Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Diagnostik und Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Teil II

Dr. Martin Stellpflug, MA (Lond.) **8. Mai 2012**

Voraussetzungen der Erbringung ambulanter neuropsychologischer Leistungen zulasten der GKV

Der G-BA hat sich dazu entschieden, die ambulante neuropsychologische Therapie in Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ als Nr. 19 der MVV-RL aufzunehmen und nicht als weitere Psychotherapiemethode nach § 6 PsychThRL anzuerkennen. Nach § 1 Absatz 1 MVV-RL werden in der Anlage 1 der MVV-RL die vom G-BA gemäß § 135 Absatz 1 SGB V anerkannten ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung und - soweit zur sachgerechten Anwendung erforderlich - die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Voraussetzungen sowie die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und der erforderlichen Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung geregelt. Es ist deshalb davon auszugehen, dass sich die Voraussetzungen der ambulanten Erbringung neuropsychologischer Leistungen zulasten der GKV nicht nach den Bestimmungen der PsychThRL und PsychThV richten, sondern allein nach den Regelungen der Anlage 1 Nr. 19 der MVV-RL.

§ 2 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL definiert die ambulante neuropsychologische Therapie wie folgt:

> *„Die **ambulante neuropsychologische Therapie** umfasst Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit).“* [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

§ 4 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL bestimmt die **Indikationsvoraussetzungen** zur neuropsychologischen Therapie gemäß ICD-10. Nach Absatz 2 ist darüber hinaus Anwendungsvoraussetzung, dass die basalen Aufmerksamkeitsleistungen vorhanden sind

und eine positive Behandlungsprognose besteht. Die Feststellung, ob die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind, hat vor Beginn der Behandlung als Bestandteil der Indikationsstellung zu erfolgen. Nach Absatz 3 ist die Durchführung einer ambulanten neuropsychologischen Therapie **ausgeschlossen**, wenn:

„1. die medizinische Notwendigkeit einer stationären oder rehabilitativen Maßnahme gegeben ist oder

2. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden sollen, z.B. Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD(H)S), oder Intelligenzminderung oder

3. es sich um eine Erkrankung des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, z. B. mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimertyp, handelt oder

4. das schädigende Ereignis oder die Gehirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt. Ausnahmen hiervon können von der zuständigen Krankenkasse vor Beginn der Therapie auf Antrag einer qualifizierten Therapeutin oder eines qualifizierten Therapeuten genehmigt werden, wenn im Einzelfall eine hinreichende Aussicht auf die Erreichung des Therapieerfolges besteht.“

Nach § 5 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL erfolgt die **Feststellung der Indikation** zur neuropsychologischen Therapie in einer **zweistufigen Diagnostik nach den Absätzen 2 und 3**, die im Rahmen einer Behandlung nicht durch dieselbe Leistungserbringerin oder denselben Leistungserbringer erbracht werden darf. Die Absätze lauten wörtlich:

„(2) Die Feststellung einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung) als Ursache für eine Indikation gemäß § 4 Absatz 1 erfolgt durch die in § 6 Absatz 1 festgelegten Arztgruppen. Sie muss auch andere behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen berücksichtigen. Sofern erforderlich sind an der Differentialdiagnostik Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen zu beteiligen.

(3) Unverzüglich nach Feststellung der Diagnose gemäß § 5 Absatz 2 ist eine krankheitsspezifische, neuropsychologische Diagnostik durch die in § 6 Absatz 2 Genannten durchzuführen. Dies beinhaltet auch eine Einschätzung der Therapieindikation und der Prognose für die Therapie. Diese Diagnostik umfasst zumindest Krankheitsanamnese, störungsspezifische Exploration, standardisierte störungsspezifische psychometrische Verfahren (Rohwerte und Interpretation) sowie den klinisch neuropsychologischen Befund, soweit möglich auch Fremdanamnese einschließlich der Erfassung krankheitsrelevanter Merkmale im Lebensumfeld.“

§ 5 Absatz 4 bestimmt darüber hinausgehend, dass aufbauend auf der Diagnostik nach den Absätzen 2 und 3 **vor Beginn der Behandlung ein Therapieplan** zu erstellen ist, der die krankheitswertigen Störungen gemäß den Indikationen nach § 4 sowie die für die

jeweiligen Krankheitsphasen vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen nach § 7 Absatz 3 und deren Umfang und Frequenz zu benennen hat. Über diesen Plan soll der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin informiert werden, wenn die Patientin oder der Patient einwilligt. Bei gleichzeitiger Behandlung durch andere Berufsgruppen sind die möglichen Auswirkungen dieser Behandlungsmaßnahmen (z.B. Medikation) im Therapieplan zu berücksichtigen. Eine gegenseitige Information aller an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Berufsgruppen ist anzustreben.

