

## 5. Depressive Störung

Ganzheitliches Konzept zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen



**Depressive Störungen** gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Sie sind verbunden mit einem hohen Leidensdruck und treten unbehandelt oft rezidivierend auf. Nicht selten führen depressive Störungen zu sozialem Rückzug und Isolierung der Betroffenen.

Lustlosigkeit und Interessellosigkeit, niedergedrückte, aber auch gereizte Stimmungslage und Verminderung des Antriebs sind die Kernsymptome einer depressiven Störung. Häufig werden sie begleitet von einer Vielzahl weiterer psychischer Leidenszustände wie Schuld- und Versagensgefühle, Selbstanklagen und Selbsthass, Selbsttötungsimpulse, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, sozialem Rückzug und Isolierung, Entschlussunfähigkeit, einem negativen Körperbild, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Gewichtsveränderungen, Libidoverlust

und einer Vielzahl weiterer körperlicher Beschwerden. Depressionen stellen ein komplexes bio-psycho-soziales Geschehen dar. Sie spielen sich auf einer neurobiologischen Ebene ab, finden in einem sozialen

Rahmen und Zusammenhang statt und hängen mit der Selbstwahrnehmung, dem Selbstkonzept und den speziellen Lebensbedingungen eines Menschen zusammen. Die Reaktionen der Umwelt auf Menschen mit Depressionen sind sehr unterschiedlich. Übersteigerte Fürsorge, aber auch diskriminierende Ablehnung können ungewollt zu einer Chronifizierung der Depression beitragen. Im Rahmen einer stationären Behandlung in der Rehaklinik Glotterbad wird versucht, sowohl mit störungsspezifischen Ansätzen als auch mit speziellen, auf den einzelnen Menschen und seine



Problematik zugeschnittenen Maßnahmen, um Depressionen zu verstehen, Selbstheilungskräfte und Ressourcen zu aktivieren und zu fördern sowie Hilfestellung bei notwendigen Veränderungen zu geben. Dadurch wird eine Integration in das Alltagsleben und das Berufsleben wieder ermöglicht.

**Formen depressiver Störungen, die in der Reha-  
klinik Glotterbad behandelt werden können:**

- \_ Depressive Episoden (F32)
- \_ Rezidivierende depressive Störung (F33)
- \_ Anhaltende affektive Störung (Dysthymia, Cyclothymia) (F34)
- \_ Bipolare affektive Störung (F31)
- \_ Kurze und längere depressive Reaktionen (F43.2)

Patienten mit akuter Selbstgefährdung können nicht aufgenommen werden.

Die derzeitigen auf dimensionalen Symptombeschreibungen beruhenden Klassifikationssysteme ICD 10 und DSM V müssen für eine individuelle und effektive Behandlung ergänzt werden durch zugrundeliegende Verursachungsaspekte wie z. B.

- \_ Komplexe Trauer / Verlusterfahrungen
- \_ Psychotraumata
- \_ Überforderung / Erschöpfung
- \_ Hohe biologische Vulnerabilität

Hierdurch ergeben sich differentielle Therapieansätze.

Auch die häufig zusätzlichen körperlichen Begleiterkrankungen werden im Rahmen unseres bio-psycho-sozialen Gesamtkonzeptes berücksichtigt und mitbehandelt. Kognitive Einschränkungen können nach neuropsychologischer Diagnostik durch ein spezifisches Training positiv beeinflusst werden.

Letztlich haben depressive Störungen eine gute Prognose, wenn sie rechtzeitig behandelt werden.

# Das Programm und seine Komponenten

## Diagnose

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

- Sichtung der Vorbefunde und der bisherigen Behandlungsschritte.
- Biografische Anamnese, in der ein Bezug der Erkrankung zu wichtigen und einschneidenden Lebensereignissen hergestellt und die Bedeutung der Störung im Alltag, im Beruf und in der Familie geklärt wird. Weitere körperliche Beschwerden und eventuell bestehende Organveränderungen werden untersucht, um körperliche Erkrankungen auszuschließen. Hängt die Depression mit anderen Störungen, Erkrankungen und Problemen zusammen, muss überlegt werden, ob die Behandlung einer anderen Störung Vorrang hat (z. B. bei Alkoholmissbrauch, -abhängigkeit etc.).
- Psychodiagnostische Fragebogenverfahren (z. B. Beck Depressions-Inventar, Freiburger Persönlichkeitsinventar) helfen, Umfang und Stärke der gestörten psychischen Funktionen festzustellen.
- Die Diagnosestellung erfolgt 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 the-

