Information

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

Dr. Martin Stellpflug, MA (Lond.)

8. Mai 2012

Im Folgenden werden die Durchführungsvoraussetzungen und Vergütungsmöglichkeiten der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungsrechts dargestellt. Hierzu werden einleitend die rechtlichen Grenzen des Leistungsrechts sowie die Möglichkeiten der Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erläutert, um auf dieser Grundlage den derzeitigen Status der ambulanten neuropsychologischen Therapie zu beurteilen (hierzu unter 1.). Vor diesem Hintergrund werden die Voraussetzungen der Erbringung ambulanter neuropsychologischer Leistungen beschrieben (hierzu unter 11.). Danach wird aufgezeigt, auf welchem Wege die neuropsychologischen Leistungen derzeit vergütet werden können (hierzu unter 111.). Anschließend beantworte ich einige Sonderfragen (hierzu unter 11.). Zum Schluss werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst (hierzu unter V.).

I. Einleitung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können Versicherte nicht jede denkbare medizinische Leistung oder Behandlungsmethode beanspruchen, die Leistungserbringer nicht jede denkbare Leistung oder Behandlungsmethode durchführen und zu Lasten der GKV abrechnen.

1. Das Leistungsrecht des SGB V bestimmt in § 2 SGB V, dass die Krankenkassen den Versicherten nur die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes den Versicherten grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung stellen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Nach den Regelungen besteht unter Beachtung dieses

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß §§ 27, 11 SGB V insbesondere ein Anspruch auf ärztliche Behandlung einschließlich der Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihr Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern. Im Unterschied zur ärztlichen Behandlung wird über § 28 Absatz 3 SGB V das Leistungsspektrum der Psychotherapie auf jenen Umfang beschränkt, die er durch die Psychotherapie-Richtlinie (PsychThRL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und die Psychotherapie-Vereinbarung (PsychThV) der Bundesmantel-vertragspartner erhalten hat. Flankiert wird diese begrenzte Einbeziehung der Psychotherapie in die vertragsärztliche Versorgung durch den zukunftsorientierten Normsetzungsauftrag gemäß § 92 Absatz 6a SGB V, der dem G-BA eine Erweiterung des Leistungsspektrums eröffnet.

Die bundesmantelvertraglichen Richtlinien des G-BA bestimmen nach § 91 Absatz 6 SGB V auch die Grenzen des Leistungsrechts. Versicherte können ihren Leistungsanspruch nur innerhalb der Vorgaben des Vertragsarztrechts verwirklichen. Hierzu zählt auch das vertragsärztliche Vergütungsrecht, nach dem gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 SGB V nur solche Maßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung abgerechnet werden dürfen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.1996, Az. 6 RKa 31/95). Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für welche nach diesen Vorgaben keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse besteht, sind gemäß § 12 Absatz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 2 Absatz 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, das heißt die insbesondere zum Zeitpunkt der Behandlung nicht als abrechnungsfähige Leistung im **EBM** abgebildet sind, sind im krankenversicherungsrechtlichen Sinne als und "Neue Untersuchungs-Behandlungsmethoden " zu qualifizieren.

2. Die Eingliederung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung erfolgt vor diesem Hintergrund in einem zweistufigen Verfahren. Die erste Stufe erfordert gemäß § 92 Absatz 1 Nr. 5 SGB V die Empfehlung der neuen Methode in einer Richtlinie des GBA, auf der zweiten Stufe bedarf es der Aufnahme entsprechender Gebührenordnungspositionen in den EBM durch den Bewertungsausschuss. Dies gilt nach § 12 Absatz 3 BMV-Ä für psychotherapeutische Behandlungsverfahren entsprechend. Für die Anerkennung durch den G-BA hat der Gesetzgeber das Verfahren in § 135 Absatz 1 SGB V geregelt. Die Vorschrift lautet wie folgt:

"Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines unparteilschen nach § 91 Abs. 2 Satz 1, eine Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eine Kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über

- Die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapieeinrichtung,
- 2. Die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderung an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
- 3. Die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung."

Der G-BA soll als sachkundiges Gremium im Rahmen eines formalisierten Verfahrens für die gesamte vertragsärztliche Versorgung einheitlich darüber befinden, ob generell eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode den in § 135 Absatz 1 SGB V genannten Kriterien entspricht. Die Vorschrift gilt gemäß § 72 Absatz 1 Satz 2 für die Richtlinien nach § 92 Absatz 6a SGB V entsprechend. Maßgeblich ist folglich allein die sozialrechtliche Anerkennung durch den G-BA, auch wenn die Neuropsychologie bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts als wissenschaftlich wirksames Therapieverfahren beschrieben wird. Selbst eine berufsrechtliche Anerkennung im Sinne von § 8 Absatz 3 Nr. 1 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) durch den Wissenschaftlichen Beitrat Psychotherapie nach § 11 PsychThG genügt nicht. Nach der Rechtsprechung des BSG zur Rechtmäßigkeit der Nichtberücksichtigung der Gesprächstherapie vom 28.10.2009 (Az. B 6 KA 11/09 R) besteht kein Gleichklang zwischen berufs- und sozialrechtlicher Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens. In den Urteilsgründen heißt es entsprechend wie folgt:

"Vor diesem Hintergrund kann die Aufnahme von Behandlungsverfahren in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und die darauf ausgerichtete Qualifikation der Behandler anderen Maßstäben folgen, als sie in den berufsrechtlichen, ganz anders motivierten Regelungen normiert sind. Die Aufnahme von neuen Behandlungsverfahren gemäß § 92 Abs. 6a SGB V - auch für psychotherapeutische Behandlungsverfahren gilt § 135 Abs. 1 SGB V - in den Kreis der Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren sind, ist an der Eignung des neuen Verfahrens, seiner Wirksamkeit und der mit ihm verbundenen Kosten auch im Verhältnis zu den bislang anerkannten Behandlungsverfahren zu messen (vgl. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 10 RdNr. 18 zur neuropsychologischen Therapie)." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Nach diesen Maßgaben kann die Anerkennung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung gemäß § 135 Absatz 1 SGB V auf zwei Wegen erfolgen. Nach § 95 Absatz 1 Nr. 5 SGB V durch Aufnahme in die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung – MVV-RL) oder nach §§ 95 Absatz 6a SGB V durch Aufnahme in die Psychotherapie-Richtlinie, die in § 17 PsychThRL die Voraussetzungen zur Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und –methoden regelt.

3. Hiernach gehörte die ambulante neuropsychologische Therapie bisher nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse. Es fehlte bereits auf erster Stufe an einer Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (BSG, Urteil vom 26.09.2006, Az. B 1 KR 3/06 R; LSG Hamburg, Urteile vom 17.12.2010, Az. L 1 KR 11/09 und Az. L 1 KR 12/09). Dies hat sich nunmehr geändert. Mit Beschlussentwurfs des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung – MVV-RL) vom 24.11.2011 wurde die neuropsychologische Therapie in den ambulanten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Dieser Beschlussentwurf des G-BA wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Bescheid vom 30.01.2012 nicht beanstandet und ist mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 23.02.2012 am 24.02.2012 in Kraft getreten. Die auf zweiter Stufe erforderliche Aufnahme entsprechender Gebührenordnungspositionen in den EBM durch den Bewertungsausschuss steht noch aus. Unserer Kenntnis nach kann derzeit kein Zeitpunkt für die Erweiterung des EBM um Gebührenordnungspositionen genannt werden.

