

## Krankengymnastik / Physiotherapie

---

### Physiotherapeutische Untersuchungen und Anwendungen bei CMD

---

Die physiotherapeutische Untersuchung und Mitbehandlung des craniomandibulären Systems ist in der heutigen Zeit ein wesentlicher Bestandteil der Diagnostik sowie Therapie von Craniomandibulären Dysfunktionen (CMD). Weitverbreitete Studien weisen bis zum heutigen Zeitpunkt nach, dass die kollektive Behandlung von Funktionsstörungen des Kauorgans in Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Physiotherapeuten messbar erfolgreichere Ergebnisse erbringen als nur einzelne Behandlungsversuche verschiedener Disziplinen.

Unabhängig davon tritt in der heutigen Zeit der Zusammenhang zwischen Craniomandibulären Dysfunktionen und anderen Erkrankungen in den Vordergrund. Dies betrifft stets Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie auch Schmerzerkrankungen. So berichten Studien, dass 70% der untersuchten CMD-Patienten zusätzlich über Schmerzen in der Hals-Schulter-Region sowie im Bereich Rücken, Oberarme und Knie klagten. Da der Zahnarzt in der Regel keine funktionelle Untersuchung des übrigen Bewegungsapparates vornimmt und Patienten das auch nicht erwarten, ist es sinnvoll, diese Untersuchungen durch Physiotherapeuten durchführen zu lassen.

Die Überlegenheit dieser interdisziplinären Kollektivität in Diagnostik und Therapie von CMD weisen mittlerweile unzählige Untersuchungen nach. Eine der größten diesbezüglichen Studien wurde in den vergangenen Jahren an der Zahn-, Mund- und Kieferklinik des Universitäts-Klinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Von über 2.000 erfassten Patienten, bei denen nach einer zahnärztlich-funktionsanalytischen Untersuchung eine der Formen von CMD diagnostiziert wurde, konnte nach dieser Untersuchung 64% allein mit physiotherapeutischen Maßnahmen geholfen werden; bei weiteren 27% der Patienten wurde durch eine Kombination von physiotherapeutischen Maßnahmen mit Okklusionsschienen oder weiteren Aufbissbehelfen Beschwerdefreiheit oder mindestens eine deutliche Reduktion der angegebenen Beschwerden erreicht.

Die Voraussetzung war in allen Fällen, dass die physiotherapeutische Behandlung schon bei den ersten Anzeichen einer Schmerzsymptomatik in die Wege geleitet wird.

#### Physiotherapeutische Untersuchung

Die Grundlage der physiotherapeutischen Untersuchung ist eine genaue Anamnese. In der Fragestellung sollten körperliche Traumata / frühere Operationen vollständig enthalten sein, da aus diesen Vorfällen über die Faszien vermittelten Einflüsse in das craniomandibuläre System entstanden sein und noch immer bestehen könnten.

Die spezielle Anamnese basiert zunächst auf den Informationen, die der verordnende Zahnarzt zuvor erhoben hat. Voraussetzung ist das Vorliegen der Unterlagen aus der klinischen Funktionsanalyse mit den gestellten Initialdiagnosen des

Behandlers. Hier sollten auch die Nebendiagnosen in Bezug auf die allgemeine Körperhaltung und die möglichen Auffälligkeiten in der Funktion der Halswirbelsäule (HWS) festgehalten sein.

Im nächsten Zuge erfolgt die physiotherapeutische Befundung mit der Bewertung von Integument, Muskulatur und Bewegungssegmenten.

Bei dieser Erfassung sollte der ganze Bewegungsapparat untersucht werden, beginnend mit Kopf und Hals (einschließlich der Kiefergelenke), weiter über die Schultern und die Wirbelsäule bis hin zu den Hüftgelenken, den Knien sowie Füßen (Ganzkörperstatus).

Als Untersuchungskriterien fungieren dabei :

- Flexion,
- Extension,
- Rotation und
- Seitneigung.

Die Untersuchung soll aktiv und passiv erfolgen.

Die Überprüfung der Halswirbelsäule erfolgt am sitzenden Patienten. Der Patient nimmt hierzu eine relaxierte Körperhaltung ein und beugt den Kopf ca. 45° in die Flexion und 45° in die Extension, bzw. Rotation und Seitneigung, aktiv.

