

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

**der GKV-Spitzenverband**  
**(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**, K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

**Artikel 1**  
**Änderungen zum Anforderungskatalog nach § 73 SGB V**  
**für die Verordnungssoftware von Heilmittel**  
**(Anlage 29 BMV-Ä)**

1. In Nummer **3.2 Anforderungen an die Heilmittelverordnung** werden folgende Änderungen vorgenommen:

a) In der PFLICHTFUNKTION P3-09 wird nach der Abbildung 2 folgender Hinweis angefügt:

*„Hinweis:*

*Im Rahmen einer Verordnung, bei der zwei ICD-10-GM-Codes als behandlungsrelevante Diagnose angegeben werden, ist es möglich, dass diese Verordnung zwei unterschiedlichen Verordnungsfällen zugeordnet werden kann, falls je eine Vorverordnung mit einer der beiden behandlungsrelevanten Diagnosen existiert.*

*Bei Vorliegen einer Verordnung, bei der zwei ICD-10-GM-Codes als behandlungsrelevante Diagnose angegeben werden, ist es möglich, dass diese Verordnung zwei unterschiedlichen Verordnungsfällen zugeordnet werden kann, falls je eine Folgeverordnung mit nur einer der beiden behandlungsrelevanten Diagnosen ausgestellt wird.“*

b) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-16 wird Absatz 1 wie folgt gefasst:

*„(1) Falls die Kriterien einer Blanko-Verordnung (SDHMBV XML Elemente `../indikation/erster_icd_code/@V`, `../indikation/erster_icd_code/zweiter_icd_code/@V`, `../indikation/diagnosegruppe/@V`, `../indikation/mindestalter_jahre/@V` und `../indikation/hoechstalter_jahre/@V`) existieren, die den Angaben auf der Verordnung entsprechen, muss die Software den Anwender auffordern zu entscheiden, ob eine Blankoverordnung ausgestellt werden soll.*

a. Folgender Hinweistext ist dabei anzuzeigen:

*„Die Diagnose in Verbindung mit der Diagnosegruppe entspricht den Kriterien einer Blankverordnung. Soll eine Blankverordnung ausgestellt werden?*

*Ja, Heilmittel, Behandlungseinheiten und Therapiefrequenz werden vom Therapeuten festgelegt. Die Verordnung unterliegt nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.*

*Nein, auf eine Blankverordnung wird aus medizinischen Gründen verzichtet. Angaben zu Heilmittel(n), Behandlungseinheiten und Therapiefrequenz sind vom Arzt festzulegen.“*

*b. Das Alter ist anhand des Verordnungsdatums der jeweiligen Verordnung zu bestimmen.*

*c. Falls aufgrund einer unvollständigen oder fehlenden Angabe des Geburtsdatums des Patienten die Erfüllung einer Altersbedingung nicht eindeutig bewertet werden kann, ist keine Blankverordnung auszustellen (z. B. wenn das Geburtsdatum keine Tagesangabe besitzt und die Altersschwelle im aktuellen Monat liegt).*

*d. Ein eingegebener Code entspricht einem Code der SDHMBV, wenn der Wert des eingegebenen Codes mit einem Codewert der SDHMBV identisch ist oder wenn der Code aus der SDHMBV linksbündig einen Teil des eingegebenen Codes darstellt. Das Zeichen „-“ ist beim Vergleich der Werte zweier ICD-10 Codes nicht zu berücksichtigen.“*

- c)** Im Hinweis der der PFLICHTFUNKTION P3-16 werden vor dem bisherigen Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

*„Sind bei einem Indikationseintrag in der SDHMBV keine weiteren Kriterien vorhanden, dann gilt der Indikationseintrag für alle Werte dieser Kriterien. Falls zum Beispiel nur eine Diagnosegruppe als Indikationseintrag und kein ICD-10-Code, Mindest- und Höchstalter als weiteres Kriterium in der SDHMBV enthalten ist, muss bei Verordnungen mit dieser Diagnosegruppe unabhängig vom angegebenen ICD-10-Code und Alter der Hinweistext nach (1) a. angezeigt werden.“*

- d)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-21 wird in Absatz 1 vor den Wörtern „vorrangigen Heilmitteln“ das Wort „unterschiedlichen“ eingefügt.

- e) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-21 wird in Absatz 6 folgender Buchstabe a. angefügt:

*„a. Die Software muss verhindern, dass Texteingaben, die den auf dem Formular zur Verfügung stehenden Platz überschreiten, in die nachfolgenden Formularzeilenfelder gedruckt werden, welche für die Angabe weiterer Heilmittel reserviert sind.*

*Hinweis: Die Software kann den Anwender darauf hinweisen, dass weitere Texteingaben im Feld „ggf. Therapieziele / weitere Befunde und Hinweise“ angegeben werden können. Alternativ kann der überschüssige Text in dieses Feld automatisch übernommen werden.*

- f) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 wird Absatz 1 wie folgt gefasst:

*„(1) Im Rahmen einer Verordnung muss die Verordnungsmenge (siehe Glossar) je Verordnung mittels der vom Anwender eingegebenen Behandlungseinheiten berechnet werden. Die Verordnungsmenge je Verordnung darf die Höchstmenge je Verordnung (SDHM XML-Element: ../diagnosegruppe/heilmittelverordnung/verordnungsmenge/hoechstmenge\_verordnung/@V) nicht überschreiten, jedoch darf der Wert geringer sein. Bei Auswahl eines vorrangigen Heilmittels und ggf. eines zusätzlich verordneten ergänzenden Heilmittels (nach P3-21 bzw. P3-22), einer standardisierten Heilmittelkombination (nach P3-24) bzw. eines isoliert ergänzenden Heilmittels nach (P3-23) muss die Software den Anwender darauf hinweisen, wenn der eingegebene Wert des vorrangigen Heilmittels, der standardisierten Heilmittelkombination oder des isoliert ergänzenden Heilmittels zu hoch ist und den zu hohen Wert durch den tatsächlich höchstmöglichen Wert ersetzen. Eine Beendigung des Verordnungsvorganges mit zu hohem Wert ist nicht zuzulassen.*

*a. Wenn einer Diagnosegruppe (SDHM XML-Element: ../diagnosegruppe/) keine Höchstmenge je Verordnung zugeordnet ist, dann erfolgt diese Prüfung nicht.*

*b. Im Rahmen einer Verordnung, die mindestens einem der folgenden Kriterien entspricht, erfolgt diese Prüfung nicht (siehe Punkt (10)).*

*1. Ein ausgewählter ICD-10-GM-Code, die Diagnosegruppe und ein optional vorhandenes Alterskriterium erfüllen die Kriterien gemäß BVB-*

*./LHM-Stammdatei (SDHMA XML-Element `../verordnungsbedarf/icd_code/@V` entspricht dem ausgewähltem Code und das XML-Element `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/sekundaercode/@V` ist nicht definiert, sowie das XML-Element `../kapitel/diagnosegruppe_liste/diagnosegruppe/@V` entspricht der ausgewählten Diagnosegruppe und die optionalen SDHMA XML-Elemente `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/untere_altersgrenze/@V` und/oder `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/obere_altersgrenze/@V` entsprechen dem Alter des Patienten).*

*i. Falls aufgrund einer unvollständigen oder fehlenden Angabe des Geburtsdatums des Patienten die Erfüllung einer Altersbedingung nicht eindeutig bewertet werden kann (z.B. wenn das Geburtsdatum unbekannt ist), wird das Alterskriterium als nicht erfüllt angenommen, das heißt die Prüfung erfolgt.*

*ii. Für besondere Verordnungsbedarfe, die nur regional gelten, (gemäß SDHMA XML-Element `../verordnungsbedarf/geltungsbereich_kv/@V`), erfolgt die Prüfung.*

*2. Zwei ausgewählte ICD-10-GM-Codes, die Diagnosegruppe und ein optional vorhandenes Alterskriterium erfüllen die Kriterien gemäß BVB-/LHM-Stammdatei (SDHMA XML-Elemente `../verordnungsbedarf/icd_code/@V` und `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/sekundaercode/@V` entsprechen den ausgewählten Codes, sowie das XML-Element `../kapitel/diagnosegruppe_liste/diagnosegruppe/@V` entspricht der ausgewählten Diagnosegruppe und die optionalen SDHMA XML-Elemente `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/untere_altersgrenze/@V` und/oder `../verordnungsbedarf/heilmittel_liste/heilmittel/obere_altersgrenze/@V` entsprechen dem Alter des Patienten).*

*i. Falls aufgrund einer unvollständigen oder fehlenden Angabe des Geburtsdatums des Patienten die Erfüllung einer Altersbedingung nicht eindeutig bewertet werden kann (z.B. wenn das Geburtsdatum unbekannt ist), wird das Alterskriterium als nicht erfüllt angenommen, das heißt die Prüfung erfolgt.*

*ii. Für besondere Verordnungsbedarfe, die nur regional gelten, (gemäß SDHMA XML-Element `../verordnungsbedarf/geltungsbereich_kv/@V`), erfolgt die Prüfung.*

3. *Allein die ausgewählte Diagnosegruppe und ein optional vorhandenes Alterskriterium erfüllen die Kriterien gemäß BVB-/LHM-Stammdatei (SDHMA XML-Element ../kapitel/diagnosegruppe\_liste/diagnosegruppe/@V entspricht der ausgewählten Diagnosegruppe und XML-Elemente ../verordnungsbedarf/icd\_code/@V und ../verordnungsbedarf/heilmittel\_liste/heilmittel/sekundaercode/@V sind nicht definiert und die optionalen SDHMA XML-Elemente ../verordnungsbedarf/heilmittel\_liste/heilmittel/untere\_altersgrenze/@V und/oder ../verordnungsbedarf/heilmittel\_liste/heilmittel/obere\_altersgrenze/@V entsprechen dem Alter des Patienten).*
- i. Falls aufgrund einer unvollständigen oder fehlenden Angabe des Geburtsdatums des Patienten die Erfüllung einer Altersbedingung nicht eindeutig bewertet werden kann (z.B. wenn das Geburtsdatum unbekannt ist), wird das Alterskriterium als nicht erfüllt angenommen, das heißt die Prüfung erfolgt.*
  - ii. Für besondere Verordnungsbedarfe, die nur regional gelten, (gemäß SDHMA XML-Element ../verordnungsbedarf/geltungsbereich\_kv/@V), erfolgt die Prüfung.*
4. *Eine gültige patientenspezifische Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs liegt für eine auszustellende Verordnung vor,*
- i. wenn die in P3-01 Punkt (1) vorliegenden Angaben der Genehmigung eines oder zwei ICD-10-GM-Codes vollständig und der Diagnosegruppe mit den entsprechenden Angaben der Verordnung übereinstimmen,*
  - ii. alle auf der Verordnung angegebenen Heilmittel mit den vorliegenden Angaben der Genehmigung übereinstimmen, falls dort mindestens ein Heilmittel angegeben ist,*
  - iii. das Gültigkeitsendedatum zum Zeitpunkt der Verordnung nicht erreicht ist,*
  - iv. kein Wechsel des Kostenträgers ohne Fusionsbeziehung zum bisherigen Kostenträger stattgefunden hat und*
  - v. keine Auflösung oder Ungültigkeit des genehmigenden Kostenträgers festgestellt wird.“*

- g)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 werden in Absatz 2 Satz 1 vor den Wörtern „ergänzenden Heilmittels“ die Wörter „zusätzlich ver-

ordneter“ eingefügt, vor den Wörtern „Heilmittel aufzuteilen“ das Wort „vorrangigen“ und in Satz 2 vor den Wörtern „die Höchstmenge je Verordnung“ die Wörter „der vorrangigen Heilmittel“ eingefügt.