II. 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 Leistungsträger, die apparativen Voraussetzungen sowie die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und der erforderlichen Aufzeichnung

die 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. Diese Regelungen beinhalten nicht nur Bestimmungen zu den leistungsbezogenen Voraussetzungen (hierzu unter 1.), sondern formulieren auch leistungserbringerbezogene Qualitätsanforderungen (hierzu unter 2.), die wir zunächst darstellen wollen. bevor wir auf Folgenden zu erwartende Umsetzungsschwierigkeiten und diesbezügliche Gestaltungsmöglichkeiten der BPtK eingehen (hierzu unter 3.).

1. § 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
 - ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen 2. behandelt ohne sekundäre organische Hirnschädigung 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,
 - 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.

2. Nach § 3 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL ist die Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in § 6 Absatz 2 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL genannten fachlichen Anforderungen erfüllt werden und dies gegenüber der KV nachgewiesen wird. § 6 Absatz 2 lautet wörtlich:

"Zur neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Absatz 3 und zur neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 sind berechtigt:

- 1. Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Absatz 1,
- 2. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,
- 3. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,
- 4. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,

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: " [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Die Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung setzt demnach einen Nachweis der in § 6 Absatz 2 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL genannten fachlichen Anforderungen **gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung** voraus.

Die Voraussetzung "fachliche Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie" ist wohl dahingehend zu verstehen, dass von einer "fachlichen Befähigung" in einem der Richtlinienverfahren immer dann auszugehen ist, wenn die gemäß § 5 (fachliche Befähigung ärztlicher Psychotherapeuten), § 6 (fachliche Befähigung psychologischer Psychotherapeuten) oder § 7 (fachliche Befähigung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) der Psychotherapie-Vereinbarung geforderten Voraussetzungen vorliegen. Nach den genannten Vorschriften setzt die fachliche Befähigung in Richtlinienverfahren den Fachkundenachweis gemäß § 95 c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung voraus. Nach den Übergangsbestimmungen in § 16

Psychotherapie-Vereinbarung bestehen Sonderregelungen für Psychotherapeuten, die nach den Übergangsregelungen in § 95 Abs. 10 SGB V zugelassen worden sind.

III. Vergütung neuropsychologischer Leistungen im Rahmen der GKV

Mit dem Beschluss des G-BA vom 24.11.2011 wurde die neuropsychologische Therapie in das Untersuchungs-Behandlungsmethoden anerkannter oder aufgenommen. Diese Entscheidung ist gemäß § 91 Absatz 6 SGB V nicht nur für die Leistungserbringer, sondern auch für die Versicherten, die Krankenkassen und die Bundesmantelvertragspartner verbindlich. Indessen fehlt es noch und wird es voraussichtlich auch noch für unbestimmte Zeit an einer Umsetzung in einzelne abrechnungsfähige Gebührenordnungspositionen **EBM** vertragsärztliche des fehlen. Bestehende Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden - auch wenn dies in der Vergangenheit von den Krankenkassen zur Bestimmung der Vergütungshöhe häufig akzeptiert worden sein mag. Es stellt sich folglich die Frage, auf welchem Wege und in welcher Höhe die erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen erbracht werden können (hierzu unter 1.). Anschließend beurteilen wir die Frage der Beihilfefähigkeit der ambulanten neuropsychologischen Therapie (hierzu unter 2.).

1. Mit Urteil vom 13.11.1996 (Az. 6 RKa 31/95) hat der 6. Senat des BSG entschieden, dass in der vorliegenden Fallgestaltung die betroffenen Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden können. In den Urteilsgründen heißt es wörtlich:

"Aus der Perspektive des abrechnenden Arztes kommt dabei der Entscheidung des Bewertungsausschusses die maßgebliche Bedeutung zu. Solange bestimmte ärztliche Leistungen im Bewertungsmaßstab nicht als abrechnungsfähig aufgeführt sind, können sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbracht und abgerechnet werden, selbst wenn sie zu einer "neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode" gehören, [...]. In der Regel wird es zu einem Auseinanderfallen der Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seitens des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und deren Umsetzung in abrechnungsfähige und punktmäßig bewertete Leistungen durch den Bewertungsausschuss nicht kommen, [...]. [Hervorhebungen und Auslassungen durch den Unterzeichner]

Hieraus folgt, dass trotz des Beschlusses der G-BA sich nichts daran ändert, dass die neuropsychologische Therapie nicht auf dem gesetzlich vorgesehenen Weg der Sachleistung abgerechnet werden kann. Dies schließt indessen nicht die Möglichkeit einer Kostenerstattung aus.

1.1. In solchen Situation besteht nach Maßgabe der ICSI-Entscheidung des 1. Senats des BSG vom 03.04.2001 (Az. B 1 KR 40/00 R) dem Grunde nach ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 3 SGB V:

"In gleicher Weise muss der Versicherte verlangen können, dass die Krankenkasse die Kosten vorab übernimmt und unmittelbar mit dem Leistungserbringer abrechnet, wenn feststeht, dass die Leistung unabhängig von der noch zu treffenden Entscheidung des Bundesausschusses in jedem Fall von ihr zu gewähren ist. Einer analogen Anwendung des § 13 Abs. 3 SGB V in diesen Fällen steht nicht entgegen, dass für den Erstattungsanspruch nach der Rechtsprechung des Senats eine tatsächliche Kostenbelastung des Versicherten, mindestens in Gestalt einer entsprechenden Verbindlichkeit, vorausgesetzt wird, weil andernfalls mit Hilfe der Vorschrift die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung umgangen werden könnte (grundlegend: BSGE 80, 181, 182 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 14 S 68 f sowie BSGE 86, 66, 69, 76 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 21 S 90, 97). Dieser Aspekt hat hier keine Bedeutung, weil es nicht um Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen, sondern um die Bereitstellung einer von der Krankenkasse geschuldeten, bisher noch nicht durchgeführten Behandlung geht. Durch das zusprechende Urteil wird die Klägerin von den Beschränkungen des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsrechts nur insoweit befreit, als dies zur Überwindung des Systemmangels erforderlich ist." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Zwar ist diese Entscheidung zu einem nicht identischen Sachverhalt ergangen. Deren Wertungen lassen sich jedoch auf vorliegende Fallgestaltung übertragen. Nach Auffassung des BSG hatte der G-BA der ICSI zu Unrecht die Anerkennung als therapeutisch wirksame Maßnahme der künstlichen Befruchtung verweigert. In einer solchen Situation, in der zwar die Leistungspflicht der GKV feststeht, aber weder eine Gebührenposition im EBM vorliegt, kann der Versicherte gemäß § 13 Absatz 3 SGB V verlangen, dass die Krankenkasse die Kosten vorab übernimmt und unmittelbar mit dem Leistungserbringer abrechnet.

Wenn bezüglich einer neuen Behandlungsmethode, bei der der G-BA eine Empfehlung nach § 135 Absatz 1 SGB V zu Unrecht abgelehnt hat, der Leistungsanspruch nach § 13 Absatz 3 SGB V durchgesetzt werden kann, obwohl weder eine Empfehlung des G-BA noch eine Gebührenposition im EBM vorliegt, muss dies "erst Recht" für ein Behandlungsverfahren gelten, die bereits über eine Empfehlung des G-BA verfügt, jedoch noch nicht durch den Bewertungsausschuss in abrechenbare Gebührenordnungspositionen umgesetzt worden ist. Aufgrund des Beschlusses des G-BA vom 24.11.2011 dürfte dem Grunde nach unstreitig sein,

dass hinsichtlich der neuropsychologischen Therapie ein Leistungsanspruch des Versicherten besteht und die Krankenkassen somit zur Kostenübernahme verpflichtet sind.

So heißt es auch in dem Informationsschreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Kassenärztlichen Vereinigungen vom 22.02.2012 (KBV 28/2012) wegen der Aufnahme der neuropsychologischen Therapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse entsprechend:

"Für den Vertragsarzt bedeutet das, dass er gegenüber dem Versicherten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stellt, wenn der Versicherte diese Leistung wünscht. Der Versicherte ist darüber zu informieren, dass eine Abrechnung als Sachleistung nicht möglich ist. Mit der Aufnahme der neuen Leistung des EBM entfällt diese Möglichkeit. Der Vertragsarzt rechnet die Leistungen wie üblich über seine Kassenärztliche Vereinigung ab."

Bis zur Einführung entsprechender EBM-Gebührenordnungspositionen kann der Versicherte folglich gemäß § 13 Absatz 3 SGB V verlangen, dass die Krankenkasse die Kosten vorab übernimmt und unmittelbar mit dem Leistungserbringer abrechnet. Hierzu ist eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychotherapeuten bei Privatbehandlung (GOP) auszustellen.

1.2. Eine Ablehnung seitens der Krankenkasse könnte sich lediglich auf die Höhe der Kosten gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychotherapeuten bei Privatbehandlung (GOP) beziehen. Im Urteil des BSG vom 27.03.2007 (Az. B 1 KR 25/06) heißt es zu einem Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 3 Satz 1 SGB V:

"Geht es - wie hier - um die Kosten einer ärztlichen Behandlung, so besteht ein Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten darüber eine Abrechnung nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, neugefasst durch Bekanntmachung vom 9.2.1996, BGBI I 210; zuletzt geändert durch Art 17 Gesetz vom 4.12.2001, BGBI I 3320) erteilt worden ist (zur Notwendigkeit einer Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ vgl. BSGE 80, 181 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 14; BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 17 S 78 f; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 8 RdNr. 25 mwN). Bei der ärztlichen Gebührenordnung handelt es sich um ein für alle Ärzte geltendes zwingendes Preisrecht." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Ambulante neuropsychologische Leistungen haben indessen bisher auch noch keinen Eingang in die GOÄ/GOP gefunden. Im Unterschied zum Analogieverbot im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung auf Grundlage des EBM, kommt für Leistungen, die nicht gemäß § 4 Absatz 1 GOÄ/GOP in dem Gebührenverzeichnis abgebildet sind und zur Leistungserbringung einer eigenständigen medizinischen Indikation im Sinne von § 6 Absatz 2 GOÄ/GOP bedürfen, eine analoge Anwendung in Betracht (z. B. Nrn. 849, 860, 870, 871). Hierzu dürften sich die Leistungen aus Abschnitt G "Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie" anbieten, deren Höhe sich gemäß § 5 Absatz 1 GOÄ/GOP nach dem **Einfachen bis Dreieinhalbfachen** des Gebührensatzes bemisst. Innerhalb dieses sog. Gebührenrahmens sind die Gebühren gemäß § 5 Absatz 2 GOÄ/GOP wie folgt zu bestimmen:

"Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; [...]. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben." [Hervorhebungen und Auslassungen durch den Unterzeichner]

Gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 GOÄ/GOP dürfen die Leistungen in der Regel bis zum 2,3-fachen Gebührensatz berechnet werden. Dieser 2,3-fache Satz der Regelspanne wird auch als Schwellenwert bezeichnet. Die Bemessung der Gebühren bis zum Schwellenwert bedarf keiner Begründung; die Überschreitung ist indessen nur zulässig, wenn Besonderheiten der genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen. Im Falle einer ordnungsgemäß erstellten GOÄ/GOP-Rechnung ist keine Vorschrift ersichtlich, aus der sich ein Unterschreiten der GOÄ/GOP-Gebühren im Falle der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V ergäbe. Diese wurde unserer Kenntnis nach in der Vergangenheit vom überwiegenden Teil der gesetzlichen Krankenkassen akzeptiert.

2. Die Gewährung einer Beihilfe richtet sich nach der maßgeblichen Rechtlage im Zeitpunkt der Entstehung der geltend gemachten Aufwendungen. Nach § 6 Absatz 1 der Pflege-Beihilfe in Krankheits-, Verordnung über und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV) sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich Aufwendungen beihilfefähig. und angemessene Notwendigkeit wirtschaftliche Angemessenheit setzt nach § 6 Absatz 2 BBhV im Falle von Untersuchungen und Behandlungen voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen wird. Das Leistungsspektrum der ambulanten neuropsychologischen Therapie wird - soweit ersichtlich - auch nicht vom Ausschlusskatalog der Anlage 1 der BBhV erfasst. Dies gilt für den Ausschluss von psychotherapeutischen Leistungen nach § 18 Absatz 9 Nr. 2 BBhV in Verbindung mit den in Anlage 2 aufgeführten Behandlungsverfahren entsprechend.

Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts gilt eine 2.1. Nach ständiger Behandlungsmethode nur dann als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt, wenn eine Einschätzung ihrer Wirksamkeit und Geeignetheit durch die in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätigen Wissenschaftler nicht vorliegt oder wenn die überwiegende Mehrheit der Wissenschaftler die Erfolgsaussichten als ausgeschlossen oder jedenfalls gering beurteilt. In der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 29.06.1995 (Az. 2 C 15/94) heißt zusammenfassend:

"Um "wissenschaftlich" anerkannt zu sein, müssen Beurteilungen von solchen Personen vorliegen, die an Hochschulen und anderen Forschungseinrichtungen als Wissenschaftler in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätig sind. Um "allgemein" anerkannt zu sein, muss die Therapieform zwar nicht ausnahmslos, aber doch überwiegend in den fachlichen Beurteilungen als geeignet und wirksam eingeschätzt werden. Somit ist eine Behandlungsmethode dann "wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt", wenn eine Einschätzung ihrer Wirksamkeit und Geeignetheit durch die in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätigen Wissenschaftler nicht vorliegt oder wenn die überwiegende Mehrheit der mit der Methode befassten Wissenschaftler die Erfolgsaussichten als ausgeschlossen oder jedenfalls gering beurteilt." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

§ 7 BBhV sieht insoweit vor, dass Vorschriften der Beihilfeverordnung sich für Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen dürfen. § 7 BBhV lautet wörtlich:

"Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des

Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § Bundesbeamtengesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 22 und 27 Abs. 1 Satz 2, §§ 30 und 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1, § 43 Abs. 1 und § 50 Abs. 1 Satz 4. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Es ist vor diesem Hintergrund folglich nicht zu beanstanden, wenn sich bei der Ausgestaltung und Konkretisierung der beihilfefähigen Aufwendungen **auch ohne explizite Verweisungsnorm am Rechtskreis der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert** wird und deren sachverständige Erkenntnisse auch zur Vermeidung eines erheblichen eigenen Aufwandes der öffentlichrechtlichen Dienstherren genutzt werden (vgl. VG Neustadt, Urteil vom 14.12.2011, Az. 1 K 592/11.NW unter Bezugnahme auf OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 15.04.2011, Az. 10 A 11331/10).

