

PRAXISTIPPS

ALLES WISSENSWERTE ZU:

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

Die Aussagen
sind vorbehaltlich
der Auswirkungen
des BSG-Urteils vom
19.10.2023



Inhalt

Einführung 3

1 Der Weg zur Kostenübernahme 4

2 Wenn die Krankenkasse trödelt:
Genehmigung durch versäumte
Fristen 5

3 Wenn die Krankenkasse ablehnt:
Das Widerspruchsverfahren 6

4 Wenn Widerspruch nicht reicht:
Tipps für ein erfolgreiches
Klageverfahren 8

5 Wenn die Begutachtung nicht
stimmt: Beschwerde beim
Medizinischen Dienst (MD) 8

6 Wenn die Krankenkasse
rechtswidrig handelt: Beschwerde
bei der Aufsichtsbehörde 9

7 Wenn du privat versichert bist:
Ombudsmann und Beihilfestellen 10

PKV-Ombudsmann 10

Aufsichtsbehörde 10

Beihilfe 10

8 Häufige Problemfelder 11

Psychotherapie bei freien
Therapeut*innen 11

Epilation 12

Operative Maßnahmen 14

Nicht-binäre Personen 16

Fertilität und Kinderwunsch:
Wann zahlt die Krankenkasse, Beihilfe,
Private Krankenversicherung? 17

Epithesen, Prothesen, Perücken
und Co 19

Gutachten und Urheberrecht 20

9 Hilfe und Informationen 21

Beratungskosten- und
Prozesskostenhilfe 21

Beratungsstellen 21

Mehr Informationen zur
Rechtsprechung 22

Abkürzungen 23

Impressum 23

Beispiel-
schreiben

- ⊛ Schreiben an Krankenkasse:
Fiktive Genehmigung wegen
Fristversäumnis 6
- ⊛ Widerspruch gegen eine
ablehnende Entscheidung einer
gesetzlichen Krankenversicherung 7
- ⊛ Beschwerde Psychotherapie an die
Aufsichtsbehörde 12
- ⊛ Beschwerde Kassenärztliche
Vereinigung (Epilation) 14
- ⊛ Schreiben an behandelnde Ärzt*innen
nach Aufklärungsgesprächen 15

* 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 prüft die Krankenversicherung, ob all diese Voraussetzungen gegeben sind. Die neue Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ nimmt hierzu aus medizinische-fachlicher Sicht Stellung (<https://www.bundesverband-trans.de/publikationen/leitfaden-trans-gesundheit>). Sie ist für die Krankenkassen, ob privat oder gesetzlich, nicht rechtlich bindend, kann aber als Argumentationshilfe bei der Durchsetzung von Ansprüchen dienen.

Achtung! Neues Urteil des Bundessozialgerichtes (AZ: B1 KR 16/22 R) vom 19.10.2023! Bisher liegen eine Pressemitteilung und der Terminbericht über die mündliche Verhandlung vor. Da grundsätzliche Erwägungen des Gerichtes auch zur Einbindung von ärztlichen Leitli-

nien sowie zum Behandlungszugang für Trans*Personen neu beschrieben werden, kann das Urteil sehr grundsätzliche Änderungen mit sich bringen. In den Praxistipps wird dieses Urteil berücksichtigt, sobald es in schriftlicher Form vorliegt. Es empfiehlt sich aber schon jetzt hier die Entwicklung zu verfolgen.

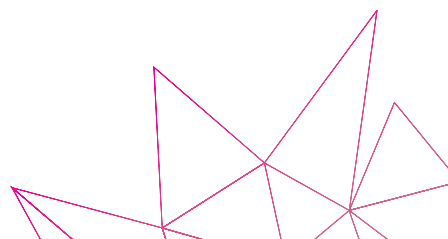
→ TIPP

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.

→ 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.

Über deinen Antrag hat die Krankenkasse grundsätzlich innerhalb von drei Wochen nach Eingang zu entscheiden (§ 13 Abs. 3a SGBV). Die Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn der Medizinische Dienst (MD) eingeschaltet wird (siehe dazu auch Kapitel V, Seite 8). Darüber müssen Versicherte innerhalb der 3 Wochen informiert werden.

→ 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.

Kann die Krankenkasse innerhalb der fünf Wochen über den Antrag nicht entscheiden, so muss sie dies schriftlich oder elektronisch begründen. Gegen einen ablehnenden Bescheid kannst du Widerspruch erheben, dieser Schritt lohnt sich häufig.

→ 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. 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.

→ 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).

Die Genehmigungsfiktion vermittelt nach der 2020 geänderten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (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“ waren. Das bedeutet, dass im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung keine Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis von einem etwaigen Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruchs vorliegen darf.

→ TIPP

Stelle Anträge möglichst genau: Um welche Behandlung geht es, wo soll sie stattfinden und bei wem. Reiche alle Unterlagen ein, die du hast (ärztliche Atteste, Berichte, gegebenenfalls Kostenvoranschlag).

→ TIPP

Wenn du sicher bist, dass die Krankenkasse die Frist nicht eingehalten hat, musst du, um aus dieser Fristversäumnis einen Anspruch geltend zu machen, die Kosten zunächst selbst tragen. **Die Kostenerstattung hat einige Voraussetzungen (siehe oben).** Es lohnt sich also, dies von rechtlicher Seite genau (vor)prüfen zu lassen.

§ WICHTIGE URTEILE

Bundessozialgericht (BSG), Urteile vom 18.06.2020, **B3 KR 14/18 R**: fiktive Genehmigung bei Fristüberschreitung durch die Krankenkasse mit Ausführungen zu den Grundsätzen der Kostenerstattung (Genehmigungsfiktion kein Sachleistungsanspruch),

Bundessozialgericht (BSG), Urteile vom 26.5.2020 - **B 1 KR 9/18 R**, vom 27.10.2020 - **B 1 KR 3/20 R**, vom 25.3.2021, - **B 1 KR 22/20 R**

BSG, vom 16.8.2021 - **B 1 KR 29/20 R**: fiktive Genehmigung bei Fristüberschreitung durch die Krankenkasse, Erläuterungen zur „Gutgläubigkeit“ von Versicherten im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung

★ BEISPIELSCHREIBEN

Schreiben an Krankenkasse: Fiktive Genehmigung wegen Fristversäumnis



* www.bundesverband-trans.de/
leitfaden-fuer-behandlungssuchende

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 Krankenkasse 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 Sozialgerichts-gesetz- 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 Anwält*in beauftragen. Dies ist ratsam, wenn die rechtliche Argumentation kompliziert ist. Aber auch, wenn dich der Schriftwechsel

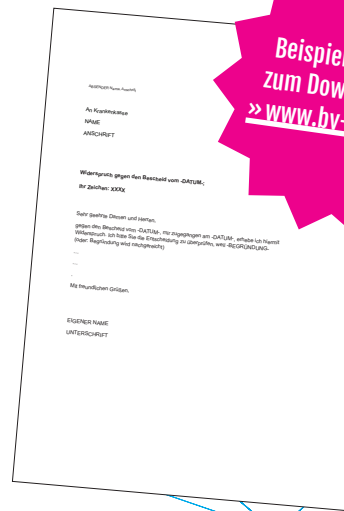
mit der Krankenkasse belastet oder du dir das Widerspruchsverfahren nicht vertraust. Falls du wenig Geld hast, gibt es dafür die Möglichkeit einer Beratungskostenhilfe (s. dazu Kapitel IX, Seite 21).

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*

* 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.

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://mdbund.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 gesetzli-

chen 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 der MD eingeschaltet wird, solltest du von der Krankenkasse immer das komplette Gutachten 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 haben für ihre Entscheidungen einen Ermessensspielraum, müssen sich aber 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. Die Aufsichtsbehörde ist entweder im Impressum angegeben oder sie kann bei Rechtsanwält*innen 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 Kostenerstattungsverfahren abläuft und können dir daher Tipps geben während der Phase der Beantragung.

→ 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.

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. Wieviel Anfragen verlangt werden, hängt von den einzelnen Umständen, 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.

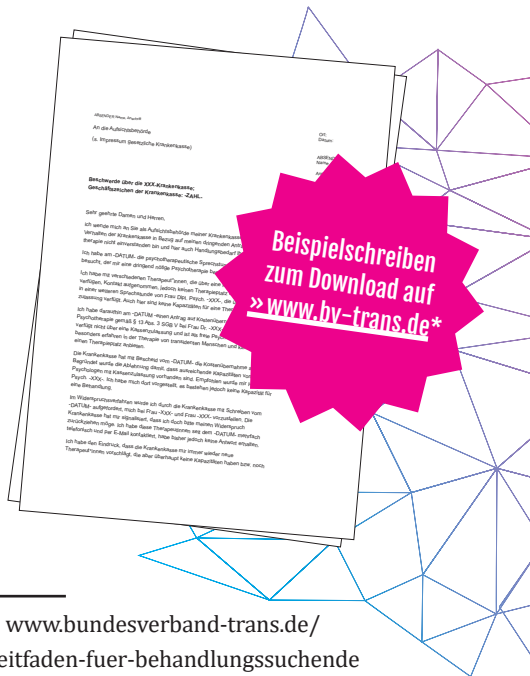
Wenn die Terminservicestellen dir Therapeut*innen vorschlagen, solltest du dem nachgehen und das Ergebnis dokumentieren.

→ **TIPP**

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

⊛ **BEISPIELSCHREIBEN**

Beschwerde Psychotherapie an die Aufsichtsbehörde



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

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 steht für Vertragsärzt*innen offenbar in keinem Verhältnis zur Vergütung. Nach neuster Rechtsprechung des

Bundessozialgerichtes besteht kein Anspruch auf die Kostenübernahme für eine Epilationsbehandlung durch Kosmetikinstitute oder Elektrologist*innen (sogenannte Ärzt*innenvorbehalt, § 28 SGB V).

→ **TIPP**

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

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**

Versuche zunächst mit geeigneten Vertragsärzt*innen in eurer Umgebung Kontakt aufzunehmen und nachzufragen, ob eine Epilationsbehandlung zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt werden kann. Dokumentiert jede Kontaktaufnahme/ Ablehnung ganz genau. Wendet euch dann an eure 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.

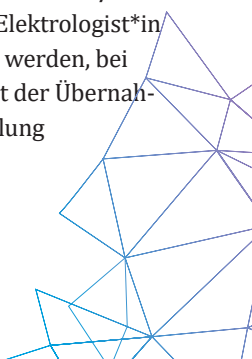
Wichtig: Auch Private Ärzt*innen führen die Behandlung häufig nicht selbst durch, sondern durch Angestellte (Kosmetiker*innen, Elektrologist*innen). Gegebenenfalls müsste hierzu von den Ärzt*innen eine Bestätigung einreichen, dass die Behandlung unter ärztlicher Aufsicht im Sinne der Rechtsprechung erfolgt. 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 Facharzt 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

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) empfiehlt Psychotherapie hingegen als freiwilliges Angebot. Es ist noch unklar, ob sich die Rechtsprechung mit Vorliegen der neuen Leitlinie verändern wird.

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.

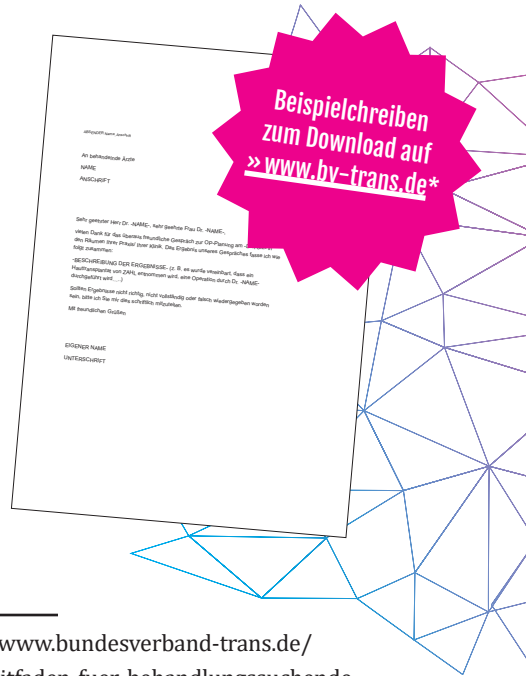
→ **TIPP**

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. Versucht 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

Nicht-binäre Personen

Für 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. Krankenkassen lehnen die Kostenübernahme für Behandlungsmaßnahmen häufig mit der Begründung ab, dass keine behandlungsbedürftige Krankheit im Rechtssinne des § 27 SGB V vorliege.

Psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen lassen sich durch einen bestehenden Leidensdruck begründen, wenn die Behandlung zu einer Beseitigung, Linderung führt oder die Verschlimmerung verhindern soll, so dass die Kostenübernahme durch Krankenkassen häufig erfolgt.

Bei allen weiteren Behandlungsmaßnahmen ist die Situation schwieriger. Denn von der Rechtsprechung wird unter anderem problematisiert, dass eine Angleichung an ein „das andere“ Geschlecht bei nicht-binären Personen nicht eindeutig erfolgen könne.

Im Moment ist es also umstritten, ob und unter welchen Voraussetzungen nicht-binäre Personen Anspruch auf Kostenübernahme für angleichende Maßnahmen haben. Das Sozialgericht Mannheim hat dies bei einer nicht-binären Person bejaht, um den Leidensdruck der betroffenen Person zu lindern. Die nächsthöhere Instanz, das

Landessozialgericht Baden- Württemberg, hat das Urteil aufgehoben und offengelassen, ob es sich bei der Störung der Geschlechtsidentität überhaupt um eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts (§ 27 SGB V) handelt. Es gibt noch keine abschließende rechtliche Klärung.

Das Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht hat ergeben, dass geschlechtsangleichende Operationen für non-binäre Personen derzeit keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Die genaue Urteilsbegründung muss abgewartet werden. Bisher liegen nur eine Pressemitteilung und der Terminbericht vor.

→ TIPP

Stelle einen Antrag auf Leistungen, der möglichst konkret sein sollte und füge möglichst auch geeignete Unterlagen (z. B. Behandlungsberichte, Kostenvoranschläge.) bei. Es ist anzunehmen, dass die Leistungen im Regelfall abgelehnt werden, so dass du Widerspruch erheben musst. Begründe den Widerspruch mit der unklaren Rechtslage (s. o.) und bitte darum, das Verfahren bis zur Klärung durch das Bundessozialgericht auszusetzen. Bei Bedarf hol dir juristische Hilfe durch Anwält*innen oder anderen Institutionen, die für Rechtsberatungen zugelassen sind.

§ WICHTIGE URTEILE

LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29.6.2022, AZ: **L 5 KR 1811/21**, Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht (**B 1 KR 16/22 R**) anhängig. Vorinstanzlich Sozialgericht (SG) Mannheim; Urteil vom 14.04.2021, AZ: **S 4 KR 3011/20**

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 Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazu-

gehörigen 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 dürfte 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/richtlinien/119>).

Nach § 27a Abs. 1 SGB V umfassen die Leistungen der Krankenbehandlung medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn diese nach ärztlicher Feststellung erforderlich und erfolgversprechend 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-Anl1-2004-10-19.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 geborene Versicherte, die das 40. und für als männlich geborene Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. 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: **B1 KR 7/21 R**, zur Frage der Benutzung von Ei- und Samenzellen in einer Ehe bei Kinderwunsch in einer gleichgeschlechtlichen Ehe

Sozialgericht (SG) Berlin vom 16.11.2022, AZ: **S 28 KR 63/22**, zur Frage der Kryokonservierung bei Transidentität

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

Bespreche 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, Hilfsmittel-

nummer). 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). 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 zum Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse einer Penis- Hoden- Epithese für den Geschlechtsverkehr

Gutachten und Urheberrecht

Für die personenstandsrechtliche Änderung des Vornamens und des Eintrages der Geschlechtszugehörigkeit sind nach dem sogenannten Transsexuellengesetz (TSG) aktuell zwei Gutachten von Sachverständigen erforderlich. Es kann passieren, dass die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst diese Gutachten von dir anfordert. Grundsätzlich dienen die Gutachten dazu, dem Gericht Aufschluss darüber zu geben, inwiefern die Voraussetzungen zur personenstandsrechtlichen Änderung nach dem TSG erfüllt sind. Es wird also keine medizinische Einschätzung abgegeben.

Insofern dürfen die KV die Gutachten auch nicht anfordern. In der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“ Quelle (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

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 anzufragen. Wenn du dich damit nicht wohlfühlst, die (die z.T. sehr persönliche Informationen enthalten) Gutachten an die KV zu reichen, musst du das in keinem Fall. Weise auf die Begutachtungsanleitung hin: s. dazu auch Kapitel V „Wenn die Begutachtung nicht stimmt“: Beschwerde beim Medizinischen Dienst (MD) und darauf hin, dass es sich nicht um obligatorische Unterlagen handelt.

9 Hilfe und Information

Beratungskosten- und Prozesskostenhilfe

Menschen mit wenig Einkommen können einen Antrag auf Beratungskostenhilfe (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, das 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)
Text: Petra Junker, und [Rechtsanwältin Dr. Jessica Heun](http://www.bedenk-heun.de) (www.bedenk-heun.de)
Gestaltung: [Silke Kampfmeier](http://www.skarsky.com) (www.skarsky.com)

Berlin 2023

Version 02 | 2023

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: 978-3-9826130-1-7

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 einen Überblick über das Antragsverfahren. Anschließend werden die verschiedenen Widerspruchs- 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!

