

7. Diabetes mellitus und Psychosomatik

Ganzheitliches Konzept zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus und psychischen Erkrankungen

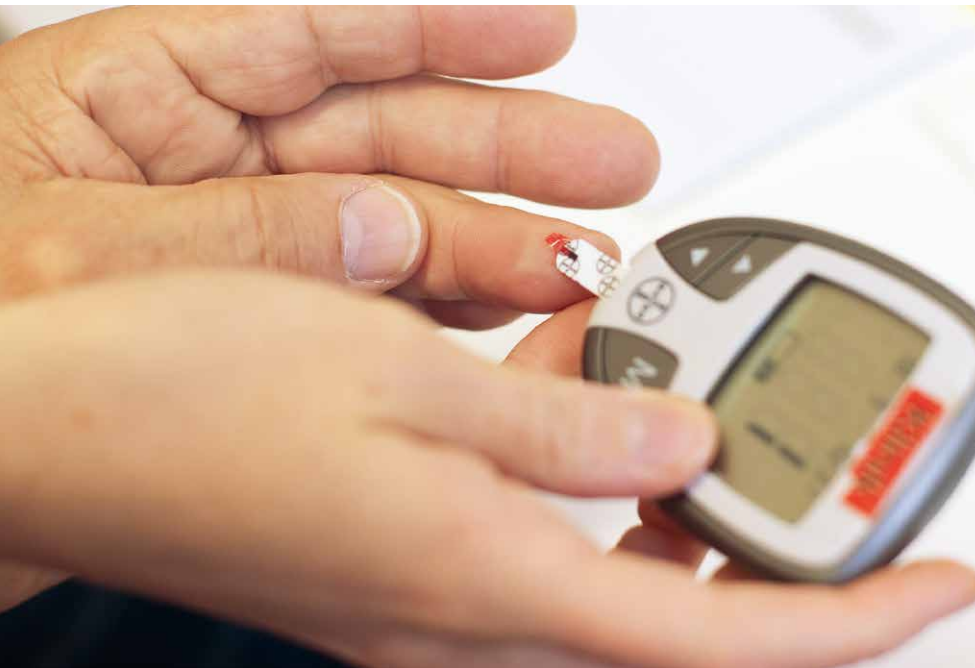


Diabetes mellitus und psychische Erkrankungen begünstigen sich gegenseitig und sind mit einem deutlich erhöhten Risiko zur Entwicklung von Folgeschäden und Komplikationen sowie Chronifizierung und Verlust an Lebensqualität verbunden. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, ist ein integriertes, die somatischen und psychosozialen Aspekte berücksichtigendes Therapieangebot erforderlich.

Der Diabetes mellitus ist eine komplexe chronische Erkrankung des Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsels, die epidemieartig weltweit zunimmt und zu massiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Belastungen der Betroffenen führen kann. Die Prognose und der Verlauf können durch Veränderungen des Lebensstils und des Krankheitsverhaltens entscheidend positiv beeinflusst werden. Aus diesem Grunde kommt dem Patienten selbst eine

entscheidende verantwortliche Rolle in der Diabetesbehandlung zu (self-empowerment). Behandlungseckpfeiler sind Selbstmanagement und Therapietreue unter besonderer Berücksichtigung der Arzt-Patienten-Beziehung. Damit Patienten Eigenverantwortung übernehmen können, benötigen sie eine umfassenden

Unterstützung seitens der Behandler in medizinisch-diabetologischer, psychoedukativer aber auch psycho- und soziotherapeutischer Hinsicht. Häufig finden sich komorbide Störungen im Sinne einer Depression, Angst- oder Essstörung, die für den Verlauf und die Behandlung des Diabetes erhebliche Risiken darstellen. Ursache des Diabetes mellitus ist in der Regel eine genetisch determinierte Störung der Insulinwirkung an den Zielzellen



und/oder Insulinsekretionsstörung verbunden mit Übergewicht, ungesunder, fettreicher Ernährung und Bewegungsmangel (Diabetes mellitus Typ 2) oder eine verminderte Produktion des Insulins in der Bauchspeicheldrüse durch autoimmune Zerstörung der insulinproduzierenden Inselzellen (Diabetes mellitus Typ 1).

Akute Komplikationen können durch massiv erhöhte oder therapiebedingt erniedrigte Blutzuckerwerte auftreten. Langfristig unzureichende Stoffwechselkontrollen führen zu schweren Folgeschäden an verschiedenen Organen wie Herz, Gefäßen, Augen, Nieren, Nerven etc. mit deutlich erhöhter Morbidität, verminderter Lebensqualität und Reduzierung der Lebenserwartung um durchschnittlich 14 Jahre sowie erheblichen Krankheitsfolgekosten.

