

## Neurokey-MS

- Vertrag zur besonderen Versorgung in der Neurologie  
(Indikationsbereich Multiple Sklerose) gemäß § 140a SGB V -

## Unternehmen spectrumK

**spectrumK**  
Gemeinsam Gesundheit gestalten.

➤ 2007

**Gegründet im BKK-  
System**

➤ 2025

**Gesellschafter sind  
65 Krankenkassen  
(BKK, IKK, EK, SVLFG,  
BKS)**

235  
Mitarbeiter\*innen  
(Berlin, Essen, Schwerin)

700  
Pflegerberater\*innen

**InGef GmbH**  
Wissenschaftliches  
Institut für angewandte  
Gesundheitsforschung

**SIDA Service GmbH**  
Lösungen für die  
digitale Administration  
und Datenmanagement

## Organisation von Austauschbeziehungen



## Unterschied zwischen Krankenkasse und Dienstleister

### **Gestaltungskraft durch Bündelung**

(Versichertenpotential  
über 10 Mio. Versicherte  
im Arzneimittelbereich)

### **Effizienzvorteile durch Skaleneffekte**

### **Voraussetzung:**

- Vertrauen,
- Kommunikation,
- Partizipation der  
Kassen

### **Entscheidungs- und Abschlusskompetenz organisieren**



## **richter**careconsulting

richter care consulting GmbH

Stadtwaldgürtel 47

50935 Köln

Telefon: +49 221 – 292 17 392

Mail: [neurokey@cortex-management.de](mailto:neurokey@cortex-management.de)

[www.richtercareconsulting.de](http://www.richtercareconsulting.de)

## Konzept von neuroKey-Modul Multiple Sklerose

### Kerninhalte

#### Arzneimittel:

- Arzneimittelsteuerung
- Förderung vom Einsatz aller leitliniengerechten Therapien
- Erhaltung der Therapiefreiheit

#### Versorgung:

- Förderung Therapiemanagement von Begleiterkrankungen
- Förderung von Früherkennung
- Förderung interdisziplinärer Versorgung von Patienten

### Vorteile für Ärzte und Ärztinnen

- Auskömmliche Vergütung betreuungsintensiver Therapien
- Arzneimittelsteuerung in vereinfachter Fassung durch Einheitlichkeit aller Kassen
- Rechtssicherheit bei leitliniengerechtem off-label-use (Rituximab)
- Erstmals: Vergütung des Therapiemanagement
- Erstmals: Vergütung der Dokumentation für Registerdaten
- Dokumentationsarme Vergütung

### Vorteile für Versicherte

- Bessere Versorgung durch auskömmliche Vergütung
- Arzneimittelsteuerung bei gleichzeitigem Erhalt der ärztlichen Therapiefreiheit
- Vermeidung von schweren Spätkomplikationen
- Wohnortnahe Versorgung durch Förderung ambulanter Versorgungsstrukturen
- Optimierung der Versorgung durch Vernetzung der Ärzteschaft

## Wesentliche Informationen

### Wer sind Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer?

Der Beitritt ist möglich für zugelassene, angestellte oder ermächtigte Fachärztinnen und Fachärzte, die folgende Kriterien erfüllen:

- die Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnungen Neurologie (und ggf. Psychiatrie) oder Nervenheilkunde und
- eine jährliche Teilnahme an krankheitsspezifischen Fortbildungen zur MS und MS-verwandten Erkrankungen und
- zur Gewährleistung einer schnellen und umfassenden Versorgung der eingeschriebenen Versicherten mit anderen Fachärzten kooperieren, wenn das Therapiemanagement, ambulante Schubtherapie (GKS-Therapie) und alle Therapieoptionen nach Leitlinie nicht selbst erbracht werden können.

### Wer sind Teilnahmeberechtigte Patienten?

Versicherte der beigetretenen Krankenkassen (Stand 01.07.2025: 24 Krankenkassen, ca. 7,2 Mio. Versicherte), die:

- Versicherter hat die Erkrankung Multiple Sklerose (ICD-10-Code G35.-) und
- erhält eine Behandlung mit einem Arzneimittel gemäß der Arzneimittelliste während ihrer Vertragsteilnahme bedürfen.

**Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung in der Neurologie (Besonderheiten: Multiple Sklerose) gemäß § 14a SGB V „neuroKey-Multifunktionale Sklerose (kurz: neuroKey-MS)“**

**Bitte beachten Sie:** Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines fachärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterschrieben werden. Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich auf neuroKey-MS selbst seinen Anlagen.

**Cortex Management GmbH**  
c/o richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln („Cortex“)  
E-Mail: [neurokey@cortex-management.de](mailto:neurokey@cortex-management.de)

Angaben zum Arzt:

Facharzt für Neurologie (und ggf. Psychiatrie) oder Nervenheilkunde  
 Erweichter Arzt mit der Anerkennung zum Führen der Facharztbescheinigung Neurologie (und ggf. Psychiatrie) oder Nervenheilkunde

**Stammdaten behandelnder Arzt**

Erstname  LANR  BSNR  Gültig ab (TT.MM.JJJJ)

MVZ

BAG

Titel  Nachname  Vorname

Druck & Hausnummer (Betriebsstätte/Praxisanschrift)  Telefon

PLZ  Ort  Telefax

E-Mail

**Bezeichnung (Bsp. Vergütung wird auf das folgende Konto überwiesen)**

BLZ  Kreditinstitut

Kontonummer  Kontobehälter

BSNR

BC

**Teilnahme des Arztes**

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte von neuroKey-MS informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und -inhalte sind mir bekannt.

- Mit dieser Teilnahmeerklärung nehme ich an neuroKey-MS teil und verpflichte mich zur Einhaltung der Regelungen der Vereinbarung, insbesondere bezüglich der Versorgungsziele und -inhalte sowie der Ausweitung der Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung und Zweckmäßigkeit. Die für die Absicherung und Qualitätssicherung erforderlichen Unterlagen zur aktuellen Therapie (Anlage 10 – Erhebungsgelbst) sind über Internet oder Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH bei Cortex bei der Informationsveranstaltung (VGL. LANR, BSNR, zweisprachige Patienteninformation, Erhebungsgelbstform (Quartalsurzt)) einzureichen und werden ohne Verschweibung an spezialisiert weitergeleitet. Nachträgliche Änderungen von neuroKey-MS werden ohne weitere Anweisung verhindert. Sofern hinsichtlich der Änderungen mein Einverständnis nicht vorliegt, wird ein Sonderkündigungsrecht zu. Ich bestätige, dass mit dem Beitritt weiterer Krankenkassen die Regelungen von neuroKey-MS auch gegenüber diesen gelten.
- Ich versichere, dass ich zur Teilnahme an der vertraglich vereinbarten Versorgung berechtigt bin und die Voraussetzungen zur Teilnahme nach § 3 von neuroKey-MS erfülle.
- Ich informiere Sie von den Krankenkassen zu erhalten. Ich bin mit der Speicherung meiner Angaben einverstanden. Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass spectrum sowie die Daten der von mir verwendeten Arztpraxis als auch die Versorgungsdaten im Rahmen von neuroKey-MS ausgewertet und diese in einer übersichtlichen Darstellung aufbereitet, um mich für E-Mails über die Wirtschaftlichkeit der Arztpraxisleistungen sowie über allgemeine Versorgungsinformationen, Qualitätsberichte und Arztpraxisperspektiven zu informieren.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Vertragspartner verpflichtet sind, meine Teilnahme an neuroKey-MS zu kündigen, wenn ich
  - meine gesamten Verpflichtungen oder Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle und diesem Vorstich trotz entsprechender Aufforderung durch die Vertragspartner nicht innerhalb einer angemessenen Frist beauftrage;
  - große oder vorübergehende Fehlbuchungen (in Sinne von Doppel- und Fehlbuchungen) mache;
  - gegen eine andere mir nach Maßgabe von neuroKey-MS im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstoße und diesen Vorstich trotz schriftlicher Amonition oder angemessener Fristsetzung durch die Vertragspartner nicht innerhalb der Frist beauftrage; oder
  - wenn ich in erheblichem Umfang gegen eine sonstige wesentliche Verpflichtung (z. B. große Verluste gegen die ärztliche Berufsausübung) verstoße.
- Mir ist bekannt, dass
  - ich meine Teilnahme gegenüber dem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich kündigen kann. Mein Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt;
  - die Vertragspartner jederzeit Änderungen bzw. Ergänzungen von neuroKey-MS und/oder seiner Anlagen vornehmen können. In diesem Fall kann ich kündigen, wenn ich durch die Änderung oder Ergänzung betroffen bin und die Teilnahme an neuroKey-MS aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Dies gilt insbesondere bei Änderungen der Vergütungsregelungen zu meinen Nachteil. Die Kündigung hat schriftlich innerhalb von sechs Wochen nach Mitteilung über die Vertragsänderung gegenüber dem Vertragspartner zu erfolgen. Kündige ich nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen von neuroKey-MS und seiner Anlagen als genehmigt;
  - die ICMR die von den Krankenkassen gestattete Vergütung nach § 7 enthält und erst nach Eingang an mich auszahlt, indem sie diese unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungsgebühren in Höhe von 2,2% (zzgl. USt) an mich auf den o.ä. Konto überweist;
  - die ebenfalls zu zahlende Verwaltungsgebühren für die Cortex Management GmbH in Höhe von 2,2% (zzgl. USt.) habe ich zur Kenntnis genommen;
  - die Krankenkassen die Abrechnungen sowie die von mir verwendeten Arztpraxis auswerten und diese in einer Übersicht darstellen, um mich über die Vertragsziele zu informieren.