- h)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 wird Absatz 2 Buchstabe b. wie folgt gefasst:

*„b. Im Rahmen einer Verordnung, die mindestens einem der Kriterien nach Punkt (1) b. entspricht, erfolgt diese Prüfung nicht (siehe Punkt (10)).“*

- i)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 wird Absatz 3 wie folgt gefasst:

*„(3) Die Software muss die Verordnungsmenge (siehe Glossar) aller existierenden Verordnungsfälle, zu denen die Verordnung zugeordnet werden kann, berechnen, indem jeweils die Verordnungsmengen aller Verordnungen des Verordnungsfalls summiert werden. Die Software muss den Anwender darauf hinweisen, wenn eine der Summen die vorgegebene orientierende Behandlungsmenge (SDHM XML-Element: ../diagnosegruppe/heilmittelverordnung/verordnungsmenge/orientierende\_behandlungsmenge/@V) überschreitet. Folgender Hinweis ist anzuzeigen, ohne den Workflow zu unterbrechen:*

*„Die orientierende Behandlungsmenge des Verordnungsfalls ist überschritten. Es sind weitere Verordnungen möglich, sofern das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation zu übernehmen.“*

*Das untenstehende Flussdiagramm beschreibt (siehe Abbildung 3), unter welchen Bedingungen eine Berechnung der orientierenden Behandlungsmenge des Verordnungsfalls (nach P3-09) erfolgt.“*

- j) Abbildung 3: Berechnung der Gesamtbehandlungsmenge eines Verordnungsfalls wird wie folgt gefasst:

”

