

Hormonbehandlungen bei geschlechtsinkongruenten oder geschlechtsdysphorischen Jugendlichen zu Lasten der GKV*

Anke Harney, Stefan Huster und Friederike Kohlenbach

Abstract: Unser Aufsatz kommt zu dem Ergebnis, dass Hormonbehandlungen bei Jugendlichen mit GIK/GD zu Lasten der GKV möglich sind. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Entwicklung in der medizinischen Wissenschaft, wonach transidente Menschen nicht deshalb krank sind, weil ihre empfundene Geschlechtsidentität nicht (vollständig) mit dem Zuweisungsgeschlecht übereinstimmt. Wir stellen den wissenschaftlichen Erkenntnisstand dar, klären die Unterschiede zwischen der ICD-10, der ICD-11 und dem DSM-5 sowie zwischen Diagnosen, medizinischen Indikationen und Leitlinien. Dabei sind die Indikationsregeln für Jugendliche durch die SoC-8 im September 2022 entschärft worden. Anschließend wird erläutert, dass Krankenbehandlungsansprüche nicht allein bei einer manifesten GD, sondern bereits bei einer GIK mit dem Risiko für die Entstehung einer GD gegeben sein können. Gleichwohl besteht regulatorischer Handlungsbedarf.

I. Einleitung

Dieser Beitrag geht der Rechtsfrage nach, ob Jugendliche, bei denen eine Geschlechtsinkongruenz (GIK) oder eine Geschlechtsdysphorie (GD) vorliegt, eine pubertätsunterdrückende oder geschlechtsangleichende Hormonbehandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beanspruchen können. Als Krankenbehandlung setzt die Beanspruchung dieser Hormonbehandlungen zu Lasten der GKV voraus, dass eine *Krankheit* behandelt wird, die GIK oder GD also *rechtlich* als Krankheit zu qualifizieren sind. Das Ziel der Behandlung ist die Reduktion der GD oder die Verhinderung der Entstehung einer GD („antizipierter Leidensdruck“) auf Grund einer anhaltenden und gefestigten GIK¹.

Für ein gemeinsames Verständnis und eine zutreffende Einordnung dieser Rechtsfrage bedarf es in einem ersten Schritt begrifflicher Klärungen (II.), bevor wir die medizinische Entwicklung, einschließlich der dortigen Terminologien, darstellen (III.). Schließlich widmen wir uns dem GKV-Recht selbst (IV.). Abschließend erfolgt eine Einschätzung zum regulatorischen Handlungsbedarf samt Fazit (V.).

II. Begriffsverständnis

Mit dem Begriff *Transidentität* (Transgender², Trans*) sind Personen gemeint, deren empfundene Geschlechtsidentität nicht oder nicht vollständig mit dem aufgrund anatomi-

scher Merkmale bei Geburt zugewiesenen Geschlecht³ übereinstimmt⁴ (im Folgenden: „Zuweisungsgeschlecht“). Sie sind aufgrund anatomischer Merkmale bei Geburt einem bestimmten Geschlecht *eindeutig* zugewiesen, fühlen sich diesem Geschlecht jedoch nicht zugehörig⁵. Bei „*Transidentität*“ handelt sich um einen außerhalb der Medizin stehenden Begriff, der eine Variante der Identitätsentwicklung beschreibt, „die *selbst nichts*⁶ mit psychischer Gesundheit oder Krankheit zu tun hat“⁷, das Phänomen also auch sprachlich entpathologisiert. Eine transidente Person *kann* den Wunsch haben, sich mit medizinischen körpermodifizierenden Maßnahmen behandeln zu lassen, zwingend ist dieser jedoch nicht⁸.

III. GIK und GD in der Medizin

1. Systematische und begriffliche Veränderungen

Im Gegensatz dazu verkörpert der Begriff des *Transsexualismus* die ICD-10-Diagnose (F64.0) und seine Einordnung als psychiatrische Störung. Obgleich die Diagnose des *Transsexualismus* noch in der ICD-10-GM enthalten ist, gilt der Begriff als überholt⁹. Er steht für die Stigmatisierung von transidenten Menschen als psychisch krank, für Geschlechter-Binarität und suggeriert eine Nähe zur sexuellen Orientierung, die jedoch gerade nicht besteht¹⁰.

