

Praxis Fischer  
Spezialisten für Kiefer, Kopf und Wirbelsäule  
Christophstr.2  
72072 Tübingen  
www.praxis-f.de

## Neue Physiotherapie-Verordnungsrichtlinien für Zahnärzte

### Indikationen

Gerne behandeln wir die CMD-Patienten die Sie uns mit folgenden Indikationen schicken:

- Kiefer-, Gesichts- oder Kopfschmerzen.
- Eine für die zahnärztliche Behandlung unzureichende Mundöffnung.
- Parafunktionell bedingte Zahnschmerzen bei negativem zahnärztlichem Befund.
- Damit wir vor Ihrer prothetischen Bissnahme eine muskulär ausgeglichene Okklusion herstellen.

## Privatpatienten

Privatpatienten können Physiotherapie unverändert auf den gewohnten DinA6 Privatrezeptformularen wie folgt verordnet bekommen:

<p><b>12 x KG</b> <b>12 x MT</b> <b>12 x Eis/Wärmepackungen</b></p> <p><b>Diagnose:</b> .....</p>
---

## Kassenpatienten

Für Kassenpatienten unterliegt die Verordnung von Physiotherapie durch ZahnärztInnen seit Juli 2017 folgenden Heilmittlerichtlinien:

[https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4291/2016-12-15\\_HeilM-RL-ZAE\\_Erstfassung\\_Heilmittelkatalog.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4291/2016-12-15_HeilM-RL-ZAE_Erstfassung_Heilmittelkatalog.pdf)

Die folgenden Beispiele dazu wie Rezepte ausgefüllt werden können (Seiten 2-7), sind abgestimmt mit Bernhard Maier, Leiter der Stabsstelle Notfalldienst und Wirtschaftlichkeitsprüfung KZV-Baden-Württemberg.

### **NEWS:**

Bis auf weiteres den Vermerk „Doppelbehandlungen mgl.“ weglassen, bis die KZBV dazu eine Entscheidung getroffen hat.

Im Feld Indikationsschlüssel kann eine der 4 folgenden eingegeben werden:

**CD, LYZ, CSZ, ZNSZ**

**CD1 oder CD2 (Craniomandibuläre Störung)**

**LYZ (Lymphabflussstörung)**

**CSZ1 oder CSZ2 (Chronisches Schmerzsyndrom),  
z.B. persistierende Kiefergelenksschmerzen/ Kiefermuskelschmerzen).**

**ZNSZ (bei gehirnbedingten Störungen der Muskelspannung, z.B. bei Schlaganfall oder Spastik)**

Davon wird **CD** auf die allermeisten unserer Patienten passen. Jetzt müssen Sie noch entscheiden, ob Ihr Patient in die **CD1** oder **CD2** Kategorie passt:

**CD2 = Verordnungsmenge 10x bei strukturellen Schädigungen durch:**

- **Tumor-OP**
- **Fehlbildungen**
- **Irreversible Diskusverlagerung**

Klinische **Zeichen einer Diskusverlagerung** sind:

Im Falle einer Diskusverlagerung **ohne Reposition**: Eine eingeschränkte Mundöffnung (meist schmerzhaft eingeschränkt) mit Abweichung des Unterkiefers zur schmerzhaften Seite.

Im Falle einer Diskusverlagerung **mit Reposition** kommt an diesem Punkt ein Knack, nach dem der Unterkiefer wieder in die Mittelposition zurückkommt, der Schmerz nachlässt und der Mund sich weiter öffnen lässt.

Besteht die Diskusverlagerung mehr als 3 Wochen besteht kann davon ausgegangen werden, dass sie aufgrund des dann ausgeleierte Bandapparates **irreversibel** ist.

**CD1 = Verordnungsmenge 6x bei allen anderen CMD Problemen.**

**MT oder KG**

Nachdem Sie CD1 oder CD2 gewählt haben, kommt jetzt die Entscheidung **MT** (Manuelle Therapie) oder **KG** (Physiotherapie), weil Sie auf einem Rezept nur entweder KG oder MT ankreuzen dürfen:

**MT** in folgenden Fällen:

- Anteriore Diskusverlagerung ohne Reposition.
- wenn festgestellt werden soll, ob ein vom Patienten empfundener „Zahnschmerz“ in Wirklichkeit durch eine Muskelverspannung bedingt ist.
- wenn festgestellt werden soll, ob eine Okklusionsstörung durch eine Muskelverspannung bedingt ist.
- Wenn der Patient vor Bissnahme für eine prothetische Arbeit in einen muskulär entspannten Zustand gebracht werden soll.

