

# PRAXISTIPPS

ALLES WISSENSWERTE ZU:

- ▶ Geschlechtsangleichenden Maßnahmen und Kostenträgern
- ▶ Anträge, Widerspruchs- und Beschwerdemöglichkeiten
- ▶ Inklusive Beispielschreiben zum Download

Neue  
Rechtsprechung des  
Bundessozialgerichts  
berücksichtigt!



**BUNDESVERBAND  
TRANS\***

ÜBERARBEITETE VERSION – SEPTEMBER 2024

# Inhalt

## Einführung 3

### 1 Der Weg zur Kostenübernahme 7

### 2 Wenn die Krankenkasse trödel: Genehmigung durch versäumte Fristen 8

### 3 Wenn die Krankenkasse ablehnt: Das Widerspruchsverfahren lohnt sich oft 10

### 4 Wenn Widerspruch nicht reicht: Tipps für ein erfolgreiches Klageverfahren 11

### 5 Wenn die Begutachtung nicht stimmt: Beschwerde beim Medizinischen Dienst (MD) 12

### 6 Wenn die Krankenkasse rechtswidrig handelt: Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde 13

### 7 Wenn du privat versichert bist: Ombudsmann und Beihilfestellen 13

PKV-Ombudsmann 13

Aufsichtsbehörde 14

Beihilfe 14

### 8 Häufige Problemfelder 14

Psychotherapie bei freien  
Therapeut\*innen 14

Epilation 17

Operative Maßnahmen 19

Nicht-binäre Personen 20

Fertilität und Kinderwunsch:  
Wann zahlt die Krankenkasse, Beihilfe,  
Private Krankenversicherung? 21

Epithesen, Prothesen, Perücken  
und Co 23

Änderung des Namens und des  
Geschlechtseintrages nach dem  
Selbstbestimmungsgesetz.  
Gutachten und Co 24

## 9 Hilfe und Informationen 25

Beratungskosten- und  
Prozesskostenhilfe 25

Beratungskostenhilfe 25

Prozesskostenhilfe 25

Beratungsstellen 26

Mehr Informationen zur  
Rechtsprechung 26

Abkürzungen 27

Impressum 27

Beispiel-  
schreiben

- ⊛ Schreiben an Krankenkasse:  
Fiktive Genehmigung wegen  
Fristversäumnis 9
- ⊛ Widerspruch gegen eine  
ablehnende Entscheidung einer  
gesetzlichen Krankenversicherung 11
- ⊛ Beschwerde Psychotherapie an die  
Aufsichtsbehörde 17
- ⊛ Beschwerde Kassenärztliche  
Vereinigung (Epilation) 18
- ⊛ Schreiben an behandelnde Ärzt\*innen  
nach Aufklärungsgesprächen 20

\* [www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende](http://www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende)

# Einführung

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Einen festgelegten „Leistungskatalog“ gibt es jedoch nicht. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§12 Abs. 1 SGB V).

Bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen prüfte die Krankenversicherung bislang, ob all diese Voraussetzungen, welche im Fall von Transidentität auch durch die jahrzehntelange sozialgerichtliche Rechtsprechung konkretisiert waren, gegeben sind.

**Achtung! Grundsätzliche Änderung der Rechtslage!** Das Urteil des Bundessozialgerichtes- BSG- (AZ: B1 KR 16/22 R) vom 19.10.2023 bildet eine Zäsur in der juristischen Bewertung von Ansprüchen bei gesetzlich krankenversicherten Personen mit einem Leidensdruck bei Geschlechtsinkongruenz gegenüber einem Krankenversicherungsträger.

## Was beinhaltet das neue Urteil des Bundessozialgerichts?

Bislang existierte ein grundsätzlicher Rechtsanspruch auf geschlechtsangleichende Maßnahmen inklusive operativer Maßnahmen. Dies begründete sich daraus, dass das BSG bei „Transsexualismus“ von einer „behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit“ ausgegangen ist (vgl. zum Ganzen: BSG vom 28.9.2010 - B 1 KR 5/10 R sowie BSG vom 11.9.2012 - B 1 KR 11/12 R).

Voraussetzung der Kostenübernahme war, dass psychiatrische und psychotherapeutische Mittel das Spannungsverhältnis zwischen dem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit einem anderen Geschlecht nicht zu lindern und zu beseitigen vermögen (BSG vom 10.2.1993 - 1 RK 14/92 -; BSG vom 20.6.2005 - B 1 KR 28/04 B -; vgl. bereits unter Geltung der RVO: BSG vom 6.8.1987 - 3 RK 15/86).

An dieser Sichtweise hält das BSG nun nicht mehr fest und führt dafür 3 Aspekte an. Der bisherigen Rechtsprechung steht, so das BSG, **erstens** die neuere Rechtsprechung des Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zum Personenstandsrecht entgegen.

---

**Für alle Verlinkungen 1-7 muss bei Juris.de ein Login angelegt werden:**

1 <https://juris.de/r3/document/BJNR000010949BJNE001800314/format/xsl?oi=FmzMD9mGYh&sourceP=%7B%22source%22%3A%22Link%22%7D>

Das BVerfG sieht auch die geschlechtliche Identität von Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, die sich dauerhaft weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen, vom allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Art 2<sup>1</sup> Abs 1 i. V. m. Art 1 Abs 1 GG<sup>2</sup> sowie dem Diskriminierungsverbot des Art 3 Abs 3 Satz 1 GG<sup>3</sup> geschützt (vgl. hierzu BVerfG vom 10.10.2017 - 1 BvR 2019/16<sup>4</sup>).

Auch spricht nach Auffassung des BSG, **zweitens** viel dafür, dass die bislang angenommene Beschränkung auf zwei biologische Geschlechter im binären System nicht mehr dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entspricht.

Hierfür bezieht sich das BSG auf die aktuelle S3-Leitlinie "Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung und Behandlung", (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>) die ausdrücklich weitere Geschlechtsformen ("alternative gender") in die Diagnostik einer Geschlechtsdysphorie einschließt (vgl. S3-Leitlinie S. 6, 10).

Darüber hinaus geht das BSG, **drittens** davon aus, dass nach dieser S3-Leitlinie eine Transidentität bzw. Geschlechtsinkongruenz an sich keine "Krankheit" in Form eines behandlungsbedürftigen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes darstellt. Für die Bestimmung des Umfangs der erforderlichen Behandlung sei der durch die Geschlechtsinkongruenz begründete, klinisch-relevante Leidensdruck maßgeblich (vgl. S3-Leitlinie S 6 ff, 23).

**Und das ist der entscheidende Punkt. Nach Ansicht des BSG stellt die Diagnose und Behandlung eines durch Geschlechtsinkongruenz verursachten Leidensdrucks eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar, die dem Verbot mit Erlaubnisvorbehalt nach § 135 SGB V unterfällt.**

§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V bestimmt im Wesentlichen, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden dürfen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2

---

2 <https://juris.de/r3/document/BJNR000010949BJNE001700314/format/xsl?oi=FmzMD9mGYh&sourceP=%7B%22source%22%3A%22Link%22%7D>

3 <https://juris.de/r3/document/BJNR000010949BJNE001901307/format/xsl?oi=FmzMD9mGYh&sourceP=%7B%22source%22%3A%22Link%22%7D>

4 <https://juris.de/r3/document/NJRE001322674/format/xsl?oi=FmzMD9mGYh&sourceP=%7B%22source%22%3A%22Link%22%7D>

5 <https://juris.de/r3/document/BJNR000010949BJNE003800314/format/xsl?oi=FmzMD9mGYh&sourceP=%7B%22source%22%3A%22Link%22%7D>

6 <https://juris.de/r3/document/BJNR000010949BJNE001800314/format/xsl?oi=FmzMD9mGYh&sourceP=%7B%22source%22%3A%22Link%22%7D>

7 <https://juris.de/r3/document/BJNR000010949BJNE001700314/format/xsl?oi=FmzMD9mGYh&sourceP=%7B%22source%22%3A%22Link%22%7D>

Nr. 5 SGB V Empfehlungen abgegeben hat über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. **Eine solche Richtlinie gibt es bisher nicht.**

### **Was bedeutet das Urteil konkret in der Praxis?**

Existiert keine nach § 135 SGB V erforderliche Erlaubnis in Form einer solchen Richtlinie, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Behandlungsmaßnahmen.