Allerdings kann bei transidenten Menschen, deren Transidentität an sich zwar nicht pathologisch ist¹¹, eine *GIK* (ICD-11, HA60, HA61) vorliegen. Bei ihr *kann* es sich aus Sicht der Medizin, auch ohne, dass sie von ihr als Krankheitsentität klassifiziert würde, um einen behandlungsbedürftigen Zustand handeln.

*) Unser besonderer Dank gilt Prof. Dr. med. Romer, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, der die Idee für diesen Beitrag hatte und uns jederzeit für äußerst hilfreiche Diskussionen und Erläuterungen zur Verfügung stand.

- 1) Dorn/Jacobeit, Der Gynäkologe 2017, 288; Nieder/Briken/Güldenring, InFo Neurol Psychiat 2016, 42, 43; Strittmatter/Holtmann, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2020, 95.
- 2) Dieser Begriff ist zurzeit recht beliebt, wird allerdings recht unterschiedlich verwendet.
- 3) Richards/Bouman/Seal/Barker/Nieder/T’Sjoen, International Review of Psychiatry, 2016, 95–102: Z. B. agender, geschlechtsneutral, genderqueer; Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 309, speziell zur Non-Binarität: 315; umfassend zur Diagnostik/Definition: Turner/Briken/Nieder, PSYCH up2date 2020, 349 ff., 352.
- 4) Strauß/Nieder, in: Schochow/Gehrmann/Steger, Inter* und Trans*-Identitäten, 2016, S. 57 f.
- 5) Bundeskanzleramt Österreich, Intersexualität und Transidentität, Bioethikkommission, 2017, S. 11.
- 6) Hervorhebung durch die Verfasser.
- 7) Rauchfleisch, Transsexualismus – Genderdysphorie – Geschlechtsinkongruenz – Transidentität, 2019, S. 17 (zitiert: T-G-G-T).
- 8) Güldenring/van Trotsenburg/ Flüttsch, J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2019, 84, 85; Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 309; Turner/Briken/Nieder, PSYCH up2date 2020, 349 ff.
- 9) S. im Einzelnen Nieder/Strauß, Z Sexualforsch 2019, 70 ff. zur zukünftigen Neuordnung im ICD-11 als „Geschlechtsinkongruenz“ im Kapitel „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“.
- 10) Rauchfleisch, Transsexualität – Transidentität, 5. Aufl. 2016, S. 14. Vgl. auch: Dorn/Jacobeit, Der Gynäkologe 2017, 281, 288.
- 11) Nieder/Strauß, Z Sexualforsch 2019, 72.

Rechtsanwältin Anke Harney, Fachanwältin für Medizinrecht, Wissenschaftlichen Mitarbeitern am Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht,

Prof. Dr. iur. Stefan Huster, Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie sowie geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht.

Friederike Kohlenbach, Wissenschaftlichen Mitarbeitern am Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie. Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht der Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstraße 150, 44780 Bochum, Deutschland

2. Diagnosen

a) ICD-10-GM, Version 2022

Über die ICD der WHO¹² werden weltweit Krankheiten, Verletzungen, Gesundheitszustände und Todesursachen standardisiert erfasst und verschlüsselt. Die 10. Revision der ICD WHO stammt aus dem Jahr 1990. Im Auftrag des BMG bringt das BfArM die ICD-10 GM (Version 2022) als deutsche Fassung heraus¹³, nach der in der ambulanten und stationären (GKV-) Versorgung klassifiziert und kodiert wird¹⁴.

Im Kapitel V., unter „Psychische und Verhaltensstörung“, erfasst die ICD-10-GM *Transsexualismus* unter „F64 – Störungen der Geschlechtsidentität“ als psychiatrische Diagnose (F64.0). Für Jugendliche¹⁵ greift „F66 – Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“.

Diese Systematiken und Begrifflichkeiten spiegeln ein überholtes Pathologie- und Binaritätsverständnis wider, indem bestimmte Geschlechtsidentitäten *an sich* als medizinisches Problem definiert, sie systematisch im Kapitel für „Psychische und Verhaltensstörung“ eingeordnet werden und der Wunsch, sich einer chirurgischen und hormonellen Behandlung unterziehen zu wollen, vorausgesetzt wird. Zudem ist allein von *dem anderen* Geschlecht die Rede.

b) ICD-11, WHO, Version 2/2022

Zwölf Jahre hat die umfangreiche Bearbeitung der am 25.5.2019 von der 72. Weltgesundheitsversammlung¹⁶ verabschiedeten 11. Revision der ICD¹⁷ gedauert, die am 1.1.2022 in Kraft getreten ist¹⁸. Der genaue Zeitpunkt der Einführung der ICD-11 zur *Morbiditätskodierung* (ICD-11-GM) steht noch nicht fest. Die WHO hat die gesundheitliche Versorgung von transidenten Personen an die wissenschaftlichen Fortschritte, die klinischen Fortschritte der Medizin sowie den gewandelten gesellschaftlichen und menschenrechtlichen Blick angepasst. Daraus resultiert eine vollständige Neukonzeption, die als wichtiger Schritt auf dem Weg zur Entpathologisierung eingeordnet wird.

