differenzierung“ in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung psychisch Kranker waren und sind wichtige Schritte bei der Verbesserung der Versorgungsqualität seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts und gelten – neben Enthospitalisierung, Dezentralisierung und Sektorisierung als Organisationsstruktur von Gemeindepsychiatrie und Klinik sozusagen als 2. Stufe der Umsetzung der Psychiatrie-Enquete in Deutschland [1,2]. Die damals berechtigte Klage über das Fehlen von Psychotherapie und Psychosomatik, Geronto-, Kinder-Jugend- und Forensischer Psychiatrie führte letztlich vor dem Hintergrund eines sich verändernden Patientenprofils in Richtung mehr F3-, F4-, F5-, F6-Störungen (ICD-10) zur Entwicklung störungsbezogener Behandlungseinheiten gerade in den Fachkrankenhäusern [2]. So genannte „Depressionsstationen“ als multiprofessionell orientierte Stationen mit einem komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapieprogramm auf der Basis eines klientenzentriert-verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Konzepts wurden zu den ersten Bausteinen der Reintegration von Psychotherapie in die Fachkrankenhauspsychiatrie der

70er Jahre. Heutige Behandlungsmodelle sind in Tabelle 1 dargestellt.

1980 haben wir erstmals die Konzeption von Depressionsstationen beschrieben und darauf hingewiesen,

- 1) dass Pflegepersonal und Ergotherapeuten den häufigsten Patientenkontakt haben,
- 2) depressives Verhalten von Patienten auf therapeutischer Seite ein besonders geprägtes Umgehen in der Beziehung erfordert – damals haben wir dies als „psychotherapeutisches Basisverhalten im Umgang mit Depressiven“ bezeichnet [9],
- 3) therapeutische Arbeit mit schwer Depressiven, Teamarbeit, Supervision und arbeitsbezogene Selbsterfahrung benötigt, sowie
- 4) die individuelle Krankheitssituation des Patienten eine am aktuellen Krankheitsbild, an typischen depressiven Persönlichkeitscharakteristika und am Therapieziel orientierte Behandlung erfordert [8]. Später kamen ambulante und teilstationäre Angebote sowie eine enge Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeorganisationen dazu [5,7,12].

In den 70er Jahren entstanden in den USA die ersten „Affective Disorders Units“ [6], 1967 wurde von Kielholz, Pöldinger und Hole die erste europäische „Depressionsstation“ als Forschungseinheit, am 15. Sept. 1976 im damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, die erste „Depressionsstation“ in Deutschland eröffnet [10]. Vor nun über 25 Jahren, 1984, wurde der bis heute bestehende „AK Depressionsstationen“ von den Depressionsstationen in Weissenau, Reichenau, Hirsau, Zwiefalten, Günzburg und Weinsberg gegründet [13].

Was war das „Neue“ am Konzept der „Depressionsstation“? Eine Übersicht ist in Tabelle 2 gegeben. Die Zusammenfassung von Patienten nach Störung war zu diesem Zeitpunkt bereits bei Suchtkranken durch die Trennung von „qualifiziertem Entzug“ und „Entwöhnung“ mit Konsequenzen für die Kostenübernahme – ersterer Krankenkassen, letzterer Rentenversicherer – umgesetzt. Man muss auch daran erinnern, dass in den 70er und 80er Jahren eine psychotherapeutische Qualifikation beim „Nervenarzt/Facharzt für Psychiatrie“ nicht obligat Bestandteil der Facharztweiterbildung und deshalb selten gegeben war. Die Klage der Psychiatrie-Enquete über das Fehlen von Psychotherapie ließ sich deswegen in den Fachkrankenhäusern am ehesten durch die Einrichtung von sog. Spezialstationen z. B. für Psychotherapie bzw. für depressiv Kranke („Depressionsstationen“) beheben. So gab es Anfang der 80er Jahre in Baden-Württemberg 2 Psychotherapiestationen an Fachkrankenhäusern. Das „Neue“ und „Gemeinsame“ aller Depressionsstationen war, neben Zusammenfassung aller primär depressiv Kranken auf offenen, gemischt-geschlechtlichen Behandlungseinheiten, die heute als Standard der Depressionsbehandlung geltende Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, von aktivierenden und Selbstwert positiv stärkenden ergo- und körpertherapeutischen Angeboten, unter Einbeziehung von Psychoedukation, von Angehörigen und Selbsthilfegruppen in einem beziehungsorientierten förderlichen und schützenden fürsorglichen Milieu. Theoretischer Hintergrund sind und sind bis heute psychodynamische tiefenpsychologisch-klientenzentrierte und lerntheoretische Konzepte zur Depression.

