

VEREINBARUNG

über eine umweltmedizinische Behandlung

zwischen

der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und

dem **BKK Landesverband NORD**

1. Nachtrag vom 17.05.2000

Präambel

Ziel der Vereinbarung ist es, Umweltgefährdungen als Krankheitsursachen unter Einbeziehung des häuslichen Umfeldes frühzeitig zu erkennen, die Erkrankten effektiv und kostengünstig zu behandeln und eine langfristige Rehabilitation sicherzustellen. Die Betriebliche Krankenversicherung stellt die Maßnahmen nach dieser Vereinbarung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Nr. 2 SGB V zur Verfügung. Sie ergänzen die vertragsärztliche Versorgung.

§ 1

Leistungsangebot

(1) Die Versorgung Umweltkranker im Sinne dieser Vereinbarung umfaßt

1. die Dokumentation einer umweltmedizinischen Anamnese gemäß Dokumentationsbogen nach **Anlage 1** sowie die Beiziehung und Auswertung der Untersuchungsbefunde überweisender oder sonstiger vorbehandelnder Ärzte;
2. die Durchführung einer Basis-Laboruntersuchung, die ggf. erforderliche Untersuchungen auf Elektrolyte, Harnsäure, Kreatinin, Leberparameter, BSG sowie großes Blutbild beinhaltet;
3. bei einer sich aus Nr. 1 und/oder Nr. 2 ergebenden Verdachtsdiagnose die Veranlassung einer Ortsbegehung zur Vorbereitung eventueller materialkundlicher Überprüfungen des häuslichen Umfeldes;
4. die Erörterung der Untersuchungsergebnisse bzw. der weiteren Behandlung mit dem Patienten;
5. die Erstellung einer vollständigen Verlaufsdokumentation.

(2) Der BKK - Landesverband NORD schließt mit geeigneten Anbietern Verträge über die Durchführung der Erstbegehung sowie notwendiger Messungen. Die Verträge sind dieser Vereinbarung beigelegt (**Anlage 4**). In diesen Verträgen sind für die Eignung besondere Qualifikationsmerkmale hinsichtlich Materialkunde, Probenentnahmetechnik und Analyselabor zu definieren. Ferner ist der Vertragspartner des BKK - Landesverbandes NORD vertraglich zu verpflichten, die Ergebnisse der Ortsbegehung sowie der eventuell durchgeführten materialkundlichen Überprüfung des häuslichen Umfeldes dem Auftraggeber unter Verwendung des Dokumentationsbogens (**Anlage 3**) mitzuteilen, um diesen in die Lage zu versetzen, die weiteren Schritte gem. Abs. 1 Nrn. 4 und 5 durchzuführen.

§ 2

Teilnahmeberechtigte Ärzte

(1) Die Teilnahme an dieser Modellvereinbarung bedarf einer Genehmigung durch die KVH. Voraussetzung für die Genehmigung ist:

- a) die Zulassung als Vertragsarzt
- b) die Erfüllung der Voraussetzungen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Hamburg für Umweltmedizin;
- c) die regelmäßige Teilnahme an umweltmedizinischen Fortbildungsangeboten/Qualitätszirkeln mindestens viermal jährlich (die Teilnahme ist der KVH nachzuweisen).

(2) Die Genehmigung nach Abs. 1 kann widerrufen werden, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

(3) Die KVH teilt dem BKK - Landesverband NORD quartalsweise mit, welche Vertragsärzte (Name, Arztnummer, Anschrift und Telefonnummer) eine Genehmigung erhalten haben. Der Widerruf einer Genehmigung wird umgehend mitgeteilt.

§ 3

Dokumentation

(1) Die Erhebung der umweltmedizinischen Anamnese und die Darstellung der Ergebnisse der Basis-Laboruntersuchungen erfolgt auf dem Dokumentationsbogen (**Anlage 1**).

(2) Die Veranlassung der Ortsbegehung gem § 1 Abs. 1 Nr. 3 erfolgt mit dem Auftragsformular (**Anlage 2**).

§ 4 Datenschutz

Die Einhaltung der Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes ist von den teilnehmenden Ärzten und den Vertragspartnern umfassend sichergestellt.

§ 5 Vergütungsregelung

(1) Die umweltmedizinische Anamnese einschließlich gegebenenfalls erforderlicher Fremdanamnese gem. § 1 Abs. 1 Nr. 1 einschließlich der Erörterung gem. § 1 Abs. 1 Nr. 4 wird mit einer Pauschale in Höhe von 100,00 DM¹ vergütet (Abrechnungs-Nr. 99045).

