

Apropos

Psychische Begleiterkrankungen bei Depression und Angst
Aadorfer Fachforum Psychotherapie zu Komorbiditäten
Essstörungen im Leistungssport
Interview mit Dr. med. Petra Dallmann

PSYCHISCHE KOMORBIDITÄTEN: DEPRESSION UND ANGST KOMMEN SELTEN ALLEIN

Patientinnen und Patienten, die primär mit der Diagnose einer Depression oder Angststörung zur Behandlung kommen, zeigen häufig auch Symptome anderer psychischer Störungen oder erfüllen gar deren diagnostische Kriterien. Wie hängen diese Komorbiditäten zusammen? Wir ordnen ein.



Dr. med. Roland Kowalewski
Bereichsleitung Privatstation ViaNova /
Qualitätsmanagement
Chefarzt, Stv. Ärztlicher Direktor



Dr. med. Dr. rer. nat. Steffen Stoewer
Bereichsleitung Landhaus
Case Management
Chefarzt

Beim Vorliegen einer Depression oder einer Angststörung sind oftmals psychische Komorbiditäten zu beobachten. Typische Beispiele sind Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen, eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder Suchterkrankungen.

Die Zusammenhänge zwischen Depressionen und Angststörungen einerseits und ADHS, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Suchterkrankungen andererseits sind komplex und individuell sehr unterschiedlich. Depressionen und Angststörungen liegen nicht selten komorbid vor. Die Symptome können sich überschneiden und gegenseitig verstärken, was Diagnose und Behandlung erschwert. Auch die neurobiologischen Mechanismen, zum Beispiel Dysregulationen im Serotonin- oder Noradrenalin-System, ähneln sich.

Komorbiditäten im Zusammenhang mit ADHS

Bei Patientinnen und Patienten mit ADHS sind komorbide Depressionen oder Angststörungen auch erklärlich als Folge von ADHS-typischen Problemen im Alltag. Zu diesen zählen unter anderem Konzentrationsschwierigkeiten, impulsives Verhalten und emotionale Dysregulation.

ADHS tritt zudem gehäuft mit Persönlichkeitsakzentuierungen und -störungen auf, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Kein Wunder, denn beide Störungen zeigen Probleme mit der Impulskontrolle und der emotionalen Stabilität. Und diese Symptome erhöhen ihrerseits die Wahrscheinlichkeit, eine interaktionelle Problematik oder eine Persönlichkeitsstörung zu entwickeln oder eine Traumatisierung zu erleiden. Insbesondere dann, wenn eine ADHS nicht be-



handelt wird, resultieren Schwierigkeiten in Schule, Beruf und sozialen Beziehungen. Diese tragen zu einem negativen Selbstbild bei, was wiederum zu Depressionen wie auch zu Angststörungen beitragen kann. Ausserdem – sozusagen dem vorausgehend – zeigen sich bei diesen Störungen gemeinsame genetische Faktoren oder frühe traumatische Erfahrungen. Jedenfalls belegen grosse Metaanalysen eindeutig das gehäufte Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei Patientinnen und Patienten mit ADHS, Depression, Angst- oder Zwangsstörungen.

Komorbiditäten im Zusammenhang mit Suchterkrankungen

Auch Suchterkrankungen sind bei Depressionen, Angst- wie auch Persönlichkeitsstörungen gehäuft. Diese können depressive oder ängstliche Symptome verstärken, umgekehrt verwenden Menschen mit Depressionen oder Angststörungen nicht selten Substanzen zur Selbstmedikation. Alkohol entlastet und beruhigt zwar erst einmal, die Alkoholabhängigkeit geht aber in bis zu 80 Prozent der Fälle mit der Entwicklung einer Depression einher, offenbar auch auf «direkt neurobiologischem» Weg. Der Kokainentzug ist berüchtigt für den «Kokain-Crash», eine kurzfristige, mitunter gefährliche depressive Krise.

Emotionale Instabilität und Impulsivität, wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder bei ADHS, erhöhen direkt das Risiko für compulsiven Substanzgebrauch. Gleichzeitig kann auch hier der Konsum als Selbstmedikation erfolgen, zum Beispiel, um emotionale Schmerzen und innere Leere oder Konzentrationsprobleme und innere Unruhe zu lindern. Dementsprechend ist die Lebenszeitprävalenz für Suchterkrankungen auch bei Menschen mit ADHS deutlich erhöht.

