

15. Oktober 2025

Verordnung Aktuell

FAQs zum besonderen Verordnungsbedarf (BVB) und langfristigen Heilmittelbedarf (LHB)

In dieser Information beantworten wir die uns häufig gestellten Fragen.

Allgemeines	
Frage	Antwort
Hat sich mit der Heilmittel-Richtlinie in Bezug auf die Verordnungen eines langfristigen Heilmittelbedarfs oder besonderen Verordnungsbedarfs etwas geändert?	Nein! Die Regelungen zum LHB und zum BVB gelten – wie Sie sie bereits kennen – weiter. Orientierende Behandlungsmenge ist bei Verordnungen aufgrund von BVB und LHB nicht zu berücksichtigen.
Ist ein „Verordnungsfall“ patienten- oder arztbezogen?	Der Verordnungsfall ist immer arztbezogen. Wenn Sie eine Verordnung ausstellen, müssen Sie daher zur Bemessung der Verordnungsmenge die Verordnungen anderer Ärztinnen und Ärzte nicht mehr berücksichtigen. Mitwirkungspflicht Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten: Ihre Patientinnen/Patienten haben Sie über bereits verordnete Heilmittel zu informieren. Bitte fragen Sie Ihre Patientinnen/Patienten danach, damit Sie die Verordnung planen und einordnen können und um parallele Behandlungen derselben Erkrankung durch andere Ärztinnen/Ärzte zu vermeiden. (Fragen reicht aus – keine Detektivarbeit!)
Sind alle Verordnungen mit langfristigem Heilmittelbedarf und besonderem Verordnungsbedarf außerhalb des „Budgets“?	Verordnungen im Rahmen des LHB unterliegen grundsätzlich dem Gebot der Wirtschaftlichkeit; sie unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Verordnungen, die einen BVB darstellen, werden erfasst und sind bei einer Prüfung zu berücksichtigen.

Allgemeines

Frage	Antwort
Eine Praxis eines Heilmittelerbringers rief bei mir an und verlangte eine Änderung der Verordnung (z. B. Frequenzangabe fehlt). In welchen Fällen muss ich diesem Wunsch, wie nachkommen?	In Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie (www.g-ba.de/richtlinien/12/) wird tabellarisch dargestellt, in welchen Fällen eine Änderung auf der Verordnung notwendig ist und in welcher Form diese Änderung erfolgen muss.
Sind standardisierte Heilmittelkombinationen im Rahmen eines BVB oder LHB verordnungsfähig?	Ja , sofern Ihre Patientin bzw. Ihr Patient an einer komplexen Schädigung leidet und eine intensive Behandlung benötigt (vgl. § 12 Abs. 4). Bitte bedenken Sie, dass eine standardisierte Heilmittelkombination bei den Diagnosegruppen WS und EX auf 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt (vgl. § 12 Abs 6 HeilM-RL) ist.
Ist Massagetherapie im Rahmen eines BVB oder LHB verordnungsfähig?	Ja , wobei Massagetherapie bei den Diagnosegruppen WS, EX und CS auf 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt ist (vgl. § 12 Abs 6 HeilM-RL).

Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)

Frage	Antwort
Was sind „besondere Verordnungsbedarfe“?	Es handelt sich um Heilmittel für schwer kranke Patientinnen/ Patienten. Diese Heilmittel werden meist für einen begrenzten Zeitraum, jedoch in einem intensiven Ausmaß benötigt. In Anhang 1 der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden „Besondere Verordnungsbedarfe“ abschließend aufgeführt.
Ist ein Genehmigungsverfahren für die Verordnung von BVB notwendig?	Nein! Ein spezielles Genehmigungsverfahren für BVB ist nicht vorgesehen! Die BVB werden in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen (www.kbv.de/html/2756.php) abschließend aufgelistet.

Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)