Nach diesen Maßgaben dürften spätestens seit der Aufnahme der ambulanten neuropsychologischen Therapie in die MVV-RL keine ernsthaften Zweifel mehr bestehen, dass es sich insoweit um eine wissenschaftlich anerkannte Methode und damit um grundsätzlich beihilfefähige Aufwendungen handelt.

Soweit in einzelnen Ländern, wie zum Beispiel in Hessen gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Anlage 1 der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO), die neuropsychologische Behandlung noch vom Ausschlusskatalog erfasst wird, dürfte dies nicht (mehr) durch die Ermächtigungsgrundalge des § 92 Absatz 2 des Hessischen Beamtengesetzes (HBG) gedeckt sein, der gerade Ermessensspielraum der zur Erfüllung der Fürsorgepflicht auf diesem Gebiet berufenen Stellen zentral bindet (vgl. VG Wiesbeaden, Urteil vom 26.02.1997, Az. 8 E 21/93 (V) unter Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 29.08.1996, Az. 2 C/95). Denn spätestens seit der Aufnahme der ambulanten neuropsychologischen Therapie in die MVV-RL ist kein sachlicher Grund mehr für einen derartigen Ausschluss ersichtlich.

Die ambulante neuropsychologischen Therapie darf nach diesen Grundsätzen erst Recht nicht durch bloße Verwaltungsvorschriften oder sonstige Hinweise ausgeschlossen werden, sodass auch die Vorschrift des Bundesamtes für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen zur Beihilfe ambulant durchgeführter psychotherapeutischer Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung (BHM013, Stand: 10/2010) unwirksam sein dürfte, die unter Nr. 5 Aufwendungen u.a. für die neuropsychologische Therapie ausschließt. So heißt es im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 28.05.2009 (Az. 2 C 28/08) wörtlich:

"Hinweise und sonstige Erlasse zu den Beihilfevorschriften müssen sich entsprechend ihrem tatsächlichen Charakter als untergesetzliche Vorschriften im Rahmen des normativen Programms halten und können nur norminterpretierend die Beihilfevorschriften konkretisieren und Zweifelsfälle im Sinne einer einfachen und gleichartigen Handhabung klären oder die Ausübung etwa vorhandener Ermessens- oder Beurteilungsspielräume lenken; sie können aber nicht selbstständig neue Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen schaffen (vgl. Urteil vom 28. Mai 2008 - BVerwG 2 C 9.07 - a.a.O. m.w.N.). Sie sind nur Interpretationshilfen für die nachgeordneten Stellen und besitzen keine Verbindlichkeit für die Gerichte." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Im **Ergebnis** stellt die ambulante neuropsychologische Therapie als wissenschaftlich anerkannte Methode eine grundsätzlich beihilfefähige Aufwendung dar, die unserer Einschätzung nach nicht durch etwaige Bestimmungen auf Landesebene wirksam ausgeschlossen werden kann. Dies gilt erst recht für die Vorschrift des Bundesamtes für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen.

2.2. Die Höhe der Beihilfe richtet sich grundsätzlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten. § 6 Absatz 3 Satz 1 und 2 BBhV lautet wörtlich:

"Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Nicht beihilfefähig sind demnach allein Forderungen auf Grundlage einer Honorarvereinbarung nach § 2 Absatz 2 GOÄ/GOP, die eine abweichende Regelung zur Höhe des Steigerungssatzes eröffnet. Dies dürfte auch für psychotherapeutische Leistungen nach §§ 18 – 21 BBhV gelten. Diesen Bestimmungen lassen sich keine Sonderregelungen zur Vergütungshöhe entnehmen.

Im **Ergebnis** stellt die ambulante neuropsychologische Therapie als wissenschaftlich anerkannte Methode eine grundsätzlich beihilfefähige Aufwendung dar, die unserer Einschätzung nach auch nicht durch etwaige Bestimmungen auf Landesebene wirksam ausgeschlossen werden kann.

IV. Sonderfragen

1. Kann schon vor Aufnahme entsprechender Gebührenordnungspositionen in den EBM beantragt werden, im Wege des Sonderbedarfs für Leistungen der ambulanten neuropsychologischen Therapie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden?

Wie bereits ausgeführt, hat der 6. Senat des BSG mit Urteil vom 13.11.1996 (Az. 6 RKa 31/95) entschieden, dass auch Leistungen, die auf erster Stufe durch den G-BA als neue Behandlungsmethode anerkannt worden sind, dennoch nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden können, solange sie nicht im Bewertungsmaßstab als abrechnungsfähig aufgeführt sind. Da unserer Kenntnis nach derzeit kein Zeitpunkt für die Erweiterung des EBM um Gebührenordnungspositionen genannt werden kann, stellt sich die Frage, ob dieser Umstand einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung entgegensteht.

Rechtsgrundlage für eine Sonderbedarfszulassung ist § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, der in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vorsieht, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Bestimmungen zu beschließen hat, über

"Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken."

Nach der Gesetzesbegründung soll mit dieser Fassung die Sonderbedarfszulassung als "Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation" ausgestaltet und die Möglichkeit zur Erteilung erweitert werden:

"Mit der Änderung der Nummer 3 wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Bedarfsplanungsrichtlinie eine Bestimmung über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze in einem überversorgten Planungsbereich zu treffen (sog.

Sonderbedarfszulassungen), sprachlich präziser gefasst und erweitert. Unabhängig von den künftigen Möglichkeiten der zuständigen Gremien auf Landesebene, aufgrund regionaler Besonderheiten von der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zwecke einer bedarfsgerechten Versorgung abweichen zu können, wird ergänzend auch die Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation ist, funktionstüchtig ausgestaltet. Anlass hierfür dass von der Möglichkeit, Sonderbedarfszulassungen zur Gewährleistung der Sicherstellung der Versorgung zu erteilen, bislang von den Zulassungsausschüssen in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht wird. Die Umsetzung der entsprechenden Richtlinienregelungen bereitet in der Praxis offenbar Probleme. Es wird daher Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses sein, die Vorgaben und Konstellationen so zu konkretisieren, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wird." (Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 05.09.2011, BT-Drs. 17/6906, S. 74) [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Die Voraussetzungen für eine Zulassung im Wege eines besonderen Versorgungsbedarfs nach §§ 101 Absatz 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. §§ 24,25 BedarfsplRL-Ä konkretisiert § 24 Satz 1 b) Satz 3 BerdarfsplRL-Ä bisher noch wie folgt:

"Voraussetzung für eine Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Unserer Einschätzung nach handelt es sich bei der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie insbesondere um Leistungen qualifizierten Inhalts, die einen eigenständigen, speziellen Versorgungsangebot zuzuordnen sind und damit einen Schwerpunkt im Sinne des § 24 Satz 1 b) BerdarfsplRL darstellen. Denn sie bilden nicht nur nach den Differenzierungen der Weiterbildungsordnungen einen Schwerpunkt. Entscheidend ist, dass der an § 101 Absatz 1 Nr. 3 SGB V anknüpfende Beschluss des G-BA nach § 135 Absatz 1 SGB V eine verbindliche Konkretisierung der Qualität und Wirksamkeit des Versorgungsanspruchs des gesetzlich versicherten Patienten im Sinne von § 2 Absatz 1 S. 3 SGB V vorgibt (jurisPK-SGB V/Koch, § 135 Rn. 6). So ist, wie bereits dargestellt wurde, nach § 3 des Beschlusses des G-BA die Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Therapie im Rahmen vertragsärztlichen Versorgung erst nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig, die nur zu erteilen ist, wenn die in § 6 Absatz 2 des Beschlusses

des G-BA genannten fachlichen Anforderungen erfüllt werden und dies gegenüber der KV nachgewiesen wird.

