



KASSENZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG BERLIN



Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch Ja Nein Ja Therapiebericht

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie Vorrangige Heilmittel: <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojsa	Ergänzende Heilmittel: <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Elektrotherapie
--	---

Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie

Therapiedauer
 30 min. ____
 45 min. ____
 60 min. ____

Anzahl pro Woche
 1x 2x 3x

Verordnungsmenge

ggf. ergänzendes Heilmittel

Anzahl pro Woche
 1x 2x 3x

Herzlich willkommen zum

Workshop für Kieferbruch und zahnärztliche Heilmittelverordnung



Das erwartet Sie heute

- Richtlinie
- Kostenübernahme
- Ausfüllhinweise Behandlungsplan
- Gebührennummern und die dazugehörigen BEL II-Nummern
- Unterkiefer-Protrusionsschiene
- Auszug aus der GOÄ
- Heilmittelverordnung



Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Behandlungsrichtlinie)

- ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gemäß § 12 SGB V
- Aufbissbehelfe
 - a) Aufbissbehelf **mit** adjustierter Oberfläche
 - b) Aufbissbehelf **ohne** adjustierte Oberfläche
 - c) Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf
 - d) Semipermanente Schiene

Kostenübernahme notwendig

- AOKen, BKKen, KNAPPSCHAFT mit
Patientenwohnsitz außerhalb Berlins bzw. mit fremder
Wohnortkennzeichnung
- Sonstige Kostenträger (Polizeipräsident in Berlin, AOK Nordost U/J)
- alle Krankenkassen mit Kennzeichnung Bes. Personengruppen 6, 7 und 8

Kostenübernahme nicht notwendig

- AOKen, BKKen, IKKen, KNAPPSCHAFT mit Patientenwohnsitz innerhalb Berlins bzw. mit der Wohnortkennzeichnung von Berlin
- AOK Nordost
- IKK Brandenburg und Berlin
- vdek
- alle Krankenkassen mit Kennzeichnung Bes. Personengruppe 4
- alle Krankenkassen mit Kennzeichnung Bes. Personengruppe 9
nur BEMA Geb.-Nr. K2 und K4 laut Positivliste

Zahnärztliche Versorgung militärischen Personals

- Vordruck 2 – Anlage 14a BMV-Z kann mittels EDV erstellt werden.
- **Keine** Kostenübernahme **erforderlich:** Geb. Nr. K4, K6-K9
- Kostenübernahme **erforderlich:** Geb. Nr. K1-K3
- Unterkieferprotrusionsschiene 
- Individualisierter Mundschutz 

Grundsätzlich in zahnärztlichen
Behandlungseinrichtungen
der Bundeswehr zu erbringen!

Behandlungsplan-Antrag erstellen

- Vordruck 2 – Anlage 14a BMV-Z muss mittels PVS erstellt werden
- Plan via KIM an KK übermitteln
- Anschließend erfolgt der Antwortdatensatz der Krankenkasse (Genehmigung oder Ablehnung!)

The image shows a form titled 'Behandlungsplan für Kiefergelenkerkrankung'. It includes fields for patient information, insurance details, and a table for planned services. The 'Entscheidung der Krankenkasse' section shows 'nicht genehmigt' selected.

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
Kostenübernehmer	Vertrags-Nr.
Vertrags-Nr.	Datum
Vertrags-Nr.	Datum

Behandlungsplan für
 Kiefergelenkerkrankung
 Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch) Unfall ja nein
 Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkerkrankungen)

Vorgesehene Reihung

Stationäre Behandlung Krankenhaus: Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Geplante Leistungen

BEMA-Nr./Anc	Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)
X1	1
2	1
KB	1

Entscheidung der Krankenkasse (nur bei Kiefergelenkerkrankung) nicht genehmigt (Begründung ggf. auf besonderem Blatt) genehmigt

Antragsnummer	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Verarbeitungsanzweilen		
Antragsnummer PVS		
Seite	logische Version	

KB-Plan mit EBZ-Antragsnummer

Geplante Leistungen

BEMA-Nr.	Anz.	Interdentalräume (nur bei BEMA-Nr. K4)
K1	1	
2	1	
K8	1	

Entscheidung der Krankenkasse
(nur bei Kiefergelenkerkrankung)

nicht genehmigt
(Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

genehmigt

Antragsnummer	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan		
Verarbeitungskennzeichen		
Aktenzeichen PVS		
Seite logische Version		

EBZ-Antragsnummer ->

Geb. Nr. 2 Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes

- nur abrechenbar für die Geb.-Nr. K1-K4
- Privatunfall der Krankenkasse anzeigen
- Abrechnung bei Nichteingliederung einer Schiene möglich
- 10 Jahre Aufbewahrungspflicht (lt. BMV-Z § 8 Abs. 3 Satz 3) nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde
- Es muss Anamnese, Befund und Diagnose angegeben werden

Geb. Nr. 7b Planungsmodelle

- erforderlich, sofern die Beurteilung der klinischen Situation allein nicht festgestellt werden kann
- Planungsmodelle als Arbeitsmodelle verwendbar
- 10 Jahre Aufbewahrungsfrist (lt. BMV-Z § 8 Abs. 3) nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde

Geb. Nr. K1a-c Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche

- K1a – Unterbrechung der Okklusionskontakte
- K1b – Aufbisschiene bei der Parodontalbehandlung
- K1c – Bissführungsplatte
- individueller Löffel (BEL II in Ausnahmefällen mit Begründung)
- in der gleichen Sitzung **keine** Geb.-Nr. K2-K3/K6-K9
- funktionsanalytische Maßnahmen (Gesichtsbogen)
 - außervertragliche Leistung –

Bissnahme

Teilbezahnter Kiefer

- L-Nr. 022 0 (Bisswall) nur in Verbindung mit der L-Nr. 021 3 (Basis für Bissregistrierung)