Die WHO klassifiziert die GIK systematisch nicht mehr als psychische Erkrankung im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörung“, sondern ordnet sie einem neuen Abschnitt „17. Conditions related to sexual health“¹⁹ zu. Damit haben die Diagnosen nach ICD-11 WHO keinen Bezug mehr zu psychischen, auch nicht zu somatischen, Erkrankungen²⁰, sondern stehen in einer *eigenen Kategorie neben* diesen. Begriff und Diagnose „Transsexualität“ (F64.0) sowie „*Störung der Geschlechtsidentität*“ (vgl. F64, F64.2.) werden aufgegeben. Nichtsdestotrotz werden Jugendliche und Erwachsene weiterhin diagnostisch erfasst, und zwar unter „HA60 Geschlechtssinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter“. Daran wird deutlich, dass *unverändert* eine Diagnose nach ICD-11 WHO vorliegt, allerdings als *medizinische* Diagnose und nicht als *Diagnose einer (psychischen) Krankheit*. Es handelt sich um bloße *medizinische* Entitäten, die jenseits von *Krankheitsentitäten* stehen. Gleichwohl fallen sie, wie ihre Aufnahme in die ICD-11 belegt²¹, in die *Zuständigkeit* der Medizin. Die ICD-11 geht offenkundig davon aus, dass die Geschlechtssinkongruenz ärztlicher Behandlung bedürftig sein kann²². HA60 lautet in der deutschen Übersetzung des BfArM²³ wie folgt:

„Die Genderinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem erlebten Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht, die oft zu dem Wunsch nach einer „Transition“ führt, um als eine Person des erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden, und zwar durch eine Hormonbehandlung, einen chirurgischen Eingriff oder andere Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person so weit wie möglich und gewünscht an das erlebte Geschlecht anzupassen. Die Diagnose kann nicht vor dem Einsetzen der Pubertät gestellt werden. Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.“

Dabei erfasst die medizinische Diagnose schon die bloße *Erfahrung* bzw. das *Erleben* der Nichtübereinstimmung zwischen dem erlebten und dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht²⁴. Der Wunsch nach einer körpermodifizierenden Transition ist keine Voraussetzung²⁵. Ebenso wenig ist für die Diagnosestellung das Bestehen eines krankheitswertigen Leidensdrucks unter der GIK gefordert. Gleichwohl *kann* sie bei einem gegenwärtigen oder einem antizipierten Leidensdruck vergeben werden²⁶.

c) DSM-5, APA

Ein weiteres Klassifikationssystem wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben, und zwar das Handbuch „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)“²⁷. Es definiert und klassifiziert psychische Störungen²⁸. Die ICD-11 sowie das DSM-5 weisen in ihren Diagnosekriterien Unterschiede auf. Seit dem DSM-5 (2013) ist der auf die Geschlechtsidentität bezogene Störungsbegriff aufgegeben worden; seither lautet die Diagnose „*Geschlechtsdysphorie*“.

Die Diagnose GD (DSM-5) setzt für Jugendliche und Erwachsene voraus, dass eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen dem körperlichen Geschlecht und der Geschlechtsidentität besteht, die mindestens sechs Monate vorhanden ist. Darüber hinaus muss während dieses Mindestzeitraums die Inkongruenz zu einem klinisch signifikanten Leidensdruck führen oder mit einer Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden sein²⁹.

Die GD (DSM-5) wird als *psychiatrische Störung* eingeordnet. Diese Störung besteht nicht in der Geschlechtsidentität an sich, sondern in den Folgen der Inkongruenz, die entweder in dem klinisch signifikanten Leid oder der Beeinträchtigung wichtiger Funktionsbereiche bestehen.

12) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation. Üblich ist die Kurzform „International Classification of Diseases“.

13) German Modification (GM).

14) §§ 295 Abs. 1, 301 Abs. 2 SGB V.

15) Auf Kinder gehen wir hier nicht näher ein. Sie fallen unter F64.2 („*Störung der Geschlechtsidentität* des Kindesalters“).

16) World Health Assembly (WHA).

17) <https://icd.who.int/en>, Zugriff am 14.10.2022.

18) Zu recherchieren unter <https://www.bfarm.de>, Zugriff am 22.9.2022.

19) Entsprechend der ersten Version einer deutschen Übersetzung: „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“, recherchierbar unter <https://www.bfarm.de>, Zugriff am 22.9.2022.

20) *Jacob*, Bundesgesundheitsblatt 2018, 776.

21) Deshalb *sind* diese Diagnosen gerade in den ICD-11 aufgenommen worden, m.w.N.z.B.: *Turner/Briken/Nieder*, PSYCH up2date 2020, 352.

22) Die medizinische Indikation ist gesondert für den Einzelfall zu stellen. *S. Turner/Briken/Nieder*, PSYCH up2date 2020, 352.

23) Recherchierbar unter <https://www.bfarm.de>, Zugriff am 22.9.2022.

24) S. näher *Turner/Briken/Nieder*, PSYCH up2date 2020, 352.

25) *Güldenring/van Trotsenburg/Flütsch*, J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2019, 84 (84, 85); *Hamm/Sauer*, Z Sexualforsch 2014, 11, 12 (Stand 2013).

26) *Nieder/Briken/Güldenring*, InFo Neurol Psychiat 2016, 40; *Strittmatter/Holtmann*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2020, 95.

27) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 2013. Die deutsche Übersetzung ist 2015 erschienen: *Falkai/Wittchen* et al., American Psychiatric Association: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®, Deutschsprachige Ausgabe, 2015.

28) www.psychiatry.org, Zugriff am 22.9.2022.

29) Zudem müssen zwei der im DSM-5 aufgezählten Punkte vorhanden sein. Zu den Diagnose-Vorgaben des DSM-5: *Turner/Briken/Nieder*, PSYCH up2date 2020, 351.

d) Exkurs: „GD (DSM-5)“ und „GD“

Sehr wichtig ist es, begrifflich zwischen der „GD (DSM-5)“ und der „GD“ ohne Bezug zur DSM-5 zu unterscheiden. Der Begriff der „Geschlechtsdysphorie“ wird von der Medizin auch als deskriptiver Begriff verwendet, der das durch die Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen verursachte und behandlungsbedürftige Leiden meint³⁰, ohne dass das Ausmaß der GD die Kriterien der *psychiatrischen Krankheitsdiagnose* nach DSM-5 erfüllt. Auf diesen deskriptiven Begriff verweisen wir im hiesigen Beitrag mit dem Kürzel „GD“, meinen also nicht „GD (DSM-5)“. Eine GD kann daher auch schon bei einem Leidensdruck unterhalb des Mindestzeitraums nach DSM-5 gegeben sein (z. B. einige Wochen, wenige Monate).

3. Wissenschaftlicher Erkenntnisstand

a) Non-binär

Transident können auch Personen sein, die sich mit keinem der beiden binären Geschlechter identifizieren (non-binär)³¹.

b) Psychotherapien, somatische Behandlungen

Selbstverständlich können transidente Menschen krank sein und dabei, ebenso wie Cis-Menschen, „das ganze Spektrum von psychischer Gesundheit bis Krankheit“³² aufweisen³³.

Dabei werden *reaktive* Störungen als Folge der häufig schwierigen Lebenssituationen transidenter Personen verstanden (Verheimlichungen, Minderheitenstress, Diskriminierung), wodurch es z. B. zu psychosomatischen Beschwerden, Depressionen, Suchterkrankungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Suizidalität kommen kann³⁴.

Die Indikationen für psychotherapeutische Maßnahmen werden individuell und störungsspezifisch gestellt³⁵. Insofern ergibt sich z. B. zu Cis-Menschen kein Unterschied. Wird bei einer GIK eine F-Diagnose gestellt, kennzeichnet dies ihre *Unabhängigkeit* von der GIK und die F-Diagnose folgt ihren eigenen Diagnosekriterien.

Die Bedeutung der *somatischen* Behandlung hingegen wird im Zuge der Behandlung von GD/GIK unterstrichen.

