

Verordnung von Psychopharmaka durch Psychotherapeuten ?

Einleitung

Der Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – nachfolgend Psychotherapeuten* genannt – entwickelt sich immer weiter. Dies ist nicht nur gut so, sondern stellt auch eine Notwendigkeit dar, denn nur durch Weiterentwicklung und –qualifikation werden wir Psychotherapeuten dauerhaft in der Lage sein, den Menschen, die uns aufsuchen, auch die adäquaten Hilfen und Behandlungen zukommen zu lassen. Darüber hinaus gehört es zum professionellen Selbstverständnis, ein Leben lang zu lernen und die eigenen Kompetenzen zu erweitern. Systeme, die stagnieren, sind dauerhaft nicht überlebensfähig und werden durch andere ersetzt.

Ein Meilenstein unserer beruflichen Weiterentwicklung stellt zweifelsohne das Psychotherapeutengesetz vom 01.01.1999 dar. Nach langen Jahren der internen und externen Auseinandersetzung konnte schließlich ein Weg gefunden werden, Psychotherapeuten eine gesetzliche Grundlage zu schaffen. Sie sind seitdem nicht mehr aus dem Gesundheitssystem wegzudenken und haben sich bereits in den verschiedensten Bereichen etablieren können. Darüber hinaus werden psychotherapeutisches Denken und Handeln, bedingt durch die zunehmende Integration von Psychotherapeuten in die unterschiedlichsten Behandlungsfelder, einer immer größer werdende Zahl von Menschen bekannt und zugänglich gemacht. Auch das gesellschaftliche Denken in Bezug auf psychische Probleme hat sich in den letzten Jahren zwar geringfügig, aber dennoch geändert. Es ist etwas offener geworden, wie auch die Beispiele von Sportlern und Politikern zeigen, eigene psychische Probleme und Belastungsreaktionen öffentlich zu benennen. Allerdings ist auch mit aller Deutlichkeit darauf hinzuweisen, dass die Stigmatisierung psychisch belasteter und kranker Menschen in dieser Gesellschaft noch sehr groß ist, so dass wir gegen diese Tendenzen jeder Zeit konsequent angehen sollten.

Im Zuge dieser skizzenhaft angedeuteten Veränderungen hat sich auch das Selbstverständnis der Psychotherapeuten verändert. In Bezug auf die Psychologischen Psychotherapeuten heißt das, dass sie nun nicht mehr nur Diplom-Psychologen sind, sondern darüber hinaus Psychotherapeuten mit einem eigenständigen Profil und Selbstbewusstsein. Entsprechendes gilt für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ihren vorhandenen Grundberufen. Beide Berufe sind nun als eigenständige Heilberufe gesetzlich verankert.

Hat es noch vor Jahren deutliche Konflikte zwischen Psychotherapeuten gegeben – erwähnt seien beispielhaft die Dissonanzen zwischen den Kolleginnen und Kollegen, die im Delegationsverfahren gearbeitet haben und denen, die über die Erstattung psychotherapeutischer Leistungen tätig waren, oder aber zwischen Verhaltenstherapeuten und Psychodynamikern – so haben sich diese Differenzen zunehmend auflösen können und die Diskussion ist moderater geworden. Gemeinsamkeiten zwischen Psychotherapeuten werden deutlich mehr betont, statt die Gewichtung auf Unterschiedlichkeiten zu legen. Die Fusion zwischen der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und des Deutschen Psychotherapeutenverbandes zur Deutschen Psychotherapeutenvereinigung macht diese Entwicklung in besonderer Weise noch einmal deutlich.

Dieser für eine junge Profession normale und notwendige Reifungsprozess ist natürlich noch nicht abgeschlossen, sondern bedarf noch einiger Jahre bis Jahrzehnte. Es gilt hierbei Bewährtes zu erhalten und auszubauen und sich neuen Entwicklungsmöglichkeiten zu öffnen.

Eine Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten wäre es beispielsweise, wenn Psychotherapeuten Leistungen der Prävention zu Lasten der Krankenkassen erbringen dürften, Klinikeinweisungen oder Krankschreibungen vornehmen könnten oder die Möglichkeit bekämen, Ergo- oder Logotherapie zu verordnen. Fachlich spräche dem nichts entgegen und die Erbringung der genannten Leistungsmöglichkeiten wäre ein ganz normaler Vorgang, integriert in das berufliche Selbstverständnis eines Psychotherapeuten.

Ebenso verhält es mit der Teilnahme von Psychotherapeuten an den Disease-Management-Programmen (Dombrowski, 2002a, 2004; Joisten, 2002) Die fachlichen Voraussetzungen liegen vor, wenn wir beispielsweise daran denken, dass in den letzten Jahren Konzepte entwickelt wurden, chronisch kranken und psychisch belasteten Menschen adäquate Hilfen zukommen zu lassen, wie bei Brustkrebs, Diabetes mellitus, KHK und Lungenerkrankungen, um nur einige Beispiele zu nennen (Budde und Langosch, 2004; Dombrowski und Gravemeier, 2002; Kusch und Stecker, 2005a, 2005b; Reuter et al., 2004; Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, 2002). Ebenso hat sich unsere Profession bei der Behandlung anderer Störungsmuster und Krankheitsbilder weiter entwickelt und Ausbildungscurricula etabliert. Als Stichwort sei hier die Behandlung von Schmerzpatienten und Patienten mit hirnorganisch bedingten psychischen Störungen genannt.

Weiteres Entwicklungspotential liegt darin, die Verordnungsmöglichkeit von Psychopharmaka in das Behandlungsspektrum aufzunehmen und Kolleginnen und Kollegen, die dies tun wollen, auch die Möglichkeiten dazu zu schaffen.

Der nachfolgende Artikel handelt über dieses Thema und stellt Argumente vor, die für die Verordnungsmöglichkeit sprechen und solche, die als Vorbehalt angesehen werden könnten. Grundlage für diesen Artikel sind die bisher wenigen Publikationen zu diesem Thema und eigene Überlegungen. Der Artikel erhebt somit nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, zumal die Diskussion darüber in Deutschland erst allmählich beginnt und breiter wird. Er erhebt auch nicht den Anspruch alle hier aufgeführten Argumente bis in die letzte Konsequenz hinein durchdacht zu haben, sondern möchte Anregungen zur fachlichen Diskussion geben, als deren Ergebnis ein insgesamt in sich schlüssiges Konzept stehen könnte.

