

Bericht

Verordnung von Medikamenten durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten?

Ein Diskussionspapier der Kommission „Psychologie und Psychotherapie-Ausbildung“

Winfried Rief, Conny Antoni, Markus Bühner, Conny Exner, Thomas Fydrich und Silvia Schneider

Anlass, Chancen und Risiken

Bereits in der Ausschreibung zum Psychotherapie-Forschungsgutachten im Jahr 2007 hat das Bundesministerium für Gesundheit unter dem Stichwort „Medizinorientierung“ auch die Frage gestellt, ob Psychotherapeuten auch die Kompetenz zur Verordnung von Psychopharmaka erwerben sollten. Dieses Diskussionspapier soll einen Beitrag leisten, für eine solche Diskussion Vor- und Nachteile einer solchen Kompetenzerweiterung für die Versorgung psychisch Kranker abzuwägen.

Wenn Psychotherapeuten auch die Möglichkeit haben, Medikamente zu verordnen oder Medikamentenverordnungen zu beeinflussen, so ergäben sich daraus zahlreiche Chancen. Die Behandlungscoordination liegt in einer Hand und kann entsprechend differenziert auf den Behandlungsbedarf angepasst werden. Begleitende medikamentöse Therapie kann bezüglich Indikation und Dosierung nicht nur auf das Wohlbefinden der Patienten abgestimmt werden, sondern auch auf die Notwendigkeiten des aktuellen Behandlungsverlaufs und der Therapiephase. Eine verbesserte partizipative Entscheidungsfindung mit Patienten wird möglich, anstatt dass zwei unterschiedlich spezialisierte Experten unterschiedliche Behandlungen favorisieren. Darüber hinaus würde eine pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung „aus einer Hand“ besser mögliche motivationale und inhaltliche Widersprüche unterschiedlicher Behandlungsansätze auffangen können, und ungünstige

Kombinationsbehandlungen verhindern (z. B. Konterkariierung von Psychotherapieeffekten bei phobischen Ängsten durch eine anderweitig verordnete Medikamentenverordnung).

In den USA liegen Erfahrungen aus Modellprojekten vor, die diesen Vorteil betonen, so dass verordnende Psychotherapeuten stärker eine funktionale Adaptation der Medikation an den Psychotherapieverlauf vornehmen sowie gegebenenfalls nicht nur die medikamentöse Behandlung selbst, sondern auch deren Beendigung systematischer einplanen (McGrath, 2010).

Besonders deutlich wird dieser Vorteil bei Neuentwicklungen sogenannter medikamentöser Augmentationshilfen (auch wenn dies vorerst noch den off-label Einsatz betrifft). Dies sind Medikamente, die während bestimmter psychotherapeutischer Interventionen gegeben werden, um den Psychotherapie-Effekt zu verstärken. Diese Medikamente sind somit für sich genommen bei diesen Krankheitsbildern nicht indiziert, beschleunigen oder intensivieren jedoch die Lernprozesse während der Psychotherapie (zum Beispiel während Expositionsphasen). Damit sollte der Einsatz solcher Medikamente primär durch die Psychotherapeuten gesteuert werden.

Somit sind Fragen der Indikationsstellung und Differenzialindikation psychopharmakologischer Behandlungen eng mit der Berufstätigkeit von Psychotherapeuten verbunden. In einer verbesserten Integration dieser Maßnahmen in einem psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan liegt die Chance einer verbesserten Pa-

Version vom: 02.04.2017. In der vorliegenden Version wird insbesondere für die Plural-Form oftmals nur eine Geschlechterform verwendet. Dies dient ausschließlich Gründen der Lesbarkeit; es sind grundsätzlich alle Personen jeglicher Geschlechtsorientierung angesprochen.

tienteninformation und Aufklärung, Vermittlung gestufter Behandlungspläne, und verbessertem Motivationsaufbau zu unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen. Aber auch für die Forschung ergeben sich neue Schwerpunkte durch die psychotherapeutische Berufsgruppe: anstatt des „entweder-oder“ in Studiendesigns könnte mehr die Forschungsfrage in den Vordergrund rücken, in welchem Therapieabschnitt kann bei welchen Persönlichkeits- und Störungsmerkmalen eine/welche Pharmakotherapie unterstützend eingesetzt werden?