Für bereits begonnene Behandlungsmaßnahmen hat das BSG zu Recht auf den aus [Art 20 Abs 3 GG](#)<sup>5</sup> hergeleitete Grundsatz des Vertrauensschutzes verwiesen: Krankenkassen müssen für bereits begonnene Behandlungen aus Gründen des Vertrauensschutzes die Kosten wie bisher weiterhin übernehmen.

Bis zur Neuordnung gelten die bisherigen Regelungen/Grundsätze der Kostenübernahme für binäre Personen. Für nicht- binäre Personen besteht vorerst kein weiterer Anspruch auf Behandlung (s. dazu auch Kapitel VIII; Häufige Problemfelder).

Für beihilfeberechtigte Personen könnten sich ebenfalls Änderungen ergeben, da sich das Beihilferecht in den Fragen eines neuen Behandlungsansatzes ebenfalls am Fünften Sozialgesetzbuch – SGB V-orientiert (siehe dazu § 7 Bundesbeihilfeverordnung- BBhV- bzw. Beihilfeverord-

nungen der Länder). Entsprechende Probleme können sich möglicherweise auch für privat krankenversicherte Personen ergeben. Erfahrungen dazu liegen bisher (noch) nicht vor.

### **Welche Perspektiven gibt es?**

Das BSG zeigt zwei Möglichkeiten zur zukünftigen Sicherung der Ansprüche auf: Entweder bedarf es für eine zukünftige Kostenübernahmen einer Richtlinie, die diese neue Behandlungsmethode durch den sog. Gutachterausschuss (§ 135 -SGB V-) bewertet oder die jetzige Lücke in der Kostenübernahme muss durch eine eigenständige gesetzliche Regelung geschlossen werden.

Das BSG hat darauf verwiesen, der Begriff der Krankheit im Hinblick auf den ständig voranschreitenden medizinischen Forschungs- und Erkenntnisstand sowie den fortlaufenden Wandel der gesellschaftlich-kulturellen Anschauungen wertungsoffen ist. Im Grenzbereich zwischen Krankheit im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung -GKV- und der durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus [Art. 2](#)<sup>6</sup> Abs 1 i. V. m [Art. 1 Abs. 1 GG](#)<sup>7</sup> geschützten geschlechtlichen Identität obliege es daher zuvörderst dem parlamentarischen Gesetzgeber, die Leistungsansprüche der GKV unter Berücksichtigung der vorherrschenden gesellschaftlich-kulturellen Anschauungen für bestimmte körperliche oder psychische Zustände zu regeln. Eine solche Regelung existiert für geschlechtsangleichende Behandlungen bislang nicht,

wenngleich der Koalitionsvertrag eine solche in Aussicht stellt (vgl. Koalitionsvertrag der Regierungsparteien "Mehr Fortschritt wagen" vom 7.12.2021 S. 95). Es ist somit entweder die Politik oder der GBA gefordert.

### **Dazu Folgendes:**

Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Oktober 2023 (Az. B 1 KR 16/22 R) ist dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bekannt.

Im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP wurde vereinbart, dass die Kosten für geschlechtsangleichende Behandlungen vollständig von der GKV übernommen werden müssen.

In Vorbereitung der Umsetzung des Auftrags aus dem Koalitionsvertrag fand ein erstes Fachgespräch zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, medizinischen Fachgesellschaften, Betroffenenverbänden und der Selbstverwaltung statt.

Um Unsicherheiten bei den Versicherten zu vermeiden, hat das BMG mit Blick auf die beabsichtigte Neuregelung dem gemeinsamen Bundesausschuss mit Schreiben vom 18. Januar 2024 mitgeteilt, dass bis zu deren Inkrafttreten keine rechtlichen Bedenken gegen eine vorübergehende Fortsetzung der bisherigen Leistungspraxis bestehen. Dieses Schreiben hat der GKV-Spitzenverband als Grundlage genommen, seinen Mitgliedschaften mit

Rundschreiben vom 31. Januar 2024 mitzuteilen, dass er diese Rechtsauffassung teilt und die bisherige Genehmigungspraxis bis zum Inkrafttreten der angekündigten Neuregelung weiterempfohlen. Hier findest Du die Korrespondenz zwischen dem BMG, des GKV und dem GBA (<https://fragdenstaat.de/anfrage/neues-rundschreiben-zum-bsg-urteil-b-1-kr-16-22-r>).

### **→ TIPP**

Auch nach dem Urteil des BSG vom 19.10.2023 müssen bereits begonnene Behandlungen von der KV übernommen werden. Daher solltest du Ablehnungen von Leistungen, die auf das genannte Urteil gründen, nicht akzeptieren und dir notfalls rechtlichen Rat einholen.

### **→ TIPP**

Egal wo du krankenversichert bist und mit welchen Personen du bei der Krankenkasse zu tun hast: Dort sitzen auch nur Menschen. Sollte es einmal schwierig werden, bleib möglichst gelassen und nimm es nicht persönlich. Hol dir anwaltliche Hilfe, wenn du mit Freundlichkeit und Argumenten nicht weiterkommst, oder wenn dich die Kommunikation mit der Krankenkasse belastet.

### **→ TIPP**

Wenn du den Eindruck hast, dass der Umgang mit dir und deinen Anliegen diskriminierend ist, kannst du dich an eine Trans\*beratung oder eine Antidiskriminierungsberatung wenden.

Dieser Ratgeber ersetzt keine Rechtsberatung und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, denn jeder Einzelfall ist unterschiedlich. Alle Angaben sind ohne Gewähr.

## 1 Der Weg zur Kostenübernahme

Psychotherapie, Hilfsmittel wie Epithesen und geschlechtsangleichende Operationen müssen bei der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt werden (§ 19 SGB IV). Nicht beantragt werden müssen hausärztliche Behandlungen, Verordnung von Hormonen und logopädische Behandlungen. Bei Hormonbehandlungen kann es durchaus zu Problemen bei privat krankenversicherten/ beihilfeberechtigten Personen bei der Kostenerstattung kommen, weil die Betroffenen zunächst die Kosten verauslagen müssen und daher die grundsätzliche Gefahr besteht, dass die private Krankenkasse/ Beihilfestelle die Kostenübernahme ablehnt.

### → TIPP

Schreibe dir im Antragsverfahren alles genau auf, auch mündliche Auskünfte/ Aussagen. Ein wichtiges Telefonat am besten in einer E-Mail zusammenfassen und an die Krankenkasse schicken.

### → TIPP

Wenn du privat krankenversichert bist oder einen Anspruch auf Beihilfe hast,

kläre die Kostenübernahme vorab am besten mit deiner Krankenkasse/ Beihilfestelle ab.

Über deinen Antrag hat die Krankenkasse grundsätzlich innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu entscheiden (§ 13 Abs. 3a SGB V). Die Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn der Medizinische Dienst (MD) eingeschaltet wird (siehe dazu auch Kapitel V). Darüber müssen Versicherte innerhalb der 3 Wochen informiert werden. Kann die Krankenkasse innerhalb der fünf Wochen über den Antrag nicht entscheiden, so muss sie dies schriftlich oder elektronisch begründen.

