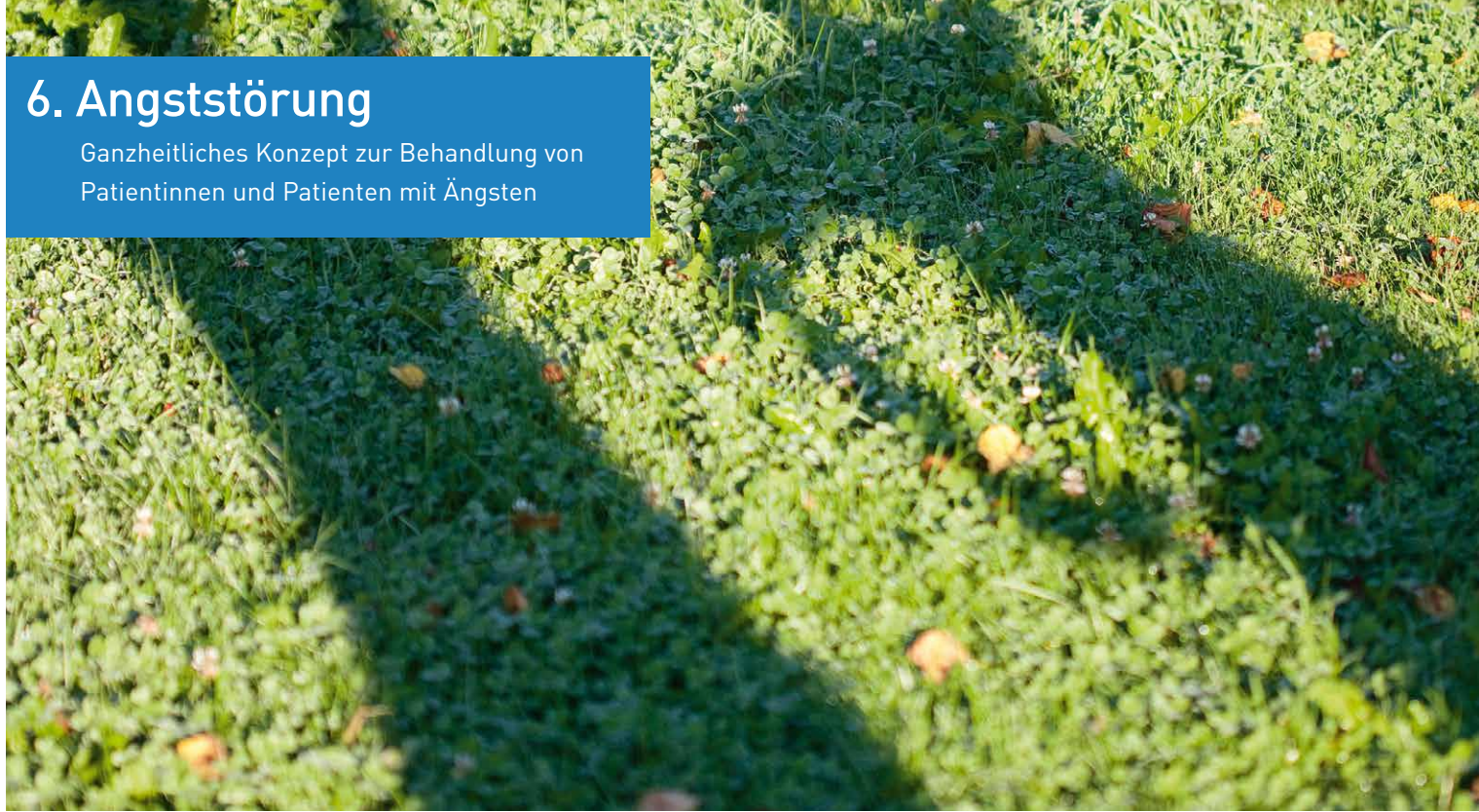


## 6. Angststörung

Ganzheitliches Konzept zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Ängsten



**Angst** ist eine natürliche lebenserhaltende Schutzreaktion des Körpers auf schädigende, verletzende und bedrohliche Situationen. Erst übermäßig ausgeprägte Angst oder Angst ohne realistische Bedrohung sowie Panikanfälle werden als Angststörung oder Angsterkrankung bezeichnet. Dabei geht man davon aus, dass im Nervensystem ein gelerntes „Programm“ abläuft, das in der aktuellen Situation unangemessen ist und damit seine Schutzfunktion eingebüßt hat.