2008 berichteten Schaller et al. Umfrageergebnisse von 71 Depressionsstationen und fanden als Therapiestandards Einzel- und Gruppenpsychotherapie (Eth 1,5 mal, GruppenPth 2,1 mal pro Woche), Gruppen für Soziales Kompetenztraining/Selbstsicherheit, Psychoedukation für Betroffene und Angehörige, Aktivierung, Entspannung, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie und Leistungsdiagnostik, Genussgruppen, Lichttherapie und Psychopharmakotherapie (bei 90 % aller Pat.).

Untersuchungsgruppe und Methode

Kognitiv-verhaltenstherapeutische, klientenzentrierte und tiefenpsychologische Konzepte der Depressionsgenese stimmen hinsichtlich der Bedeutung von „Beziehung“ überein. „Psychotherapeutisches Basisverhalten“ als spezifische, vom gesamten Behandlungsteam im Umgang mit depressiv Kranken zu verwirklichende Form der Beziehung und des Umganges [8,9] meint nicht nur positive Verstärkung jeglichen nicht-depressiven Verhaltens im klassisch-verhaltenstherapeutischen Sinn, sondern setzt empathisch vertieftes Verstehen depressiven Krankseins und Beziehungsdichte voraus. Rahn (1996) hatte „ein hohes Maß an Fürsorge und Zuwendung“ als eine der Besonderheiten von Depressionsstationen genannt und im Vergleich Depressionsstation versus offene Station bzw. allgemeines Landeskrankenhaus eine hochsignifikant deutlichere Wahrnehmung von Anteilnahme und von Ordnungsstruktur bei den Patienten der Depressionsstation gefunden [4]. Henseler (persönliche Mitteilung 1989) hat davon gesprochen, die Effektivität von Depressionsstationen beruhe auf dem „hohen narzisstischen Input“ einer ganzen Station für einen Patienten. Diese Bemerkung war nicht zuletzt Anlass der hier vorgelegten Untersuchung mit der Fragestellung, wie hoch denn eigentlich der „narzisstische Input“ auf Depressionsstationen wirklich sei.

Eigene Untersuchung zur Beziehungshäufigkeit

In einer eigenen Untersuchung am Bayreuther Depressionszentrum (Tabelle 3) haben wir die konzeptuell vorgegebene Kontakthäufigkeit bei therapeutisch-pflegerischen Aktivitäten auf 2 Stationen (A1 und A5) erfasst.

Ergebnisse

Unsere Fragestellung war, ob und in welchen Häufigkeiten die oben genannten „Besonderheiten einer Depressionsstation“ – die im Wesentlichen die spezifische Beziehungsdichte („narzisstischer Input“) meint – überhaupt umgesetzt sind, angesichts der heute vielfach beklagten Versorgungsrealität (Personalprobleme, konzeptuelle Probleme, Konkurrenz privater Träger, Veränderung des Patientenprofils usw.). Dazu wurden die offiziell d. h. konzeptuell vorgeschriebenen therapeutischen Kontakte der verschiedenen Berufsgruppen der beiden „Depressionsstationen“ A1 bzw. A5 berechnet. Die Ergebnisse sind in den Tabel-

len 4, 5 und 6 (anhand des anonymisierten Beispiels) für die Schwerpunktstation Depression A1 und in den Tabellen 7, 8 und 9 (anonymisiertes Beispiel) und für die Depressionsstation A5 gezeigt. Die Mindestanzahl therapeutischer Kontakte pro Woche (Montag bis einschließlich Samstag) ist in den Tabellen zusammengestellt. Sodann findet sich jeweils ein Fallbeispiel durchgerechnet.