Vollbezahnter Kiefer

- tatsächlich anfallende Kosten für das Wachsmaterial



Aufbisschiene / Knirscherschiene

BEL II

- L-Nr. 001 0 Modell (2x)
- L-Nr. 012 0 Mittelwertartikulator
- L-Nr. 401 0 Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche

Zusätzlich abrechenbar

- L-Nr. 002 1 Doublieren (zzgl. 1 Modell)
- L-Nr. 710 0 Aufbiss (nur für Aufbisschiene/Michiganschiene)
- Bissnahme



K1 – Abrechnungsbeispiel

Schiene im Mund adjustiert

BEL II

- L-Nr. 001 0 Modell
- L-Nr. 402 0 Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche
- Kunststoff

K1c - Bissführungsplatte – präprothetische Maßnahme

BEL II

- L-Nr. 001 0 Modell (2x)
- L-Nr. 012 0 Mittelwertartikulator
- L-Nr. 401 0 Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche

Zusätzlich abrechenbar

- L-Nr. 002 1 Doublieren (zzgl. 1 Modell)
- Bissnahme



Geb. Nr. K2 Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche

- nicht nur bei akuten Schmerzzuständen
- individueller Löffel (BEL II in Ausnahmefällen mit Begründung)
- Mittelwertartikulator und Bissnahme nicht ansatzfähig
- in der gleichen Sitzung **keine** Geb.-Nr. K1/K3/K6-K9

Miniplastschiene

BEL II

- L-Nr. 001 0 Modell
- L-Nr. 402 0 Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche

Zusätzlich abrechenbar

- L-Nr. 002 1 Doublieren (zzgl. 1 Modell)



Strahlenschutzschiene

- Geb.-Nr. 2
- Geb.-Nr. K2
- Kostenübernahme erforderlich
- zahntechnische Leistungen nach BEL II/BEB



Verarbeitung von Weichkunststoff/Sonderkunststoff

BEL II

Zuzüglich zur BEL.-Nr. 401-0 / 402-0

- Verarbeitung von Weichkunststoff nach L-Nr. 382 1
Medizinische Begründung erforderlich
- Verarbeitung von Sonderkunststoff nach L-Nr. 382 2
Medizinische Begründung erforderlich (Allergie)
- Verarbeitung von Weichkunststoff nach L-Nr. 712 1 zur L-Nr. 710 0 (Aufbiss)
Medizinische Begründung erforderlich
- Verarbeitung von Sonderkunststoff nach L-Nr. 712 2 zur L-Nr. 710 0 (Aufbiss)
Medizinische Begründung erforderlich (Allergie)

Geb. Nr. K3 Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf

- totale oder partielle Prothese
- Umwandlung erfolgt über verschiedene Methoden:
 1. Anfertigen einer Tiefziehfolie über vorhandene Prothese
 2. Auftragen von Kunststoff auf die Okklusalfächen der Prothesenzähne
 3. Teilbezahnter Bereich: Anbringen von Kunststoffsegmenten über den vorhandenen Zähnen
- Umarbeitung zur Verbandsplatte: GOÄ 2700
- Individueller Löffel nach L-Nr. 021 1 (in Ausnahmefällen mit Begründung)
- in der gleichen Sitzung keine Geb.-Nr. K1/K2/K6-K9

K3 – Abrechnungsbeispiel

BEL II

- L-Nr. 001 0 Modell (2x)
- L-Nr. 012 0 Mittelwertartikulator
- L-Nr. 403 0 Umarbeiten zum Aufbissbehelf

Zusätzlich abrechenbar

- L-Nr. 002 1 Doublieren (zzgl. 1 Modell)
- Bissnahme

Geb. Nr. K4 Semipermanente Schienung

- **Nur** unter Anwendung der Ätztechnik!
- parodontale Lockerung
- Privatunfall der Krankenkasse anzeigen
- je Interdentalraum
- Zahnangabe erforderlich
- Draht, Netze, Bänder
- Abnahme = GOÄ Nr. 2702
- Wiederherstellung löst neue Geb.-Nr. K4 aus



K4 – Abrechnungsbeispiel

Geplante Leistungen (nur eintragen bei Kiefergelenkserkrankungen) Anzahl

Zahnärztliches Honorar

Datum	Zahn	Leistung	Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Ärztliche
28.08.	43		K4	4		
	33		K4	1		

Geb. Nr. K6 Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs

- je Sitzung
- Eigen-/Fremdlaborkosten oder nur Kunststoff
- in der gleichen Sitzung **keine** Geb.-Nr. K1-K4/ K7-K9

K6 – Abrechnungsbeispiel

BEL II

- L-Nr. 001 0 Modell
- L-Nr. 809 0 vollständige Unterfütterung

und/oder

- L-Nr. 001 0 Modell
- L-Nr. 861 0 Grundeinheit
- L-Nr. 802 1/802 2 Sprung/Bruch

Zusätzlich abrechenbar

- L-Nr. 012 0 Mittelwertartikulator/ L-Nr. 802 4 LE Basisteil Kunststoff
- Bissnahme

K7 Kontrollbehandlung ggf. mit einfachen Korrekturen

K8 Kontrollbehandlung mit Einschleifen

- je Sitzung (aktive Maßnahme)
- in der gleichen Sitzung **keine** Geb.-Nr. K1-K4/K6/K9
- Für die Geb.-Nr. K2 und K4 ist die Geb.-Nr. K8 nicht abrechenbar

Geb. Nr. K9 Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche

- je Sitzung
- Eigen-Fremdlabor oder nur Kunststoff
- Für die Geb.-Nr. K2/K4 **nicht** abrechenbar!
- in der gleichen Sitzung **keine** Geb.-Nr. K1-K4/K6-K8

K9 – Abrechnungsbeispiel

BEL II

- L-Nr. 001 0 Modell (2x)
- L-Nr. 012 0 Mittelwertartikulator
- L-Nr. 403 0 Umarbeiten zum Aufbissbehelf

Zusätzlich abrechenbar

- L-Nr. 710 0 Aufbiss
- Bissnahme

UK Protrusionsschiene – Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe

- Zum 1. Januar 2022 in den BEMA-Teil 2 aufgenommen.
- Geb.-Nrn.: UP1-UP6



Voraussetzung – Kassenleistung

- Indikation, Therapie und Überweisung erfolgt durch Vertrags**arzt** mit der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder der Qualifikation nach § 6 Absatz 2 QSV (Qualitätssicherungsvereinbarung).

