

**Status-quo-Positionspapier
zur ambulanten klinischen Neuropsychologie**

- 4. Entwurf - (Stand 1. Februar 2000)

I. Hintergrund

Die Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP) moniert,

- die unzureichende ambulante neuropsychologische Versorgung Hirngeschädigter unzureichend und
- die sozialrechtliche Stellung der ambulant arbeitenden klinischen Neuropsychologen unsicher sind.

Nach den klinischen Erfahrungen gibt es offensichtlich einen Bedarf an ambulanter Versorgung auf dem Gebiet der klinischen Neuropsychologie, nicht jedoch eine wissenschaftlich fundierte Aussage über dessen Größenordnung.

Die Gemeinsame Kommission Klinischer Neuropsychologie (GKKN) hat zwischenzeitlich einen „Antrag auf Anerkennung der neuropsychologischen Therapie als wissenschaftliches Therapieverfahren“ im Rahmen der Psychotherapie beim „Wissenschaftlichen Beirat“ der Bundesärztekammer gestellt. Eine diesbezügliche Entscheidung steht noch aus.

Ein beim MDS gebildetes Expertengremium, zusammengesetzt aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, des MDS und der MDK sowie von externen Experten (siehe auch Anlage 1) hat am 23. Juni 1999, 26. Juli 1999 sowie 25. August 1999 Fragen zu Voraussetzungen, Zielen und Inhalten der ambulanten klinischen Neuropsychologie beraten.

Im Ergebnis dieser Beratungen konnten die nachfolgend genannten gemeinsamen Positionen erkannt und unterschiedliche Auffassungen bei bestimmten Punkten herausgearbeitet werden.

II. Vorschlag für eine Übergangslösung

Zur Frage, ob die ambulante klinische Neuropsychologie im Rahmen der ambulanten Rehabilitation oder in Einzelpraxen durchzuführen ist, bestehen unterschiedliche Auffassungen. Diese beziehen sich auch auf die Höhe des Anteils des von der klinischen Neuropsychologie weitgehend eigenständig durchzuführenden Behandlung „isolierter“ neuropsychologischer Störungen im Rahmen des gesamten ambulanten Versorgungsbedarfs auf diesem Gebiet.

Unabhängig von diesen Divergenzen besteht Konsens darin, daß

- die Existenzberechtigung einer „klinischen Neuropsychologie“ als Disziplin zur Diagnostik und Therapie hirnganisch bedingter geistiger und seelischer Störungen unstrittig ist und
- an der „Genesis“ der klinischen Neuropsychologie als Entität sowohl Psychologen als auch Neurologen Anteil haben.

Bis zur Anerkennung des Therapieverfahrens wird vorgeschlagen, die bisherige Erstattungspraxis im GKV-Bereich bezüglich der ambulanten klinischen Neuropsychologie nach folgenden Gesichtspunkten auszurichten:

* Es wird darauf hingewiesen, daß unabhängig von der Entscheidung des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 i. V. m. § 92 Abs. 6a SGB V über die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren entscheidet.

III. Kostenerstattungsregelungen

III.1 Leistungserbringung

Leistungen der ambulanten klinischen Neuropsychologie können sowohl von Psychologen als auch Neurologen erbracht werden, wenn die nachfolgend genannten Voraussetzungen erfüllt sind:

- Nachweis der hierzu erforderlichen Zusatzqualifikation, d. h. einer am GNP-Standard orientierten Zertifizierung durch Fachgesellschaften und
- die erforderliche Kooperation mit dem behandelnden Arzt muß sichergestellt sein (Konsultationsverpflichtung).

Aufgaben- und Funktionsspektrum von klinischer Neuropsychologie und Ergotherapie sowie professioneller Hintergrund von klinischen Neuropsychologen und Ergotherapeuten weisen wesentliche Unterschiede auf.

Gegenstand der Neuropsychologie sind die detaillierte Erfassung kognitiver und emotional-affektiver Folgen hirnrorganischer Erkrankungen und die Korrelation zwischen hirnrorganischer Schädigung und Verhaltensänderungen. Die Ausbildung der Neuropsychologen (den etablierten Curricula der Fachgesellschaften folgend) erfordert eine postgraduale und klinische Ausbildung (3 Jahre) auf der Grundlage einer universitären Ausbildung in Psychologie.

Ergotherapeuten praktizieren ein alltagsnahes Funktionstraining nach Hinweisen des Neurologen bzw. Neuropsychologen mit überwiegend senso-motorischen Schwerpunkten. Handwerkliche und gestalterische Fähigkeiten sowie fachspezifische Behandlungstechniken (Funktionstraining, Hilfsmittelberatung, alltagspraktische Übungen wie z. B. Küchenttraining) stehen im Vordergrund.

III.2 Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Eine Verordnung von ambulanter klinischer Neuropsychologie kann durch Neurologen, Psychiater, Neuropädiater (bisher ohne Fachbezeichnung und fakultative Weiterbildung) sowie Neurochirurgen erfolgen.

