

Antrag auf Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Operationen

[Ort], den [Datum]

Absender:in

[Vorname Nachname]

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

[Telefonnummer]

[E-Mail-Adresse]

Empfänger:in

[Name der Krankenkasse]

Abteilung Leistungsanträge

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort]

Antrag auf Kostenübernahme für sämtliche geschlechtsangleichende Operationen

Versichertennummer: [Versichertennummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die nachfolgend aufgeführten geschlechtsangleichenden Operationen aufgrund meiner Geschlechtsinkongruenz (ICD-11: HA60).

Behandlungshistorie

Seit [Datum] befinde ich mich in psychotherapeutischer Begleitung bei:

[Name und Adresse der Therapeut:in]

Seit [Datum] befinde ich mich in Hormontherapie bei:

[Name und Adresse der behandelnden Arztpraxis]

Beantragte Operationen

Bei den geplanten Eingriffen handelt es sich um (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Trans feminin:

- ☐ Orchiektomie (Hodenentfernung)
- ☐ Vaginoplastik (Scheidenaufbau)
- ☐ Vulvoplastik
- ☐ Mammaplastik / Brustaufbau
- ☐ Stimmkorrektur-OP (Glottoplastik)

- ☐ Gesichtsfeminisierung (FFS)
- ☐ Trachealshave (Kehlkopfreduktion)

Trans maskulin:

- ☐ Mastektomie, beidseitig
- ☐ Hysterektomie mit Adnektomie oder Ovaryektomie
- ☐ Kolpektomie
- ☐ Metoidioplastik / Klitorispenoid
- ☐ Phalloplastik / Penoidaufbau (inkl. Harnröhrenanschluss)
- ☐ Glansplastik (Eichelbildung)
- ☐ Skrotumplastik (Hodensackrekonstruktion)
- ☐ Implantation einer Erektionsprothese
- ☐ Implantation einer Hodenprothese

Sowie alle Korrekturen und Folgemaßnahmen, die nach den Operationen medizinisch erforderlich werden.

Sofern ärztlicherseits empfohlen, beantrage ich ergänzend die dauerhafte Laserepilation der Entnahmestelle:

[Entnahmestelle und vorgesehene Praxis / Klinik] ← nur beantragen wenn vom Operateur ausdrücklich gewünscht

Durchführende Klinik / Operateur:in

[Name und vollständige Adresse der Klinik / des Chirurgen]

[Geplanter Operationstermin] ← sofern bereits bekannt

Beigefügte Unterlagen (MDK-Umschlag)

Im beigefügten, verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift „MDK“ habe ich folgende Unterlagen in Kopie beigefügt. Sie orientieren sich an der Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“ (Stand 13.11.2020) des Medizinischen Dienstes:

- Ausführlicher psychiatrisch/psychotherapeutischer Befund- und Verlaufsbericht vom [Datum] von [Name der Fachkraft] – mit Angaben zu:
 - psychiatrisch/psychotherapeutischer Indikationsstellung mit Diagnosesicherung und zur Notwendigkeit der beantragten Maßnahme(n)
 - Anamnese
 - Diagnose und differentialdiagnostischen Überlegungen
 - begleitenden psychischen Störungen / Komorbiditäten (vollständige Auflistung)
 - krankheitswertigem Leidensdruck (konkret, nachvollziehbar und ausreichend hoch dargestellt)
 - Behandlung des Leidensdrucks

- Behandlung der Komorbiditäten und deren Stabilität
- Begleitung der Alltagserfahrungen
- Somatisch-ärztliche Indikationsstellung der/des operierenden Ärztin/Arztes vom [Datum] inkl. Nachweis der Aufklärung über Möglichkeiten und Risiken
- Endokrinologische Unterlagen: aktueller Hormonstatus und Chromosomenanalyse (Karyotyp) vom [Datum]; Name der behandelnden Endokrinolog:in
- Fachärztlicher Befund je nach beantragter Maßnahme (Gynäkologie bzw. Urologie): Bestätigung, dass die betroffenen Organe – innere Geschlechtsorgane bzw. vorhandene Brust – unauffällig sind (keine Verwachsungen oder Tumore); Name der/des behandelnden Ärztin/Arztes
- Leistungsauszug meiner Krankenkasse der letzten fünf Jahre sowie Entlassungsberichte zu allen Klinikaufenthalten in diesem Zeitraum
- Ggf. ärztliche Stellungnahme zur Laserepilation der Entnahmestelle
- Ggf. transidenter / persönlicher Lebenslauf (nach der Begutachtungsanleitung vom 13.11.2020 nicht zwingend erforderlich)

 **Hinweis:** Der psychiatrisch/psychotherapeutische Bericht ist das wichtigste Dokument. Achte darauf, dass der krankheitswertige Leidensdruck ausreichend hoch und nachvollziehbar dargestellt ist – eine zu schwache Darstellung ist ein häufiger Ablehnungsgrund. Reiche die Unterlagen möglichst vollständig ein: Auch Nachweise, die die Kasse nicht ausdrücklich anfordert, verlangt der Medizinische Dienst regelmäßig – fehlen sie, folgt fast immer eine Ablehnung.

Meine Namens- und Personenstandsänderung gemäß SBGG sind seit [Datum] beim Standesamt beantragt. Ob die weiteren Unterlagen vor dem Operationstermin vollständig vorliegen werden, ist nicht in jedem Fall absehbar.

Ich möchte ausdrücklich betonen, dass keine gesetzliche Pflicht besteht, über die beigelegten Unterlagen hinausgehende Gutachten einzureichen. Sollten Sie weitere Befunde benötigen, bitte ich Sie, mir eine Schweigepflichtentbindung zuzusenden, damit diese direkt bei den behandelnden Ärzt:innen angefordert werden können. Falls Gutachten erforderlich sein sollten, beantrage ich zugleich die Übernahme der hierfür anfallenden Kosten.

Ich bitte Sie, die Unterlagen im beigelegten Umschlag mit der Aufschrift „MDK“ an den Medizinischen Dienst weiterzuleiten.

Bitte teilen Sie mir Ihre Entscheidung gemäß § 13 Abs. 3a SGB V innerhalb von drei Wochen mit (fünf Wochen bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes). Sollten Sie diese Frist ohne hinreichende schriftliche Begründung überschreiten, behalte ich mir vor, mir die Leistung selbst zu beschaffen und die Kosten nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V erstattet zu verlangen.

 **Hinweis:** Einreichung per Einschreiben mit Rückschein empfohlen. Bei Ablehnung: Widerspruch innerhalb eines Monats (§ 84 SGG) einlegen.

Mit freundlichen Grüßen,

[Unterschrift]

[Vorname Nachname]

[Datum]