

KV Hessen • Landesstelle • Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt/Main

An alle
in Hessen niedergelassenen
Haus- und Kinderärzte

**Landesstelle
Vorstand**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Tel.: (069) 79502-602 • Fax: (069) 79502-640
E-Mail: [E-Mail: Infocenter@kvhessen.de](mailto:Infocenter@kvhessen.de)

26. November 2009

Änderung beim Bezug von Impfstoffen für die Impfung gegen die sog. „Schweinegrippe“ (Influenza A/H1N1) zum 30. Nov. 2009 (Bestellung des Bedarfs nur noch mittels Rezept)

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Umsetzung der von der Bundesregierung verlangten Durchimpfung der Bevölkerung gegen das A/H1N1-Virus gestaltet sich zunehmend bürokratisch schwierig. Die KV Hessen wurde von dem Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (HMAFG) beauftragt, diese Impfkampagne umzusetzen. Parallel wurden Verträge mit den hessischen Apothekern geschlossen, die u. a. eine Abgabe des Impfstoffs auf Bestellung an impfende Ärzte regeln. Offensichtlich ist es auf diesem Weg aber nicht möglich, nachzuvollziehen, wie und wohin die Impfstoffe verteilt werden. Dies wiederum will das HMAFG aber wissen, um ggf. steuernd auf die Impfstoffverteilung einwirken zu können. In diesem Zusammenhang ist auch die Beschränkung der Impfstoffabgabe durch das HMAFG auf die Gruppe der Hausärzte und Kinderärzte zu sehen. Das HMAFG hat deshalb zur Auflage gemacht, dass Impfstoffe gegen das A/H1N1-Virus durch Ärzte in Hessen künftig nur noch über eine Rezeptanforderung aus den bekannten Schwerpunktapotheken möglich ist. Daraus resultiert die in der Anlage beschriebene Vorgehensweise, die nach Maßgabe des HMAFG ab dem 30.11.2009 umzusetzen ist. Die Apotheken wurden vom Ministerium angewiesen, ab diesem Zeitpunkt keine anderen Anforderungsformulare mehr zu akzeptieren. Wir bedauern, Ihnen künftig durch diese Auflage einen gewissen Mehraufwand bei der Impfstoffanforderung nicht ersparen zu können, bitten Sie aber zugleich - im Sinne einer weiterhin wichtigen flächendeckenden Umsetzung der Impfkampagne - dieser ministerialen Auflage zu folgen, da ansonsten die Versorgung Ihrer Praxis mit dem A/H1N1-Impfstoff nicht mehr gewährleistet ist.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. Gerd W. Zimmermann
stv. Vorsitzender des Vorstandes

Anlage

Bedruckungsanleitung für das Rezept zur Bestellung von H1N1-Impfstoff

(Ab 30. Nov. 2009 kann nur noch mittels Rezeptvordruck bestellt werden)

Verwendet wird ein Arzneiverordnungsblatt (Vordruckvereinbarung – Muster 16), das Sie bitte entsprechend dem unten stehenden Muster ausfüllen: Dazu legen Sie im Ersatzverfahren einen Patienten in der Praxis-EDV an und füllen die Felder, wie im Beispiel dargestellt, folgendermaßen aus:

Kostenträger: „**Impffonds Hessen**“ (kann ggf. in der Praxissoftware hinterlegt werden)

Namensfeld: „**H1N1-Impfstoffverordnung**“ eintragen (statt Versichertenangaben)

Kassennummer: **5 3 1 3 5 6 6** (Institutionskennzeichen (IK) des Impffonds Hessen; kann ggf. in der Praxissoftware hinterlegt werden)

Verordnungszeile 1: Anzahl der verordneten Impfdosen / Bestellmenge (kann handschriftlich eingetragen werden, z. B. **10 x H1N1-Impfstoff**).

Abschließend Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr. / Datum bitte wie üblich aus dem System übernehmen und das Rezept mit Vertragsarztstempel bzw. Aufdruck und Unterschrift versehen. Die Bestellung bei der Lieferapotheke kann per Fax erfolgen. Das Original wird bei Auslieferung des Impfstoffs übergeben.

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Impffonds Hessen		Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht		
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten H1 N1 Impfstoffverordnung	geb. am	6	7	8	9		Apotheken-Nummer / IK
noctu			Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.						
Unfall	IK-Nr. d. Fonds							
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.						
		Datum						
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel
aut idem	10 x H 1 N 1 Impfstoff							Dr. Hilde Ärztin Musterstraße 5 55555 Musterstadt Tel. Nr. xxxxxxxxxxxxxx KV - Nr.: xxxxxxxxxxxxxx
aut idem	Ärztliche Verordnung (mit Anzahl der Impfdosen)							
aut idem								
	6 6 6 r		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						