Zum zeitlichen Abriss der Diskussion

Erstmalig kam in den USA in den achtziger Jahren die Diskussion auf über Verordnungsmöglichkeiten von Psychopharmaka für promovierte klinische Psychologen, also solchen, die dort psychotherapeutisch, sprich heilkundlich, tätig sein dürfen (BPA, 1981). Diese Diskussion wurde allerdings nicht abschließend beendet. In den neunziger Jahren kam es erneut zur fachlichen Auseinandersetzung zur genannten Frage, die teils heftig zwischen den Psychologen selbst und zwischen Psychologen und vornehmlich Psychiatern geführt wurde

(Barclay, 1989; Smyer et al., 1993; DeLeon, Sammons und Sexton, 1995; Fox, Schwelitz und Barclay, 1992; Lorion, 1996). Das Hauptargument von psychiatrischer Seite gegen eine Verordnungsmöglichkeit durch Psychologen bestand darin, dass behauptet wurde, dass Psychologen unzureichende Kompetenzen bzgl. biologischer, physiologischer und pharmakologischer Grundlagen aufweisen würden. Im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprojektes des US-Militärs wurde untersucht, ob tatsächlich negative Konsequenzen eintreten würden, wenn entsprechend ausgebildete und supervidierte Psychologen Psychopharmaka verordnen würden. Als Ergebnis konnte festgehalten werden, dass es dabei zu keinerlei negativen Konsequenzen gekommen ist. In Folge dieses Untersuchungsergebnisses entschlossen sich die US-Bundesstaaten Louisiana und New Mexico gesetzliche Grundlagen dafür zu schaffen, dass Psychologen unter bestimmten Voraussetzungen Psychopharmaka verordnen dürfen. Voraussetzung dazu ist die Absolvierung einer entsprechenden Ausbildung mit anschließender staatlicher Prüfung.

In Deutschland gab es ebenfalls in den achtziger Jahren eine erste Publikation zu diesem Thema (Fox, 1988). Eine nachfolgende Diskussion stellte sich jedoch nicht ein. Nach dem PTG von 1999 gab es erneut Ansätze dazu (DeLeon und Wiggins, 2000; Mailingliste der Vereinigung, 2000; Traue und Reinecker, 2000). Aber auch diesmal entwickelte sich keine weiterführende Auseinandersetzung. Der Grund hierfür war sicherlich auch darin zu sehen, dass die Energien und Ressourcen der Psychotherapeuten durch die Integrationsbemühungen in die Gesundheitssysteme und die jahrelangen juristischen Auseinandersetzungen bzgl. der Honorarfragen nach dem PTG gebunden waren. Aktuell flammt die Frage nach der Verordnungsmöglichkeit erneut auf (Hoyer, 2003; Lautenbacher, 2003; Laux, 2003; Rau, 2006). Es kann aufgrund der veränderten Voraussetzungen diesmal mit einer breiteren Diskussion gerechnet werden, als die beiden Male zuvor.

Berufliche Weiterentwicklung und professionelle Reifung

Als Psychotherapeuten wenden wir die unterschiedlichsten Techniken und Verfahren an, um Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden und unseren Dienst in Anspruch nehmen, zu heilen oder ihre Leiden zu lindern. Im Zuge unserer Tätigkeit nehmen wir Einfluss auf den verhaltensbezogenen, kognitiven, emotionalen und physiologisch-biologischen Kontext. Das Ziel unserer Tätigkeit kann nach Fox (1988) darin verstanden werden „die Effektivität menschlichen Verhaltens und menschlicher Bewältigungsstrategien zu verbessern“. Dieser Definition folgend hängt die Wertigkeit psychotherapeutischer Tätigkeit nicht von der Art des psychotherapeutischen Verfahrens ab oder gar von der Betonung nicht-physischer Prozesse, sondern vielmehr von der Verstärkung und Verbesserung von Bewältigungsstrategien. Dies schließt sowohl psychologische, soziale als auch physische Behandlungsmethoden mit ein. Die Verordnung von Psychopharmaka, die zu einer Heilung oder Linderung des Krankheitsbildes führen soll, stellt somit einen **integralen Bestandteil** psychotherapeutischer Tätigkeit dar, wie auch die Anwendung von Entspannungsverfahren, Biofeedback oder Lichttherapie integrale Bestandteile einer Psychotherapie sind. Ein Sich-Verschließen gegenüber einer Pharmakotherapie würde bedeuten, Möglichkeiten und Ressourcen, die dem Wohle des Patienten dienen könnten, nicht ausreichend zu nutzen.

Bedingt durch das Studium der Psychologie (bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend) und anschließender 3 – 5 jähriger Ausbildung und Approbation zum Psychotherapeuten bietet unsere Profession optimale Voraussetzungen dafür, das Recht auf Verordnung von Psychopharmaka anzustreben. Psychotherapeuten lernen in ihrer universitären Sozialisation wissenschaftlich zu denken und zu arbeiten. Sie sind vertraut mit der Anwendung wissenschaftlicher Prinzipien und Methoden. Im Studium werden biologische und physiologische Grundlagen erlernt und vertieft. Neben der Physiologischen und Allgemeinen Psychologie haben sich gerade in den letzten Jahren Disziplinen wie Neuropsychologie, Biologische Psychologie und Pharmakopsychologie weiterentwickelt und zunehmend an den Universitäten etabliert. Dies führt nicht zuletzt dazu, dass für eine zukünftige Verordnung notwendige grundlegende fachliche Voraussetzungen bereits vorhanden sind, die allerdings noch entsprechend erweitert und ausgebaut werden müssten.

Vergleichbares gilt für die Psychotherapeutenausbildung und die tägliche berufliche Praxis. Im Rahmen der Ausbildung zum Psychotherapeuten werden die Wirkungsweisen und Anwendungsmöglichkeiten von Psychopharmaka und psychoaktiven Substanzen vermittelt, die einzelnen Substanzklassen, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen sowie ihre Wechselwirkungen mit anderen Pharmaka behandelt. Letztlich führt die tägliche Arbeit mit dem Patienten, der vielfach medikamentös durch den Arzt eingestellt ist, dazu, dass wir uns mit Fragen der Psychopharmakawirkung auseinandersetzen müssen.

Es sollte deutlich geworden sein, dass damit ein breiter Fundus an theoretischen und praktischen Voraussetzungen bereits vorliegt, der durch weitere Qualifikationsanforderungen erweitert werden könnte, damit eine fachlich ausreichende und verantwortungsvolle Verordnung von Psychopharmaka durch Psychotherapeuten vorgenommen werden kann. Ein Modell hierfür bietet das Curricula zur Erlangung der Verordnungskompetenz in den USA, auf das später noch eingegangen wird.

