

**Tragende Gründe zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der
Richtlinie
Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL):
Neuropsychologische Therapie**

Vom 24. November 2011

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Beschreibung der Methode	2
2.2	Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der ambulanten neuropsychologischen Therapie	2
2.2.1	Operationalisierung zu ICD-Codes	5
2.3	Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext	5
2.4	Gesamtbewertung im Versorgungskontext	6
2.5	Qualitätssicherung	7
2.6	Dokumentation	7
2.7	Würdigung der Stellungnahmen der BÄK und BPTK	8
3.	Verfahrensablauf	17
4.	Fazit	19

1. Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue ärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden darf.

Die Überprüfung der ambulanten neuropsychologischen Therapie gemäß § 135 Abs. 1 SGB V erfolgte auf Antrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und des Arbeiterersatzkassenverbandes (VdAK/AEV) vom 01.07.2003.

Die Stellungnahmen der Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wurden bei der Änderung der MVV-RL berücksichtigt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Beschreibung der Methode

Die neuropsychologische Therapie definiert sich als Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung) unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge und inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit) des Hirngeschädigten/Hirnerkrankten. Dabei liegt es in der Natur und Lokalität der Hirnschädigung, z. B. des Hirntraumas, dass die individuellen Schädigungsbilder sehr komplex sind und dass verschiedene kognitive und affektive (neuropsychologische) Teilleistungsstörungen in unterschiedlichen Konstellationen und Auswirkungen betroffen sind.

2.2 Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der ambulanten neuropsychologischen Therapie

Unabhängig von der schädigenden Ursache geht es bei der Therapie um Störungen in jeweils denselben Funktionsbereichen, so dass bei der Nutzenbewertung die patientenrelevanten Ergebnisse in diesen Funktionsbereichen geprüft wurden.

Zur Bewertung des patientenrelevanten Nutzens der neuropsychologischen Therapie wurden die Effekte in den Funktionsbereichen untersucht, die – unabhängig von der konkreten hirnorganischen Ursache – bei einer Hirnschädigung beeinträchtigt sein können und ggf. therapiebedürftig sind. Für die unterschiedlichen Funktionsbereiche liegen auf Basis der hier bewerteten Studien der Evidenzklasse Ia und Ib unterschiedliche Ergebnisse vor:

Für die Funktionsbereiche der Teilleistungsstörungen „Lernen und Gedächtnis“ und „Wahrnehmung, Räumliche Leistungen“ ist der Nutzen neuropsychologischer Interventionen nachgewiesen.

Für die Funktionsbereiche der Teilleistungsstörungen „Aufmerksamkeit“, „Denken, Planen und Handeln“ und „Psychische Störungen bei organischen Störungen“ liegt kein eindeutiger Nutznachweis neuropsychologischer Interventionen auf dem untersuchten Evidenzniveau vor. Es gibt jedoch Hinweise auf die Wirksamkeit von neuropsychologischen Interventionen.

In 14 der ausgewerteten Studien wurden keine unerwünschten Wirkungen der angewandten Therapien festgestellt. In 8 Studien wurden keine Angaben dazu gemacht.

Die überwiegende Mehrzahl der Studien bezog sich auf neuropsychologische Interventionen, bei denen das schädigende Ereignis weniger als zwei Jahre zurücklag. Es fanden sich keine Studien, die einen Nutzen neuropsychologischer (Teil-) Interventionen belegten, bei denen bei allen untersuchten Patienten das schädigende Ereignis mehr als 5 Jahre zurücklag.

Aufgrund der schwerwiegenden Grunderkrankungen, die zu den erwähnten neuropsychologischen Defiziten führen, der grundsätzlichen Behandelbarkeit und möglichen Verbesserung der Prognose durch die neuropsychologische Therapie sowie fehlenden Behandlungsalternativen ist die medizinische Notwendigkeit gegeben. Die vorgenannten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden für diejenigen Patienten als notwendig erachtet, die nach Akutbehandlung einer hirnrorganischen Erkrankung krankheitswertige Störungen in den vorgenannten Bereichen aufweisen und nicht, oder nicht mehr einer rehabilitativen Maßnahme bedürfen.

Zu § 2 Definition

§ 2 stellt lediglich eine allgemeine Definition der neuropsychologischen Therapie dar. Erst in den nachfolgenden Paragraphen wird der Umfang der Aufnahme in die vertragsärztliche Versorgung konkretisiert.

Zu § 4 Indikationen

In § 4 sind die Indikationen für die ambulante neuropsychologische Therapie abschließend in ihrer Benennung nach ICD-10 festgelegt. Die Festlegung der Indikationen basierte auf den Ergebnissen der Studiaauswertung in Zuordnung der 5 definierten Teilleistungsstörungsbereiche. Aus diesen ergab sich im Folgenden die Zusammenstellung der Indikationsliste nach ICD-10. Die Betrachtung der Ergebnisse unabhängig von der Art der Hirnschädigung wird durch das Kapitel V (F), Abschnitt F0, der ICD-10 vorgegeben. Die hier in die Prüfung einbezogenen Indikationen F04, F06.7, F06.8, F06.9 sowie F07 werden im ICD-10 nicht verschiedenen Ätiologien zugeordnet, sondern es wird allein auf die Phänomenologie der sich aus der Hirnschädigung ergebenden psychischen Störungen abgestellt.

In § 4 Absatz 1 ist ebenfalls festgelegt, dass die dort aufgelisteten Indikationen für sich alleine genommen keine Indikation für eine ambulante neuropsychologische Therapie darstellen. Voraussetzung ist immer, dass die in Absatz 1 aufgelisteten ICD-10 Diagnosen als Folge einer Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnrorganische Störung) entstanden sind. Zur weiteren Differenzierung der Indikation sind im Absatz 3 Sachverhalte und Krankheitsbilder definiert, bei denen die Durchführung einer neuropsychologischen Therapie ausgeschlossen ist.

Indikationen für eine ambulante Psychotherapie gemäß der Psychotherapie-Richtlinie bleiben hiervon unberührt.

Zu § 5 Feststellung der Indikation

Die Feststellung der Indikation gemäß § 4 setzt die Diagnose einer zugrundeliegenden hirnrorganischen Erkrankung voraus. Deswegen wurde hierfür ein zweistufiges diagnostisches Vorgehen festgelegt. Auf der ersten Stufe nach § 5 Absatz 2 der Richtlinie erfolgt die Feststellung einer hirnrorganischen Erkrankung unter Berücksichtigung möglicher anderer somatischer Krankheitsbilder (Ausschlußdiagnostik) durch die entsprechenden Ärztinnen und Ärzte des jeweiligen Fachgebietes. In der zweiten Stufe erfolgt die störungsspezifische neuropsychologische Diagnostik durch Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der in § 6 Absatz 2 geregelten Zusatzqualifikation. Unter Berücksichtigung der Befunde beider diagnostischer Stufen erfolgt die Indikationsstellung und prognostische Beurteilung für die neuropsychologische Therapie durch die in § 6 Absatz 2 festgelegten Leistungserbringer. Dieses Vorgehen wurde gewählt, weil die prognostische Beurteilung und Indikationsstellung nur nach integrierender Betrachtung aller vorliegenden Befunde möglich ist. Die Festlegung nach § 5 Absatz 1 und korrespondierend in § 7 Absatz 3 dient der Klarstellung, dass eine Personenidentität im Rahmen der zweistufigen Diagnostik ausgeschlossen ist. Dies dient insbesondere der Qualitätssicherung.

Zu § 7 Anwendungsformen, Leistungserbringung, Leistungsinhalt und Leistungsumfang der neuropsychologischen Therapie

Eine erworbene Hirnschädigung oder Hirnerkrankung führt zu einem in Art, Ausmaß und Schweregrad variierenden Störungsbild geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiven) Faktoren. Dieses Störungsbild entfaltet vor dem Hintergrund biografischer Bezüge, der individuellen physischen und psychischen Ressourcen und innerer Kontextfaktoren wie Antrieb, Motivation und Anpassungsfähigkeit seine jeweilige Komplexität.

Aufgrund der Vielzahl möglicher Kombinationen von einer oder mehreren Teilleistungsstörungen miteinander als auch mit den o. g. Faktoren ist eine festgelegte Zuordnung einzelner neuropsychologischer Interventionsmethoden zu einzelnen Aspekten des jeweiligen Störungsbildes sowie eine starre Bestimmung der Reihenfolge der Interventionen weder möglich noch sinnvoll.