Im Vordergrund stehen meist die körperlichen, vegetativ gesteuerten Symptome der Angst, die von Gefühlen der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes begleitet sind und letztendlich zu einer Angst vor der Angst führen. Das Denken kreist um Befürchtungen und Katastrophen, engt den geistigen und auch den realen Lebensraum ein und

führt oft zu Konzentrations- und Schlafstörungen. Weitere Folgen sind eine Verringerung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung. Auch der gesamte Lebenskontext und die damit verbundenen Personen können in das Angstgeschehen verwickelt sein, leiden ihrerseits und können mit ihren Reaktionen, wie z. B. Ablehnung, Vorwürfen oder überstarker Fürsorge unwillentlich zu weiteren Komplikationen beitragen. Eines der Hauptkennzeichen einer Angststörung ist Vermeidung. Vermeidungsreaktionen führen zum Rückzug aus vielen wichtigen Lebensbereichen, vergrößern das Leiden an der Angst und halten die Angstreaktion



aufrecht. Dadurch wird die gesamte Lebensqualität durch eine Angststörung massiv beeinträchtigt. Die psychischen und neuronalen Bahnungen der Angst werden bei zunehmender Dauer der Störung immer fester (Gewohnheitsaspekt).

Angststörungen gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von 15% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Normalbevölkerung und können gemäß ICD-10 der WHO in folgenden Formen auftreten:

- **Phobische Störungen** (F40) wie die Agoraphobie (F40.0), soziale Phobien (F40.1), spezifische, isolierte Phobien (F40.2). Bei Phobien wird Angst ausschließlich oder überwiegend durch definierte Situationen (z. B. Angst vor offenen Plätzen oder Menschenmengen: Agoraphobie) oder Objekte (z. B. Spinnenphobie) ausgelöst.

- **Panikstörungen** (F41.0): Die Panikstörung ist eine wiederkehrende schwere Angstattacke („Wie aus heiterem Himmel“) mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen.

- **Generalisierte Angststörung** (Angstneurose):

Die generalisierte Angststörung ist durch eine ungerichtete Angst charakterisiert, die nicht auf bestimmte Situationen beschränkt ist und mit körperlichen Beschwerden wie Nervosität, Zittern, Muskelspannungen, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindel oder Bauchschmerzen verbunden ist.

- **Angst und depressive Störung gemischt** (F41.2)

- **Sonstige gemischte Angststörungen** (F41.3)

# Das Programm und seine Komponenten

## Diagnose

Grundlage jeder Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen ist die umfassende bio-psycho-soziale Untersuchung und Diagnostik:

- Sichtung der Vorbefunde und der bisherigen Behandlungsschritte.
- Ausführliche biografische Anamnese, in der die Symptome der Angststörung, ihre Bedingungen und Bedeutungen im Alltag und im gesamten Lebenskontext erhoben werden. Verbunden ist dies mit einer detaillierten körperlichen Untersuchung, Labor- und Funktionsdiagnostik (z. B. Hyperventilationstest).
- Psychodiagnostische Verfahren tragen zur Spezifizierung der Störung sowie zur Klärung eventueller Komorbiditäten bei.
- Diagnosestellung unter Zuhilfenahme dieser Daten nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10, Kapitel V (F))

## Therapieziele und Behandlungsauftrag

Neben den in der diagnostischen Phase erhobenen Befunden sind für die Behandlung die subjektive Krankheitserklärung des Patienten und seine bisherigen Selbstbehandlungsversuche ein wichtiger Ausgangspunkt für die Erarbeitung eines gemeinsamen Behandlungszieles. In dieses fließen die Therapieerwartungen des Patienten ebenso ein wie allgemeine Therapieziele seitens der Klinik und auch der Kostenträger.