Bei der aktiven Befundung geht es um die Beurteilung der gesamten Beweglichkeit und der eventuell eingenommenen Schonhaltung des Patienten. Daraufhin erfolgt mit der Unterstützung des Physiotherapeuten die passive Rotationsuntersuchung. Es wird eine leichte Traktion ausgeführt und die HWS passiv nach rechts sowie nach links bewegt. Liegt hierbei eine Seitendifferenz vor, weist dies auf eine Störung der mittleren Halswirbelsäule hin.

Des Weiteren erfolgen die Differenzierungstests. Die Halswirbelsäule wird passiv in die Flexion und anschließend in die Rotationsbewegung geführt, um die obere Halswirbelsäule zu überprüfen. Zur Beurteilung der unteren Halswirbelsäule wird der Kopf in Extension und in die Rotation geführt. Danach erfolgt die Untersuchung der Seitneigung.

Liegt hier eine Bewegungseinschränkung der Bogengelenke eines Wirbelsäulensegmentes vor, kann man daraus schließen, dass die Ursache arthrogen oder myogen ist.

Bei positiven Befunden ist daher eine differenzierte segmentale Untersuchung der Halswirbelsäule nötig, in einigen Fällen sogar der kompletten Wirbelsäule. Das Resultat dieser Untersuchung ist eine Analyse der Bewegungseinschränkungen.

Für die Beurteilung der Kaumuskulatur ist dabei von Bedeutung, dass die wesentlichen Kaumuskeln durch zahlreiche akzessorische Muskeln unterstützt werden, wie

- die Zungenmuskeln,
- die Muskulatur der Lippen und Wangen,
- die obere und untere Zungenbeinmuskulatur
- und einige Halsmuskeln.

Aus diesem Aspekt widmet man sich auch der Untersuchung jener Muskelareale. Wenn der Zahnarzt auf den Kaumuskeln Druckdolenzen oder Hyper- bzw. Hypotrophien befundet und Initialdiagnosen aus den Hauptgruppen Myopathie und / oder Arthropathie stellt, sollte in der Physiotherapie eine differenzierte Untersuchung der funktionell verwandten Muskulatur erfolgen.

Bei der Untersuchung der Kiefergelenke und der Kaumuskulatur sind folgende Kriterien zu beachten:

- Abtasten der gesamten Kau- und Kauhilfsmuskulatur,
- Mobilität der Kiefergelenke (Hypo-/Hypermobilität?),
- Muskellänge,
- Faszienlänge,
- Kraft und Symmetrie der Muskulatur (isometrische Spannungstests),
- Koordination von Bewegung und Muskelaktivität,
- Stabilität der Bewegung.

Dazu werden folgende Befunde erhoben:

- **Abweichungen des Unterkiefers von der Mittellinie beim Öffnen und Schließen (muskulär / artikulär / neural),**
- **Einschränkungen des Unterkiefers bei der Vor- und Seitwärtsbewegung und Mundöffnung,**
- **Unterkieferkoordination,**
- **Muskeldysbalancen,**
- **Muskelkraft (Differenzierung kräftig <> schwach),**
- **Muskeltonus (Spasmus?),**
- **Bewegungsschmerz,**
- **klinische Funktionsanalyse,**
- **die Manualmedizin bei der Untersuchung der Kiefergelenke:**
  - **Knack- und Reibegeräusche,**
  - **Hyper- und Hypomobilitäten,**
  - **artikuläre Zeichen.**

Die Untersuchung der Mobilität der Bewegungsachsen erfolgt aktiv sowie passiv. Bei der aktiven Befundung wird die allgemeine Beweglichkeit und die Schonhaltung bewertet. Hingegen steht bei der passiven Untersuchung der artikulären Zeichen die Endbeweglichkeit des Gelenks im Vordergrund; zu bewerten ist hierbei das Endgefühl. Je nach Definition werden hierbei in der Regel vier charakteristische Befundqualitäten unterschieden:

- weich-elastisch (= Muskulatur),
- fest-elastisch (= Bandapparat),
- hart-elastisch (= Knorpel),
- hart-unelastisch (= Knochen).

Voraussetzung für eine solche Differenzierung des Endgefühls in vier Qualitäten ist eine entsprechende Ausbildung des Physiotherapeuten. Das Resultat der Untersuchung gibt Aufschluss über die Fragen, welche der verschiedenen Gewebe einer Behandlung bedürfen und welche nicht (Muskeln, Faszien, Ligamente, Knorpel und Gelenke). Der individuelle Befund wird in der Patientenakte bzw. auf einem

speziellen Befundbogen aufgezeichnet. Nach jeder physiotherapeutischen Untersuchung müssen die Kernfragen folglich lauten:

- Welche Bewegungen kann der Patient ausführen und welche nicht?
- Wie sind die Bewegungen sowie die damit zusammenhängenden Gewebe und ihre Funktion von der Norm abweichend verändert?
- Welche Bewegungen, Gewebeveränderungen und Funktionsstörungen passen nicht in den Rahmen seines Beschwerdebildes?
- Wie stellt sich die Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle dar?

Die physiotherapeutische Befundung beantwortet diese Fragen und definiert damit die Ansatzpunkte für die physiotherapeutische Therapie.

### Physiotherapie

Die Physiotherapie setzt sich sowohl aus physikalischen Verfahren wie Kälte- und Wärmetherapie als auch aus manualmedizinischen Behandlungstechniken wie Massagen, Weichteilmobilisation, Dehntechniken, Gelenktechniken und aktiven Übungsbehandlung zusammen. Die Auswahl der einzelnen Behandlungsverfahren und auch der Techniken hängt dabei von der individuellen Befundkombination sowie vom Behandlungskonzept und dem Ausbildungsstand des Physiotherapeuten ab. Die Auswahl ist umfassend, da für die verschiedenen Befundkombinationen verschiedene Behandlungstechniken etabliert sind. Von einer anderen Perspektive betrachtet, können die einzelnen Anwendungstechniken auch in unterschiedlichen Behandlungssituationen zum Einsatz kommen.

Bestimmte Therapiegrundprinzipien haben sich mittlerweile jedoch durchgesetzt und können heute als Standard definiert werden. Hierzu zählt unter anderem eine Behandlungsstruktur, die auf einer Reihe aufeinanderfolgender Behandlungstermine sowie einem ergänzenden häuslichen Übungsprogramm für den Patienten aufbaut. Hinzu kommt, dass sich sowohl die Gesamtstrategie als auch jede einzelne Behandlungssitzung aus folgenden Bausteinen zusammensetzt:

Der **physikalischen Anwendung** kommt hierbei primär die Rolle vorbereitender Therapie im Rahmen der Entspannung zu.

An erster Stelle steht dabei die **Wärmetherapie** mittels Infrarotbestrahlung und / oder der heißen Rolle. Die Hyperthermierung des Gewebes bewirkt eine Durchblutungssteigerung und wirkt resorptionsfördernd sowie analgesierend. Die Hauptindikation der Wärmetherapie ist die überbeanspruchte Muskulatur. Diese wird hierbei reflektorisch relaxiert. Weniger geeignet sind Wärmeanwendungen beim Bestehen akuter Entzündungen, z. B. der Kiefergelenke.

Ist dies der Fall, bewährt es sich stattdessen, der **Kältetherapie** mittels Eiswasserpackungen den Vorzug zu gewähren. Hierbei kommt es nach einer anfänglichen Vasokonstriktion zu einer Vasodilatation und damit zu einer besseren Durchblutung in der Muskulatur sowie zum Abschwellen der Gewebe.

Die Hauptindikation der Kälteanwendungen liegt daher in der Drosselung des Schmerzempfindens bei entzündlichen Prozessen oder Schwellungen.

Den physikalischen Anwendungen folgt in der Klinik meist eine **physiotherapeutische Behandlung** unter Einsatz manueller Therapieverfahren und Massagen.

### **Wärmetherapie:**

Die Wärmetherapie wird durch eine nur oberflächlich, lokal wirkende Anwendung von trockener oder feuchter Wärme charakterisiert. Bei dieser Therapie erreicht der Behandler eine Reduktion des erhöhten Muskeltonus bei subkutanen Tendopathien wie auch bei subkutanen Arthropathien und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Erreichbar sind jedoch nicht die Gewebsschichten des M. pterygoideus lateralis und medialis. Die trockene Wärmebehandlung kann mit der Rotlichtlampe erfolgen, so bewirkt die Lampe, bei einem Abstand von ca. 20 cm, bei einer Bestrahlungsdauer von 20 Minuten eine aktive Hyperämie in den oberen Gewebsschichten bis zu 1 cm Tiefe. Die einfachste Art der feuchten Wärmeanwendung beschreibt die „heiße Dusche“. Die Wirksamkeit eines Warmwasserbads kann durch die Zugabe von Zusätzen gesteigert werden. So wirken Kohlensäure-, Jod- und Schwefelbäder über eine periphere Vasodilatation erwärmend sowie tonusreduzierend. Fango- und Moorpackungen sind weitere bewährte Formen der Wärmetherapie.

### **Kältetherapie:**

Die Kältetherapie wird durch Anwendung von lokaler und oberflächlicher Kälteanwendung gekennzeichnet. Dies erfolgt durch Eispackungen, kalten Wickel, Kältesprays oder Kaltluft. In der Physiotherapie wird die Anwendung von Kälte zu den wirkungsvollsten analgetischen Maßnahmen gezählt. Vorwiegend wird sie bei akuten Muskelverspannungen, Tendopathien und bei akuten arthrotischen sowie entzündlich-rheumatischen Erkrankungen eingesetzt. Das Wirkungsspektrum umfasst: lokalen Wärmeentzug, lokale Vasokonstriktion, Kälteanästhesie und muskuläre Tonusreduktion. Kältesprays haben sich besonders gut bewährt, wenn das Kühlmittel in einem Abstand von ca. 30 cm und in kreisenden Bewegungen aufgebracht wird. Dies wird durchgeführt, bis auf der Haut eine kleine Frostschrift zu erkennen ist. Dabei sind Ohren und Augen des Patienten zu schützen. Dieser Vorgang wird zweimal in 10-Sekunden-Intervallen wiederholt. Im Anschluss können nun Bewegungsübungen durchgeführt werden. Dabei verspürt der Patient weniger Steifheit und Schmerzen. Es zeigt sich auch eine verbesserte Unterkiefermobilität.

### **Hochfrequenztherapie:**

Das Prinzip dieser Therapie besteht darin, dass die applizierte elektrische Energie absorbiert und im Gewebe in kinetische Energie, also Wärme, umgewandelt wird. Die Wellenlänge, Frequenz und Form des verwendeten Strahls entscheiden hierbei die Tiefenwirksamkeit auf das Gewebe. SCHULTE empfahl bei der Mikrowellenbehandlung des M. pterygoideus medialis sowie den M. masseter die Topfelektrode bei 25 Watt ca. 8 - 10 Minuten. Sollte es bei der Hochfrequenztherapie zu einer Schmerzzunahme kommen, muss die Behandlung abgesetzt werden. Noch zu erwähnen gilt, dass das Hochfrequenzfeld in keinem Fall Gehirn und Orbita tangiert. Somit wird die Behandlung des M. temporalis ausgeschlossen.

### **Ultraschalltherapie:**

Hierbei kommen mechanische Schwingungen im Ultraschallbereich zu rehabilitativen oder therapeutischen Zwecken zum Einsatz. Durch den piezoelektrischen Effekt kann es zur Erwärmung und mechanischen Stimulation des Gewebes kommen. Die Ultraschallenergie wird mit fortschreitender Tiefe im Gewebe absorbiert. Prinzipiell kommen bei der Ultraschalltherapie drei Behandlungsverfahren zur Anwendung: Gleichschall, Impulsschall oder Ultraschall mit Reizstrom kombiniert. Bei der Methode des Gleich- und Dauerschalls wird die gewählte Ultraschallenergie dauernd, mit gleicher Stärke, in das Gewebe abgestrahlt. Die Ultraschalltherapie

(thermisch / athermisch) ist besonders in Kombination mit der Reizstromanwendung ein effektives Verfahren zur Detonisierung, Funktionsverbesserung und Schmerzreduktion.

### **Lasertherapie:**

Es hat sich in der Praxis bewährt, zur Behandlung von entzündlichen myogenen sowie arthrogenen Beschwerden die Bestrahlung mit einem Infrarot-Laser anzuwenden. Das Laserlicht kann bis zu 30 mm tief in das Gewebe eindringen.

### **Gleichstromtherapie:**

Durch die Wirkung des galvanischen Stroms kommt es im Gewebe zu einer Ionenwanderung, die bei der Ionenbildung zum Transport von Jodionen im Gewebe genutzt wird. Durch die Jodiontophorese wird ein tonisierender und hyperämischer Effekt beschrieben.

## **Massagetechniken**

Massagen können bei allen strukturellen Veränderungen in der Muskulatur angewendet werden. Sie dienen der reflektorischen Stimulation der Muskeln sowie einer Anhebung der Durchblutung. Mithilfe verschiedener Techniken werden im Anschluss fibrosierte Muskelfasern voneinander getrennt, Myofibrosen gelöst und Kontrakturen beseitigt. Im Prinzip kommen dabei in der Therapie von CMD nachfolgende Massagetechniken zu Anwendung:

- **Effleurage** (flächige Streichungen),
- **Petrissage** (flächige Knetungen),
- **Zirkelung** (flächiges Kreisen),
- **Querfriktion** (quer zum Muskelfaserverlauf),
- **Vibration** (flächiges Vibrieren),
- **Triggerpunkt-Behandlung** (punktuelle Druck).

### **Effleurage:**

Bei dieser Massagetechnik wird mit aufgelegter Handinnenfläche oder Handrückenseite eine breitflächig, langsam streichende Bewegung in Verlaufsrichtung der Fasern der Muskeln vorgenommen. Dies wird von peripher nach zentral ausgeführt. Dieser Massagetechnik schreibt man eine oberflächliche, milde, entspannende sowie schmerzlindernde Wirkung zu. Die Streichungen dienen der Einleitung der Massage und werden vor jedem Wechsel des Massagegriffs wiederholt.

### **Petrissage:**

Hierzu werden die Handinnenflächen bzw. die Fingerspitzen quer zur Verlaufsrichtung der Muskelfasern gelegt und im Sekundenrhythmus durch festes Zugreifen gedehnt und gedrückt. Dies wird auch als Einhand-, Zweihand- Fingerspitzenknetung bezeichnet. Durch die ständig variierende Dehnung und eine damit verbundene Aktivierung der Muskelspindeln wird ein tonisierender Effekt hervorgerufen.

### **Friktion:**

Hierbei handelt es sich um kreisförmige Gleitbewegungen. Dies richtet sich nicht nach dem Muskelfaserverlauf, sondern orientiert sich vielmehr an der Größe sowie Lage der Gewebsverhärtung. Myogelosen (kleinflächige Verhärtungen) werden mit dem Zeige- oder Mittelfinger gezirkelt oder regelrecht „zerdrückt“. Größere Areale

werden mit der ganzen Hand bearbeitet. Die Wirkung wird intensiver und tieferreichender, je mehr Druck auf das Gewebe ausgeübt wird. Der Massagerhythmus liegt bei 2-3 Zirkelungen pro Sekunde.

### Praxis der physiotherapeutischen Kooperationsbehandlung

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Physiotherapeut kann nur dann erfolgversprechend sein, wenn ein enger gegenseitiger Informationsaustausch gewährleistet wird. Wie anfangs ausgeführt, beginnt diese Zusammenarbeit in der Zahnarztpraxis und sollte bereits mit dem Einsetzen von Beschwerden bzw. bei entsprechenden Symptomen erfolgen. Dies macht es möglich, den Umfang der physiotherapeutischen Anwendungen einzugrenzen. Des Weiteren verbessern sich dadurch die Erfolgsaussichten, da durch die frühzeitige Intervention eine weitere Progression der Beschwerden vermieden wird. Die besondere Verantwortung des Zahnarztes liegt folglich darin, die für den Patienten individuell geeigneten Maßnahmen frühzeitig zu veranlassen.

### Inhaltliche Verordnung physiotherapeutischer Mitbehandlung

Das Zusammenspiel mit dem Physiotherapeuten kann nur bei einer präzisen Überlieferung der zahnärztlichen Fragestellung bzw. des Untersuchungs- und Behandlungsauftrages und auch des Ergebnisses der Mitbehandlung vorhersehbar erfolgversprechend sein.

### Klinische Funktionsanalyse

Der vom Umfang her größte Abschnitt ist der Dokumentation der physiotherapeutischen Behandlungstermine gewidmet; Information des Zahnarztes über die durchgeführten Behandlungen und dessen Behandlungsplan. Dieses erleichtert dem Zahnarzt später das Gespräch mit dem Patienten über die Inhalte sowie den Erfolg der physiotherapeutischen Maßnahmen.

