



## 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 Arztdaten (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 Stabschreibung über das Widerrufsrecht 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 Versorgungsvertrag verbundenen Datenverarbeitung, inkl. der Übermittlung fallbezogener Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten 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. Übergangswiese an die richtercare consulting GmbH übermittelt werden. Die Daten werden dann von der Cortex Management GmbH bzw. Übergangswiese von der richtercare consulting GmbH an die spectrumk 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. Übergangswiese von der richtercare consulting GmbH an die spectrumk GmbH übermittelt werden, wenn mehr als 5 Versicherte pro Arzt an dem Versorgungsvertrag 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 mich einverstanden 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, der 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 Verordnungsdaten 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 Verordnungsdaten ohne weitergehendem Personenbezug mit den Daten aus dem MS-Register der MS Forschungs- und Projektkooperations-GmbH (MSFP) zusammengeführt werden. Detaillierte Informationen zum Verwendungszweck meiner Daten ernehme 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 neherstehend noch nicht erteilt eine Einwilligung hierzu einzuholen.

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?

<b>1. Quartal</b>	10.04.
<b>2. Quartal</b>	10.07.
<b>3. Quartal</b>	10.10.
<b>4. Quartal</b>	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	Continental 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

### 6. An wen kann ich mich bei Fragen wenden?

 <b>Arzt anschreiben</b>	Cortex Management GmbH c/o richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln („Cortex“)	NeuroKey@cortex-management.de Tel.: 0221- 292 17 392
 <b>Abrechnung Abrechnungssoftware</b>	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
<b>Pauschale</b>			
<b>VBP Vorbereitungs- pauschale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufklärung des Versicherten für die Einschreibung in neuroKey-MS</li> <li>Administration der Einschreibung des Versicherten in neuroKey-MS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Versicherten (einmalig im ersten Teilnahmequartal)</li> <li>Muss vor PHA oder IMP abgerechnet werden</li> <li>Neben PHA oder IMP im gleichen Quartal abrechenbar</li> </ul>	25,00 EUR
<b>PHA Pharmakotherapie - Überwachung und Anpassung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persönlicher Arzt-Patientenkontakt</li> <li>Therapiebegleitung, insbes. leitlinienkonforme Pharmakotherapie</li> <li>Dokumentation</li> <li>Management von Begleiterecheinungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Nicht kombinierbar mit IMP</li> </ul>	22,50 EUR
<b>IMP Impulstherapie - Überwachung und Anpassung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persönlicher Arzt-Patientenkontakt</li> <li>Therapiebegleitung der Impulstherapie</li> <li>Dokumentation</li> <li>Management von Begleiterecheinungen</li> <li>Nur in den Quartalen abrechenbar, in denen keine Verordnung eines Arzneimittels gem. Anlage 6 erfolgt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Nicht kombinierbar mit PHA, ABO 1, ABO 2, ABO 3, WIB</li> </ul>	22,50 EUR
<b>DOP Dokumentations- pauschale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einpflegen von patientenindividuellen Daten in das MS-Register</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung: Vorliegen des Zertifikats der DMSG</li> </ul>	5,00 EUR
<b>FAS Förderung ambulanter Schubtherapien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulante Durchführung einer hochdosierten Steroidstoßtherapie im Rahmen eines akuten Krankheitsschubes der MS</li> <li>Voraussetzung ist, dass kein stationärer Aufenthalt unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der ambulanten Behandlung stattfindet, der mit dem Schub in Zusammenhang steht</li> <li>Keine Abrechnung der EBM-Ziffer 02101</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pro Steroidzyklus 40,00 € je Behandlungstag</li> <li>Max. 1 Zyklus (maximal 5 direkt aufeinanderfolgende Behandlungstage) pro Kalenderjahr und Versicherten</li> </ul>	40,00 EUR
<b>SSP Symptomscreening Pauschale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quartalweise Erhebung des Symptomfragebogens aus Anlage 10 und Auswertung durch behandelnden Arzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist Abrechnung PHA oder IMP</li> </ul>	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
<b>Pauschale – nicht in der Abrechnungssoftware Helmsauer Care Manager® hinterlegt</b>			
<b>ABO1 Ampelbonus LLG 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erreichen der in der Anlage 6 vereinbarten Zielquote für den Ampelbonus der Leitliniengruppe 1</li> <li>Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA sowie das Vorliegen einer leitlinienkonformen Verordnung eines Arzneimittels der LLG 1 gemäß Anlage 6 in dem Quartal</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 x pro Quartal für alle eingeschriebenen Versicherten, denen in dem Quartal ein grün oder rot gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 1 verordnet wurde</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA</li> <li>Nicht kombinierbar mit ABO 2 und/oder ABO 3</li> </ul>	20,00 EUR
<b>ABO2 Ampelbonus LLG 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erreichen der in der Anlage 6 vereinbarten Zielquote für den Ampelbonus der Leitliniengruppe 2</li> <li>Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA sowie das Vorliegen einer leitlinienkonformen Verordnung eines Arzneimittels der LLG 2 gemäß Anlage 6 in dem Quartal</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 x pro Quartal für alle eingeschriebenen Versicherten, denen in dem Quartal ein grün oder rot gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 2 verordnet wurde</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA</li> <li>Nicht kombinierbar mit ABO 1 und/oder ABO 3</li> </ul>	20,00 EUR
<b>ABO3 Ampelbonus LLG 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erreichen der in der Anlage 6 vereinbarten Zielquote für den Ampelbonus der Leitliniengruppe 3</li> <li>Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA sowie das Vorliegen einer leitlinienkonformen Verordnung eines Arzneimittels der LLG 3 gemäß Anlage 6 in dem Quartal</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 x pro Quartal für alle eingeschriebenen Versicherten, denen in dem Quartal ein grün oder rot gekennzeichnetes Arzneimittel der LLG 3 verordnet wurde</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA</li> <li>Nicht kombinierbar mit ABO 1 und/oder ABO 2</li> </ul>	20,00 EUR
<b>WIB Wirtschaftlichkeits- bonus - Basisfallwert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wirtschaftlichkeitsbonus für die Verordnung besonders wirtschaftlicher Wirkstoffe, die in der Arzneimittelliste gemäß Anlage 6 mit einem WIB-FW gekennzeichnet sind</li> <li>Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA sowie das Vorliegen einer leitlinienkonformen Verordnung eines Arzneimittels gemäß Anlage 6 in dem Quartal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 x pro Quartal für alle Versicherten, denen ein WIB-Arzneimittel verordnet wurde</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist die Abrechnung der PHA</li> </ul>	20,00 EUR
<b>QMP Qualitätsmanagement -Pauschale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erreichen der auf Seite 5 vereinbarten Qualitätsziele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 pro Kalenderjahr für alle Versicherten, für die mindestens eine PHA oder IMP abgerechnet wurde</li> </ul>	20,00 EUR



## Abrechnungsprozess der Patienten in neuroKey-MS

Bezeichnung der Leistungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Gebühr
<b>Pauschale</b>			
<b>TMF Therapiemanagement Fatigue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erhebung des Fragebogens (weitere Informationen in Anlage 10)</li> <li>Nach Ermessen des behandelnden Arztes Überweisung an einen niedergelassenen Arzt der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie und</li> <li>Vorliegen einer Verdachts- oder gesicherte Diagnose (ICD G93.-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist Abrechnung PHA oder IMP und SSP</li> </ul>	2,00 EUR
<b>TF Therapie Fatigue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychoedukation einzeln und/oder in einer Gruppe</li> <li>Nach Ermessen des behandelnden Arztes Verordnung einer DiGA</li> <li>Bei Einsatz einer DiGA regelmäßige Abfrage zur Therapieadhärenz und Dokumentation von Therapieabbrüchen</li> <li>Vorliegen einer gesicherten Diagnose (ICD G93.-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist Abrechnung TMF</li> </ul>	2,00 EUR
<b>TMB Therapiemanagement neurogene Blasenfunktions- störung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Ermessen des Arztes Anwendung eines Miktionstagebuches durch Versicherten und Auswertung durch den behandelnden Arzt</li> <li>Nach Ermessen des behandelnden Arztes Überweisung an einen niedergelassenen Arzt der Fachrichtung Neuro-(Urologie) und</li> <li>Vorliegen einer Verdachts- oder gesicherte Diagnose (ICD N31.-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist Abrechnung PHA oder IMP und SSP</li> </ul>	3,00 EUR
<b>TB Therapie neurogene Blasenfunktions- störung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Restharnbestimmung</li> <li>Nach Ermessen des behandelnden Arztes Therapieeinleitung und Arzneimittelverordnung</li> <li>Vorliegen einer gesicherten Diagnose (ICD N31.-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist Abrechnung TMB</li> </ul>	2,50 EUR
<b>TMD Therapiemanagement Depression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erhebung des Fragebogens (weitere Informationen in Anlage 10)</li> <li>Nach Ermessen des behandelnden Arztes Überweisung an einen niedergelassenen Arzt der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie und</li> <li>Vorliegen einer Verdachts- oder gesicherte Diagnose (ICD F32.-, F33.-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist Abrechnung PHA oder IMP und SSP</li> </ul>	3,00 EUR
<b>TD Therapie Depression</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulanten Psychotherapie</li> <li>Nach Ermessen des behandelnden Arztes Arzneimittelverordnung</li> <li>Nach Ermessen des behandelnden Arztes Verordnung einer DiGA</li> <li>Bei Einsatz einer DiGA regelmäßige Abfrage zur Therapieadhärenz und Dokumentation von Therapieabbrüchen</li> <li>Vorliegen einer gesicherten Diagnose (ICD F32.-, F33.-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Max. 1 x pro Quartal und Versicherten</li> <li>Max. 4 x pro Kalenderjahr</li> <li>Voraussetzung ist Abrechnung TMD</li> </ul>	2,50 EUR



## Qualitätsziele in neuroKey-MS

Qualitätsziel	Kriterium	Messgröße
<b>Cannabinoid-haltige Verordnungen</b>	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
<b>Anzahl von stationären Krankenhausfällen</b>	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 %
<b>Durchschnittliche Dauer einer Weiterbehandlung</b>	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“
<b>Anzahl von MS-Schüben</b>	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 %