

PRAXISTIPPS

ALLES WISSENSWERTE ZU:

- ▶ Kostenübernahmen für geschlechtsangleichende Maßnahmen
- ▶ Anträgen, Widerspruchs- und Beschwerdemöglichkeiten

Inklusive
Musterschreiben
zum Download
» auf der BVT-Seite*



BUNDESVERBAND
TRANS*

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 7

5 Wenn die Begutachtung nicht
stimmt: Beschwerde beim MDK 8

6 Wenn die Krankenkasse
rechtswidrig handelt: Beschwerde
bei der Aufsichtsbehörde 8

7 Wenn du privat versichert bist:
Ombudsmann und Beihilfestellen 9

PKV-Ombudsmann 9

Aufsichtsbehörde 9

Beihilfe 9

8 Häufige Problemfelder 10

Psychotherapie bei freien
Therapeut_innen 10

Epilation 11

Operative Maßnahmen 12

Gutachten und Urheberrecht 13

9 Hilfe und Informationen 13

Beratungskostenhilfe 13

Prozesskostenhilfe 14

Beratungsstellen 14

Informationen zur Rechtsprechung 14

Abkürzungen 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 medizinisch-fachlicher Sicht Stellung. Sie ist für die Krankenkassen, ob privat oder gesetzlich, nicht rechtlich bindend, kann aber als Argumentationshilfe bei der Durchsetzung von Ansprüchen dienen.

→ 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 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 sehr belastet.

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). Für hausärztliche und logopädische Behandlungen braucht es hingegen keinen Antrag, das gilt in der Regel auch für Hormontherapien.

→ TIPP

Schreibe dir im Antragsverfahren alles genau auf, auch mündliche Auskünfte und 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. 3 SGB V). Die Frist verlängert sich auf fünf Wochen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeschaltet wird. Darüber müssen Versicherte umgehend informiert werden.

→ TIPP

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

Kann innerhalb der fünf Wochen über den Antrag nicht entschieden werden, so muss die Krankenkasse dies schriftlich begründen. Gegen einen ablehnenden Bescheid kannst du »Widerspruch erheben (siehe S. 6), 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 deinem Widerspruch nicht stattgegeben und ein Widerspruchsbescheid erlassen, kannst du dagegen 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 Leute fühlen sich gestärkt, wenn sie in so einer Auseinandersetzung durch Widerspruch und Beschwerden etwas tun können. Andere fühlen sich von Paragraphen und Beispielschreiben erst recht entmutigt. Falls das so ist, wende dich frühzeitig an eine »Beratung (siehe S. 10) und/oder eine_n Rechtsanwält_in – auch um 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. Hält die Kasse die Fristen ohne hinreichenden Grund nicht ein bzw. teilt sie diesen Grund nicht mit, gilt die Leistung als bewilligt (fiktive Genehmigung). Dies ist aber immer auch vom Einzelfall abhängig, z. B. davon, ob eine Zwischenmitteilung über die Einschaltung des MDK erfolgt ist oder ob ein Antrag hinreichend konkret formuliert ist.

→ 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).

Wenn die fiktive Genehmigung greift, ist eine Kostenübernahme bzw. -erstattung vorzunehmen.

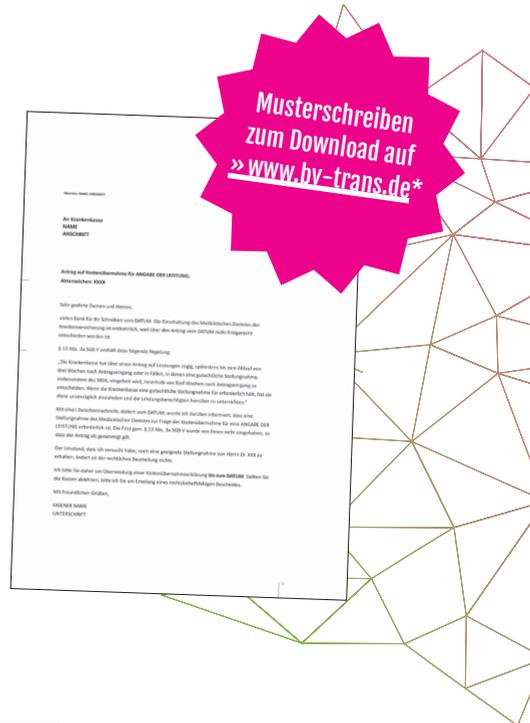
Es empfiehlt sich deshalb, genau zu prüfen, ob die Krankenkasse die Frist eingehalten hat.

