Stand: Juli 2024

Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen

für geschlechtsangleichende Operationen bei trans*Personen Ü18 Jahre.

Nicht jede*r hat das Geld um die Kosten für die operativen Maßnahmen wie z.B. die Mastektomie selbst zu tragen – dafür kann bei der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse die Kostenübernahme beantragt werden. Unser Schwerpunkt liegt hier bei der gesetzlichen Krankenkasse.

Der Medizinische Dienst Bund hat hierzu in seiner Begutachtungsanleitung (Stand 21.08.2020) festgelegt, welche Voraussetzungen und welche Dokumente bei der Beantragung eingereicht werden müssen und welche Fristen gesetzt bzw. eingehalten werden müssen.

Die Begutachtungsanleitung (BGA) kann direkt auf der Homepage des Medizinischer Dienst Bund (www.md-bund.de) heruntergeladen werden.
Einfach im Suchfeld BGA Transsexualismus eingeben

Auf den folgenden Seiten findest du Informationen:

- Welche Dokumente bei der Beantragung eingereicht werden müssen
- Welche Fristen für die Krankenkasse und den MDK gelten.
- Was man tun kann, wenn der Antrag erst einmal abgelehnt wird.

Alle Rechte vorbehalten

Welche Dokumente müssen bei der Beantragung eingereicht werden?

- ☐ **Konkreter Leistungsantrag des Betroffenen möglichst mit Bezeichnung aller kurz-, mittel- und langfristig angestrebten geschlechtsangleichenden Maßnahmen**
  (bedeutet genau auflisten, was gemacht werden soll inkl. möglicher Korrekturen)
- ☐ **Krankenkassendaten/Leistungsauszug über bisher durchgeführte Maßnahmen der letzten 5 Jahre!**
- ☐ **Namen der/des behandelnde*n Psychotherapeut*in, Psychiater*in, Endokrinolog*in, Gynäkolog*in/Urolog*in**
- ☐ **Ggf. vom Versicherten eingereichte Befundberichte/Entlassungsberichte**
- ☐ **Psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlungs- bzw. Verlaufsbericht**
  gemäß inhaltlichen Kriterien wie unter Punkt 2.3 der MDS-BGA 2020 bezeichnet
  - Anamnese,
  - Diagnose und differentialdiagnostische Überlegungen,
  - begleitenden psychischen Störungen,
  - krankheitswertigem Leidensdruck,
  - Behandlung des Leidensdruckes,
  - Behandlung der Komorbiditäten (falls vorhanden),
  - Begleitung der Alltagserfahrungen
- ☐ **Behandlungsberichte (z.B. Endokrinologie, Gynäkologie/Urologie)**
- ☐ **Fachärztliche Befunde je nach beantragter Leistung**
- ☐ **Befundberichte zu somatischen Untersuchungsergebnissen**
  (z.B. gynäkologisch, andrologisch, urologisch, endokrinologisch),
- ☐ **Psychiatrisch/psychotherapeutische Indikationsstellung**
  zur medizinischen Notwendigkeit der beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahme
- ☐ **Somatisch-ärztliche Indikationsstellung**
  durch die/den beantragte geschlechtsangleichende Maßnahme durchführende Arzt/Ärztin inkl. Nachweis der Aufklärung,
  ACHTUNG: bei diesem Arzt bzw. bei dieser Ärztin muss dann die Maßnahme durchgeführt werden!

© Alle Rechte vorbehalten

Informationen zu den Fristen:

- Die Krankenkassen haben nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V über genehmigungspflichtige Leistungsanträge von geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus grundsätzlich innerhalb von drei Wochen zu entscheiden. Bei MDK-Vorlage beträgt die Entscheidungsfrist der Krankenkasse fünf Wochen nach Zugang des Leistungsantrages (vgl. § 13 Absatz 3a Satz 2 SGB V). Über die MDK-Vorlage sind die Versicherten zur Vermeidung des Eintritts einer Genehmigungsfiktion[1] vor Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang idealerweise schriftlich von den Krankenkassen zu unterrichten.
- Der MDK nimmt unter Berücksichtigung der ihm von der Krankenkasse mitgeteilten Gesamtfrist von fünf Wochen innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung, wodurch die Stellungnahme spätestens am letzten Tag der Frist von drei Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein muss. Diese Frist gilt für den MDK als Gesamtorganisation, sodass sich diese Frist nicht verlängert, falls der Begutachtungsauftrag z. B. innerhalb des MDK weitergeleitet wird oder weitere Begutachtende hinzugezogen werden. Die Krankenkasse ist sofort darüber zu informieren, wenn die Bearbeitung beim MDK aufgrund unvollständiger Unterlagen nicht abschließend möglich ist und weitere begutachtungsrelevante Informationen benötigt werden. Um über den Antrag abschließend entscheiden zu können, müssen die Krankenkassen alle wichtigen und relevanten Informationen hierzu erhalten. Sie haben unverzüglich darauf hinzuwirken, dass alle für die Entscheidung notwendigen Informationen eingeholt werden. Dabei haben die Versicherten Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I zu beachten; nach § 66 SGB I kann die Leistung bei fehlender Mitwirkung auch versagt werden.
- Nach § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V ist es Aufgabe der Krankenkassen, die Versicherten rechtzeitig schriftlich innerhalb der maßgeblichen Frist darüber zu informieren, dass die weitere Bearbeitung bis zum Vorliegen der angeforderten Unterlagen nicht möglich ist (hinreichender Grund), damit nicht wegen eines Fristversäumnisses eine Genehmigungsfiktion der beantragten Leistung eintritt. Gründe, die im Verantwortungsbereich der Krankenkasse oder des MDK liegen (z. B. Organisationsmangel, Arbeitsüberlastung), sind keine hinreichenden Gründe.

ACHTUNG!
Das Auftreten einer Epidemie bzw. Pandemie (wie z. B. Coronavirus/COVID-19) kann unter Umständen einen hinreichenden Grund darstellen, da diese nicht dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse oder dem MDK zugerechnet werden können. Die Krankenkassen teilen den Versicherten vor Fristablauf schriftlich mit, welche neue Entscheidungsfrist für sie maßgeblich ist (taggenaue Prognose).

[1] Unter dem Begriff Genehmigungsfiktion versteht man eine **gesetzliche Regelung, die bei Ausbleiben einer Entscheidung der zuständigen Behörde innerhalb einer festgelegten Frist den positiven Bescheid auf einen Antrag hypothetisch annimmt**.

Alle Rechte vorbehalten

Informationen zum Thema Genehmigungsfiktion:
https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/2020_10.html

Widerspruch bei Ablehnung der Kostenübernahme:

Was tun, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme ablehnt?
Als erstes bitte Ruhe bewahren und sofort einen Widerspruch formulieren.
Akzeptiere keine mündliche Ablehnung, sondern bestehe auf eine schriftliche Form, auf die du dann anschließend Bezug nehmen kannst.

Es ist wichtig, dass dein Widerspruch **schriftlich** formuliert und am besten ebenfalls per Einschreiben, bei der Krankenkasse (nicht beim MDK) eingereicht wird.

ACHTUNG:
Es ist nicht zulässig, einen Widerspruch oder gar eine Klage per E-Mail einzureichen! Es fehlt dann an einer Originalunterschrift.
(Es gilt auch keine eingescannte Unterschrift!)

Dazu unbedingt Einsicht in das MDK-Gutachten verlangen!

Warum? Die Erfolgschancen für einen positiven Ausgang eines Widerspruchsverfahrens steigen, wenn Betroffene wissen, warum genau ihr Antrag abgelehnt wurde. Im Widerspruchsschreiben kann der/die Betroffene dann konkret gegen die im MDK-Gutachten genannten Punkte argumentieren, bestenfalls unter Beratschlagung mit dem/der entsprechenden Ärzt*in bzw. Behandler*in.

Der Widerspruch richtet sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse.
Der Krankenkasse obliegt das weitere Verfahren. Sie kann den MDK zu einer erneuten sozialmedizinischen Stellungnahme auffordern. Für eine sachgerechte Begutachtung benötigt der MDK dann die gesamte Akte einschließlich aller Vorgutachten, Unterlagen sowie der Widerspruchsschreiben des/der Versicherten und der/des Behandelnden.

Sollte ein Widerspruch oder Einwand direkt an den MDK geschickt worden sein, leitet dieser ihn umgehend an die zuständige Krankenkasse weiter, die dann über das weitere Vorgehen entscheidet. Dies bedeutet aber Zeitverlust, daher immer den Widerspruch an die jeweilige Krankenkasse schicken.

Bestehen zwischen der Krankenkasse und dem MDK unterschiedliche Auffassungen über Qualität oder Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme oder besteht ein zusätzlicher medizinischer Beurteilungsbedarf der Krankenkasse, so gibt diese das Gutachten unter Darlegung der Gründe und Angabe der noch offenen Gutachtenfragen an den MDK zurück. Der MDK prüft den Einspruch und nimmt erneut Stellung.

Solltest du noch weitere Fragen zu dieser Thematik haben, kannst du uns gerne jederzeit kontaktieren.

Wir unterstützen dich gerne!

Das Info-Team des TransMann e.V.
BE PROUD – BE VISIBLE – BE YOURSELF #TRANSMANNEV

Alle Rechte vorbehalten