(2) Die Basis-Laboruntersuchungen gem. § 1 Abs. 1 Nr. 2 werden mit einer Pauschale von insgesamt 20,00 DM² pro Patient vergütet (Abrechnungs-Nr. 99047).

(3) Die Verlaufsdokumentation gem. § 1 Abs. 1 Nr. 5 wird mit einer Pauschale in Höhe von 30,00 DM³ vergütet (Abrechnungs-Nr. 99046).

(4) Die Abrechnung der Leistungen der teilnehmenden Ärzte wird im Formblatt 3 (getrennt nach M-F-R) gesondert ausgewiesen, da es sich nicht um Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung handelt.

§ 6 Statistik

Die KVH wertet die anonymisierten Dokumentationsbögen (Anlage 1) und Verlaufsdokumentationen statistisch aus und stellt die Ergebnisse jährlich dem BKK - Landesverband NORD zur Verfügung. Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner in einer Protokollnotiz.

§ 7 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.1996 in Kraft.

(2) Diese Vereinbarung kann von jedem der Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

¹ ab 1. Januar 2002: 51,13 €

² ab 1. Januar 2002: 10,23 €

³ ab 1. Januar 2002: 15,34 €

(3) Sollten die Vertragspartner auf Bundesebene eine vergleichbare Regelung treffen, tritt diese mit ihrem Inkrafttreten an die Stelle dieser Vereinbarung.

(4) Die Teilnahme der Betriebskrankenkasse der Freien und Hansestadt Hamburg an dieser Vereinbarung endet am 30.06.2000

Protokollnotiz

**zu § 1 Abs. 2 der Vereinbarung über eine umweltmedizinische Behandlung
zwischen der KVH und dem BKK - Landesverband NORD vom 26.2.1996**

Die KVH wird für die in den Verträgen mit den Anbietern zu definierenden besonderen Qualifikationsmerkmale ggf. Vorschläge unterbreiten.

Name / Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Vertragsarzt-Nr. _____ VK gültig bis _____ Datum _____

Arztstempel (bitte auch auf Durchschlag)

Bei Umzug im laufenden Jahr bitte auch vorherige PLZ angeben: _____

Unters.-Datum: _____ Alter: _____ Geschlecht (w, m): _____ Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Medikamente: _____ Raucher (j, n) _____ Alkohol (j, n) _____

Wohnsituation: _____ **Zutreffendes bitte ankreuzen:** _____

ländlich städtisch _____

Anliegerstraße _____ Hauptverkehrsstraße Industriegebiet _____

Bitte die zutreffenden Symptome unterstreichen:

Symptomatik:	Intensität:	0	1	2	3	Dauer (Monate)	mögl. umweltbedingter Zusammenhang (j, n)
Müdigkeit/Antriebsstörung							
Konzentrationsstörung							
innere Unruhe/Reizbarkeit							
Schlafstörung							
Leistungsknick							
Kopfschmerzen							
Schwindel							
Infektanfälligkeit							
Allergien							
Augenprobleme							
Hautprobleme							
HNO-Probleme							
Knochen-Muskel-Gelenkschmerz							
Magen-Darm-Beschwerden							
Atemwege							
Sonst.:							

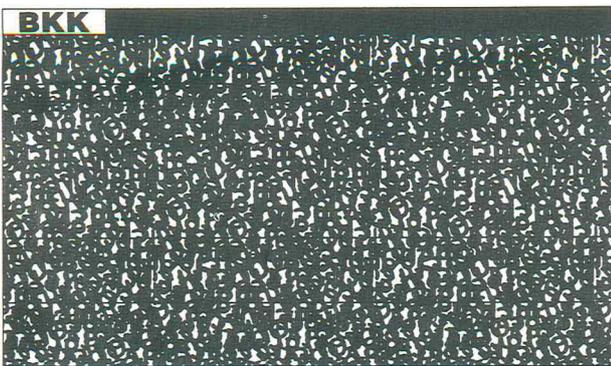
Gibt es anamnestische Hinweise auf mögliche Belastungen, allergische Reaktionen oder Überempfindlichkeitsreaktionen bei Kontakt mit (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Holzschutzmittel	<input type="checkbox"/>	Berufl. Umfeld	<input type="checkbox"/>
Lösemittel, Kleber, Farben	<input type="checkbox"/>	Verbrennungsabgase	<input type="checkbox"/>
Formaldehyd	<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>
Insektizide	<input type="checkbox"/>	Metalle (z. B. Nickel)	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	Tiere	<input type="checkbox"/>
Diagnostika	<input type="checkbox"/>	Körperpflegemittel	<input type="checkbox"/>
Schimmelpilze	<input type="checkbox"/>	Pollen	<input type="checkbox"/>
Sonst.:	<input type="checkbox"/>		

Bitte *j* für ja und *n* für nein eintragen:

Sanierung vorgenommen?	<input type="checkbox"/>
Besserung der Beschwerden?	<input type="checkbox"/>
Verdacht auf Umweltkrankheit bestätigt?	<input type="checkbox"/>
Basis-Labor durchgeführt?	<input type="checkbox"/>
Umweltambulanz ist angefordert	<input type="checkbox"/>

bei ja bitte Befund beifügen!