### → TIPP

Bei Einschaltung des MD immer eine Kopie des vollständigen Gutachtens von der Krankenkasse anfordern. Dazu ist die Krankenkasse verpflichtet und es hilft, wenn in einem späteren Widerspruchs- und Klageverfahren diese Unterlagen bereits vorliegen.

Gegen einen ablehnenden Bescheid kannst du Widerspruch erheben, dieser Schritt lohnt sich häufig (s. dazu Kapitel III; Wenn die Krankenkasse ablehnt: Das Widerspruchsverfahren lohnt sich oft).

### → TIPP

Eine mündliche Ablehnung solltest du nicht akzeptieren. Und du solltest deinen Antrag nicht freiwillig zurückziehen, auch wenn Mitarbeiter\*innen der Krankenkasse darauf drängen.

Wird dein Widerspruch zurückgewiesen, erhältst du einen sogenannten Widerspruchsbescheid, dagegen kannst du klagen (siehe dazu Kapitel IV; Wenn Widerspruch nicht reicht: Tipps für ein erfolgreiches Klageverfahren). Wenn Fehler bei der Bewertung der Sach- und Rechtslage vorliegen, empfiehlt sich außerdem eine Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, weil dadurch zügiger eine Prüfung erreicht wird (siehe dazu Kapitel VI, Wenn die Krankenkasse rechtswidrig handelt: Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde).

### → TIPP

Manche Menschen fühlen sich gestärkt, wenn sie in so einer Auseinandersetzung durch Widerspruch und Beschwerden etwas tun können. Andere fühlen sich von Paragraphen und Beispielschreiben entmutigt. Falls das so ist, wende dich frühzeitig an eine Beratung/Rechtsanwält\*in – auch um gegebenenfalls ein jahrelanges Klageverfahren zu verhindern. Du musst nicht alles allein machen.

## 2 Wenn die Krankenkasse trödelt: Genehmigung durch versäumte Fristen

Krankenkassen sind bei der Bearbeitung von Anträgen an Fristen (hier: drei oder fünf Wochen) gebunden (s. dazu § 13 Abs. 3a SGB V). Hält die Kasse die Fristen ohne hinreichenden Grund nicht ein bzw. teilt

sie diesen Grund nicht rechtzeitig mit, gilt die Leistung als bewilligt (Genehmigungsfiktion, vgl. § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V).

Die Genehmigungsfiktion vermittelt nach der 2020 geänderten Rechtsprechung des BSG Versicherten nur (noch) eine vorläufige Rechtsposition, die es erlaubt, sich die Leistung selbst zu beschaffen und danach die Kostenerstattung zu verlangen.

Voraussetzungen für eine Kostenerstattung sind allerdings, dass (1.) Versicherte die Leistung hinreichend bestimmt beantragt haben (2.) die Krankenkasse über den Leistungsantrag nicht fristgerecht entschieden hat, (3.) Versicherte sich die beantragte Leistung nach Fristablauf selbst beschafft haben (4.) hierdurch Kosten entstanden sind und (5.) im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung über den Leistungsanspruch noch nicht bindend entschieden wurde oder sich der Antrag anderweitig erledigt hat. Zudem dürfen Versicherte vor Ablauf der maßgeblichen Entscheidungsfristen nach § 13 Abs. 3a SGB V auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung nicht vorfestgelegt sein.

**Achtung:** Wenn es sich bei der Leistung um eine handelt, auf die nach den allgemeinen Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung kein Rechtsanspruch (z. B. eine Behandlung in einer Privatklinik) besteht, ist nach der aktuellen Rechtsprechung des BSG außerdem Voraussetzung, dass Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung „gutgläubig“



### 3 Wenn die Krankenkasse ablehnt: Das Widerspruchsverfahren lohnt sich oft

Wenn du eine Ablehnung von einer gesetzlichen Krankenkasse erhältst, kannst du dagegen Widerspruch erheben. Dann muss die Krankenkasse die Entscheidung noch einmal überprüfen. Das Widerspruchsverfahren ist kostenlos.

#### → TIPP

Privat Versicherte müssen formal keinen Widerspruch erheben. Es empfiehlt sich aber, ähnlich wie in einem Widerspruchsverfahren, die Krankenversicherung zur nochmaligen Prüfung aufzufordern und dies auch zu begründen.

Nach Zustellung einer endgültigen Ablehnungsentscheidung hast du einen Monat Zeit, um Widerspruch zu erheben. Der Widerspruch hat schriftlich oder in elektronischer Form nach § 36a Absatz 2 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) erfolgen. Er kann auch durch eine\*n Mitarbeiter\*in bei der Krankenkasse vor Ort schriftlich aufgenommen werden (§ 84 Sozialgerichtsgesetz- SGG). Per E-Mail ist ein Widerspruch nur mit qualifizierter Signatur möglich, (§ 36a SGB I).

#### → TIPP

Um die **Frist** von einem Monat einzuhalten, kannst du zunächst nur Widerspruch erheben, ohne diesen näher zu begründen. Die Begründung kannst Du dann später nachreichen.

Auf die Möglichkeit zum Widerspruch muss bei einer ablehnenden Entscheidung am Ende des Schreibens hingewiesen werden (sog. Rechtsbehelfsbelehrung), sonst verlängert sich die Widerspruchsfrist auf ein Jahr (§ 66 SGG).

#### → TIPP

Sprich mit deinen Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen über die Aussicht eines Widerspruchs. Oft unterstützen sie dich durch einen Bericht oder ein ärztliches Attest oder helfen bei der Formulierung des Widerspruchs.

Selbstverständlich kannst du für das Widerspruchsverfahren eine\*n Anwalt\*in beauftragen. Dies ist ratsam, wenn die rechtliche Argumentation kompliziert ist. Aber auch, wenn dich der Schriftwechsel mit der Krankenkasse belastet oder du dir das Widerspruchsverfahren nicht zutraust. Wenn der Widerspruch erfolgreich ist, muss die Krankenversicherung auch die Kosten der anwaltlichen Vertretung in dem Widerspruchsverfahren zahlen. Falls du wenig Geld hast, gibt es zudem für eine anwaltliche Beratung bzw. außergerichtliche Vertretung die Möglichkeit einer Beratungskostenhilfe (s. dazu Kapitel IX).

Für die nochmalige Überprüfung der Entscheidung, also für die Bearbeitung deines Widerspruches, hat die Krankenkasse drei Monate Zeit. Sollte sie an der Ablehnung festhalten, ergeht ein **Widerspruchsbescheid**. Gegen diesen Widerspruchsbescheid ist eine Klage möglich.

## ★ BEISPIELSCHREIBEN

### Widerspruch gegen eine ablehnende Entscheidung einer gesetzlichen Krankenversicherung



**Beispielchreiben  
zum Download auf  
» [www.bv-trans.de](http://www.bv-trans.de)\***

\* [www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende](http://www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende)

## 4 Wenn Widerspruch nicht reicht: Tipps für ein erfolgreiches Klageverfahren

Wann solltest du klagen? Das ist nicht pauschal zu beantworten. Eine Klage hat Erfolg, wenn die Ablehnung der

beantragten Maßnahme rechtswidrig ist. Für eine Klage zuständig ist das für den Wohnort/Beschäftigungsort zuständige Sozialgericht. Sozialgerichte sind in Deutschland häufig stark belastet und die Verfahren dauern mehrere Monate. Du brauchst also etwas Geduld.