Diese Voraussetzungen müssen selbstverständlich vom Antragsteller erfüllt werden. Sofern die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie in dem jeweils zu bestimmenden Planungsbereich nicht ausreichend zur Verfügung steht, wozu der Versorgungsbedarf betroffenen Planungsbereich spezifische im der realen Versorgungssituation gegenüberzustellen ist, besteht daher grundsätzlich ein Anspruch auf Sonderbedarfszulassung. Da derzeit nur ein relativ kleiner Vertragspsychotherapeuten über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen, kann somit ein Antrag auf Sonderbedarfszulassung ernsthaft in Erwägung gezogen werden, denn zweifellos steht auch zu erwarten, dass der Versorgungsbedarf für eine wirtschaftlich tragfähige Praxis ausreichend ist. Nach Einschätzung des BMG aus dem Nichtbeanstandungsbescheid des BMG vom 30.01.2012 bestehen ja sogar Zweifel, ob der reale Versorgungsbedarf überhaupt allein durch die in § 6 Absatz 2 des Änderungsbeschlusses des G-BA festgelegten Kreis von Leistungserbringern gewährleistet werden kann.

Auch wenn zu erwarten steht, dass einzelne Zulassungsausschlüsse gestellten Sonderbedarfszulassungsanträgen unter Bezugnahme auf die Entscheidung des BSG vom 13.11.1996 entgegenhalten werden, dass die Zulassung derzeit nicht erteilt werden könne, da die Leistungen noch nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden dürften, steht dies unserer Ansicht nach nicht einer Antragstellung entgegen. Denn die Entscheidung des BSG vom 13.11.1996 stand unter der Prämisse, dass es in der Regel nicht zu einem Auseinanderfallen der Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und deren Umsetzung in abrechnungsfähige und punktmäßige bewertete Leistungen kommen werde:

"In der Regel wird es zu einem Auseinanderfallen der Anerkennung neuer Untersuchungsund Behandlungsmethoden seitens des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und deren Umsetzung in abrechnungsfähige und punktmäßig bewertete Leistungen durch den Bewertungsausschuss nicht kommen,[...]. [Hervorhebungen und Auslassungen durch den Unterzeichner]

Hiernach lässt sich zumindest die normative Erwartung herauslesen, dass es in der Regel auch nicht zu einem zeitlich erheblichen Auseinanderfallen der beiden Verfahrensstufen zur Eingliederung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung kommen darf. Jedenfalls indiziert ein derartiges Auseinanderfallen ein

strukturelles Defizit, der ja gerade den Rückgriff auf das Kostenerstattungsverfahren rechtfertigt. Und dies auch nur insoweit, als dies zur Überwindung des Defizits notwendig ist. So hieß es schon in der ICSI-Entscheidung des 1. Senats des BSG vom 03.04.2001 (Az. B 1 KR 40/00 R), dass im Falle der Bereitstellung einer von der Krankenkasse geschuldeten, bisher noch nicht durchgeführten Behandlung, der Patient von den Beschränkungen des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsrechts nur insoweit befreit wird, als dies zur Überwindung des Systemmangels erforderlich ist. Entsprechend wird in der Entscheidung des 1. Senats des BSG vom 16.09.1997 (Az. 1 RK 28/95) ausgeführt:

"Wie sich aus § 13 Abs 1 SGB V ergibt, tritt der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung; er besteht deshalb nur, soweit die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes (§ 2 Abs 2 SGB V) trägt § 13 Abs 3 SGB V dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen (vgl § 1 Abs 1 Satz 1, § 27 Abs 1 Satz 1, § 70 Abs 1 Satz 1 SGB V) und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall (vgl § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V) oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben. Wortlaut und Zweck der Vorschrift lassen die Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht ist (Senatsurteil vom 24. September 1996 - BSGE 79, 125, 126 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 51 f)." [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Das BSG geht folglich davon aus, dass grundsätzlich Versicherte ihren Leistungsanspruch nur innerhalb der Vorgaben des Vertragsarztrechts verwirklichen können. Hierzu gehört auch, dass diese Leistungen grundsätzlich durch entsprechend qualifizierte Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten zu erbringen sind. Das Kostenerstattungsverfahren lässt diesbezüglich nur Abweichungen vom Sachleistungsprinzip in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht sind. Dies erfordert hier indessen nicht, dass in Bezug auf die ambulante neuropsychologische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wegen der noch ausstehenden Umsetzung in EBM-Gebührenordnungspositionen von dem Erfordernis der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung des in Anspruch genommenen Arztes bzw. Psychotherapeuten befreit werden müsste. Es ist folglich auch nicht ausgeschlossen, dass sich die Krankenkassen, mit denen direkt abzurechen ist, sich genau auf diesen Standpunkt stellen könnten.

Hinzu kommt, dass der statusbegründende Zulassungsakt wegen Sonderbedarfs nicht unmittelbar zur Erbringung und Abrechnung der ambulante neuropsychologischen Therapie berechtigt, sondern hierfür zusätzlich und dem Zulassungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss nachfolgend, eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der

Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich ist. Über die Frage der Zulassung und der Abrechnung wird folglich in institutionell getrennten Verfahren entschieden. Diese Fragen stellen folglich nicht nur rechtlich unterschiedliche Verfahrensgegenstände dar, über die unterschiedliche Hoheitsträger aufgrund unterschiedlicher Verfahrensregelungen zu entscheiden haben. Die institutionelle Trennung bedeutet auch faktisch, dass die Durchführung der beiden Verfahren Zeit in Anspruch nehmen wird, in dessen Verlauf mit der Umsetzung in abrechnungsfähige und punktmäßige bewertete Leistungen unserer Ansicht nach gerechnet werden darf.

Auch wenn diese aus unserer Sicht gut vertretbare Ansicht nicht vollkommene Rechtssicherheit bieten kann, erachten wir es **im Ergebnis** für empfehlenswert, bereits jetzt beabsichtigte Sonderbedarfszulassungen - sofern die Voraussetzungen im Übrigen vorliegen - zu beantragen.

2. Welche Möglichkeiten haben approbierte Psychotherapeuten (PP/KJP), die neuropsychologisch tätig sind und über eine neuropsychologische Qualifikation gemäß WBO verfügen, jedoch derzeit <u>nicht</u> den in der Richtlinie geforderten Fachkundenachweis für ein Richtlinienverfahren erbringen, diese Qualifikation zu erwerben?