Neuropsychologische Therapie im Sinne dieser Richtlinie setzt eine bestimmte Ordnung des Vorgehens voraus, die mit Bezug zum individuellen Einzelfall entwickelt wird. Die neuropsychologische Behandlungsstrategie wird auf der Basis der diagnostischen Ergebnisse – aus Krankheitsanamnese und störungsspezifischer Exploration, standardisierten psychometrischen Verfahren und ggf. Fremdanamnese - und auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes in kritischer Reflexion des Einzelfalles individuell bestimmt und festgelegt. Häufig werden dabei restitutive Methoden am Anfang stehen, bei fehlendem oder ausgeschöpftem Restitutionspotential finden kompensatorische und integrative Methoden Anwendung: Diese Reihenfolge ist jedoch nicht zwingend und kann etwa zur primären Behandlung von reduzierter Krankheitseinsicht oder psychischer Leiden verändert werden.

Ausdrücklich gewünscht ist es zudem, mögliche Auswirkungen anderer Behandlungsmaßnahmen (etwa Medikation) auch im Verlauf der neuropsychologischen Behandlung zu berücksichtigen und die neuropsychologischen Behandlungsmaßnahmen flexibel an den jeweiligen Krankheits- und Behandlungsverlauf zu adaptieren.

Die neuropsychologische Therapie basiert außerdem auf einem interaktionellen Prozess zwischen neuropsychologischem Leistungserbringer und erkranktem Menschen. Der systematischen Berücksichtigung und kontinuierlichen Gestaltung der Therapeuten-Patienten-Beziehung kommt in den Interventionen der neuropsychologischen Therapie eine besondere Relevanz zu. Dies gelingt nur, wenn bestimmte Interventionsformen nicht vorgefertigt in starrer Reihenfolge angewandt werden, sondern in jeder Therapeut-Patient-Beziehung die innerpsychischen Vorgänge des Patienten einbezogen und berücksichtigt werden.

2.2.1 Operationalisierung zu ICD-Codes

Unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen, der Diskussion mit den beteiligten fachkundigen Beratern und der Literaturlauswertung kommen für die neuropsychologische Therapie folgende Störungen, Schädigungen und Behinderungen gemäß ICD-10 in Betracht.

1. F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt,
2. F06.6 Organische emotional labile (asthenische) Störung,
3. F06.7 Leichte kognitive Störung,
4. F06.8 Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
5. F06.9 Nicht näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
6. F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

jeweils nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung). Die Anwendung der neuropsychologischen Therapie ist dabei nur zulässig bei krankheitswertigen Störungen in den folgenden höheren Hirnleistungsfunktionen (Teilleistungsbereichen):

1. Lernen und Gedächtnis,
2. Höhere Aufmerksamkeitsleistungen
3. Wahrnehmung, räumliche Leistungen,
4. Denken, Planen und Handeln,
5. Psychische Störungen bei organischen Störungen.

2.3 Sektorspezifische Bewertung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext

Der Indikation für eine neuropsychologische Intervention liegt eine Hirnschädigung unterschiedlicher Ätiologie (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma) zugrunde, die eine oder mehrere Teilleistungsstörungen kognitiver Funktionen verursacht hat. Die sektorspezifische Notwendigkeit für die ambulanten neuropsychologischen Interven-

tionen ergibt sich, wenn die Patienten nach Abschluss der akutstationären und ggf. stationär-rehabilitativen Therapie weiterhin krankheitswertige Störungen gemäß § 4 aufweisen und nicht, oder nicht mehr einer rehabilitativen Maßnahme bedürfen. Diese Interventionen setzen störungsspezifische diagnostische Maßnahmen zur Differenzialdiagnose und Indikationsstellung sowie zur Verlaufs- und Ergebnisbeurteilung von entsprechenden Behandlungsmaßnahmen im ambulanten Bereich voraus.

Auch nach stationärer Akut- oder Rehabilitationsbehandlung können krankheitswertige Störungen nach § 4 weiterhin bestehen, die eine weitere ambulante Behandlung erfordern. Für die Versorgung im ambulanten Bereich stehen derzeit die fachärztlich neurologische Behandlung und die ambulante Psychotherapie (in eingeschränktem Umfang Richtlinienpsychotherapie und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung) sowie Heilmittel in Form von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie im ambulanten Sektor zur Verfügung. Diese bestehenden Möglichkeiten decken nicht den unter Umständen darüber hinaus gehenden Behandlungsbedarf ab. Die für einen Behandlungserfolg erforderliche ambulante Weiterbehandlung mit neuropsychologischer Therapie ist derzeit nicht gewährleistet.

Gemäß 2. Kapitel § 10 Absatz 2 Nr. 3 VerfO erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einer Methode insbesondere auf der Basis von Unterlagen zur Kostenschätzung zur Anwendung beim einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf den einzelnen Patienten oder Versicherten, zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten, auch Folgekosten-Abwägung, und zur Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich zu anderen Methoden.