### → TIPP

Wenn die Krankenkasse deinen Widerspruch zurückweist, hole dir rechtlichen Beistand, um eine vernünftige Einschätzung über die Erfolgsaussichten einer Klage zu erreichen und so einen gegebenenfalls unnötigen oder zähen und langen Rechtsstreit zu vermeiden.

Das Sozialgericht erhebt keine Gerichtskosten. Wer für das Klageverfahren eine\*n Anwält\*in beauftragt, zahlt – nur wenn die Klage keinen Erfolg hat – in der Regel die (im Sozialrecht vergleichsweise geringen) Gebühren. Es gibt auch die Möglichkeit, Prozesskostenhilfe zu beantragen. Als Mitglied in einem Verband, der bei den Sozialgerichten zugelassen ist (z. B. Sozialverband Deutschland, Gewerkschaften), kannst du dich mitunter von diesen Organisationen kostenlos vertreten lassen.

### → TIPP

Die Klage **z muss schriftlich (=unterscriben), über den elektronischen Rechtsverkehr (damit ist nicht E-Mail gemeint) oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle eingereicht werden.**

## 5 Wenn die Begutachtung nicht stimmt: Beschwerde beim Medizinischen Dienst (MD)

Der Medizinische Dienst (bis Mai 2021 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung -MdK-) berät die gesetzlichen Krankenkassen in medizinischen Fragen. Die gesetzlichen Krankenkassen beauftragen den MD, um prüfen zu lassen, ob beantragte Behandlungen aus medizinischer Sicht erforderlich sind. Für geschlechtsangleichende Maßnahmen hat der GKV-Spitzenverband eine Begutachtungsanleitung (BGA) „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus gem. ICD-10, F64.0“ am 31. August 2020 erlassen ([https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/BGA\\_Transsexualismus\\_201113.pdf](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf)).

Damit erfolgte eine Überarbeitung der alten BGA aufgrund der neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie und nach Veröffentlichung der AWMF-Leitlinie zu „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ im Oktober 2018 (S3-LL 2018). Die Begutachtungsanleitung ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände grundsätzlich verbindlich.

Die Stellungnahme durch den MD erfolgt meist ohne persönliche Vorsprache, also nach Aktenlage. Sie dient der gesetzlichen

Krankenkasse als Grundlage für die Entscheidung, ob eine Leistung bewilligt wird oder nicht.

Sofern jedoch Sachverhalte in der Stellungnahme des MD falsch oder unvollständig dargestellt werden, besteht die Möglichkeit, sich über den MD zu beschweren.

### → TIPP

Wenn du nicht sicher bist, ob du ein Dokument weitergeben darfst, bitte den MD oder die jeweilige Kasse, die Unterlagen direkt von dem\_der Gutachter\*in anzufordern. Wichtig: Die Gutachten, die im Rahmen des TSG Verfahrens erstellt wurden, musst du nicht an die KV reichen, weil sie dem Urheberrecht unterliegen und ohne Zustimmung des der Gutachter\*in nicht weitergegeben werden dürfen (s. auch Kapitel VIII, häufige Problemfelder; Änderung des Namens und des Geschlechtseintrages nach dem Selbstbestimmungsgesetz. Gutachten und Co).

### → TIPP

Wenn der MD eingeschaltet wird, solltest du von der Krankenkasse immer die komplette Stellungnahme des MD anfordern.

### → TIPP

Du solltest dich zunächst direkt bei dem MD beschweren, der die Stellungnahme verfasst hat. Es ist gesetzlich vorgesehen, dass sog. Ombudspersonen beim MD sich um die Beschwerden von Versicherten kümmern (§ 278 Abs. 3 SGB V) Wenn das nicht zum Erfolg führt, kannst du dich an

die Aufsichtsbehörde des MD wenden. Das sind die Gesundheits- bzw. Sozialministerien des jeweiligen Bundeslandes.

## 6 Wenn die Krankenkasse rechtswidrig handelt: Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Krankenkassen, müssen sich immer! an rechtliche Vorgaben halten. Tun sie das nicht, hilft eine Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde des Krankenversicherungsträgers (vergleiche Beispielschreiben Kapitel VIII). Die Aufsichtsbehörde führt eine Rechtsprüfung durch und übt gegebenenfalls Druck aus, damit der rechtliche Rahmen eingehalten wird. Es ist gar nicht selten, dass Krankenkassen dann zügig die beantragte Leistung bewilligen, um eine eingehende Rechtsprüfung durch die Aufsichtsbehörde zu vermeiden. Für ein gerichtliches Verfahren ist die Einschätzung der Aufsichtsbehörde nicht bindend. Sie ersetzt auch kein Widerspruchs- oder Klageverfahren, sondern kann parallel dazu erfolgen. Die zuständige Aufsichtsbehörde einer gesetzlichen Krankenkasse findest du auf der Internetseite der Kasse im Impressum.

Neben der Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde ist eine Beschwerde beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages, bzw. beim Petitionsausschuss des

jeweiligen Landesparlamentes möglich. In diesem Fall findet ebenfalls eine rechtliche Prüfung durch die Aufsichtsbehörde statt, zusätzlich erfolgt eine Prüfung durch den Petitionsausschuss.

### → TIPP

Ob eine Beschwerde beim Petitionsausschuss oder bei der jeweiligen Aufsichtsbehörde sinnvoll ist, ist von Fall zu Fall verschieden. Lass dich am besten beraten.

## 7 Wenn du privat versichert bist: Ombudsmann und Beihilfestellen

### PKV-Ombudsmann

Wer privat versichert ist, kann sich neben den Gerichten an die Schlichtungsstelle „PKV-Ombudsmann“ wenden.

Die Schlichtungsstelle ist zuständig für Streitigkeiten zwischen vielen privaten Kranken- und Pflegeversicherungen und ihren Versicherten. Auf der Internetseite ist eine Liste der Krankenkassen zu finden, die an diesem Schlichtungsverfahren teilnehmen. Die Schlichtungsstelle „PKV-Ombudsmann“ bearbeitet keine Streitfragen, die bereits von einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) behandelt werden oder wurden. Das Verfahren ist kostenlos.

## Aufsichtsbehörde

Alternativ zur Schlichtungsstelle kannst du dich an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) wenden. Sie ist die Aufsichtsbehörde der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen und prüft, ob die vereinbarten Vertragsbedingungen und rechtlichen Vorgaben eingehalten wurden. Über die Ergebnisse darf die BaFin dich aufgrund der Schweigepflicht nicht informieren. Das ist ein Nachteil gegenüber der Beschwerde beim „Ombudsmann“. Außerdem kannst du dich an den zuständigen Petitionsausschuss wenden.

### → TIPP

Die BaFin bietet ein Verbrauchertelefon an. Hier bekommst du Beratung, ob und bei wem eine Beschwerde Sinn macht.

## Beihilfe

Der Bund und jedes Bundesland haben eigene Vorschriften für die Gewährung von Beihilfe. Es gelten dementsprechend vor allem die Bundesbeihilfeverordnung oder die Beihilfeverordnungen der einzelnen Bundesländer. Auch von der Beihilfestelle solltest du eine schriftliche Entscheidung verlangen und gegebenenfalls Widerspruch erheben. Wird auch im Widerspruchsverfahren keine andere Entscheidung getroffen, kannst du dagegen klagen. Zuständig sind in diesem Fall die Verwaltungsgerichte.

Beihilfesachen werden häufig nicht vom Dienstherrn selbst bearbeitet, sondern von externen Dienstleistern. Bist du mit deren Verhalten nicht einverstanden, kannst du dich bei der Beihilfestelle beschweren. Außerdem ist eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde möglich. Die Aufsichtsbehörde ist entweder im Impressum angegeben oder sie kann bei der Beihilfestelle erfragt werden.

