

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

Beitragsordnung der Ärztekammer Nordrhein ab 1. Januar 2001

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat im Rahmen der Haushaltsberatungen für das Haushaltsjahr 2001 die bisherigen Beitragssätze erneut bestätigt. Für das Kalenderjahr 2001 gelten die seit 1991 unveränderten Beitragssätze fort.

Die Beitragsveranlagung erfolgt wiederum durch Selbsteinstufung des Kammerangehörigen. Jedes Kammermitglied wird gebeten, sich bis zum 1. März des Jahres selbst zum Kammerbeitrag für das laufende Beitragsjahr aufgrund der Einkünfte aus 1999 einzustufen. Zur Selbsteinstufung kann sich der Kammerangehörige des von der Ärztekammer bereits zugestellten Vordrucks bedienen. Die Verwaltung der Ärztekammer Nordrhein bittet alle Kammermitglieder – nach Erhalt der Selbsteinstufung – diese umgehend auszufüllen, damit Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 der Beitragsordnung vermieden werden können.

Der Ärztekammerbeitrag ist ein Jahresbeitrag

Die Beitragspflicht für das Beitragsjahr besteht, wenn der Arzt am 1. Februar (Veranlagungstichtag) Mitglied der Ärztekammer Nordrhein gewesen ist. Das heißt, alle Ärzte, die zu diesem Zeitpunkt im Bereich der Ärztekammer Nordrhein tätig waren oder – falls sie ihren Beruf nicht ausüben – ihren Wohnsitz hatten, werden für das laufende Jahr durch die Ärztekammer Nordrhein zur Beitragsleistung herangezogen. Der Kammerbeitrag wird am 1. März 2001 fällig. Der sich aufgrund der Selbsteinstufung ergebende oder durch Beitragsbescheid festgestellte Betrag ist innerhalb eines Monats zu entrichten. Auf Wunsch des Kammerangehörigen können die Beiträge, mit Ausnahme der Beiträge in den Gruppen N und 001, auch in vier gleichen Teilbeträgen am 1. April, 1. Juli, 1. Oktober und 31. Dezember des Beitragsjahres entrichtet werden. Die Kammermitglieder, deren Beiträge nicht zu Lasten ihres Honorarkontos bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eingezogen werden und die der Ärztekammer Nordrhein bislang keinen Abbuchungsauftrag erteilt haben, werden gebeten, die fälligen Beiträge ohne besondere Aufforderung auf ein Bankkonto der Ärztekammer zu überweisen.

Bankkonten der Ärztekammer Nordrhein:

Commerzbank AG Düsseldorf,
Konto-Nr.: 310 6911
(BLZ 300 400 00)

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Düsseldorf,
Konto-Nr.: 0001145290
(BLZ 300 606 01)

Zur Vermeidung von Fehlbuchungen auf Konten der „Nordrheinischen Ärzteversorgung“ wird gebeten, Überweisungen ausschließlich auf eines der o. g. Konten vorzunehmen.

Die Ärztekammer Nordrhein wiederholt die Bitte, regelmäßig fällige Beiträge auf dem Wege des Lastschrift-Einzugsverfahrens abbuchen zu lassen. Einen entsprechenden Vordruck stellt Ihnen die Beitragsabteilung auf Anforderung gerne zur Verfügung.

Neues Infektionsschutzgesetz zum 1. Januar 2001 in Kraft getreten

Am 1. Januar 2001 ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Kraft getreten. Die Prävention übertragbarer Krankheiten – insbesondere durch Verbesserung der Infektionsepidemiologie – ist der zentrale Leitgedanke des Gesetzes. Hierfür wird ein „duales“ Meldesystem etabliert: Meldung von a) Krankheiten durch die behandelnden Ärzte und von b) Krankheitserregern durch die Labore.

Nachstehend drucken wir die Meldeformulare (a und b) ab. Sie können diese auch im Internetangebot der Ärztekammer Nordrhein unter www.aekno.de, Rubrik „Arztinfo/KammerArchiv“ herunterladen. *Ausführlichere Informationen zum IfSG finden Sie unter der Rubrik „Praxis“ in diesem Heft auf S. 16.*

Mit dem Infektionsschutzgesetz ist nun erstmals eine gesetzliche Meldepflicht für mögliche Impfschäden an das zuständige Gesundheitsamt und die Weitergabe der anonymisierten Daten an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) etabliert worden.

Ein entsprechendes Formblatt können Sie ebenfalls im Internetangebot der Ärztekammer Nordrhein unter www.aekno.de oder im Internetangebot des Paul-Ehrlich-Instituts unter www.pei.de/uaw/ifsg.htm herunterladen.

ÄkNo/MFJFG-NRW

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Meldeformular Meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

Vertraulich

.....
Gesundheitsamt

.....
Straße und Hausnummer

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Telefon

.....
(Fax)

Patient/in:

Name:

Vorname:

Männlich

Geburtsdatum: | | | | / | | | | / | | | |

Weiblich

Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz:

.....
Straße und Hausnummer

| | | | /

PLZ

Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort,

falls abweichend:

.....
Straße und Hausnummer

| | | | /

PLZ

Ort

Meldende Person / Einrichtung:

.....
Name der Einrichtung

.....
Straße und Hausnummer

| | | | /

PLZ

Ort

Meldende Person:

Telefonnummer:

Datum: | | | | / | | | | / | | | |

Meldepflichtige Krankheit (Bitte entsprechend Verdacht, Erkrankung oder Tod ankreuzen)

Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Tod	Bemerkungen	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Tod	Bemerkungen
Botulismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Masern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cholera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Meningokokken-Meningitis/Sepsis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Milzbrand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Humane spongiforme Enzephalopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	außer familiär-hereditärer Formen	Polomyelitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	als Verdacht gilt jede schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
Virus Hepatitis, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Pest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisches (HUS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Typhus abdominalis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Paratyphus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tollwut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	auch die Verletzung durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers					
Tuberkulose	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meldung auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis, wenn vollständige Antituberkulotika-Therapie indiziert					
Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	nur, wenn entweder bei ≥ 2 Erkrankungen ein epidemiologischer Zusammenhang zu vermuten ist oder eine betroffene Person im Lebensmittelbereich tätig ist (§ 42 Abs. 1 IfSG)					
Andere bedrohliche Krankheit*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Erregernamen (falls bekannt):				
Erkrankungshäufigkeiten*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird	Erregernamen (falls bekannt):				

* gem. § 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Impfschaden Verdacht **Angaben zur Impfung gem. § 22 IfSG:**

Datum der Schutzimpfung:

Tag	Monat	Jahr									

Chargenbezeichnung des Impfstoffes:

Name der Krankheit, gegen die geimpft wurde:

Name und Anschrift des Impfarztes:
.....
.....

Tag der Erkrankung¹: Tag der Diagnose¹:

¹ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Verstorben: Nein Ja Wenn ja, Todestag:

Tag	Monat	Jahr									

 Nicht bekannt

Wahrscheinliche Infektionsquelle:

Land: Ort:

Bei Tuberkulose:

Geburtsland: Staatsangehörigkeit:

Blutspende in den letzten 6 Monaten²: Nein Ja Nicht bekannt

Organspende in den letzten 6 Monaten²: Nein Ja Nicht bekannt

Gewebespende in den letzten 6 Monaten²: Nein Ja Nicht bekannt

² Angabe nur notwendig bei Krankheiten, die durch Blut oder Gewebespende übertragen werden können

Aufenthalt/Überweisung/Aufnahme in Krankenhaus oder andere Einrichtung der stationären Pflege (soweit bekannt):

Nein Ja, Wenn ja, wo:

PLZ										Ort

Aufnahme am:

Tag	Monat	Jahr									

 Entlassung am:

Tag	Monat	Jahr									

Tätigkeit oder Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen oder im Lebensmittelbereich:

Tätigkeit des/der Erkrankten in medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte § 36 Abs. 1 oder 2 IfSG)

Tätigkeit des/der Erkrankten im Lebensmittelbereich (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera) (§ 42 Abs. 1 IfSG)

Erkrankte/r wird in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche betreut (z.B. Schule, Kinderkrippe, § 33 IfSG)

.....

PLZ										Ort der Einrichtung/Betriebes

Labor/Untersuchungsstelle, das/die mit der Erregerdiagnostik beauftragt wurde:

Name des Labors

.....

PLZ										Ort	Telefonnummer

= bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Labor-Meldeformular Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG

Für Meldungen von HIV, Treponema pallidum, Echinococcus sp., Plasmodium sp. sowie konstante Rubellavirus- und Toxoplasma gondii-Infektionen bitte separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts nutzen

Vertraulich

Gesundheitsamt

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax

Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle:

Labor / Untersuchungsstelle

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Meldende Person:

Telefonnummer:

Datum

Tag

Monat

Jahr

Labordiagnostischer Untersuchungsbefund:

Krankheitserreger / Untersuchungsbefund:
(bitte eine Meldung pro Befund) (exakte Angaben zu Spezies, Serotyp, Sorovar, Toxintyp etc., soweit durchgeführt)

Untersuchungsmaterial: Eingangdatum des Materials:
(siehe Hinweise auf der Rückseite zu den relevanten Untersuchungsmaterialien) Tag Monat Jahr

Nachweismethode: *Nur bei positivem Befund ankreuzen!* (Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, siehe Rückseite)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kulturlösung | <input type="checkbox"/> Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung |
| <input type="checkbox"/> Antikörper-Nachweis | <input type="checkbox"/> mindestens 4facher Antikörper-Titeranstieg in der 2. Serum-Probe |
| <input type="checkbox"/> IgM-Antikörper-Nachweis | <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR) |
| <input type="checkbox"/> Antigen-Nachweis | <input type="checkbox"/> Histologie |
| <input type="checkbox"/> Toxin-Nachweis | <input type="checkbox"/> Nachweis des Toxingens |
| <input type="checkbox"/> Mikroskopischer Nachweis | <input type="checkbox"/> Andere Nachweismethode/n, welche: |

Patient/in:

Name: Vorname: Männlich Weiblich

Geburtsdatum:

Tag

Monat

Jahr

Hauptwohnsitz*:

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort*,

falls abweichend:

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

*Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 3 bzw. 4 IfSG / soweit Angaben vorliegen

Einsendender Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus:

Name der Einrichtung:

Telefon:

Name der einsendenden Person:

Anschrift:

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

Erläuterung: Für die jeweiligen Erreger werden nur die Nachweismethoden mit nicht schraffierten Feldern vom Gesundheitsamt als Meldung weiter an die Landesbehörde übermittelt

Erreger	Kultur/Isolierung	Species/Subspecies-Serovarbestimmung/Genotypisierung	Antikörper-Nachweis	IgG-Antikörper-Nachweis	4-facher Antikörper-Titeranstieg in der 2. Serum-Probe	Antigen-Nachweis	Molekulare Nachweis (z.B. PCR)	Toxin-Nachweis	Nachweis des Toxingens	Mikroskopischer Nachweis	Histologie	Bemerkungen
Adenoviren	*	*										* nur aus Konjunktivalabstrich nach § 7 Abs. 1 Nr. 7 BSG
Bacillus anthracis												** Immunfluoreszenzmikroskopie (Nachweis der Kapself)
Bacillus cereus												* Dunkelbild, Phasenkontrastmikroskopie
Bacillus sp.			*									* einmalig hoher Antikörpertiter, ** Immunfluoreszenzmikroskopie
Campylobacter sp., dampfpathogen	*											* Erregerisolierung aus Stuhl
Chlamydia psittaci												
Clostridium botulinum	*							**				* Erregerisolierung aus Stuhl (Sauglingsbotulismus), Wundmaterial ** Toxin-Nachweis aus Blut, Stuhl, Mageninhalt
Corynebacterium diptheriae, Toxin bildend												
Coccidia burneti	*			**	**							* Erregerisolierung aus Blut, ** Antikörper-Nachweis gegen Phase-2-Antigene
Cryptosporidium parvum												* Antigen-Nachweis im Stuhl, ** aus Stuhl, Durchlässigkeit, Biopsie
Ebola-Virus												* Elektronenmikroskopie
Echinococcus sp.												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldformular
Escherichia coli, (EHEC)	*		**	**								* aus Stuhl, ** nur LPS-Antikörper, bei HUS, + nur aus E. coli-Isolat
Escherichia coli, sonstige	*								**			* aus Stuhl, + nur aus E. coli-Isolat
Francisella tularensis			*									* Nachweis eines einmalig hohen Antikörpertiters, ** z.B. Immunfluoreszenzmikroskopie, ELISA
FSME-Virus			*	**	***							* IgG aus Liquor, ** aus Blut oder Liquor, *** aus Blut, + aus Blut, Liquor, post mortem aus Organewebe
Gottlobovirus												
Gardia lamblia												* im Stuhl oder Duodenalschleim
Haemophilus influenzae	*	*										* nur aus Liquor oder Blut
Hantaviren												
Hepatitis-A-Virus												* im Stuhl
Hepatitis-B-Virus				*	**							* HBe-IgM-Antikörper, ** HBe-Antigen bestätigt durch Zusatztest
Hepatitis-C-Virus			**									* chronische Infektion nicht bekannt, ** HCV-Antikörper bestätigt durch Zusatztest
Hepatitis-D-Virus				*	*							* Nachweis einer HBV-Infektion (HBsAg oder HBV-DNA positiv) muss vorliegen
Hepatitis-E-Virus												
HFV												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldformular
Influenza-Viren												* in Zellen des Nasen-Rachen-Raums
Lassa-Virus												* Elektronenmikroskopie
Legionella sp.	*			**	*							* Sekrete des Respirationstraktes, Lungengewebe, Pleuralflüssigkeit ** SG- Legionella-Antikörper, + SG- Legionella-Antigen im Urin
Leptospira interrogans												* Immunfluoreszenzmikroskopie
Listeria monocytogenes	*											* aus Blut, Liquor oder normalerweise sterilen Substraten, Abstrichen von Neugeborenen
Mariburg-Virus												* Elektronenmikroskopie
Masern-Virus												
Mycobacterium leprae			*									* einmalig hoher PGL-1-Antikörpertiter
Mycobacterium tuberculosis-Komplex	*											* Ergebnisse der Typendifferenzierung und der Resistenzbestimmung sind gesondert meldepflichtig, ** Nachweis säurefester Stäbchen
Neisseria meningitidis	*	*										* aus Liquor, Blut oder normalerweise sterilen Substraten, ** gram-negative Diplokokken
Nonak-ähnliches Virus												* nur aus Stuhl, ** Elektronenmikroskopie/Immunoelektronenmikroskopie
Plasmodium sp.												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldformular
Poliiovirus												
Rabies-Virus												
Rickettsia prowazekii												* Immunfluoreszenzmikroskopie in Gewebeproben
Rose-Virus												* Elektronenmikroskopie
Rubella-Virus (konatale Infektion)												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldformular
Salmonella Paratyphi												
Salmonella Typhi												
Salmonella, sonstige												
Shigella sp.	*											* aus Stuhl
Toxoplasma gondii												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldformular
Treponema pallidum												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldformular
Trichinella spiralis												* Nachweis von Trichinella-Larven
Virus cholerae O 1 and O 139												* Nachweis des O ₁ - oder O ₁₃₉ -Antigens
Yersinia enterocolitica, dampfpathogen			*									* IgA-Antikörper oder Wildat
Yersinia pestis					*							* Anti-F ₁ -IgG-Antikörper, ** F ₁ -Antigen durch Fluoreszenzmikroskopie
Andere Erreger hämorrhagischer Fieber												