Allerdings ergeben sich auch einige Probleme, wenn Psychotherapeuten autorisiert werden sollen, selbstständig Medikamente zu verordnen. Dies betrifft z. B. die folgenden Bereiche:

- **medizinische Komplikationen und Wechselwirkungen:** eine korrekte Indikationsstellung von Psychopharmaka erfordert die Berücksichtigung des gesamten medizinischen Status, da komplexe Interaktionen auftreten können (z. B. Gegenanzeige einiger Antidepressiva bei Menschen mit Herz-Kreislaufkrankungen; komplexe Interaktionen von Psychopharmaka mit internistischen Medikamenten). So werden bei depressiven Erkrankungen zum Teil Raten von bis zu 50 % an gleichzeitig vorliegenden organischen Erkrankungen berichtet; in höherem Alter sogar noch höher. Sollten Psychotherapeuten diese Entscheidungen verantwortungsvoll selbstständig fällen, würden sie ein sehr breites medizinisches Wissen benötigen.
- **Drug Monitoring:** eine Reihe von Medikamenten hat schmale Wirkungsfenster, die nur durch kontinuierliche Blutproben und nachfolgende biochemische Analysen korrekt eingestellt werden können (z. B. Lithiumsalze). Aber auch bei anderen Psychopharmaka wird häufiger ein kontinuierliches Drug Monitoring empfohlen. In manchen Fällen sind regelmäßige EKG Kontrollen notwendig. Sollten diese medizinischen Untersuchungen durch Psychotherapeuten erfolgen, müssten Kompetenzen zu Blutabnahmen und Interpretation von Laborbefunden, aber auch zur kompetenten Durchführung und Auswertung von EKGs und anderen medizinischen Maßnahmen erworben werden.
- **Medizinisch-relevante Nebenwirkungen:** einige Psychopharmaka fordern eine kontinuierliche medizinische Begleitung in Form von engmaschigen Kontrollen von Labor, EKG und weiteren Befunden, um bedrohliche Nebenwirkungen unter Kontrolle zu haben. Dies betrifft Medikamente wie zum Beispiel Leponex (Clozapin), aber auch bei anderen Antipsychotika können bedrohliche Zustände auftreten (z. B. neuroleptisches Syndrom). Auch beim Wechsel zwischen verschiedenen Antidepressiva kann es zu Komplikationen kommen, genauso bei den „mood stabilizern“ oder bzgl. Entzugssyndromen bei Tranquilizern und Insomnie-Medikamenten.
- **Psychotherapeutisches Rollenverständnis:** Grundsätzlich impliziert der psychotherapeutische Ansatz einen Motivationsaufbau beim Patienten, der auf Selbsterkenntnis, Aufbau von Selbstverantwortung sowie Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen ausgerichtet ist. Die Möglichkeit einer Verordnung von Medikamenten durch Psychotherapeuten kann hingegen den Motivationsaufbau zur Selbstverantwortung ungünstig beeinflussen und ist auch mit einer Veränderung der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Rollenverhaltens verbunden. Genauso können aber auch direkte negative Einflussfaktoren auf Psychotherapeuten auftreten: finanzielle Anreizsysteme für Pharmakotherapie sind z. T. ausgeprägter als für Psychotherapie, und industrielle Interessen beeinflussen sowohl wissenschaftliche Neutralität als auch Entscheidungsverhalten von Praktikern.