## 8 Häufige Problemfelder

### Psychotherapie bei freien Therapeut\*innen (Kostenerstattung)

Psychotherapeut\*innen mit freien Kapazitäten und mit Kassenzulassung sind in manchen Gegenden schwer zu finden. Für gesetzlich krankenversicherte Personen bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Terminvermittlung an. Wenn du trotz vielfältiger Bemühungen keinen Therapieplatz (mit Kassenzulassung) bekommst, wird von einem „Systemversagen“ oder einer „Versorgungslücke“ gesprochen. In diesem Fall muss die Kasse die Kosten für eine notwendige Psychotherapie auch dann übernehmen, wenn Therapeut\*innen keine Kassenzulassung haben (§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V). Es darf jedoch auch hier noch keine Vorfestlegung auf bestimmte Behandler\*innen stattgefunden haben.

### → TIPP

Freie Therapeut\*innen, die du für geeignet hältst, haben Erfahrungen, wie das Kostenübernahmeverfahren abläuft und können dir daher Tipps geben während der Phase der Beantragung. Es gibt die Möglichkeit, dass die Therapeut\*innen direkt mit der Krankenkasse abrechnen oder dir eine Rechnung schicken, die du dann bei der Krankenkasse einreichen musst und die Krankenkasse dir die Kosten erstattet (sog. Kostenerstattungsverfahren).

### → TIPP

Wenn deine gesetzliche Krankenkasse eine Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren nicht ermöglicht, könnte ein Wechsel der Krankenkasse hilfreich sein. Wende dich dafür an eine für dich passende freie Therapeut\*in oder an eine Trans\*beratung.

In der Rechtsprechung wird zum Nachweis eines Systemversagens verlangt, dass Versicherte sich nachhaltig um eine Behandlung bemüht haben, dabei wird zumeist von einer Vielzahl von Kontaktaufnahmen in einem größeren räumlichen Umfeld der Versicherten ausgegangen, die letztlich ohne Ergebnis geblieben sind. Für die Fallgruppe des § 13 Abs. 3 S. 1 1. Alt. SGB V („Systemversagen“) wird neben der Unaufschiebbarkeit vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Im Regelfall kann hier von erst ausgegangen werden, wenn die

Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat (vgl. BSG, vom 2.11. 2007 – B 1 KR 14/07 R).

Wann eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden kann, lässt sich nicht verallgemeinern. Maßgebend sind die jeweiligen Umstände des Einzelfalls. Bei Vorliegen einer akuten und schwerwiegenden psychischen Erkrankung dürften nur verhältnismäßig geringe Wartezeiten zumutbar sein, während im Normalfall für eine Richtlinien-Psychotherapie ein Zeitraum von ein bis zu drei Monaten noch vertretbar erscheint (vgl. Landessozialgericht Berlin- Brandenburg, 05.11.2021 - L 26 KR 8/20).

Zwar ist die Bewältigung einer einfachen Wegstrecke von bis zu einer Stunde nicht grundsätzlich unzumutbar (vgl. BSG, Urteil vom 17. März 2021 - B 6 KA 2/20 R; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 22. Januar 2014 - L 9 KR 394/13 B ER - nicht veröffentlicht, wonach Berliner Versicherten grundsätzlich Psychotherapeuten im gesamten Stadtgebiet zumutbar seien, vgl. auch LSG Hamburg, Beschluss vom 27. Juni 2022, Az.: L 1 KR 50/22 B ER mit einer gleichlautenden Regelung für Hamburg).

Die gesetzlichen Krankenkassen lehnen die Kostenübernahme für Therapeuten\*innen (ohne Kassenzulassung) häufig ab. Die Begründung lautet oft, dass über

die psychotherapeutische Sprechstunde“, vermittelt über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, ein Zugang zu Psychotherapie bei Psychotherapeuten\*innen (mit Kassenzulassung) möglich ist. Diese Sprechstunde ersetzt jedoch keine Therapie, sondern dient einer Erstberatung und Krankheitseinschätzung. Durch die Verpflichtung, eine Sprechstunde anbieten zu müssen, hat sich leider bei den Psychotherapeuten\*innen (mit Kassenzulassung) die Wartezeit eher noch verlängert.

Wenn du nach einer gewissen Zeit der Suche keinen Platz findest, lohnt es sich, dich zu beschweren und die Kostenübernahme für eine\*n freie\*n Therapeut\*in einzufordern.

### → TIPP

Dokumentiere alle Anstrengungen deiner Suche gut und lass dir lange Wartezeiten schriftlich bestätigen. Es wird der Nachweis einer ergebnislosen Kontaktierung von einer Vielzahl von niedergelassenen Therapeut\*innen mit Kassenzulassung im Stadtgebiet bzw. angrenzenden Bereichen verlangt. Wie viel Anfragen verlangt werden, hängt von den einzelnen Umständen ab, erfahrungsgemäß sind es zwischen 6-20 Anfragen. Du musst durch die Dokumentation belegen, dass du dich nachweislich um einen Therapieplatz erfolglos bemüht hast.

Die Krankenversicherung muss dann Versicherte aktiv bei der Therapieplatzsuche unterstützen, wobei der Verweis auf die Leistungen der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung als Unterstützung nicht ausreicht, denn die Terminservicestelle vermittelt Termine für psychotherapeutische Erstgespräche, probatorische Sitzungen und einen gegebenenfalls erforderliche Akutbehandlung, aber häufig nicht eine notwendige Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie.

Wenn die Terminservicestellen dir Therapeut\*innen vorschlagen, solltest du dem nachgehen und das Ergebnis dokumentieren.

### → TIPP

Da auch hier die Voraussetzungen komplex sind, lohnt sich vorher rechtlichen Rat einzuholen.

## ★ BEISPIELSCHREIBEN

### Beschwerde Psychotherapie an die Aufsichtsbehörde



Beispielschreiben zum Download auf [www.bv-trans.de](http://www.bv-trans.de)\*

\* [www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende](http://www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende)

## Epilation

Die Epilationsbehandlung durch Laser oder Nadelepilation wird als Sachleistung durch die Krankenkasse angeboten. Es ist es jedoch bundesweit sehr schwierig, Vertragsärzt\*innen zu finden, die die Epilationsbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen. Denn der Aufwand und die Vergütung stehen für Vertragsärzt\*innen

offenbar in keinem Verhältnis zur Vergütung. Nach neuester Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes besteht kein Anspruch auf die Kostenübernahme für eine Epilationsbehandlung durch Kosmetikinstitute oder Elektrologist\*innen (sogenannte Ärzt\*innenvorbehalt, § 28 SGB V).

Das Bundessozialgericht hat im Falle eines Systemversagens allerdings festgehalten, dass die Krankenkassen dann die Kosten für eine privatärztliche Behandlung übernehmen müssen.

Selbst wenn Privatärzt\*innen nur nach Vereinbarung einer von der Gebührenordnung für Ärzt\*innen (GOÄ) nach oben abweichenden Gebührenhöhe (§ 2 GOÄ) zur Behandlung bereit sind, müssen die Krankenkassen auch die dadurch entstehenden Mehrkosten tragen.

### → TIPP

Bei Auseinandersetzungen um die Kostenübernahme für eine Epilationsbehandlung lohnt sich ggf. eine rechtliche Beratung.

Versuche zunächst mit geeigneten Vertragsärzt\*innen in deiner Umgebung Kontakt aufzunehmen und nachzufragen, ob eine Epilationsbehandlung zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt werden kann. Dokumentiere jede Kontaktaufnahme/ Ablehnung ganz genau. Wende dich dann an deine Krankenkasse und legt das Systemversagen dar. Zugleich kannst du bei privaten Ärzt\*innen die Behandlung anfragen und unter Hinweis auf die

Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Kostenübernahme der von den Privatärzt\*innen veranschlagten Kosten von der Krankenversicherung verlangen.