Die teilweise unterschiedlichen Sicht- und Erklärungsweisen und die daraus resultierenden therapeutischen Schritte und Konsequenzen müssen in einer Passung zusammengefügt werden. Mit dieser werden dann ein gemeinsames Therapieziel und daraus folgend ein individueller Behandlungsauftrag formuliert sowie ein individueller Therapieplan erstellt.

### Die Therapieziele umfassen

- Verringerung bzw. Selbstkontrolle der Angstsymptome bzw. körperlichen Angstäquivalente
- Verbesserung des Verständnisses der Störung
- Verringerung des Vermeidungsverhaltens
- Förderung eines ressourcenorientierten Annäherungsverhaltens
- Wiedererlangen von Alltagskompetenz und Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben.

## Die „bio-psycho-soziale“ Medizin in der Rehaklinik Glotterbad

*Körperliche und seelische Lebensvorgänge sind in uns untrennbar miteinander verbunden. Dennoch hat die Medizin – durchaus erfolgreich – Modelle entwickelt, diese Lebensbereiche künstlich zu trennen: Einer „Körpermedizin ohne Seele“ (somatische Medizin) steht eine „Seelenmedizin ohne Körper“ (Psychotherapie) gegenüber.*

*Psychosomatische Medizin als „bio-psycho-soziale“ Medizin, wie sie in der Rehaklinik Glotterbad angewandt wird, versteht sich als Gegengewicht zu diesem vorherrschenden Dualismus. Sie erforscht und behandelt die vielfältigen und lebendigen Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Lebens- und Krankheitsaspekten. Wichtigstes Therapieziel ist dabei die Förderung der Autonomie der Patientinnen und Patienten durch Aktivierung ihrer eigenen Lebens- und Bewältigungsressourcen, der Selbstheilungskräfte und Selbsthilfemöglichkeiten.*



## Multimodales stationäres Therapiekonzept

Die Behandlung orientiert sich an verhaltenstherapeutischen, kognitiven Vorgehensweisen und an Methoden der systemischen Therapie (Lösungsorientierung, Ressourcenarbeit) sowie dem psychodynamischen Verständnis von Ängsten.

Zu Beginn findet ein 4-stündiger „Basiskurs Angst“ statt. Im Vordergrund steht dabei das Verständnis für die Angststörung, die körperlichen und psychischen Abläufe und die Möglichkeiten zu deren Beeinflussung. Eines der Hauptziele der Angstbehandlung ist die Verringerung des Vermeidungsverhaltens und die Förderung vielfältiger Annäherungsziele und -verhaltensweisen. Diese können die Angstreaktionen hemmen und zur Bahnung positiv bewerteter Verhaltensweisen führen. Die Identifizierung von Angstauslösern, das innere Zwiegespräch, die Funktionalitäten der Angststörung sind weitere The-

## Multimodales stationäres Therapiekonzept bei Angststörungen

Entspannungstherapie Atemtherapie Imaginative Stabilisierungstechniken Stressbewältigungstraining Arbeitsplatzkonfliktgruppe	<b>Vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung:</b> _ Verständnis _ Förderung _ Entwicklung _ Anleitung zur Exposition und _ Ressourcenarbeit	Medizinische Trainingstherapie Therapeutisches Klettern Nordic Walking Wandern Schwimmen
<b>Angstgruppe</b> _ Verständnis der Symptome _ Hilfe zur Selbsthilfe _ Selbstkontrolle _ Verringerung des Vermeidungs- und Förderung des Annäherungsverhaltens	Medizinisch-beruflich orientierte Reha (MBOR) Sozialberatung Rehaberatung Berufsbezogene Belastungserprobung Bewerbungstraining Berufscoaching, Konfliktcoaching	Kunsttherapie/Ergotherapie  Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT), Tanz- und Ausdruckstherapie Funktionelle Entspannung (FE) Qigong Musiktherapie
Gruppenpsychotherapie	Gesundheitsberatung	Medikamentöse Therapie



men dieser ersten Phase. Um die Selbstkontrolle bei Angststörungen zu verbessern, werden Entspannungstherapien, imaginative Techniken, Achtsamkeitsübungen und Atemtherapie eingesetzt. Bewegungstherapeutische Elemente (Herz-Kreislauf-Training, Nordic Walking, Gymnastik, Schwimmen, medizinische Trainingstherapie, therapeutisches Klettern, Wassergymnastik, Qigong usw.) dienen der körperlichen aber auch der psychischen Stabilisierung, fördern das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartung. Balneophysikalische Anwendungen ergänzen diese Zielsetzungen.