**Einwilligung in Datenverarbeitung**

Ich erkläre meine Einwilligung zu Folgendem:

Ich bin durch Angabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenverarbeitungen, -verarbeitungen und -Mittlungsorgängen einverstanden:

- ich verpflichte mich zur Erhaltung der einschlägigen Datenverarbeitungen;
- Meine mit dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der neuroKey-MS behandelnden Krankenkasse erhalten, verarbeitet und genutzt;
- Die behandelnden Krankenkassen erhalten u. a. Name, Vorname, LANR, BSNR, Matrikelnummer, Anschrift und Bezeichnung nach Bestätigung meiner Vertragsannahme an neuroKey-MS;
- Dass in Folge einer vorliegenden DSGVO-Zertifizierung die Legitimität der Gültigkeit meiner Zertifizierung verarbeitet und genutzt wird;
- Name, Anschrift und Telefon-Nummer können in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht werden.

\* Die Informationen zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und 14 DSGVO sowie zu meinen Rechten gem. Art. 15 - 18 DSGVO und der Datenschutzbestimmungen in neuroKey-MS habe ich zur Kenntnis genommen.

**Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir hier gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbezugnis im Rahmen von neuroKey-MS sind.**

Unterschrift behandelnder Arzt

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Nachname

Vorname

LANR

# Einschreibungsprozess der Patienten

## 1. Welche Patienten kann ich einschreiben?

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

ICD 10	Bezeichnung
<b>G35.0</b>	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
<b>G35.10</b>	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
<b>G35.11</b>	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
<b>G35.20</b>	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
<b>G35.21</b>	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
<b>G35.30</b>	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
<b>G35.31</b>	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
<b>G35.9</b>	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 (maschinenbedruckt)



Datum und Unterschrift des  
Patienten

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung in der Neurologie nach § 14a SGB V „neurolog-Multiple Sklerose“**  
Vertragskennzeichen: 120A140370  
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.

