

Dipl. Psych. Dieter Schmucker

9.11.2005

Stellungnahme zum Entwurf der KTL 2006

Eine vorläufige Bewertung des Entwurfs der KTL 2006 zeigt ein durchaus gemischtes Ergebnis. Viele Veränderungen sind in Bezug auf die Zielsetzung positiv und damit zu begrüßen, allerdings sind manche Ansätze nicht konsequent umgesetzt worden oder geradezu rückschrittlich.

Folgende Veränderungen sind als sehr positiv zu bewerten:

- ▶ weitgehende Auflösung der Fachgebietsbindung
- ▶ klare Gliederung nach therapeutischen Berufsgruppen die weitgehend den jeweiligen Abteilungen in der medizinischen Rehabilitation entsprechen
- ▶ neuer Code mit Großbuchstaben, Leistung und Zeitdauer
- ▶ separate Dokumentation der Dauer
- ▶ Verweislisten zum schnellen Auffinden von Leistungen
- ▶ Qualitätskriterien bei den einzelnen Leistungen

Leider gibt es aber auch einige Änderungen, die den Zielen der Überarbeitung nicht gerecht werden bzw. die aus fachlich-psychologischer Sicht kritisch zu bewerten sind:

- ▶ Begrenzung der Leistungen auf einzelne Fachgebiete zum Beispiel in den Kapiteln G – Psychotherapie und E – Ergo- und Kreativtherapie
Begründung: Auch in der somatischen Rehabilitation werden psychotherapeutische Leistungen erbracht und dies ist in Fachkreisen auch weitgehend unbestritten.
Ähnlich verhält es sich mit der Begrenzung von Maltherapie, Musiktherapie auf die Fachgebiete der Psychiatrie, etc., obwohl diese Leistungen z.B. in der Onkologie sehr häufig angeboten werden.
Oder F13 - computergestütztes kognitives Hirnleistungstraining kann auch in anderen Fachbereichen sinnvoll sein.
Vorschlag: Aufhebung der Fachgebietsbegrenzung der Leistungen zum Beispiel im Kapitel G - Psychotherapie und teilweise E – Ergotherapie. Die Einschränkung erfolgt über die Indikation und die Qualitätskriterien (z.B. Begrenzung der Psychotherapie auf approbierte Psychologen, approbierte KJP und Ärzte mit psychotherapeutischer Weiterbildung)
- ▶ Ergänzung der Berufsgruppen in den Kapiteln F und G um die Psychotherapeuten in Ausbildung (bei psychotherapeutischen Leistungen unter Supervision)
Begründung: Da im KTL die Qualifikationsanforderungen definiert werden, ist die Aufnahme der PiA wichtig, damit auch weiterhin Leis-

Dipl.-Psych. Elisabeth Graff
Hardtstr. 17
53474 Bad Neuenahr
Tel.: 02641-20 17 97
elisagraff@perspektive-finden.de
([Sprecherin](#))

Dipl.-Psych. Christine Gerhard
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie
Justus-Liebig-Uni Gießen
Ludwigstr. 76 35392 Gießen
Tel.: 0641-994 5663
Christine.Gerhard@psycho.med.
uni-giessen.de

Dipl.-Psych. Dr. Dieter Kück
Werra Reha Klinik der BfA
Berliner Str. 3
37242 Bad Sooden Allendorf
Tel/Fax: 05652-919-481
dr.dieter.kuech@bfa.de

Dipl.-Psych. Dieter Schmucker
Reha-Zentrum Bad Waldsee
Badstr. 14
88339 Bad Waldsee
Tel.: 07524-94-127
d.schmucker@waldsee-therme.de

Dipl.-Psych. Dr. Rudolf Schulte
Teutoburger-Wald-Klinik
Teutoburger-Wald-Str. 33
49214 Bad Rothenfelde
Tel.: 05424-62-2386
rudolf.schulte@lva-hannover.de

Dipl.-Psych. Dr. Jürgen Theissing
Fachklinik Aukrug
24613 Aukrug-Tönsheide
Tel: 04873-9097553
juergen.theissing@lva-schleswig-
holstein.de

tungen von PiA in der Psychosomatik, der Sucht und der Reha erbracht und leistungsmäßig erfasst werden können.