Je nach individuellem Therapieziel, persönlichen Voraussetzungen sowie eigener Motivation besteht die Möglichkeit, an weiterführenden psychotherapeutischen Maßnahmen teilzunehmen: an den eher emotional-handlungsorientierten Psychotherapiemethoden wie Konzentrativer Bewegungstherapie, Funktioneller Entspannung, Kunst- und Ergotherapie und/oder Maßnahmen wie der interaktionell-tiefenpsychologisch oder systemisch orientierten Gruppenpsychotherapie, dem Stress-Bewältigungstraining oder dem Selbstsicherheitstraining.

Flankierend finden Veranstaltungen zur Gesundheits- oder Diätberatung statt. Im Bedarfsfall kann eine medikamentöse Unterstützung erfolgen, insbesondere eine Behandlung mit Antidepressiva, die auch bei der häufigen Co-Morbidität von Angst- und depressiven Störungen sinnvoll sein können. Nach einer Initialphase, in der die individuelle Passung der Therapiemaßnahmen überprüft und eventuell spezifiziert wird, erfolgen Anleitungen zu Verhaltensübungen im Sinne eines systematischen Expositionstrainings im Klinikalltag, die von co-therapeutischen Mitarbeitern begleitet werden können. Bei Bedarf kann ein Familien- oder Paargespräch mit Angehörigen stattfinden. Im Falle eines schon erfolgten Rückzugs aus dem Erwerbsleben oder einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit werden mit Mitarbeitern des Sozialdienstes Möglichkeiten und Modelle einer Rückkehr in das Erwerbsleben bzw. einer Sicherung des Arbeitsplatzes geprüft und in die Wege geleitet und eventuell noch während des stationären Aufenthaltes eine Belastungserprobung durchgeführt.

Fragen und Möglichkeiten zu weiterführender Psychotherapie am Heimort werden besprochen und, wenn notwendig, Kontakte vermittelt. Auch poststationäre Nachsorgemaßnahmen wie z. B. das ambulante Stabilisierungsprogramm (ASP, IRENA) der Deutschen Rentenversicherung können zur Überbrückung von Therapiewartezeiten in Anspruch genommen werden.

# Kasuistik

## Entwicklungsprozess von Herrn B.

### Anamnese

Herr B., 52 Jahre alt, wird stationär in unsere Rehaklinik aufgenommen mit ausgeprägten anfallsartigen Ängsten, an einer schlimmen Krankheit zu leiden, insbesondere an einem Herzinfarkt oder an einem Kreislaufkollaps sterben zu müssen und damit seinen 13-jährigen Sohn unversorgt zurückzulassen. Diese Angst überfällt ihn, ohne dass er einen Auslöser benennen könnte, am ehesten noch ein vermehrtes Denken an die Angst, ein Grübeln oder auch Stresssituationen im Beruf. Häufig verspürt er dabei zusätzlich einen Kopfdruck wie im Flugzeug. Dazu kommt ein Schwindelgefühl, das im Sitzen, nie im Liegen, selten im Laufen auftritt, ein Schwankschwindel, begleitet von Schweißausbrüchen, die die Bekleidung durchnässen. Auch in Belastungssituationen kommt es zu diesem anfallsartigen Schwitzen, gelegentlich sind die Angstanfälle begleitet von Blitze-Sehen mit beiden Augen. Organische Abklärungen bei HNO- und Augenarzt erbrachten keinen pathologischen Befund. Diese Angstattacken treten etwa sechsmal wöchentlich auf. Zusätzlich besteht eine Angst vor Enge, z. B. in Aufzügen, wo es auch zu Schwitzen und Herzklopfen kommt. Im häuslichen Alltag bestehen bei Herrn B. diesbezüglich keine Einschränkungen, da er seine Arbeit selbst einteilen kann. Im Berufskontext allerdings erlebt er immer wieder unter Stress und Zeitdruck ihn deutlich einschränkende, ängstigende und belastende Symptome wie Schwitzen und Schwindel, so dass es schließlich zu einer Krankschreibung kam, die zum Aufnahmezeitpunkt schon bereits fast ein Jahr währte. Die biografische Anamnese ergibt ein recht harmonisches Aufwachsen als Jüngster von fünf Geschwistern in einer Familie im Süd-Schwarzwald. Die Mutter ist als Hausfrau stets anwesend, sportliche Aktivität gehört in der Jugendzeit zum wesentlichen Freizeitinhalt. Bereits mit 15 Jahren verlässt er das Elternhaus, um eine Lehre als Koch zu beginnen. Eine erste Ehe währt 14 Jahre, aus dieser stammt eine bereits erwachsene Tochter. 1997 heiratet er erneut, aus dieser zweiten Ehe stammt ein nun 13-jähriger Sohn. 40-jährig erleidet seine Frau im Jahre 2002 eine zweiseitige Subarachnoidalblutung und verstirbt daran. Er bleibt mit der pflegebedürftigen Schwiegermutter und dem Sohn

