

1. Heilmittel-Richtlinien Zahnärzte

Die KZV Hamburg erreichen zahlreiche Nachfragen zu den "Heilmittel-Richtlinien Zahnärzte". Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir unspezifische Anfragen ("Was hat sich eigentlich ab 01.07.2017 geändert?") zunächst einmal mit der Bitte um Lesen der bisherigen Veröffentlichungen aus den Rundschreiben Mai und Juni beantwortet haben, da eine komplette Erläuterung der neuen Richtlinien und Bestimmungen in jedem Einzelfall zu lange dauern würde.

Die als Download auf der KZBV-Website angebotene Broschüre:

["Die zahnärztliche Heilmittelverordnung – So verschreiben Sie richtig"](#)

vereint Richtlinien, Erläuterungen und Ausfüllhinweise und gibt damit einen umfassenden und detaillierten Einblick in die zahnärztliche Verordnung von Heilmitteln.

Allgemeine Hinweise:

- Die Richtlinien und die neuen Formulare gelten **ohne Übergangsfrist** ab 01.07.2017.
- Die **Formulare** (Verordnungsvordrucke) erhalten Sie auf Anfrage **bei der KZV Hamburg**. Es ist auch möglich, aus einigen Abrechnungs-programmen heraus auf Blanko-Papier zu drucken.
- Die Verschreibung von Heilmitteln durch Zahnärzte ist **nicht budgetiert**. Allerdings stellen die Richtlinien mit der klaren Indikationsstellung und der jeweiligen Begrenzung der Gesamtverordnungsmenge im Regelfall ein Steuerungsinstrument für die Ausgaben in diesem Bereich dar.
- Bei der Gültigkeit der Verordnungen spielen **Quartalsgrenzen keine Rolle** mehr.
- Fristen:
 - ▶ Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Ist ein Behandlungsbeginn nicht innerhalb von 14 Tagen möglich (z. B. weil der Patient in Urlaub geht), muss im Feld "Behandlungsbeginn spätest. am" ein Datum eingetragen werden. Ansonsten verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
 - ▶ Die Behandlung selber (also die Durchführung der jeweils verordneten Heilmittel) sollte nach Möglichkeit ohne Unterbrechungen, die länger als 14 Tage dauern, durchgeführt werden. Kommt es zu einer solchen längeren Unterbrechung, muss der Physiotherapeut dies mit Begründung auf dem Verordnungsvordruck vermerken.
 - ▶ Ist ein Regelfall "abgeschlossen" und kommt es zu Rezidiven oder neuen Erkrankungsphasen muss ein behandlungsfreies Intervall von mind. 12 Wochen vorliegen.
 - ▶ Ist die Höchstmenge der Verordnungen eines Regelfalles erreicht (z. B. bei CD1 = 18 Verordnungen) und es besteht noch weiterer Behandlungsbedarf, kann eine "Verordnung außerhalb des Regelfalles" erfolgen. Dafür muss auf der Verordnung das entsprechende Feld angekreuzt werden und eine Begründung mit prognostischer Einschätzung gegeben werden.

- Bei der **Ermittlung der maximalen Gesamtmenge** je Regelfall werden **nur die Verordnungen für das "vorrangige Heilmittel" mitgezählt**. Die Verordnungen für das ergänzende Heilmittel (z. B. Kälte,-, Wärme, Elektrotherapie) richten sich nach der Anzahl der Verordnungen für das vorrangige Heilmittel und werden bei der Ermittlung der möglichen Gesamtzahl der Verordnungen nicht mitgezählt.
- Das Feld "**ICD 10-Code**" ist vorerst **nicht** auszufüllen. Allerdings sind die Diagnose und ggf. wesentliche Befunde und/oder Therapie-spezifisierungen als Freitext einzugeben.

Anliegend erhalten Sie einen **Beispielfall** mit einem entsprechend ausgefüllten Verordnungsvordruck. Das Beispiel bezieht sich auf die sicherlich am meisten vorkommende Indikationsgruppe der **Craniomandibulären Störungen**.

Beispiel einer Heilmittel-Verordnung:

Der Zahnarzt kann unterschiedliche Heilmittel bei verschiedenen Indikationen verordnen.

- Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie:
 - o Bei Störungen des Sprechens (SPZ)
 - o oder des Schluckaktes (SCZ)
 - o und Orofazialen Funktionsstörungen (OFZ).