Vorausgegangen muss sein:

- Facharzt hat behandlungsbedürftige **Schlafapnoe** festgestellt.
- Facharzt stellt fest, dass eine Überdrucktherapie **nicht erfolgreich** durchgeführt werden kann.
- Zulasten der Krankenkasse ... **nur** bei erwachsenen Patienten.
- Genehmigungs- und Anzeigepflicht durch den ZA besteht nicht.
- Vorliegen einer Überweisung ist Abrechnungsvoraussetzung.

Geb. Nr. 7b Planungsmodelle

- erforderlich, sofern die Beurteilung der klinischen Situation allein nicht festgestellt werden kann.
- 10 Jahre Aufbewahrungsfrist (lt. BMV-Z § 8 Abs. 3) nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde.



Geb. Nr. UP1 Untersuchung einschließlich Beratung

- Die Leistung umfasst die Prüfung, ob eine zahnmedizinische Voraussetzung für UKPS vorliegt.
- Geb. Nr. Ä1 nur abrechenbar, wenn sie anderen Zwecken dient.
- Geb. Nr. UP1 und UP2 nebeneinander abrechenbar.

Geb. Nr. UP2 Abformung und dreidimensionale Registrierung

- dreidimensionale Registrierung der Startprotrusionsposition
- Abformmaterial lt. Berliner Punktwertübersicht
- weiteres Abform- und Verbrauchsmaterialien (ggf. George-Gauge-Bissgabel) nach den tatsächlichen Kosten
- Indivlöffel nach BEL Nr. 021 7 möglich
- Gesichtsbogen/FAL Lstg. nach GOZ abrechenbar

Geb. Nr. UP3 Eingliedern einer UKPS

- Die Leistung umfasst:
 1. Eingliedern einer zweiteiligen, bimaxillären verankerten UKPS
 2. Individuelle reproduzierbare Adjustierung sowie ggf. Nachjustierung mindestens in Millimeterschritten und
 3. Einstellung des Protrusionsgrads (50 % der max. möglichen UK Protrusion)
- Zusätzliche Abrechnung von zahnärztlichen Honorar für Abdruckverfahren **nicht** zulässig
- Bei Kiefergelenksproblemen darf keine UKPS angefertigt werden



Beispiel Materialkosten UKPS mit Protrusionselement im Frontzahnbereich/Tap-Schiene

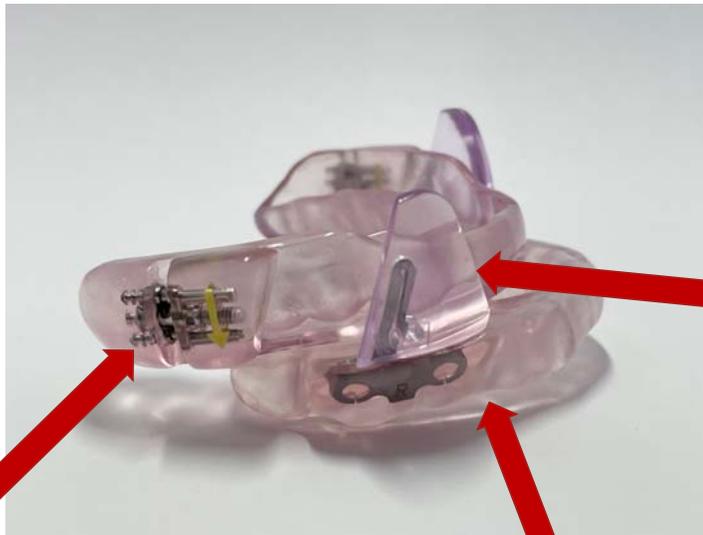
001-5 Modell UKPS	bis zu 6
002-5 Doublieren eines Modells	2
011-5 Fixator (für Bissgabel)	1
012-5 Mittelwertartikulator	1
020-5 Vorbereiten Bissgabel	1
021-7 individueller Löffel (nach Bedarf)	2
501-0 Basen	1
510-0 Befestigungselement Protrusionselement	1
511-0 Protrusionselement	1
521-0 Einfaches gebogenes Halteelement	je Element
933-5 Versandkosten Fremdlabor	4
SET Tap Set	



Beispiel Materialkosten UKPS einer Flossenschiene (Somnodent)

001-5 Modell UKPS	bis zu 6
002-5 Doublieren eines Modells	2
011-5 Fixator (für Bissgabel)	1
012-5 Mittelwertartikulator	1
020-5 Vorbereiten Bissgabel	1
021-7 individueller Löffel (nach Bedarf)	2
501-0 Basen	1
502-0 Vestibuläre Protrusionsgleitflächen	2
510-0 Befestigungselement Protrusionselement	2
511-0 Protrusionselement	2
521-0 Einfaches gebogenes Halteelement	je Element
933-5 Versandkosten Fremdlabor	4
SET Somnodent	