- ▶ Generelle Begrenzung der Gruppengröße auf 12 Personen ohne Veränderung der Stellensituation.
Begründung: In der Praxis werden bisher teilweise (z.B. Entspannung, Psychoedukation) größere Gruppen angeboten. Bei einer Beschränkung der Gruppengröße können nicht mehr so viele Patienten wie bisher versorgt werden. Die (inhaltlich sinnvolle) Beschränkung der Gruppengröße auf 12 Personen, ohne Anpassung der Stellenpläne führt zu einer Verknappung des Angebotes. Notwendige therapeutische Leistungen unterbleiben somit.
- ▶ Umbenennung des Kapitels p - Therapeutische Leistungen im Rahmen Klinischer Psychologie (KTL 2000) in F - Krankheitsverarbeitung, Entspannungstherapie, Neuropsychologie
Begründung: In allen anderen Kapiteln wurde die Struktur vereinfacht und eine übergeordnete Bezeichnung verwendet. Lediglich im Kapitel F wurde die ausführende Berufsgruppe bzw. Abteilung gestrichen und durch Ziele und Inhalte der Therapeutischen Leistungen ersetzt. Dies widerspricht der Logik der Systematik und bleibt hinter den gesetzten Anforderungen zurück.
Vorschlag: Umbenennung in „Klinische Psychologie“
- ▶ Für die Aufteilung in F - Krankheitsverarbeitung, Entspannungstherapie, Neuropsychologie (besser: Klinische Psychologie) und G - Psychotherapie gibt es keine nachvollziehbaren fachlichen Gründe.
Begründung: Die Kapitelstruktur des KTL 2006 orientiert sich an den Leistungen der einzelnen therapeutischen Abteilungen bzw. Berufsgruppen. Sowohl die Leistungen in Kapitel F, als auch in Kapitel G werden überwiegend von Diplom-Psychologen erbracht. Eine Aufteilung erscheint willkürlich, zumal auch die bisherigen Kapitel h – Klinische Sozialarbeit und t – Soziotherapie zum neuen Kapitel D – Klinische Sozialarbeit, Soziale Therapie zusammengefasst wurden.
In der somatischen Reha gibt es nach neuen wissenschaftlichen Untersuchungen 20%-30% Pat. mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen wie Depressionen, Ängsten etc. und diese Patienten werden von approbierten Psychotherapeuten behandelt.
Vorschlag: Ein einheitliches Kapitel „Psychologie und Psychotherapie“
- ▶ Weiterhin zeigt ein Vergleich der Leistungen der Kapitel F und G viele Überschneidungen und Ähnlichkeiten. Die angestrebte klare Struktur der KTL 2006 ist hier nicht gegeben. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen:
 - F010 – Einzelberatung: Änderung der Berufsbezeichnungen
Begründung: Einzelberatung zur Entscheidungshilfe und zur Lebensstiländerung ist eine originär psychologische Leistung. Dass zunächst alle möglichen Fachärzte genannt werden, die es zudem in der somatischen Rehabilitation meist gar nicht gibt, ist nicht nachvollziehbar. Dass Diplom-Psychologen eine „Beratung“ bei Selbstwertproblemen zur Entscheidungshilfe bzw. Lebensstiländerung nur unter regelmäßiger Supervision anbieten dürfen, kann fachlich nicht begründet werden.
Vorschlag: Diplom-Psychologe, Arzt mit psychotherapeutischer Weiterbildung
 - Der Unterschied von F010 - Einzelberatung zu F02 - Therapeutische Einzelintervention ist nicht klar
Begründung: die Indikationen und die Therapieziele sind nahezu identisch. Welche Codierung man im Einzelfall für ein Patientengespräch verwendet ist willkürlich.
 - Die Aufteilung in F030 „Krisenintervention“ und G02 „Krisenintervention“ ist fraglich
Begründung: Worin unterscheidet sich eine Krise in der somatischen Reha von einer Krise in der Psychosomatik. Eine Aufteilung ist fachlich nicht gerechtfertigt und der Ort der Krise sollte nicht über die therapeutische Leistung entscheiden.

Die Krisenintervention muss auch von Dipl.-Psych. ohne Approbation erbracht werden können.