**Wichtig:** Auch Private Ärzt\*innen führen die Behandlung häufig nicht selbst durch, sondern durch Angestellte (Kosmetiker\*innen, Elektrologist\*innen). Gegebenfalls müsste hierzu von den Ärzt\*innen eine Bestätigung einreichen, dass die Behandlung unter ärztlicher Aufsicht im Sinne der Rechtsprechung erfolgt. Das bedeutet, dass die Ärzt\*innen sich nach jeder Behandlung von der Wirkung der Therapie überzeugen müssen.

→ **TIPP**

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung sind nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verpflichtet, bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Fachärzt\*innen innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin zu vermitteln. Gelingt dies nicht, kannst du dich bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) deines Bundeslandes und bei deiner Krankenkasse beschweren.

## § WICHTIGE URTEILE

BSG, Urteil vom 17.12.2021 – **B1 KR 4/20 R**  
Kosten für Kosmetiker\*in/ Elektrologist\*in müssen nicht übernommen werden, bei Systemversagen Möglichkeit der Übernahme privatärztlicher Behandlung

## ⊛ BEISPIELSCHREIBEN

### Beschwerde Kassenärztliche Vereinigung (Epilation)



\* [www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende](http://www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende)

## Operative Maßnahmen

Gesetzlich krankenversicherte trans\* Personen können Ansprüche auf geschlechtsangleichende Behandlungen einschließlich chirurgischer Eingriffe haben, um sich dem Erscheinungsbild des angestrebten Geschlechts deutlich anzunähern und so ihren Leidensdruck zu mindern. Die Krankenkassen lehnen Anträge auf Operationen jedoch häufig ab, weil der Leidensdruck „nicht hinreichend nachgewiesen“ sei, oder weil andere Mittel nicht ausgeschöpft worden seien.

Operative geschlechtsangleichende Maßnahmen sind auch nach der Rechtsprechung nur möglich, wenn eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts vorliegt. Die geschlechtsangleichende Operation muss zudem zur Behandlung erforderlich sein. Daran fehlt es, wenn zum Erreichen der in § 27 Abs 1 S 1 SGB V genannten Therapieziele Behandlungsmaßnahmen ausreichen, die ein Leben ohne somatische Maßnahmen unterstützen oder sich auf hormonelle Behandlungen ohne Operationen beschränken. Operative Eingriffe in einen – nach dem Krankenversicherungsrecht - gesunden Körper gelten also als letztes mögliches Mittel, um einen Leidensdruck zu lindern und bedürfen einer objektiven medizinischen Diagnose und ausreichenden therapeutischen Begleitung zur Feststellung der tatsächlichen Behandlungsbedürftigkeit – gerade auch weil es sich um zum Teil irreversible und tiefgreifende und zum Teil risikoreiche Operationen handelt.

Die neue S-3 Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“ ([https://register.awmf.org/assets/guidelines/138-001k\\_S3\\_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung\\_2020-03.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/138-001k_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2020-03.pdf)) empfiehlt Psychotherapie hingegen als freiwilliges Angebot.

Auch von privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen werden bei geschlechtsangleichenden Operationen meistens Gutachten durch private Gutachteninstitute bzw. durch Amtsärzt\*innen erstellt. Häufig orientieren sie sich an der Begutachtungsanleitung der gesetzlichen Krankenversicherung.

### → TIPP

Lass dich bei der Beantragung von Operationen nicht entmutigen. Hier ist manchmal ein Widerspruchsverfahren nötig. Eine Trans\*beratung, Ärzt\*innen und/oder Therapeut\*innen können dich unterstützen. Umfassende Rechtsberatung dürfen nur Rechtsanwält\*innen durchführen. Bei juristischen Fragen solltest du im Zweifel eine\*n Rechtsanwält\*in aufsuchen.

### → TIPP

Während des ganzen Prozesses ist eine therapeutische Begleitung häufig hilfreich und sinnvoll. Besprich mit deiner\*m Therapeut\*in, welche Unterstützungsmöglichkeiten bestehen.

## → TIPP

Bei Gesprächen mit Ärzt\*innen empfiehlt es sich, in einer Mail das Ergebnis zusammenzufassen und es den Ärzt\*innen zu schicken (z. B. wer das Aufklärungsgespräch führt, wie groß eine Lappenplastik bei einem Penoidaufbau werden soll...). Dies dient der Klarheit und schafft Sicherheit bei allen Beteiligten. Bei Unstimmigkeiten kannst du dich auch bei der Klinik beschweren. Dort muss ein Beschwerdemanagement vorgehalten werden. Versuche immer erst mit den betreffenden Personen im Krankenhaus zu reden, denn nach einer Beschwerde beim Beschwerdemanagement ist häufig auch das Vertrauensverhältnis zwischen Patient\*innen und Ärzt\*innen gestört oder nicht mehr gegeben.

## ★ BEISPIELSCHREIBEN

### Schreiben an behandelnde Ärzt\*innen nach Aufklärungsgesprächen



\* [www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende](http://www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungssuchende)

## Nicht-binäre Personen

Nicht binäre Personen haben oft Probleme einen Zugang zum Gesundheitssystem zu erhalten, wenn sie aufgrund ihrer nicht-binären Identität einen Leidensdruck haben und Hilfe bei Ärzt\*innen und Therapeut\*innen suchen.

Bisher erfolgte durch die gesetzliche Krankenversicherung in der Regel keine Kostenübernahme bei der Behandlung eines Leidensdrucks von nicht-binären Personen. Häufig wurden zumindest die Kosten für eine Psychotherapie aufgrund von Transidentität übernommen.

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes (AZ: B1 KR 16/22 R) vom 19.10.2023 stellen geschlechtsangleichende Maßnahmen für non-binäre Personen derzeit keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Durch die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse mit dem Ergebnis, dass die vom Bundessozialgericht bisher angenommene binäre Einteilung bei Geschlechtern nicht mehr aufrechterhalten werden kann, ergibt sich eine völlig neue Ausgangssituation. Wie bereits in der Einführung der Praxistipps beschrieben, ist der Gemeinsame Ausschuss, der eine (positive) Bewertung von neuen Behandlungsmaßnahmen vornimmt und entsprechende Standards festlegt, und/oder der Gesetzgeber gefordert, eine Regelung für die Behandlung von nicht-binären Personen zu schaffen. Für binäre

Personen mit einer Geschlechtsinkongruenz gelten die „alten“ Regelungen bis zu einer Neuregelung weiter.

→ **TIPP**

Anträge auf Leistungen von nicht- binären Personen mit einem Behandlungsbedarf bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind zurzeit nicht erfolgsversprechend bis zu einer Neuregelung. Beobachte jedoch die weitere Entwicklung. Bei Bedarf hol dir juristische Hilfe durch Anwält\*innen oder anderen Institutionen, die für Rechtsberatungen zugelassen sind.

**§ WICHTIGE URTEILE**

////////////////////  
(BSG) vom 19.10.2023 - **B 1 KR 16/22 R**

**Fertilität und Kinderwunsch: Wann zahlt die Krankenkasse, Beihilfe, Private Krankenversicherung?**

Eine pubertätsblockende oder geschlechtsangleichende Hormontherapie unterdrückt die Ausreifung von Spermien bzw. unterbindet den Eisprung, so dass unter Hormontherapie in der Regel keine Fortpflanzung möglich ist. Eine Entfernung der Hoden bzw. der Eierstöcke im Rahmen einer geschlechtsangleichenden Operation führt schließlich zu einem unwiederbringlichen Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit. Die aktuellen reproduktionsmedizinischen Techniken können

Personen mit der Diagnose Geschlechtsinkongruenz eine Fertilitätsprotektion bzw. genetische Elternschaft ermöglichen, damit auch nach einer medizinischen Transition den Kinderwunsch realisieren. Die gesetzliche Krankenversicherung ist unter bestimmten Voraussetzungen zur Kostenübernahme verpflichtet.