§ WICHTIGE URTEILE

Bundessozialgericht, Urteil vom 24.04.2018, **B 1 KR 10/17 R** und vom 11.09.2018, **B 1 KR 1/18 R**: fiktive Genehmigung bei Fristüberschreitung durch die Krankenkasse

⊛ MUSTERSCHREIBEN

Schreiben an Krankenkasse, fiktive Genehmigung wegen Fristversäumnis



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

3 Wenn die Krankenkasse ablehnt: Das Widerspruchsverfahren

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

→ TIPP

Privat Versicherte müssen formal keinen Widerspruch einlegen. Es empfiehlt sich aber, ähnlich wie in einem Widerspruchsverfahren, die Kasse 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 sollte schriftlich erfolgen. Er kann auch durch eine_n Mitarbeiter_in bei der Krankenkasse vor Ort schriftlich aufgenommen werden (§ 84 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

(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 sehr belastet oder du dir das Widerspruchsverfahren nicht zutraust. Sobald die Kasse signalisiert, dass sie dem Widerspruch nicht abhelfen wird, solltest du dir anwaltliche Hilfe holen. Mitunter lässt sich dann der Klageweg noch vermeiden. Falls du wenig Geld hast, gibt es dafür die Möglichkeit einer »Beratungskostenhilfe« (siehe S. 13).

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

★ MUSTERSCHREIBEN

Widerspruch gegen eine ablehnende Entscheidung einer gesetzlichen Krankenversicherung

Musterschreiben
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 war. Für eine Klage zuständig ist das für den Wohnort oder Beschäftigungsort zuständige Sozialgericht. Sozialgerichte sind in Deutschland sehr stark belastet und die Verfahren dauern mehrere Monate. Du brauchst also viel Geduld.

→ TIPP

Wenn die Krankenkasse deinen Widerspruch zurückweist, hole dir rechtlichen Beistand durch eine_n Anwält_in, um einen zähen Rechtsstreit und ein jahrelanges Verfahren zu vermeiden.

Das Sozialgericht erhebt keine Gerichtskosten. Wer für das Klageverfahren eine_n Anwält_in beauftragt, zahlt – wenn die Klage keinen Erfolg hat – die im Sozialrecht eher geringen Gebühren für den_die Anwält_in. Es gibt auch die Möglichkeit, » Prozesskostenhilfe zu beantragen (siehe S. 14). 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 MDK

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) berät die gesetzlichen Krankenkassen in medizinischen Fragen. Die gesetzlichen Krankenkassen beauftragen den MDK, um prüfen zu lassen, ob beantragte Behandlungen aus medizinischer Sicht erforderlich sind. Für geschlechtsangleichende Maßnahmen hat der Spitzenverband der Krankenkassen 2009 eine „Begutachtungsanleitung“ erlassen, die den Rahmen für die Begutachtung durch den MDK setzt.

Die Stellungnahme durch den MDK 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. Gegen diese Entscheidung der Krankenkasse ist ein »Widerspruch« (siehe S. 6) möglich.

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

→ TIPP

Wenn der MDK eingeschaltet wird, solltest du von der Krankenkasse immer das komplette Gutachten anfordern. Wenn nötig, kannst du darauf sofort mit einer Beschwerde reagieren. Informiere auch die Krankenkasse über deine Beschwerde und fordere den MDK auf, sich nochmals dazu zu äußern.

Du solltest dich zunächst direkt bei dem MDK beschweren, der die Stellungnahme verfasst hat. Wenn das nicht zum Erfolg führt, kannst du dich an die Aufsichtsbehörde des MDK 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 (vgl. »Beispielschreiben« S. 11). Die Aufsichtsbehörde führt eine Rechtsprüfung durch und übt gegebenenfalls Druck aus, damit der rechtliche Rahmen eingehalten wird. 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“ (→ www.pkv-ombudsmann.de) 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 wegen 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 je nach Beamtenstatus die Bundesbeihilfeverordnung oder die Verordnungen der einzelnen Bundesländer. Auch von der Beihilfestelle solltest du eine schriftliche Entscheidung verlangen und gegebenenfalls »Widerspruch erheben« (siehe S. 6). Wird auch im Widerspruchsverfahren keine andere Entscheidung getroffen, kannst du dagegen klagen. Zuständig sind in diesem Fall die Verwaltungsgerichte.

Wenn Beihilfeangelegenheiten von einem externen Dienstleister bearbeitet werden, kannst du dich über unsachgemäßes Verhalten bei der Beihilfestelle beschweren. Außerdem ist eine »Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (siehe S. 8) möglich. Die Aufsichtsbehörde ist entweder im Impressum angegeben oder sie kann bei Rechtsanwält_innen erfragt werden.

8 Häufige Problemfelder

Psychotherapie bei freien Therapeut_innen

Psycholog_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 dennoch keinen Platz bei einem_einer Therapeut_in 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 der_die Therapeut_in keine Kassenzulassung hat (§ 13 Abs. 3 SGB V).

Die gesetzlichen Krankenkassen lehnen die Kostenübernahme für freie Therapeuten_innen jedoch häufig ab. Die Begründung lautet oft, dass über die „psycholo-

gische Sprechstunde“ ein Zugang zu Psychotherapie bei Kassenspsycholog_innen möglich ist. Diese Sprechstunde ersetzt jedoch keine Therapie, sondern dient einer Erstberatung und Krankheitseinschätzung. Durch die Verpflichtung, eine Sprechstunde anbieten zu müssen, hat sich bei den Psycholog_innen mit Kassenzulassung die Wartezeit eher noch verlängert.

Wenn du nach einer gewissen Zeit der Suche keinen Platz findest, kannst du dich beschweren und die Kostenübernahme für eine_n freie_n Therapeut_in einfordern.

→ TIPP

Dokumentiere alle Anstrengungen deiner Suche gut und lass dir lange Wartezeiten schriftlich bestätigen. Das ist für ein mögliches Gerichtsverfahren sehr wichtig. Wenn die Terminservicestellen dir eine_n Therapeut_in vorschlagen, solltest du dem nachgehen und das Ergebnis ebenfalls aufschreiben.

Epilation

Die Epilationsbehandlung durch Laser oder Nadelepilation wird als Sachleistung durch die Krankenkasse angeboten. Es ist jedoch sehr schwierig, eine_n Ärzt_in zu finden, der_die die Epilationsbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführt. Einige Gerichte haben hier ein Systemversagen festgestellt, sodass die Krankenversicherung dazu verpflichtet wurde, die Kosten einer Epilationsbehandlung durch einen Privatarzt bzw. ein Kosmetikinstitut zu übernehmen.

→ TIPP

Bei Auseinandersetzungen um Epilation empfiehlt sich eine Beratung durch eine_n Rechtsanwält_in.

Gesetzliche Krankenkassen lehnen die Kostenübernahme für eine Epilationsbehandlung durch Kosmetikinstitute oder Elektrologist_innen oft unter Hinweis auf den Ärztevorbehalt (§ 28 SGB V) ab.

Das Bundessozialgericht stützt diese Haltung in einem Urteil vom 18.12.2018, wenn auch für eine andere Behandlung. Ein Systemversagen dürfe nicht dazu führen, eine nichtärztliche Leistung in Anspruch zu nehmen.

→ TIPP

Bei einer nachgewiesenen Versorgungslücke ist die Behandlung im Kosmetikstudio strittig, ein_e Privatärzt_in darf jedoch in Anspruch genommen werden.

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung sind 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 deines Bundeslandes und bei deiner Krankenkasse beschweren.

⊛ MUSTERSCHREIBEN

Beschwerde Psychotherapie an die Aufsichtsbehörde



* → www.bundesverband-trans.de/leitfaden-fuer-behandlungsuchende

§ WICHTIGE URTEILE

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, 08.05.2014 - **L 16 KR 453/12**: Systemversagen bezüglich Epilationsbehandlung, Kosten bei Kosmetiker_in/Elektrologist_in müssen übernommen werden

Landessozialgericht Baden-Württemberg, 27.01.2009 - **L 11 KR 3126/08**: Kosten bei Kosmetiker_in/Elektrologist_in müssen nicht übernommen werden, es gilt der Arztvorbehalt

Bundessozialgericht, 18.12.2018 - **B 1 KR 34/17 R**: Systemversagen ist keine Begründung für nichtärztliche Behandlung, Kosten bei Nicht-Ärzt_innen müssen nicht übernommen werden

⊛ MUSTERSCHREIBEN

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 anzunähern und so ihren Leidensdruck zu mindern. Die Krankenkassen lehnen Anträge auf Opera-

tionen jedoch häufig ab, weil der Leidensdruck „nicht groß genug“ sei, oder weil andere Mittel nicht ausgeschöpft worden seien. Denn nach aktueller Rechtsprechung müssen Krankenkassen die Kosten für eine geschlechtsangleichende Operation nur dann übernehmen, wenn psychiatrische und psychotherapeutische Mittel den Leidensdruck nicht zu lindern vermö-

gen. Die Behandlung einer „psychischen Störung“ durch operative Eingriffe in den gesunden Körper gilt hier als letztes mögliches Mittel, wenn psychotherapeutische „Behandlungsversuche“ scheitern. Die neue S3-Leitlinie empfiehlt Psychotherapie hingegen als freiwilliges Angebot. Es ist noch unklar, ob und wie 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 Amtsärzte erstellt. Häufig orientieren sie sich an der Begutachtungsanleitung der gesetzlichen Krankenversicherung.

→ TIPP

Lass dich bei der Beantragung von Operationen nicht entmutigen. Hier ist oft ein Widerspruchsverfahren nötig. Eine Trans*beratung, dein_e Ärzt_in, Therapeut_in und/oder ein_e Anwalt_in können dich unterstützen. Bei juristischen Fragen solltest du eine_n Anwalt_in aufsuchen, denn nur Rechtsanwält_innen dürfen Rechtsberatungen durchführen

Gutachten und Urheberrecht

Für die Änderung des Vornamens sind nach dem „Transsexuellengesetz“ aktuell zwei Gutachten erforderlich. Es kann passieren, dass die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst diese Gutachten

von dir anfordert. Dazu bist du nicht verpflichtet. Und: Du darfst sie sogar nur dann 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 MDK oder die jeweilige Kasse, die Unterlagen direkt von dem_der Gutachter_in anzufordern.

9 Hilfe und Information

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 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 Anwalt_in verfügst. Es muss Aussicht auf Erfolg des Rechtsstreits bestehen.

→ 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 VLSP (→www.vlsp.de), Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie und beim Regenbogenportal (→www.regenbogenportal.de).

Zusätzlich kannst du dich z. B. an die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (→ www.patientenberatung.de) 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.

Informationen zur Rechtsprechung

Die meisten hier genannten Urteile und Gesetzestexte findest du im Internet. Informationen zur aktuellen Rechtsprechung gibt es auf der Juraseite (→ www.lto.de) unter dem Suchwort „Transsexuelle“. Einige Artikel, speziell zu trans* Elternschaft, sind dort aber mit trans*feindlichen Kommentaren versehen.

→ TIPP

Es kann ziemlich zermürend sein, solche Urteile zu lesen. Achte darauf, ob dir das guttut. Wenn es dir den Schlaf raubt, dich demotiviert oder ermüdet, geh lieber zu einer Rechtsberatung. Vielleicht gibt es auch schon ein neues Urteil, das die Situation verändert.

Abkürzungen

BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
PKV	Private Krankenversicherung(en)
SGB I	Erstes Sozialgesetzbuch
SGB IV	Viertes Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz

Impressum

Herausgeber in Bundesverband Trans* e. V. (→ www.bundesverband-trans.de)

Projektkoordination K* Stern (→ www.kstern.jimdo.com)

Text » Petra Junker, Dr. Jessica Heun, Gai Schmitz-Weicht (→ www.freizeile.de)

Gestaltung Silke Kampfmeier (→ www.design.skarsky.com)

Berlin 2019

Version 01 | 2019

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.

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des BAFzA dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor_innen die Verantwortung.