Seit dem 2. Weltkrieg hat die Zahl der Diabetiker in Deutschland von ca. 600 000 auf 8 Millionen zugenommen mit weiter steigender Tendenz. Das heißt, für ein/en im Jahr 2000 geborenes Mädchen bzw. Jungen besteht bis zum 80. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit von 39 bzw. 33%, an einem Diabetes mellitus zu erkranken.

Trotz zunehmenden Verständnisses der komplexen Stoffwechselstörung und immer differenzierteren verhaltensmodifizierenden, medikamentösen und auch operativen Behandlungsmöglichkeiten (Adipositaschirurgie, Pankreas- und Inselzelltransplantation), werden die Therapieziele von der Mehrheit der Betrof-

fenen nicht erreicht. Die Gründe für diese Diskrepanz liegen insbesondere in einer relativ geringen Therapietreue von Diabetikern, verbunden mit häufigen Störungen der Arzt-Patienten-Beziehung unter anderem durch die fehlende Einbeziehung des individuellen und familiären Lebenskontextes der Betroffenen in die Behandlung. Andere Ursachen für diese Schwierigkeiten in der Krankheitsbewältigung (Coping) sind eine unzureichende Wissensvermittlung

und Schulung und/oder häufig nicht diagnostizierte psychische Begleit- bzw. Folgeerkrankungen wie Depressionen (doppelt so häufig bei Diabetikern auftretend wie in der Normalbevölkerung), Angststörungen (besonders Phobien vor dem Blutzuckermessen, dem Insulinspritzen oder auch vor Unterzuckerungen und Folgeschäden) oder Essstörungen (Bulimie u./o. Insulin-Purgings gehäuft bei Typ-1-Diabetikern, Binge-eating-disorder bei meist übergewichtigen Typ-2-Diabetikern). 25 % aller Patienten mit Diabetes mellitus leiden an einer depressiven Störung bzw. Patienten mit einer depressiven Erkrankung haben ein um 60 % erhöhtes Risiko an einem Diabetes mellitus zu erkranken. Ursächlich für diese hohe Koinzidenz sind ein ungesünderer Lebensstil, ein problematisches Krankheits-selbstbehandlungsverhalten und neuroendokrinologische Veränderungen, Depressionen sind mit fast allen medizinischen und psychosozialen Outcome Parametern negativ assoziiert, u. a. mit Hyperglykämie, mikro- und makrovaskulären Komplikationen sowie einer deutlich erhöhten Sterblichkeit. Da die optimierte Einstellung des Diabetes mellitus ein hohes Maß an Kontrolle und Disziplin erfordert, kommt es besonders bei entsprechender Disposition zu einem unüberwindbar erscheinenden Ambivalenz-Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle einerseits und Abhängigkeitserleben sowie einer erschwerten Individuation und Selbstbestimmung andererseits, mit Auswirkungen auf den privaten-, familiären-, aber auch beruflichen Lebenskontext.

Das Programm und seine Komponenten

Diagnose

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

- Biografische Anamnese unter besonderer Berücksichtigung des „life events“ Diabetes mellitus, der Folgeschäden, der bisherigen therapeutischen Bemühungen und des individuellen Krankheitserlebens
- Gründliche Diagnostik und Differenzialdiagnostik begleitender Angst- und Essstörungen sowie depressiver Störungen und Zwangsstörungen (u. a. Beckisches Depressionsinventar, SCL90 sowie Fragebögen zu psychischen Begleiterkrankungen bzw. Krankheitsakzeptanz (PAID))
- Körperliche Untersuchung
- Umfassende laborchemische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der diabetesspezifischen Marker und Prognoseindikatoren
- Apparative Untersuchungen wie EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, 24-h-RR, Echokardiographie, Doppelsonographie der Gefäße, abdominelle Sonographie, Schlafapnoescreening, Lungenfunktion, augenärztliche- und neurologische Untersuchungen
- Sozialmedizinische Anamnese: Beeinträchtigung von körperlichen und psychischen Funktionen, von Aktivität und Teilhabe im privaten und beruflichen Kontext, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), GdB, MdE, Rentenantrag etc.

Therapieziele

Die Therapieziele und die Planung der Behandlung werden mit dem Patienten gemeinsam unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Befunde sowie der individuellen Erwartungen des Patienten besprochen und individuell festgelegt.

- Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.
- Erarbeitung eines gemeinsamen bio-psycho-sozialen Verständnisses der diabetischen Stoffwechselerkrankung und deren Auswirkung auf die Lebensgestaltung sowie die sozialen Interaktionen und evtl. psychosomatischen und/oder somatischen Begleiterkrankungen.
- Vermittlung von störungsspezifischen Kenntnissen und Möglichkeiten diese in das individuelle und familiäre Lebenskonzept zu integrieren.

- Stärkung der Selbstwirksamkeit und individuellen, wie familiären Ressourcen.
- Reduktion von diabetes- und psychischen komorbiditätsbezogenen Symptomen, Reduktion der Gesundheitsrisiken durch Verhaltensmodifikation und Optimierung der medikamentösen und nicht medikamentösen Therapie.
- Erarbeitung eines realitätsbezogenen Konzeptes zur weiteren ambulanten Versorgung.
- Einbeziehung der Familienangehörigen in die Schulungskonzepte und Verhaltensmodifikationen.
- Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld, Förderung einer umfassenden Teilhabe im beruflichen und gesellschaftlichen Kontext.
- Vermittlung von ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten, wie Diabetologen, diabeteserfahrenen Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen, Diabetessportgruppen und beruflichen Integrationsangeboten.

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

Unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage zur Behandlung von depressiven Patienten mit Diabetes mellitus gelten grundsätzlich die in der Behandlung der Depression bei Patienten ohne Diabetes mellitus evaluierten Therapieverfahren. Daneben müssen aber diabetesspezifische Belastungen berücksichtigt werden.

Kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamisch orientierte supportive Psychotherapie, individualisierte Diabetesschulung und körperliches Training sind nachhaltig wirksame Therapieelemente zur Reduktion der depressiven Symptomatik, Stärkung der Selbstbehandlungs-kompetenzen, Aktivierung von Ressourcen im Alltag und Verbesserung des diabetischen Stoffwechsels und der Komponenten des Metabolischen Syndroms.

Multimodales stationäres Therapiekonzept bei Diabetes

Basiskurs Angst	Individualisierte strukturierte Diabetesschulung und Ernährungsberatung	Gyrokinesis® Nordic Walking Medizinische Trainingstherapie Ausdauerlauftraining, Gymnastik Schwimmen, Aquajogging
Basiskurs Depressionen	Gesundheitsbasiskurs	
Stressbewältigung	Basiskurs Diabetes, Hypertoniegruppe, Fettstoffwechselstörungsgruppe	
Entspannungsverfahren	Gruppe Impulsive Essstörungen (Binge eating, Adipositas) Therapiegruppe Essverhalten Basiskurs Übergewicht	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Phase B+C Sozialberatung, Rehaberatung Berufcoaching, Konfliktcoaching Infogruppe zu Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben Belastungserprobungen Stufenweise Wiedereingliederung Arbeitsplatzkonfliktgruppe
Kunsttherapie/Ergotherapie Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) Funktionelle Entspannung (FE) Musiktherapie	Lehrküche	
Paar- und Familiengespräche	Buffetbetreuung	



Mit der Diabeteserkrankung assoziierte Angststörungen sind mit verhaltenstherapeutischen, direkt am Problem ansetzenden und neue Bewältigungsmöglichkeiten erschließenden Interventionen behandelbar. Bei aufgrund von frühen Entwicklungsdefiziten oder Selbstwertstörungen in der Persönlichkeit verwurzelten Ängsten sind tiefenpsychologisch-fundierte Therapieverfahren indiziert. Essstörungen stellen bei Patienten mit Diabetes mellitus ein erhebliches Problem dar, da sie mit besonders schlechter Stoffwechseleinstellung, frühzeitiger Entwicklung von Folgeschäden und deutlich erhöhter Mortalität einhergehen. Therapiestudien haben gezeigt, dass vorwiegend psychoedukative Angebote keine bzw. nur unzureichende Effekte auf die Essstörung und die Stoffwechselkontrolle hatten. Demgegenüber kann durch ein multimodales stationäres Therapieangebot eine deutliche Besserung der Essstörungssymptomatik, des Insulin-Purgings und der Stoffwechselkontrolle nachgewiesen werden.

Die Komplexität der erforderlichen multimodalen-psychotherapeutischen Interventionen bei Patienten mit Diabetes mellitus und einer psychosomatischen Komorbidität implizieren die Notwendigkeit eines primär psychosomatisch ausgerichteten Behandlungsangebotes mit zusätzlicher diabetologischer Expertise.

