

# Merkblatt

## zum Ausfüllen des Dokumentationsbogens in der Neuropsychologischen Therapie

Der Dokumentationsbogen ist eine Hilfestellung und eine Empfehlung der Qualitätssicherungskommission Neuropsychologische Therapie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Grundlage ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung Nr. 19 (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).

### Erläuterungen zu den einzelnen Angabefeldern:

#### Allgemeine Angaben:

- Angaben zum Patienten sollen nicht verschlüsselt werden, damit sie eindeutig zuzuordnen sind.
- Behandlungszeitraum beginnt mit den Therapiestunden, nicht mit der Probatorik. Wenn Therapie zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung noch andauert, kein Enddatum angeben.

#### 1. Erworbene Hirnschädigung oder Hirnerkrankung:

Gefordert ist eine ICD10-Diagnose eines der genannten Fachärzte, die die Feststellung einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung codiert. Also keine ICD-10-Diagnose aus Kapitel F.

Es kann hier nicht nur der Code angegeben werden, sondern auch die ICD-10-Diagnose als Freitext. Besonders beim Stadium der Demenz ist dies zu empfehlen, dies verhindert zusätzliche Rückfragen.

#### 2. Stufendiagnostik durch zwei unterschiedliche Leistungserbringer?

Stufe 1 und 2 dürfen nicht von derselben Person festgestellt werden:

1. Stufe: Feststellung der organischen Hirnschädigung/Hirnerkrankung (somatische Abklärung).
2. Stufe: Neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplan.

#### 3. Neuropsychologische Diagnostik erfolgt:

3 von 4 Erhebungsverfahren sollten erfüllt sein.

#### 4. Störungen von Hirnleistungsfunktionen:

Es muss eine Störung in mindestens einem der fünf Funktionsbereiche dokumentiert sein.

#### 5. Indikationen zur neuropsychologischen Therapie nach ICD-10:

Es muss mindestens einer der aufgeführten ICD-10-Codes angegeben sein.

#### 6. Therapieplanung:

Der Therapieplan umfasst die Nennung des Therapieansatzes und des Therapieergebnisses zum Zeitpunkt der Dokumentation. Nicht zwangsläufig muss jeder auffällige Funktionsbereich auch eine therapeutische Intervention zur Folge haben.

Erfolgte eine therapeutische Intervention, sollte der Therapieansatz und das Therapieergebnis auf S. 3 eingetragen werden.

Bitte konkret die Anzahl der geplanten Therapiestunden angeben.

**7. Information an den behandelnden Arzt:**

Hier ist nur die Angabe zu machen, ob der mitbehandelnde Arzt informiert wurde.

**8. Begründete Ausnahme:**

Ist nur der Hinweis/die Erinnerung für die Therapeutin/den Therapeuten, dass Ausnahmen gesondert zu begründen und zu dokumentieren sind.

**9. Änderung im Behandlungsplan/Behandlungsverlauf:**

Bei Änderungen des Behandlungsplans und/oder des Behandlungsverlaufs bitte Begründung/Verlauf ausführen. Hier kann z. B. ein Abbruch der Therapie, eine Änderung in der Behandlungsfrequenz erläutert werden.

**Sonstiges**

- Achten Sie bitte darauf, alle Fragen zu bearbeiten und überall Kreuzchen zu setzen, wo notwendig.
- Es ist darauf zu achten, dass der Behandlungsbeginn innerhalb des 5-Jahres-Zeitraumes liegt.
- Ungewöhnliches Verhältnis zwischen der Behandlungsdauer und der Anzahl der Sitzungen sollte kurz dokumentiert werden.