

Kostenübernahme durch die Krankenkasse

26. Dezember 2021

Nicht jeder hat das Geld um die Kosten für die operativen Maßnahmen wie z.B. die Mastektomie selber zu tragen – dafür kann man bei der Krankenkasse die Kostenübernahme beantragen.

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

Dokumente, die bei der Beantragung eingereicht werden müssen

Folgende Unterlagen müssen zur Beantragung der Kostenübernahme eingereicht werden:

- Konkreter Leistungsantrag des Betroffenen möglichst mit Bezeichnung aller kurz-, mittel- und langfristig angestrebten geschlechtsangleichenden Maßnahmen
- Krankenkassendaten über bisher durchgeführte Maßnahmen der letzten 5 Jahre! (NEU)
- Namen der/des behandelnde*n Psychotherapeut*in, Psychiater*in, Endokrinolog*in, Gynäkolog*in/Urolog*in
- Ggf. vom Versicherten eingereichte Befundberichte/Entlassungsberichte (NEU)
- psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlungs- bzw. Verlaufsbericht gemäß inhaltlichen Kriterien wie unter 2.3 der MDS-BGA 2020 bezeichnet
- Behandlungsberichte (z.B. Endokrinologie, Gynäkologie/Urologie)
- Fachärztliche Befunde je nach beantragter Leistung, (siehe letzter Punkt)
- Psychiatrisch/psychotherapeutische Indikationsstellung, (siehe letzter Punkt)
- 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 die beantragte geschlechtsangleichende Maßnahme durchführende Ärztin/Arzt inkl. Nachweis der Aufklärung, (NEU, bei dem Arzt/der Ärztin muss dann auch die Maßnahme durchgeführt werden!)
- Leistungsauszug der Krankenkasse der letzten fünf Jahre. (NEU)
- Ausführlicher psychiatrisch/psychotherapeutischer Befund- und Verlaufsbericht mit Angaben zu:
 - Anamnese,
 - Diagnose und differentialdiagnostische Überlegungen,

- begleitenden psychischen Störungen,
- krankheitswertigem Leidensdruck,
- Behandlung des Leidensdruckes,
- Behandlung der Komorbiditäten (falls vorhanden),
- Begleitung der Alltagserfahrungen,

Im Einzelfall hilfreiche, jedoch nicht obligate Unterlagen zur Begutachtung:

- Ein biografischer Bericht der Versicherten zum transsexuellen Werdegang, den bisherigen Behandlungsmaßnahmen und der bisherigen Alltagserfahrung sowie zur aktuellen Lebenssituation,
- Gerichtsgutachten, sofern bereits eine gerichtliche Vornamens-/Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz durchgeführt wurde.

Es wird empfohlen den Antrag auf Kostenübernahme erst dann zu stellen wenn man ALLE relevanten Unterlagen zusammen hat. Sollte hier irgendetwas fehlen wird der MDK dem Antrag nicht stattgeben, weil er ihn aufgrund von fehlenden Unterlagen nicht bearbeiten kann.

Prozedere – Tipps die bei der Beantragung helfen können

- alle Unterlagen in Kopie zusammen auf einem Heftstreifen; in eine Hülle, in einen Schnellhefter, usw. zusammenfassen.
- Deckblatt gestalten auf dem nochmal alle Unterlagen aufgeführt sind.
- alles per Übergabe-Einschreiben zur Post bringen (hier bekommt man nach Eingang bei der Krankenkasse eine "Postkarte" zurück auf dem der Eingang bestätigt wurde)

ODER

- Alles persönlich bei der Krankenkasse abgeben und auf der Kopie des Deckblattes den Eingang bestätigen lassen.

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 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).

Informationen zum Thema Genehmigungsfiktion:

Widerspruch bei Ablehnung der Kostenübernahme

Schriftlichen Widerspruch bei der Krankenkasse einlegen.

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!

Die Erfolgchancen 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 Punkte im MDK-Gutachten argumentieren, bestenfalls unter Beratschlagung mit dem/der entsprechenden Ärzt*in.

Der Widerspruch richtet sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse. Ihr, 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.

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.