Arztstempel (bitte auch auf Durchschlag)

Bei Umzug im laufenden Jahr bitte auch vorherige PLZ angeben:

Unters.-Datum:	Alter:	Geschlecht (w, m):	Größe (cm):	Gewicht (kg):
Medikamente:			Raucher (j, n)	Alkohol (j, n)
Wohnsituation:		Zutreffendes bitte ankreuzen:		
<input type="checkbox"/> ländlich	<input type="checkbox"/> städtisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anliegerstraße	<input type="checkbox"/> Hauptverkehrsstraße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Industriegebiet	<input type="checkbox"/>

Bitte die zutreffenden Symptome unterstreichen:

Symptomatik:	Intensität:	0	1	2	3	Dauer (Monate)	mögl. umweltbedingter Zusammenhang (j, n)
Müdigkeit/Antriebsstörung							
Konzentrationsstörung							
innere Unruhe/Reizbarkeit							
Schlafstörung							
Leistungsknick							
Kopfschmerzen							
Schwindel							
Infektanfälligkeit							
Allergien							
Augenprobleme							
Hautprobleme							
HNO-Probleme							
Knochen-Muskel-Gelenkschmerz							
Magen-Darm-Beschwerden							
Atemwege							
Sonst.:							

Gibt es anamnestische Hinweise auf mögliche Belastungen, allergische Reaktionen oder Überempfindlichkeitsreaktionen bei Kontakt mit (bitte Zutreffendes ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Holzschutzmittel	<input type="checkbox"/> Berufl. Umfeld
<input type="checkbox"/> Lösemittel, Kleber, Farben	<input type="checkbox"/> Verbrennungsabgase
<input type="checkbox"/> Formaldehyd	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel
<input type="checkbox"/> Insektizide	<input type="checkbox"/> Metalle (z. B. Nickel)
<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Tiere
<input type="checkbox"/> Diagnostika	<input type="checkbox"/> Körperpflegemittel
<input type="checkbox"/> Schimmelpilze	<input type="checkbox"/> Pollen
<input type="checkbox"/> Sonst.:	

Bitte *j* für ja und *n* für nein eintragen:

Sanierung vorgenommen?		
Besserung der Beschwerden?		
Verdacht auf Umweltkrankheit bestätigt?		
Basis-Labor durchgeführt?		bei ja bitte Befund beifügen!
Umweltambulanz ist angefordert		

Beratungsauftrag an



Bitte wenden Sie sich an die jeweilige Betriebskrankenkasse, die Ihnen einen geeigneten Anbieter benennen wird.

Name der BKK:
Name, Vorname des Versicherten: Vers.-Nummer: Geburtsdatum: Anschrift:

Besichtigung des Wohnumfeldes mit Beratung zu umwelttechnischen Fragen:

Baumaterialien, Lacke und Farben, Holzschutzmittel, Kleber etc.
Erfassung der relevanten Daten mit Bezug auf Krankheiten, Wohnung, Art und Alter der Baumaterialien etc., sowie Empfehlungen für umwelttechnische Prüfungen und Sanierungsvorschlägen.

Als Anlage ist der Dokumentationsbogen „umweltmedizinische Anamnese“ in Kopie beigelegt.

Die Gebühr für Besichtigung und Beratung wird in voller Höhe von der BKK übernommen. An den Kosten für eventuell notwendige Probenahmen und Messungen beteiligt sich die BKK nach Auftragserteilung mit 80 %. Die restlichen 20 % sind vom Versicherten direkt an den jeweiligen Anbieter zu zahlen.

Kosten für eventuelle Sanierungen werden von der BKK nicht übernommen.

Ich bin damit einverstanden, daß die erstellten Daten	
<input type="checkbox"/>	an meinen behandelnden Arzt weitergeleitet werden
<input type="checkbox"/>	in anonymer Form wissenschaftlich ausgewertet werden.
Wenn Messungen oder Materialproben notwendig werden, habe ich 20 % der anfallenden Kosten selbst zu tragen	
_____	_____
Datum	Unterschrift des Versicherten
Telefonnummer	

Die Beratung ist wegen vermutlicher umweltbedingter Erkrankungen notwendig. Die Beratung wird befürwortet.	
_____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Beratungsauftrag an



Bitte wenden Sie sich an die jeweilige Betriebskrankenkasse, die Ihnen einen geeigneten Anbieter benennen wird.