§ 7 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL, der vor allem die Anwendungsformen, den Leistungsinhalt und Leistungsumfang der neuropsychologischen Therapie näher bestimmt, schreibt in Absatz 3 insbesondere vor, dass der **neuropsychologische Leistungserbringer nicht identisch mit dem Leistungserbringer sein darf**, **der die erste Stufe der Diagnostik** gemäß § 5 Absatz 2 **durchführt** (Feststellung einer hirnorganische Störung als Ursache für eine Indikation gemäß § 4 Absatz 1). Darüber hinaus ist in § 7 Absatz 1 bestimmt, dass die neuropsychologische Therapie **in Form von Einzel- und Gruppenbehandlung** erfolgen kann und sie auch außerhalb der Praxis/Einrichtung erbracht werden darf, wenn dies medizinisch notwendig ist und dies mit entsprechender Begründung dokumentiert wird. Nach Absatz 4 ist der **Beginn der Behandlung spätestens mit Abschluss der probatorischen Sitzungen der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen**. Absatz 5 und 6 lauten wörtlich:

> *„(5) Die anzuwendenden Behandlungsmaßnahmen der neuropsychologischen Therapie richten sich jeweils nach den individuellen Erfordernissen des Krankheitszustandes der Patientin oder des Patienten und sind entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durchzuführen. Als Behandlungsmaßnahmen können nur zur Anwendung kommen:*
>
> *1. zur restitutiven Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel einer neuronalen Reorganisation z.B. unspezifische und spezifische Stimulation, Beeinflussung inhibitorischer Prozesse, Aktivierung,*
> *2. zur kompensatorischen Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel der Anpassung an kognitive Störungen und zum Erlernen von Ersatz- und Bewältigungsstrategien z.B. Erlernen neuer Verarbeitungsstrategien, Anpassung der eigenen Ansprüche und Erwartungen,*
> *3. zur integrativen Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel der Verarbeitung und psychosozialen Anpassung und zur Reintegration in das soziale, schulische und berufliche Umfeld z.B. auf lerntheoretischen Grundlagen basierende Programme zum Verhaltensmanagement.*
>
> *(6) Für den Leistungsumfang der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie gilt:*
>
> *1. Vor Beginn einer neuropsychologischen Therapie sind für die krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen und*

unter Berücksichtigung von Vorbefunden gemäß § 5 Absatz 3, und zur spezifischen Indikationsstellung bis zu fünf probatorische Sitzungen möglich.

2. *Neuropsychologische Therapie als Einzelbehandlung, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen, bis zu 60 Behandlungseinheiten je Krankheitsfall. Die Dauer einer neuropsychologischen Behandlungseinheit als Einzelbehandlung beträgt mindestens 50 Minuten. Wenn dies medizinisch notwendig ist, kann sie auch in Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten, mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (maximal 120) erfolgen. Die Notwendigkeit hierfür ist gesondert zu begründen und nach § 9 zu dokumentieren.*
3. *Neuropsychologische Therapie als Gruppenbehandlung, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen, bis zu 40 Behandlungseinheiten je Krankheitsfall. Die Dauer einer neuropsychologischen Behandlungseinheit als Gruppenbehandlung beträgt mindestens 100 Minuten. Wenn dies medizinisch notwendig ist, kann sie auch in Therapieeinheiten von mindestens 50 Minuten, mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (maximal 80), erfolgen. Die Notwendigkeit hierfür ist gesondert zu begründen und nach § 9 zu dokumentieren.*
4. *Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist die gesamte Behandlung im Rahmen des in Nummer 2 definierten Leistungsumfangs durchzuführen.*
5. *Im besonderen Einzelfall ist eine Überschreitung des in Nummer 2 festgelegten Therapieumfangs um bis zu maximal 20 Behandlungseinheiten (bei Therapieeinheiten von mindestens 50 Minuten) bzw. um bis zu maximal 40 Behandlungseinheiten (bei Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten) je Krankheitsfall zulässig, wenn die Ergebnisse der neuropsychologischen Verlaufsdiagnostik und der bisherige Behandlungsverlauf belegen, dass innerhalb der vorgegebenen Höchstanzahl der Behandlungseinheiten das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, aber begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungszieles bei Fortführung der Therapie in dem bestimmten erweiterten Zeitrahmen besteht. Die Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen ist nach § 9 zu dokumentieren.*

§ 8 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL eröffnet neben der neuropsychologischen Therapie auch die Anwendung ergotherapeutische, logopädische oder physiotherapeutische **Maßnahmen**, die nach den Maßgaben **der Heilmittel-Richtlinie** durchzuführen sind und einer vertragsärztlichen Verordnung bedürfen.

Zudem bestimmt § 9 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL folgende **Dokumentationspflichten**:

„(1) Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 2 haben die Befunde nach § 5, den Therapieplan sowie den Behandlungsverlauf, Änderungen im Therapieplan, die Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und die Gesamtbehandlungsanzahl zu dokumentieren.

(2) Sofern sich die medizinische Notwendigkeit ergibt, die Dauer der Behandlungseinheit gemäß §7 Absatz 6 Nummer 2 oder 3 zu reduzieren, ist dies anhand von Angaben zur konkreten Indikation oder der aktuellen neuropsychologischen Symptomatik oder den Ergebnissen der Testdiagnostik mit Begründung zu dokumentieren.

(3) Sofern im Einzelfall der in §7 Absatz 6 Nummern 2, 4 festgelegte Behandlungsumfang überschritten werden soll, ist das Vorliegen der Bedingungen hierfür zu begründen und zu dokumentieren.

(4) Sofern sich eine Therapie außerhalb der Praxis/Einrichtung gemäß §7 Absatz 1 Satz 2 als medizinisch notwendig erweist, ist dies gesondert zu begründen und zu dokumentieren."

§ 10 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL bestimmt, dass für die **Qualitätssicherung** die Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Absatz 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) gelten und die Kassenärztlichen Vereinigungen speziell für den Leistungsbereich der ambulanten Neuropsychologie fachkundige Kommissionen für die Qualitätssicherung und zur **Überprüfung der Indikation nach § 5 durch Stichproben im Einzelfall** (Qualitätssicherungskommissionen) einzurichten haben.