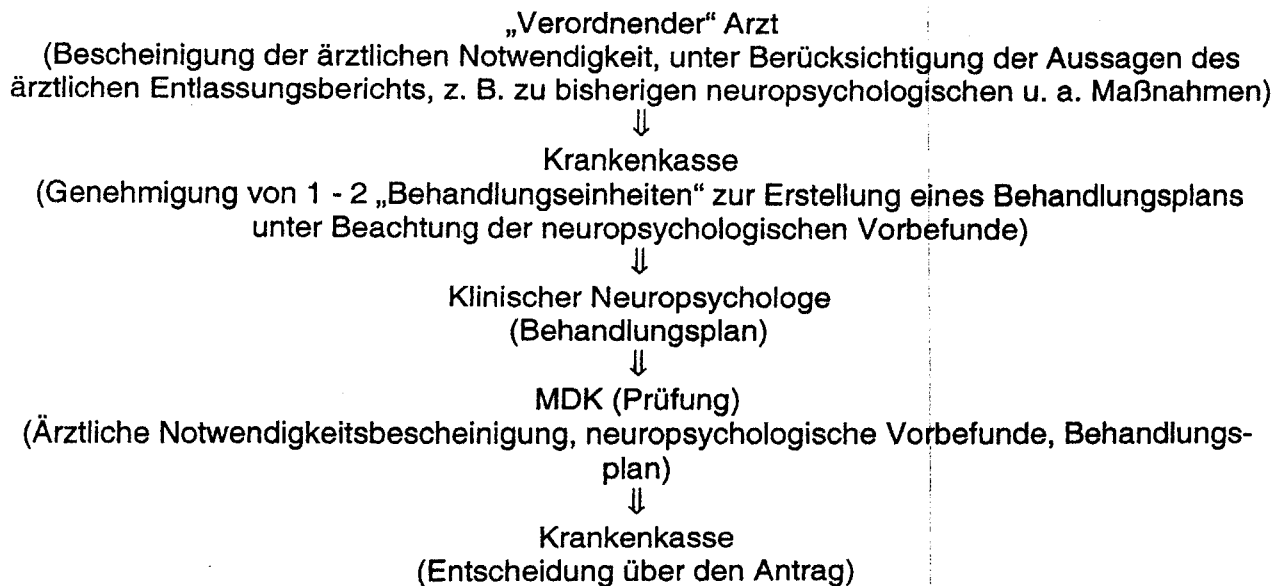
Sie erfolgt in Form einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung, die Angaben über neuropsychologische Schädigungen und resultierende Fähigkeitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen sowie über bisherige Therapiemaßnahmen enthält, ggf. vorliegende Entlassungsberichte von Reha-Kliniken bzw. ambulanten Rehaeinrichtungen berücksichtigen muß.

III.3 Verfahren

In Abhängigkeit davon, ob neuropsychologische Vorbefunde vorliegen oder ob es sich um Primärdiagnostik auf dem Gebiet der klinischen Neuropsychologie handelt, sind im wesentlichen zwei Fallgestaltungen zu unterscheiden:

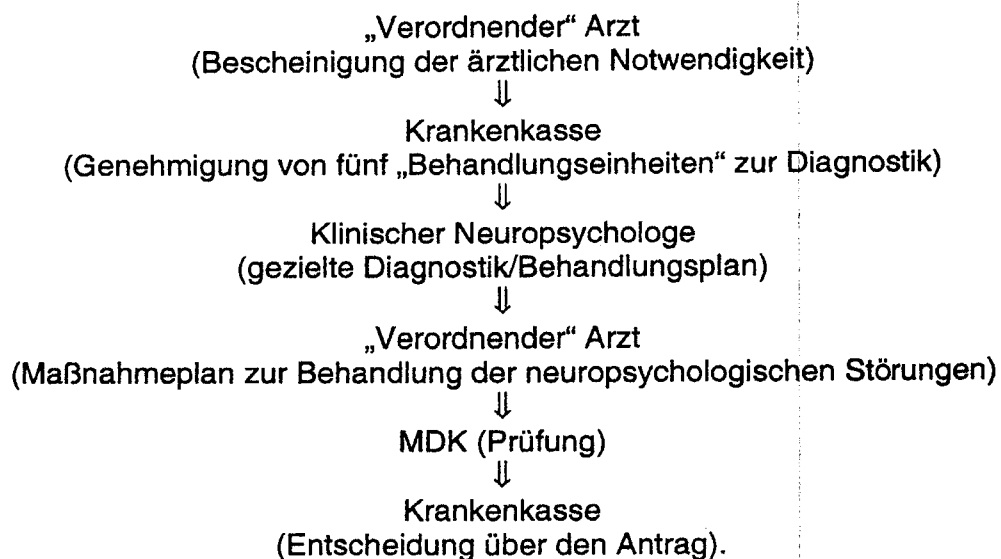
1. Fallgestaltung

Der Patient hat neuropsychologische Vorbefunde, z.B. Entlassung aus einer neurologischen Rehaeinrichtung. Diese Fallkonstellation trifft für die Mehrheit der behandlungsbedürftigen Fälle zu. Bei dieser Fallgestaltung ist der „Verordnungsweg“ wie folgt:



2. Fallgestaltung

Bisher wurde noch keine neuropsychologische Diagnostik durchgeführt.