Diskussion

Wie häufig konzeptuell vorgegebene Kontakte mit Patienten überhaupt stattfinden (sollen), ist unseres Wissens nicht definiert oder gar bekannt.

Deswegen wäre eine Fragestellung, ob Patienten einer Depressionsstation mehr als „übliche“ Kontakte erhalten, gar nicht zu beantworten. Der Kliniker kennt depressive Patienten, die Zuwendung wie in ein Fass ohne Boden ununterbrochen aufnehmen können, in Anspruch nehmen (Hyperoralität im tiefenpsychologischen Sinn) und doch unzufrieden und „zu kurz gekommen“ bleiben (narzisstischer Objektbeziehung) und depressive Patienten, die dankbar sind für 1-2x Gesprächskontakt pro Woche mit dem von ihnen als subjektiv bedeutsam erwählten Therapeuten/Bezugsperson.

Kritisch sind also Methode und fehlender Vergleich mit anderen Stationen z. B. einer Psychotherapiestation anzumerken. Wir verstehen die Untersuchung als Hinweis, dass Depressionsbehandlung eines hohen Inputs an „narzisstischer Gratifikation“ bedarf, wie theoretisch aus tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Konzepten ableitbar gefordert. Und dass unsere depressiven Patienten dies auch erhalten, bei aller Kritik an zunehmend unmöglich werdender Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung, wie Putzhammer et al. vor kurzem beklagten [3].

Literatur

1. DGPPN. Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Springer Berlin Heidelberg 1997
2. Müller C. Wandlungen der psychiatrischen Institutionen. In: Kisker KP et al. (Hrsg). *Psychiatrie der Gegenwart* 9. Springer, Berlin Heidelberg New York 1989: 339 – 368
3. Putzhammer A, Senft I, Fleischmann H, Klein HE, Schmauß M, Schreiber W, Hajak G. The work of medical doctors on psychiatric wards: an analysis of everyday activities. *Nervenarzt* 2006; 77(3): 372-376
4. Rahn E. Depressionsstationen im Urteil der Patienten. *Psychiatr Prax* 1996; 23: 172 – 174
5. Rupprecht U, Heindl A. Die Selbsthilfegruppe für depressiv kranke Menschen am Bezirkskrankenhaus Bayreuth. In: Wolfersdorf M, Kornacher J, Rupprecht U (Hrsg). *Stationäre Depressionsbehandlung heute*. Roderer, Regensburg 2003: 148 - 157
6. Rydman L. The affective disorder clinic. A specialized setting. In: Vahl ER, Garviria FM, Flakerty JA (eds). *Affective disorders*. Year Book Medical Publ, Chicago London 1992: 345 – 359
7. Schaller E, Müller B, Wolfersdorf M, AK Depressionsstationen. *Depressionsstationen in Deutschland*. *Nervenheilkunde* 2008; 27 (Suppl 1): S 128 – 129
8. Wolfersdorf M, Straub R, Hole G, et al. Die stationäre Behandlung depressiv Kranker nach einem gesprächs- und verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept. In: Hautzinger M, Schulz W (Hrsg). *Klinische Psychologie und Psychotherapie Band 3: Depression, Psychosomatik*. DGVT/GwG, Tübingen Köln 1980: 163 – 177
9. Wolfersdorf M, Straub R, Kopittke W, et al. Psychotherapeutisches Basisverhalten als wesentlicher Bestandteil eines Therapiekonzeptes für stationäre depressive Patienten. In: Helmchen H, Linden M, Rüter U (Hrsg). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Berlin New York 1982
10. Wolfersdorf M. (Hrsg.). *Depressionsstationen/Stationäre Depressionsbehandlung*. Springer, Berlin Heidelberg New York 1997
11. Wolfersdorf M, Schaller E, Kornacher J, Rupprecht U, Schuh B, Kufner W, Götz B. „Der narzisstische Input“ – Zur Frage der therapeutischen Kontaktdichte auf Depressionsstationen. Poster beim VII. Forschungskongresses der neurologischen und psychiatrischen Fachkrankenhäuser Bayerns 2009. Irsee 2009
12. Wolfersdorf M, unter Mitarbeit von Schaller E und Rupprecht U. *Depression. Die Krankheit bewältigen*. Balance buch und medien. Psychiatrie-Verlag Bonn 2010
13. Wolfersdorf M. „25 Jahre Arbeitskreis Depressionsstationen Deutschland/Schweiz/35 Jahre Depressionsstationen Deutschland – der Wiedereinstieg in die klinische Psychotherapie“. Festvortrag anlässlich der 25. Jahrestagung des