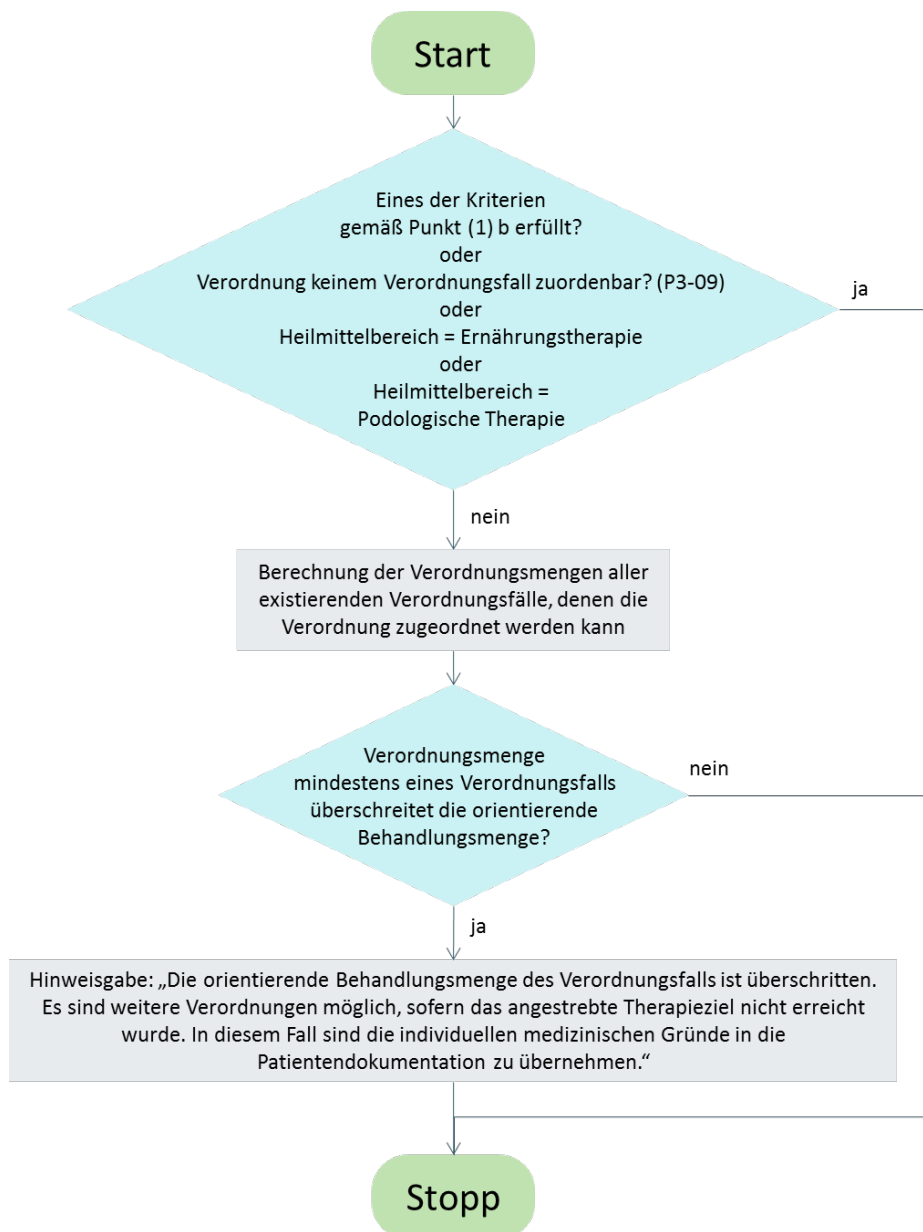


Abbildung 3: Berechnung der Verordnungsmenge der Verordnungsfälle“

- k) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 werden in Absatz 3 Buchstabe d. die Wörter „den Kriterien nach P3-18 (5) oder (6) (SDHMA XML-Element ../verordnungsbedarf/heilmittel\_liste/heilmittel/anlage\_heilmittelvereinbarung/@V gleich „LHM“ oder „BVB“) oder dem Kriterium nach P3-18 (10)“ durch die Wörter „einem der Kriterien nach Punkt (1) b.“ ersetzt.
- l) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 wird in Absatz 3 nach Buchstabe d. folgender Buchstabe e. angefügt:



*„e. Für eine Verordnung, die aufgrund der Angabe von zwei ICD-10-GM-Codes als behandlungsrelevante Diagnose zwei unterschiedlichen Verordnungsfällen zugeordnet werden kann, muss die Verordnungsmenge beider Verordnungsfälle berechnet und mit der orientierenden Behandlungsmenge verglichen werden (siehe Abbildung 3).“*

- m)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 wird in Absatz 4 folgender Hinweis angefügt:

*„Hinweis: Dieser Grundsatz gilt auch bei Verordnungen, welche die Kriterien eines besonderen Ordnungsbedarfs und/oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs erfüllen (nach P3-18) bzw. bei Vorliegen einer gültigen patientenspezifischen langfristigen Genehmigung (nach P3-01).“*

*Siehe auch Hinweis zu P3-09 im Fall von Verordnungen mit zwei behandlungsrelevanten Diagnosen.“*

- n)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 wird in Absatz 5 folgender Hinweis angefügt:

*„Hinweis: Dieser Grundsatz gilt auch bei Verordnungen, welche die Kriterien eines besonderen Ordnungsbedarfs und/oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs erfüllen (nach P3-18) bzw. bei Vorliegen einer gültigen patientenspezifischen langfristigen Genehmigung (nach P3-01).“*

*Siehe auch Hinweis zu P3-09 im Fall von Verordnungen mit zwei behandlungsrelevanten Diagnosen.“*

- o)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-11 wird folgender Absatz 11 angefügt:

*„(11) Zum Zeitpunkt, wenn die Verordnung mindestens einem der Kriterien nach Punkt (1) b. entspricht, muss dem Anwender folgender Hinweis angezeigt ohne den Workflow zu unterbrechen:*

*„Die Kriterien, um von der Höchstmenge je Verordnung abzuweichen, sind erfüllt. Die Anzahl der Behandlungseinheiten kann in Abhängigkeit*

*der Therapiefrequenz für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen bemessen werden.“*