Die Pharmaindustrie hat sich übrigens in den achtziger Jahren durch die Einstellung einer Vielzahl von Psychologen deren wissenschaftliche Kompetenz und Sensibilität für das Erfassen von Bedingungs- und Wirkfaktoren zunutze gemacht. Darüber hinaus werden an den psychologischen Instituten der Universitäten seit Jahren die unterschiedlichsten Untersuchungen über die Wirkungsweise psychotroper Substanzen durchgeführt (Leonard, 2001). An diesen Beispielen soll noch einmal deutlich werden, dass das Thema „Pharmaka“ bereits seit Jahrzehnten in unsere Ausbildungsgänge und auch Anwendungsbereiche integriert ist, also substantiell zur psychologischen und psychotherapeutischen Professionalität gehört.

Die bei unserer Berufsgruppe vorhandenen Möglichkeiten und Kompetenzen sollten daher im weitaus höheren Ausmaß für die psychotherapeutische Praxis genutzt werden als bisher. Die Voraussetzungen dazu sind gegeben. Doch welche Gründe spielen hierfür eine Rolle, dass sich Psychotherapeuten noch sehr zaghaft dem Thema der Verordnungsmöglichkeit von Psychopharmaka zugewandt haben? Neben der eingangs beschriebenen energetischen Bindung nach dem PTG bzgl. der juristischen und ökonomischen Absicherung psychotherapeutischer Leistungen spielt sicherlich auch eine Rolle, dass innerhalb der Profession der Psychotherapeuten der physiologisch-biologische Aspekt zugunsten psycho-sozialer Faktoren vernachlässigt wird.

Trennung von Körper und Psyche oder unzureichende Umsetzung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells

Wenn ich Psychotherapeuten danach fragen würde, ob sie der Meinung sind, dass psychische Erkrankungen sowohl biologisch, psychisch als auch sozial begründet sind und demzufolge die Behandlung auch diese genannten Komponenten berücksichtigen müsste, was glauben Sie, wie viel Prozent würden meine Frage mit „Ja“ beantworten. Sicherlich ein sehr hoher Prozentsatz, was nicht verwunderlich ist, denn das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell ist allgemein anerkannt und akzeptiert.

Würde ich darüber hinaus diese Psychotherapeuten fragen, in welchem Ausmaß sie selbst diese einzelnen Faktoren auch tatsächlich in ihrer praktischen Arbeit umsetzen und berücksichtigen, was glauben Sie, wie würde die Antwort dann lauten?

Fox (1988) weist darauf hin, dass die Klinische Psychologie als Wissenschaft und Profession davon abkommen müsse, die Zweiteilung zwischen Leib und Seele aufrecht zu erhalten. Auch heute ist diese Zweiteilung noch nicht aufgehoben (Schweiger und Reinecker, 2006), so dass eine Überbetonung psycho-sozialer Faktoren zu ungunsten biologisch-physiologischer Aspekte stattfindet.

Eine Ausbalancierung dieser Komponenten sowohl im professionellen Denken als auch in unserer psychotherapeutischen Praxis sollte stattfinden, nicht zuletzt zum Wohle unserer Patienten. Die Erweiterung unseres Behandlungsspektrums durch die Hinzuziehung von Verordnungsmöglichkeiten von Psychopharmaka wäre ein wichtiger Schritt in diese Richtung, dem wir uns nicht verweigern sollten.

Verbesserung der Behandlung psychisch und psychiatrisch erkrankter Menschen

Über das Ausmaß an psychischen Erkrankungen und die Zunahme psychisch bedingter Krankschreibungen und Berentungen wird regelmäßig durch wissenschaftliche Publikationen und Veröffentlichungen durch die Krankenkassen berichtet. Diese Zahlen dürften jedem Psychotherapeuten bekannt sein und sollen in diesem Kontext nicht noch einmal dargestellt werden.

Im Gegensatz dazu ist die Versorgung psychisch und psychiatrisch erkrankter Menschen durch eine Fehl- und Unterversorgung gekennzeichnet (Berger, 2004). Die vorhandenen langen Wartezeiten für Psychotherapie, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen, erlebt jeder Praktiker Tag täglich, wenn Menschen nach einer Psychotherapie anfragen. Die Niederlassung in einer psychotherapeutischen Praxis ist zudem für die meisten psychotherapeutisch tätigen Ärzte offensichtlich relativ reizlos, wie die häufig nicht ausgenutzte 40 % - Quote in den meisten KV-Bezirken zeigt. Ebenso ist die Zahl der Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie im ambulanten und stationären Bereich abnehmend. Es wird befürchtet, dass zukünftig Versorgungsengpässe entstehen. Demzufolge werden auch zunehmend Psychotherapeuten in die Behandlung psychiatrischer Patienten eingebunden (Laux, 2003). Eine eklatante psychiatrische

Unterversorgung hat in den beiden eingangs erwähnten US-Bundesstaaten letztlich u.a. auch dazu geführt, dass ein Gesetz zur Verordnung von Psychopharmaka durch Psychologen erlassen wurde, um die Versorgungssituation zu verbessern. Das, was die Amerikaner erlebt haben, wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach Zeit versetzt auch in Deutschland und Europa zeigen.

Blickt man einmal auf die Arzneimittelverordnungen niedergelassener Ärzte für den Indikationsbereich „Zentralnervensystem“, so zeigen sich für das Jahr 1999 gesamt 19.315.000 Verordnungen (IMS HEALTH GmbH & Co.OHG, 1999). Davon entfallen 80,6 % der Verordnungen auf Depressionen und 12,8 % auf Angststörungen. Antidepressiva stellen somit die am weitaus häufigsten verordneten Psychopharmaka dar. Benkert und Hippus (2000) weisen darauf hin, dass eine Antidepressivatherapie immer in einen Gesamtbehandlungsplan eingebunden werden muss und dass neben der medikamentösen Behandlung auch psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen stattfinden müssen. Wie sieht nun aber die Behandlungswirklichkeit aus?

Als erster Ansprechpartner für die Versorgung psychischer Erkrankungen, insbesondere bei Angststörungen und Depressionen, kann in Deutschland der Hausarzt angesehen werden. Er betreut ca. 50 % der Patienten mit psychischen Störungen. Wie gut die Diagnosesicherheit und Therapie bei Hausärzten in Bezug auf psychische Störungen ist, ist zwischenzeitlich wiederholt publiziert worden. Wittchen und Jacobi (2004) berichten in der „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, dass Hausärzte nur 34,4 % ihrer Patienten mit einer generalisierten Angststörung, der häufigsten Angststörung in der hausärztlichen Praxis, richtig diagnostizieren. Demzufolge erhalten weniger als 10 % der Betroffenen eine entsprechend notwendige Therapie oder Überweisung zum Facharzt. Ähnlich niedrige Erkennungsraten zeigen Hausärzte bei Depressionen mit korrespondierend niedriger adäquater Behandlungsrate. (Kompetenznetz Depression, 2004; Kruse, 2002). Ebel und Beichert (2002) weisen daraufhin, dass die Versorgungssituation und Qualität der medikamentösen Therapie in der allgemeinärztlichen Praxis als nicht ausreichend anzusehen ist. Antidepressiva werden zu ungezielt, in zu niedrigen, sprich unwirksamen Dosen und über einen zu kurzen Zeitraum verordnet. Durch verschiedene Maßnahmen soll nun versucht werden, dieses schlechte Diagnose- und Behandlungsverhalten der Hausärzte zu verbessern, wie beispielsweise durch gemeinsame Fortbildungen und Erstellen von Leitlinien zwischen Psychiatern und Hausärzten (Richter-Kuhlmann, 2004). Inwieweit sich hier zukünftig dann auch eine deutliche und stabile Verbesserung ergibt, bleibt abzuwarten.