AK Depressionsstationen am 12.10.2010 in Berlin (Veranstalter Prof. Dr. P. Bräunig, Vivantes Humboldt Klinikum). Berlin 2010 (als pdf abrufbar)

Abstract

The „narcissistic input“– the number of therapeutic contacts in so-called depression treatment units of the “depression treatment centre Bayreuth”

In Germany up to now, we have about hundred so-called depression treatment units specialized on diagnostic and therapeutic aspects for severe and very severe depressed inpatients. In this paper we show the concept and the numbers of therapeutic contact during inpatient treatment especially for these patients which are depend of a high rate of helpful relationships to all involved co-workers of a depression treatment unit.

Key words:

Depressed inpatients – therapeutic contacts – “narcissistic input” – depression treatment units – therapeutic concepts

Schlüsselwörter:

Stationäre depressive Patienten, therapeutische Kontakte, „narzisstischer Input“, Depressionsstationen, Therapiekonzept

Anhang:

Tabelle 1

Modelle stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosomatischer Depressionsbehandlung in Deutschland heute

1. Behandlung depressiver Patienten in diagnose-gemischten allgemeinen Akutstationen bzw. Psychotherapiestationen von Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Typ Fachkrankenhaus, Typ Abteilung)
2. Stationsübergreifende Depressionsgruppen (z. B. in Abteilungen)
3. Störungsbezogene Behandlungseinheiten: “Depressionsstationen“ [derzeit ca. 90 DST in Deutschland, meist am FKH]
4. Störungsbezogene bzw. gemischte Behandlungseinheiten in Akut- und Reha-Psychosomatischen Kliniken

Tabelle 2

Was zeichnet „Depressionsstationen“ bis heute aus?

Was war das „Neue“ am Konzept der „Depressionsstationen“?

1. Herausnahme und Zusammenfassung aller schwer depressiv Kranken in einer auch räumlich definierten Behandlungseinheit mit einem multiprofessionellen Team und einem depressionsspezifischen Konzept
2. Betonung des/Herstellung eines „beziehungsorientierten“, Beziehung herstellenden und Selbstwertgefühl sowie Aktivität fördernden Milieus, hohe Beziehungsdichte zu allen therapeutisch-pflegerischen Mitarbeitern
3. Akzeptanz depressiven Erlebens, Wahrnehmens und sich Äußern/Verhaltens als Krankheitssymptom
4. Fokussierung der Wertschätzung eines gesamten Teams auf einen Patienten (narzisstischer Input)
5. Vorgabe von Tagesstruktur und Gestaltung
6. Aktivierung zu Eigenaktivität und Selbstverantwortung
7. Symptombesserung durch biologische Behandlungsmaßnahmen
8. Einzel- und Gruppenpsychotherapie von Anfang der stationären Behandlung an
9. Förderung jeder Form von Selbsthilfe

Tabelle 3

Depressionszentrum Bayreuth

1. Depressionsstation (Station A5)
20 Betten, offen: Männer, Frauen von ca. 18 — 65 Jahre; nur primäre Depression; integrierte Tagesklinik, Ambulanz
2. Gerontopsychiatrische Depressionsstation (Station G3) der Abteilung Gerontopsychiatrie und - psychotherapie
20 Betten, offen; nur depressiv Kranke; integrierte Tagesklinikplätze, Ambulanz; Männer, Frauen ab ca. 60 – 65 Lebensjahre
3. Schwerpunktstation Depression (Station A1)
18 Betten, offen; Depressionsschwerpunkt, Männer, Frauen von ca. 18 aufwärts, Tagesklinik, Ambulanz
4. Depressionsambulanz
Teil der PIA, Besetzung 0,75 Vollkräfte Diplom-Psychologe/in