**KG** in allen anderen Fällen.

Muster für eine Physiotherapie-Erst-Verordnung mit CD1 und CD2 für Kieferpatienten folgen auf den nächsten beiden Seiten:

# Muster CD1 - 6 Behandlungen, in diesem Beispiel mit KG

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	
Unfall/Unfallfolgen	geb. am	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum
		<b>01.07.17</b>
<b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Therapiebericht <input type="checkbox"/> Ja Behandlungsbeginn spätestens am <b>T T M M J J</b>		

## Zahnärztliche Heilmittelverordnung

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
Wegegeld-/Pauschale	Faktor km	Hausbesuch
Rechnungsnummer	Faktor	Hausbesuch
Belegnummer		Faktor

**+ 4 Wochen**

### Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<b>Physiotherapie und physikalische Therapie</b> <b>Vorrangige Heilmittel:</b> <input checked="" type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	<b>Ergänzende Heilmittel:</b> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input checked="" type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input checked="" type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	<b>Sprech- und Sprachtherapie</b> <b>Therapiedauer</b> <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> 60 min.	<b>Anzahl pro Woche</b> <input checked="" type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <b>Verordnungsmenge</b> <input type="text" value="6"/> ggf. ergänz. für's Heilmittel <b>Anzahl pro Woche</b> <input checked="" type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <b>Verordnungsmenge</b> <input type="text" value="6"/>
---	---	---	---

Indikationsschlüssel

**C D 1 b**

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

**CMD**

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

**Muster CD2 - 10 Behandlungen, in diesem Beispiel mit MT**

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Zahnärztliche Heilmittelverordnung</b>	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung
Unfall-/Unfallfolgen	geb. am	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum	01.07.17

Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km	Hausbesuch
Rechnungsnummer			
Belegnummer			

**Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

Erstverordnung     Folgeverordnung

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch:  Ja     Nein    Therapiebericht:  Ja

Behandlung beginnt spätestens am: **T T M M J J**

**+ 4 Wochen**

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

<p><b>Physiotherapie und physikalische Therapie</b></p> <p><b>Vorrangige Heilmittel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder     <input type="checkbox"/> Bobath     <input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS     <input type="checkbox"/> Bobath     <input type="checkbox"/> Vojta     <input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p><b>Ergänzende Heilmittel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte    <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input checked="" type="checkbox"/> Wärme    <input type="checkbox"/> Elektrotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input checked="" type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>	<p><b>Sprech- und Sprachtherapie</b></p> <p><b>Therapiedauer</b></p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> 60 min.</p>	<p><b>Anzahl pro Woche</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1x    <input type="checkbox"/> 2x    <input checked="" type="checkbox"/> 3x</p> <p><b>Verordnungsmenge</b></p> <p><b>10</b></p> <p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p><b>Anzahl pro Woche</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1x    <input type="checkbox"/> 2x    <input checked="" type="checkbox"/> 3x</p> <p><b>Verordnungsmenge</b></p> <p><b>10</b></p>
--	--	--	---

Indikationsschlüssel: **CD2a**    Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung d. Therapieziele

ICD-10 - Code: **CMD**

Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Vordruck-Nr. Z13\_05/17 schürzi@vck.de; Tel. (0311) 3279-44; www.schürzi@vck.de

### 3 Behandlungsserien

Sollte der Zahnarzt / Zahnärztin nach der ersten Verordnung mit 6 oder 10 Behandlungen zu der Einschätzung kommen, dass weitere Behandlungen indiziert sind, können noch zwei weitere Folgeverordnungen ausgestellt werden. Für diese Folgeverordnungen wird dann auf dem Heilmittelformular (siehe oben) nicht „Erstverordnung“ angekreuzt, sondern „Folgeverordnung“.

Einer Behandlungsserie von 3 x mit 6 oder 10 Behandlungen muss im Normalfall ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen folgen.

### Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Reicht eine Standardverordnung mit 3 x 6 oder 10 Behandlungen nicht aus um das Behandlungsziel zu erreichen, kann im Feld „Medizinische Begründungen bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ eine Begründung eingetragen werden. Sie erlaubt auch ohne 12-wöchige Behandlungspause weitere Verordnungen auszustellen. Der Patient macht dann eine Kopie vom Rezept und reicht es bei seiner Kasse vorab zur Genehmigung ein. Ausnahme: Die AOK hat hier auf die Genehmigung verzichtet.