Diese Beispiele machen deutlich, dass die Einführung einer Verschreibungsbefugnis mit zahlreichen Problemen und Herausforderungen verknüpft ist. Trotzdem ist eine gewisse Grundkompetenz zur Beurteilung psychopharmakologischer Interventionen bei Psychotherapeuten zwingend und entsprechend vor der Approbation zu vermitteln. Je stärker jedoch die selbstständige Urteilsbildung bis hin zur Ausstellung von Rezepten Psychotherapeuten ermöglicht werden soll, desto höher werden andererseits die Anforderungen, die Aus- und Weiterbildung in diese Richtung zu intensivieren, und somit andere Inhalte zu kürzen. Gerade bei der anstehenden Ausweitung der Ausbildungsinhalte (z. B. Abdeckung sowohl der Inhalte für Psychotherapie im Erwachsenen – als auch im Kindes- und Jugendalter) sind zusätzliche Gestaltungsfreiräume sehr limitiert. Außerdem stellt sich die Frage, ob die verschiedenen aufgezeigten Probleme nicht grundsätzlich ein gesamtmedizinisches Studium nötig machen, und somit mit einem Studium im Schwerpunkt Psychotherapie nicht mehr vereinbar wären. Andererseits kann man entgegenhalten, dass bereits heute im günstigsten Fall eine gute Kooperation zwischen psychotherapeutischer und organmedizinischer Seite besteht, und Psychotherapeuten sich fachkompetent auch heute in medikamentöse Entscheidungen einbringen können (und dies z. B. in vielen Psychiatrien auch schon tun). Gleichzeitig steht auch in der niedergelassenen Psychiatriepaxis nicht mehr die volle Abklärungsmöglichkeit medizinischer Aufgaben und Komplikationen zur Verfügung, so dass auch niedergelassene Fachärzte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie auf eine enge Kooperation mit Fachärzten anderer medizinischer Spezialisierungen angewiesen sind. Nachfolgend soll zuerst ein kurzer Überblick über entsprechende Medikamenten-

gruppen gegeben werden, dann drei Modelle diskutiert werden, die eine unterschiedliche Selbstständigkeit der Entscheidung bezüglich medikamentöser Mitbehandlung durch Psychotherapeuten nach sich ziehen.

Relevante Medikamentengruppen

Bezüglich der relevanten Medikamentengruppen ist zu beachten, dass Psychopharmaka zwar sicherlich den naheliegendsten Indikationsbereich darstellen (und bereits einige Probleme mit sich bringen), aber auch diverse andere Medikamentengruppen im psychotherapeutischen Alltag häufig von Relevanz sind. Dies betrifft zum Beispiel Schmerzmedikamente bei chronischen Schmerzpatienten, Medikamente bei Schilddrüsendysfunktionen, eine breite Medikamentenpalette bei Patienten mit psychosomatischen und somatoformen Beschwerden, aber auch Schlafmedikation oder die oben beschriebenen Enhancer, die aus unterschiedlichsten Medikamentengruppen (mit unterschiedlichem Komplikationsprofil) stammen (z.B. Antibiotika; beta-Rezeptorenblocker; Cortison). Je breiter hier die Frage der Verordnungskompetenz formuliert wird, desto höher wird auch der Schulungsbedarf in Aus- und Weiterbildung.

Drei Modelle zur Realisierung

A. Modell „Selbstständige Verordnung“

Dieses weitestgehende Modell würde anstreben, dass Psychotherapeuten selbstständig Entscheidungen über medikamentöse Behandlungen treffen, ohne dass Rücksprache mit behandelnden Ärzten notwendig wäre. Als Variante dieses Modells kann angedacht werden, die durch eine solche Befugnis abgedeckten Medikamentengruppen einzugrenzen (Modell „eingegrenzte selbständige Verordnung“); allerdings bleiben die damit verbundenen Probleme im Wesentlichen gleich (s.o.), außer dass bzgl. der theoretischen Kenntnisse weniger Lehrinhalt zu vermitteln ist.

B. Modell „Kooperative Verordnung“ mit mitbehandelnden Ärzten

Bereits bisher ist gefordert, dass im Rahmen der probatorischen Sitzungen ein Arzt hinzuzuziehen ist, der medizinische Gründe gegen eine Psychotherapie ausschließt, ohne dass deshalb die Entscheidungsautonomie der Psy-

chotherapeuten wesentlich beschränkt würde. Damit sind grundsätzlich Kooperationen etabliert, die auch bei Psychotherapie-relevanten medikamentösen Entscheidungen stärker genutzt werden könnten. Beispielfähig könnten Psychotherapeuten eine medikamentöse Verordnung erstellen, und der mitbehandelnde Arzt bestätigt (zum Beispiel per Fax) nach Untersuchung des Patienten oder auf der Grundlage vorliegender Befunde, dass keine medizinischen Gründe gegen diese Verordnung/Verordnungsänderung vorliegen. Unter Umständen kann mit einem solchen Modell eine klarere und bessere Aufgabenzuschreibung erfolgen, als dies bisher der Fall ist (s.u. „Abschließende Empfehlungen“). Dem mitbehandelnden Arzt bliebe weiterhin auch ein „Veto-Recht“ bezüglich Verordnungen erhalten, soweit es klare Kontraindikationen gibt. Die Information und Mitbeteiligung des Arztes bzgl. medikamentöser Maßnahmen wird bei diesem Modell sicher gestellt.