Unter Berücksichtigung der obengenannten störungsspezifischen Therapiemodalitäten, des diabetischen Krankheitsstadiums, der somatischen und psychischen Begleiterkrankungen und der psychosozialen Situation des Patienten werden in der Rehaklinik Glotterbad individuelle zielorientierte Therapiebausteine zusammengestellt.

Mögliche, diesen Therapieanforderungen entsprechende Therapiebausteine, sind – neben einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Angeboten – psychoedukative und bewältigungsorientierte Gruppen sowie kreative und niederschwellige bewegungstherapeutische Angebote, ergänzt durch das exemplarische Ernährungsangebot nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Der Behandlungsverlauf erfolgt unter regelmäßiger Überprüfung und ggf. Korrektur der Behandlungsziele durch den zuständigen psychotherapeutisch qualifizierten Stationsarzt, unterstützt durch ein multiprofessionales Team, mit diabetologischer, psychotherapeutischer, ernährungs- und bewegungstherapeutischer Kompetenz.

Kasuistik

Entwicklungsprozess von Herrn M.

Anamnese

Herr M., ein zum Erstaufnahmezeitpunkt 54-jähriger Ingenieur, berichtet im Aufnahmegespräch über Antriebsmangel, Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörungen, innere Unruhe, Gereiztheit, früher auch Suizidgedanken und ausgeprägte Schlafstörungen mit nächtlichen Albträumen und Panikattacken. Bei näherem Befragen nach den angstinduzierenden Träumen erzählt der Patient, sichtlich erregt, von sich ihm manchmal auch tagsüber aufdrängenden unkontrollierbaren Erinnerungen an Folterungen während seiner Inhaftierung in der ehemaligen DDR wegen versuchter Staatsflucht. Die Symptomatik war vor 6 Jahren im Rahmen einer koronaren Bypassoperation bei koronarer 3-Gefäßerkrankung erstmalig in diesem Ausmaß bewusst aufgetreten. An kardiovaskulären Risikofaktoren besteht ein Metabolisches Syndrom mit einer Adipositas Grad 1, ein inzwischen insulinbedürftiger Diabetes mellitus Typ 2, eine Fettstoffwechselstörung, eine arterielle Hypertonie, eine Nephropathie Stadium Ia sowie ein früherer Nikotinkonsum. Insbesondere die Antriebslosigkeit sowie die innere Unruhe und die Parasuizidalität haben dazu geführt, dass der Patient seit Jahren kaum noch Stoffwechsellkontrollen durchführt und es zu einer Dekompensation der diabetischen Stoffwechsellage (HbA1c 11 %) gekommen ist. Körperliche Aktivitäten wie Fahrradfahren, das früher für ihn eine wesentliche Ressource war, ist aufgrund einer Claudicatio intermittens Symptomatik nicht mehr bzw. nur noch sehr eingeschränkt möglich.

In der biografischen Anamnese berichtet der Patient von einer unauffälligen Kindheit, einer großen Enttäuschung in seiner 1. Ehe sowie einer haltgebenden Beziehung zu seiner 2. Ehefrau, die den Patienten auch zur jetzigen Rehabilitation begleitet. Beruflich ist der Patient in seinem Ausbildungsberuf seit 10 Jahren in einem großen Elektrounternehmen tätig. Infolge von wirtschaftsbedingtem Stellenabbau ist es zu einer Arbeitsverdichtung gekommen, die bei gleichzeitiger Einschränkung der eigenen Leistungsfähigkeit durch die psychophysischen Belastungen, den Patienten zunehmend überfordert hat und schlussendlich zur Arbeitsunfähigkeit seit 6 Monaten geführt hat. In den störungsbezogenen und

störungsübergreifenden Selbstbeurteilungsverfahren wie dem Beck-Depressions-Inventar (BDI), der Symptom Checkliste von Derogatis (SCL-90 R) und dem diabetesbezogenen Belastungsscore (PAID) ergaben sich Hinweise für eine mittel- bis schwergradige depressive Störung, eine hohe Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptomatik sowie hohe emotionale Belastungen durch die diabetische Erkrankung und deren Behandlungserfordernisse.

Auf dem Boden der obengenannten Symptomatik, der Biografie der klinischen Befunderhebung sowie der psychometrischen Testverfahren stellten wir auf der Grundlage des ICD 10 folgende behandlungsrelevante Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, zzt. schwergradige Episode auf dem Boden einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Weitere Diagnosen sind ein Metabolisches Syndrom mit dekompensiertem Diabetes mellitus Typ 2 und gravierenden, mittelfristig vital bedrohlichen Folgeschäden. Nach der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF), die eine Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person erfasst, bestehen bei Aufnahme des Patienten in die Rehaklinik Glotterbad folgende zumindest mittelgradige Einschränkungen an Aktivität und Teilhabe: Fähigkeit zur Selbstbehauptung, zu Flexibilität und Umstellung, zu Spontanaktivitäten, zu außerberuflichen Aktivitäten und zur Durchhaltefähigkeit.