**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

**Teilnahmeerklärung und Einwilligung in die damit verbundene Datenverarbeitung**  
Hiermit erkläre ich, dass ich  
• über die Behandlungsversorgung nach dieser besonderen Versorgung durch meine behandelnde Fachkraft informiert und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurde.  
• die Teilnahmeerklärung freiwillig vor zwei Wochen nach Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen vorlegen kann. Die Willensfreiheit beginnt, wenn die Krankenkasse von einer Stellung über die Willensfreiheit schriftlich oder elektronisch in Kenntnis ist. Nachweis jedoch mit der Angabe der Teilnahmeerklärung. Zur Führung der Willensfreiheit genügt die vollständige Abgabe des Willensfrei.  
• die Versicherungsdaten zum Vertrag gemäß der DSGVO erheben, mich damit einverstanden erklärt habe und mit dem beschriebenen Inhalt einverstanden bin.  
• mich verpflichtet, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch an der besonderen Versorgung teilnehmende Fachkräfte in Anspruch nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von weiteren Notfallspezialisten. Ein Verstoß gegen diese Vorgaben kann zu einem Ausschluss aus der Versorgungsleistung durch meine Krankenkasse führen.  
Ich erkläre der erst der Vertragsgegenstand: verbundene Datenverarbeitung, inkl. der Übermittlung teilbezogener Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Versorgungsdaten zu, diese beinhaltet auch:  
• dass die zur Abrechnung des Vertrages notwendigen Daten mit Personalbogen (Physisches, Arzt (I.A.N.R.), Versicherungsnummer (i.G.K.) Quartalfahr der Erhebung durch die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH an die Curamed Management GmbH (i.e.) übergeben werden an die Helmsauer Curamed GmbH übermitteln werden. Die Daten werden dann von der Curamed Management GmbH bzw. übergeben werden von der Helmsauer Curamed GmbH ausschließlich zur Abrechnung der Datenübermittlung, ohne Zweck in dem Inhalt, weiterzugeben.  
• dass zum Nachfragen der Vertragsgegenstände die Vertrags- die Inhalte der Erhebungsbögen mit Personalbogen, ohne weiteren Versicherungsleistung (Physisches, Arzt (I.A.N.R.), Quartaljahr der Erhebung von der Curamed Management GmbH bzw. übergeben werden von der Helmsauer Curamed GmbH an die Helmsauer Curamed GmbH übermitteln werden, wenn mehr als 2 Versicherten pro Arzt an dem Vertragsgegenstand teilnehmen. Daten zur Krankenkasse werden nur bei mehr als 2 Versicherten pro Arzt und Krankenkasse weitergegeben.  
Ja, ich möchte mit Unterstützung der Erklärung an der angegebenen besonderen Versorgung teilnehmen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters  
Ich erkläre eine Mitfertigung dieser Teilnahmeerklärung.  
Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zu der damit verbundenen Teilnahmeerklärung freiwillig erteile und in 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 meine Willensfreiheit sind die Rechtsmittel, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgen, ausgeschlossen.

**Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung für weiterführende Forschungsvorhaben:**  
Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen und teilbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Versorgungsdaten (bzw. verbundene Forschungsdaten) gemäß der nachfolgenden Forschungsvorhaben gemäß der nachfolgenden Forschungsvorhaben einverstanden bin:  
Option 1: Ich erkläre die Verarbeitung meiner Daten für weitere Forschungsvorhaben zu und erkläre mich damit einverstanden, dass personenbezogene, teilbezogene Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Versorgungsdaten sowie verbundene Forschungsdaten mit den Daten aus den ICD-Registern der IEG Forschungs- und Versorgungsdatensätze (GDF) zusammengeführt werden. Die Daten werden dann zur Weiterverarbeitung meiner Daten einbezogen in der nachfolgenden Datenverarbeitung. Sofern ich nicht darüber hinaus über spezifische oder häufige Forschungsprojekte informiert wurde, 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. Das dient ausschließlich dem Zweck, mich über weiterführende Forschungsvorhaben zu informieren und meine Mitarbeit nach nicht mehr eine Einwilligung hierzu anzubieten.  
Die Kontaktaufnahme kann über Ihren Arzt oder per Post, E-Mail oder Telefon erfolgen, sofern ich diese Kontaktmöglichkeiten angegeben habe.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters  
Erstern:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**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 Belehrung 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 Fachärzte in Anspruch 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 (eGK), 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 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. übergangsweise von der richter care 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 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, 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 Projektentwicklungs-gGmbH (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 nebenstehend 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

## Wesentliche Informationen

<p><b>Welche Fristen sind zur Übermittlung der Teilnahmeerklärungen einzuhalten?</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quartal: 10.04</li> <li>2. Quartal: 10.07</li> <li>3. Quartal: 10.10</li> <li>4. Quartal: 10.01</li> </ol>			
<p><b>Wann beginnt die Teilnahme meines Patienten?</b></p>	<p>Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.</p>			
<p><b>Welche Krankenkassen nehmen aktuell an dem Vertrag teil? (Stand: 01.07.2025)</b></p>	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 BKK	Debeka BKK
	Ernst & Young BKK	NOVITAS BKK	Pronova BKK	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
	TUI BKK	WMF BKK	VIActiv Krankenkasse	
<p><b>An wen kann ich mich bei Fragen wenden?</b></p>	<p><u>Arztanschriften:</u> <i>Cortex Management GmbH c/o richter care consulting GmbH, Stadtwaldgürtel 47, 50935 Köln („Cortex“)/ <a href="mailto:NeuroKey@cortex-management.de">NeuroKey@cortex-management.de</a> /Tel.: 0221- 292 17 392</i></p> <p><u>Abrechnung:</u> <i>Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH, Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg/ <a href="mailto:kompetenzzentrum_selktivvertraege@helmsauer-gruppe.de">kompetenzzentrum_selktivvertraege@helmsauer-gruppe.de</a> / Tel.: 0911-9292400</i></p>			

## Bisheriger Modulvertrag MS

**Therapieeinleitung** (einmalig 25€)

**Beratungs- und  
Dokumentationspauschale** (20€/Q)

**Wirtschaftlichkeits-Modul**  
(Fokusarzneimittel-Bonus) (20€/Q)

Förderung besonderer  
Rabattverträge

**Steroid-Stoß-Modul** (40€/d)

Förderung der ambulanten  
Schubtherapie, max. 2 Schübe/Jahr

**Arzneimittel-Modul** (20€/Q)

„Wirtschaftlichkeitsquote“

Rabattvertrag = wirtschaftlich

**Förderung der leitliniengerechten  
Arzneimitteltherapie mit Rituximab**

Vergütung von besonderem  
Begleitungsaufwand (50€/Q)

**Generika-Modul** (einmalig 40€)

**Biosimilar-Modul** (einmalig 40€)

# Abrechnungsprozess

Bezeichnung der Leistungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Gebühr
<b>Pauschale</b>			
<b>VBP</b> Vorbereitungspauschale	<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</b> Pharmakotherapie - Überwachung und Anpassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persönlicher Arzt-Patientenkontakt</li> <li>Therapiebegleitung, insbes. leitlinienkonforme Pharmakotherapie</li> <li>Dokumentation</li> <li>Management von Begleiterscheinungen</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</b> Impulstherapie -Überwachung und Anpassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persönlicher Arzt-Patientenkontakt</li> <li>Therapiebegleitung der Impulstherapie</li> <li>Dokumentation</li> <li>Management von Begleiterscheinungen</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</b> Dokumentations-pauschale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einpfelegen 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</b> Förderung ambulanter Schubtherapien	<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</b> Symptomscreening Pauschale	<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

# Symptomscreening-Bogen

	überhaupt nicht eingeschränkt	sehr leicht eingeschränkt/ ich muss mich leicht anpassen	leicht eingeschränkt/ ich muss mich häufig anpassen	mäßig eingeschränkt/ ich habe meine täglichen Aktivitäten reduziert	stark eingeschränkt/ ich habe einige Aktivitäten aufgegeben	sehr stark eingeschränkt/ ich kann viele meiner täglichen Aufgaben nicht mehr ausführen	weitestgehend eingeschränkt/ ich kann die meisten täglichen Aktivitäten gar nicht mehr ausführen
<b>Gehen</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Handfunktion/Fingerfertigkeit</b> <i>Schlechte Handkoordination, Zittern</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Spastik und Steifheit</b> <i>Muskelkrämpfe oder Muskelverspannungen</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Körperliche Schmerzen</b> <i>Schmerz, Druckempfindlichkeit</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Blasenkontrolle</b> <i>Harnrang, häufiges Wasserlassen</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Ermüdung</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Sehvermögen</b> <i>Verschwommenes Sehen, Doppelsehen</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Schwindelgefühl</b> <i>Gleichgewichtsprobleme, „alles dreht sich“</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Denkvermögen (kognitive Funktion)</b> <i>Gedächtnis, Konzentrationsschwierigkeiten</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Depression</b> <i>Depressive Gedanken, Niedergeschlagenheit</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
<b>Angstzustände</b> <i>Das Gefühl im Stress zu sein, Panikattacken</i>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

# Abrechnungsprozess

Bezeichnung der Leistungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Gebühr
<b>Pauschale</b>			
<b>ABO1</b> Ampelbonus LLG 1	<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</b> Ampelbonus LLG 2	<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</b> Ampelbonus LLG 3	<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</b> Wirtschaftlichkeits-bonus - Basisfallwert	<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</b> Qualitätsmanagement-Pauschale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erreichen der in der Anlage 7 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

## Ampelquoten

Leitliniengruppe 1:  **GRÜN** **mind. 75 %**

 **ROT** **max. 25 %**

Leitliniengruppe 2:  **GRÜN** **mind. 65 %**

 **ROT** **max. 35 %**

Leitliniengruppe 3:  **GRÜN** **mind. 55 %**

 **ROT** **max. 45 %**

### Wichtig:

Die ärztliche Therapiefreiheit bleibt vollumfänglich erhalten.  
Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie und regionale Regelungen  
bleiben unberührt.

Es gibt keinerlei vertragliche Dokumentationspflicht.

**Zudem:** Es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie „rote“  
Arzneimittel verordnen.

### Beispielrechnung für LLG 1

Verordnungen „Grün“ im Zähler & „Rot + Grün“ im Nenner:

$$Quote = \frac{11+9+7+1+4}{3+4+11+9+7+1+1+4} = \frac{32}{40} = \frac{800}{100} = 80\% = \text{Quote LLG 1}$$

erfüllt

Ampelbonus in Höhe von 20 € wird für alle Patienten ausgezahlt, denen ein  
Arzneimittel der LLG 1 aus den Gruppen „Grün“ und „Rot“ in dem Quartal  
verordnet wurde.

Wirkstoffe LLG 1	Verordnungen in Q4 2025
Dimethylfumarat	3
Diroximelfumarat	4
Glatirameracetat	11
Interferon beta-1a	9
Interferon beta-1b (Betaferon®)	7
Interferon beta-1b (Extavia®)	1
Peginterferon beta-1a	1
Teriflunomid	4

# Wirtschaftlichkeitsbonus

neuro>key

neuroKey-MS Arzneimittelliste

01.07.2025

Leitliniengruppe	ATC Code	Wirkstoff	Handelsname	Generika/Biosimilar	Anbieter	WIB-FW	Ampelbonus		Quote	
							Original	Import		
I	L04AX07	Dimethylfumarat	Tecfidera		Biogen				75%	
	L04AX09	Diroximelfumarat	Vumerity		Biogen					
	L03AX13	Glatirameracetat	Copaxone PEN		TEVA	5				
			Copaxone FER							
				CLIFT	ja	VIATRIS				
	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex		Biogen					
			Rebif		Merck					
	L03AB08	Interferon beta-1b	Betaferon		Bayer					
			Extavia		Novartis					
	L03AB13	Peginterferon beta-1a	Plegridy		Biogen					
		Aubagio		Sanofi						
L04AK02	Teriflunomid	Teriflunomid 1 A Pharma	ja	1 Pharma						
		Teriflunomid HEXAL	ja	Hexal						
		Teriflunomid-ratiopharm	ja	ratiopharm						
		diverse	ja	diverse						
II	L04AA40	Cladribin	Mavenclad		Merck	3			65%	
	L04AE01	Fingolimod	Gilenya		Novartis					
			FINGOLIMOD AbZ 0,5 mg	ja	ABZ Pharma					
			FINGOLIMOD Heumann 0,5 mg	ja	Heumann					
			FINGOLIMOD Zentiva 0,5 mg	ja	Zentiva					
			FINGOLIMOD-ratiopharm 0,25 mg	ja	ratiopharm					
			andere Generika	ja	diverse					
	L04AE02	Ozanimod	Zeposia		BMS					
	L04AE04	Ponesimod	Ponvory		Johnson&Johnson					
	L04AE03	Siponimod	Mayzent		Novartis					
III	L04AG06	Alemtuzumab	Lemtrada		Sanofi				55%	
	L04AG03	Natalizumab	Tyruko i. v.	ja	Hexal					
			Tysabri i. v.							
			Tysabri s. c.		Biogen					
	L04AG14	Ublituximab	Briumvi		neuraxpharm					
	L04AG08	Ocrelizumab	Ocrevus		Roche					
	L01FA01	Rituximab	diverse	ja	diverse					
L04AG12	Ofatumumab	Kesimpta		Novartis						