Flossenschiene Somnodent



Protrusionselement

Basen

Flossen



KZV Berlin



Beispiel Materialkosten UKPS einer IST Classic Schiene

001-5 Modell UKPS	bis zu 6
002-5 Doublieren eines Modells	2
011-5 Fixator (für Bissgabel)	1
012-5 Mittelwertartikulator	1
020-5 Vorbereiten Bissgabel	1
021-7 individueller Löffel (nach Bedarf)	2
501-0 Basen	1
510-0 Befestigungselement Protrusionselement	4
511-0 Protrusionselement	2
520-0 Befestigungselement Mundöffnungsbegrenzung	4
521-0 Einfaches gebogenes Halteelement	je Element
933-5 Versandkosten Fremdlabor	4
SET nach Hintze	

IST Classic Schiene



KZV Berlin

Basen

Befestigungselement

Protrusionselement

Silensor-Schiene

- Schiene mit zwei elastischen Zügen.
- Die elastischen Züge sind im Oberkiefer im Bereich der Eckzähne und im Unterkiefer im Molarenbereich befestigt, diese ziehen den Unterkiefer nach vorne.
- Der Protrusionsgrad lässt sich durch das Austauschen der elastischen Züge einstellen.
- Der Mundöffnungsbegrenzer ist hier nicht abrechenbar.



© Erkodent Erich Kopp GmbH



Beispiel Materialkosten UKPS einer Silensor

001-5 Modell UKPS	bis zu 6
002-5 Doublieren eines Modells	2
011-5 Fixator (für Bissgabel)	1
012-5 Mittelwertartikulator	1
020-5 Vorbereiten Bissgabel	1
021-7 individueller Löffel (nach Bedarf)	2
501-0 Basen	1
510-0 Befestigungselement Protrusionselement	4
511-0 Protrusionselement	2
521-0 Einfaches gebogenes Halteelement	je Element
933-5 Versandkosten Fremdlabor	4
Silensor SL Set	



Geb. Nr. UP4 Nachadaption des Protrusionsgrades

- eventuell erforderliche Nachadaption des Protrusionsgrades
- nur nach Abstimmung mit dem Vertrags**arzt**, welcher die UKPS veranlasst hat

Geb. Nr. UP5 Kontrollbehandlung

- UP5 a) – ggf. mit einfachen Korrekturen der UKPS
- UP5 b) – mit Einschleifen der Stütz- und Gleitzone einer UKPS
subtraktive Methode
- UP5 c) – mit Aufbau der Stütz- und Gleitzone einer UKPS
additive Methode

Je Sitzung kann **nur eine** dieser Leistungen abgerechnet werden.

Geb. Nr. UP6 Wiederherstellung/Erweiterung

- UP6 a) – kleinen Umfangs (ohne Abformung)
- UP6 b) – größeren Umfangs (mit Abformung)
- UP6 c) – Teilunterfütterung
- UP6 d) – Wiederherstellung einzelner oder mehrerer Halte- o. Stützvorr.
- UP6 e) – Wiederherstellung eines einzelnen o. mehrerer Protr. Elemente
- Reinigen, Säubern u. Polieren einer UKPS/Protr. Elemente
keine GKV-Leistung!

Reparaturen/Erweiterungen

BEL II ■ L-Nr. 808 5 Teilunterfütterung einer Basis UKPS  ohne L-Nr. 850 0

■ L-Nr. 850 0 Grundeinheit Instandsetzung und/oder Erweiterung UKPS

■ L-Nr. 851 1 LE Erneuerung Basis UKPS

■ L-Nr. 851 2 LE Sprung/Bruch UKPS

■ L-Nr. 851 3 LE Basisteil Kunststoff UKPS

■ L-Nr. 851 4 LE Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten UKPS

■ L-Nr. 933 5 Versandkosten UKPS

 Wiederherstellungen: L-Nr. 012 5 (Mittelwertartikulator) und L-Nr.011 5 (Fixator)
nicht zusammen abrechenbar

Versorgungsablauf



GOÄ-Leistungen im BEMA-Teil 2



© W. Heiber Fotostudio-Fotolia.com 2.jpg

GOÄ Nr. 2697 Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen

- Diagnose erforderlich
- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
- Privatunfall
- geklebte oder ligierte Außenbögen
- für das Aufkleben eines Brackets – in Verbindung mit der Geb.-Nr. 63 (konservierend-chirurgische Leistung)
- nur Materialkosten

GOÄ Nr. 2700 Verband- oder Verschlussplatte

- Diagnose erforderlich
- einmal je Kiefer
- Kontrollbehandlung nach Geb.-Nr. K7 – K9 nicht abrechenbar
- Mittelwertartikulator nicht ansetzbar
- für eine Pelotte – z. B. nach einer Zysten-OP
- für das Abdecken von Osteosyntheseschrauben nach einer OP

GOÄ Nr. 2700 – Abrechnungsbeispiel

BEL II

- L-Nr. 001 0 Modell
- L-Nr. 402 0 Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche

Zusätzlich abrechenbar

- L-Nr. 380 0 Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtungen
- Material: Draht

GOÄ Nr. 2702 Wiederanbringen einer gelösten Apparatur

- einmal je Kiefer
- Nur für Schienen, die mit dem Zahnsystem verbunden sind.
- Entfernen v. Drahtumschlingung/Drahtaufhängung (GOÄ 2697)
- Entfernen einer semipermanenten Schiene
- Entfernen von OP-Splint

Verjährung von Leistungen

- Nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind (lt. BMV-Z § 23 Abs. 7).
- Sonstige Kostenträger: 2 Jahre zum Jahresende

Die zahnärztliche Heilmittelverordnung



Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 12 Verordnungsvordruck

- Verordnung erfolgt auf dem vereinbarten DIN A4 Vordruck 9.
- Der Vordruck kann per EDV erstellt werden:
Inhalt, Struktur, Aufbau und Zeilenabstand dürfen nicht verändert werden

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Bestandteile des Vordruckes: Name, Vorname des Versicherten, Geburtsdatum, Geburtsort, Versicherungsnummer, Geburtsdatum, Geburtsort, Beruf, Berufsprüfung, Versicherungsnummer, Geburtsdatum, Geburtsort.

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen
 Mundwunde
 Zahngewebe
 Ja
 Nein
 Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie
Vorwählbare Heilmittel:
 KG
 KG-ZNS-Kinder
 Bobath
 Vestib
 Vestib
 KG-ZNS
 Bobath
 Vestib
 Vestib
 MT
 MLD 30
 MLD 45

Ergänzende Heilmittel:
 Kälte
 Wärme
 Elektrostimulation
 Elektrotherapie
 Infrarot
 Heiße Luft
 Ultraschall
 Phonophorese
 Ggf. Speitzitierung
 Übungsbehandlung

Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie
Therapiedauer:
 30 min, ____
 45 min, ____
 60 min, ____

Anzahl pro Woche:

 1x
 2x
 3x
Verordnungsmenge: ____

auf ergänzende Heilmittel:
Anzahl pro Woche: ____
 1x
 2x
 3x
Verordnungsmenge: ____

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

EDV-Datei: _____
 EDV-Datei: _____

Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.):

IK des Leistungserbringers: _____
 Zahnärztliche Unterschrift des Zahnarztes: _____

Empfangsbestätigung durch den Versicherten
 Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelbringers
 Rechnungsnummer: _____
 IK des Leistungserbringers: _____
 Belegnummer: _____

Behandlungsabbruch: Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt
 Abweichung von der Frequenz

Begründung: _____

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers: _____

Allgemeine Grundsätze

§ 1 Grundlagen

- Vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie dient der Sicherung **ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Versorgung**.
- Besondere Belange psychisch kranker, behinderter, von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen sind Rechnung zu tragen.
- Richtlinie gilt **nur** für vertragszahnärztliche Versorgung.

Allgemeine Grundsätze

§ 2 Heilmittel (1)

- Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen.
- Verordnungsfähige Heilmittel:
 - einzelne Maßnahmen der Physiotherapie
 - einzelne Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Allgemeine Grundsätze

§ 2 Heilmittel (2)

- Behandlung der krankheitsbedingten strukturellen/funktionellen Schädigungen des Mund- und Kieferbereichs.
- Zur Erreichung dieser Ziele können anatomisch direkt angrenzende oder funktionell unmittelbar mit dem craniomandibulären System in Zusammenhang stehende Strukturen z. B. der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems oder der absteigenden Lymphbahnen (betrifft **nur** Kopf- und Halsbereich) mitbehandelt werden.
- Die Ursache der strukturellen/funktionellen Störung muss im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich liegen.

Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

- Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, um Therapieziel zu erreichen.
- Wird das Therapieziel nicht erreicht, sind weitere Verordnungen möglich; diese sind dem Verordnungsfall zuzuordnen (med. Gründe in der Kartei dokumentieren).
- Die zulässige Höchstmenge je Verordnung ist im Heilmittelkatalog festgelegt.
- Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn 6 Monate keine Verordnung ausgestellt wurde.

Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 7 langfristiger Heilmittelbedarf

- bei langfristigen strukturellen/funktionellen Schädigungen, Beeinträchtigung der Aktivitäten und dadurch nachvollziehbarer Therapiebedarf
- Antrag bei der Krankenkasse stellen.
- Verordnung kann unbefristet erfolgen.
- Entscheidung durch Krankenkasse evtl. Medizinischen Dienst (MDK):
 - Antrag des Versicherten erforderlich.
 - Kopie-Verordnung an Krankenkasse senden.
 - Original-Verordnung verbleibt beim Versicherten.

„Budgetierung“?

- Für die vertragszahnärztliche Heilmittelverordnung existiert **keine Richtgrößenvereinbarung** nach § 84 Abs. 6, 7 SGB V.
- Eine „Budgetierung“ der Heilmittelverordnung besteht damit nicht.

Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 9 Ort der Leistungserbringung

- Behandlung in der Praxis des Therapeuten/in
- Behandlung in häuslicher Umgebung – Hausbesuch
- tagesstrukturierte Fördereinrichtung (ganztägige Aufnahme) – bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung
- Regelkindergarten oder Regelschulen (bei langfristigen und schweren funktionellen Schädigungen)

Zusammenarbeit zwischen VZA/VZÄ sowie Therapeut/in

§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

- Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung
- dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen



Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja

- Verordnungen sind max. 16. Wochen ab Verordnungsdatum gültig

Zusammenarbeit zwischen VZA/VZÄ sowie Therapeut/in

§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung

- Abweichung der Frequenz nur durch Absprache mit VZA/VZÄ und Therapeut/-in, was vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck dokumentiert werden muss.
- Unterbrechung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung – Verordnung verliert ihre Gültigkeit.
- Therapiebericht kann angefordert werden.

The image shows a portion of a prescription form with two identical sections. The top section is titled 'Anzahl pro Woche' and contains three checkboxes labeled '1x', '2x', and '3x'. The '1x' checkbox is selected. Below this is a field labeled 'Verordnungsmenge' with an empty input box. The bottom section is titled 'ggf. ergänzendes Heilmittel' and also contains 'Anzahl pro Woche' (with '1x' selected) and 'Verordnungsmenge' (with an empty input box).

Zahnärztliche Diagnostik

§§ 16/17 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie und der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

- Eingangsdagnostik ist vor der erstmaligen Verordnung erforderlich.
- Störungsbildabhängige diagnostische Maßnahmen sind durchzuführen und zu dokumentieren (Karteikarte).
- Fremdbefunde sollten herangezogen werden.
- Es ist zu prüfen ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des Befundes erforderlich ist
- Bei nicht Erreichen des Therapieziels weiterführende Diagnostik
- Kein Konsil nach BEMA Nr. 181a/b, 182a/b oder Leistungen nach GOZ abrechenbar!