Diagnose

Unter Berücksichtigung der Therapiewünsche seitens des Patienten erarbeiteten wir ein multimodales, störungsübergreifendes Therapiekonzept mit einzel- und gruppentherapeutischen Anteilen. Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells wurden die Zusammenhänge zwischen den traumatischen Erfahrungen in der ehemaligen DDR, deren Reaktivierung durch die Kontrollverlustgefühle induzierende koronare Bypass-OP, den depressiven und traumaspezifischen Symptomen sowie der dadurch bedingten negativen psychophysischen Beeinflussung des Metabolischen Syndroms erarbeitet. Im Vordergrund standen zunächst stabilisierende und die Selbstwirksam-

Therapie

keit stärkende Therapieangebote. Daneben wurde nach vorhandenen oder reaktivierbaren Ressourcen geschaut und der Patient ermutigt, diese für sich zu nutzen. Zunehmend aktiver konnte der Patient am Behandlungsverlauf teilnehmen und die sozialen Angebote des stationären Zusammenlebens nutzen. In den psychoedukativen Gruppen, insbesondere im Gesundheitsbasiskurs und dem Diabeteskurs gelang es ihm neben der Aktualisierung diabetesspezifischen Wissens, eine konstruktive Auseinandersetzung mit den körperlichen Erkrankungen und in deren Folge ein verändertes Copingverhalten zu etablieren. In den handlungsorientierten Therapieangeboten wie Malen und Werken konnte er innere imaginative, stabilisierende Ressourcenbilder aktiv gestalten. Auf Wunsch des Patienten erfolgte eine auswärtige umfassende angiologische Untersuchung und Terminierung einer PTCA zur Rekanalisierung der verschlossenen Beinarterien. Die bisherige antidiabetische Medikation mit fixen Mischinsulinalgaben wurde auf eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie umgestellt, die es dem Patienten erlaubt, flexibel seine Mahlzeiten zu gestalten und auch so wieder mehr Lebensqualität zu gewinnen. Die entsprechend dem hohen HbA1c bei Aufnahme deutlich erhöhten Blutzucker- und Blutfettwerte normalisierten sich allmählich. Dem Patienten gelang es mit der multiprofessionellen Unterstützung seinen Lebensstil in Richtung auf einen achtsameren Umgang mit den eigenen emotionalen und somatischen Bedürfnissen zu verändern. Die moderaten bewegungstherapeutischen Angebote hatten zur Stärkung seiner Selbstwirksamkeit und seines Selbstbewusstseins beigetragen, insbesondere das Nordic Walking entwickelte sich zu einer bedeutsamen Ressource, die er auch gemeinsam mit seiner Ehefrau nutzen konnte.

Verlauf

Sowohl die Besserung der depressiven und traumaspezifischen Symptomatik als auch die Verbesserung der somatisch-technischen Befunde und Beschwerden stärkten sein Selbstwirksamkeitserleben und die Motivation zur dauerhaften Implementierung der als hilfreich erlebten Verhaltensänderungen in seinen Alltag und zu einer weiteren ambulanten traumazentrierte Psychotherapie. In der Sozialberatung wünscht sich der

Patient wieder an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren, so wird eine stufenweise Wiedereingliederung nach dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme mit dem Arbeitgeber und dem Kostenträger vereinbart. Aufgrund der weiter bestehenden Belastungsfaktoren und dem fortgeschrittenen Chronifizierungsgrad der Erkrankungen, wird unsererseits zur dauerhaften Stabilisierung und Aufrechterhaltung seiner psycho-physischen Restleistungsfähigkeit bezüglich der familiären aber auch beruflichen Anforderungen ein vorgezogenes erneutes psychosomatisch-diabetologisches Rehabilitationsverfahren in 1 bis 2 Jahren empfohlen.

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

- Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Station Ernährung
- Standort der Konflikt hotline Baden-Württemberg e.V.
- 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
- Personelle diabetesspezifische Qualifikation:
 - Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit Zusatzqualifikationen Diabetes, Ernährungsmedizin, Sportmedizin, Psychotherapie
 - Diabetesberater DDG, Ernährungsberater DGE
 - Diabetesassistentin DDG
 - Fachpsychologe Diabetes DDG

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

Web 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.