Neurobiologische Hintergründe

Gemeinsame neurobiologische Mechanismen umfassen eine Vielzahl von Transmittersystemen. Gut erforscht sind dabei Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, GABA und Glutamat. Störungen im Dopaminsystem betreffen besonders Motivation, Belohnung und Impulskontrolle. Serotonin ist wesentlich für die Regulation von Stimmung, Angst und Impulsivität. Somit ist der Zusammenhang mit Depressionen und Angststörungen besonders markant. Noradrenalin erhöht unter anderem die Aufmerksamkeit und emotionale Erregung. Zu wenig trägt zu Energiemangel bei, zu viel hingegen zu Anspannung und Angst. Auch Glutamat und GABA spielen eine wesentliche Rolle beim Einregulieren von Erregung und Hemmung.

Diese und weitere Teile der neurobiologischen Ausstattung sind zunächst polygenetisch determiniert. Das heisst, dass mehrere Gene den Phänotyp mitbestimmen und sich so gegebenenfalls zu erhöhter Anfälligkeit für psychische Störungen aufsummieren. Umweltfaktoren können die Expression und die Ausprägung von Genen «epigenetisch» nachhaltig beeinflussen: Unter anderem können traumatische Erfahrungen oder chronischer, insbesondere sozialer Stress die Genexpression modulieren und «neuroinflammatorisch» die Hirnentwicklung, einschliesslich des Stresssystems, beeinträchtigen. So lassen sich beispielsweise Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) bei etlichen psychischen Störungen nachweisen.

Etwas abstrakter zusammengefasst heisst das: Das Integral biologischer, sozialer wie auch psychologischer Prägungen in-

teragiert über komplexe Rückkoppelungen (Hormone, Epigenetik, Transmitter etc.) mit dem richtigen Leben, wo sich Probleme zu krankheitswertigen Reaktionsweisen und Zuständen aufschaukeln können. Die resultierende Kompensatorik kann dann zusätzlichen Kummer oder gar Krankheitsbilder bedingen.

Fazit

Die Belastung durch eine psychische Störung wird die Entwicklung weiterer Problemfelder und auch Diagnosen begünstigen. Die Zusammenhänge sind multifaktoriell und individuell ganz unterschiedlich.

Komorbiditäten entstehen zudem über gemeinsame genetisch-neurobiologische Faktoren sowie Umwelt- und Entwicklungsfaktoren, aber auch Symptombereiche, die sich gegenseitig verstärken oder auch einfach phänomenologisch überlappen.

Über eine sorgfältige Diagnostik und Kenntnis typischer Wechselwirkungen wird der Zugang zu einer evidenzbasierten Behandlung gewährleistet und ein weiteres «Aufschaukeln» der typischen Symptom- und Diagnosebereiche (Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, ADHS, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen) vermieden. ■

Literatur

- Andreassen OA, Hindley GFL, Frei O, Smeland OB. New insights from the last decade of research in psychiatric genetics: discoveries, challenges and clinical implications. *World Psychiatry*. 2023 Feb;22(1):4-24. doi: 10.1002/wps.21034. PMID: 36640404; PMCID: PMC9840515.
- Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Jun;17(2):141-50. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory. PMID: 26246789; PMCID: PMC4518698.
- Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord*. 2014 Jan;152:154:1-11. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.023. Epub 2013 Sep 2. PMID: 24120406.
- Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord*. 2013 Feb 20;145(2):143-55. doi: 10.1016/j.jad.2012.07.004. Epub 2012 Sep 21. PMID: 22999891.
- Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Sep 1;154:1-13. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031. Epub 2015 May 28. PMID: 26072219.
- Matthies S, Philipsen A. Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)--Review of Recent Findings. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Apr;18(4):33. doi: 10.1007/s11920-016-0675-4. PMID: 26893231.
- McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009;5:137-50. doi: 10.2147/ndt.s4720. Epub 2009 Apr 8. PMID: 19557108; PMCID: PMC2695217.
- van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, Schoevers RA. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Apr 1;122(1-2):11-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007. Epub 2011 Dec 30. PMID: 22209385.