Es besteht ein Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können. Das ist (neue Rechtsprechung BSG) bei einer gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung bzw. bei einer entsprechenden geschlechtsangleichenden Operation gegeben sein. Den Anspruch haben minderjährige und volljährige trans\*Personen. ([https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8771/2022-08-18\\_Kryo-RL\\_Kryokonservierung-Keimzellgewebe\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8771/2022-08-18_Kryo-RL_Kryokonservierung-Keimzellgewebe_TrG.pdf)).

Nach § 27a Abs. 1 SGB V umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn diese nach ärztlicher Feststellung erforderlich und erfolgsversprechend sind. Ferner müssen die Personen, welche die Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen,

miteinander verheiratet sein. Zudem dürfen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner\*innen verwendet werden (sogenanntes homologes System, s. a. Urteil des Bundessozialgerichtes v. 10.11.2021; AZ: B1 KR 7/21 R zur gleichgeschlechtlichen Ehe). Weitere Voraussetzung ist, dass sich die Ehepartner\*innen vor Durchführung der Maßnahmen von Ärzt\*innen, der die Behandlung nicht selbst vornimmt, über eine solche Therapie unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und sie an einen der Ärzt\*innen oder an eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist.

#### → TIPP

Lass dich durch erfahrene Ärzt\*innen (Gynäkolog\*innen/Androlog\*innen/Endokrinolog\*innen) beraten, die eine Überweisung an ein geeignetes Kinderwunschzentrum (mit Zulassung gem. 121 a SGB V) ausstellen.

#### → TIPP

Das Kinderwunschzentrum ist verpflichtet einen bestimmten Behandlungsplan nach einem Muster (s. dazu <https://www.g-ba.de/downloads/83-691-11/RL-Befruchtung-An11-2004-10-19.pdf>) zu erstellen, der dem Antrag auf Kostenübernahme. Reiche den Antrag bei der Krankenkasse mit dem Behandlungsplan ein.

#### → TIPP

Die Vergütung für die solche Behandlungen erfolgt in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der regelmäßig angepasst wird. Informationen bietet dazu die Kassenärztliche Vereinigung (<https://www.kbv.de/html/ebm.php>).

#### → TIPP

Informiere dich, welche Beratungsstellen es in deiner Nähe gibt, z. B. über das Informationsportal des Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (<https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/kiwu/beratung/beratungsstellen>).

#### → TIPP

Für Versicherte, die das 25. Lebensjahr nicht vollendet haben, ist eine Kostenübernahme bisher nicht vorgesehen. Versuche trotzdem über die Krankenkasse im Sinne einer Einzelfallentscheidung eine Kostenübernahme zu erzielen. Hole dir am besten dazu anwaltlich Hilfe oder wende dich an eine geeignete Beratungsstelle.

Ein Anspruch auf die Leistungen besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für als weiblich geboren Versicherte, die das 40. und für als männlich geboren Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vor-

zulegen. Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihren Versicherten durchgeführt werden. **Es werden somit nicht alle Kosten übernommen.**

Beihilfeberechtigte Personen haben ebenfalls Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Herbeiführung einer Schwangerschaft (z. B. nach § 43 Bundesbeihilfeverordnung), die sich an den Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung orientiert. Beihilfevorschriften der einzelnen Bundesländer können abweichende Regelungen haben.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) hängt es vom abgeschlossenen Tarif ab, welche Leistungen konkret übernommen werden. In der Regel sind die Leistungen großzügiger als in der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht auf die Übernahme der Hälfte der Kosten beschränkt. Es besteht ebenfalls die Möglichkeit unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich eine Förderung durch die Bundesinitiative „Hilfe bei ungewollter Kinderlosigkeit“ (<https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/kiwu/zehnjahre-bundesinitiative-hilfe-bei-ungewollter-kinderlosigkeit--196052>). Dies gilt auch für gleichgeschlechtliche Paare (z. B. in Rheinland-Pfalz) in einigen Bundesländern.

## § WICHTIGE URTEILE

BSG, Urteil vom 10.11.2021; AZ: **B 1 KR 7/21 R**, zur Frage der Benutzung von Ei- und Samenzellen in einer Ehe bei Kinderwunsch in einer gleichgeschlechtlichen Ehe

Personen, die auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung eine geschlechtsangleichende Behandlung von Mann zu Frau durchführen, können einen Anspruch auf Kryokonservierung ihrer Samenzellen haben (Bundessozialgerichts 28.08.2024 AZ: **B 1 KR 28/23 R**).

### **Epithesen, Prothesen, Perücken und Co**

Gesetzliche Krankenkassen, Beihilfestellen und private Krankenversicherungen sind gehalten auch die Kosten für Hilfsmittel zu übernehmen. Wichtig sind insbesondere folgende Hilfsmittel:

- a. Epithesen
- b. Perücken
- c. Binder
- d. Brustprothesen

Der Gemeinsame Bundesausschuss, eine Einrichtung der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, erstellt ein Hilfsmittelverzeichnis. Dort kann man nachlesen, auf welche Hilfsmittel ein Anspruch besteht (<https://www.g-ba.de/themen/veranlasste-leistungen/hilfsmittel/>).

Die Erstattung der Kosten in der privaten Krankenversicherung richtet sich nach dem gewählten Tarif und ist sehr unterschiedlich in den einzelnen Vertragsbedingungen geregelt. Die Beihilfeverordnungen des Bundes und der Länder haben dazu eigenständige Regelungen und umfassen in einer Anlage einen Katalog, welche Hilfsmittel beihilfefähig sind.

### → TIPP

Besprich mit deinen Ärzt\*innen und Therapeut\*innen, welche Hilfsmittel notwendig sind und lass dir die Hilfsmittel verordnen. Mache dich schlau im Netz, welche Anbieter am besten sind, gerade bei Epithesen und Prothesen gibt es große Unterschiede.

### → TIPP

Über die Hilfsmittelliste des Gemeinsamen Bundesausschuss können gesetzlich Krankenversicherte alle Informationen zum Hilfsmittel abrufen (Preis, Hilfsmittellnummer). Weitere Informationen dazu findest du auch in der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“ ([https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/BGA\\_Transsexualismus\\_201113.pdf](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf)). Steht das Hilfsmittel nicht in der Liste, kannst Du versuchen, bei der Krankenkasse, der privaten Krankenkasse oder der Beihilfe eine Kostenübernahme im Sinne einer Einzelfallentscheidung zu erreichen.

## § WICHTIGE URTEILE

SG Marburg Urteil vom 21.02.2023 - S 14 KR 136/2 zum Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse einer Penis- Hoden- Epithese für den Geschlechtsverkehr

### Änderung des Namens und des Geschlechtseintrages nach dem Selbstbestimmungsgesetz. Gutachten und Co

Das Selbstbestimmungsgesetz (Inkrafttreten: 01.11.2024) soll es einfacher machen für transgeschlechtliche, intergeschlechtliche und nichtbinäre Menschen, ihren Geschlechtseintrag im Personenstandsregister und ihre Vornamen durch eine Erklärung gegenüber dem Standesamt zu ändern. Zu beachten ist, dass eine Wartefrist von drei Monaten ab Antragsfrist einzuhalten ist, d. h. ein Termin für die Abgabe der Erklärung wird erst nach dem Ablauf dieser Frist, gerechnet vom Eingang des Antrages beim zuständigen Standesamt, vergeben (§ 4 Selbstbestimmungsgesetz-SBGG-). Der Gesetzgeber hat daher die Notwendigkeit gesehen, dass diese Vorschrift bereits am 01.08.2024 in Kraft tritt, damit die ersten Termine mit dem Inkrafttreten des Gesetzes auch vergeben werden können. Eine gerichtliche Entscheidung über die Antragstellung ist, ebenso wie die Notwendigkeit zweier sachverständigen Gutachten, nicht mehr erforderlich. Das Gesetz tritt an die Stelle des Transsexualengesetzes (TSG) von 1980.

Für die personenstandsrechtliche Änderung des Vornamens und des Eintrages der Geschlechtszugehörigkeit waren nach dem sogenannten TSG aktuell zwei Gutachten von Sachverständigen erforderlich. Es kann passieren, dass die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst diese Gutachten von dir anfordert. Grundsätzlich dient die Gutachten dazu, dem Gericht Aufschluss darüber zu geben, inwiefern die Voraussetzungen zur personenstandsrechtlichen Änderung nach dem TSG erfüllt sind. Es wurden also keine medizinische Einschätzung abgegeben. Insofern dürfen die KV die Gutachten auch nicht anfordern. In der [Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf) ([https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/BGA\\_Transsexualismus\\_201113.pdf](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf)) steht deshalb auch, dass es sich um im Einzelfall hilfreiche, jedoch nicht obligate Unterlagen zur Begutachtung handelt. Hinzukommt, dass die Gutachten für das Gericht erstellt wurden. Du darfst sie grundsätzlich nur an Dritte weitergeben, wenn der\*die Gutachter\*in dem zugestimmt hat. Ansonsten besteht die Gefahr einer Urheberrechtsverletzung.

### → TIPP

Um zeitnah einen Termin beim Standesamt zu erhalten, ist es sinnvoll, ab dem 01.08.2024 einen Antrag auf Änderung des Geschlechts/ Vornamens nach dem Selbstbestimmungsgesetz zu stellen.

## 9 Hilfe und Information

### **Beratungskosten- und Prozesskostenhilfe**

Menschen mit wenig Einkommen können einen Antrag auf Beratungshilfe (für die Beratung und außergerichtliche Vertretung) oder Prozesskostenhilfe (für ein Klageverfahren) stellen.

#### **Beratungskostenhilfe**

Gilt für anwaltliche Beratung und/oder Unterstützung außerhalb des Gerichts, also z.B. im Widerspruchsverfahren. Einen sogenannten Beratungshilfeschein erhältst du beim Amtsgericht in deinem Bezirk. Dort musst du das Rechtsproblem und ein geringes Einkommen nachweisen. Die Anwält\*innen verzichten dann überwiegend auf ihr Honorar und erhalten vom Staat eine kleine Aufwandsentschädigung.

#### **Prozesskostenhilfe**

Finanzielle Unterstützung für die anwaltliche Unterstützung im Gerichtsverfahren. Dazu stellst du einen Antrag bei dem Gericht, das über den Rechtsstreit entscheidet. Du musst nachweisen, dass du nicht über die finanziellen Mittel für eine\*n Anwält\*in verfügst. Es muss hinreichende Aussicht auf Erfolg des Rechtsstreits bestehen und fehlende Mutwilligkeit.

### → TIPP

In vielen Städte und Gemeinden gibt es ermäßigte oder kostenlose Rechtsberatungen, z. B. durch das Bürgeramt, einen Anwaltsverein oder einen Wohlfahrtsverband wie die AWO.

### Beratungsstellen

Eine gute Übersicht zu Trans\*beratungsstellen findet ihr z. B. beim Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans\*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP\*), und beim Regenbogenportal der Bundesregierung. Auch der Bundesverband Trans\* (BVT\*) vermittelt Kontakte zu regionalen Beratungsstellen.

Zusätzlich kannst du dich z. B. an die unabhängige Patientenberatung Deutschland wenden.

### → TIPP

Nutze das Beratungsangebot frühzeitig, du sparst dir unter Umständen viele Umwege. Die meisten Angebote sind kostenlos und du erhältst Informationsmaterialien, persönliche Tipps und Unterstützung. Manche Stellen beraten auch online oder am Telefon.

### Mehr Informationen zur Rechtsprechung

Die meisten hier genannten Urteile und Gesetzestexte findest du im Internet. Eine umfassende Übersicht mit Rechtsgrundlagen, Ratschlägen und aktuellen Urteilen ist auf der Homepage des Lesben- und Schwulenverbandes (<https://www.lsvd.de/de/recht/rechtsprechung>) zu finden.

### → TIPP

Grundsätzlich sind Rechtsangelegenheiten für Laien schwer zu durchdringen, es bedarf juristischer Expertise. Es kann zudem ziemlich zermürend sein, diese Urteile zu lesen. Achte darauf, ob dir das gut tut. Wenn es dir den Schlaf raubt, dich demotiviert oder ermüdet, geh lieber zu einer Rechtsberatung. Vielleicht gibt es auch schon ein neues Urteil, dass wir hier noch nicht aufgeführt haben.

## Abkürzungen

BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
MD	Medizinischer Dienst
PKV	Private Krankenversicherung(en)
SGB I	Erstes Sozialgesetzbuch
SGB IV	Viertes Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
TSG	Transsexuellengesetz

## Impressum

**Herausgeber\*in:** [Bundesverband Trans\\* e. V.](http://www.bundesverband-trans.de) ([www.bundesverband-trans.de](http://www.bundesverband-trans.de))

**Text:** Petra Junker, und [Rechtsanwältin Dr. Jessica Heun](http://www.bedenk-heun.de) ([www.bedenk-heun.de](http://www.bedenk-heun.de))

**Gestaltung:** [Silke Kampfmeier](http://www.skarsky.com) ([www.skarsky.com](http://www.skarsky.com))

**Berlin 2024**

Version 03 | 2024

Die Angaben sind ohne Gewähr. Alle Inhalte sind gewissenhaft zusammengetragen worden, ersetzen jedoch keine rechtliche Beratung.

Alle Texte, Bilder und Gestaltungselemente sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nicht ohne Einwilligung der Urheber\*innen genutzt werden.

**ISBN:** 978-3-9826130-2-4

Gefördert vom

im Rahmen des Bundesprogramms



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

Demokratie **leben!**

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des BAFzA dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor\*innen die Verantwortung.

Wer sich für geschlechtsangleichende Maßnahmen entscheidet und diese nicht selbst bezahlen möchte, muss sich an die gesetzliche oder private Krankenversicherung und als Beamt\*in zusätzlich an eine Beihilfestelle oder an die Heilfürsorge wenden. Diese Praxistipps zeigen Handlungsmöglichkeiten auf, falls es dabei zu Schwierigkeiten kommt. Sie ersetzen keine Rechtsberatung und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, denn jeder Einzelfall ist unterschiedlich. Alle Angaben sind ohne Gewähr.

Im ersten Teil findest du zunächst eine ausführliche Besprechung des neusten Urteils des Bundessozialgerichts, das eine Zäsur der bisherigen Rechtsalge darstellt, und sodann ein Überblick über das Antragsverfahren bei der Krankenversicherung. Anschließend werden die verschiedenen Widerspruch und Beschwerdemöglichkeiten einzeln erläutert und häufige Problemfelder thematisiert. Beispielschreiben und Infos zu Anlaufstellen runden das Ganze ab.

Viel Spaß beim Lesen – und viel Erfolg beim Anwenden!