Tabelle 4: Schwerpunktstation Depression A1; Therapeutisches Angebot: Häufigkeit pro Woche Aufenthaltsdauer

Visite	6x (3x vormittags, 2x nachmittags, 1x Samstag)
Einzelgespräch	1x
Gesprächsgruppe	1x
Achtsamkeitsgruppe	1x
SKT (Soziales Kompetenztraining)	1x
Psychoedukation	2x
Entspannungsgruppe	3x
ATL – Gespräch (Aktivitäten des täglichen Lebens)	0,5 x
Morgenrunde	5x
Pflegevisite	1x
Körperwahrnehmung	2x
Nachbesprechung Wochenende	1x
Gemeinsame Aktivität	1x
Sozialpädagogische Beratung	nach Absprache
Bewegungsbad	bis zu 2x
Bewegungstherapie auf Station	1x
Kochgruppe	nach Absprache 1x
Ergotherapie	2x
Bürotherapie/ kognitives Training	nach Absprache, täglich möglich
Rückenschule	5x
Krafttraining	nach Absprache, täglich möglich
Walking Gruppe	nach Absprache, täglich möglich
Krankengymnastik	nach Absprache
Massagen	nach Absprache
Fangopackungen, Schlingentisch, etc.	nach Absprache
Kunsttherapie	bis zu 2x
Volley- Basketball, Badminton	nach Absprache, täglich möglich

Tabelle 5: Schwerpunktstation Depression A1; Mindestzahl therapeutischer Kontakte pro Patient pro Woche Aufenthaltsdauer

Visite	6x
Einzelgespräch	1x
Entspannungsgruppe	3x
ATL – Gespräch	0,5x
Morgenrunde	5x
Pflegevisite	1x
Rückenschule	5x
Körperwahrnehmung	2x
Nachbesprechung Wochenende	1x
Gemeinsame Aktivität	1x
Bewegungstherapie auf Station	1x
Ergotherapie	2x

Maximalzahl therapeutischer Kontakte pro Patient pro Woche Aufenthaltsdauer

∑ 38,5 Kontakte + x (s. Tab. 2)

[aufgrund zeitlicher Überschneidungen, sowie organisatorischer Rahmenbedingungen, z.B. zeitgleiches Angebot aller Gruppen nicht möglich, handelt es sich hierbei um ein „theoretisches Maximum“ aller vorhandenen Angebote]

Tabelle 6: Schwerpunktstation Depression A1

Therapieplan von Herrn YX.; Diagnosen: F33.2, F34.1; Auslöser der aktuellen Episode: Depressive Dekompensation nach Konfliktsituation am Arbeitsplatz; Soziale Situation: verheiratet, zwei erwachsene Kinder; Vollzeit berufstätig

ärztlich/psychologische Kontakte/ Woche	(Fach-)pflegerische Kontakte/ Woche	therapeutische Kontakte mit anderen Berufsgruppen/ Woche
<ul style="list-style-type: none"> - Soziales Kompetenztraining (ca. 90min) - Gesprächsgruppe (ca. 60min) - Psychoedukation (ca. 60min) - Einzelgespräch (ca. 50min) - Visite (davon 1x samstags) (6x ca. 5min) - Medizinische Sprechstunde (ca. 10min) 	<ul style="list-style-type: none"> - Morgenrunde (ca. 15min) - Entspannungsgruppe (ca. 30min) - Hypnose (ca. 60min) - Gemeinsame Aktivität (ca. 120min) - ATL - Gespräch (ca. 50min) - Nachbesprechung Wochenen- de (sonntags) (ca. 10.min) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsbad (ca. 60min) - Rückenschule (ca. 30min) - Ergotherapie (ca. 180min) - Körperwahrnehmung (ca. 30min) - Bewegungstherapie (ca. 90min)
Σ ca. 5 Std.	Σ ca. 4,5 Std.	Σ ca. 8 Std.