Der erfassten Literatur sind keine Untersuchungen zu Aspekten der Wirtschaftlichkeit zu entnehmen. Da dem G-BA keine belastbaren Daten zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zur Verfügung stehen, muss derzeit auf eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit verzichtet werden.

2.4 Gesamtbewertung im Versorgungskontext

Die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie ist für krankheitswertige Störungen nach § 4, die nach stationärer Akut- und Rehabilitationsbehandlung weiterhin bestehen, weiterhin erforderlich, um eine weitgehend vollständige Krankenbehandlung zu ermöglichen. Der Nutzen ist für die folgenden Teilleistungsstörungen belegt: „Lernen und Gedächtnis“ sowie „Wahrnehmung, Räumliche Leistungen“. Für die Teilleistungsstörungen in den Bereichen „Aufmerksamkeit“, „Denken, Planen und Handeln“ und „Psychische Störungen bei organischen Störungen“ lag kein eindeutiger Nutznachweis für neuropsychologische Interventionen auf dem untersuchten Evidenzniveau (Ia, Ib) vor. Es gab jedoch Hinweise auf die Wirksamkeit von spezifischen neuropsychologischen Interventionen/Methoden bei Beeinträchtigungen in diesen Bereichen.

In Abwägung der vorgelegten Erkenntnisse empfiehlt der G-BA die ambulante neuropsychologische 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 und inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit) als Untersuchungs- und Behandlungsmethode für die vertragsärztliche Versorgung indikationsbezogen aufzunehmen.

Die Aufnahmeentscheidung beruht im Wesentlichen auf den folgenden Erwägungen. In den Bereichen „Lernen und Gedächtnis“ und „Wahrnehmung, Räumliche Leistungen“ korrespondiert die Aufnahmeentscheidung mit den gefundenen Nutzenbelegen.

Obwohl in den Bereichen „Aufmerksamkeit“, „Denken, Planen und Handeln“ und „Psychische Störungen bei organischen Störungen“ lediglich Hinweise auf einen Nutzen festgestellt werden konnten, hat sich der G-BA in Abwägung der bestehenden medizinischen Notwendigkeit einerseits und fehlender Hinweise auf unerwünschte Wirkungen sowie das Fehlen von Behandlungsalternativen für die Indikationen nach § 4 andererseits für eine Aufnahme entschieden.

2.5 Qualitätssicherung

Die erforderliche Qualifikation der Leistungserbringer wird in § 6 der Richtlinie geregelt.

Zur Sicherung der Qualität gelten 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).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten gemäß § 10 Absatz 2 der Richtlinie speziell für den Leistungsbereich der ambulanten Neuropsychologie fachkundige Kommissionen für die Qualitätssicherung und zur Überprüfung der Indikation nach § 5 durch Stichproben im Einzelfall (Qualitätssicherungskommissionen) ein.

2.6 Dokumentation

Die inhaltlichen Anforderungen zur Dokumentation sind in § 9 der Richtlinie geregelt.

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

Sofern sich die medizinische Notwendigkeit ergibt, die Dauer der Behandlungseinheit gemäß § 7 Absatz 4, Nummer 2 oder 3 der Richtlinie zu reduzieren, ist dies anhand von Angaben zur konkreten Indikation oder der aktuellen neuropsychologischen Symptomatik oder den Ergebnissen der Testdiagnostik mit Begründung zu dokumentieren.

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

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

2.7 Würdigung der Stellungnahmen der BÄK und BPTK

Die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer haben fristgerecht eine Stellungnahme zum Beschlussentwurf vorgelegt.

Der Unterausschuss Methodenbewertung hat die Stellungnahmen in seiner Sitzung am 06.10.2011 beraten. Die Würdigung der Stellungnahmen und die abgeleiteten Änderungen des Beschlussentwurfs sind in der nachfolgenden Tabelle dokumentiert.

Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuropsychologische Therapie	Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 27.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
	Vor dem Hintergrund ihrer wissenschaftlichen Anerkennung durch den WBP begrüßt die Bundesärztekammer die Aufnahme der ambulanten neuropsychologischen Therapie als Methode für die vertragsärztliche Versorgung.	Kenntnisnahme
§ 2 Definition		
Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie von komplexen 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 und inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit).	Um eine Übereinstimmung zwischen Definition und Indikationen der ambulanten neuropsychologischen Therapie zu erreichen, sollte § 2 wie folgt formuliert werden: „Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie von komplexen geistigen (kognitiven) ...“	Anpassung gemäß des Vorschlags der BÄK.
§ 4 Indikationen		
(3) ¹ Die Durchführung einer ambulanten neuropsychologischen Therapie ist ausgeschlossen, wenn: 1. die medizinische Notwendigkeit einer stationären oder rehabilitativen Maßnahme gegeben ist oder 2. ausschließlich angebo-	Daher sollte unter § 4 Abs. 3 ergänzt werden: „ 5. bei Kindern und Jugendlichen ausschließlich genetisch angelegte oder entwicklungsbedingte Hirnfunktionsstörungen ohne nach der Geburt erworbene Hirnschädigung, wie z. B. bei Aufmerksamkeitsdefizit-	Die AG greift dem Vorschlag der BÄK partiell auf und fügt einen Hinweis in § 4 Abs. 2 ein, dass das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom keine Indikation zur Durchführung einer ambulanten neuropsychologischen Therapie darstellt. Hinsichtlich der Lese-Rechtsschreib-Schwäche (LRS) wird dem Vorschlag der BÄK nicht

Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuropsychologische Therapie	Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 27.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
<p>rene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden sollen oder</p> <p>3. es sich um eine Erkrankung des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, z. B. mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimerstyp, handelt oder</p> <p>4. das schädigende Ereignis oder die Gehirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt. ²Ausnahmen 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.</p>	<p>Syndromen oder Lese-Rechtschreib-Schwäche vorliegen.“</p> <p>(Vorschlag BÄK: fett markiertes ergänzen)</p>	<p>gefolgt.</p> <p>LRS ist nicht Gegenstand der Richtlinie gemäß § 4 Abs. 1.</p>
<p>§ 6 Qualifikation der Leistungserbringer</p>		
<p>(1) Zur Feststellung der Indikation gemäß § 5 Absatz 2 sind berechtigt: Fachärztin-</p>	<p>Die Bundesärztekammer bittet um Ergänzung der Fachgebiete „Psychosomatische Medi-</p>	<p>Ergänzung um das Fachgebiet „Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie“ ist</p>

Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuropsychologische Therapie	Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 27.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
<p>nen und Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.</p>	<p>zin und Psychotherapie“ und „Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie“ in § 6 Abs. 1 des Beschlussentwurfs.</p>	<p>sachgerecht und wird empfohlen.</p> <p>Ergänzung um das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ist nicht nachvollziehbar, da hier nicht sicher gestellt ist, dass in der Ausbildung das Fach Neurologie belegt wurde (gemäß WBO nicht erforderlich).</p>
<p>(2) Zur neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Absatz 3 und zur neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 sind berechtigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Absatz 1, 2. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 3. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 4. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, <p>jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.</p>	<p>Die Bundesärztekammer bittet insofern um folgende Formulierung von § 6 Abs. 2:</p> <p>„(2) Zur neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Absatz 3 und zur neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 sind berechtigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Absatz 1, 2. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, <p>sowie jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 4. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. <p>jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation in-</p>	<p>Im Hinblick auf einheitliche Qualitätsstandards wird dem Vorschlag der BÄK nicht gefolgt.</p> <p>Auch Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 6 Absatz 1 des Beschlussentwurfes sowie ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten benötigen zur spezifischen neuropsychologischen Diagnostik und Therapie eine zusätzliche, spezifische Weiterbildung in NP, da eine solche nicht in den vg. FA-Ausbildungen und PT-Weiterbildungen enthalten ist.</p>

Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuropsychologische Therapie	Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 27.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
	<p>haltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer</p>	
<p>§ 7 Anwendungsformen, Leistungserbringung, Leistungsinhalt und Leistungsumfang der neuropsychologischen Therapie</p>		
<p>(3) ¹Die 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. ²Als Behandlungsmaßnahmen können nur zur Anwendung kommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Im Sinne einer Klarstellung zum Verhältnis der Ziele der neuropsychologischen Therapie nach § 1 S. 2 und nach § 7 Abs. 3 S. 2 und um eine Beschreibung der Maßnahmen und Ziele zur restitutiven Therapie zu erreichen, die mit der Beschreibung von Maßnahmen und Zielen der kompensatorischen und integrativen Therapie vergleichbar ist, bittet die Bundesärztekammer um folgende Formulierung für § 7 Abs. 3 des Beschlussentwurfs:</p> <p>„(3) (...) Als Behandlungsmaßnahmen können nur zur Behandlung der krankheitswertigen kognitiven, motivationalen und emotionalen Störungen sowie der daraus folgenden psychosozialen Beeinträchtigungen und Aktivitätseinschränkungen zur Anwendung kommen:“</p> <p>„1. zur restitutiven Therapie Maßnahmen mit dem Ziel einer Wiederherstellung geis-</p>	<p>Dem Ergänzungsvorschlag der BÄK wird nicht gefolgt, da dies bereits in § 1 ausgeführt ist .</p> <p>Die Notwendigkeit zu einer Änderung des RL-Textes zur restitutiven Therapie gemäß zweitem Vorschlag BÄK ist nicht nachvollziehbar, da dieser keine differenziertere Darstellung des Sachverhalts beinhaltet.</p>

Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuropsychologische Therapie	Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 27.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
<p>Erlernen neuer Verarbeitungsstrategien, Anpassung der eigenen Ansprüche und Erwartungen,</p> <p>3. zur integrativen Therapie Maßnahmen mit dem Ziel der Verarbeitung und psycho-sozialen Anpassung und zur Reintegration in das soziale, schulische und berufliche Umfeld z. B. auf lerntheoretischen Grundlagen basierende Programme zum Verhaltensmanagement.</p>	<p>tiger (kognitiver) Funktionen Reorganisation, z.B. spezifische Übungen zum Training kognitiver Funktionen</p> <p>unspezifische und spezifische Stimulation, Beeinflussung inhibitorischer Prozesse, Aktivierung, (...)“.</p>	
<p>(3).....</p> <p>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.</p>	<p>Die Ziele und Maßnahmen der integrativen Therapie gemäß § 7 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 des Beschlussentwurfs weisen deutliche Überschneidungen mit denjenigen der Psychotherapie-Richtlinie auf. Ein Gutachterverfahren zur Prüfung der Voraussetzungen für die Anwendung der ambulanten neuropsychologischen Therapie entsprechend dem Verfahren gemäß § 26 der Psychotherapie-Richtlinie erscheint daher folgerichtig, es ist in dem vorliegenden Beschlussentwurf jedoch nicht vorgesehen. Eine stichprobenartige Überprüfung der Indikationen nach § 5 Abs. 2-3 des Beschlussentwurfs ist vor diesem Hintergrund unabdingbar. Insofern verweist die Bundesärztekammer auf ihre Hinweise zur Zusammensetzung der Qualitätssicherungskommissionen nach § 10 des Beschlussentwurfs.</p>	<p>Auf ein Gutachterverfahren wurde bewusst verzichtet und eine QS gemäß § 10 etabliert.</p>
<p>§ 8 Ergänzende Maßnahmen gemäß der Heilmittel-</p>		

Beschlusssentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuropsychologische Therapie	Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 27.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
Richtlinie		
<p>¹Sofern neben der neuropsychologischen Therapie auch ergotherapeutische, logopädische oder physiotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung kommen sollen, so sind diese entsprechend den Maßgaben der Heilmittel-Richtlinie durchzuführen und bedürfen einer vertragsärztlichen Verordnung. ²Sie sollen nur in enger Abstimmung zwischen dem behandelnden neuropsychologischen Leistungserbringer und der verordnenden Ärztin oder Arzt verordnet werden.</p>	<p>Neben der neuropsychologischen Therapie sollen in Abstimmung zwischen den Leistungserbringern ergänzend auch Maßnahmen der Heilmittel-Richtlinie zur Anwendung kommen können. Im Sinne einer Klarstellung für die Durchführung ergänzender Maßnahmen empfiehlt die Bundesärztekammer eine Abgrenzung zu sich überschneidenden Maßnahmen gemäß der Heilmittel-Richtlinie vorzunehmen, insbesondere zu den Heilmittelverordnungen A3 und B bei den Diagnosegruppen EN1 und EN2.</p>	<p>Die Anregung der BÄK wurde aufgegriffen, und die notwendige Abstimmung zwischen Heilmittelerbringer und neuropsychologischem Leistungserbringer wurde daraufhin konkretisiert, dass insbesondere Überschneidungen vermieden werden sollen (Ergänzung am Ende Satz 2 in § 8: „insbesondere um durch gegenseitige inhaltliche Abstimmung der Maßnahmen Überschneidungen zu vermeiden.“)</p> <p>Einer weitergehenden Abgrenzung der Leistungen der neuropsychologischen Therapie und den Leistungen im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie bedarf es in der vorliegenden Richtlinie nicht. Die Abgrenzung ist im hinreichenden Maße durch die allgemeinen Grundsätze des Leistungserbringungsrechts des SGB V vorgezeichnet.</p>
§ 10 Qualitätssicherung		
<p>(1) Für die Qualitätssicherung gelten 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).</p> <p>(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten speziell für den Leistungsbereich der ambulanten Neuropsychologie fachkundige Kommissionen für die Qualitätssicherung und zur Überprüfung der Indikation nach § 5 durch Stichproben im Einzelfall (Qualitätssicherungs-</p>	<p>§ 10 des Beschlusssentwurfs sieht die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen gemäß der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA zur Überprüfung der Indikationen nach § 5 vor. Um die Zusammensetzung der Qualitätssicherungskommissionen entsprechend der zweistufigen Diagnostik zur Feststellung der Indikation nach § 5 Abs. 2-3 zu gestalten, sollte am Ende von § 10 Abs. 2 des Beschlusssentwurfs ergänzt werden:</p> <p>„Der Kommission gehört mindestens eine Fachärztin/ein Facharzt nach § 6 Abs. 1 an.“</p>	<p>Die fachkundige Besetzung der Qualitätssicherungskommissionen ist bereits durch die vorhandene Formulierung gewährleistet.</p>

Beschlusssentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuropsychologische Therapie	Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 27.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
<p>kommissionen) ein.</p> <p>(3) Die Möglichkeit der zuständigen Krankenkasse, Prüfungen gemäß § 275 Absatz 1 Satz 1 SGB V durchzuführen, bleibt unberührt.</p>		

Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuro-psychologische Therapie	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 25.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
	<p>„Die BPtK begrüßt die Aufnahme der Neuropsychologischen Therapie in Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.</p> <p>„Wenngleich nach Auffassung der Bundespsychotherapeutenkammer auch die Psychotherapie-Richtlinie alle erforderlichen Instrumente für eine zweckmäßige Regelung der effektiven Erbringung der Neuropsychologischen Therapie in der GKV enthielte, unterstützt die BPtK den vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeschlagenen Weg einer Regelung in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung. Hierdurch kann den Besonderheiten der Neuro-psychologischen Therapie in spezifischer Weise Rechnung getragen werden.“</p>	Kenntnisnahme
§ 2 Definition		
Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie von komplexen 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 und inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit).	In § 2 sollte im ersten Satz nach den Wörtern „der biographischen Bezüge“ anstelle des Wortes „und“ folgende Wörter eingefügt werden „... , der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der... “.	Der Ergänzungsvorschlag der BPtK wird übernommen.
§ 7 Anwendungsformen, Leistungserbringung,		

Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der MVV-RL: Neuropsychologische Therapie	Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 91 Abs. 5 SGB V vom 25.07.2011	Würdigung der Stellungnahme
Leistungsinhalt und Leistungsumfang der neuropsychologischen Therapie		
<p>(1) ¹Die neuropsychologische Therapie kann in Form von Einzel- oder Gruppenbehandlung (maximal 5 Patientinnen oder Patienten) durchgeführt werden. ²Die neuropsychologische Therapie kann auch außerhalb der Praxis erbracht werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. ³Die Notwendigkeit hierfür ist gesondert zu begründen und nach § 9 zu dokumentieren.</p>	<p>Allerdings sollte die Richtlinie auch die Möglichkeit vorsehen, dass Einzel- und Gruppentherapie miteinander kombiniert werden können. So kann es für eine effektive Behandlung erforderlich sein, dass bestimmte Therapieinhalte im Rahmen der Gruppentherapie bearbeitet werden, und zugleich auf eine Neuropsychologische Einzeltherapie zur Bearbeitung spezifischer Problembereiche nicht verzichtet werden kann (z. B. Bearbeitung sozialer Kompetenzdefizite vor dem Hintergrund der neuropsychologischen Störungen im Gruppensetting und Steigerung der Awareness der Funktionseinschränkungen und Krankheitsverarbeitung im Einzeltherapiesetting). Daher sollte in § 7 Absatz 1 Satz hinter dem Wort „Einzel...“ das Wort „und/...“ eingefügt werden.</p>	<p>Die Oder-Formulierung ist mangels weiterer Konkretisierung nicht als exklusives „oder“ zu verstehen. Der Erweiterung um ein „/und“ bedarf es daher nicht.</p>

3. Verfahrensablauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
	01.07.2003	Antrag des VdAK/AEV zur Überprüfung der ambulanten neuropsychologischen Therapie nach § 135 Abs. 1 SGB V
UA HHM	03.09.2004	Annahme des Antrags zur Beratung der ambulanten neuropsychologischen Therapie
AG Amb. NPsych	22.11.2005	Konstituierung der Arbeitsgruppe ambulante Neuropsychologie
TG Amb. NPsych	08.02.2006 25.04.2006 11.07.2006 12.09.2006 08.11.2006	- Operationalisierung des Beratungsthemas - Festlegung der Recherchestrategie - Studienauswertungen zur sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens der neuropsychologischen Therapie
TG Amb. NPsych	10.01.2007 06.03.2007 03.05.2007 11.07.2007 23.08.2007 29.09.2007 11.12.2007	Studienauswertungen zur sektorenübergreifenden Bewertung des Nutzens der neuropsychologischen Therapie
TG Amb. NPsych	15.01.2008 19.02.2008 09.04.2008	Sektorenübergreifende Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der neuropsychologischen Therapie
AG Amb. NPsych	09.02.2009	Beratung des Berichts zur sektorenübergreifenden Bewertung von Nutzen und medizinischen Notwendigkeit der neuropsychologischen Therapie
UA MB	02.04.2009	Zustimmende Kenntnisnahme des Berichts zur sektorenübergreifenden Bewertung von Nutzen und medizinischen Notwendigkeit der neuropsychologischen Therapie
UA PT	28.04.2009	Kenntnisnahme des Berichts zur sektorenübergreifenden Bewertung von Nutzen und medizinischen Notwendigkeit der neuropsychologischen Therapie
UA VL	06.05.2009	Kenntnisnahme des Berichts zur sektorenübergreifenden Bewertung von Nutzen und medizinischen Notwendigkeit der neuropsychologischen Therapie, Diskussion zur Verortung, ggf. Verweisen an AG zur Überarbeitung der Heilmittel-RL
AG Amb. NPsych	30.06.2009 11.08.2009	- Beratung der sektorspezifischen Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext - Vorgehensweise der AG nach VerfO

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
UA PT	25.08.2009	Sachstand zur Kenntnisnahme
AG Amb. NPsych	16.11.2009	- Beratung der sektorspezifischen Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext
UA MB	03.12.2009	Sachstand zur Kenntnisnahme
AG Amb NPsych	17.03.2010 11.05.2010 06.07.2010 06.09.2010	- Beratung und Konsentierung der sektorspezifischen Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungskontext - Diskussion und Konkretisierung einer möglichen Verortung
UA MB	07.10.2010	Sachstand zur Kenntnisnahme
AG Amb NPsych	19.10.2010 07.12.2010	Abstimmung eines Richtlinienentwurfs
UA PT	23.11.2010	Sachstand zur Kenntnisnahme
AG Amb NPsych	15.01.2011 15.03.2011 11.05.2011	Abstimmung eines Richtlinienentwurfs und der Tragenden Gründe zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens
UA MB	09.06.2011	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Abs. 5 SGB V
AG Amb NPsych	20.09.2011 19.10.2011	Vorbereitende Beratung zur Auswertung der Stellungnahmen
UA MB	03.11.2011	Auswertung der Stellungnahmen und abschließende Beratungen
G-BA	24.11.2011	Beschluss über eine Änderung der MVV-RL zur neuropsychologischen Therapie
		Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
		Veröffentlichung im Bundesanzeiger

4. Fazit

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnganisch verursachten Störungen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Betroffen sind Patienten mit hirnganischen Erkrankungen (z B. Schlaganfall, Schädelhirntrauma).

Dabei ist beim Fortbestehen von vorgenannten krankheitswertigen Störungen nach stationärer Akut- und Rehabilitationsbehandlung eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung wünschenswert, um eine weitgehend vollständige Krankenbehandlung zu ermöglichen. Mit dieser ambulanten Therapie sollen die Chancen auf einen größtmöglichen Therapieerfolg bei gestörten höheren Hirnleistungsfunktionen besser als bisher genutzt werden. Die neuropsychologische Therapie wird bei diesen Patienten oft bereits während der stationären Akutphase eingeleitet und kann jetzt durch Einführung der ambulanten neuropsychologischen Therapie möglichst unmittelbar ambulant fortgesetzt werden. Bei Erstellung der Richtlinie wurden die Erkenntnisse aus der Bewertung von Studien in den definierten fünf Teilleistungsbereichen herangezogen.

In Abwägung der vorgelegten Erkenntnisse empfiehlt der G-BA die ambulante neuropsychologische 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 und inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit) für die vertragsärztliche Versorgung für ausgewählte Indikationen.

Berlin, den 24. November 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Hess