Die in § 6 Abs. 2 Ziff. 3 der Richtlinie für Psychologische Psychotherapeuten geforderte "fachliche Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie" ist zu bejahen, wenn die Voraussetzung des § 6 Abs. 1 – 3 Psychotherapie-Vereinbarung vorliegen. Die fachliche Befähigung gilt danach als nachgewiesen durch den Fachkundenachweis gemäß § 95 c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen entweder in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, in der analytischen Psychotherapie oder in der Verhaltenstherapie.

Eine rein wortgetreue Anwendung der Voraussetzungen aus § 6 Abs. 1 – 3 Psychotherapie-Vereinbarung würde dazu führen, dass eine "fachliche Befähigung" nur angenommen werden kann, wenn eine Approbation nach "neuem Recht", also nach den Voraussetzungen des § 2 Psychotherapeutengesetz erfolgte, denn nur dort erfolgt die Approbation aufgrund einer "vertieften Ausbildung". Auch die Übergangsbestimmungen des § 16 Psychotherapie-Vereinbarung helfen nicht weiter, weil diese unmittelbar nur dann eingreifen, wenn eine Zulassung auf der Grundlage von § 95 Abs. 10 oder § 11 SGB V erfolgte.

Da jedoch selbst § 95 c Satz 2 SGB V sowohl für die nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes als auch für die nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes (Übergangsvorschriften) Psychotherapeuten approbierten die Möglichkeit Fachkundenachweises vorsieht, muss es auch für die gemäß des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten möglich sein, die Notwendige "fachliche Befähigung" nachzuweisen.

Nach § 95 c Satz 2 Ziff. 3 setzt der Fachkundenachweis voraus, dass der nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes approbierte Psychotherapeut die für eine Approbation geforderte Qualifikation nach den Übergangsvorschriften in einem Richtlinienverfahren nachweist.

Dies bedeutet, dass die "fachliche Befähigung", wie sie in § 6 Abs. 2 der Richtlinie gefordert wird, damit für den nach Übergangsrecht approbierten Psychotherapeuten (§ 12 des Psychotherapeutengesetzes) dadurch erbracht werden kann, dass alternativ die nach § 12 Abs. 1, Abs. 3 oder Abs. 4 Psychotherapeutengesetz genannten Voraussetzungen jeweils im Richtlinienverfahren nachgewiesen werden. Diese Voraussetzungen, also zum Beispiel 4.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit und 140 Stunden theoretischer Ausbildung können auch <u>nach</u> dem 31.12.1998 abgeleistet worden sein (so auch grundsätzlich zum nachträglichen Erwerb der Fachkunde: Pawlita, Juris PK-SGB V, 2. Auflage 2012, § 95 c SGB V, Rn. 30).

"Die nach § 12 PsychThG approbierten Psychotherapeuten können mit Blick auf eine bedarfsabhängige Zulassung die für den übergangsdefinierten Fachkundenachweis notwendigen praktischen und theoretischen Qualifikationen in einem Richtlinienverfahren auch nach dem 01.01.1999 erwerben, da § 95 c S. 2 Nr. 3 SGB V keinen bestimmten Zeitpunkt für das Vorliegen des übergangsdefinierten Fachkundenachweises bestimmt" (Orientierungssatz LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 12.11.2003, L 10 KA 82/02, Juris).

Auch das BSG bestätigt in seinem Urteil vom 31.08.2005 (B 6 KA 68/04 R), dass nach Übergangsrecht approbierte Psychologische Psychotherapeuten den Fachkundenachweis nach dem 31.12.1998 unter den erleichterten Voraussetzungen des § 95 c S. 2 Nr. 3 SGB V erwerben können und deshalb nicht dauerhaft von einer Berufsausübung im Rahmen der GKV ausgeschlossen sind (BSG, Urteil vom 31.08.2005, B 6 KA 68/04 R, Juris, Rn. 17).

Entscheidend ist lediglich der Nachweis, dass die jeweiligen Qualifikationen im Richtlinienverfahren erbracht wurden.

Hinsichtlich der Prüfungskompetenzen der KV hat das BSG beispielsweise im Urteil vom 31.08.2005 (B 6 KA 68/04 R) herausgestellt, dass die Registerbehörde (Kassenärztliche Vereinigung) nicht befugt ist, die Grundqualifikation eines Bewerbers (Approbation) für die Eintragung in das Arztregister erneut zu überprüfen. Registerbehörde darf vom Inhalt einer verbindlichen Entscheidung Approbationsbehörde nicht abweichen (ebenda, Juris, Rn. 11). Das Abweichungsverbot bezieht sich auf alle Entscheidungselemente und Sachverhaltsbewertungen, die für die Registereintragung in gleicher Weise von Bedeutung sind wie für die Approbation, die also für den Erlass beider Verwaltungsakte deckungsgleich zur Anwendung gebracht werden müssen (ebenda, Rn. 11).

"Soweit jedoch für die Arztregistereintragung gegenüber der Approbation zusätzliche Voraussetzungen normiert sind, hat die Registerbehörde deren Vorliegen vollumfänglich und eigenverantwortlich zu untersuchen. Sie wird an der Wahrnehmung dieser spezifisch krankenversicherungsrechtlichen Aufgabe nicht dadurch gehindert, dass Ausbildungsbescheinigungen, die Bewerber zum Nachweis der Fachkunde vorlegen, bereits von der Approbationsbehörde zum Beleg der berufsrechtlichen Grundqualifikation akzeptiert worden sind." (BSG, Urt. v. 31.08.2005, B 6 KA 68/04 R, Juris, Rn. 11).

Die Frage, ob die für die Approbation notwendigen Nachweise an Tätigkeit, Behandlungsstunden und Theorie in einem Richtlinienverfahren absolviert wurden, stellt eine gegenüber der Approbation zusätzliche und deshalb von der KV eigenständig zu prüfende Voraussetzung dar. In der Vergangenheit hat es hinsichtlich solcher Überprüfungen im Zusammenhang mit Anträgen auf Eintragung in das Arztregister zahlreiche Gerichtsverfahren gegeben:

• Nach BSG, Urt. v. 31.08.2005, B 6 KA 68/04 R, ist unerheblich, ob die Theorievermittlung in einem sogenannten "KBV-anerkannten Ausbildungsinstitut" absolviert wurde. "Vielmehr steht es einem Bewerber offen, mithilfe aller zur Verfügung stehenden Beweismittel zu belegen, dass das von ihm besuchte Ausbildungsinstitut die inhaltlichen Anforderungen an eine den Anlagen 1 bis 4 der Psychotherapie-Vereinbarung entsprechende Ausbildung erfüllt hat" (BSG, Beschl. v. 28.04.2004 – B 6 KA 110/03 B).