- p)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-13 wird Absatz 1 Satz 2 wie folgt gefasst:

*„Dem Anwender muss die Möglichkeit gegeben werden, entweder die alternativen Werte aus der Heilmittel-Stammdatei auszuwählen (SDHM XML-Element ../heilmittelverordnung/frequenzempfehlung\_liste/frequenzempfehlung/.. mit ../heilmittelverordnung/frequenzempfehlung\_liste/frequenzempfehlung/richtlinie/@V gleich false oder ../heilmittelverordnung/frequenzempfehlung\_liste/frequenzempfehlung/richtlinie nicht existent) oder davon abweichende Werte anzugeben (siehe Punkt (2)).“*

- q)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-18 wird in Absatz 1 folgender Hinweis angefügt:

*„Hinweis: Im Rahmen einer Verordnung, bei der zwei ICD-10-GM-Codes als behandlungsrelevante Diagnose angegeben werden, ist es möglich, dass die Voraussetzungen für einen besonderen Verordnungsbedarf oder einen langfristigen Heilmittelbedarf erfüllt sind, die jeweils mittels einem der ICD-10-GM Codes definiert sind. In diesem Fall werden die Heilmittel-Diagnosegruppen gekennzeichnet, bei denen es sich um einen besonderen Versorgungsbedarf oder langfristigen Heilmittelbedarf handelt, die entweder mittels des einen oder anderen ICD-10-GM Codes definiert sind.“*

- r)** In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-18 wird in Absatz 4 das Wort „ICD-10-GM-Code“ durch das Wort „ICD-10-GM-Codes“ ersetzt und folgender Hinweis angefügt:

*„Hinweis: Im Rahmen einer Verordnung, bei der zwei ICD-10-GM-Codes als behandlungsrelevante Diagnose angegeben werden, ist es möglich, dass beide ICD-10-GM-Codes mit zwei unterschiedlichen gültigen patientenspezifischen langfristigen Genehmigung übereinstimmen. In diesem Fall werden die Heilmittel-Diagnosegruppen gekennzeichnet, bei denen es sich um einen langfristigen Heilmittelbedarf handelt, der durch die eine und die andere gültige patientenspezifische langfristige Genehmigung begründet wird.“*

- s) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-18 wird Absatz 5 Satz 1 wie folgt gefasst:

*„Sind die Voraussetzungen für mindestens einen besonderen Verordnungsbedarf und/oder mindestens einen langfristigen Heilmittelbedarf erfüllt, die mittels einem oder zwei ICD-10-GM Codes und der Diagnosegruppe (gemäß SDHMA XML-Element ../kapitel/diagnosegruppe\_liste/diagnosegruppe/@V) definiert sind, ist die Verordnung nach Auswahl der Diagnosegruppe als besonderer Verordnungsbedarf und/oder langfristiger Heilmittelbedarf im Erfassungsdialog sichtbar zu kennzeichnen.“*

- t) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-18 wird in Absatz 5 folgender Hinweis angefügt:

*„Hinweis: Im Rahmen einer Verordnung, bei der zwei ICD-10-GM-Codes als behandlungsrelevante Diagnose angegeben werden, ist es möglich, dass sowohl die Voraussetzungen für einen besonderen Verordnungsbedarf als auch einen langfristigen Heilmittelbedarf erfüllt sind, die jeweils mittels einem der ICD-10-GM Codes und der Diagnosegruppe definiert sind. In diesem Fall wird die Verordnung entsprechend als besonderer Verordnungsbedarf und langfristiger Heilmittelbedarf gekennzeichnet.“*

- u) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-18 wird in Absatz 8 folgender Hinweis angefügt:

*„Hinweis: Im Rahmen einer Verordnung, bei der zwei ICD-10-GM-Codes als behandlungsrelevante Diagnose angegeben werden, ist es möglich, dass die Verordnung zwei besondere Verordnungsbedarfe begründet, die beide der Einschränkung eines Akutereignisses unterliegen. In diesem Fall wird dem Anwender die patientenbezogene Eingabe von zwei den einzelnen Diagnosen zugeordneten Akutereignissen ermöglicht und bei weiteren Verordnungen angezeigt.“*