Aadorfer Fachforum Psychotherapie

EINE DEPRESSION KOMMT SELTEN ALLEIN – WAS IST MIT DER ANGST?

Über Komorbiditäten und Wechselwirkungen von Angststörungen und Depression.

«Depression und Angst kommen selten allein» – so lautet nicht nur der Titel des Hauptbeitrags in diesem «Apropos», sondern auch das Motto des kommenden Aadorfer Fachforums Psychotherapie. Merken Sie sich den **2. Oktober 2025** schon jetzt vor!

Depressionen und Angststörungen treten selten isoliert auf. Häufig bestehen komorbide Störungen wie ADHS, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen. Diese Überlagerungen erschweren die Diagnose und fordern therapeutische Ansätze heraus.

Das Aadorfer Fachforum Psychotherapie widmet sich diesem relevanten Thema mit fundierten Referaten und praxisnahen Workshops. Fachpersonen aus Therapie, Medizin und Forschung beleuchten neurobiologische, diagnostische und therapeutische Aspekte psychischer Komorbiditäten und zeigen Lösungsansätze auf. Beim anschliessenden interdisziplinären Austausch unter Fachperson erhalten die Themen wie immer eine zusätzliche Dimension.

Die diesjährige Ausgabe des Aadorfer Fachforums Psychotherapie findet am Donnerstag, 2. Oktober 2025, in der HWZ Hochschule für Wirtschaft Zürich statt. Details zur Veranstaltung erhalten Sie demnächst – wir freuen uns auf Sie!

SAVE THE DATE!

2. Oktober 2025
ab 13:30 Uhr
HWZ Zürich

Sie erhalten demnächst
detaillierte Informationen.

DER SCHMALE GRAT: ESSSTÖRUNGEN IM LEISTUNGSSPORT

Das unerbittliche Streben nach mehr Leistung und Perfektion im Leistungssport kann in einigen Fällen zu problematischen Verhaltensmustern führen, etwa in Form von auffälligem Essverhalten oder gar Essstörungen. In gewissen Risikosportarten ist eine stark erhöhte Prävalenz von Essstörungen zu verzeichnen.

Die Welt des Sports bringt Heldinnen und Ikonen hervor. Sie fliegen durch die Lüfte, brechen Rekorde, überwinden Belastungsgrenzen und lassen uns staunen. Was beim Zuschauen oft verborgen bleibt, sind die inneren Kämpfe, die viele Athletinnen und Athleten auf ihrem Weg führen. Dieser Weg endet in einigen Fällen nicht nur mit der ersehnten Medaille, sondern auch mit einer Essstörung. Viele Spitzensportlerinnen und Spitzensportler bewegen sich auf einem schmalen Grat zwischen einer gezielten Ernährung und einem gestörten Essverhalten.

Studien zeigen, dass Athletinnen und Athleten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Essstörungen aufweisen. Besonders in bestimmten Risikosportarten ist die Prävalenz signifikant höher. Dazu zählen ästhetische Sportarten wie Turnen oder Eiskunstlauf, Ausdauerdisziplinen wie Langstreckenlauf oder Radsport, aber auch Sportarten mit Gewichtsklassen wie Ringen oder Boxen sowie solche mit körperbetonter Kleidung wie Beachvolleyball oder Schwimmen.

Ätiologie und Risikofaktoren

Bei der Erkundung der Ursachen der hohen Prävalenz zeigt sich eine multifaktorielle Ätiologie von Essstörungen im Leistungssport. Einige primäre Risikofaktoren stehen dabei im Vordergrund.

- **Leistungsdruck:** Die ständige Erwartung von Höchstleistungen kann zu dysfunktionalen Verhaltensweisen führen. Für eine Kunstturnerin bringt jedes Gramm weniger die Chance auf eine höhere Punktzahl.
- **Sportartspezifische Anforderungen:** Gerade in ästhetischen Sportarten wie Ballett, Turnen oder Eiskunstlauf spielt das Körpergewicht eine zentrale Rolle. Ein schlankes Erscheinungsbild wird oft als Voraussetzung für Spitzenleistungen angesehen.
- **Körperideale:** Die in der Gesellschaft verbreiteten Körperideale sind in gewissen Sportarten noch stärker ausgeprägt. Dies kann unrealistische Erwartungen an die eigene Körperform fördern und zusätzliche Stressfaktoren entstehen lassen.
- **Trainingsumfeld:** Regelmässige Gewichtskontrollen, eine leistungsorientierte Atmosphäre und der Druck von Trainern, Teamkollegen, Sponsoren oder anderen Beeinflussern können ein problematisches Essverhalten begünstigen.

- **Persönlichkeitsmerkmale:** Perfektionismus und eine ausgeprägte Leistungsorientierung sind bei vielen Leistungssportlern zu beobachten und gelten als prädisponierende Faktoren für Essstörungen.

Diagnostik und Behandlungsansätze

Wie können Therapeutinnen und Ärzte die betroffenen Athletinnen und Athleten unterstützen? Der erste Schritt ist eine sorgfältige, sportspezifische Diagnostik. Dabei bietet es sich an, standardisierte Screening-Instrumente wie den «Eating Disorder Examination Questionnaire» (EDE-Q) durch sportspezifische Assessments zu ergänzen.

Der interdisziplinäre und multimethodische Ansatz, der bei der Behandlung von Menschen mit Essstörungen generell zur Anwendung kommt, erhält im Spitzensport eine weitere Dimension. Ein effektives Behandlungskonzept beinhaltet unterschiedliche Aspekte, darunter auch sportspezifische Themen.

- **Psychotherapie**
In der Regel wird eine kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt, um die zugrunde liegenden Gedankenmuster zu verändern. Spezialtherapien können die Behandlung gezielt ergänzen.
- **Integration des sportlichen Umfelds**
Wichtig ist die Einbindung des sportlichen Umfelds, also von Trainern, Teammitgliedern und sportmedizinischen Fachkräften. Ziel ist es, eine gesunde Herangehensweise an Ernährung und Training zu erreichen.
- **Ernährungsberatung**
Professionelle Ernährungsberaterinnen können den Athletinnen und Athleten helfen, ein gesundes und nachhaltiges Ernährungsverhalten wiederzuerlangen.
- **Psychoedukation**
Die Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Ernährung, Gewicht und sportlicher Leistung hilft Athleten, fundierte Entscheidungen zu treffen.



Information und Prävention

In der Sportwelt, in der Leistung und Erfolge zählen, ist die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen wie Essstörungen mitunter noch stärker ausgeprägt als in der Allgemeinbevölkerung. Durch die Sensibilisierung und Information aller Beteiligten können Hürden abgebaut und dem Thema mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Ausserdem können präventive Massnahmen dazu beitragen, die Entwicklung von Essstörungen im Leistungssport zu verhindern:

– Schulung und Regulierung

- Regelmässige Schulungen für Trainer und Betreuer zum Thema Essstörungen.
- Implementierung klarer Richtlinien zur Gewichtskontrolle und Ernährung im Trainingsalltag.

– Identifikation und Beratung

- Durchführung regelmässiger Screenings zur frühzeitigen Identifikation von Risiken.
- Bereitstellung niedrigschwelliger Beratungsangebote für Athletinnen und Athleten.

– Nachsorge und Monitoring

- Entwicklung von Rückkehrprotokollen für Athletinnen und Athleten nach der Behandlung einer Essstörung.
- Etablierung einer langfristigen Nachsorge und eines nachhaltigen Monitorings.

Sportsucht als komorbide Störung

In gewissen Fällen kann sich Sport zur Sucht entwickeln. So ist am Beispiel eines Marathonläufers das tägliche Training nicht mehr nur Vorbereitung, sondern Zwang. Selbst verletzt läuft er weiter, ignoriert die Schmerzen und die sozialen Entbehrungen. Die Sportsucht, auch als Exercise Addiction bekannt, weist eine hohe Komorbidität mit Essstörungen auf. Charakteristisch sind neben dem zwanghaften Trainingsverhalten trotz negativer Konsequenzen auch Entzugserscheinungen bei Trainingsunterbrechung sowie eine ausgeprägte Toleranzentwicklung bei Steigerung des Trainingsumfangs. Die Behandlung erfordert oft einen integrativen Ansatz, der sowohl die Essstörung als auch die Sportsucht adressiert.

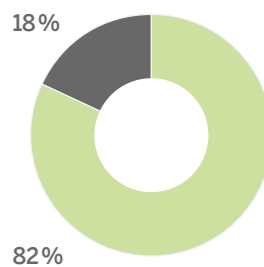
Motivation zur Behandlung

Die Verbindungen von Leistungssport und Essstörungen standen auch im Fokus des letztjährigen Aadorfer Fachforums Psychotherapie in Zürich. In ihrem Referat ging Dr. med. Petra Dallmann, Chefärztin der Klinik Schloss Freudental sowie Psychotherapeutin am Olympiastützpunkt in Heidelberg, vertieft auf das Thema ein und machte dabei gerade auch betroffenen Sportlerinnen und Sportlern Mut, sich auf eine Behandlung einzulassen. Denn Psychotherapie, vor allem der verhaltenstherapeutische Teil davon, gleiche einem Training, das gerade Hochleistungsathleten bestens kennen und sich gut darauf einlassen können. «Sie kennen es aus dem Sport, ein Problem zu analysieren und Abläufe durch Üben zu verändern. In Bezug auf Motivation und Selbstwirksamkeitserleben kann das für die Psychotherapie hilfreich sein und bedeutet eine gute Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.» ■

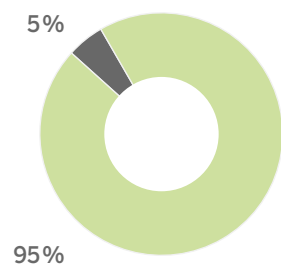
PRÄVALENZ IN LEISTUNGSSPORTARTEN

Die Prävalenz von Essstörungen ist im Leistungssport deutlich höher als in der allgemeinen Bevölkerung und variiert je nach Sportart. Einige Zahlen:

In einer Studie mit 522 Spitzensportlerinnen und 448 Kontrollpersonen, die keine Sportlerinnen waren, wurde bei 18 % der Sportlerinnen eine Essstörung diagnostiziert, im Vergleich zu nur 5 % der Kontrollpersonen.¹

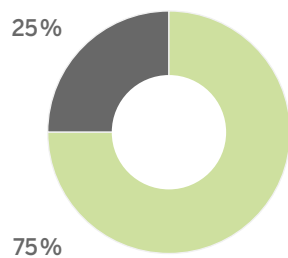


Essstörungen bei Spitzensportlerinnen

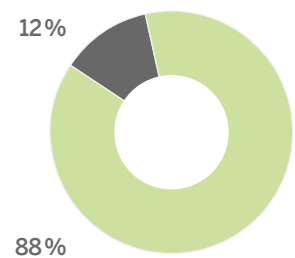


Essstörungen bei Kontrollpersonen

Die gleiche Studie ergab, dass die Rate an Essstörungen bei ästhetischen Sportarten (z.B. Turnen oder Eiskunstlauf) und gewichtsabhängigen Sportarten (z.B. Rudern oder Ringen) 25 % betrug, verglichen mit 12 % in anderen Sportarten.

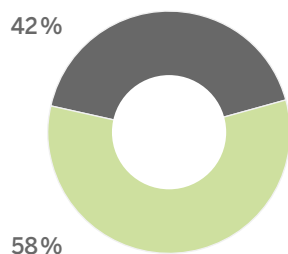


Essstörungen in gewichtsabhängigen Sportarten

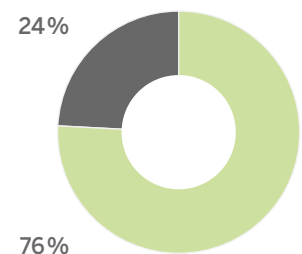


Essstörungen in anderen Sportarten

In einer anderen Studie lag die Prävalenz von Essstörungen in ästhetischen Sportarten sogar bei 42%, in Ausdauersportarten bei 24%.²



Essstörungen in ästhetischen Sportarten



Essstörungen in Ausdauersportarten

¹ Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders in elite female athletes. Int J Sport Nutr 1993;3:29–40

² Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. Clin J Sport Med 2004;14:25–32

DREI FRAGEN AN DR. MED. PETRA DALLMANN

Frau Dr. Dallmann, in Ihrem Referat haben Sie über Sportarten mit Gewichtsklassen gesagt, dass Sportler nur in seltenen Fällen in jenen Gewichtsklassen antreten, die ihrem Normalgewicht entsprechen. Ist da die Essstörung nicht quasi schon ins System eingebaut?

Das würde ich daraus nicht direkt ableiten. Allerdings bringt das regelmässige «Gewichtmachen» mit sich, dass sich immer wieder viele Gedanken ums Essen drehen, gehungert, abgeschwitzt und nichts getrunken wird – und das mehrmals im Jahr. Gegessen wird nicht nach Energiebedarf, Hunger oder Appetit, sondern nur nach dem Diktat der Waage. Ein auffälliges Essverhalten ist nicht selten die Folge und kann dann in eine Essstörung münden.

In Ihrem Vortrag haben Sie auch aufgezeigt, dass die verminderte Energiezufuhr bei Sportlern zu einer Leistungsver schlechterung führen kann und das Risiko für Verletzungen erhöht. Lassen sich Leistungssportler mit solchen Fakten von einem restriktiven Essverhalten abbringen?

Aufklärung hilft, aber leider nicht immer. Und es gibt ja noch weitere negative Auswirkungen für die körperliche Gesundheit. Allerdings erfahren die Betroffenen auch Vorteile: zunächst Lob für die Gewichtsabnahme durch das Umfeld, auch kann sich anfänglich die Leistung auch kurzzeitig verbessern. Hier ist noch viel Aufklärung notwendig.

Wie wichtig ist die Rolle der Trainer, die je nach Sportart ja einen grossen Einfluss auf die Sportler ausüben können? Müssen sie in die therapeutische Arbeit einbezogen werden?

Zunächst müssen sie unbedingt in die Präventionsarbeit einbezogen werden. Es geht darum, den Einfluss von Gewicht auf die Leistung realistisch einzuschätzen, das sensible Thema Gewichtsmanagement angemessen zu kommunizieren und die Notwendigkeit von Gewichtskontrollen zu analysieren und diese auszulagern. Im nächsten Schritt geht es um die Erkennung von auffälligem Essverhalten oder einer Essstörung. Unbedingt braucht es dann auch Unterstützungsmöglichkeiten für Trainer, Sportlerinnen und Sportler.

Dr. med. Petra Dallmann:
«Psychotherapie
gleicht teilweise einem
Training, das gerade
Hochleistungsathleten
bestens kennen.»

Aadorfer Fachforum
Psychotherapie



Dr. med. Petra Dallmann

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
Chefärztin der Klinik Schloss Freudental,
Psychotherapeutin am Olympiastützpunkt Heidelberg

Ehem. Profi-Schwimmerin mit Titeln an Welt-,
Europameisterschaften und Olympischen Spielen

AGENDA

Aadorfer Fachforum Psychotherapie

Eine Depression kommt selten allein – was ist mit der Angst?

Über Komorbiditäten und Wechselwirkungen
von Angststörungen und Depression.

Donnerstag, 2. Oktober 2025, ab 13:30 Uhr
HWZ Zürich

PRIVATKLINIK AADORF

Die Privatklinik Aadorf ist eine ärztlich geleitete Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie. Sie erfüllt den Leistungsauftrag des Kantons Thurgau und ist auf dessen Spitalliste aufgeführt.

Das Leistungsspektrum ist auf vier Fachgebiete fokussiert: Essstörungen, Adipositas, Depressionen / Angststörungen / Burnout sowie Psychotherapie 50+.

Die Klinik ist offen für Patientinnen und Patienten aus dem In- und Ausland.

Die Grundversicherung – auch für Ausserkantonale – ist ausreichend.

Vereinzelte Ausnahmen werden von der Klinik umgehend abgeklärt und rückgemeldet.



Allgemein
Versicherte
Thurgau



Allgemein
Versicherte
anderer Kantone



Halbprivat
Versicherte



Privat
Versicherte



Selbstzahler
In- und Ausland

Klinik Aadorf AG
Fohlenbergstrasse 23
CH-8355 Aadorf
Tel. +41 (0) 52 368 88 88
Fax +41 (0) 52 368 88 99
info@klinik-aadorf.ch
www.klinik-aadorf.ch

ISO 9001 zertifiziert