

Einschreibungsprozess der Patienten in neuroKey-MS

1. Welche Patienten kann ich einschreiben?

- Versicherte der beigetretenen Krankenkassen (siehe Seite 2) mit folgenden Erkrankungen:

ICD 10	Bezeichnung
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet



Bitte übersenden sie das Original der Teilnahmeerklärung an:
Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg

2. Welche Unterlagen werden für die Einschreibung benötigt:

- die Teilnahmeerklärungen stehen zum Download in der Arztsoftware bereit

Vollständige Patienten- und Arztdata
(vorausgefüllt)

Datum und Unterschrift des Patienten

Freiwillige Einwilligung zur Datenübermittlung für weiterführende Forschungsvorhaben

➤ Option 1: Datum und Unterschrift des Patienten zur Einwilligung oder

➤ Option 2: Datum und Unterschrift des Patienten zur Einwilligung zur weiteren Kontaktaufnahme

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung in der Neurologie nach § 140a SGB V „neuroKey-Modul Multiple Sklerose“

Vertragskennzeichen: 120A1400765

Bitte übermitteln Sie das Original an folgende Adresse:
Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg
Der Versicherte erhält eine Kopie.

Teilnahmeerklärung und Einwilligung in die damit verbundene Datenverarbeitung

Hiermit erkläre ich, dass ich

- über den Behandlungsprozess nach dieser besonderen Versorgung durch meinen behandelnden Facharzt informiert und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde.
- die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse mir eine Bestätigung über das Widerrufrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
- die Versicherteninformation zum Vertrag gemäß der DSGVO erhalten, mich damit vertraut gemacht habe und mit den darin beschriebenen Inhalten einverstanden bin.
- mich verpflichte, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch an der besonderen Versorgung teilnehmende Fachkräfte in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Ein Verstoß gegen diese Vorgaben kann zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch meine Krankenkasse führen.

Ich stimme der mit dem Versorgungskonzept verbundenen Datenverarbeitung, inkl. der Übermittlung fallbezogener Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Versorgungsdaten zu, diese beinhaltet auch:

- dass die zur Abrechnung des Vertrages notwendigen Daten mit Personenbezug (Pseudonym, Arzt (LANR), Versichertennummer (sGK), Quartal/Jahr der Erhebung) durch die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH an die Cortex Management GmbH bzw. Übergangsweise an die richter care consulting GmbH übermittelt werden. Die Daten werden dann von der Cortex Management GmbH bzw. Übergangsweise von der richter care consulting GmbH an die spectrum GmbH ausschließlich zur Abrechnung der Datendokumentation, ohne Einsicht in deren Inhalte, weitergegeben.
- dass zum Nachverfolgen der Versorgungsziele des Vertrages die Inhalte der Erhebungsbögen mit Pseudonym, ohne weiteren Versichertenbezug (Pseudonym, Arzt (LANR), Quartal/Jahr der Erhebung) von der Cortex Management GmbH bzw. Übergangsweise von der richter care consulting GmbH an die spectrum GmbH übermittelt werden, wenn mehr als 5 Versicherte pro Arzt an dem Versorgungskonzept teilnehmen. Daten zur Krankenkasse werden nur bei mehr als 5 Versicherten pro Arzt und Krankenkasse weitergegeben.

Ja, ich möchte mit Unterzeichnung der Erklärung an der angebotenen besonderen Versorgung teilnehmen.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ich erhalte eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zu der damit verbundenen Datenübermittlung freiwillig erkläre und ich die Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass ich nicht weiter an dieser besonderen Versorgung teilnehmen kann. Durch meinen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung für weiterführende Forschungsvorhaben:

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übermittlung und Verarbeitung meiner pseudonymisierten und fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Versorgungsdaten ohne weitergehendem Personenbezug für weiterführende Forschungsvorhaben gemäß der nachfolgenden Auswahl einverstanden bin:

Option 1: Ich stimme der Verwendung meiner Daten für weitere Forschungsvorhaben zu und erkläre mich damit einverstanden, dass pseudonymisierte, fallbezogene Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Versorgungsdaten ohne weitergehendem Personenbezug mit den Daten aus dem MS-Register der MS Forschungs- und Projektentwicklungs-GmbH (MSFP) zusammengeführt werden. Detaillierte Informationen zum Verwendungszweck meiner Daten entnehme ich der beigefügten Versicherteninformation. Sofern ich mich darüber hinaus über weiterführende oder künftige Forschungsvorhaben informieren möchte, stehen mir hierzu ergänzende Informationen zur Verfügung.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Option 2: Ich bin damit einverstanden, dass ich im Rahmen des besonderen Versorgungsprogramms in einem angemessenen zeitlichen Abstand, jedoch nicht häufiger als einmal pro Jahr, kontaktiert werde. Dies dient ausschließlich dem Zweck, mich über weiterführende Forschungsvorhaben zu informieren und insoweit nebstehend noch nicht erteilt eine Einwilligung hierzu einzukholen.

Die Kontaktaufnahme kann über Ihren Arzt oder per Post, E-Mail oder Telefon erfolgen, sofern ich diese Kommunikationswege angegeben habe.

Ort, Datum Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Extern

Einschreibungsprozess der Patienten in neuroKey-MS

3. Welche Fristen sind zur Übermittlung der Teilnahmeerklärungen einzuhalten?

1. Quartal	10.04.
2. Quartal	10.07.
3. Quartal	10.10.
4. Quartal	10.01.

4. Wann beginnt die Teilnahme meines Patienten?

- Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

5. Welche Krankenkassen nehmen an dem Vertrag teil?

BKK B. Braun Aesculap	BKK Linde	BKK Miele	BKK mkk-meine krankenkasse
BKK PFAFF	BKK Pfalz	BKK ProVita	BKK Public
BKK Salzgitter	BKK Technoform	BKK VDN	BKK Werra-Meissner
BKK Wirtschaft & Finanzen	Bosch BKK	Continentale Betriebskrankenkasse	Debeka BKK
Ernst & Young BKK	IKK Classic	novitas bkk	Pronova BKK
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	TUI BKK	WMF BKK	VIACTIV Krankenkasse
BKK Rieker • RICOSTA • Weisser	BKK24	energie-BKK	R+V BKK
Mobil Krankenkasse	BKK VerbundPlus	BKK Herkules	BKK Würth
mhplus BKK	ZF BKK		

6. An wen kann ich mich bei Fragen wenden?



Cortex Management
GmbH c/o richter care
consulting GmbH,
Stadtwaldgürtel 47,
50935 Köln („Cortex“)

NeuroKey@cortex-management.de
Tel.: 0221- 292 17 392



Helmsauer Curamed
Managementgesellschaft
und Beratungszentrum
für das
Gesundheitswesen
GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg

kompetenzzentrum@helmsauer-gruppe.de
Tel.: 0911-9292400

Abrechnungsprozess der Patienten in neuroKey-MS

7. Welche Leistungen kann ich im Rahmen von neuroKey-MS abrechnen?

Bezeichnung der Leistungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Gebühr
Pauschale			
VBP Vorbereitungs- pauschale	- Aufklärung des Versicherten für die Einschreibung in neuroKey-MS - Administration der Einschreibung des Versicherten in neuroKey-MS	- Max. 1 x pro Versicherten (einmalig im ersten Teilnahmequartal) - Muss vor PHA oder IMP abgerechnet werden - Neben PHA oder IMP im gleichen Quartal abrechenbar	25,00 EUR
PHA Pharmakotherapie - Überwachung und Anpassung	- Persönlicher Arzt-Patientenkontakt - Therapiebegleitung, insbes. leitlinienkonforme Pharmakotherapie - Dokumentation - Management von Begleiterecheinungen	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Nicht kombinierbar mit IMP	22,50 EUR
IMP Impulstherapie - Überwachung und Anpassung	- Persönlicher Arzt-Patientenkontakt - Therapiebegleitung der Impulstherapie - Dokumentation - Management von Begleiterecheinungen - Nur in den Quartalen abrechenbar, in denen keine Verordnung eines Arzneimittels gem. Anlage 6 erfolgt	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Nicht kombinierbar mit PHA, ABO 1, ABO 2, ABO 3, WIB	22,50 EUR
DOP Dokumentations- pauschale	Einpfelegen von patientenindividuellen Daten in das MS-Register	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung: Vorliegen des Zertifikats der DMSG	5,00 EUR
FAS Förderung ambulanter Schubtherapien	- Ambulante Durchführung einer hochdosierten Steroidstoßtherapie im Rahmen eines akuten Krankheitsschubes der MS - Voraussetzung ist, dass kein stationärer Aufenthalt unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der ambulanten Behandlung stattfindet, der mit dem Schub in Zusammenhang steht - Keine Abrechnung der EBM-Ziffer 02101	- Pro Steroidzyklus 40,00 € je Behandlungstag - Max. 1 Zyklus (maximal 5 direkt aufeinanderfolgende Behandlungstage) pro Kalenderjahr und Versicherten	40,00 EUR
SSP Symptomscreening Pauschale	Quartalweise Erhebung des Symptomfragebogens aus Anlage 10 und Auswertung durch behandelnden Arzt	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung ist Abrechnung PHA oder IMP	2,50 EUR

Abrechnungsprozess der Patienten in neuroKey-MS

7. Welche Leistungen kann ich im Rahmen von neuroKey-MS abrechnen?

Bezeichnung der Leistungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Gebühr
Pauschale – nicht in der Abrechnungssoftware Helmsauer Care Manager® hinterlegt			
ABO1 Ampelbonus LLG 1	Erreichen der in der Anlage 6 vereinbarten Zielquote für den Ampelbonus der Leitliniengruppe 1 • Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA sowie das Vorliegen einer leitlinienkonformen Verordnung eines Arzneimittels der LLG 1 gemäß Anlage 6 in dem Quartal • Die Berechnung des Bonus erfolgt auf Basis aller teilnehmenden Versicherten der teilnehmenden Krankenkasse, denen der Arzt in dem Quartal ein rot oder grün gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 1 gemäß Anlage 6 verordnet hat	1 x pro Quartal für alle eingeschriebenen Versicherten, denen in dem Quartal ein grün oder rot gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 1 verordnet wurde • Max. 4 x pro Kalenderjahr • Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA • Nicht kombinierbar mit ABO 2 und/oder ABO 3	20,00 EUR
ABO2 Ampelbonus LLG 2	Erreichen der in der Anlage 6 vereinbarten Zielquote für den Ampelbonus der Leitliniengruppe 2 • Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA sowie das Vorliegen einer leitlinienkonformen Verordnung eines Arzneimittels der LLG 2 gemäß Anlage 6 in dem Quartal • Die Berechnung des Bonus erfolgt auf Basis aller teilnehmenden Versicherten der teilnehmenden Krankenkasse, denen der Arzt in dem Quartal ein rot oder grün gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 2 gemäß Anlage 6 verordnet hat	1 x pro Quartal für alle eingeschriebenen Versicherten, denen in dem Quartal ein grün oder rot gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 2 verordnet wurde • Max. 4 x pro Kalenderjahr • Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA • Nicht kombinierbar mit ABO 1 und/oder ABO 3	20,00 EUR
ABO3 Ampelbonus LLG 3	Erreichen der in der Anlage 6 vereinbarten Zielquote für den Ampelbonus der Leitliniengruppe 3 • Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA sowie das Vorliegen einer leitlinienkonformen Verordnung eines Arzneimittels der LLG 3 gemäß Anlage 6 in dem Quartal • Die Berechnung des Bonus erfolgt auf Basis aller teilnehmenden Versicherten der teilnehmenden Krankenkasse, denen der Arzt in dem Quartal ein rot oder grün gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 2 gemäß Anlage 6 verordnet hat	1 x pro Quartal für alle eingeschriebenen Versicherten, denen in dem Quartal ein grün oder rot gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 3 verordnet wurde • Max. 4 x pro Kalenderjahr • Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA • Nicht kombinierbar mit ABO 1 und/oder ABO 2	20,00 EUR
WIB Wirtschaftlichkeits- bonus - Basisfallwert	Wirtschaftlichkeitsbonus für die Verordnung besonders wirtschaftlicher Wirkstoffe, die in der Arzneimittelliste gemäß Anlage 6 mit einem WIB-FW gekennzeichnet sind • Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA sowie das Vorliegen einer leitlinienkonformen Verordnung eines Arzneimittels gemäß Anlage 6 in dem Quartal	1 x pro Quartal für alle Versicherten, denen ein WIB-Arzneimittel verordnet wurde - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA	20,00 EUR
QMP Qualitätsmanagement -Pauschale	Erreichen der auf Seite 5 vereinbarten Qualitätsziele	Max. 1 pro Kalenderjahr für alle Versicherten, für die mindestens eine PHA oder IMP abgerechnet wurde	20,00 EUR

Abrechnungsprozess der Patienten in neuroKey-MS

Bezeichnung der Leistungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Gebühr
Pauschale			
TMF Therapiemanagement Fatigue	- Erhebung des Fragebogens (weitere Informationen in Anlage 10) - Nach Ermessen des behandelnden Arztes Überweisung an einen niedergelassenen Arzt der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie und - Vorliegen einer Verdachts- oder gesicherte Diagnose (ICD G93.-)	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung ist Abrechnung PHA oder IMP und SSP	2,00 EUR
TF Therapie Fatigue	- Psychoedukation einzeln und/oder in einer Gruppe - Nach Ermessen des behandelnden Arztes Verordnung einer DiGA - Bei Einsatz einer DiGA regelmäßige Abfrage zur Therapieadhärenz und Dokumentation von Therapieabbrüchen - Vorliegen einer gesicherten Diagnose (ICD G93.-)	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung ist Abrechnung TMF	2,00 EUR
TMB Therapiemanagement neurogene Blasenfunktions- störung	- Nach Ermessen des Arztes Anwendung eines Miktionsstagebuches durch Versicherten und Auswertung durch den behandelnden Arzt - Nach Ermessen des behandelnden Arztes Überweisung an einen niedergelassenen Arzt der Fachrichtung Neuro-(Urologie) und - Vorliegen einer Verdachts- oder gesicherte Diagnose (ICD N31.-)	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung ist Abrechnung PHA oder IMP und SSP	3,00 EUR
TB Therapie neurogene Blasenfunktions- störung	- Restharnbestimmung - Nach Ermessen des behandelnden Arztes Therapieeinleitung und Arzneimittelverordnung - Vorliegen einer gesicherten Diagnose (ICD N31.-)	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung ist Abrechnung TMB	2,50 EUR
TMD Therapiemanagement Depression	- Erhebung des Fragebogens (weitere Informationen in Anlage 10) - Nach Ermessen des behandelnden Arztes Überweisung an einen niedergelassenen Arzt der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie und - Vorliegen einer Verdachts- oder gesicherte Diagnose (ICD F32.-, F33.-)	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung ist Abrechnung PHA oder IMP und SSP	3,00 EUR
TD Therapie Depression	- Ambulanten Psychotherapie - Nach Ermessen des behandelnden Arztes Arzneimittelverordnung - Nach Ermessen des behandelnden Arztes Verordnung einer DiGA - Bei Einsatz einer DiGA regelmäßige Abfrage zur Therapieadhärenz und Dokumentation von Therapieabbrüchen - Vorliegen einer gesicherten Diagnose (ICD F32.-, F33.-)	- Max. 1 x pro Quartal und Versicherten - Max. 4 x pro Kalenderjahr - Voraussetzung ist Abrechnung TMD	2,50 EUR

Qualitätsziele in neuroKey-MS

Qualitätsziel	Kriterium	Messgröße
Cannabinoid-haltige Verordnungen	Verordnungsquote des Fertigarzneimittels (FAM) an der Gesamtzahl der Cannabinoid Verordnungen (FAM, Blüten, Extrakte)	mind. 75,00 % Cannabinoid Fertigarzneimittel max. 25,00 % Cannabinoid Blüten und Extrakte
Anzahl von stationären Krankenhausfällen	Anzahl eingeschriebener Versicherter mit stationärem Aufenthalt mit einer gesicherten Hauptentlassungsdiagnose (ICD G35.-) in Relation zur Anzahl eingeschriebener Versicherter in neuroKey-MS	Anzahl eingeschriebener Versicherter mit stationärem Aufenthalt mit einer gesicherten Hauptentlassungsdiagnose (ICD G35.-) maximal 20 %
Durchschnittliche Dauer einer Weiterbehandlung	Weiterbehandlung nach Verdachtsdiagnose durch Neurologen/Nervenarzt in einem beliebigen „Quartal t“ muss beim Facharzt der folgenden Facharztgruppen Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Facharzt der Urologie spätestens im „Quartal t+1“ (Folgequartal) erfolgen	Weiterbehandlung spätestens in „Quartal t+1“
Anzahl von MS-Schüben	Anzahl eingeschriebener Versicherter mit MS-Schub/akute Exazerbation (G35.11, G35.21, G35.31) in Relation zur Anzahl eingeschriebener Versicherter in neuroKey-MS	Anzahl eingeschriebener Versicherter mit MS-Schub (G35.11, G35.21, G35.31) maximal 50 %