- v) In den Akzeptanzkriterien der PFLICHTFUNKTION P3-18 werden in Absatz 9 Satz 1 die Wörter „die einen langfristigen Heilmittelbedarf oder einen besonderen Verordnungsbedarf“ durch die Wörter „die mindestens einen langfristigen

*Heilmittelbedarf und/oder mindestens einen besonderen Verordnungsbedarf*<sup>6</sup> ersetzt.

- w)** Im Hinweis der PFLICHTFUNKTION P3-18 wird Satz 1 wie folgt gefasst:

*„Für besondere Verordnungsbedarfe mit der Spezifikation "längstens (...) nach Akutereignis" ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung zum zugeordneten ICD-10-GM-Code oder zur zugeordneten ICD-10-GM-Code-Kombination für die Berücksichtigung und die Fristberechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V maßgeblich.“*

- 2.** Im **Glossar** werden folgende Änderungen vorgenommen:

- a)** Die Bedeutung des Begriffes „Verordnungsmenge“ wird wie folgt gefasst:

*„Die Verordnungsmenge entspricht der Summe aller verordneten Behandlungseinheiten von vorrangigen Heilmitteln (dazu zählt auch die standardisierte Heilmittelkombination) oder eines isoliert verordneten ergänzenden Heilmittels je Verordnung.“*

- b)** In Satz 1 der Bedeutung des Begriffes „Verordnungsfall“ wird das Wort „des“ durch die Wörter „*mindestens eines*“ ersetzt.

- 3.** In den **Referenzierten Dokumenten** werden folgende Änderungen vorgenommen:

- a)** In der Referenz [EXT\_ITA\_VGEX\_Anforderungskatalog\_AVWG] wird der Hyperlink wie folgt gefasst:

*„<https://update.kbv.de/ita-update/Verordnungen/Arzneimittel/>“*

- b)** In der Referenz [KBV\_ITA\_VGEX\_Anforderungskatalog\_KVDT] wird der Hyperlink wie folgt gefasst:

*„[https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/KBV\\_ITA\\_VGEX\\_Anforderungskatalog\\_KVDT.pdf](https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_KVDT.pdf)“*

- c) In der Referenz [KBV\_ITA\_VGEX\_Schnittstelle\_SDHM] wird der Hyperlink wie folgt gefasst:

*„[https://update.kbv.de/ita-update/Stammdateien/SDHM/SDHM\\_V2.03.zip](https://update.kbv.de/ita-update/Stammdateien/SDHM/SDHM_V2.03.zip)“*

- d) In der Referenz [KBV\_ITA\_VGEX\_Mapping\_KVK] wird der Hyperlink wie folgt gefasst:

*„[https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/KBV\\_ITA\\_VGEX\\_Mapping\\_KVK.pdf](https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK.pdf)“*

- e) In der Referenz [KBV\_ITA\_VGEX\_Anforderungskatalog\_Formularbedruckung] wird der Hyperlink wie folgt gefasst:

*„[https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/KBV\\_ITA\\_VGEX\\_Anforderungskatalog\\_Formularbedruckung.pdf](https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung.pdf)“*

- f) In der Referenz [KBV\_ITA\_RLEX\_Zert] wird der Hyperlink wie folgt gefasst:

*„[https://update.kbv.de/ita-update/Allgemein/KBV\\_ITA\\_RLEX\\_Zert.pdf](https://update.kbv.de/ita-update/Allgemein/KBV_ITA_RLEX_Zert.pdf)“*

## **Artikel 2** **Inkrafttreten**

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2022 in Kraft. Die Änderung Nummer 1 Buchstabe o) tritt davon abweichend zum 01.10.2021 in Kraft.

Berlin, den 20.07.2021

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin