Medizinischer Dienst

Checklisten für Krankenkassen

Notwendige Unterlagen für die Begutachtung zu Geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus, Psychiatrische Institutsambulanzen, Psychotherapie, pHKP und ambulante Soziotherapie durch den Medizinischen Dienst

Leistungsanträge SGB V

Stand: 29. Oktober 2025

IMPRESSUM

Beteiligte Kompetenzeinheit

Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie
der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Beschlussfassung

Die Checklisten für Krankenkassen – notwendige Unterlagen für die Begutachtung zu Geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus, Psychiatrische Institutsambulanzen, Psychotherapie, pHKP und ambulante Soziotherapie durch den Medizinischen Dienst – wurden am 29. Oktober 2025 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KöR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Präambel

In Zeiten knapper Ressourcen und Fristvorgaben inkl. Genehmigungsfiktion ist es wichtiger denn je, dass Aufträge, die von den Krankenkassen den Medizinischen Diensten (MD) zur Begutachtung vorgelegt werden, ausreichend vorbereitet sind. Ohne ausreichende Vorbereitung der Aufträge erhöhen sich Laufzeiten. Es steigen das Risiko von Verfristungen, Fallrückgaben und die Gefahr, dass Versicherte unnötig lange auf Leistungen warten müssen, die sie zum Erhalt oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit und/oder ihrer Teilhabe benötigen.

Zur Standardisierung und Verbesserung der Fallvorbereitung haben sich seit Jahren Checklisten in den MD etabliert, die den Krankenkassen eine begutachtungsreife Fallvorbereitung der Aufträge erleichtern. Die Checklisten enthalten anlassspezifisch alle regelhaft notwendigen Unterlagen, die von den Krankenkassen angefordert werden sollten, damit der MD den Fall sachgerecht und effizient begutachten kann. Diese Checklisten werden von den jeweiligen Kompetenzeinheiten der MD – KC/SEG oder Foren – regelmäßig aktualisiert, insbesondere wenn gesetzliche Änderungen oder untergesetzliche Normen dies notwendig machen.

Wenn die Krankenkasse darüber hinaus die Vorlage weiterer Unterlagen für notwendig hält, kann sie diese gerne ergänzen. Wichtig ist, dass bei der Fallvorbereitung die Vorgaben des Datenschutzes und Datensparsamkeit beachtet werden.

Inhalt

Präambel 3

(033) Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus 5

(264) Psychiatrische/Psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V 5

(320) Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V 6

(330) Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, hier: psychiatrische häusliche Krankenpflege 6

(391) Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V 7

(033) Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu „Geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus gem. ICD-10, F64.0. Sofern eine Begutachtung auf der Basis der Begutachtungsanleitung "Geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus gem. ICD-10, F.64.0" vom 31.08.2020 erfolgen soll, müssen folgende Unterlagen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

- Ausführlicher psychiatrisch/psychotherapeutischer Befund- und Verlaufsbericht mit Angaben zur Anamnese, zur Diagnose und differentialdiagnostische Überlegungen, zu begleitenden psychischen Störungen, zum krankheitswertigem Leidensdruck, zur Behandlung des Leidensdruckes, zur Behandlung der Komorbiditäten (falls vorhanden) sowie zur Begleitung der Alltagserfahrungen,
- 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.

(264) Psychiatrische/Psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Behandlungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz gem. § 118 SGB V. Grundlagen der Begutachtung durch den MD sind der § 118 SGB V und die Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gem. § 118 Abs. 2 SGB V (PIA-Vereinbarung). Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

- Auftrag und Frage(n) der Krankenkasse
- Ggf. Informationen zu Vorverordnungen
- Angaben zu gleichzeitig laufenden ambulanten Behandlungen, z. B. ambulante Psychotherapie, ambulante Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege etc.
- Angaben, ob es sich um eine PIA nach Abs. 1, Abs. 2 oder Abs. 3 des § 118 SGB V handelt
- Angaben zum Pflegegrad (falls vorhanden)

Behandlungsplan mit Angaben zu Art, Dauer und Schwere der Indikation. Ein Leistungsausdruck der Krankenkasse kann – wenn aus gutachterlicher Sicht erforderlich – hinzugezogen werden.