- Maßnahmen der Physiotherapie und der Physikalischen Therapie:
 - o Bei Craniomandibulären Störungen (**CD1 und CD2**)
 - o Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS (ZNSZ)
 - o Chronifiziertem Schmerzsyndrom (CSZ)
 - o Lymphabflussstörung (LYZ1 und LYZ2)

Die überwiegende Zahl notwendiger Heilmittelverordnungen wird – wie in der Vergangenheit - auf **die Behandlung Craniomandibulärer Dysfunktionen** (CMD, also Indikationsgruppe CD1 oder CD2) abzielen. In der Folge stellen wir einen typischen Verordnungsfall in aller Kürze dar:

Der Patient berichtet von unspezifischen, im Tagesverlauf jeweils zunehmenden Schmerzen "im Kiefer sowie im Nackenbereich" und unbewusstem "Knirschen" der Zähne, was er auf die derzeit "stressige berufliche Situation" zurückführt. Er hätte bereits seit zwei Monaten eine "Knirscherschiene", die er nachts regelmäßig trage.

In Verbindung mit der Anamnese ergibt die Eingangsdiagnostik "Craniomandibuläre Störungen" (Indikationsgruppe) mit einer durch das Fehlhabit (Knirschen) verursachten Schmerzsymptomatik (Leitsymptomatik). Der Zahnarzt sieht einen mittelfristigen Behandlungsbedarf zur Schmerzreduktion und schlägt eine physiotherapeutische Behandlung mit manueller Therapie und eine unterstützende Wärmebehandlung vor.

Ausfüllen der Verordnung:

(**fett gedruckte** Texte kennzeichnen die Eintragungen auf dem Formular)

Es handelt sich um eine **Erstverordnung** innerhalb des Regelfalles. Der Patient ist mobil und ein Hausbesuch (**Nein**) durch den Physiotherapeuten ist nicht notwendig. Das Feld "Behandlungsbeginn spät. bis" muss nicht ausgefüllt werden, da der Patient sich umgehend Termine für die ersten Behandlungen besorgen will.

Als vorrangiges Heilmittel wird **MT**, als ergänzendes Heilmittel **Wärme** angekreuzt. Der Zahnarzt überlässt in diesem Falle dem Physiotherapeuten die Wahl der Behandlungsmethode (z.B. Heißluft, heiße Rolle, etc.) und gibt auch keine weiteren "Spezifizierungen" an.

Als wünschenswerte Behandlungsfrequenz gibt der Zahnarzt **1 – 2 Einheiten pro Woche** vor und nutzt bei der vorliegenden Indikationsgruppe (CD1) die **Höchstmenge für eine Verordnung(6)** sowohl beim vorrangigen- als auch beim ergänzenden Heilmittel.

Der Indikationsschlüssel mit Leitsymptomatik (**CD1a**) wird eingetragen und ein Freitext bei der Diagnose und ggf. therapierelevante Befundergebnissen eingetragen (z.B.: **Verdacht auf CMD bei akuter Schmerzsymptomatik**).

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	
		geb. am
Unfall/Unfallfolgen		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
		Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	
		Datum

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Hausbesuch	Faktor
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Hausbesuch	Faktor
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechnungsnummer	<input type="text"/>	
Belegnummer	<input type="text"/>	

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch: Ja Nein Therapiebericht: Ja

Behandlungsbeginn spätestens am:

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie und physikalische Therapie

Vorrangige Heilmittel:

KG
 KG-ZNS-Kinder
 Bobath
 Vojta

KG-ZNS
 Bobath
 Vojta
 PNF

MT
 MLD 30
 MLD 45

Ergänzende Heilmittel:

Kälte Elektrostimulation
 Wärme Elektrotherapie

Heißluft
 Heiße Rolle
 Ultraschall
 Packungen

Ggf. Spezifizierung: _____

Übungsbehandlung

Sprech- und Sprachtherapie

Therapiedauer

30 min.
 45 min.
 60 min.

Anzahl pro Woche
 1x 2x 3x

Verordnungsmenge

ggf. ergänzendes Heilmittel

Anzahl pro Woche
 1x 2x 3x

Verordnungsmenge

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

Verdacht auf CMD bei akuter Schmerzsymptomatik

ICD-10 - Code:

ICD-10 - Code:

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