zurück. Darüber hinaus bedeutend ist ein stets hohes Leistungsideal im Beruf, das überlange Arbeitszeiten mit sich bringt, aber auch immer wieder zu großen Erfolgen führt.

Zum Behandlungsbeginn stellen wir die Diagnose einer Panikstörung mit begleitender Hyperventilation. Begleitend bestehen eine primäre arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, eine Adipositas Grad II sowie ein behandlungsbedürftiges mittelgradig obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom. Hieraus ergaben sich – unter Berücksichtigung des Behandlungsauftrages seitens des Kostenträgers, des antragstellenden Arztes sowie der individuellen Patientenerwartung nach Motivierung zur aktiven Teilnahme an Rehabilitationsprozess und Schaffung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses – vor allem drei Rehabilitationsziele: das Fördern eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses und Behandlungsmodells, das bewusste Wahrnehmen physiologischer Körperäußerungen unter steigender körperlicher Belastung (um so den Zusammenhang von Belastung und z. B. erhöhter Herzfrequenz zu erkennen und einzuordnen) und das Erlernen von Bewältigungsstrategien, um mit den Panikattacken umgehen zu können. Als weitere Ziele ergaben sich das Erkennen eigener Bedürfnisse, die Etablierung regelmäßiger körperlicher Betätigungen, sowie die Arbeit an den körperlichen Risikofaktoren und letztlich die Klärung der beruflichen Perspektive.

### Diagnose & Ziele

Entsprechend der vereinbarten Behandlungsziele wurde ein individuell abgestimmtes, zielorientiertes und störungsspezifisches multimodales Behandlungsprogramm gestaltet. Dazu gehörten psychotherapeutische Einzelgespräche, regelmäßige tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie, themenzentriertinteraktionelle Stationsgruppe, störungsspezifische Angstbewältigungsgruppe, Entspannungstherapie in Form von Atemschule und Progressiver Muskelentspannung nach Jacobson. Als emotional-expressive Psychotherapieverfahren kamen Tanz- und Ausdruckstherapie sowie Kunst- und Gestaltungs-therapie zur Anwendung. Weiterhin wurden die Risikofaktoren im Basiskurs Gesundheit und in der Ernährungs- und Diätberatung ausführlich thematisiert. Darüber hinaus nahm Herr B. an Wassergymnastik und Gymnastik nach Musik teil,

### Therapie

erhielt Fango, Massagen und Einzelkrankengymnastik sowie Baldrianbäder, um seine allgemeine körperliche Anspannung zu mildern und sein Körpergefühl zu verbessern. Die Medizinische Trainingstherapie konnte er nach individueller Anleitung selbstständig nutzen. Seine körperliche Ausdauer wurde durch das Nordic Walking verbessert. Die Klärung der weiteren beruflichen Perspektive erforderte schließlich Gespräche mit unserem Sozialarbeiter sowie dem Rehaberater des Rentenversicherungsträgers.