Maßnahmen der Physiotherapie

§ 18 Grundlagen

- Therapeut/-in besitzt eine Berufsausbildung
- Bestimmte Maßnahmen bedürfen einer speziellen Qualifikation, die über eine Berufsausbildung hinausgehen (manuelle Therapie/Lymphdrainage ...)



Vorrangige Heilmittel

§ 19 Bewegungstherapie

KG (Krankengymnastik)

Behandlung von Fehlentwicklungen, Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen des Kiefergelenkes

- Mobilisierende und stabilisierende Übungen und Techniken
- Funktionsverbesserungen
- Kontrakturvermeidung

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Physiotherapie	
Vorrangige Heilmittel:	Ergänzende Heilmittel:
<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 type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung
<input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	

KG-ZNS-Kinder

Krankengymnastik Zentrales Nervensystem Kinder bis 18 Jahre (Bobath, Vojta)

KG-ZNS

Krankengymnastik Zentrales Nervensystem über 18 Jahre (Bobath, Vojta, PNF)

Vorrangige Heilmittel

§ 19 Bewegungstherapie

Manuelle Therapie (MT)

- Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen der Gelenke
- gezielte Mobilisation
- Anwendung von Weichteiltechniken

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie	
Vorrangige Heilmittel:	Ergänzende Heilmittel:
<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation
<input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder	<input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie
<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Heißluft
<input type="checkbox"/> Vojta	<input type="checkbox"/> Heiße Rolle
<input type="checkbox"/> KG-ZNS	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Packungen
<input type="checkbox"/> Vojta	Ggf. Spezifizierung
<input type="checkbox"/> PNF	_____
<input checked="" type="checkbox"/> MT	_____
<input type="checkbox"/> MLD 30	<input type="checkbox"/> Übungsbehandlung
<input type="checkbox"/> MLD 45	

Ergänzende Heilmittel

§ 21 Thermotherapie (Wärme-/oder Kältetherapie)

- nur in Kombination mit einem vorrangigen Heilmittel verordnungsfähig
- wirkt schmerzlindernd, beeinflusst Muskeltonus
- Kälteanwendung wirkt zusätzlich entzündungshemmend
- Kältetherapie mittels Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft
- Wärmetherapie mittels Heißluft, heiße Rolle, Ultraschall und Wärmepackungen (z. B. Fango)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie	
Vorrangige Heilmittel:	Ergänzende Heilmittel:
<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder	<input type="checkbox"/> Wärme
<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Heißluft
<input type="checkbox"/> Vojta	<input type="checkbox"/> Heiße Rolle
<input type="checkbox"/> KG-ZNS	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Packungen
<input type="checkbox"/> Vojta	Ggf. Spezifizierung
<input type="checkbox"/> PNF	_____
<input type="checkbox"/> MT	_____
<input type="checkbox"/> MLD 30	<input type="checkbox"/> Übungsbehandlung
<input type="checkbox"/> MLD 45	

Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 10 Auswahl der Heilmittel

- Zu einem vorrangigen Heilmittel kann ein weiteres ergänzendes Heilmittel verordnet werden – maximal zwei Heilmittel je Verordnung.
- Bei entsprechender Indikation ist die gleichzeitige Verordnung von Physiotherapie und der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie zulässig – je ein Verordnungsvordruck.
- Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden.
(Behandlung = ein vorrangiges und evtl. ein ergänzendes Heilmittel)
- Doppelbehandlungen sind möglich, allerdings nur bei den Indikationsgruppen: CD2, ZNSZ und SCZ.

Indikationsgruppe CD1a-d

Craniomandibuläre Störung mit prognostisch kurzzeitigem bis mittelfristigem Behandlungsbedarf

- Kiefergelenk-/Muskelstörungen, Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich
- orthognathen Operationen
- Tumoren

vorrangiges Heilmittel

- KG/MT

ergänzendes Heilmittel

- Kälte/Wärme/Elektrotherapie

orientierende Behandlungsmenge

- Höchstmenge je VO: bis 6x/VO
- Gesamtmenge: bis 18 Einheiten
- Frequenz: 1-3x wöchentlich

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie	
Vorrangige Heilmittel:	Ergänzende Heilmittel:
<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"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Elektrotherapie
Ggf. Spezifizierung	
<input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	
<input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	

Anzahl pro Woche
<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> 10 1x 2x 3x
Verordnungsmenge
<input type="text"/>
<i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i>
Anzahl pro Woche
<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> 11 1x 2x 3x
Verordnungsmenge
<input type="text"/>

Indikationsgruppe CD2a-d

Craniomandibuläre Störung mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf

- operationsbedingte funktionelle Einschränkungen bei Traumata, Tumore
- Beeinträchtigung von alltags-relevanter Aktivitäten, wie das Kauen, Sprechen und Schlucken **durch** Fehlbildungssyndrom oder angeborene Fehlbildungen
- chronische Osteoarthritis des Kiefergelenks

vorrangiges Heilmittel

- KG/MT

ergänzendes Heilmittel

- Kälte/Wärme/Elektrotherapie

orientierende Behandlungsmenge

- Höchstmenge je VO: bis 10x/VO
- Gesamtmenge: bis 30 Einheiten
- Frequenz: 1-3x wöchentlich

Indikationsgruppe CSZa-c

chronifiziertes Schmerzsyndrom im Zahn-,
Mund- und Kieferbereich

- atypische Odontalgie
- Folgen nach oder bei neuropathischen Erkrankungen
- primäres (idiopathisches) Mund- und Zungenbrennen
- persistierende Kiefergelenks- und Kiefermuskelschmerzen

vorrangiges Heilmittel

- KG/MT
- ergänzendes Heilmittel
- Kälte/Wärme/Elektrotherapie

orientierende Behandlungsmenge

- Höchstmenge je VO: bis 6x/VO
- Gesamtmenge: bis 18 Einheiten
- Frequenz: 1-3x wöchentlich