- Genauso die Aufteilung in F055 „Tabakentwöhnung“ und G093 „Raucherentwöhnung“
 - Schmerz F046, F057 und G072/G082
 - Adipositas F056 und G074/G084
 - Alkohol F052 und G102
- ▶ Diese Aufzählung zeigt, dass die Aufteilung in zwei Kapitel inhaltlich nicht gerechtfertigt ist. Sinnvoller wäre eine klare Differenzierung nach konkreten therapeutischen Leistungen, den Zielen der Leistungen und den notwendigen beruflichen Qualitätsanforderungen. Eine Aufteilung in Fachgebiete erscheint wenig hilfreich und wird auch bei allen anderen Kapiteln vermieden.
- ▶ Unterschieden werden müssen hingegen die Leistungen, die von Diplom-Psychologen erbracht werden können im Vergleich zu den Leistungen, die nur von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten, von approbierten KJP oder von ärztlichen Psychotherapeuten erbracht werden können. Dies ist in den vorliegenden Kapiteln F und G nicht schlüssig erkennbar.
- ▶ Es ist darauf zu achten, dass für Diplom-Psychologen ohne Approbation eine ausreichende Möglichkeit besteht, ihre vielfältigen Leistungen angemessen zu verschlüsseln:
- Einzelberatung
 - Krisenintervention
 - Angehörigengespräch (fehlt jetzt, war bisher enthalten)
 - Gruppenarbeit (störungsspezifisch, problemorientiert, psychoedukativ)
 - Entspannungsverfahren (einzeln, Gruppe)
 - Biofeedback
 - neuropsychologische Leistungen
- ▶ Davon abzugrenzen sind die psychotherapeutischen Leistungen. Diese dürfen entsprechend dem Psychotherapeutengesetz nur von approbierten PP, KJP oder ärztlichen Psychotherapeuten erbracht werden. Hier ist eine klare Differenzierung der Bezeichnungen und der Qualifikationen zu treffen. Zum Beispiel wird bei den Leistungen im Kapitel G häufig die Approbation von Psychologen verlangt, von Ärzten aber nur eine „entsprechende“ Weiterbildung. Was ist entsprechend? Genügt hier eine begonnene Weiterbildung? Oder ist auch bei Ärzten eine abgeschlossene Weiterbildung in Psychotherapie erforderlich? Ergänzt werden sollten die Berufsgruppen noch unbedingt um die Psychotherapeuten in Ausbildung.
- ▶ G03 - Einzelpsychotherapie, psychodynamisch: sehr spezielle Indikation, v.a. auch im Vergleich zu G05 - Einzelpsychotherapie, verhaltenstherapeutisch
Begründung: fachlich nicht gerechtfertigt und in der Praxis auch nicht notwendig.
Vorschlag: keine spezifische Indikation für bestimmte Therapietechniken.
- ▶ G035 - Einzelpsychotherapie, psychodynamisch als körperzentrierte Therapie im Unterschied zu G115 Einzelpsychotherapie, weitere Verfahren, als körperzentrierte Psychotherapie
Begründung: was soll man als Körpertherapeut nun nehmen?
Vorschlag: einheitliche Benennung der gleichen Leistung
- ▶ G10 „Psychoedukative Gruppe“ - wo ist der wirkliche Unterschied zur „problemorientierten Gruppenarbeit“ F05 oder „störungsspezifischen Gruppenarbeit“ F04
- ▶ G06 - Gruppenpsychotherapie, störungsunspezifisch erfordert zwingend (!) 2 Therapeuten, selbst G10 - psychoedukative Gruppe erfordert ggf. 2 Therapeuten, wohingegen die G04 - Gruppenpsychotherapie, psychodynamisch nur ggf. einen Co-Therapeuten erfordert und bei der

G12 - Gruppenpsychotherapie, weitere Verfahren wie Psychodrama, Körpertherapie, Gestalt ist nur 1 Therapeut erforderlich. Wie kann man sich das erklären, welche fachliche Begründung liegt dem zu Grunde?

Ähnliche Empfehlungen gelten auch für **Kapitel C** - Information, Schulung und Motivation. Auch hier könnte noch wesentlich stärker vereinheitlicht werden. Die ganzen Schulungen unterscheiden sich im Wesentlichen durch die Themen und den Grad der Standardisierung. Eine Vereinheitlichung wäre hier möglich. Auch hier ist die Begrenzung auf Fachgebiete meist unnötig. Ein Qualitätskriterium für die Referenten für Schulungen sollte auch die Fortbildung in Gruppenarbeit und Moderation sein, nicht nur Erfahrungen.

FAZIT

Gute Ansätze zur Vereinheitlichung und Strukturierung der KTL, aber gerade im Bereich der Psychologie wurde dies leider nicht konsequent umgesetzt.

1. Zusammenfassung der Kapitel F und G in Psychologie und Psychotherapie
2. bei gleichzeitiger Aufhebung der Fachgebietsbegrenzung.
3. Dafür klare Ziele und Indikationen mit sach- und fachbezogenen Qualitätsanforderungen.
4. Es muss eine klare Abgrenzung der Leistungen von Diplom-Psychologen und PP/KJP geben, wobei darauf zu achten ist, dass
5. die meisten Leistungen in der somatischen Rehabilitation auch ohne Approbation zu erbringen sind.
6. Sehr starke Orientierung an den beiden großen Therapieschulen (Tiefenpsychologisch, Verhaltenstherapeutisch) mit sehr spezifischen Kriterien (Indikation, Qualitätsanforderungen) und
7. weitgehende Freiheit dieser engen Bedingungen bei sonstigen Verfahren

Dipl. Psych. Dieter Schmucker
Psychologischer Psychotherapeut