rapeutischen 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

- Verbesserung der Beschwerden auf der psychosozialen Ebene, z. B. durch Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, der Realitätsanpassung, Verbesserung sozialer Fertigkeiten oder Wiederentdeckung und Nutzung eigener Ressourcen
- Besserung der körperlichen Beschwerden, z. B. Schlafstörungen oder vegetative Beschwerden.
- Verhaltensänderung durch Gesundheitsberatung, z. B. zu Risikoverhalten und Salutogenese, sowie durch Anleitung zur Verhaltensänderung.
- Unterstützung auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe, z. B. sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Unterstützung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Hilfe bei der sozialen Reintegration und Anregungen bei der Freizeitgestaltung

### 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

### Unsere therapeutischen Ansätze bei Depressionen

- *Interpersonelle Psychotherapie (IPT nach KLERMAN und WEISSMAN): In deren Rahmen werden die für eine Depression relevanten Problembereiche Verlust/Trauer, chronische Konflikte mit anderen, Übergänge in verschiedenen Lebensphasen sowie Defizite im sozialen Verhaltensrepertoire bearbeitet.*
  - *Kognitive Therapie (nach BECK), die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie und die kognitiv-behaviorale Therapie nach McCullough (CBASP)*
  - *Tiefenpsychologische Ansätze*
  - *Methoden der systemischen Therapie.*
- Bei entsprechender Indikation wird zusätzlich eine antidepressive Medikation initiiert bzw. fortgeführt.*

Zunächst nehmen die Patienten an einem Basiskurs Depression teil. Inhalte dieser Gruppenveranstaltung sind: Informationen über Depressionen zum Verständnis der eigenen emotionalen Situation, Aufhebung von Isolation und Mutlosigkeit durch den Gruppenprozess, Erkennen von negativen Gedankenzirkeln und deren Verselbstständigung, Förderung des Zugangs zu eigenen Ressourcen, die Rolle von Selbstaufmerksamkeit, Selbstwahrnehmung und Selbstwertregulation, Stellenwert der medikamentösen Behandlung,

Suizidprophylaxe, Informationen über weitere Therapiemöglichkeiten und Hilfsmöglichkeiten am Heimatort. Nach dem Basiskurs differenziert sich das Therapieprogramm. Nach individueller Motivation und Problematik kann der Patient an der psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie, dem sozialen Kompetenztraining, der Arbeitsplatzkonfliktgruppe, dem Stress-Bewältigungstraining und/oder an den handlungsorientierten Psychotherapieverfahren wie körperorientierte Psychotherapie (KBT, Funktionelle Entspannung) oder Kunst- und Ergotherapie sowie an Entspannungs- und Atemtherapie oder Achtsamkeitstraining teilnehmen.

Parallel zu den psychotherapeutischen Verfahren wird die Notwendigkeit einer pharmakologischen Versorgung fachpsychiatrisch überprüft, eventuell eingeleitet oder weitergeführt. Bei der saisonalen Form der Depression kann eine Lichttherapie durchgeführt werden. Im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie kann der Patient an der medizinischen Trainingstherapie, dem Herz-Kreislauf-Training, der Gymnastik nach Musik, Schwimmen, Wassergymnastik, sowie dem Qigong teilnehmen. Ergänzend werden Massagen und balneologische Anwendungen eingesetzt.

Die Behandlung wird mit der Vorbereitung auf die Rückkehr in die Familie, den Beruf und in den allgemeinen Alltag abgeschlossen. Sozialmedizinische Fragestellungen zu Arbeitsplatz



und Beschäftigung werden erörtert, Möglichkeit und Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden geprüft, evtl. ein Berufs-Coaching u. a. mit Bewerbungstraining durchgeführt, ebenso eine berufliche Belastungserprobung im Anschluss an den stationären Aufenthalt. Möglichkeiten und Notwendigkeit einer Weiterbehandlung am Heimatort werden konkretisiert und verbindliche Terminvereinbarungen getroffen. Im Rahmen der poststationären Nachsorge können Leistungen aus dem stationären Therapiekonzept auch nach dem stationären Aufenthalt ambulant im Sinne einer „Überbrückungshilfe“ in Anspruch genommen werden.

### Multimodales stationäres Therapiekonzept bei depressiven Störungen

Medikamentöse Therapie	Vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung: _ Verständnis _ Förderung _ Entwicklung	Gesundheitsberatung
Interaktionell-tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie	Depressionsgruppe Explikative/erklärende Elemente salutogenetische/gesund-erhaltende, ressourcen-orientierte Elemente Anleitung zu erlebnis- und handlungsorientierten Elementen	Medizinische Trainingstherapie Gymnastik Herz-Kreislauf-Training Klettern/Schwimmen
Ergo-/Kunsttherapie Musiktherapie		Massagen/Sauna Medizinische Bäder
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT), Qi Gong, Achtsamkeitstraining, Funktionelle Entspannung (FE)		Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Phase B+C Sozialberatung, Rehaberatung Berufsbezogene Belastungserprobung Bewerbungstraining Berufscoaching, Konflikt-coaching Infogruppe zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Entspannungstherapie Stressbewältigungstraining Arbeitsplatzkonfliktgruppe		

# Kasuistik

## Entwicklungsprozess von Frau J.

### Anamnese

Frau J., 39 Jahre alt, wird stationär in unsere Rehaklinik aufgenommen mit ausgeprägten Erschöpfungsgefühlen, zunehmender Selbstunsicherheit und Versagensängsten, häufigen Stimmungseinbrüchen mit unvermitteltem Weinen, schneller Reizbarkeit und zunehmender Überforderung in bisher routinemäßigen Arbeitsabläufen. Sie beschreibt eine sich zuspitzende Dünnhäutigkeit, verspürt keine Energie mehr für ihre Hobbys, beschreibt Insuffizienzgefühle, Minderungen ihres Antriebs und ausgeprägte soziale Rückzugstendenzen. Ihre Konzentration erlebt sie als verlangsamt. Weiter berichtet die Patientin, dass sie immer ein sehr ordentlicher und genauer Mensch gewesen ist, der die Hausarbeit sowie die berufliche Tätigkeit äußerst ernst nimmt. Aufgrund ihres hohen Leistungsideals hat sie ihre berufliche Tätigkeit mit äußerster Kraftanstrengung unverändert wahrgenommen. Auf Nachfragen berichtet sie ferner von ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen mit Früherwachen, Appetitminderung bei einem gleichbleibend niedrigen Gewicht sowie gegenwärtig auch unregelmäßiger Menses. Vor 4 Jahren kam es bereits zu einer ähnlichen Symptomatik, die nach ca. 1 Jahr ohne weitere therapeutische Maßnahmen langsam verschwand. Anamnestisch bedeutsam war das Aufwachsen in einer Familie mit einem alkoholkranken Vater, den sie als extrem abwertend und emotional abwesend empfand. Als die jüngere neben einer 5 Jahre älteren Schwester versuchte sie als „Familienclown“ häufig die Stimmung zu retten und mit viel Aufwand die Aufmerksamkeit des Vaters auf sich zu ziehen. Die häusliche Situation erlebte sie als äußerst belastend, sie war durch ständige Streitereien, vor allem zwischen den Eltern, gekennzeichnet. Sobald einmal Ruhe einkehrte, erlebte sie dies als bedrohlich, da sie befürchtete, irgendetwas müsse passiert sein. Die Beziehung zur Mutter erlebte sie hingegen als äußerst hilfsbereit und humorvoll, herzlich und bis zum heutigen Tage liebevoll. Es hat sich daraus eine sehr enge Beziehung zur Mutter entwickelt, sodass sie stets in der Nähe der Familie wohnen blieb. Als Kind erlebte sie sich als Verbündete der Mutter gegenüber dem Vater und damit sehr in die elterliche Beziehung involviert. Diese Bindung intensivierte sich nochmals nach dem Tod

des Vaters an den Folgen seiner Alkoholerkrankung, als sie 21 Jahre alt war. In ihren eigenen Beziehungen wiederholte sie immer wieder die Erfahrungen mit ihrem Vater und gestaltete mit diesen Männern ähnliche Beziehungsmuster von Abwertung und Ausnutzung ihr gegenüber. Immer wieder gelang es ihr selbst, diese zu beenden. Zum Aufnahmezeitpunkt befindet sie sich in einer erstmals stabil und harmonisch erlebten partnerschaftlichen Beziehung. Beruflich absolvierte sie nach dem Fachabitur ein Studium der Sozialarbeit. In diesem Berufsfeld ist sie bis zum heutigen Tage tätig.

Zum Behandlungsbeginn stellen wir die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei rezidivierend depressiver Störung (F33.2).