Weiterhin können ergänzende Unterlagen angefordert werden (aktuelle fachärztliche Stellungnahmen, Krankenhausentlassungsberichte).

(320) Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu „Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V. Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt auf Basis der Arbeitshilfe „Außervertragliche Psychotherapie“ vom 29.10.2025. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

- Auftrag und Frage/n der Krankenkasse
- Formloser Antrag des/der Versicherten
- Formloser Antrag der außervertraglichen Psychotherapeutin / des außervertraglichen Psychotherapeuten
- Qualifikationsunterlagen der außervertraglichen Psychotherapeutin / des außervertraglichen Psychotherapeuten
- Nachweis über die Wahrnehmung der psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11)
- Bericht zum Erst-/Umwandlungs-/Fortführungsantrag der außervertraglichen Psychotherapeutin / des außervertraglichen Psychotherapeuten (nicht bei Probatorik)
- Ärztlicher Konsiliarbericht (nicht bei Probatorik)

Ein Leistungsausdruck der Krankenkasse kann – wenn aus gutachterlicher Sicht erforderlich – hinzugezogen werden.

Zur Wahrung des Datenschutzes ist der Behandlungsbericht im verschlossenem Umschlag an den MD zu versenden.

(330) Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, hier: psychiatrische häusliche Krankenpflege

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu „psychiatrische Häusliche Krankenpflege“. Die sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt auf Basis der Arbeitshilfe „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“ vom 22.04.2024. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

- Auftrag und Frage(n) der Krankenkasse
- Ggf. Informationen zu Vorverordnungen
- Angaben zum Pflegegrad und zu ggf. anderen Behandlungsformen (Soziotherapie, Anbindung PIA)
- Verordnung nach Muster 12
- Behandlungsplan
- Bei Folgeverordnungen die Pflegedokumentation
- Bei Folgeverordnungen Angaben, seit wann und in welchem Umfang Leistungen der pHKP von der Krankenkasse bewilligt wurden

Ein Leistungsausdruck der Krankenkasse kann – wenn aus gutachterlicher Sicht erforderlich – hinzugezogen werden.

Weiterhin können ergänzende Unterlagen angefordert werden (aktuelle fachärztliche Stellungnahmen, Krankenhausentlassungsberichte).

(391) Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu „ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V“. Die sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt auf Basis der Begutachtungsanleitung „ambulante Soziotherapie“ vom 14.08.2018, aktualisiert am 05.10.2020. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

- Auftrag und Frage(n) der Krankenkasse
- Verordnung ambulante Soziotherapie gem. § 37a SGB V
- Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37a SGB V mit Angaben dazu, welche konkreten verordneten Leistungen nicht selbständig in Anspruch genommen werden können

Hilfreich wäre, wenn zusätzlich folgende Unterlagen vorliegen:

- Leistungsauskunft der Krankenkasse ggf. mit Angabe zu Art und Umfang der Berufstätigkeit
- Ergänzende Angaben, aufgrund welcher Einschränkungen welche Leistungen nicht selbständig in Anspruch genommen werden können
- Bei Folgeverordnungen sollte die/der Leistungserbringer/-in aufgefordert werden, die Soziotherapeutische Dokumentation an den Medizinischen Dienst zu senden
- Bei Verordnungen nach Öffnungsklausel (§ 2 Abs. 5 RL): Stellungnahme der verordnenden Vertragspsychotherapeutin/-ärztin oder des verordnenden Vertragsarztes/-psychotherapeuten mit
  - individualisierten Angaben zur besonderen Erforderlichkeit, insbesondere psychiatrische, somatische und soziale Anamnese,
  - aktuellem psychopathologischen bzw. psychischen Befund,
  - Angaben zur aktuellen Lebenssituation.
- Bei stationären/teilstationären Klinikaufenthalten in den letzten fünf Jahren wird um Anforderung der Klinikberichte gebeten

Hinweis: Fehlen dem Medizinischen Dienst Unterlagen, die für eine abschließende Beurteilung notwendig sind, kann durch den MD kein Fallabschluss erfolgen, sondern es müssen weitere Ermittlungen folgen. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen.