

Gründung, Entwicklung und Gegenwart der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Jörg Frommer

Historische Entwicklung

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist zugleich ein altes und ein junges Fach. Seine geistigen Wurzeln reichen bis in die antike Medizin zurück. Erstmals wird der Begriff „psychosomatisch“ im Rahmen der ganzheitlich denkenden romantischen Medizin 1818 von J. Heinroth verwendet. Ab der Mitte des 19. Jahrhunderts kommt es in der Medizin zu einer radikal naturwissenschaftlichen Umstrukturierung, in deren Folge neue Konzepte des Zusammenwirkens von *Psyche* und *Soma* entstanden, die in aktuelle psychophysiologische, psychoimmunologische und psychoendokrinologische Ansätze einmündeten. Innerhalb der Neurowissenschaften nimmt die Psychosomatik heute deshalb eine unverzichtbare Rolle ein, weil sie das Zentralnervensystem nicht isoliert betrachtet, sondern stets in Relation zu psychosozialen und kulturellen Einflussfaktoren.

Neben einer bestimmten Einstellung, die im Verständnis des Gründervaters Viktor von Weizsäcker die Person des Patienten in den Mittelpunkt des Interesses rückt, und einem Querschnittsaspekt, der in klinischen Kooperationen mit somatischen Fächern seinen Ausdruck findet, handelt es sich bei der Psychosomatik heute um ein Fachgebiet mit eigenen, klar definierten Versorgungsaufgaben. Die ersten psychosomatischen Kliniken existierten bereits in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, bspw. in Baden-Baden und Berlin-Tegel. Bereits damals zeigte sich eine Loslösung von den Mutterfächern Neurologie, Innere Medizin und Psychiatrie.

Die erste Psychosomatische Universitätsklinik nach dem Zweiten Weltkrieg etablierte sich 1950 in Heidelberg unter Alexander Mitscherlich, mit Unterstützung der amerikanischen Militärverwaltung und den Nachbarfächern Innere Medizin und Neurologie (Roelcke 1995). 1970 erfuhr die Psychosomatik mit der damaligen 7. Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung ihre Etablierung als Pflichtfach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im klinischen Teil der ärztlichen Ausbildung. Dies führte zur Einrichtung von psychosomatischen Lehrstühlen und zum Aufbau Psychosomatischer Universitätskliniken, der mittlerweile weitgehend abgeschlossen ist. 1992 beschloss der Deutsche Ärztetag die Einführung eines Fachgebietes *Psychotherapeutische Medizin* (Hoffmann et al. 1991, 1999).

2003 wurde die Gebietsbezeichnung der Bezeichnung des Fachs in der Approbationsordnung angeglichen und lautet seither *Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (Herzog et al. 2013). Die Muster-Weiterbildung der Bundesärztekammer von 2004 definiert die Psychosomatische Medizin als eine Medizin für „Krankheiten und Lei-



Abbildung 1: Gebäude der 1950 von Alexander Mitscherlich gegründeten Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg

denzustände, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind“. Die berufspolitische Bedeutung des Gebietes besteht unter anderem darin, dass innerhalb der Medizin nur dieses Gebiet eine psychotherapeutische Ausbildung beinhaltet, die dem 1999 geschaffenen approbierten *Psychologischen Psychotherapeuten* äquivalent und bezüglich Qualität und Umfang an internationale Ausbildungsstandards für Psychotherapeuten anschlussfähig ist. Daneben fließt die psychosomatische Kompetenz ein in die Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung sowie zu den ärztlichen Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Psychoanalyse. Zu den wichtigsten Lehrbüchern im Fach zählen der inzwischen in der 7. Auflage vorliegende *Uexküll* (Adler et al. 2012) und als Kompendium für den klinischen Alltag der von Janssen et al. (2009) herausgegebene Leitfaden.

Klinisches Aufgabenspektrum, Finanzierung und Effizienz

Psychosomatische Erkrankungen sind außerordentlich weit verbreitet (Collins et al. 2011). Dies ist keine neue Erkenntnis. In der Normalbevölkerung leiden über 20% der Erwachsenen unter behandlungsbedürftigen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (Franz et al. 2012, Schepank 1987). In hausärztlichen Praxen (Tress et al. 1997) und somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (Arolt et al. 1995) findet sich bei mehr als einem Drittel der Patienten eine behandlungsbedürftige psychosomatische Komorbidität. Die schwerpunktmäßig im Fachgebiet behandelten Krankheitsbilder zeigt Tabelle 1.

Die Einbeziehung psychosomatischer Kompetenz ist bei den genannten Erkrankungen immer dann in Erwägung zu ziehen und zu präferieren, wenn die kausale Behandlung des psychogenen Ursachenanteils der Erkrankung durch störungsspezifische psychotherapeutische Maßnahmen im Behandlungsplan Berücksichtigung finden soll. Die psychosomatische Diagnostik und Behandlung sind aufgrund der Verzahnung mit Nachbargebieten grundsätzlich interdisziplinär angelegt. Die Behandlungssettings, in denen das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie seinen Beitrag hierzu leistet, zeigt Tabelle 2.

Psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen unterscheiden sich in mehreren Hinsichten von Behandlungen anderer Gebiete. Die Unterschiede ergeben sich unter anderem aus der interdis-

ziplinären Zusammensetzung der Therapiemethoden und aus den gegenüber anderen Krankenhausbehandlungen erheblich längeren Therapiezeiten. Durch die separate Ausweisung des Fachgebiets im Landesbettenplan des Sozialministeriums mit 220 Betten für das Land Sachsen-Anhalt und die Einbeziehung in die Bundespflegesatzverordnung ist die Aus-

Tabelle 1: Schwerpunktmäßig im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandelte Krankheitsbilder (Frommer 2009)

1. **Anpassungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen** (z. B. nach Vergewaltigung, Verkehrsunfällen, Migration, politischer Traumatisierung) und Störungen der Krankheitsverarbeitung (z. B. in der Onkologie);
2. **Funktionelle Störungen** (z. B. Herz, Abdomen), Somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden einschließlich Schmerz bei fehlendem oder die Beschwerden nicht ausreichend erklärendem Organbefund), neurotische Störungen (Angstsymptome, depressive Symptome, dissoziative Symptome, Konversionssyndrome und Zwangssymptome aufgrund unverarbeiteter Traumata und Konflikte in der frühen Biographie) sowie Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Fresssucht);
3. **Persönlichkeitsstörungen** (dysfunktionale Muster im zwischenmenschlichen Verhalten und im Umgang mit sich selbst, häufig aufgrund schwerer Traumatisierungen);
4. **Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne** (organdestruktive Erkrankungen, bei denen selbstschädigende Lebensführung und andere psychosoziale Faktoren Entstehung und Verlauf ungünstig beeinflussen, z. B. Tinnitus, bestimmte Formen des Asthma Bronchiale)

Tabelle 2: Psychosomatische Behandlungssettings

1. Tätigkeit als **niedergelassener Facharzt** für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie;
2. psychosomatischer **Konsiliar- und Liaisondienst** in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinik (z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde, Dermatologie, Onkologie, Transplantationsmedizin, etc.);
3. **stationäre und teilstationäre (tagesklinische) psychosomatische Behandlung**;
4. psychosomatische Behandlung in **Rehabilitationskliniken**.
5. Einbringung psychosomatischer und psychotherapeutischer Kompetenz in psychosoziale **Beratungskontexte** (z. B. psychoonkologische Beratung, psychosoziale und psychotherapeutische Beratung Studierender, psychosoziale Beratung von Flüchtlingen und politisch Traumatisierten).

handlung von auskömmlichen Pflegesätzen möglich. Gemeinsam mit dem Nachbarfach Psychiatrie ist das Gebiet derzeit noch von der pauschalierten Entgelt-Regelung (DRG) ausgenommen. Dessen ungeachtet sind die im Fachgebiet als Standard zu betrachtenden diagnostischen und therapeutischen Prozeduren ab der Jahrtausendwende zunehmend operationalisiert und in den medizinischen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) integriert worden (Heuft et al. 2002). Im Krankenhausfinanzierungsgesetz schuf der Gesetzgeber dann 2009 die Grundlage für ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik, wobei tagesbezogene Entgelte weiterhin maßgeblich geblieben sind und einer Pauschalierung ohne Berücksichtigung der individuell notwendigen Behandlungsdauer eine Absage erteilt wurde. In Folge wurde das *pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)* entwickelt im Sinne eines Patientenklassifikationssystems, das auf der Basis einer tagesbezogenen Kostenkalkulation in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise Art und Anzahl der behandelten Krankenhausfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzen soll (InEK 2015). 2014 wurde die Frist, in der Kliniken das PEPP-System auf freiwilliger Basis einführen können, um zwei Jahre verlängert. Ab 2017 bis 2019 soll die Umstellung kostenneutral erfolgen. Danach ist eine Konvergenzphase geplant, bis 2022 soll dann der bisherige krankenhausesindividuelle Wert an den Landesbasisentgeldwert angepasst werden. Das PEPP-System erfordert eine aufwändige Dokumentation und Kodierung aller therapeutischen Leistungen tagesbezogen individuell für jeden einzelnen Patienten. Die dafür vorgesehenen Codes orientieren sich am OPS (Tabelle 3).

In der Magdeburger Klinik steht die Psychosomatische und Psychotherapeutische Komplexbehandlung von schwerkranken, multimorbiden Patienten, häufig mit langjähriger kostenaufwändiger Krankheitsgeschichte, erfolgloser somatischer Vorbehandlung in mehreren Fachgebieten und krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, im Vordergrund des Indikationsspektrums der stationären Behandlungen, die in der Regel einen im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen festgelegten Zeitraum von 8 bis 14 Wochen in Anspruch nehmen.

Für die ambulante Psychotherapie gilt der Wirksamkeitsnachweis schon seit Längerem als erbracht. Bei zwei Drittel der Patienten wirkt sich die Psychotherapie positiv auf die Symptomatik und die Erwerbsfähigkeit aus (Albani et al. 2010, 2011). Im Gegensatz zur ambulanten Therapie und zur stationären Regelbehandlung zeichnet sich die stationäre Kom-

Tabelle 3: Psychosomatisch-psychotherapeutische Leistungen. Prozeduren zum Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Auszüge des OPS 2016 (InEK 2015)

9-40...9-41	Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie	
...		
9-402	Psychosomatische Therapie	
	Hinw.:	Operationalisierte, therapieziel-orientierte stationäre Therapie durch multidisziplinäre Teams ...
9-402.0	Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	
	Hinw.:	Psychodynamisches oder kognitiv-behaviorales Grundverfahren als reflektierter Mehrpersonen-Interaktionsprozeß mit schriftlicher Behandlungsplanung (1x/Wo.), ärztlicher/psychologischer Einzeltherapie (100 Min./Wo.; ggf. davon 50 Min./Wo. ressourcenäquivalent als Gruppentherapie), Gruppenpsychotherapie (max. 10 Patienten 120 Min./Wo.) und Einsatz spezifischer psychotherapeutischer Techniken (360 Min./Wo.) im standardisierten Setting nach den Regeln der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin.
9-402.1	Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung	
	Hinw.:	Stationäre somatische und psychosomatische Behandlung bei akuten und chronischen somatischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität und Copingstörungen, neben der somatischen Therapie durch ärztliche/psychologische Einzeltherapie (100 Min./Wo.) und Einsatz spezifischer psychotherapeutischer Techniken (360 Min./Wo.) im standardisierten Setting nach den Regeln der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin oder der Pädiatrie
9-402.2	Psychosomatische und psychotherapeutische Krisenintervention als Komplexbehandlung	
	Hinw.:	Stationäre Kurztherapie mit umgrenztem Therapieziel zur Stabilisierung bei akuter Dekompensation (Verschiebung der Therapie-Dosis zu höherem Anteil an Einzelpsychotherapie im Vergleich zu 9-402.0) nach den Regeln der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädagogisch-psychosomatische Therapie	
	Hinw.:	Operationalisierte individuelle ... Therapie ... durch multidisziplinäre Teams ... bei drohender oder manifester Behinderung, Entwicklungs- und Verhaltensstörung sowie seelischen Störungen.
9-404	Neuropsychologische Therapie	
	Hinw.:	Therapie beeinträchtigter kognitiver, affektiver und verhaltensbezogener Funktionen (Orientierung, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Lernen und Gedächtnis, Planen und Problemlösen, Affekt- und Verhaltenskontrolle, soziale Kompetenz) bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Hirnschädigungen, basierend auf kognitionspsychologischen, lerntheoretischen und funktional-neuroanatomischen Erkenntnissen
9-41	Psychotherapie	
	Hinw.:	Dieser Kode ist für die psychotherapeutischen Maßnahmen anzuwenden, die nicht in 9-402 bis 9-404 definiert sind
9-410	Einzeltherapie	
9-411	Gruppentherapie	
9-412	Multimodale, psychotherapeutische Komplexbehandlung im Konsiliardienst	

plexbehandlung durch eine deutlich höhere Dichte der Therapieeinheiten im Sinne einer *Hochdosis-Psychotherapie* aus. Effektivität und Effizienz stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungen können als erwiesen gelten. Eigene Messungen der Symptomveränderungen und Veränderungen interpersonaler Probleme nach stationärer psychodynamischer Psychotherapie (Frommer et al. 2004, Franke et al., 2005, Haase et al. 2008) belegen, dass sich eine optimale Besserung der psychischen und interpersonalen Probleme nur bei einer stationären Psychotherapie von mehr als vier Wochen einstellen. Zudem zeigten sich vor allem im interpersonalen Bereich stabile psychodynamisch erzielte Effekte. In den ersten vier Wochen angestoßene Veränderungen entwickeln sich bis zur Entlassung und darüber hinaus noch ein Jahr später positiv weiter.

Rechtliche Rahmenbedingungen und Strukturentwicklung

Bereits seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts gab es Bemühungen zur Einrichtung einer Ausbildungsstätte für Ärzte in den Sudenburger Krankenanstalten im Süden Magdeburgs. Die Gründung einer Medizinischen Akademie (MAM) erfolgte jedoch erst 1954 als Reaktion auf den damals herrschenden Ärztemangel. In der Folge entwickelte sich eine in Relation zur gesellschaftlichen Gesamtsituation leistungsfähige Universitätsmedizin, die nach dem Untergang der DDR 1990 durch den Wissenschaftsrat der Bundesregierung positiv evaluiert wurde. Im Oktober 1993 folgte der Zusammenschluss von Technischer Universität, Pädagogischer Hochschule und MAM zur Otto-von-Guericke-Universität. Zum Universitätsklinikum zählte eine neurologisch dominierte Nervenklinik, die Trennung in eine psychiatrische und eine neurologische Universitätsklinik erfolgte erst 1994.

Die Einrichtung einer psychosomatischen Abteilung wurde erstmals im September 1991 in den Senat der MAM eingebracht. Berichterstatter waren der leitende Psychiater Priv.-Doz. Dr. Knorr und der Leiter des bereits existierenden Arbeitsbereichs Psychosomatik in der Frauenklinik Dr. Paul Franke. Ende 1994 folgte dann die Ausschreibung einer C 3-Professur für Psychosomatische Medizin, der ein 10 Betten umfassender Bereich in der psychiatrischen Klinik zugeordnet war. Nach Ruferteilung im Oktober 1995 und nachfolgenden Berufungsverhandlungen wurde ich im Mai 1996 aus meiner Position als Oberarzt und Privatdozent an



Abbildung 2: Interimsmäßige Unterbringung der Psychosomatischen Station 1996-1997 im Haus 4, Erdgeschoß, vor der Sanierung des Gebäudes

der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zum Universitätsprofessor ernannt und trat am 1. Juni 1996 in Magdeburg meinen Dienst an.

Vorausgegangen waren intensive Berufungsverhandlungen, in der die Sichtweise von Dekanat, Ärztlichem Direktorat, Kultusministerium und psychiatrischem Lehrstuhlinhaber, dass die Stelle als weisungsgebundene Oberarztstelle in der Psychiatrie zu führen sei, deutlich relativiert und nach und nach anerkannt wurde, dass die psychosomatische Krankenhausbehandlung in der Regel in Universitätskliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Allgemeinen Krankenhäusern und Fachkrankenhäusern für psychische Erkrankungen erfolgt. In den wenigen Fällen, in denen die Psychosomatik in eine gemeinsame Klinik mit Nachbarfächern integriert ist, muss die Weisungsfreiheit des Leiters des psychosomatischen Bereichs sichergestellt sein.

Die Argumentation hierfür ergab sich aus folgenden rechtlichen Rahmenbedingungen: Gemäß Approbationsordnung für Ärzte (AO) setzt die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung voraus, dass

der Bewerber u. a. einen Leistungsnachweis im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht hat. Es handelt sich somit um ein klinisches Fach, d. h. der erforderliche Qualifikationserwerb schließt neben der Unterrichtung in den theoretischen Inhalten des Faches (Vorlesung) die Vermittlung klinisch-praktischer Fähigkeiten ein. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Vorhaltung ausreichend großer bettenführender Abteilungen für den Unterricht am Krankenbett. Der Lehrumfang entspricht dem anderer mittelgroßer klinischer Fächer (Augenheilkunde, Dermatologie, HNO).

Die zitierten Regelungen der AO implizieren, dass Medizinische Fakultäten, die Ärzte gemäß AO ausbilden, für das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einen Fachvertreter bestimmen, der die Voraussetzungen für die Lehre im Fach (fachbezogene Habilitation) und für die Leitung der für die klinische Lehre erforderlichen klinischen Einrichtung (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) erfüllt.

Das Hochschulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (HSG-LSA) in Verbindung mit dem Hochschulmedizingesetz (HMG-LSA) regelt den rechtlichen Rahmen, in dem Vertreter von Fächern der AO an den Universitäten dieses Bundeslandes tätig sind. Das HMG-LSA schreibt vor, dass



Abbildung 3: Interimsmäßige Unterbringung der Psychosomatischen Station 1998-2001 im Haus 2, 1. Obergeschoß, vor der Sanierung des Gebäudes

die Universitätsklinik in „medizinische“ und „sonstige“ Einrichtungen sowie „weitere Untergliederungen“ gegliedert sind, und dass jede medizinische Einrichtung einen Leiter hat. Bezüglich der Übertragung von Aufgaben an Universitätsprofessoren finden sich im HSG-LSA nähere Angaben. Durch die Berufung eines Universitätsprofessors mit der Denomination „Psychosomatische Medizin“ anerkennen Universität und Ministerium dieses Fach als eigenständiges Aufgabengebiet. In Verbindung mit der durch die AO vorgenommenen Zuordnung zum klinischen Teil des Medizinstudiums ergeben sich somit selbständig wahrzunehmende Aufgaben in Lehre, Forschung, Weiterbildung und Krankenversorgung. Für diese Zuordnung gilt das Fachprinzip. Die fachlich-wissenschaftliche Ausrichtung wird bei Professoren mit ärztlichen Aufgaben ergänzt durch die Anerkennung als Facharzt, die für das betreffende Fachgebiet vorgesehen ist. Für diese fachliche Ausrichtung spricht auch die untrennbare Verknüpfung von Forschung und Lehre mit den klinischen Einrichtungen, denen insoweit eine dienende Funktion zukommt.

Weiterhin bestimmt das HSG-LSA für alle Universitätsprofessoren gleichermaßen, dass sie die ihnen obliegenden Aufgaben in ihren Fächern selbständig wahrnehmen. Weisungskompetenzen eines Universitätsprofessors gegenüber einem anderen Universitätsprofessor werden von der Rechtssprechung grundsätzlich für unzulässig gehalten. Dementsprechend bestimmt HSG-LSA für die Professoren zwar einen Dienstvorgesetzten, nicht aber einen weisungsberechtigten Vorgesetzten. Im Einzelfall können sich zwischen Professoren Weisungsbefugnisse aus ihren Dienstaufgaben, insbesondere aus der Übertragung von Leitungsfunktionen für bestimmte Bereiche ergeben. Dies ist z. B. bezüglich fächerübergreifender gemeinsamer Dienstaufgaben (z. B. gemeinsame Nacht- und Wochenenddienste für mehrere Bereiche) möglich, wenn den Professuren verschiedene Fächer (Fachgebiete) zugeordnet sind oder wenn es sich um sog. Parallellehrstühle in demselben Fach handelt.

Zu den Aufgaben einer psychosomatischen Einrichtung zählt die stationäre Krankenversorgung, ohne die die Lehre im Fach nicht möglich ist. Diese Krankenversorgung muss unter der Leitung eines Facharztes für das Fach stattfinden. Dementsprechend sieht die Bundespflegesatzverordnung für das Fach bettenführende Fachabteilungen vor, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Gebietsbezeichnung geleitet werden und die für dieses Fachgebiet überwiegend genutzt werden. Das Bundesverfassungsgericht schreibt in die-

sem Zusammenhang vor, dass in einem Universitätsklinikum jederzeit feststehen muss, welcher Arzt für die Behandlung eines bestimmten Patienten zuständig und ärztlich verantwortlich ist. Innerhalb der Organisationseinheiten (Kliniken, Abteilungen, Bereiche) muss der leitende Arzt in allen Fragen der Krankenversorgung Weisungsbefugnis gegenüber nachgeordneten Ärzten und sonstigem Personal haben, da er anders seine ärztliche Verantwortung nicht wahrhaben kann. Aus der Rechtsprechung folgt, dass dem verfassungsrechtlich verbürgten Recht der Patienten auf körperliche Unversehrtheit durch transparente organisationsrechtliche Strukturen und Kompetenzen ausreichend Rechnung zu tragen ist. Wird dem nicht Rechnung getragen, liegt ein Organisationsverschulden vor.

Eine weitere Aufgabe psychosomatischer Universitätsabteilungen besteht in der Facharztweiterbildung. Gemäß Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt setzt die Befugniserteilung zur Weiterbildung in einem Facharztgebiet voraus, dass die Weiterbildung unter „verantwortlicher Leitung“ des Befugten stattfindet. Die damit gesetzte Verantwortlichkeit erfordert eine fachliche Eigenständigkeit, die den Gestaltungs-



Abbildung 4: Interimsmäßige Unterbringung der Psychosomatischen Station 2001-2005 im Container-Anbau der Kinderklinik an der Wiener Straße, Hochparterre

raum für die Übernahme der geforderten Entscheidungsunabhängigkeit garantiert.

Durch Geltendmachung dieser Erfordernisse gelang die Vereinbarung eines Berufungsprotokolls, welches das Weisungsrecht des psychiatrischen Klinikdirektors im Wesentlichen auf Fragen der Gesamtorganisation der Klinik beschränkte, während Weisungsfreiheit des psychosomatischen Fachvertreters anerkannt wurde für die Pflege von Forschung und Lehre im Fach Psychosomatische Medizin, die Gewährleistung der Krankenversorgung im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die ärztliche Weiter- und Fortbildung im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und die eigenverantwortliche Verwaltung des Budgets.

Zusätzlich wurden der Professur im Rahmen der Berufsvereinbarungen Personal, Betten, Funktionsräume und sachliche Ausstattung zugeordnet und die Bezeichnung „Leiter der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ zuerkannt.

Unter den Bedingungen einer in eine auskömmliche Ressourcenlage eingebetteten bereits etablierten Struktureinheit wären auf diese Weise Arbeitsbedingungen gewährleistet gewesen, die eine ungestörte Entfal-



Abbildung 5: Unterbringung der Psychosomatischen Station 2005-2013 im Haus 4, 2. Obergeschoss, nach der Sanierung des Gebäudes

tung des Faches ermöglicht hätten. Die Situation war jedoch anders: Die bauliche Situation des Universitätsklinikums war Mitte der 1990er Jahre katastrophal, ausreichend sanierte Räumlichkeiten geradezu umkämpft. Das Ärztliche Direktorat war ein Wahlamt mit geringen Einflussmöglichkeiten, die Mentalität war noch stark autoritativ und hierarchisch geprägt, materiale Realität diente als Orientierung, während symbolische, seelische und psychosoziale Zusammenhänge für viele Akteure unterhalb der Wahrnehmungsschwelle blieben. Gleichzeitig herrschte eine extrem hohe Entwicklungs- und Veränderungsdynamik, in der es entscheidend war, zur richtigen Zeit am richtigen Ort seine Interessen durchzusetzen.

In diesem Kontext erwies es sich als nicht einfach, das ohnehin im Vergleich zu anderen Universitätsklinikum mager ausgestattete Fach zu etablieren. Dies betraf zunächst erhebliche Schwierigkeiten, die zugestandenen Ressourcen und Befugnisse in der Realität des Klinikalltags zu implementieren. Am empfindlichsten wurde der Aufbauprozess durch Versuche, der Psychosomatik zugeordnete Mitarbeiter für die Versorgung psychiatrischer Patienten abzuordnen und durch die instabile räumliche Situation belastet: die psychosomatische Station mit ihren 10 Betten wurde zunächst im Erdgeschoss der noch unsanierten ehemaligen Frauenklinik (Haus 4) zusammen mit der Gerontopsychiatrie etabliert, die später zur Psychiatrischen Klinik wurde. Wenig später wurden die Betten ersatzlos geschlossen, weil während der Sanierung von Haus 4 keine Ausweichräume zur Verfügung standen. Als Kompensation erfolgte eine vorübergehende Aufstockung der im Rahmen der Berufungsverhandlungen zugeordneten 8 Tagesklinikplätze. Erst im Januar 1998 konnte der stationäre Betrieb wieder aufgenommen werden in ebenfalls nur provisorisch sanierten Räumen im ersten Obergeschoss von Haus 2. Zu Beginn des Jahres 2001 erfolgte der nächste Umzug der Station, dieses Mal in das Hochparterre eines Containerbaus außerhalb des Klinikcampus im Bereich des damaligen Standortes der Universitätskinderklinik an der Wiener Straße. Da dort keine Räume für Spezialtherapien zur Verfügung standen, mussten die Patienten den Weg zu einem Teil ihrer Therapien mit der Straßenbahn zurücklegen. Die ursprünglich nur für wenige Monate geplante Auslagerung zog sich bis Frühjahr 2005 hin. Ab diesem Zeitpunkt wurden von der Psychiatrie freigezogene Räume im 2. Obergeschoss von Haus 4 auf dem Campus zur Verfügung gestellt. Mit der Aufstockung der Bettenzahl von 10 auf 20 konnte die Station dann im November 2013 nach ihrem vorläufig letzten Umzug die Ebene 7 in dem

gemeinsam mit Orthopädie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde genutzten Haus 8 beziehen.

Zusammengefasst spiegelt diese Entwicklung der räumlichen Situation die Tatsache wider, dass unter der raschen und sich zum Teil überstürzt vollziehenden Entwicklungsdynamik der Nachwendezeit die Etablierung und Entwicklung der Psychosomatik im Universitätsklinikum Magdeburg stark durch fortlaufenden Aufschub von Berufungszusagen, Hintanstellung ihrer Bedarfe und Verteilungsungerechtigkeit behindert wurde als Folge der fehlenden Verankerung des Faches im Strukturplan von Fakultät und Klinikum.

Dies änderte sich mit dem im März 2009 an mich erteilten Ruf auf die W3-Professur für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität Leipzig (Nachfolge Prof. Dr. Michael Geyer) und den in der Folge geführten Bleibeverhandlungen, die zur Einrichtung einer W3-Professur in Magdeburg und im September 2009 zur Verankerung einer „Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ im Strukturplan führten. Aus dem Ausschreibungs- und Besetzungsverfahren ging ich als primo loco platzierter Bewerber hervor und nahm den im Juli 2010 erteilten Ruf im Oktober 2010 an.



Abbildung 6: Der Klinikdirektor im Juni 2010 an seinem Arbeitsplatz im Haus 19, Hochparterre

Bedarf, aktuelle Versorgungssituation und Leistungsspektrum

Anhand der Ergebnisse des Bevölkerungssurveys Sachsen-Anhalt 2003 erklärt das Ministerium für Gesundheit und Soziales in seinem 4. (Dippelhofer-Stiem & Köhler 2003) und 5. Gesundheitsbericht (Dippelhofer-Stiem & Döll 2005), dass weniger als 1 Prozent der Sachsen-Anhalter von Beschwerden des psychosomatischen Spektrums verschont bleiben. So beklagten 93% Müdigkeit, 86% Rückenschmerzen, 85% Kopfschmerzen, 83% eine gedrückte Stimmung, 81% Konzentrationsschwierigkeiten und 71% Schlafprobleme. 52% kennen Magen- und 47% Zahnschmerzen. Diese Beschwerden sind weiterhin zumeist miteinander verknüpft, determinieren sich aber nicht gegenseitig. Die Häufigkeit des Erscheinens von Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, verbunden mit gedrückter Stimmung, und Schlafprobleme stehen in einem gewissen Wechselverhältnis. Je öfter eines dieser Symptome auftritt, des-

Tabelle 4: Aktuelles Hauptaufgabenspektrum der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg

1. die Lehre des Fachs für Medizinstudenten der Universität Magdeburg;
2. die Lehre als Wahlpflichtfach im M. Sc.-Studiengang Psychologie;
3. die psychosomatische und psychotherapeutische Forschung in drei Forschergruppen;
4. die Mitwirkung im Sonderforschungsbereich der Deutschen Forschungsgemeinschaft SFB/Transregio 62 Eine Companion-Technologie für Kognitive technische Systeme;
5. die Krankenhausbehandlung in 20 stationären Betten und 10 tagesklinischen Plätzen;
6. den psychosomatischen Konsiliardienst für das gesamte Universitätsklinikum (ca. 1100 Betten);
7. die psychotherapeutische Beratung Studierender der Universität Magdeburg;
8. die psychoonkologische Beratung in der von der Deutschen Krebshilfe unterstützten Krebsberatungsstelle;
9. die psychotherapeutische Beratung ehemaliger politisch Verfolgter in einem Gemeinschaftsprojekt mit der Landesbeauftragten für die Unterlagen der Staatssicherheit sowie die Begutachtung politisch Traumatisierter,
10. ambulante psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ).

to wahrscheinlicher ist dies auch für andere aus diesem Formenkreis. Verschiedenste Beeinträchtigungen scheinen vielmehr kombiniert aufzutreten, was eine umfassende Konzeption von Gesundheit erfordert, die neben organischen auch psychosomatische Aspekte einbezieht.

11 Prozent der Sachsen-Anhalter litten in den 6 Monaten vor der Erhebung unter nervösen oder emotionalen Störungen, einschließlich Angstsyndromen, die das Aufsuchen ärztlicher Hilfe auslösten. Weitere 7 Prozent gaben diese Beschwerden im davor liegenden Zeitraum an. Damit ist insgesamt knapp ein Fünftel der Sachsen-Anhalter wegen nervösen oder emotionalen Störungen zum Patienten geworden oder derzeit noch in dieser Rolle.

Ende 2013 betrug die Einwohnerzahl der Stadt Magdeburg 231.021 Personen. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung der Stadt Magdeburg hat sich seit der politischen Wende kontinuierlich verbessert. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vom Februar 2006 waren 39 Psychotherapeuten in der Stadt Magdeburg niedergelassen, d.h. auf 100.000 Einwohner kamen 17 Psychotherapeuten. Laut Auskunft der Bundespsychotherapeutenkammer waren zum damaligen Zeitpunkt hingegen in den alten Bundesländern zwischen 15 und



Abbildung 7: Unterbringung der auf 20 Betten erweiterten Psychosomatischen Station seit 2013 im Haus 8, Ebene 7

26, in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sogar zwischen 40 und 50 niedergelassene Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner verfügbar. Eine erneute Anfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung im Februar 2016 ergab, dass nunmehr 55 Psychologische Psychotherapeuten (53 Versorgungsaufträge), 14 ärztliche Psychotherapeuten (11,5 Versorgungsaufträge) und 15 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen sind, was einer erheblichen Verbesserung der Versorgungssituation im ambulanten Sektor entspricht.

Der Vergleich der voll- und teilstationären psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung innerhalb des Bundeslandes fällt allerdings für Magdeburg schlecht aus. Bei einem Vergleich des Landesbettenplans zeigt sich zwischen den Städten Halle und Magdeburg eine eklatante Differenz: In den Akutkrankenhäusern der Stadt Halle, dem St. Elisabeth-Krankenhaus sowie dem Diakonie-Krankenhaus, bestehen insgesamt 45 vollstationäre psychosomatische Betten sowie eine psychosoziale Tagesklinik in der Diakonie mit 30 Plätzen. Daneben besteht in der Psychiatrischen Universitätsklinik eine psychosomatische Station mit 12 Betten und 8 tagesklinischen Behandlungsplätzen. Im Vergleich hierzu wird die Psychosomatik in Magdeburg ausschließlich im Universitätsklinikum mit 20 Betten und 10 Tagesklinikplätzen vorgehalten. Dies bedeutet eine Diskrepanz von 20 vs. 57 psychosomatischen stationären Betten sowie 10 vs. 38 tagesklinischen Plätzen zwischen Magdeburg und Halle zu ungunsten von Magdeburg.

Janssen et al. (1998) empfahlen bereits in den 1990er Jahren als Richtwert für die Krankenhausbedarfsplanung im Bereich des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (für Baden-Württemberg) die Einrichtung von 0,18 bis 0,24 Betten des akuten Versorgungsbereiches pro 1.000 Einwohner. Betrachtet man als Versorgungsbereich der Magdeburger Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausschließlich die Stadt Magdeburg ohne Berücksichtigung der Nachbarstädte und -gemeinden, so ergibt sich eine Bedarfs-Bettenzahl zwischen 40 und 55.

Die einzige vorhandene psychosomatische Einrichtung in der Stadt Magdeburg ist die Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Diese Klinik stellt somit ein Alleinstellungsmerkmal des Universitätsklinikums dar. Da eine Wiederbesetzung des vakanten psychosomatischen Lehrstuhls an der Universität Halle derzeit aus Gründen der komplementären Schwerpunktbildung beider Landesuniversitäten nicht geplant ist, handelt es sich auch bei dem Psychosomatischen Lehr-

stuhl an der Otto-von-Guericke-Universität um ein Alleinstellungsmerkmal in Sachsen-Anhalt. Das Leistungsspektrum der Abteilung umfasst: Im Bereich der stationären und teilstationären Krankenversorgung wird – insbesondere auch aus Gründen der Lehre – das Gesamtspektrum psychosomatischer Erkrankungen behandelt. Schwerpunktbildungen liegen entsprechend der Inanspruchnahme (s. Tabelle 5) im Bereich der somatoformen Störungen und hier insbesondere im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen sowie auch im Bereich der Essstörungen (Anorexia nervosa) vor.

Im Bereich des Konsiliardienstes besteht eine besonders intensive Kooperation mit der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie. Enge Kooperationen bestehen mit der Klinik für Hämatologie/Onkologie im Bereich der Psychoonkologie und mit der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie im Bereich von Psychoonkologie, Transplantationsmedizin und Adipositaszentrum. Für Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen und Bewegungsstörungen arbeiten wir ferner mit der Orthopädischen Universitätsklinik eng zusammen und für psychotraumatologische Erkrankungen besteht im Rahmen des Schwerstverletztenartenverfahrens der Berufsgenossenschaften eine enge Kooperation mit der Universitätsklinik für Unfallchirurgie. Langjährig führt unsere Klinik im Auftrag des Studentenwerks und der Universität die *Psychosoziale Beratung Studierender* durch. Mit der Landesbeauftragten für die Unterlagen der Staatsicherheit besteht ebenfalls eine langjährige Kooperation im Bereich *Beratung und Begutachtung politisch durch den SED-Staat traumatisierter Menschen*.

Das gesamte Leistungsspektrum der Abteilung wird derzeit mit 8,5 wissenschaftlich-akademischen Mitarbeitern (Ärzten und Psychologen, einschl. Professur) in der Klinik, einer Facharztstelle im MVZ, sowie 7 Mitarbeitern im Bereich des sonstigen Personals (Sozialpädagogen, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten etc.) abgedeckt, zuzüglich Krankenschwestern/pflegerinnen und für Spezialaufgaben befristet eingeworbene Drittmittelstellen. Laut Berechnungen auf der Basis des HMG-LSA sind davon allein schon knapp 4 akademische Stellen im Bereich der wissenschaftlichen Mitarbeiter für die Lehre erforderlich, so dass nur 4,5 akademische Stellen für das Gesamtspektrum der Aufgaben im Klinikum einschließlich Konsiliardienst zur Verfügung stehen.

Entsprechend der Unterversorgung entsprach der Nutzungsgrad der in der Abteilung vorhandenen Betten 101,8% im Jahr 2015, die Auslastung der Tagesklinik betrug 105,0%. Wie in psychosomatischen Kliniken



Abbildung 8: Mitarbeiter der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Stand Frühjahr 2014

generell üblich liegt die Behandlungsdauer auf der Station weit über der in somatischen Kliniken üblichen Dauer. Im Jahr 2015 betrug sie durchschnittlich 65 Tage, behandelt wurden 112 Patienten. Die Wartezeiten für stationäre und teilstationäre Behandlungen erstrecken sich aufgrund der eingeschränkten Kapazitäten über mehrere Monate. Bei einem Vergleich der Erträge und Kosten ergibt sich unter Berücksichtigung des der Klinik zustehenden Betrages aus dem Landeszuschuss für Forschung und Lehre seit 1996 jährlich ein erheblicher Deckungsbeitrag, der dem Gesamtklinikum aus der Klinik zufließt.

Im wissenschaftlichen Bereich arbeitet die Abteilung trotz der fehlenden Ergänzungsausstattung bezüglich Wissenschaftler-Stellen hocheffektiv. Nachdem in den ersten drei Jahren nach der Gründung die Implementierung von Klinik und Lehre im Vordergrund stand, gelang es seit der Jahrtausendwende eine kompetitive, leistungsstarke, lokal, national und international vernetzte Forschungsstruktur aufzubauen. Diesbezüglich wurde neben der Psychotherapieforschung die psychosomatische Forschung intensiviert. Es entstanden Kooperationen mit der inzwischen geschlossenen psychosomatischen Nachbarabteilung an der Universität Halle im Bereich Tinnitus, mit der Psychosomatischen Klinik der Charité Berlin im Bereich Leberlebenspende und mit der onkologisch-hämato-

logischen Abteilung des Universitätsklinikums Magdeburg. Die zuletzt genannte Kooperation wurde von 2003 bis 2007 von der José Carreras Leukämie-Stiftung über zwei Förderperioden finanziert und betreibt aktuell ein von der Deutschen Krebshilfe unterstütztes Projekt für Eltern krebskranker Jugendlicher und junger Erwachsener (AYA). Seit 2009 ist durch Drittmittel desselben Förderers der Betrieb einer psychoonkologischen Krebsberatungsstelle mit 4 Mitarbeitern auf dem Campus des Universitätsklinikums möglich. Die Forschung über ärztliches Gespräch, Beratung und Psychotherapie konnte ab 1998 über lange Jahre im interdisziplinären *Graduiertenzentrum für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung* (vormals Zentrum für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung) der Universität institutionell beheimatet werden, dem ein von der Hans-Böckler-Stiftung getragenes Promotionskolleg angegliedert war. Seit 2009 sind wir in der zweiten Förderphase erfolgreicher Mitantragssteller für den von der Deutschen Forschungsgemeinschaft mit jährlich ca. 2 Millionen Euro finanzierten *SFB/Transregio 62 „Eine Companion-Technologie für kognitive technische Systeme“*. Der internationale Zweig der Forschung bestand über viele Jahre in einer engen Kooperation mit der York University, Ontario, Kanada, aus der mehrere Tagungen, Forschungsprojekte und ein mit Prof. D. L. Rennie herausgegebenes Lehrbuch hervorgegangen sind (Frommer & Rennie 2006). In der leistungsorientierten Mittelvergabe der Fakultät belegt die Klinik in der Kategorie *Ranking nach dem Verhältnis Drittmittel/Forschungspotenzial* für den Zeitraum 2012-2014 wie schon zuvor den ersten Platz. Nimmt man alle berücksichtigten Parameter zusammen, so erreicht die Klinik seit Jahren gute Plätze.

Die Lehrleistung der Klinik umfasst zwei Semesterwochenstunden Vorlesung und zwei Semesterwochenstunden Unterricht am Krankenbett im klinischen Teil des Studiums. Entsprechend dem Wunsch der Fakultät wird ein Teil dieser Lehre im dritten Studienjahr unmittelbar nach dem Physikum im Rahmen des klinischen Untersuchungskurses erbracht. Hier erlernen die Studierenden theoretisch und klinisch am Patienten Grundlagen der Gesprächsführung, Anamneseerhebung und Bewältigung schwieriger Situationen wie z. B. Mitteilung einer Krebsdiagnose. Im fünften Studienjahr folgen dann die Hauptvorlesung und der Unterricht am Krankenbett. Darüber hinaus ist unser Fach involviert in die Gebiete Umweltmedizin und Palliativmedizin. Schließlich bieten wir auch das Fach Psychosomatik als Wahlpflichtfach für Master-Studierende im Fach Psychologie an.