#### Verlauf

Bei hohem Leidensdruck konnte ein therapeutisches Arbeitsbündnis rasch etabliert werden. Herr B. arbeitete interessiert und engagiert an den Therapiemaßnahmen mit und ließ sich auch auf die zunächst ungewohnten Anwendungen wie insbesondere die Tanz- und Ausdruckstherapie ein. Gerade die körperorientierten Maßnahmen führten im Weiteren zu einer bewussteren und achtsamen Wahrnehmung des eigenen Körpers und einer Neubewertung körperlicher Äußerungen, die zuvor angstbesetzt gewesen waren. Der Schwerpunkt der Psychotherapie lag auf dem Erlernen von Verhaltensstrategien im Sinne einer Anleitung zu einem gestuften Expositionstraining, um mit den auch während der Behandlung immer wieder auftretenden Panikattacken kompetent umzugehen. Herr B. gewann zunehmende Sicherheit, sodass er Panikattacken bereits im Entstehen stoppen konnte. Seine Erwartungsangst nahm dadurch spürbar ab. Er wurde zuversichtlicher, auch künftige Panikattacken bewältigen zu können. Besonders hilfreich waren das Entspannungstraining, die Tanz- und Ausdruckstherapie sowie die Atemtherapie. Seine Erwartungen in den Therapieverlauf relativierten sich: Im Gegensatz zu dem bei Aufnahme geäußerten Wunsch, die Ängste völlig zu verlieren, wusste Herr B. nun, dass ihn diese – wenn auch in abgeschwächter Form – weiter in seinem Leben begleiteten, im Sinne eines suboptimalen Lösungsversuchs. Seine ansonsten sehr autonome Lebensgestaltung wird auf diese Weise ergänzt durch die Notwendigkeit, soziale Unterstützung zu mobilisieren. Im Rahmen des psychotherapeutischen Prozesses konnte darüber hinaus auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte auch das hohe Leistungsideal reflektiert werden, das eine nicht unerhebliche Rolle bei der Entstehung und Auf-

rechterhaltung der Symptomatik gespielt hatte. Herr B. konnte zunehmend eigene Bedürfnisse wahrnehmen und Grenzen nach außen vermitteln. Die Trauer um die Ehefrau, verbunden mit der Sorge um den Sohn, waren weitere Gesprächsthemen. Ein Angehörigengespräch mit dem Sohn ermöglichte beiden, ihre Trauer und auch Sorgen zu benennen und gegenseitige Unterstützungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Hinsichtlich der beruflichen Perspektive wurden LTA-Maßnahmen (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben) für notwendig erachtet und über den Reha-Berater in die Wege geleitet. Hinsichtlich der medikamentösen Therapie erwies sich eine Behandlung mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer als hilfreich. Insgesamt machte der beschriebene Therapieprozess eine Verlängerung des Heilverfahrens von 4 auf 8 Wochen erforderlich.

#### Die Rehaklinik Glotterbad

*Die Rehaklinik Glotterbad ist eine moderne, bestens ausgestattete Klinik am Rande des Glottertals, nahe bei Freiburg. 170 komfortable Einzelzimmer (einige davon stehen als Zwei-Bett-Zimmer für Paare zur Verfügung) präsentieren sich in moderner Ausstattung mit Dusche/WC, Telefon und kostenlosem TV, fast alle mit Balkon. In der Klinik gibt es umfassende Therapien und Freizeiteinrichtungen (u. a. Schwimmbad, Saunalandschaft, Sport). Die Klinik liegt sehr ruhig in einer parkähnlichen Anlage.*

– *Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 S V*

– *Durchführung von stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgebehandlungen sowie Anschluss-Heilbehandlungen*

#### **Für Kassenpatienten:**

– *Die Rehaklinik Glotterbad hat einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach § 111 SGB V sowie Kur- und Spezialeinrichtung nach § 559 RVO*

#### **Für Privatversicherte bzw. Selbstzahler:**

– *Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 Abs. 4 MB/KK (medizinisch notwendige, akutstationäre Krankenhausbehandlungen)*