Darüber hinaus kann auch das Ordnungsverhalten von Ärzten in Bezug auf Schlaf- und Beruhigungsmittel als kritisch angesehen werden. Glaeske et al. (1997) weisen unter Bezugnahme auf verschiedene Untersuchungen zu diesem Thema darauf hin, dass

- 7 % aller Patienten Medikamente mit Abhängigkeitspotential über Zeiträume erhalten, die eine Abhängigkeitsentwicklung als sehr wahrscheinlich machen,
- wenn Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial über einige Wochen verordnet werden, diese meist in eine Langzeitverordnung übergehen,
- 80 % der Langzeitverordnungen an Patienten über 55 Jahre und zwei Drittel der Verordnungen von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial an Frauen gehen,
- 80 % aller Verordnungen sich auf Schlafmittel und Tranquilizer des Benzodiazepin-Typs beziehen und
- ca. zwei Drittel der Benzodiazepin-Verordnungen von Praktikern und

Allgemeinmedizinern vorgenommen werden, 23 % von Internisten und nur 10 % von Nervenärzten.

Diese Zahlen machen deutlich, dass hier ein enormes Ausmaß an Fehlbehandlungen vorliegt, die auch gleichzeitig zu iatrogenen Schäden führen.

Es besteht insofern ein gesellschaftliches Interesse, dass die Versorgungs- und Verordnungssituation psychisch kranker Menschen verbessert wird. Auf die Notwendigkeit, in diesen Versorgungssektor mehr finanzielle Mittel hineinfließen zu lassen wird sowohl von psychotherapeutischer (Weidhaas und Nadolny, 2006) als auch von fachärztlicher Seite (Berger, 2004) hingewiesen. Bemühungen innerhalb der ärztlichen Profession das Ordnungsverhalten von Psychopharmaka bei Hausärzten zu verbessern wurden erwähnt. Eine weitere, bisher noch nicht ausreichend diskutierte Möglichkeit, würde darin bestehen, auch für Psychotherapeuten die Möglichkeit zu schaffen, Psychopharmaka zu verordnen. Dies würde nicht nur zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führen, sondern auch gleichzeitig dazu beitragen, dass Kosten in diesem Sektor gesenkt werden. Eine Reduzierung einer Interventionsmethode auf eine Behandlergruppe beschränkt gleichzeitig die Verfügbarkeit dieser notwendigen Leistung und führt zu einer Erhöhung der Kosten, da sich die Bedingungen eines freien Marktes nicht durchsetzen können. Ein weiterer, sowohl fachlicher als auch ökonomischer Vorteil kann darin gesehen werden, dass die Person, die die Verantwortung für die Bewältigung der vorliegenden psychischen Störung trägt, nämlich der Psychotherapeut, auch gleichzeitig die Verordnung durchführt. Dies entlastet zum einen den behandelnden Hausarzt, der vielfach nur unzureichend über die psychosoziale Situation des Patienten informiert ist, und gibt dem Psychotherapeuten die Gelegenheit ein in sich schlüssiges Behandlungskonzept anzubieten, bei dem Reibungsverluste deutlich reduziert werden, die insbesondere dann auftreten, wenn sich mehrere Behandler für einen Patienten zuständig zeigen.

Verordnungsverhalten und Selbstmanagement

Rau (2006) weist daraufhin, dass eine Verordnung von Psychopharmaka durch Psychotherapeuten dazu führen würde, dass passive Therapieerwartungen und eine externe Attribution von Behandlungseffekten gefördert werden. Im Gegensatz dazu würde sich die Mitwirkungserwartung der Patienten primär auf die Umsetzung der Verordnung konzentrieren. Er warnt in diesem Zusammenhang vor einer derartigen „Medizinierung“ der Psychotherapie.

Diese Warnung gilt es sicherlich zu beachten, sollte unser Berufsstand ein Ordnungsrecht anstreben. Es wäre nichts damit gewonnen, wenn wir die häufig gemachten Fehler einer anderen Berufsgruppe nachahmen würden. Daher würde der von Rau beschriebene Mechanismus tatsächlich dann auch in Gang gesetzt werden, sollte unser Behandlerverhalten so, wie in der Regel im ärztlichen Sektor üblich, durch eine starke Hierarchisierung geprägt sein: Der Behandler (Arzt) als Experte weiß, was für den Patienten (passiver Ordnungsempfänger) richtig ist. Folgt der Patient den ärztlichen Anweisungen, ist er compliant. Tut er dies nicht oder nicht im ausreichenden Maße, weil er beispielsweise von dem Behandlungskonzept nicht überzeugt ist, dann ist er non-compliant. Dass nicht alle Ärzte ein derartiges Verhalten an den Tag legen, sollte evident sein, allerdings stellen diese wohl eher noch eine Minderheit dar. Eine

derartige Beziehung zwischen Behandler und Patienten streben Psychotherapeuten nicht an. Diese ist vielmehr antitherapeutisch und mit dem Selbstverständnis eines Psychotherapeuten nicht vereinbar.

Was wir anstreben ist eine partnerschaftliche und gleichberechtigte Beziehung mit dem Patienten. Unsere Aufgabe ist es, bei dem Patienten eine ausreichende diagnostische Abklärung vorzunehmen, diesem das Untersuchungsergebnis mitzuteilen und ihm Behandlungsmöglichkeiten zu benennen, die für seine psychische Störung in Frage kommen. Gleichzeitig sind dabei die Chancen und Risiken, die Möglichkeiten und Grenzen, einer jeden Behandlungsmodalität deutlich zu machen, damit sich der Patient für einen ihm angemessen erscheinenden Behandlungsweg entscheiden kann. Dieser muss nicht notwendigerweise der sein, den wir für den richtigen halten, was allerdings von unserer Seite zu akzeptieren ist. Neben dieser Pflicht haben wir als Psychotherapeuten allerdings auch das Recht eine Behandlung dann abzulehnen, sollten unsere Vorstellungen zu weit von denen des Patienten entfernt sein, so dass wir keine ausreichenden Voraussetzungen für eine adäquate psychotherapeutische Behandlung sehen.