Maßnahmen der Physiotherapie

§ 20 Manuelle Lymphdrainage (MLD)

- MLD des Kopf- und Halsbereichs zur entstauenden Behandlung von Ödemen des craniomandibulären Systems
- ableitende Lymphbahnen im Halsbereich nach chirurgischen Eingriffen (Tumorbehandlung, Traumata)
- MLD-30 Minuten Therapiezeit (Teilbehandlung)
- MLD-45 Minuten Therapiezeit (Großbehandlung)
- Übungsbehandlung

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie	
Vorrangige Heilmittel:	Ergänzende Heilmittel:
<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> Kälte
<input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder	<input type="checkbox"/> Wärme
<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Heißluft
<input type="checkbox"/> Vojta	<input type="checkbox"/> Heiße Rolle
<input type="checkbox"/> KG-ZNS	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Packungen
<input type="checkbox"/> Vojta	Ggf. Spezifizierung
<input type="checkbox"/> PNF	_____
<input type="checkbox"/> MT	_____
<input type="checkbox"/> MLD 30	<input type="checkbox"/> Übungsbehandlung
<input type="checkbox"/> MLD 45	

Indikationsgruppe LYZ1

Lymphabflussstörungen im Mund-/Kieferbereich einschließlich ableitender Lymphbahnen

- sekundäre Schädigung des Lymphsystems
- dauerhafte oder temporäre Unterbrechung/Lymphabflussweg
- nach Tumorchirurgie/Chirurgie
- Strahlenbehandlung/Trauma

vorrangiges Heilmittel

- MLD-30

ergänzendes Heilmittel

- Kälte/Wärme
- Elektrotherapie/Übungsbehandlungen

orientierende Behandlungsmenge

- Höchstmenge je VO: bis 6x/VO
- Gesamtmenge: bis 12 Einheiten
- Frequenz: 1-3x wöchentlich

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie	Ergänzende Heilmittel:	
Vorrangige Heilmittel:	<input type="checkbox"/> Kälte	<input type="checkbox"/> Elektrostimulation
<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Elektrotherapie
<input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder	<input type="checkbox"/> Heißluft	
<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Heiße Rolle	
<input type="checkbox"/> Vojta	<input type="checkbox"/> Ultraschall	
<input type="checkbox"/> KG-ZNS	<input type="checkbox"/> Packungen	
<input type="checkbox"/> Bobath		
<input type="checkbox"/> Vojta		
<input type="checkbox"/> PNF		
<input type="checkbox"/> MT		
<input checked="" type="checkbox"/> MLD 30		
<input type="checkbox"/> MLD 45		
	Ggf. Spezifizierung	

	<input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	

Anzahl pro Woche
<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x 10
Verordnungsmenge
<input type="text"/>
<i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i>
Anzahl pro Woche
<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x 11
Verordnungsmenge
<input type="text"/>

Indikationsgruppe LYZ2

chronische Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich, einschließlich ableitender Lymphbahnen

- sekundäre Schädigung des Lymphsystems
- dauerhafte/temporäre Unterbrechung der Lymphabflusswege
- nach Tumorchirurgie/Chirurgie
- Strahlenbehandlung/Trauma

vorrangiges Heilmittel

- MLD-30/MLD-45

ergänzendes Heilmittel

- Kälte/Wärme/Elektrotherapie
Übungsbehandlung

orientierende Behandlungsmenge

- Höchstmenge je VO: bis 10x/VO
- Gesamtmenge: bis 30 Einheiten
- Frequenz: 1-3x wöchentlich

Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

§ 23 Grundlagen

- Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Beseitigung krankheitsbedingter orofazialer Störungen im Mund- und Kieferbereich
- Behandlung in Abhängigkeit der Belastbarkeit und des Störungsbild der Patient/in als 30-, 45- oder 60- minütige Behandlung verordnungsfähig

**Sprech- und Sprachtherapie
oder Schlucktherapie**

Therapiedauer

<input type="checkbox"/> 30 min.	_____
<input type="checkbox"/> 45 min.	_____
<input type="checkbox"/> 60 min.	_____

Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

§ 24 Sprechtherapie

- Maßnahmen zur gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, Sprechgeschwindigkeit, der koordinativen Leistung von motorischer und sensorischer Sprachregion
 - des Sprechapparates,
 - der Mundatmung,
 - der Lautbildung.

Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

§ 25 Sprachtherapie

- Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen kommunikativen Fähigkeiten.
- umfasst Maßnahmen wie die Ausbildung und Erhalt der Lautsprache, Artikulationsverbesserungen, Aufbau von Kommunikationsstrategien, Normalisierung und Verbesserung der Lautbildung, Beseitigung der Dysfunktionen der Zungenmuskulatur.



Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

§ 26 Schlucktherapie in der oralen Phase

- Besserung und Normalisierung des Schluckaktes in der oralen Phase
- Erarbeitung von Kompensationsstrategien
- Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme

Indikationsgruppe SPZ

Störungen des Sprechens

z. B. bei/nach

- Mund-Kieferanomalie (offener Biss)
- orthognathen Operationen
- Tumorchirurgie/Strahlentherapie
- Anomalie der Zahnstellung, Kieferfehlbildung, Zungengröße, fehlerhafte Lagebeziehung der Kiefer sowie Fehlfunktionen

vorrangiges Heilmittel

- Sprech-/Sprachtherapie
30 oder 45 oder 60 Minuten

**Sprech- und Sprachtherapie
oder Schlucktherapie**

Therapiedauer

30 min. _____

45 min. _____

60 min. _____

orientierende Behandlungsmenge

- Höchstmenge je VO: bis 10x/VO
- Gesamtmenge: bis 30 Einheiten
- Frequenz: 1-3x wöchentlich

