

Tätigkeitsspektrum

Die zahnärztliche Begutachtung und Beratung des Medizinischen Dienstes umfasst:

→ Heil- und Kostenpläne:

- Zahnersatz und Zahnkronen
- Parodontologie
- Kieferorthopädie
- Schienentherapie
- Implantatversorgungen

→ Zahnärztliche Behandlungen im Ausland

→ Außervertragliche Leistungen

→ Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

→ Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen bei Ruhen des Leistungsanspruchs

→ Unaufschiebbarkeit einer Zahnersatz-Versorgung aus medizinischen Gründen

→ Vermutete Mängel am Zahnersatz

→ Unterkieferprotrusionsschienen

→ Zahnärztlich verordnete Heilmittel

→ Vermutete Behandlungsfehler

→ Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung

→ Grundsatzfragen und alle anderen Fragen der zahnmedizinischen Versorgung

Zahnmedizinische Begutachtung und Beratung

Der Medizinische Dienst setzt sich für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ein, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. Im gesetzlichen Auftrag unterstützt und berät der Medizinische Dienst die Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen.

Mit seiner Begutachtung und Beratung trägt der Medizinische Dienst zu einer qualitativ hochwertigen und gleichzeitig wirtschaftlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten bei. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte des Medizinischen Dienstes begutachten vor allem geplante Behandlungen.

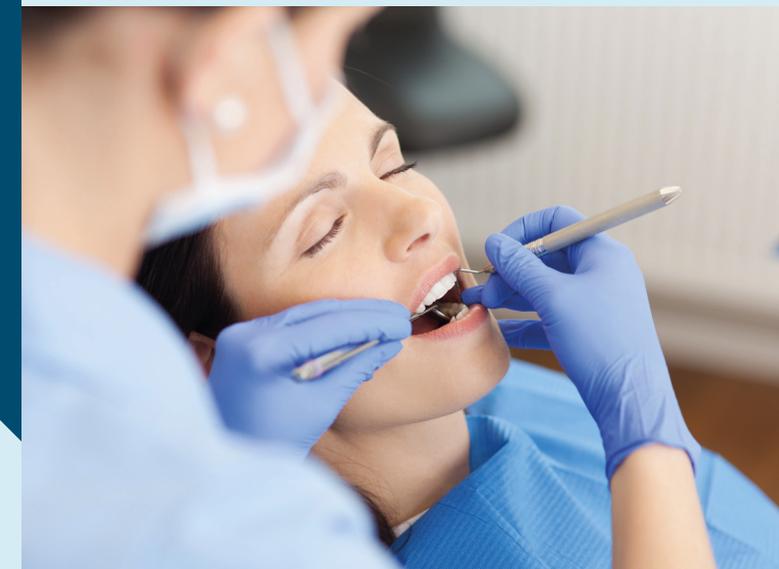
Ihre unabhängige medizinische Einschätzung schützt Versicherte sowohl vor unnötig umfangreichen als auch vor unzureichenden Maßnahmen.

**Sie haben weitere Fragen?
Wir sind gern für Sie da!**

Impressum und Kontakt
Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1
81667 München
Telefon: 089-159060 5555
info@md-bayern.de
www.md-bayern.de

Eine Information des Medizinischen Dienstes Bayern,
www.md-bayern.de

Stand: Januar 2024



Begutachtung

Der Medizinische Dienst erstellt seine Gutachten auf Basis anerkannter medizinischer Erkenntnisse und sozialrechtlicher Vorgaben.

Beurteilung von Behandlungsplänen

Der Medizinische Dienst beurteilt, welche geplanten zahnmedizinischen Behandlungsmaßnahmen zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ist die zahnmedizinische und sozialmedizinische Grundlage für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse.

Beim Zahnersatz werden beispielsweise die folgenden Punkte geprüft:

- Sind die Befunde und die angegebene Regelversorgung korrekt?
- Ist die geplante Versorgung medizinisch notwendig und zweckmäßig? Die Expertinnen und Experten des Medizinischen Dienstes äußern sich dabei auch zu privaten Zusatzleistungen.

Mängel am Zahnersatz

Einen vermutlich mangelhaften Zahnersatz kann die Krankenkasse durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes beurteilen lassen. Das gilt für Regelversorgungen ebenso wie für gleich- und andersartigen Zahnersatz. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt übernimmt für Regel- und gleichartige Versorgungen mit Zahnersatz – angelehnt an Anlage 6 Bundesmantelvertrag Zahnärzte: nach deren Eingliederung – eine Gewähr von 24 Monaten und hat innerhalb dieser Zeit die Erneuerung oder Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen kostenfrei vorzunehmen (§ 136a Abs. 4 SGB V). Für andersartigen Zahnersatz gilt eine Frist von drei Jahren (§ 195 BGB). Außerhalb dieser Fristen begutachtet der Medizinische Dienst vermutlich fehlerhaften Zahnersatz unter der Überschrift „vermuteter Behandlungsfehler.“

Unterstützung bei vermuteten Behandlungsfehlern

Vermuten Versicherte einen Behandlungsfehler, kann die Krankenkasse ein Gutachten des Medizinischen Dienstes in Auftrag geben (§§ 66 und 275 Abs. 3 SGB V). Der Medizinische Dienst untersucht dabei Fragen wie:

- Hat die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen Fehler begangen? Ein solcher kann bei der Diagnostik, der Patientenaufklärung oder der Behandlung unterlaufen sein.
- Ist ein Schaden aufgetreten, der sich auf diesen Fehler zurückführen lässt?

Betroffene Versicherte können auf dieser Grundlage weitere Schritte in die Wege leiten. Die Krankenkasse kann eigene Regressansprüche stellen, wenn sie aufgrund des Schadens Leistungen erbracht hat (§ 116 SGB X). Der Zeitraum, in dem Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden können, hängt von den Gegebenheiten des Einzelfalls ab.

Zu berücksichtigen sind beispielsweise die regelmäßige Verjährungsfrist (§ 195 BGB), deren Beginn und die Verjährungshöchstfrist (§ 199 BGB) sowie Umstände, die den Fristablauf gegebenenfalls hemmen (§§ 203 und 204 BGB).

Außervertragliche Leistungen

Im Auftrag der Krankenkasse beurteilt der Medizinische Dienst auch Leistungen, die keine Vertragsleistung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen. Dazu zählen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen die medizinische Notwendigkeit sowie die wissenschaftlich belegte Wirksamkeit noch zu prüfen sind.

Wer führt die Begutachtung durch?

Die Begutachtung erfolgt durch Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie. Interdisziplinäre Fragestellungen bearbeiten auch Fachärztinnen und Fachärzte aus weiteren Fachgebieten, insbesondere für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Regelmäßige wissenschaftliche Fortbildungen und ein kontinuierliches Qualitätsmanagement sichern den hohen fachlichen Standard der erstellten Gutachten.

Rechtsgrundlagen der Begutachtung

Die Begutachtung geplanter zahnmedizinischer Behandlungen durch den Medizinischen Dienst ist gesetzlich verankert (§ 275 Abs. 1 SGB V). Darüber hinaus haben die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ 275 Abs. 2. SGB V, § 18 SGB V) und ob die Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§ 275 Abs. 2 SGB V, § 27 Abs. 2 SGB V).

Praktischer Ablauf

Die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst fordern bei den Zahnarztpraxen die notwendigen Unterlagen an (§ 276 Abs. 1 SGB V). Dazu zählen zahnärztliche oder ärztliche Befunde, Röntgenbilder und Kiefermodelle. Die behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte sind verpflichtet, diese Unterlagen unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 SGB V). Sind die vorgelegten Unterlagen ausreichend, wird das Gutachten auf dieser Basis erstellt. Falls nicht, fordern die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst weitere Unterlagen an. Gegebenenfalls lädt der Medizinische Dienst die Patientinnen und Patienten zu einer persönlichen Untersuchung ein, um weitere Befunde zu erheben.

Datenschutz

Die Verfahrensweisen zum Umgang mit Patientendaten beim Medizinischen Dienst sind in § 276 SGB V umfassend geregelt.

Rasche Bearbeitung

Der Medizinische Dienst erstellt Gutachten zu geplanten Behandlungen innerhalb von drei Wochen (§ 13 Abs. 3a SGB V), es sei denn, es gibt hinreichende Verzögerungsgründe. Eine Verzögerung kann eintreten, wenn die Unterlagen unvollständig sind, wenn Versicherte einen Untersuchungstermin nicht wahrnehmen können, oder wenn weitere Befunderhebungen erforderlich sind.

Widerspruch und Einspruch

Versicherte können einer Leistungsentscheidung der Krankenkasse widersprechen. Das gilt auch, wenn die Krankenkasse einen Leistungsantrag der Versicherten ablehnt und die Entscheidung auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes stützt. Außerdem können die behandelnden oder verordnenden Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber der Krankenkasse Einspruch erheben. Widerspruch oder Einspruch sind zu begründen. Die Krankenkasse entscheidet, ob sie den Medizinischen Dienst erneut mit einer Begutachtung beauftragt. Die behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte können dem Medizinischen Dienst weitere diagnostische Unterlagen senden. Die zahnärztlichen Gutachterinnen und Gutachter setzen sich mit den strittigen Punkten auseinander und berücksichtigen die aktuelle Sachlage. Ggf.: Die Erstgutachterin oder der Erstgutachter prüft, ob sie oder er aufgrund neuer Gesichtspunkte zu einem anderen Ergebnis als beim Erstgutachten kommt. Ist das nicht der Fall, erstellt eine Zweitgutachterin oder ein Zweitgutachter das Widerspruchsgutachten.

Beratung

Service für Versicherte und Krankenkassen

Der Medizinische Dienst kann die Krankenkassen bei der Beratung ihrer Versicherten unterstützen (§ 275 Abs. 4 SGB V). Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen den Medizinischen Dienst auch in anderen Belangen zu Rate ziehen, insbesondere bei allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, der Qualitätssicherung, bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, vor allem der Prüfungsausschüsse (§ 275 Abs. 4 SGB V).

Fortbildung für Krankenkassen

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen bietet der Medizinische Dienst fachlich-sozialmedizinische Fortbildungen an.