Bei diesem als Selbstmanagement (Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1995) bekannten Ansatz bleibt die Verantwortlichkeit beim Patienten bzw. wird ihm verdeutlicht. Auch die Entscheidung zu einer möglichen Psychopharmakotherapie wird vom Patienten getroffen. Insofern stellt dieses Verhalten einen **aktiven Prozess** dar, wie auch die Entscheidung zur Durchführung einer ambulanten Psychotherapie oder stationären Rehabilitation als aktives Moment angesehen werden kann. Das bestimmte Wirkerwartungen von Seiten des Patienten mit der Entscheidung zu einer bestimmten Interventionsmethode verbunden sind, sollte hierbei selbstverständlich sein. Es stellt jedoch eine psychotherapeutische Aufgabe dar, dies mit dem Patienten abzuklären, und realistische von unrealistischen Vorstellungen zu trennen.

Insofern sollte auch deutlich geworden sein, dass die Verordnung von Psychopharmaka sehr gut in die psychotherapeutische Arbeit integriert werden kann und mit dieser kompatibel ist. Eine Trennung sowohl von Leib und Seele als auch von Medizin und Psychotherapie sollte tunlichst vermieden werden.

Ergänzend sei an dieser Stelle erwähnt, dass auch im Rahmen der Diabetestherapie, die ja primär medikamentös ausgerichtet ist, seit Jahren ein Paradigmawechsel eingeleitet worden ist, der als „Empowerment“ bezeichnet wird (Anderson, Funnell, Barr, Dedrick & Davis 1991). Während es vor Jahren offensichtlich war, dass der Arzt die Diabetestherapie bestimmte und der Patient seinen Verordnungen passiv Folge leisten musste, gehen heute fortschrittliche und patientenzentrierte Behandler dazu über, den Patienten über seine Therapie selbst entscheiden zu lassen. Diese Entscheidung bezieht sich darauf, welche Informationen der Patient aufnehmen möchte, welche therapeutischen Empfehlungen er für sinnvoll hält und welchen er folgen will. Er trägt insofern die Konsequenzen seiner Entscheidungen. Die Rolle des Behandlers ist nach Hirsch (2002) die des „Problemlöse-Assistenten, Katalysators für Veränderungen sowie des professionellen Helfers (Hilfe zur Selbsthilfe)“.

Mögliche Konsequenzen für frei praktizierende Psychotherapeuten

In den Zeiten des Delegationsverfahren bzw. der Erstattung psychotherapeutischer Leistungen fand in der Regel eine kombinierte Behandlung zwischen dem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und dem Diplom-Psychologen statt. Nach dem PTG hat sich verstärkt eine Kombination zwischen Hausarzt und Psychotherapeut entwickelt. Hausärzte überweisen in der Regel ihre Psychotherapiepatienten nicht erst über den Facharzt zum Psychotherapeuten, sondern direkt zu ihm, vorausgesetzt dass keine psychiatrisch-neurologische Abklärung als erforderlich angesehen wird. Mit dieser Entwicklung ist auch gleichzeitig die Wertigkeit des Psychotherapeuten im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung gestiegen.

Aber dennoch ist die Entwicklung nicht uneingeschränkt als komplikationslos anzusehen. Zufrieden kann der Psychotherapeut sein, der einen ärztlichen Kooperationspartner gefunden hat, der über eine ausreichende Diagnosesicherheit in Bezug auf psychische Störungsbilder verfügt und gleichzeitig auch in der Lage ist, eine angemessene Psychopharmakaeinstellung vorzunehmen. Schwieriger wird es dann, wenn er keinen kompetenten Kooperationspartner hat. Dann müsste er seinen mitbehandelnden Arzt darauf hinweisen, sollte er sein Verordnungsverhalten als inadäquat ansehen, dass eine andere Dosierung möglicherweise effektiver ist oder ein anderes Präparat bessere Effekte erzielen kann. Vielleicht kommt der Vorschlag, einmal einen Facharzt hinzuziehen, bei dem ärztlichen Mitbehandler auch gut an, da dieser offensichtlich selbst noch nicht darauf gekommen ist. Als Mitglied eines Berufsstandes, der kein Recht auf Verordnung von Psychopharmaka besitzt, soll der Psychotherapeut also in einem derartigen Fall einem Mitglied eines Berufsstandes, der dieses Recht besitzt, sagen, wie eine günstigere Verordnung auszusehen habe bzw. wie dieses Problem gelöst werden könnte.

Dass dies nicht unbedingt problemlos zu bewerkstelligen ist, dürfte in der Natur der Sache liegen. Günstigstenfalls verfügt der Psychotherapeut über ausreichendes Wissen und eine ebenfalls ausreichende Kompetenz darüber, dass er dem Arzt einen entsprechenden Vorschlag unterbreiten kann und dieser zudem gerne auch dazu bereit ist, seinem Rat zu folgen. Wahrscheinlicher wird es aber sein, so ist zumindest meine praktische Erfahrung in den meisten Fällen bisher gewesen, dass der Arzt es nicht unbedingt gerne hört, wenn ihm Vorschläge zur effektiveren Behandlung unterbreitet werden. Auch kann ihm der Hinweis auf Hinzuziehung eines Facharztes missfallen, da er den Patienten sonst ja ohnehin zu diesem und nicht direkt zum Psychotherapeuten geschickt hätte. Oder er arbeitet ganz einfach lieber mit Psychotherapeuten als mit Psychiatern zusammen. Wie man sieht, ist die Praxis oft eine schwierige, und eine allgemeingültige Patentlösung dürfte es hierbei nicht geben. Vielmehr wird jeder Psychotherapeut selbst und Einzelfall bezogen für sich eine Entscheidung treffen müssen.

Eine derartige Situation ist natürlich unbefriedigend, zumal wir als Psychotherapeuten ja auch eine Verantwortlichkeit dem Patienten gegenüber haben. Aber es ist evident, dass ein Weder-Fisch-noch-Fleisch-Status, den wir diesbezüglich innehaben, für alle Seiten unbefriedigend ist. Klarer, sowohl für uns Psychotherapeuten, als auch für die kooperierenden Ärzte und Patienten, wird es dann, wenn wir über ein entsprechendes Ordnungsrecht verfügen würden. Wir hätten einerseits eine eindeutig qualifizierte Ausbildung durchlaufen und würden über entsprechende Kompetenzen verfügen, hätten somit auch eine Behandlungssicherheit. Darüber hinaus ist sowohl für Ärzte und Patienten deutlich, dass die Verordnung in unserem Kompetenzbereich liegt, für den wir uns als Experten auch **vollständig** verantwortlich zeigen. Die Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche wären somit geklärt und mögliche Problemkonstellation auf ein Normalmaß eingeschränkt.