### Diagnose

Die Akzeptanz dieser Diagnose steht zunächst im Vordergrund der Beziehungsarbeit, da diese Gefühle wie „bin ich denn so krank“, „ich dachte es ist nicht so schlimm“ auslöste. Es gelang im Weiteren, begleitet durch den psychoedukativen Ansatz der Depressionsbewältigungsgruppe, sehr gut, einerseits über phänomenologische Beschreibungen der depressiven Symptome ins Gespräch zu kommen, andererseits Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten zu aktivieren. Im Rahmen dieser ersten therapeutischen Schritte entstand ein zunehmendes Gefühl für die eigenen Bedürfnisse, die sich an der Frage einer aus therapeutischer Sicht notwendigen und sinnvollen Verlängerung des medizinischen Heilverfahrens von 4 auf 6 Wochen verdeutlichen ließen. Entspannung- und Atemtherapie begleiteten diese erste Phase. Mit der Einwilligung in die Verlängerung intensivierte sich der psychotherapeutische Prozess und führte zum Erstaunen der Patientin nochmals zurück in ihre Kindheit. Trotz für sie erfolgreicher ambulanter Psychotherapiesequenzen trat die Fokussierung der Vaterbeziehung nochmals in den Vordergrund. Ihre Rolle als parentifiziertes Kind, das für ein einigermaßen erträgliches Gleichgewicht verantwortlich war, trat nochmals deutlich zutage. Hier fanden sich Parallelen zu ihrem aktuellen konflikthaften Verhalten am Arbeitsplatz, das im Rahmen der Arbeitsplatzkonfliktgruppe nochmals unterstützend fokussiert werden konnte. Über diesen Weg

### Therapie

gelang es, verdrängte kindliche Bedürfnisse im Rahmen der Arbeit mit dem „Inneren Kind“ neu zu entdecken und ihnen einen adäquaten Platz im Lebensalltag einzuräumen. So gestaltete Fr. J. z.B. im Rahmen des Freizeitprogramms einen Teddybär, den sie zunächst verschenken wollte, im Weiteren jedoch für sich behielt und als Kuscheltier nutzte. Im Rahmen der Kunsttherapie trat sie in den inneren Dialog mit ihrer perfektionistischen Seite, insbesondere im Rahmen des Malens, wo ihr oft die Farben entgegen ihrer Absicht verschwammen. Zunehmend besser konnte sie dies akzeptieren und darüber hinaus sogar darin Gefallen finden. Dies entlastete sie sehr. Das körperpsychotherapeutische Angebot im Rahmen der Konzentrativen Bewegungstherapie förderte diesen Prozess durch ein selbstfürsorgliches Sich-ernst-nehmen und Beachten der eigenen Bedürfnisse. Durch die interaktionell psychodynamische Gruppenpsychotherapie schließlich gelang es, das soziale Beziehungsverhalten interaktionell zugänglich zu machen. Die sportlichen Aktivitäten im Rahmen von Herz-Kreislauf-Training, medizinischer Trainingstherapie, Nordic-Walking und Wasseranwendungen mobilisierten wieder Lebensfreude und aktivierten alte, gegenwärtig brachliegende Ressourcen. Als hilfreich empfand Frau J. die Einbeziehung ihres Lebenspartners in diesen intensiven psychotherapeutischen Prozess durch ein Paargespräch.

#### Verlauf

Im Rahmen der psychotherapeutischen Einzeltherapie gelang es sehr gut, die verschiedenen Selbst-Anteile, die oftmals nur negativ besetzt waren, als in bestimmten Lebensphasen entstandene, sinnvolle und dem Überleben dienende Teilbereiche der Persönlichkeit zu würdigen. Mehr und mehr wurde das Bedürfnis dieser Anteile deutlich und konnte beachtet werden. Auch gelang es Frau J. sehr eindrücklich, unterschiedliche Anteile zu imaginieren und mit diesen Bildern kreativ umzugehen. Auf diese Weise schuf sie bereits im Klinikrahmen eine Brücke für den Alltag, in dem sie Gegenstände auf eine emotionale Weise symbolisch besetzte, um diese dann an markante Punkte in ihrem Alltagsleben aufzuhängen. Insgesamt entließen wir die Patientin in einem fast vollständig remittierten, deutlich stabilisierten Zustand in ihre häusliche Umgebung. Eigene Ressourcen, Fähigkeiten und Stärken waren im

Verlauf des therapeutischen Prozesses in den Vordergrund getreten und hatten negative und pessimistische sowie destruktive Sichtweisen abgelöst. Insbesondere waren neue Ideen für die Gestaltung des schwierigen beruflichen Alltags entstanden. Gleichzeitig hatte sich Frau J. entschlossen, zur weiteren Begleitung nochmals eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen.

#### 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

- 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.