– *Erfüllung der Voraussetzungen für Rehabilitation/Kuren nach § 4 Abs. 5 MB/KK*

# Integrierte Therapiekonzepte der Rehaklinik Glotterbad

Die Rehaklinik Glotterbad arbeitet nach einem ganzheitlichen Therapiekonzept. Will „bio-psycho-soziale“ Medizin mehr sein als die bloße Addition unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen, Therapiemodelle und Menschenbilder, bedarf es eines integrativen Therapiekonzeptes als Voraussetzung für eine „Integrierte Medizin“. Mindestens sechs verschiedene Integrationsebenen sind dabei zu unterscheiden:

1. Integration von somatischer Medizin, psychotherapeutischer Medizin und Sozialarbeit bzw. Sozialtherapie und Sozialmedizin.
2. Integration tiefenpsychologischer, systemisch-lösungsorientierter, verhaltenstherapeutischer und interpersoneller Psychotherapieansätze.

## Unsere Reihe „Integrierte Therapiekonzepte“

*In der Reihe „Integrierte Therapiekonzepte der Rehaklinik Glotterbad“ stellen wir ausgewählte Therapiekonzepte der psychosomatischen Medizin vor. Zurzeit liegen vor:*

1. Das chronische Schmerzsyndrom
2. Die Borderline-Störung
3. Traumafolgestörung
4. Arbeitsplatzkonflikte – Mobbing
5. Depressive Störung
6. Angststörung
7. Diabetes mellitus und Psychosomatik
8. Impulsive Essstörungen

3. Integration als Herstellung einer Passung zwischen der individuellen Wirklichkeit des Patienten (z. B. seinen subjektiven Krankheits- und Gesundheitstheorien sowie individuellen Behandlungszielen, Reha-Zielen) und dem unterschiedlichen Krankheits- und Behandlungsmodell der Therapeuten bzw. der Klinik.
4. Berücksichtigung der Auftragskomplexität psychosomatischer Rehabilitation, die eine spezielle systemische Kompetenz der Therapeuten erfordert.
5. Integration von einerseits individueller Therapiezielvereinbarung und individuellem Therapieplan und andererseits modernen störungsspezifischen Therapiekonzepten.
6. Integration störungsorientierter Therapieansätze mit einer prinzipiell ressourcenorientierten Sicht: Die Behandlung zielt wesentlich darauf ab, eigene Stärken und Fähigkeiten, Selbstheilungskräfte und Selbsthilfemöglichkeiten zu aktivieren.

Diese vielfältigen Integrationsleistungen sind nur denkbar durch eine enge Abstimmung innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams mithilfe eines gemeinsamen Modells Integrierter Medizin.



## Qualifikationen der Rehaklinik Glotterbad

- Depressions-Konzept
- Modellklinik der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM)
- Anerkannt als qualifizierte Behandlungsstätte für Psychotraumafolgestörungen bei der DABT
- Zertifiziert als DBT-Behandlungseinheit nach den Richtlinien des Dachverbandes für DBT e.V. für Patienten mit Borderline-Störung
- Mitglied im Netzwerk Rehabilitation bei Fibromyalgie
- Standort der Konflikthotline Baden-Württemberg e.V.
- Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Station Ernährung

## Rehaklinik Glotterbad

Fachklinik für Psychosomatik,  
Psychotherapeutische und Innere Medizin

Gehrenstraße 10  
79286 Glottertal

**Tel.** 07684 809-0

**Fax** 07684 809-250

**E-Mail** [info@rehaklinik-glotterbad.de](mailto:info@rehaklinik-glotterbad.de)

**Web** [www.rehaklinik-glotterbad.de](http://www.rehaklinik-glotterbad.de)

### Kommissarische medizinische Leitung:

Dr. Christian Firus und Dr. Georg Schmitt

**Kaufmännische Leitung:** Heidi Bäumgen

Die Rehaklinik Glotterbad ist Teil des Kompetenzverbunds Südbaden für Psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen (PAKS) zusammen mit zwei weiteren Rehakliniken: Kandertal (Familienrehabilitation) und Birkenbuck (stationäre Suchttherapie) sowie einem Psychosomatischen Akutkrankenhaus, der Thure von Uexküll Klinik.