- Der Nachweis "dokumentierter Behandlungsfälle in einem Richtlinienverfahren setzt einen solchen Umfang an Informationen über den einzelnen Behandlungsfall, die zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen, das angewandte Verfahren, den Therapieverlauf und das Therapieergebnis voraus, dass ein fachkundiger Dritter beurteilen kann, ob eine Behandlung in einem Richtlinienverfahren durchgeführt worden ist (BSG, Urt. v. 07.02.2007, B 6 KA 11/06 R).
- Die in § 12 Abs. 3 PsychThG geforderte theoretische Ausbildung muss postgraduell durchgeführt worden sein (Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 10.03.2004 L 10 KA 35/03 und vom 21.07.2004 L 10 KA 42/03; BSG, Urteile vom 31.08.2005 B 6 KA 59/04 R und B 6 KA 68/04 R). Etwas anderes kann lediglich im gewissen Umfang hinsichtlich des Richtlinienverfahrens der Verhaltenstherapie gelten (BSG, Urt. v. 31.08.2005 B 6 KA 68/04 R, Juris, Rn. 19).
- "Der Auffassung der Beklagten, die vorgelegten Supervisionsbescheinigungen könnten bereits deshalb nicht anerkannt werden, weil es sich bei diesen Psychologen nicht um von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) anerkannte **Supervisoren** handele, kann ausgehend von der Rechtsprechung des BSG nicht gefolgt werden. Die Befähigung für ein anerkanntes Behandlungsverfahren muss nicht in einem von KÄBV oder einer Landesärztekammer anerkannten Ausbildungsinstitut erworben worden sein" (LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.11.2004, L 5 KA 11/03, Juris, Rn. 29).
- Die Teilnahme an Balintgruppen bzw. autogenem Training stellt keine theoretische Ausbildung dar (LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.10.2006 – L 10 KA 20/04). Nach einer Entscheidung des SG Düsseldorf (Urt. V. 18.01.2006 – S 14 KA 189/02) soll auch die Teilnahme an Lehrveranstaltungen während der sogenannten Lindauer Psychotherapiewochen für den Fachkundenachweis nicht ausreichend sein.
- Bescheinigungen der Krankenkassen über ein Richtlinienverfahren gelten als nicht geeignet, da es an einer Begründung für diese Bescheinigung und an einer entsprechenden Fachkunde der bescheinigenden Stelle fehlt (SG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.03.2003 S 27 KA 1949/02). Die für den Fachkundenachweis notwendige Supervision im Sinne des § 12 PsychThG ist nicht im Falle von Dienstbesprechungen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen zu bejahen (LSG Bayern, Urt. v. 12.11.2003, L 12 KA 2/02).

Weitere Nachweise zu einschlägigen Entscheidungen finden sich bei Pawlita, Juris PK-SGB V, 2. Auflage 2012, § 95 c SGB V, Rn. 33 ff.

3. Besteht eine Delegationsmöglichkeit an approbierte Psychotherapeuten mit neuropsychologischer Qualifikation, aber ohne Fachkunde in einem Richtlinienverfahren?

Nach § 7 Abs. 2 der Richtlinie ist die Diagnostik und Behandlung <u>persönlich</u> durch den Leistungserbringer nach § 6 Abs. 2 zu erbringen, der über eine entsprechende Genehmigung der KV verfügt. Ich gehe davon aus, dass es aufgrund dieser Vorschrift nicht zulässig ist, die genannten Leistungen an approbierte Psychotherapeuten mit neuropsychologischer Qualifikation, aber ohne Fachkunde in einem Richtlinienverfahren, zu delegieren.

4. Könnten "Neuropsychologen", die noch nicht über eine Approbation als PP oder KJP verfügen, aufgrund von Übergangsregelungen des PsychThG die Voraussetzungen für die Erlangung der Approbation erfüllen? Welche Voraussetzungen wären dies?

Es gelten die Übergangsvorschriften des § 12 Psychotherapeutengesetz.

Anders als bei der <u>Zulassung</u> nach Übergangsrecht (§ 95 Abs. 10 SGB V) gilt für die Approbationserteilung nach den Übergangsvorschriften <u>keine</u> Antragsfrist. Die fraglichen Neuropsychologen könnten also auch noch heute einen Antrag auf Erteilung einer Approbation erfolgreich stellen, wenn sie die in § 12 PsychThG genannten Voraussetzungen erfüllen.

Allerdings müssten dazu die in § 12 PsychThG genannten Voraussetzungen auch hinsichtlich der geforderten Zeiträume (rückwirkend) nachgewiesen werden. Es müssten also beispielsweise die in § 12 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 PsychThG geforderten 4.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit oder 60 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle im Zeitraum **01.01.1989 bis 31.12.1998** mit einer Gesamtdauer von mindestens 7 Jahren nachgewiesen werden.

5. Im Einzelnen fordert § 12 Psychotherapeutengesetz:

(1) Wer im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes, ohne Arzt zu sein, im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung an der psychotherapeutischen Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten im Delegationsverfahren nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie in der

vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 - BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a -, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 - BAnz. Nr. 49 S. 2946), als Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mitwirkt oder die Qualifikation für eine solche Mitwirkung erfüllt, erhält bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1. Das gleiche gilt für Personen, die die für eine solche Mitwirkung vorausgesetzte Qualifikation bei Vollzeitausbildung innerhalb von drei Jahren, bei Teilzeitausbildung innerhalb von fünf Jahren, nach Inkrafttreten des Gesetzes erwerben.

- (2) Wer im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes als Diplompsychologe eine Weiterbildung zum "Fachpsychologen in der Medizin" nach den Vorschriften der Anweisung über das postgraduale Studium für naturwissenschaftliche und technische Hochschulkader sowie Diplompsychologen und Diplomsoziologen im Gesundheitswesen vom 1. April 1981 (Verf. U. Mitt. MfG DDR Nr. 4 S. 61) erfolgreich abgeschlossen hat, erhält bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1, wenn die dreijährige Weiterbildung vorwiegend auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten in der Psychotherapie ausgerichtet war.
- (3) Personen mit einer bestandenen Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule erhalten bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1, wenn sie zwischen dem 1. Januar 1989 und dem 31. Dezember 1998 mit einer Gesamtdauer von mindestens sieben Jahren an der Versorgung von Versicherten einer Krankenkasse mitgewirkt haben oder ihre Leistungen während dieser Zeit von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung vergütet oder von der Beihilfe als beihilfefähig anerkannt worden sind. Voraussetzung für die Erteilung der Approbation nach Satz 1 ist ferner, dass die Antragsteller
 - während des Zeitraums nach Satz 1 mindestens 4.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit oder 60 dokumentierte und abgeschlossene Behandlungsfälle sowie
 - 2. mindestens 140 Stunden theoretischer Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren

nachweisen. Personen im Sinne des Satzes 1, die das Erfordernis nach Satz 1 zweiter Halbsatz oder die Voraussetzung nach Satz 2 Nr. 1 nicht erfüllen, erhalten die Approbation nur, wenn sie nachweisen, dass sie bis zum 31. Dezember 1998

 mindestens 2.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit abgeleistet oder 30 dokumentierte Behandlungsfälle abgeschlossen,

- 2. mindestens fünf Behandlungsfälle unter Supervision mit insgesamt mindestens 250 Behandlungsstunden abgeschlossen,
- 3. mindestens 280 Stunden theoretischer Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren abgeleistet haben und
- 4. am 24. Juni 1997 für die Krankenkasse tätig waren oder ihre Leistungen zu diesem Zeitpunkt von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung vergütet oder von der Beihilfe als beihilfefähig anerkannt worden sind.
- (4) Personen mit einer bestandenen Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule erhalten bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 auf Antrag eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten nach § 1 Abs. 1 Satz 1, wenn sie nachweisen, dass sie zwischen dem 1. Januar 1989 und dem 31. Dezember 1998 mit einer Gesamtdauer von mindestens sieben Jahren als Angestellte oder Beamte
 - 1. in einer psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen oder neurologischen Einrichtung vorwiegend psychotherapeutisch tätig waren oder
 - 2. hauptberuflich psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt haben.

Voraussetzung für die Erteilung der Approbation nach Satz 1 Nr. 1 und 2 ist ferner, dass die Antragsteller nachweisen, dass sie

- 1. in dem Zeitraum nach Satz 1 mindestens 4.000 Stunden einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik und Fallbesprechungen psychotherapeutisch tätig waren oder 60 dokumentierte Behandlungsfälle abgeschlossen und
- 2. mindestens 140 Stunden theoretische Ausbildung in dem Gebiet, in dem sie beschäftigt sind, abgeleistet haben.

Personen im Sinne des Satzes 1, die das Erfordernis nach Satz 1 zweiter Halbsatz oder die Voraussetzung nach Satz 2 Nr. 1 nicht erfüllen, wird die Approbation nur erteilt, wenn sie nachweisen, dass sie bis zum 31. Dezember 1998

- mindestens 2.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit abgeleistet oder 30 dokumentierte Behandlungsfälle abgeschlossen,
- 2. mindestens fünf Behandlungsfälle unter Supervision mit insgesamt mindestens 250 Behandlungsstunden abgeschlossen,
- 3. mindestens 280 Stunden theoretischer Ausbildung in dem Gebiet, in dem sie beschäftigt sind, abgeleistet und
- 4. spätestens am 24. Juni 1997 ihre psychotherapeutische Beschäftigung aufgenommen haben.

(5) Für Personen mit einer bestandenen Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule oder im Studiengang Pädagogik oder Sozialpädagogik an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule gelten die Absätze 3 und 4 für den Antrag auf Erteilung einer Approbation zur Ausübung des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend.

6. Welche Vorgaben bestehen hinsichtlich der Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission "Neuropsychologie" durch die Kassenärztliche Vereinigung?

Nach § 10 Abs. 2 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL haben 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. Gemäß Abs. 1 der Vorschrift gelten für die Qualitätssicherung die Regelungen der Richtlinie des G-BA zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung).

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung regelt in § 3 Abs. 2:

"Eine Qualitätssicherungs-Kommission setzt sich aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Die Mitglieder einer Qualitätssicherungs-Kommission sollen über Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung verfügen. Ist ein Kommissionsmitglied befangen oder verhindert, tritt an seine Stelle ein stellvertretendes Mitglied. Bei Bedarf können Sachverständige beratend hinzugezogen werden."

Aus diesen Vorgaben folgt, dass mindestens ein Kommissionsmitglied über die neuropsychologische Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung im Sinne von § 6 Abs. 2 verfügen muss. Da die Kommission auch zur Überprüfung der Indikation nach § 5 eingerichtet wird, muss mindestens ein Kommissionsmitglied über die Qualifikation nach § 6 Abs. 1 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL (Facharzt für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder-Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropediatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) verfügen.

Wegen der Aufgabenstellung (Qualitätssicherung und Überprüfung der Indikation) und des hierfür aufzuwendenden Prüfungsumfanges dürfte es sinnvoll sein, im Fall einer dreiköpfigen Qualitätssicherungs-Kommission einen Vertreter mit der Qualifikation nach § 6 Abs. 1 und zwei Vertreter mit der Qualifikation nach § 6 Abs. 2 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL zu wählen. Die Qualitätssicherung hinsichtlich der neuropsychologischen Diagnostik gem. § 5 Abs. 3 und der neuropsychologischen Therapie gem. § 7 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL dürfte wesentlich umfangreicher und zeitaufwendiger als die Überprüfung der Feststellung der Indikation gem. § 5 Abs. 2 der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL sein. Dies bedeutet, dass mindestens zwei Kommissionsmitglieder über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer verfügen sollten.

V. Zusammenfassung der Ergebnisse

- (1) Die ambulante neuropsychologische Therapie ist mit dem am 24.02.2012 in Kraft getretenen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung MVV-RL) in den ambulanten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden. Die auf zweiter Stufe erforderliche Aufnahme entsprechender Gebührenordnungspositionen in den EBM durch den Bewertungsausschuss steht noch aus.
- (2) Bis zur Einführung entsprechender EBM-Gebührenordnungspositionen kann der Versicherte gemäß § 13 Absatz 3 SGB V verlangen, dass die Krankenkasse die Kosten vorab übernimmt und unmittelbar mit dem Leistungserbringer abrechnet. Hierzu ist eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychotherapeuten bei Privatbehandlung (GOP) auszustellen und der Versicherte darüber zu informieren, dass die neuropsychologische Therapie derzeit noch nicht auf dem gesetzlich vorgesehenen Weg der Sachleistung abgerechnet werden kann.
- (3) Unserer Einschätzung nach kann auch schon vor Aufnahme entsprechender Gebührenordnungspositionen in den EBM beantragt werden, im Wege des Sonderbedarfs

für Leistungen der ambulanten neuropsychologischen Therapie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden.

- (4) Die "fachliche Befähigung", wie sie in § 6 Abs. 2 der Richtlinie gefordert wird, kann für den nach Übergangsrecht approbierten Psychotherapeuten (§ 12 des Psychotherapeutengesetzes) dadurch erbracht werden, dass alternativ die nach § 12 Abs. 1, Abs. 3 oder Abs. 4 Psychotherapeutengesetz genannten Voraussetzungen jeweils im Richtlinienverfahren nachgewiesen werden. Diese Voraussetzungen, also zum Beispiel 4.000 Stunden psychotherapeutischer Berufstätigkeit und 140 Stunden theoretischer Ausbildung können auch <u>nach</u> dem 31.12.1998 abgeleistet worden sein.
- (5) Wir gehen davon aus, dass eine Delegationsmöglichkeit an approbierte Psychotherapeuten mit neuropsychologischer Qualifikation, aber ohne Fachkunde in einem Richtlinienverfahren, nicht besteht.
- (6) "Neuropsychologen", die noch nicht über eine Approbation als PP oder KJP verfügen, können aufgrund von Übergangsregelungen des PsychThG die Voraussetzungen für die Erlangung der Approbation erfüllen. Es gelten die Übergangsvorschriften des § 12 Psychotherapeutengesetz. Anders als bei der Zulassung nach Übergangsrecht (§ 95 Abs. 10 SGB V) gilt für die Approbationserteilung nach den Übergangsvorschriften keine Antragsfrist. Die fraglichen Neuropsychologen könnten also auch noch heute einen Antrag auf Erteilung einer Approbation erfolgreich stellen, wenn sie die in § 12 PsychThG genannten Voraussetzungen erfüllen und (rückwirkend) nachweisen können.
 - (7) Die ambulante neuropsychologische Therapie stellt als wissenschaftlich anerkannte Methode eine grundsätzlich beihilfefähige Aufwendung dar, die unserer Einschätzung nach auch nicht durch etwaige Bestimmungen auf Landesebene wirksam ausgeschlossen werden kann.