

Antrag auf Kostenübernahme Epilation vor Phalloplastik / Metoidioplastik

[Ort], den [Datum]

Absender:in

[Vorname Nachname]

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

[E-Mail-Adresse]

[Telefonnummer] ← optional

[Versichertennummer / Aktenzeichen] ← je nach Empfänger

Empfänger:in

[Name der Krankenkasse]

Abteilung Leistungsanträge

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

Betreff: Antrag auf Kostenübernahme für dauerhafte Epilation des Spenderareals als Vorbereitung einer Phalloplastik bzw. Metoidioplastik mit Harnröhrenverlängerung bei Geschlechtsinkongruenz (ICD-11 HA60) – Versichertennr.: [Nummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich leide an Geschlechtsinkongruenz (ICD-11: HA60) und befinde mich seit [Datum] in ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung. Im Rahmen der medizinisch indizierten geschlechtsangleichenden Operation (Phalloplastik bzw. Metoidioplastik mit Harnröhrenverlängerung) ist eine vollständige, dauerhafte Haarentfernung im Spenderareal vor dem Eingriff zwingend medizinisch notwendig.

Medizinische Begründung

Bei der Phalloplastik wird die neue Harnröhre aus körpereigenem Hautgewebe gebildet (beim Radial Forearm Flap aus dem Unterarm, beim ALT-Lappen aus dem vorderen Oberschenkel). Bei der Metoidioplastik mit Harnröhrenverlängerung kann zusätzlich Gewebe aus der Schamlippen-/Damm-Region verwendet werden. Verbleiben in diesem Spenderareal Haare, wachsen diese nach der Operation in der Harnröhre weiter und verursachen mit hoher Wahrscheinlichkeit:

- chronische Harnwegsinfekte und Entzündungen
- Steinbildung (Urolithiasis) in der Neoharnröhre
- Strikturen / Verengungen mit Notwendigkeit operativer Korrektur
- Fistelbildung
- schmerzhaftes Wasserlassen und eingeschränkte Miktionsfähigkeit

Eine vollständige dauerhafte Haarentfernung im Spenderareal ist daher integraler Bestandteil der geschlechtsangleichenden Operation und entspricht dem Stand der medizinischen Wissenschaft (S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“, AWMF 138-001, sowie etablierte internationale Praxis).

Geplanter operativer Eingriff

[Geplante Operationsmethode] ← z. B. Phalloplastik mit Radial Forearm Flap / ALT / Metoidioplastik mit Harnröhrenverlängerung

[Operierende Klinik] ← Name und Adresse

[Geplanter Operationszeitraum] ← sofern bereits bekannt

Geplante Epilationsbehandlung

[Zu epilierendes Areal] ← z. B. Unterarm rechts (RFF-Spenderareal), Oberschenkel (ALT), Schamlippen-/Damm-Region

[Behandlungsmethode] ← bevorzugt Elektrolyse / Nadelentfernung; Laser ergänzend

[Behandelnde Praxis / Institut]

[Geschätzte Behandlungssitzungen] ← i. d. R. 8–15 Sitzungen über 12–24 Monate

[Geschätzte Gesamtkosten laut Kostenvoranschlag]

Ich bitte Sie, die Kosten für die dauerhafte Epilation des oben genannten Areals als integralen Bestandteil der geschlechtsangleichenden Operation zu übernehmen. Bitte teilen Sie mir Ihre Entscheidung innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Wochen gemäß § 13 Abs. 3a SGB V mit (fünf Wochen bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes). Bei Fristüberschreitung ohne ausreichende Begründung gilt die Leistung als genehmigt.

 **Hinweis:** Wichtig: Mit der Epilation muss in der Regel 12–24 Monate vor dem Eingriff begonnen werden. Stelle den Antrag daher so früh wie möglich. Bei Ablehnung: Widerspruch innerhalb eines Monats gemäß § 84 SGG. Einreichung per Einschreiben mit Rückschein empfohlen.

Anlagen:

- Ärztliche Bescheinigung / Attest (Diagnose Geschlechtsinkongruenz ICD-11 HA60)
- Stellungnahme / Indikation der operierenden Klinik zur erforderlichen Epilation
- Psychotherapeutische Stellungnahme
- Kostenvoranschlag der epilierenden Praxis / des Instituts
- Ggf. Übersichtsplan / Foto-Markierung des zu epilierenden Areals

Mit freundlichen Grüßen,

[Unterschrift]

[Vorname Nachname]

[Datum]