C. Modell „Behandlungsempfehlung“ an mitbehandelnde Ärzte

Bei diesem Modell bleibt die Gesamtverantwortung für die Verordnung ausschließlich bei den mitbehandelnden Ärzten. Die Psychotherapeuten geben eine medikamentöse Behandlungsempfehlung an die mitbehandelnden Ärzte, die diese berücksichtigen können, jedoch nicht berücksichtigen müssen. Informell ist dieses Modell zwar bereits jetzt möglich, könnte jedoch ggf. noch besser weiterentwickelt werden durch Erleichterung und Klärung der Kommunikationsstrukturen.

Implikationen für Aus- und Weiterbildung

A. Implikationen für das Studium

Im Studium sind in jedem Fall die theoretischen Grundlagen sowie die leitlinienorientierten Behandlungsempfehlungen bezüglich Psychopharmaka zu vermitteln, unabhängig davon welches der oben genannten Modelle verfolgt wird. Dies ist bereits in der aktuellen Diskussionsgrundlage zur Ausbildungsstruktur vorgesehen (4 ECTS Grundlagen der Medizin, 2 ECTS Grundlagen der Pharmakologie). Innerhalb der Psychologie- und Psychotherapiestudiengänge könnte hierbei dem Aspekt der Verhaltenspharmakologie („Behavioral Pharmacology“; Wechselwirkung zwischen Verhalten und Medikamentenwirkung) besondere Beachtung geschenkt werden, der in

bisherigen Curricula auch der Medizin trotz hoher praktischer Relevanz (zu) wenig beachtet ist. Gegebenenfalls könnte noch angedacht werden, entweder durch Verschiebung dieser Kapazitäten oder durch Ergänzung im Kontext des Master-Studiengangs weitere 2 ECTS „praktische Psychopharmakologie“ einzuplanen. Eine darüber hinausgehende Verankerung zum Beispiel auch praktischer Erfahrungen würde allerdings bestehende Studiengangspläne vermutlich überfordern.

B. Implikationen für die Weiterbildung

Je höher die zugesprochene Verantwortung im Kontext der Medikamentenverordnung durch Psychotherapeuten vorgesehen wird, desto stärker sollte dies auch durch praktische Erfahrungen zum Beispiel in der Weiterbildung unterstrichen werden, und die entsprechenden Kompetenzen können an den Fachkundeerwerb gekoppelt werden. Praktische Kompetenzen im Bereich Psychopharmakologie können fokussiert im psychiatrischen Setting erworben werden; alternativ könnte auch eine Festlegung von Behandlungsfällen aus unterschiedlichen Indikationsbereichen erfolgen, die dokumentiert werden müssen. Last not least müssen die Verordnungskompetenzen auch nicht zwingend mit der Standard-Weiterbildung verknüpft werden, sondern können mit bereichsspezifischen Weiterbildungselementen erworben werden, so dass Weiterbildungsteilnehmer frei wählen, ob sie diese Zusatzkompetenzen erworben wollen.

C. Implikationen für eine spezifische Fortbildung

Da vermutlich nicht alle Psychotherapeuten diese Kompetenzen erwerben möchten und hier nicht mehr Verantwortung als bisher übernehmen möchten, kann auch überlegt werden, den Kompetenzerwerb an den Abschluss einer spezifischen Fortbildung zu knüpfen, die nach Abschluss der Approbation, gegebenenfalls sogar erst nach Abschluss der Fachkunde absolviert werden kann. Allerdings ist die Kombination eines substantiellen Kompetenzerwerbs mit dem Fortbildungsformat unüblich.