Da der Zahnarzt die physiotherapeutischen Maßnahmen anordnet und somit auch zum Teil verantwortet, ist ein diesbezüglicher Informationsfluss für ihn unbedingt notwendig. Dafür ist eine Bewertung durch den Physiotherapeuten Voraussetzung, die – im Sinne des Qualitätsmanagements – von diesem auch unterschrieben sein sollte. Unterschiedliche Gesichtspunkte ermöglichen die Beurteilung, ob die Behandlungsziele schon erreicht oder weitere Termine erforderlich sind.

Das dokumentative Vorgehen gewährleistet, dass die eigentliche Dokumentation jeweils zum selben Zeitpunkt mit dem Patienten vorliegt und für alle Beteiligten zur erforderlichen Therapiesitzung verfügbar ist.

### Physiotherapeutische Befunddokumentation

Auch in der Physiotherapie hat sich die Befunddokumentation durchaus bewährt. In den vergangenen Jahren wurden hierfür spezielle Befundbögen konzipiert. Da diese Bögen zunächst den physiotherapeutischen Befund aufnehmen, ist kein Anschreiben enthalten. Stattdessen sind verschiedene Befundoptionen ersichtlich, die inhaltlich gruppiert sind und beim physiotherapeutischen Erstbefund erhoben werden. Hierzu zählt die Beweglichkeit der HWS – aktiv und passiv. Und auch die Beweglichkeit der Wirbelsäule, wobei hier in Übereinstimmung mit dem orthopädischen Befund bewusst die Ansicht von dorsal gewählt wird, wegen der zugrunde liegenden Untersuchung mit Blick auf den Rücken des Patienten.

Die Befunderhebung der Kaumuskulatur sowie die Beweglichkeit des Unterkiefers in der Frontalansicht entsprechen dem zahnärztlichen Befundmuster, um in Fortschreibung der zahnärztlichen Diagnostik Veränderungen des Befundes leicht vergleichbar erfassen zu können. Zusätzlich enthält der Befundbogen differenzierte Befundoptionen zur Dokumentation der manualtherapeutischen Untersuchung der Kiefergelenke im Sinne der in diesem Absatz erläuterten Differenzierung. Es kommt da zu einem Befund für die Erfassung von Co-Kontraktionen. Diese treten auf, wenn der Patient neben seinen Kaumuskeln regelmäßig zusätzlich weitere Muskeln anspannt – eigentlich diese, die nicht synergistisch wirken. In der klinischen Praxis stellen diese Co-Kontraktionen eine schwierige Aufgabe dar. Entscheidend ist, diese überhaupt als solche zu erfassen.

Bei einer engen Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Physiotherapeuten sollte der ausgefüllte Bogen in Kopie dem ausgefüllten Verordnungsbogen beigelegt und zum Ende einer Behandlungssequenz an den Zahnarzt übermittelt werden.

### Fazit

Bei der initialen Behandlung Craniomandibulärer Dysfunktionen können physiotherapeutische Maßnahmen ausgezeichnete Hilfe leisten. In Zusammenarbeit mit dem Therapeuten können besonders akute, schmerzhafte Erkrankungen der Kaumuskulatur und auch des Kiefergelenkes sehr erfolgversprechend behandelt werden. Außerdem kann der Physiotherapeut Übungen, z. B. zur Koordination der Mundöffnungsbewegung, mit dem Patienten einstudieren. Weiterhin ist die Anwendung von wärmetherapeutischen Maßnahmen in der physiotherapeutischen Praxis möglich. Zur Erzielung eines bestmöglichen Behandlungserfolges sollten sich Zahnarzt und Physiotherapeut über die einzuleitenden Maßnahmen abstimmen. Von besonderem Vorteil kann es sein, wenn der Physiotherapeut neben der manualtherapeutischen Ausbildung Kenntnisse auf dem Gebiet der Behandlung von Craniomandibulären Dysfunktionen erworben hat. Physiotherapeutische Anwendungen können auch von Zahnärzten rezeptiert werden. Je nach Bundesland geschieht das über eine Heilverordnung oder über ein Rezept. Neben der Anzahl der Anwendungen (z. B. 10 x manuelle Therapie) muss eine Verdachtsdiagnose vermerkt werden.