III.4 Indikationen

Voraussetzung für eine ambulante neuropsychologische Behandlung ist das Vorliegen einer Erkrankung des zentralen Nervensystems. Dazu zählen v. a.:

- vaskuläre Erkrankungen, z. B. Z. n. Hirninfarkt oder Hirnblutung, Subarachnoidalblutung, cerebrale Hypoxie,
- Schädelhirnverletzungen,
- Erkrankungen mit toxischen oder metabolischen Schädigungen des Gehirns,
- entzündliche Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute (z. B. Zustände nach Meningitis, Meningoencephallitis),
- MS,
- degen. Hirnerkrankungen,
- Z. n. operativ, strahlentherapeutisch, konservativ behandelten Hirntumoren.

Die neurologische Erkrankung muß zu einer Schädigung/Funktionsstörung aus dem neuropsychologischen Bereich geführt haben.

Charakteristische Schädigungen/Funktionsstörungen sind: Störungen der Sinneswahrnehmung (z. B. cerebrale Sehstörungen), kognitive Störungen außerhalb der Sprache (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, Planung, Apraxie, Neglekt, Agnosie, fehlende Krankheitseinsicht), emotional-affektive sowie hirnorganisch bedingte Persönlichkeitsstörungen und soziale Interaktionsstörungen.

Aus den Schädigungen/Funktionsstörungen resultieren behandlungsrelevante Fähigkeitsstörungen in den Bereichen:

- Kommunikation (Informationsaufnahme und -verarbeitung),
- Haushaltsführung,
- situationsgerechtes Verhalten im Hinblick auf zeitliche und räumliche Orientierung, persönliche Sicherheit, Ausübung der familiären oder gesellschaftlichen Rolle, Krankheitsverarbeitung.

Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn Schädigungen/Fähigkeitsstörungen und therapeutisch beeinflussbare Fähigkeitsstörungen als Folgen neurologischer Erkrankungen vorliegen.

Der Behandlung der genannten Schädigungen/Funktionsstörungen und Fähigkeitsstörungen ist in der Regel eine komplexe Rehabilitation vorausgegangen.

Komplexe Störungen auf dem Gebiet der Neuropsychologie stellen nur dann eine Behandlungsindikation für den ambulanten klinischen Neuropsychologen dar, wenn sie nicht anders behandelt werden können, z. B. auch durch Ergotherapie.

III.5 Dauer der Behandlungsfrequenz

Für die Dauer von Maßnahmen der ambulanten klinischen Neuropsychologie wurden folgende Orientierungswerte vorgegeben:

Neben den bereits genannten Anhaltswerten (siehe auch 1. und 2. Fallgestaltung) wird die Vorgabe von 20 Behandlungseinheiten (á 50 Minuten) als Orientierungswert akzeptiert. In Einzelfällen ist bei entsprechender Begründung eine Verlängerung möglich.

III. 6 Durchführung

Das geplante Behandlungskonzept ist nach Einzel-, Gruppen- und computerassistierten Behandlungseinheiten zu differenzieren. Einzusetzende Methoden, Behandlungsziele, Behandlungsfrequenz und beabsichtigte Therapiedauer sind darzustellen. Danach ist auch die Vergütung auszurichten.

Das Minimum der Behandlungsfrequenz beträgt einmal pro Woche.

Die Möglichkeit einer probatorischen Behandlung zum Zweck der Eignungsprüfung von ambulanter klinischer Neuropsychologie bzw. die Möglichkeit des Abbruchs bei fehlender Eignung sollte eingeräumt und entsprechend dokumentiert werden.

III. 7 Organisation

Die Beantwortung der Frage nach der zweckmäßigsten Organisationsform für die ambulante klinische Neuropsychologie sollte bis zur Klärung der beruflichen Stellung des ambulanten klinischen Neuropsychologen zurückgestellt werden.

Für die Übergangszeit ist es zweckdienlich, den relativ unbestimmten Status quo dieses Versorgungsbereichs zu optimieren.

Für die Richtigkeit

Doz. Dr. Klaus Leistner
(Koordinator)

Teilnehmer des Expertengremiums

Herr Prof. Dr. med. Schönle

Kliniken Schmieder
Postfach 240
78473 Allensbach

Herr Dr. med. habil. König

MDK Nordrhein
Postfach 19 03 29
50500 Köln

Herr PD Dr. med. Hömberg

Neurologisches Therapiezentrum
Hohensandweg 37
40591 Düsseldorf

Herr PD Dr. med. Dr. phil. Herrmann

Otto-von Guericke-Universität
Abteilung Neuropsychologie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

Herr Grigoleit

Verband der Angestellten
Krankenkassen e. V./
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg

Herr Doz. Dr. med. Leistner (Koordinator)

Medizinischer Dienst der
Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.
Lützowstraße 53
45141 Essen