Σ Gesamtzeit therapeutischer Kontakte: 17,5 Std.
Σ Kontakte: 31

Tabelle 7: Depressionsstation A5: Therapeutisches Angebot: Häufigkeit pro Woche Aufenthaltsdauer

Visite	2x
Einzelgespräch	1x
Gesprächsgruppe	1x
Genußgruppe	nach Indikation 1x
SKT (Soziales Kompetenztraining)	nach Indikation 1x
Psychoedukation	1x
Entspannungsgruppe	2x
ATL – Gespräch (Aktivitäten des täglichen Lebens)	0,5 x
Emotionsgruppe	nach Indikation 1x
Pflegevisite	1x
Körperwahrnehmung	nach Indikation 1x
Nachbesprechung Wochenende	1x
Aktivierungsgruppe	2x
Sozialpädagogische Beratung	nach Absprache
Bewegungsbad	bis zu 2x
Morgengymnastik	5x
Kochgruppe	nach Absprache 1x
Ergotherapie	2x
Bürotherapie/ kognitives Training	nach Absprache, täglich möglich
Rückenschule	5x
Krafttraining	nach Absprache, täglich möglich
Walking Gruppe	nach Absprache, täglich möglich
Krankengymnastik	nach Absprache
Massagen	nach Absprache
Fangopackungen, Schlingentisch, etc.	nach Absprache
Kunsttherapie (Malthherapie sowie meditatives Malen)	nach Indikation 2x
Volley-/Basketball, Badminton	nach Absprache, täglich möglich
Bewegungstherapie für alle	1x

Tabelle 8: Depressionsstation A5;

Mindestzahl therapeutischer Kontakte pro Patient A5 pro Woche Aufenthaltsdauer

Visite	2x
Einzelgespräch	1x
Entspannungsgruppe	2x
ATL – Gespräch	0,5x
Morgengymnastik	5x
Pflegevisite	½ x
Rückenschule	5x
Stationsversammlung	1x
Nachbesprechung Wochenende	1x
Aktivierungsgruppe	2x
Bewegungstherapie für alle	1x
Ergotherapie	2x
Psychoedukation	1x
Gruppengespräch	1x

Σ 25

Maximalzahl therapeutischer Kontakte pro Patient pro Woche Aufenthaltsdauer

Σ 35 Kontakte + x (s. Tab. 2)

[aufgrund zeitlicher Überschneidungen, sowie organisatorischer Rahmenbedingungen, z.B. zeitgleiches Angebot aller Gruppen nicht möglich, handelt es sich hierbei um ein „theoretisches Maximum“ aller vorhandenen Angebote]

Tabelle 9: Depressionsstation A5

Therapieplan von Fr. XY; Station A5

Diagnosen: F33.2, F34.1

Soziale Situation: geschieden, aktuell Beziehung, 3 Kinder

ärztlich/psychologische Kontakte/ Woche	(Fach-)pflegerische Kontakte/ Woche	therapeutische Kontakte mit anderen Berufsgruppen/ Woche
<ul style="list-style-type: none"> - Gesprächsgruppe (ca. 60min) - Psychoedukation (ca. 60min) - Einzelgespräch (ca. 50min) - Visite 2x (ca. 20min) - Medizin. Visite (ca. 10min) 	<ul style="list-style-type: none"> - Morgengymnastik (ca. 15min) - Entspannungsgruppe (ca. 60min) - Aktivierungsgruppe (ca. 150min) - Bezugspflegespräch (ca. 30min) - Nachbesprechung Wochenende (sonntags) (ca. 15min) - Stationsversammlung (ca. 15 min) - Pflegevisite (ca. 10 min/Wo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsbad (ca. 60min) - Rückenschule (ca. 75min) - Ergotherapie (ca. 75min) - Körperwahrnehmung (ca. 30min) - Bewegungstherapie (ca. 90min) - Meditatives Malen (ca. 45 min) - Maltherapie (ca. 45 min) - Tanz und Bewegung (ca. 40min) - Sozialpädagog. Beratung (ca. 45min)
Σ ca. 3,2 Std.	Σ ca. 4,8 Std.	Σ ca. 8,5 Std.

Die Autoren geben keine Interessenkonflikte an.