



## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unterausschuss  
"Methodenbewertung"

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Dr. Ulrich Orlowski  
Ministerialdirektor  
Leiter der Abteilung 2  
53107 Bonn

**Besuchsadresse:**  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Dr. Kati Dege  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen

**Telefon:**  
030 275838448

**Telefax:**  
030 275838405

**E-Mail:**  
kati.dege@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
KDe

**Datum:**  
26. März 2012

### **Ihr Schreiben vom 30. Januar 2012**

### **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 24.11.2011 hier: Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Neuropsychologische Therapie**

Sehr geehrter Herr Dr. Orlowski,

in ihrer Sitzung am 14. März 2012 hat sich die Arbeitsgruppe Ambulante Neuropsychologie des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ihrem o.g. Schreiben befasst. Zu der in Ihrem Schreiben unter 1. aufgeführten Auflage nehmen wir wie folgt Stellung:

Eine Öffnungsklausel für eine Verlängerung der Therapie über den in § 7 Absatz 6 Nr. 5 des Richtlinienbeschlusses maximal festgelegten Behandlungsumfang ist aufgrund der Ergebnisse der evidenzbasierten Bewertung der neuropsychologischen Therapie in der AG nicht begründbar.

a. Wie die evidenzbasierte Prüfung des G-BA ergeben hat, liegen keine Studien darüber vor, dass der in § 7 Absatz 6 Nr. 5 des Richtlinienbeschlusses maximal festgelegte Behandlungsumfang nicht ausreichend ist. Es konnten keine Studien identifiziert werden, die belegen, dass eine längere, über den festgelegten Behandlungsumfang hinausgehende, ambulante Behandlung notwendig und erfolgreich ist.

b. Die unterschiedliche Regelung zum Behandlungsumfang folgt aus wesentlichen Unterschieden zwischen der neuropsychologischen Therapie gemäß Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) und der ambulanten Psychotherapie gemäß Psychotherapie Richtlinie (PT-RL). Die Anwendung neuropsychologischer Therapie setzt eine nachweisbare Schädigung des Gehirns voraus. Sie zielt auf die Linderung und Heilung von



hirnorganisch bedingten psychischen Störungen ab, die durch eine reale Schädigung des Gehirns verursacht worden sind.

Zu a.:

Bei den von der AG Ambulante Neuropsychologie ausgewerteten Studien, die einen Wirksamkeitsnachweis für neuropsychologische Therapie erbracht haben, lag die Behandlungsdauer zwischen drei und 24 Wochen, im Durchschnitt bei elf Wochen. Verbesserungen bzw. eine Stabilisierung im Befund konnten im Durchschnitt auch noch nach sechs Monaten (im Follow-up) ohne weitere Behandlung festgestellt werden.

Von den acht Studien, die signifikante Effekte durch spezifische neuropsychologische Interventionsformen im Vergleich zu keiner Behandlung oder der Standardbehandlung in den untersuchten Bereichen zeigten, konnten in sieben Studien signifikante Verbesserungen mit im Durchschnitt etwa 20 Sitzungen Behandlung erreicht werden. Nur in einer Studie (Tarraga 2006) war der Behandlungsumfang deutlich höher (420 Stunden). Hierbei handelte es sich jedoch um schwerer beeinträchtigte Patienten, die in einem tagesklinischen Setting behandelt wurden. Dies ist nicht auf die Bedingungen ambulanter neuropsychologischer Therapie gemäß der Richtlinie übertragbar.

Zu b.:

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).

Die anzuwendenden Behandlungsmaßnahmen der neuropsychologischen Therapie richten sich jeweils nach den individuellen Erfordernissen des Krankheitszustandes der Patientin oder des Patienten und sind entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durchzuführen. Als Behandlungsmaßnahmen können nur zur Anwendung kommen:

1. zur restitutiven Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel einer neuronalen Reorganisation z. B. unspezifische und spezifische Stimulation, Beeinflussung inhibitorischer Prozesse, Aktivierung,
2. zur kompensatorischen Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel der Anpassung an kognitive Störungen und zum Erlernen von Ersatz- und Bewältigungsstrategien z. B. Erlernen neuer Verarbeitungsstrategien, Anpassung der eigenen Ansprüche und Erwartungen,
3. zur integrativen Therapie: Maßnahmen mit dem Ziel der Verarbeitung und psychosozialen Anpassung und zur Reintegration in das soziale, schulische und berufliche Umfeld z. B. auf lerntheoretischen Grundlagen basierende Programme zum Verhaltensmanagement.

Nach dem aktuellen Erkenntnisstand ist anzunehmen, dass die Grenzen des Nutzens der neuropsychologischen Interventionen bei erworbenen hirnorganisch bedingten psychischen Störungen andere sind als bei den von der PT-RL erfassten Indikationsbereichen. Diese Grenzen zeichnet § 7 Abs. 6 Nr. 5 des Richtlinienbeschlusses mit der Festlegung der Stundenkontingente nach.



Die in Ihrem o.g. Schreiben unter 2.- 4. aufgeführten Prüfbitten werden derzeit noch bearbeitet. Sobald dies abgeschlossen ist, werden wir Ihnen eine Antwort zukommen lassen.

Mit freundlichen Grüßen

  
Dr. Harald Deisler  
Vorsitzender  
Unterausschuss Methodenbewertung