Ein Verordnungsverhalten durch Psychotherapeuten dürfte sich dann möglicherweise nicht nur auf die Patienten beschränken, die bei ihnen eine Psychotherapie realisieren. Möglicherweise werden auch Patienten überwiesen, bei denen sie eine entsprechende medikamentöse Einstellung vornehmen sollen. Dies hätte natürlich auch Auswirkungen auf die Praxisorganisation, da der Psychotherapeut dann wahrscheinlich auch offene Sprechstunden anbieten müsste. Die Anzahl der Psychotherapiepraxen, die vollständig so organisiert sind, dass jede Stunde ein Patient erscheint, wird zukünftig bedingt durch Veränderungen im Gesundheitssystem, die natürlich auch Auswirkungen auf unser Tätigkeitsspektrum haben werden, ohnehin abnehmen. Bereits heute schon bieten niedergelassene Psychotherapeuten neben der Psychotherapie die unterschiedlichsten Leistungen an und organisieren dadurch bedingt ihre Praxen je nach Notwendigkeit.

Zur Frage der Qualifikationsmerkmale

Dass die bisher gängige universitäre und psychotherapeutische Ausbildung nicht ausreicht, um Psychopharmaka verordnen zu dürfen, steht außerhalb jeder Diskussion. Es bedarf hier sicherlich einer Erweiterung von biologischen, physiologischen, pharmakologischen und anderen relevanten Inhalten innerhalb der genannten Ausbildungen sowie eines zusätzlichen qualifizierten Ausbildungscurriculums nach der Approbation als Psychotherapeut. Die Ausbildungsinhalte von der Universität über die Psychotherapieausbildung bis hin zur Weiterbildungsqualifikation sollten aufeinander aufbauen und sich ergänzen.

Hierbei muss auch deutlich sein, dass wir uns auch immer unserer Möglichkeiten und Grenzen bewusst sein sollten. Als Stichworte seien in diesem Zusammenhang die Aspekte von Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten von Psychopharmaka genannt und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken. Damit wird gleichzeitig auch deutlich, dass eine Verordnungskompetenz die Zusammenarbeit mit Ärzten nicht ausschließt oder gar überflüssig werden lässt, sondern im Gegenteil, im besonderen Ausmaß weiterhin erforderlich macht. Diese unsere Verantwortlichkeit soll an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich erwähnt werden.

Auch wenn Vergleiche mit Ausbildungsinhalten anderer Länder immer als relativ anzusehen sind, da die Gesamtausbildungen nicht identisch sind, so sei doch beispielhaft in Anlehnung an Rau (2006) auf die postgraduale Ausbildung in den USA hingewiesen, die einen Umfang von ca. 400 Theoriestunden hat. Darüber hinaus findet eine mehrjährige Praxisphase statt, in der die Verordnungen von Psychopharmaka von Klinischen Psychologen durch Psychiater supervidiert werden. Letztlich findet eine schriftliche und mündliche Abschlussprüfung statt. Darüber hinaus müssen sich die Patienten, die von Klinischen Psychologen pharmakologisch behandelt werden, in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung befinden.

Ein entsprechendes Curricula könnte auch für deutsche Verhältnisse entwickelt werden, unter Berücksichtigung einer aufbauenden Qualifikation ausgehend von der Universität, mit entsprechender kontinuierlicher Fortbildung über die postgraduale Ausbildung hinaus. Beachtet werden sollte hierbei allerdings, dass das Ausmaß an theoretischen und praktischen Wissen bei

den Psychotherapeuten nicht einheitlich ist. Psychologische Psychotherapeuten verfügen generell über ein abgeschlossenes Psychologiestudium, in dem bereits ein breites Spektrum an physiologischen, medizinischen und pharmakologischen Grundlagen vermittelt worden ist. Ebenso verhält es sich bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ebenfalls ein Psychologiestudium absolviert haben. Diejenigen, die einen anderen Grundberuf haben, wie Sozialpädagoge oder Diplom-Pädagoge, haben natürlich diese Studieninhalte in weitaus geringerem Maße erfahren. Diese Unterschiedlichkeit des bereits vorhandenen Wissens bedingt durch die Grundberufe der einzelnen Psychotherapeuten sollte selbstverständlich bei der Ausgestaltung entsprechender Curricula beachtet werden. Dies ist allerdings ein deutsches „Problem“, da in den USA nur promovierte Psychologen zur Heilkunde zugelassen sind.

Einwände und Vorbehalte gegen ein Verordnungsrecht

Teilweise wurden bereits in den vorherigen Abschnitten einige kritische Anmerkungen erwähnt, auf die auch schon eingegangen wurde. Nachfolgend sollen weitere bekannte Einwände dargestellt werden.

In der US-Diskussion bestand das Hauptargument der Psychiater gegen ein Verordnungsrecht durch promovierte Psychologen darin, dass behauptet wurde, das Wissen und die Kompetenzen der Psychologen seien zu gering, um Psychopharmaka verordnen zu dürfen, so dass daraus ein hohes Maß an Gesundheitsrisiken für die behandelnden Patienten erwachse. Da dieser Einwand von ärztlicher Seite innerhalb der Diskussion in den USA aufkam, möchte ich auch die Argumente von amerikanischen Psychologen gegen den genannten Vorwurf wiedergeben. Fox (1988) weist darauf hin, dass keine objektiven Belege dafür vorliegen, dass gesundheitliche Schäden dadurch entstanden sind, dass Klinische Psychologen Psychopharmaka verordnet haben. Ein derartiger Einwand von ärztlicher Seite könne auch nicht überraschen, da mit Widerständen zu rechnen sei, wenn eine Berufsgruppe eine Kompetenz anstrebe, die bisher einzig auf eine andere Berufsgruppe beschränkt sei. Da aber andererseits keine objektiven Belege für die vermuteten gesundheitlichen Risiken vorliegen würden, sei dies Argument auch nichts weiter als bloße emotionale Rhetorik.

Fox' Argumentation findet insofern dadurch Bestätigung, dass im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprojektes beim US-Militär, bei dem Klinische Psychologen Psychopharmaka verordnen durften, keine gesundheitlichen Einschränkungen der behandelnden Patienten auftraten. Auch in Deutschland hat es einzelne Fälle gegeben, in denen Diplom-Psychologen Medikamente im stationären Bereich unter entsprechender fachärztlicher Kontrolle verordnen durften. Auch hier sind keine Komplikationen bekannt (Siering, 2000).

Ein anderer, nun allerdings wirklich ernst zu nehmender Hinweis kommt von Rau (2006), der vor der Instrumentalisierung durch die Pharmaindustrie warnt. Gerade aktuell wird von der Verflechtung von Mitgliedern des beratenden Fachausschusses des DSM-Klassifikationssystems in den USA berichtet, die zu einem eklatant hohen Prozentsatz finanzielle Verbindungen mit der Pharmaindustrie unterhalten (Cosgrove et al., 2006). In der Arbeitsgruppe „Affektive Störungen“ beträgt der Anteil der Mitglieder, die Forschungsgelder aus dem Pharmasektor erhalten oder Beraterverträge mit Pharmafirmen haben, ganze 100 %, in der Gruppe der „Angststörungen“ sind

es über 80 %.

Es ist damit zu rechnen, dass unsere Berufsgruppe durchaus interessant für die Pharmaindustrie sein wird. Als Experten in Sachen „Verhalten“ liegen wir im zeitlichen Trend. Aufgrund der anstehenden Veränderungen in unseren Gesundheitssystemen und dem sich wandelnden Gesundheitsverständnis werden psychologische und verhaltensbezogene Kompetenzen in den nächsten Jahren im Rahmen der Prävention und Versorgung vornehmlich auch chronisch kranker Menschen verstärkt zur Anwendung kommen (Dombrowski, 2002b).

Susser & Susser (1996) unterscheiden in der Entwicklung des Gesundheitswesens drei zeitliche Abschnitte: 1) die Zeit der hygienischen Verbesserungen, 2) die Zeit der Infektionskrankheiten und 3) die Zeit der chronischen Erkrankungen. Wir befinden uns derzeit im letztgenannten Zeitabschnitt, in dem verhaltensbezogene Interventionen im Mittelpunkt von Therapieansätzen und Präventionsprogrammen stehen werden. Hochrangige amerikanische Wissenschaftler haben das beginnende Jahrzehnt des neuen Jahrhunderts auch als “decade of behavior” bezeichnet (Keller, 1999).

Wir sollten uns deshalb einerseits des Risikos der Vereinnahmung durch die Pharmaindustrie bewusst werden. Auf der anderen Seite liegen in einer möglichen Kooperation auch Chancen, die Behandlungsmöglichkeiten psychisch kranker und belasteter Menschen zu verbessern, indem sinnvoll aufeinander abgestimmte Interventionsmaßnahmen neu konzipiert bzw. weiter entwickelt werden.

Durch achtsames und bewusstes Vorgehen kann somit auch ein Weg gefunden werden, um eine Entwicklung zu vermeiden, die die Psychotherapie zu sehr an die Pharmaindustrie bindet und somit auch Eigenständigkeiten aufgibt. Da die Anzahl der Psychotherapeuten wahrscheinlich zunächst eher begrenzt sein wird, die eine als durchaus anspruchsvoll zu erwartende postgraduale Ausbildung zur Verordnungskompetenz durchlaufen werden, sehe ich hier weitaus weniger die Gefahr, in eine Abhängigkeit der Pharmaindustrie zu geraten, wie es bei den Ärzten der Fall ist. Hier liegt eine Verordnungskompetenz per Definition vor, alle Ärzte dürfen verordnen. Bei unserer Profession wird es sich um eine begrenzte Anzahl von Psychotherapeuten handeln, die hochgradig motiviert, informiert, fachlich versiert und sensibilisiert sein werden, um Chancen und Risiken auch sinnvoll voneinander abzuwägen.

Insofern sehe ich auch das Risiko eher begrenzt, dass durch vorschnelle Verordnungen ein leichter Weg der behandelnden Psychotherapeuten gewählt wird, um Behandlungseffekte zu erzielen, statt sich einer anstrengenderen Psychotherapie zu bedienen. Unsere Profession ist primär psychosozial sozialisiert, im Gegensatz zu den Medizinerinnen, deren Ausgangspunkt fast ausnahmslos im biologischen Bereich anzusiedeln ist. Diese Ausrichtung werden wir selbstverständlich nicht aufgeben, sondern versuchen, ein Behandlungskonzept zu entwickeln, in dem die unterschiedlichsten psychischen als auch physischen Behandlungsmethoden effektiv ineinander greifen und sich ergänzen und das im partnerschaftlichen Miteinander mit anderen Behandlergruppen und unseren Patienten.

Im Rahmen der kurzen Diskussion auf der Mailingsliste der Vereinigung (2000) gaben einige Kolleginnen und Kollegen an, dass sie keine Verordnungen vornehmen wollen, sondern dies den Ärzten überlassen möchten. Dagegen ist absolut nichts einzuwenden. Jeder Psychotherapeut hat das Recht, die Interventionsmethoden zu wählen, die er für richtig hält, und sich die

Kooperationsform auszusuchen, von der er meint, sie sei die beste. Es geht im Rahmen der Diskussion um die Verordnungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten auch nicht darum, einen für alle verbindlichen Weg zu finden. Vielmehr geht darum, für diejenigen Psychotherapeuten einen Weg zu finden, die damit arbeiten wollen. Und dies wäre ein ganz normaler professioneller Vorgang, der auch in anderen Berufsbereichen anzutreffen ist, in dem sich Berufsangehörige dafür entscheiden können, ein Verfahren anzuwenden oder es nicht anzuwenden.

Abschließende Bemerkung

Der vorliegende Artikel soll alle interessierten Kolleginnen und Kollegen dazu anregen, sich mit dem Thema der Verordnungskompetenz von Psychopharmaka für Psychotherapeuten zu beschäftigen. Er soll einen Beitrag zu einer offenen und fairen Diskussion zu dieser Fragestellung leisten. Vieles ist machbar, wie die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes gezeigt hat. Und auch unseren amerikanischen Kollegen ist es gelungen, in einem langjährigen Prozess ihr Recht auf Verordnung von Psychopharmaka umzusetzen.

Dass die Meinungen dazu nicht einstimmig sein werden, ist nachvollziehbar. Aber ich persönlich glaube, dass die Zeit dafür reif ist, dass wir eine derartige Diskussion führen können, die uns dabei helfen soll, unser Selbstverständnis als Psychotherapeuten zu schärfen und unseren professionellen Entwicklungsprozess weiter voran zu bringen.

Allerdings sollten wir die Diskussion zunächst intern führen und darüber hinaus unseren Kenntnisstand klären, sprich ein in sich stimmiges Konzept zur Verordnungskompetenz entwickeln, bevor wir dann möglicherweise mit Forderungen an die Öffentlichkeiten treten.

Literatur

Anderson, R.M., Funnell, M.M., Barr, P.A., Dedrick, R.F., Davis, W.K. (1991). Learning to empower patients. Results of a professional education for diabetic educators. *Diabetes Care*, 14, 584-590.

Barclay, A. (1989). Proposal for retraining clinical psychologists for limited prescription privileges. Falls Church, VA, Department of Defense, Office of the Surgeon-General, Department of the Army, Directorate of Professional Services.

Benkert, O., Hippus, M. (2000). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 2. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.

Berger, M. (2003). *Psychiatrie und Psychotherapie in der vernetzten Versorgung psychischer*

Erkrankungen. Plenarvortrag auf dem DGPPN-Kongress am 20.11.2003.

Board Of Professional Affairs (1981). Psychologists' Use of Physical Interventions Task Force Report. Washington, DC. American Psychological Association.

Budde, H.-G., Langosch, W. (2004). Psychologische Interventionen bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK). Empirische Befunde und Schlussfolgerungen für die praktische Versorgung. *Psychotherapeutische Praxis*, 4, 177-182.

Cosgrove, L., Krimsky, S., Vijayaraghavan, M., Schneider, L. (2006). Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 154-160.

DeLeon, P.H., Sammons, M.T., Sexton, J.L. (1995). Focusing on society's real needs: Responsibility and prescription privileges? *American Psychologist*, 51, 207-212.

DeLeon, P. H., Wiggins jr., J. G. (2000). Prescription Privileges for Psychologists. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 1, 7-14.

Dombrowski, H.-U. (2002a). Disease-Management-Programm Diabetes mellitus. *Psychotherapeutische Praxis*, 2, 75-84.

Dombrowski, H.-U. (2002b). Rational-Emotive Verhaltenstherapie bei chronischen Erkrankungen in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis am Beispiel des Diabetes mellitus. *Zeitschrift für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie*, 13, 5 – 20.

Dombrowski, H.-U. (2004). Ergänzungsmöglichkeiten eines strukturierten Behandlungsprogrammes (Disease-Management-Programm) für Typ-2-Diabetiker durch ein psychosoziales Modul. *Psychotherapeutische Praxis*, 4, 183-189.

Dombrowski, H.-U., Gravemeier, R. (2002). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei Depressionen. *Psychotherapeutische Praxis*, 2, 85-97.

Ebel, H., Beichert, K. (2002). Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin. *Deutsches Ärzteblatt*, 3, 129-134.

Fox, R. E. (1988). Sollten auch Psychologen Medikamente verschreiben dürfen? Implikationen für die psychologische Praxis. *Report Psychologie*, 9, 9-18.

Fox, R. E., Schwelitz F. D., Barclay, A. G. (1992). A proposed curriculum for psychopharmacology training for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 73, 216-221.

Glaeske, G., Günther, J., Keller, S. (1997). Nebenwirkung: Sucht. Medikamente, die abhängig machen. München: Kunstmann.

Hirsch, A. (2002). Empowerment bei Diabetes: den eigenen Weg finden. In: Lange, K., Hirsch, A. (Hrsg.). *Psycho-Diabetologie*. Mainz: Kirchheim-Verlag, 10-24.

Hoyer, J. (2003). Verschreibungsberechtigung für Psychologen: Pro und Contra aus der Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Der Nervenarzt. Supplement 2.

IMS HEALTH GmbH & Co.OHG (1999). Verschreibungsindex für Pharmazeutika.

Joisten, H. (2002). Disease Management Programme – wie es weiterging. Psychotherapeutische Praxis, 2, 175-198.

Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1995). Selbstmanagement-Therapie. 2. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.

Keller, S. (Hrsg.) (1999). Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg: Lambertus.

Kompetenznetz Depression (2004).
www.kompetenznetz-depression.de/.//betroffene/fakten_versorgungdefizite.htm.

Kruse, J., Schmitz, N., Wöller, W., Heckrath, C., Tress, W. (2004). Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? Psychother Psych Med, 54, 45–51.

Kusch, M., Stecker, R. (2005a). Die Psychoonkologische Psychotherapie. Erster Teil. FORUM Psychotherapeutische Praxis, 5, 15-27.

Kusch, M., Stecker, R. (2005b). Die Psychoonkologische Psychotherapie. Zweiter Teil. FORUM Psychotherapeutische Praxis, 5, 72-83.

Lautenbacher, S. (2003). Zur Notwendigkeit und Möglichkeit medikamentöser Therapie durch Neuropsychologen. Der Nervenarzt. Supplement 2.

Laux, G. (2003). Psychopharmaka Verordnung nur durch Psychiater und andere Ärzte? Der Nervenarzt. Supplement 2.

Leonard, J. (2001). Mündliche Mitteilung.

Lorion, R. P. (1996). Applying our medicine to the psychopharmacology debate. American Psychologist, 51, 219-224.

Rau, H. (2006). Medikation durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten? Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 27 (1), 91-98.

Reuter, E., Rehse, B., Schwickerath, J. (2004). Patientinnenseminare. Ein psychosoziales Angebot zur verbesserten Nachsorge brustkrebsbetroffener Frauen in der Region. Psychotherapeutische Praxis, 4, 170-176.

Richter-Kuhlmann, E. A. (2004). Psychiater: Ohne Hausärzte geht es nicht. Deutsches Ärzteblatt, 1, 16.

Schweiger, U., Reinecker, H. (2006). Editorial. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 27 (1), 3-4.

Siering, M. (2000). Mündliche Mitteilung.

Smyer, M. A., Balster, R. L., Egli, D., Johnson, D. L., Kilbey, M. M., Leith, N. J., Puente, A. E. (1993). Summary of the Report of the Ad Hoc Task Force on Psychopharmacology of the American Psychological Association. Professional Psychology: Research and Practice, 24, 394-403.

Susser, M., Susser, E. (1996). Choosing a future of epidemiology: I. Eras and paradigms. American Journal of Public Health, 86, 668-673.

Traue, H., Reinecker, H. (2000). Verschreibungsrecht für Psychologen? Eine Einführung der Herausgeber. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 1, 5-6.

Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten (2000). Mailingliste: Diskussion zum Thema Verschreibungsrecht für Psychologische Psychotherapeuten.

Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten (2002). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei chronischen Krankheiten. Ludwigshafen: Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten.

Weidhaas, H.-J., Nadolny, H. (2006). Die Prävalenz psychischer Störungen und die Möglichkeiten ihrer Behandlung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. FORUM Psychotherapeutische Praxis, 1, 2-7.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2004). Angststörungen. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 21.

* Nachfolgend wird das Maskulinum als geschlechtsneutrale Ausdrucksform verwendet. Es sind aber immer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Patientinnen und Patienten usf. gemeint.