Indikationsgruppe SCZ

Störung des oralen Schluckakts

z. B. bei/nach

- Traumata, Tumor-Operationen
- operative Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
- Zungenfehlfunktion
- viszeralem Schlucken
- orthognathen Operationen

vorrangiges Heilmittel

- Schlucktherapie
- 30 oder 45 oder 60 Minuten

Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	
Therapiedauer	
<input type="checkbox"/>	30 min. _____
<input type="checkbox"/>	45 min. _____
<input type="checkbox"/>	60 min. _____

orientierende Behandlungsmenge

- Höchstmenge je VO: bis 10/VO
- Gesamtmenge: bis 30 Einheiten
- Frequenz: 1-3x wöchentlich

Ausfüllhinweise Indikationsschlüssel

- Indikationsschlüssel z. B. CD1a, CD2a, LYZ1, SPZ
- setzt sich zusammen aus Diagnosegruppe (z. B. CD1 und eventuell zusätzlich aus dem Buchstaben der Leitsymptomatik)
- Der ICD 10-Code wird vom Zahnarzt nicht ausgefüllt!
- Diagnose und Leitsymptome sind zusätzlich als Freitext anzugeben

The image shows a portion of a dental prescription form. At the top left, there is a box labeled 'Indikationsschlüssel' with a grid of empty boxes for entering codes. To its right, the text reads 'Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele'. Below this, there is a large rectangular box with a thick black border containing the word 'Freitext'. To the left of this box, there is an 'ICD-10 - Code' field with a grid of empty boxes. Below the 'Freitext' box, there is a section for 'Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)' with several horizontal lines for text entry. At the bottom left, there is a field for 'IK des Leistungserbringers' with a grid of empty boxes. At the bottom right, there is a field for 'Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarzte'.

Übung

Der Patient stellt sich mit Kiefergelenksschmerzen in der Zahnarztpraxis vor. Er leidet unter Bruxismus und wiederkehrenden Schmerzen des Masseters, es sind zahlreiche Abrasionen und Schliefflächen erkennbar.

Der Zahnarzt entscheidet, dass die Muskulatur in sechs Sitzungen manuell gelockert und durch Wärmetherapie (Packungen) unterstützt werden soll.

Ziel der Behandlung: Entspannung und Entlastung der Muskulatur.

Der Patient soll sich in der physiotherapeutischen Praxis zweimal in der Woche vorstellen. Der Zahnarzt möchte einen Therapiebericht erhalten. Ein Hausbesuch ist nicht erforderlich.

Auflösung Übung

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Barmer
Mustermann
Max 01.01.1960
8000 M0123456 M 1

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Übergabe Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

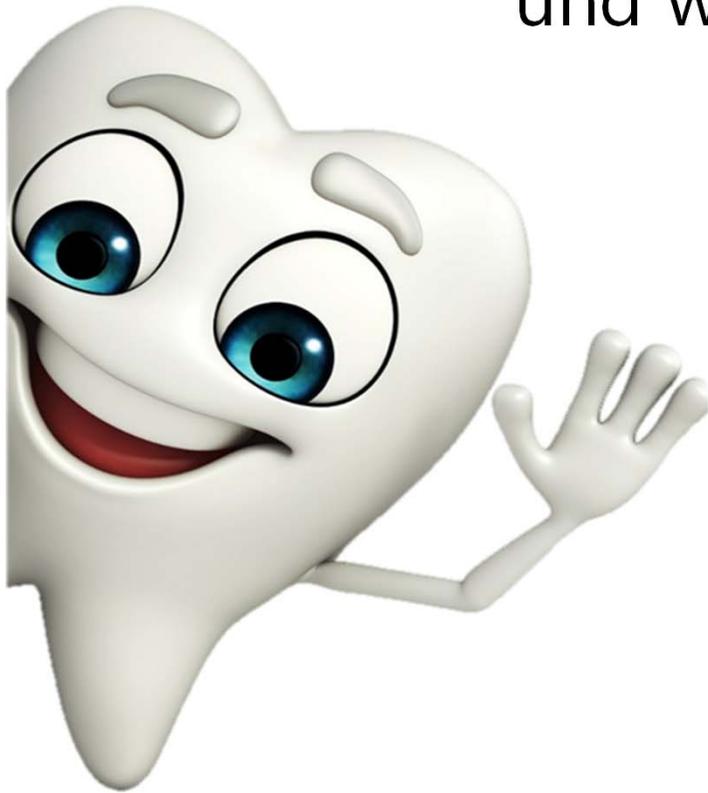
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie Vorrangige Heilmittel <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Balneol <input type="checkbox"/> Hydro <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Balneol <input type="checkbox"/> Hydro <input type="checkbox"/> PMP <input checked="" type="checkbox"/> MPT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	Ergänzende Heilmittel <input type="checkbox"/> Wärme <input checked="" type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Ultraschall <input checked="" type="checkbox"/> Packungen <input type="checkbox"/> Ggf. Spezifizierung <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min. <input type="checkbox"/> 60 min.	Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> 1x <input checked="" type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x Verordnungsmenge 6
Diagnose mit Leitformeln, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapiemittel CD1a <u>Bruxismus, Abrasionen und Schliiffflächen,</u> <u>Schmerzen durch Fehl-oder Überbelastung</u>			Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> 1x <input checked="" type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x Verordnungsmenge 6

Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blockverordnung, etc.)

0815 Dr. Zähnen

Wir danken für Ihre Aufmerksamkeit
und wünschen Ihnen alles Gute.
Bleiben Sie gesund!



Sie haben Fragen zu Ihrer KB-Abrechnung?

Servicehotline 89004-402

Homepage KZV Berlin: Webcode W00235

Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gern.