Abschließende Empfehlung

Psychotherapeuten benötigen mindestens gute theoretische Kenntnisse bezüglich pharmakologischer Begleitbehandlungen ihrer Patienten, nicht zuletzt um Patienten

über alle Behandlungsoptionen informieren zu können, begleitende Pharmakotherapie im Behandlungsplan zu integrieren und wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien zu berücksichtigen. Es erscheint gut umsetzbar, dieses theoretische Wissen im Rahmen des Studiums zu vermitteln sowie praktische Erfahrungen begleitend im Rahmen der Weiterbildung zu erwerben.

Allerdings spricht viel dafür, Strukturen zu einer verbesserten Koordination und integrativen Behandlung zu definieren. Hier erscheint uns das oben skizzierte Modell „kooperative Verordnung“ ein sinnvoller Ansatz, der weiter ausformuliert werden könnte.

Hierbei könnte die Kompetenzaufteilung folgendermaßen präzisiert werden:

Im Verantwortungsbereich der Psychotherapeuten liegen Indikation der Pharmakotherapie (z. B. Abklärung der Diagnose und des Schweregrades); Auswahl des Pharmakons und seiner Dosierung aufgrund von Zulassung, Evidenzbasierung, Nebenwirkungsprofil; Differentialindikation (Abwägung dieser Therapieoption gegenüber anderen Optionen zusammen mit dem Patienten); Information des Patienten über Chancen und Risiken der Behandlung; Integration der Behandlung in einen Gesamtbehandlungsplan; Evaluation der Wirksamkeit der Behandlung; Indikation zur Beendigung einer Pharmakotherapie; Indikation zum Wechsel der Therapiestrategie.

Im Verantwortungsbereich der mitbehandelnden Ärzte (z. B. Allgemeinarzt, Facharzt Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) liegen Erfassung der für die psychopharmakologische Behandlung relevanten medizinischen Faktoren und Kontraindikationen; Festlegung des Umfangs des Untersuchungsprogramms (z. B. körperliche Untersuchung, Labor, EKG, EEG, Bildgebung); Diskussion von möglichen Problemen und Wechselwirkungen der Pharmakotherapie mit Patient und Psychotherapeut; Integration von Psychopharmakotherapie und medizinischer Therapie bei multimorbiden Patienten; Festlegung von angemessenen Intervallen für die medizinische Re-Evaluation; Festlegung von angemessenen Intervallen für Drug Monitoring; Indikation für die Beendigung von Behandlungen aus medizinischen Gründen.

Strukturell sollte diese Kompetenz davon abhängig gemacht werden, dass nach einer Approbation die Fachkunde mit einer bereichsspezifischen Weiterbildung zur pharmakologischen Behandlung erfolgreich abgeschlossen sein muss. Dies hätte zahlreiche Vorteile, z. B. die Wahlmöglichkeit der Psychotherapeuten, ob sie diese Kompetenzen in ihr persönliches Spektrum aufnehmen möchten, keine Überfrachtung von Aus- und Weiterbildungsinhalten, keine für alle Psychotherapeuten in Weiterbildung zwingende Verlängerung. Soll der Gedanke der Kompetenzausweitung in Richtung Mitbeteiligung bei

medikamentösen Entscheidungen weiter verfolgt werden, würde deshalb ein solches Qualifizierungsmodell präferiert. Für alle Psychotherapeuten, die eine reguläre Psychotherapie-Weiterbildung absolvieren, jedoch nicht diese bereichsspezifische Weiterbildung, sollte das oben skizzierte Modell „Behandlungsempfehlung“ weiter erleichtert und präzisiert werden.

Diese Stellungnahme soll einladen, sich am Diskussionsprozess zu beteiligen. Die Autorinnen und Autoren freuen sich deshalb über Kommentare.

Ein Diskussionsforum zu diesem Thema findet sich für eine begrenzte Zeit im Mitgliederbereich der DGPs-Homepage.

Literatur

McGrath, R. E. (2010). Prescriptive Authority for Psychologists, *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 21–47.

Prof. Dr. Winfried Rief

Universität Marburg
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Gutenbergstraße 18
35032 Marburg
rief@uni-marburg.de

DOI: 10.1026/0033-3042/a000367