Frage	Antwort
Müssen „besondere Verordnungsbedarfe“ gekennzeichnet werden?	Über die Eintragung des therapierelevanten ICD-10-Codes aus der Diagnoseliste auf dem Verordnungsmuster wird der BVB erfasst und im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Prüfungsstelle in vollem Umfang berücksichtigt. Bei einigen wenigen Diagnosen ist die Angabe eines zweiten ICD-10-Codes notwendig, damit ein BVB anerkannt wird. Hinweis: Die Angabe des ICD-10-Codes ist für alle Heilmittel-Verordnungen verpflichtend!
Ich habe eine schwer kranke Patientin bzw. einen schwer kranken Patienten, deren/dessen Diagnose nicht in Anhang 1 aufgeführt wird. Habe ich eine Chance, diese nicht gelistete Erkrankung als besonderen Versorgungsbedarf geltend zu machen?	Nein! Die BVB werden in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen (www.kbv.de/html/2756.php) abschließend aufgelistet.
Welches Datum bildet die erforderliche Angabe des Akutereignisses ab?	Bei einigen Erkrankungen der Diagnoseliste wird ein BVB nur eingeschränkt anerkannt. So werden Verordnungen beispielsweise nach Operationen oder nach einem Hirninfarkt nur für einen bestimmten Zeitraum als BVB anerkannt. In diesen Fällen ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung maßgeblich.
Welches Datum ist für das Vorliegen eines Alterskriterium maßgeblich? (vgl. z. B. Idiopathische Skoliose beim Kind in der Diagnoseliste)	Das Verordnungsdatum.
Meine Patientin bzw. mein Patient leidet an einem Lipödem. Muss die Verordnung über manuelle Lymphdrainage von der Krankenkasse genehmigt werden?	Nein. Ein Lipödem im Stadium I bis III, auch ohne Lymphödem, wird als BVB gelistet und bedarf keiner Genehmigung durch die Krankenkasse. Verlängerung der Frist für den BVB von Lipödem Stadium I-III um zwei Jahre bis zum 31.12.2027.

Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)

Frage	Antwort
Für welchen Zeitraum ist eine Verordnung im Rahmen eines BVB maximal möglich?	Bei Vorliegen eines BVB können die Heilmittel für einen Zeitraum von maximal zwölf Wochen verordnet werden. Eine Abweichung von der im Heilmittelkatalog angegebenen Höchstmenge je Verordnung ist möglich und die orientierende Behandlungsmenge ist nicht bindend. Hinweise zu Akutereignis oder weitere medizinische Spezifikationen sind für die Ausstellung einer Heilmittelverordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen nicht bindend. Einzige Ausnahme stellen hier ICD-10-Codes dar, bei denen ein Mindest- oder Höchstalter in der Spalte <i>Hinweis/Spezifikation</i> vereinbart ist. In diesen Fällen ist eine Verordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen nur möglich, wenn sich die Patientin oder der Patient in der angegebenen Altersspanne befindet. Bei Patientinnen und Patienten, die das angegebene Alter unter- oder überschreiten, ist wiederum die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung bindend. Hinweis: Bitte denken Sie daran, dass für Verordnungen die kein BVB (und LHB) sind, die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung begrenzt ist! Die konkrete Anzahl steht im Heilmittelkatalog. Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes (ggf. auch durch Fremdbefunde) erforderlich ist.

Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

Frage	Antwort
Was muss ich unter „langfristigem Heilmittelbedarf“ verstehen?	Bei den in der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines LHB auszugehen. Verordnungen im Rahmen des LHB sind Heilmittelverordnungen für schwer kranke Patientinnen bzw. Patienten mit einem Behandlungsbedarf von mindestens einem Jahr. Sie sollen die Behandlungskontinuität der Patientinnen und Patienten fördern.

Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

Frage	Antwort
Meine Patientin bzw. mein Patient leidet an einem Lymphödem. Muss die Verordnung über manuelle Lymphdrainage von der Krankenkasse genehmigt werden?	Nein! Das Lymphödem ab Stadium II wird als LHB gelistet und bedarf keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.
Ist ein Genehmigungsverfahren für die Verordnung von LHB (gelistete Diagnose) notwendig?	Nein! Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren für in der Anlage 2 gelistete Diagnosen findet nicht statt. Für Patientinnen/Patienten mit einer funktionellen/strukturellen Schädigung, die mit einer Diagnose aus der Anlage 2 vergleichbar ist, ist ein Genehmigungsverfahren durchzuführen.
Müssen Verordnungen über einen LHB gekennzeichnet werden?	Über die Eintragung des entsprechenden ICD-10-Codes auf dem Verordnungsmuster wird die Verordnung über einen LHB erfasst und von der Prüfungsstelle im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung in vollem Umfang berücksichtigt. Hinweis: Die Angabe des ICD-10-Codes ist für alle Heilmittel-Verordnungen verpflichtend!
Verfällt eine Genehmigung, wenn es zu einer längeren Therapieunterbrechung kommt?	Nein! Eine Genehmigung im Rahmen eines LHB verliert ihre Gültigkeit nicht.
Kann meine Patientin bzw. mein Patient gegen die Ablehnung der Krankenkasse Widerspruch einlegen?	Ja! Ihre Patientin bzw. Ihr Patient hat die Möglichkeit, gegen die Ablehnung ihrer/seiner Krankenkasse einen Widerspruch oder eine Verpflichtungsklage einzulegen. Bei einer endgültigen Ablehnung sind die anfallenden Kosten für Sie budgetrelevant.
Habe ich eine Mitwirkungspflicht?	Nein! Ihre Patientin bzw. Ihr Patient muss Widerspruch einlegen

Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

Frage	Antwort
Gibt es eine Frist bis wann eine Genehmigung/Ablehnung der Krankenkasse erteilt sein muss?	Ja! Die Krankenkassen entscheiden innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Da für eine qualifizierte Entscheidung die Prüfung der eingereichten Unterlagen und gegebenenfalls ein Gutachten des medizinischen Dienstes erforderlich ist, ist es möglich, dass eine Entscheidung nicht umgehend getroffen werden kann und ergänzende Informationen von der Krankenkasse bei der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller (= Patientin bzw. Patient) angefordert werden. In diesem Fall wird die Vier-Wochen-Frist so lange unterbrochen, bis die ergänzenden Informationen bei der Krankenkasse eingegangen sind. Die Heilmittelbehandlung kann sofort nach Ausstellung begonnen werden. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten des Heilmittels gemäß der dem Antrag beigefügten Verordnung unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag. Sollte der Antrag nicht genehmigt werden, gelten die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie unverändert fort. Diese Kosten werden bei Ihren Heilmittelkosten erfasst.
Für welchen Zeitraum ist eine Verordnung im Rahmen eines LHB maximal möglich?	Bei Vorliegen eines LHB bzw. einer Genehmigung einer LHB können die Heilmittel für einen Zeitraum von maximal zwölf Wochen verordnet werden. Eine Abweichung von der im Heilmittelkatalog angegebenen Höchstmenge je Verordnung ist möglich und die orientierende Behandlungsmenge ist nicht bindend. Hinweis: Bitte denken Sie daran, dass für Verordnungen die kein LHB (und BVB) sind, die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung begrenzt ist! Die konkrete Anzahl steht im Heilmittelkatalog. Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes (ggf. auch durch Fremdbefunde) erforderlich ist.

Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

Frage	Antwort
Darf ich meiner Patientin bzw. meinem Patienten bei einem Arztwechsel eine Heilmittel-Verordnung gemäß dem LHB ausstellen?	Ja.
Ich habe eine schwer kranke Patientin bzw. einen schwer kranken Patienten, deren/ dessen Diagnose nicht in Anlage 2 aufgeführt wird. Habe ich eine Chance, diese nicht gelistete Erkrankung als LHB geltend zu machen?	Ja! Patientinnen/Patienten mit einer schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung, die nicht in der Anlage 2 gelistet ist, können auch weiterhin gegenüber der Krankenkasse eine Feststellung beantragen, ob im Einzelfall ein LHB besteht und die medizinisch notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können. Dem Antrag fügt Ihre Patientin bzw. Ihr Patient eine Kopie der gültigen und vollständig ausgefüllten Verordnung bei; Entscheidungsgrundlagen: ▪ Eine Schwere und Langfristigkeit kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, insgesamt betrachtet jedoch einen Therapiebedarf begründen, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen laut Diagnoseliste zu erwarten ist. ▪ Von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit ist auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr nötig ist. ▪ Benötigt die Krankenkasse zusätzlich medizinischen Sachverstand, muss sie den MDK einbeziehen. Dabei berücksichtigt sie den Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose der Patientin bzw. des Patienten. ▪ Eine Genehmigung darf nicht versagt werden, nur weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum ändern können. ▪ Die Genehmigung der Krankenkasse kann unbefristet erfolgen. ▪ Eine Befristung darf ein Jahr nicht unterschreiten und kann mehrere Jahre umfassen. Der Bescheid muss die therapierelevante Diagnose und Diagnosegruppen enthalten.

Wir halten Sie up to date.

Ihre KVB



Weitere Infos rund um Verordnungen:

→ www.kvb.de/mitglieder/verordnungen



KVB Servicecenter

Kurze Frage – direkte Antwort

089 / 570 93-400 10

Mo–Do 7:30–17:30 Uhr und Fr 7:30–16:00 Uhr

KVB Beratungszentrum

Terminwunsch für ausführliche Beratung

→ www.kvb.de/mitglieder/beratung

Mo–Do 8:00–16:00 Uhr und Fr: 8:00–13:00 Uhr