Gebührpflicht.		Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Zahnärztliche Heilmittelverordnung</b>																											
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten			IK des Leistungserbringers				Gesamt-Zuzahlung				Gesamt-Brutto																			
Unfall-/Unfallfolgen	geb. am			Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		Wegegeld-/Pauschale		Faktor		km		Hausbesuch		Faktor		Hausbesuch		Faktor							
BVG	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		Rechnungsnummer		Belegnummer		Vertragszahnarzt-Nr.		Datum		01.07.17																
<b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b> <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input checked="" type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles Hausbesuch: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Therapiebericht: <input type="checkbox"/> Ja				Behandlung beginnt spätestens am: <b>T T M M J J</b> + 4 Wochen																											
<b>Physiotherapie und physikalische Therapie</b> <b>Vorrangige Heilmittel:</b> <input checked="" type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45												<b>Ergänzende Heilmittel:</b> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input checked="" type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input checked="" type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung: _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung												<b>Sprech- und Sprachtherapie</b> <b>Therapiedauer</b> <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> 60 min.				<b>Anzahl pro Woche</b> <input checked="" type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input checked="" type="checkbox"/> 3x <b>Verordnungsmenge</b> <input type="text" value="6"/> ggf. ergänz. Heilmittel <b>Anzahl pro Woche</b> <input checked="" type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input checked="" type="checkbox"/> 3x <b>Verordnungsmenge</b> <input type="text" value="6"/>			
Indikationsschlüssel <b>CD 1 b</b>				Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele <b>CMD</b>																											
ICD-10 - Code																															
ICD-10 - Code																															
Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)																															
<b>Weitere Schmerzreduktion, Funktionsverbesserung nötig und mgl.</b>																															

## Langfristverordnungen

Mit Begründung und Genehmigung durch die Krankenkasse eines Patienten kann auch ein langfristiger Heilmittelbedarf festgestellt werden. Dann können auch Verordnungen mit deutlich mehr als 10 Verordnungen ausgestellt werden. Die Langfristverordnungen muss als Verordnung außerhalb des Regelfalles gekennzeichnet werden. Der Patient macht dann eine Kopie vom Rezept und reicht es bei seiner Kasse vorab zur Genehmigung ein. Die Verordnungsmenge und Frequenz müssen so bemessen sein, dass der Patient nach spätestens 12 Wochen mit dem Rezept durch ist und sich dann wieder beim Zahnarzt zur Kontrolle vorstellt. Also z. B. 36 Behandlungen 3x/Woche. Im folgenden Beispiel 24 Behandlungen mit mindestens 2 x Woche.

Gebührpflicht.		Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>Zahnärztliche Heilmittelverordnung</b>					
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	geb. am		IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto			
Unfall-/Unfallfolgen				Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km	Hausbesuch		
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum	Rechnungsnummer	Faktor				
	01.07.17			Belegnummer					
<b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b>									
<input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung									
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles									
Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Therapiebericht <input type="checkbox"/> Ja				Behandlung beginn spätestens am <b>T T M M J J</b> <b>+ 4 Wochen</b>					
<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b>									
<b>Physiotherapie und physikalische Therapie</b>				<b>Sprech- und Sprachtherapie</b>		<b>Anzahl pro Woche</b>			
<b>Vorrangige Heilmittel:</b> <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45				<b>Ergänzende Heilmittel:</b> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input checked="" type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input checked="" type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung		<b>Therapiedauer</b> <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> 60 min.		<input checked="" type="checkbox"/> 1x <input checked="" type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <b>Verordnungsmenge</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <b>24</b> ggf. ergänzendes Heilmittel <input checked="" type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input checked="" type="checkbox"/> 3x <b>Verordnungsmenge</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <b>24</b>	
Indikationsschlüssel <b>CD 2 a</b>				Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung und Therapieziele					
ICD-10 - Code				<b>CMD</b>					
ICD-10 - Code									
Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)									
<b>Eingeschränkte Mundöffnung durch ausgeprägte irreversible degenerative Abflachung des rechten Kieferkopfes.</b>									
				Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes					

## 2 Rezepte gleichzeitig verordnen für doppelt so lange Behandlungen

### Möglichkeit 1

Wenn ein Patient auf mehreren Ebenen der Bereiche CD, LYZ, CSZ, ZNSZ (siehe oben) Probleme hat, können Sie für jeden dieser Rezepte eine Verordnung ausstellen. Hat der Patient zum Beispiel chronische Schmerzen und eine CMD, können Sie ein Rezept mit dem Indikationschlüssel CSZ und ein weiteres mit dem Indikationschlüssel CD1 oder CD2 ausstellen. Wir können dann beide Problembereiche in einer doppelt so langen Behandlung therapieren.

### Möglichkeit 2

Hat der Patient 2 völlig voneinander unabhängige CMDs (z.B. ein ältere CMD rechts und dann nach einem Schlag gegen den Kiefer noch eine Stauchung des linken Kiefergelenks), können Sie auch parallel zwei Rezepte ausstellen (2 CD1-Rezepte, 2 CD2-Rezepte, oder eines mit CD1 und das andere mit CD2). Wir können dann beide Problembereiche in einer doppelt so langen Behandlung therapieren.

## Ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln

§ 12 SGB V regelt, dass Heilmittel ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich verordnet werden müssen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss haben **KZBV** und GKV-Spitzenverband in ihrer zusammenfassenden Dokumentation vom 16-12-16 unter A-2.2.1 § 1 Grundlagen festgelegt, dass diese Kriterien durch eine Verordnung von Physiotherapie gemäß der Heilmittelrichtlinien erfüllt sind.

## Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung einer Verordnung

Gemäß der Heilmittelrichtlinien muss die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung einer Verordnung begonnen werden. Ihr Aufwand für eine nachträgliche Änderung dieses Datums, weil die Behandlung wie so oft aus verschiedenen Gründen nicht innerhalb dieser 14 Tage begonnen werden kann, können Sie vermeiden, indem Sie diese Frist auf 1 Monat zu verlängern, indem Sie auf der Verordnung im Feld „Behandlungsbeginn (2) spätestens am“ ein Datum eintragen welches 1 Monat nach dem Ausstellungsdatum (1) der Verordnung liegt.

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Zahnärztliche Heilmittel</b>				
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung			
Unfall/Unfallfolgen	geb. am	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-1		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km	Hausbesuch
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum <b>1</b>	Rechnungsnummer	Belegnummer		
<b>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</b>						
<input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung		<input type="checkbox"/> Folgeverordnung		Behandlungsbeginn spätestens am		
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles		T <b>2</b> M J J				
Hausbesuch		Therapiebericht				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja				

## Problem

Eine effektive, wirtschaftliche und menschenwürdige Behandlung von CMD-Patienten, ist in den 20 Minuten einer Standardverordnung mit nur KG oder MT aus meiner Erfahrung nicht möglich. Ich kenne auch keinen Physiotherapeuten der das anders sieht. Diese Unterversorgung schädigt nicht nur die Patienten und Therapeuten. Auch ZahnärztInnen verlieren auf diese Weise ein wichtiges Instrument ihren Patienten helfen zu können.

## Lösungsmöglichkeiten

### Sofort möglich

#### Lösung 1: Wo indiziert 2 Rezepte gleichzeitig ausstellen (siehe letzte Seite)

#### Lösung 2: Doppelbehandlung mgl.

Falls die KZBV akzeptiert dass die Ergänzung des Vermerks „Doppelbehandlung mgl.“ mit einer Frequenz von 1x/Woche die Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbessert, wäre dies ein bedeutender Fortschritt für alle Beteiligten.

#### Lösung 3: Optimale Behandlungsdauer = 60 Minuten per Selbstzahlerleistung

Für die meisten CMD-Patienten ist eine Behandlungsdauer von 60 Minuten am effektivsten und somit auch am wirtschaftlichsten. Vor dem 1-7-17 verordneten die meisten Zahnärzte daher 60-Minuten-Behandlungen. Nach dem 1-7-17 werden wir unseren GKV-versicherten Patienten deren Verordnungen weniger als 60 Minuten abdecken, die Option anbieten per Selbstzahlerleistung wieder auf 60 Minuten aufzustocken.

### Erfordert noch Verhandlungen

#### Lösung 4: Blankoverordnung

Blankoverordnung heißt, dass der Zahnarzt nur z.B. 10 x Physiotherapie verordnet und der Therapeut dann über MT oder KG, Behandlungsdauer und Behandlungsfrequenz selbst flexibel entscheidet. Diese Option müsste die KZBV mit den Krankenkassen vereinbaren.

#### Lösung 5: Direktzugang

Beim Direktzugang müsste der Zahnarzt gar keine Physiotherapie mehr verordnen, weil der Patient direkt und ohne Rezept zum Physiotherapeuten gehen könnte. Diese Option müsste die KZBV mit den Krankenkassen vereinbaren. Zudem müssten hierfür noch die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Politisch wird diese Option momentan allerdings nur von den Grünen unterstützt. Wer also Einfluss auf andere Parteien hat: diese wäre die beste Variante für alle Beteiligten!!

Mit freundlichen Grüßen,



Ihr Peter Fischer