Name der BKK:
Name, Vorname des Versicherten: Vers.-Nummer: Geburtsdatum: Anschrift:

Besichtigung des Wohnumfeldes mit Beratung zu umwelttechnischen Fragen:

Baumaterialien, Lacke und Farben, Holzschutzmittel, Kleber etc.
Erfassung der relevanten Daten mit Bezug auf Krankheiten, Wohnung, Art und Alter der Baumaterialien etc., sowie Empfehlungen für umwelttechnische Prüfungen und Sanierungsvorschlägen.

Als Anlage ist der Dokumentationsbogen „umweltmedizinische Anamnese“ in Kopie beigelegt.

Die Gebühr für Besichtigung und Beratung wird in voller Höhe von der BKK übernommen. An den Kosten für eventuell notwendige Probenahmen und Messungen beteiligt sich die BKK nach Auftragserteilung mit 80 %. Die restlichen 20 % sind vom Versicherten direkt an den jeweiligen Anbieter zu zahlen.

Kosten für eventuelle Sanierungen werden von der BKK nicht übernommen.

Ich bin damit einverstanden, daß die erstellten Daten	
<input type="checkbox"/>	an meinen behandelnden Arzt weitergeleitet werden
<input type="checkbox"/>	in anonymer Form wissenschaftlich ausgewertet werden.
Wenn Messungen oder Materialproben notwendig werden, habe ich 20 % der anfallenden Kosten selbst zu tragen	
_____	_____
Datum	Unterschrift des Versicherten
Telefonnummer	

Die Beratung ist wegen vermutlicher umweltbedingter Erkrankungen notwendig. Die Beratung wird befürwortet.	
_____	_____
Datum	Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Zur Kenntnisnahme für die **BKK**

Anlage 3 DOKUMENTATION

U.A.-NR.	ÜBERWEISUNG DURCH:	KR.K.:
	ANMELDE DATUM:	BESICHTIGUNGSDATUM:
		BEARBEITER:

NAME/INSTITUTION:		STRASSE, NR.:	
PLZ:	ORT:	TELEFON:	
BEI UMZUG IM LFD. JAHR EHEM. PLZ U. ORT:		ANZAHL DER PERSONEN IM HAUSHALT:	
HAUSART		BAUJAHR	RENOVERUNG:
KONVENTIONELLES HAUS	<input type="checkbox"/>	ANLIEGERSTRASSE	<input type="checkbox"/> LÄNDLICH
FERTIGHAUS	<input type="checkbox"/>	HAUPTVERKEHRSSTRASSE	<input type="checkbox"/> STÄDTISCH
GESCHOSSWOHNUNG	<input type="checkbox"/>	INDUSTRIEGEBIET	<input type="checkbox"/> RAUCHERHAUSHALT
BETROFFENE PERSONEN	1	2	3
NAME:			
GEBURTSDATUM	(MMJ):		
GESCHILDERTE BESCHWERDEN	SEIT, JAHRE	SEIT, JAHRE	SEIT, JAHRE
MÜDIGKEIT/ANTRIEBSSTÖRUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KONZENTRATIONSSTÖRUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCHLAFSTÖRUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEISTUNGSKNICK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOPFSCHMERZEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KREISLAUFPROBLEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERHÖHTE INFERTANTÄTLUGKEIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALLERGIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUGENREIZUNGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAUTPROBLEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATEMWEGBESCHWERDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNOCHEN-, MUSKEL-, GELEKRSCHMERZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONSTIGE 1			
SONSTIGE 2			
ARBEITSPLATZÜBERPR. NOTWENDIG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEFUND					
MÖGLICHE EXPOSITION DURCH	SEIT, JAHRE	IN (ZIMMER, WAND, MÖBEL, BALKEN ETC.)	EMPFEHLUNG	DURCHGEF.	KOSTEN (INKL. MWST.)
<input type="checkbox"/> HOLZSCHUTZMITTEL				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PYROTHROIDE				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> FORMALDEHYD				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> LÖSEMittel				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PILZE/BAKTERIEN				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SONSTIGES				<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ES WURDEN KEINE AUFFÄLLIGKEITEN FESTGESTELLT, DIE AUF EINE UMWELTBELASTUNG HINDEUTEN.					

KOSTEN FÜR BERATUNG, ANFAHRT	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------

GESAMTKOSTEN	
--------------	--

BERATER:	AUFTRAGGEBER:
----------	---------------

Anlage 4

unbesetzt