- Besonders wirtschaftliche Arzneimittel werden gesondert hervorgehoben und incentiviert
- Vergütung von 10 Euro pro Patient:in und Quartal (Höhe in Abhängigkeit von WIB-Fallwerts)
- keine weitere Voraussetzung nötig

## Qualitätsmanagement-Pauschale

Qualitätsziel	Kriterium	Messgröße <sup>1</sup>
<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 %

# Abrechnungsprozess

Bezeichnung der Leistungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Gebühr
<b>Pauschale</b>			
<b>TMF</b> Therapiemanagement Fatigue	<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</b> Therapie Fatigue	<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</b> Therapiemanagement neurogene Blasenfunktionsstörung	<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</b> Therapie neurogene Blasenfunktionsstörung	<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</b> Therapiemanagement Depression	<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</b> Therapie Depression	<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

**Dokumentationsbogen zur Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC)**

Versichertennummer (eGK):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arztnummer (LANR):

--	--	--	--	--	--	--	--

Patientenindividuelles Pseudonym:

---

Quartal:

Q	
---	--

Jahr:

--	--	--	--

# FSMC

**Bitte tragen Sie nachfolgend den ermittelten FSMC-Score (gesamt, kognitiv, motorisch) ein:**

Datum	Uhrzeit	FSMC-Score Gesamt	FSMC-Score Kognitiv	FSMC-Score Motorisch

**Bei Verordnung einer DiGA auszufüllen:**

Name der DiGA	Nutzung seit...	Nutzungshäufigkeit	Optional Grund für Abbruch
		<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> regelmäßig	<input type="radio"/> fehlende Wirksamkeit <input type="radio"/> ärztliche Bedenken <input type="radio"/> Handhabbarkeit <input type="radio"/> Andere:

## Beispiel Miktionsprotokoll

Datum:	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang Schweregrad	Einnässen Schweregrad	Datum:	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang Schweregrad	Einnässen Schweregrad	Datum:	Trinkmenge (ml)	Harnmenge (ml)	Harndrang Schweregrad	Einnässen Schweregrad
00:00-01:00					00:00-01:00					00:00-01:00				
01:00-02:00					01:00-02:00					01:00-02:00				
02:00-03:00					02:00-03:00					02:00-03:00				
03:00-04:00					03:00-04:00					03:00-04:00				
04:00-05:00					04:00-05:00					04:00-05:00				
05:00-06:00					05:00-06:00					05:00-06:00				
06:00-07:00					06:00-07:00					06:00-07:00				
07:00-08:00					07:00-08:00					07:00-08:00				
08:00-09:00					08:00-09:00					08:00-09:00				
09:00-10:00					09:00-10:00					09:00-10:00				
10:00-11:00					10:00-11:00					10:00-11:00				
11:00-12:00					11:00-12:00					11:00-12:00				
12:00-13:00					12:00-13:00					12:00-13:00				
13:00-14:00					13:00-14:00					13:00-14:00				
14:00-15:00					14:00-15:00					14:00-15:00				
15:00-16:00					15:00-16:00					15:00-16:00				
16:00-17:00					16:00-17:00					16:00-17:00				
17:00-18:00					17:00-18:00					17:00-18:00				
18:00-19:00					18:00-19:00					18:00-19:00				
19:00-20:00					19:00-20:00					19:00-20:00				
20:00-21:00					20:00-21:00					20:00-21:00				
21:00-22:00					21:00-22:00					21:00-22:00				
22:00-23:00					22:00-23:00					22:00-23:00				
23:00-24:00					23:00-24:00					23:00-24:00				

**Dokumentationsbogen zum Miktionsprotokoll**

Versichertennummer (eGK):

Arztnummer (LANR):

Patientenindividuelles Pseudonym: \_\_\_\_\_

Quartal:

Jahr:

**Bitte tragen Sie nachfolgend die Miktionsfrequenz ein, die anhand des Miktionsprotokoll ermittelt wurde:**

Datum	Uhrzeit	Miktionen pro Tag	Kommentar / Hinweise

**Bei erfolgter Restharnbestimmung bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen:**

Datum	Uhrzeit	Gemessener Restharn (ml)	Kommentar / Hinweise

# Miktionsfrequenz und Restharn

**Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)**

Versichertennummer (eGK):

Arztnummer (LANR):

Patientenindividuelles Pseudonym: \_\_\_\_\_

Quartal:

Jahr:

# PHQ-9

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappeliger“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gesamtwert	Schweregrad
0-4	gesund
5-9	unauffällig
10-14	„leichtgradige“ Depression
15-19	„mittelgradige“ Depression
20-27	„schwergradige“ Depression

Da der Fragebogen ausschließlich auf den Selbstausskünften der Patienten beruht, müssen alle daraus abgeleiteten Diagnosen abschließend vom behandelnden Arzt verifiziert werden. Dabei ist zu prüfen, inwieweit der Patient den Fragebogen korrekt verstanden hat. Darüber hinaus sollten ergänzende anamnestiche Angaben der Patient selbst, ihrer Familienangehörigen sowie Informationen aus weiteren verfügbaren Quellen herangezogen werden.

Gesamtwert: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

*Addition der Spaltensummen*

## Zusammenfassung Honorar

Welche Vergütungspositionen gibt es?	25,00 €	Vorbereitungspauschale (einmalig pro Patient*in)	2,50 €	Symptomscreening Pauschale
	22,50 €	Pharmakotherapie - Überwachung und Anpassung	2,00 €	Therapiemanagement Fatigue
	<u>oder</u>	Impulstherapie - Überwachung und Anpassung	2,00 €	Therapie Fatigue
	5,00 €	Dokumentationspauschale	3,00 €	Therapiemanagement neurogene Blasenfunktionsstörung
	40,00 €	Förderung ambulanter Schubtherapien (max. 5 d.)	2,50 €	Therapie neurogene Blasenfunktionsstörung
	20,00 €	Ampelbonus	3,00 €	Therapiemanagement Depression
	10,00 €	Wirtschaftlichkeitsbonus	2,50 €	Therapie Depression
	20,00 €	Qualitätsmanagementpauschale (1 x pro Jahr)		

## Wesentliche Informationen

### Welche Messinstrumente werden innerhalb des Vertrages gefördert?

Innerhalb von neuroKey-MS wird der Einsatz verschiedener Messinstrumente gefördert.

- Symptomerfragung durch einen patientenberichteten Selbstbeurteilungsbogen.
- Miktionsprotokoll und ein daran anschließender Dokumentationsbogen.
- Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC) und ein daran anschließender Dokumentationsbogen.
- Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

*Bei Verordnung einer Digitalen Gesundheitsanwendung im Indikationsgebiet der Begleiterkrankungen Depression und Fatigue gibt es entsprechende Dokumentationsfelder auf dem Erhebungsbogen des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) und des Dokumentationsbogen Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC).*

### Was ist bei der Dokumentation zu beachten?

- Für das Auslösen der Vergütung ist die korrekte und durchgehende Dokumentation sehr wichtig
- Die Erhebungs- und Messinstrumente werden in der Praxis aufbewahrt und datenschutzkonform auf postalischem Weg an die Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH versandt.
- Die Messinstrumente werden in einer Übergangszeit von mindestens einem Quartal über das Starterpaket zur Verfügung gestellt und anschließend über die Abrechnungssoftware – mit Ausnahme der Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC).





## Dr. Klaus Gehring

Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V.  
Wulffstr. 8  
12165 Berlin

E-Mail: [bvdn.bund@t-online.de](mailto:bvdn.bund@t-online.de)

Web: [www. https://www.bvdn.de](https://www.bvdn.de)

**Vielen Dank**  
für Ihre Aufmerksamkeit