Als *Therapie der ersten Wahl* gelten bei der GD/GIK modifizierende, stufenweise³⁶ stattfindende, Behandlungen körperlicher Geschlechtsmerkmale, zu denen auch Hormonbehandlungen zählen, für diejenigen Personen, die solche Behandlungen wollen³⁷.

Nichtsdestotrotz wird parallel eine psychische Begleitung empfohlen und eine psychotherapeutische Behandlung kann indiziert sein³⁸. Dabei wird für jegliche Therapiemethoden eine „partizipative Entscheidungsfindung“ empfohlen. Keinesfalls sollen Psychotherapie oder Alltagserfahrungen heute *notwendige Voraussetzungen* für den Beginn von Hormonbehandlungen oder anderweitiger somatischer Behandlungen bei GD/GIK sein³⁹. Im Gegensatz zu dieser klaren Leitlinienempfehlung, verlangt die Begutachtungsanleitung (BGA) des GKV-Spitzenverbandes diese noch immer als obligatorische Voraussetzung für die Kostenübernahme etwaiger geschlechtsangleichender Behandlungen⁴⁰. Die BGA des GKV-Spitzenverbandes steht in diesem und weiteren Kernpunkten im Widerspruch zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand und ist deshalb von den Fachgesellschaften, die die S3-Leitlinie der AWMF (Stand: 22.2.2019)⁴¹ verantworten, als „weder mit dem aktuellen Fachwissen noch berufsethischen Grundsätzen vereinbar“ kritisiert worden⁴². Sie ist auch unter den Krankenkassen selbst hoch umstritten und in rechtlicher Hinsicht äußerst problematisch⁴³.

Die GD zeichnet sich dadurch aus, dass in dem Maße, in dem angenommen werden kann, dass die GD im Sinne eines unauflösbaren Dauerstressors ursächlich für eine behandlungsbedürftige psychische Störung ist, alleinige psychotherapeutische Interventionen wirkungslos sind bzw. sie bewirken im Sinne supportiven seelischen Beistands allenfalls eine partielle Entlastung⁴⁴. Soll der von der GIK ausgehende oder antizipierte Leidensdruck als psychopathologisches Problem gekennzeichnet werden, so erfolgt die abrechnungstechnische Verschlüsselung der entsprechenden Diagnose zukünftig über HA60 der ICD-11-GM mit dem begrifflichen Zusatz GD bzw. Risiko für die Entstehung einer GD⁴⁵.

30) Fuchs, Paediatr Paedolog 2021, 68.

31) Nieder/Strauß, Z Sexualforsch 2019, 72, 77; Richards/Bouman/Seal/Barker/Nieder/T'Sjoen, International Review of Psychiatry, 2016, 95–102: Z. B. agender, geschlechtsneutral, genderqueer; Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 309, speziell zur Non-Binärität: 315; umfassend zur Diagnostik/Definition: Turner/Briken/Nieder, PSYCH up2date 2020, 349ff., 352.

32) Rauchfleisch, T-G-G-T, 2019, S. 52; vgl. auch: Nieder/Güldenring/Köhler/Briken, Der Nervenarzt 2017, 467.

33) Zu primären Störungen ohne Ursachenzusammenhang zur Transidentität: Rauchfleisch, T-G-G-T, 2019, S. 53; vgl. auch: Nieder/Güldenring/Köhler/Briken, Der Nervenarzt 2017, 467f.

34) Rauchfleisch, T-G-G-T, 2019, S. 52; Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 311.

35) Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 313.

36) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 3880 unter 2.1. sowie unter 2.4 bis 2.6.

37) Nieder/Strauß, Z Sexualforsch 2019, 76 (für Erwachsene). Die leitliniengerechte Versorgung bestätigend: Romer/Möller, Ärztliche Psychotherapie 2020, 89f. (für Jugendliche); Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 309f.; Turner/Briken/Nieder, PSYCH up2date 2020, 357; WPATH, Standards of Care, Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen, Version 7, 2011, 22ff./Version 8, 2022, 112ff. (zitiert: „WPATH, Standards of Care“).

38) Zu den Differenzierungen: Nieder/Strauß, Z Sexualforsch 2019, 75 (für Erwachsene); Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312f.; Turner/Briken/Nieder, PSYCH up2date 2020, 353f., 356f.; WPATH, Standards of Care, Version 7, 2011, 36ff./Version 8, 2022, 171ff.

39) Nieder/Strauß, Z Sexualforsch 2019, 75 (für Erwachsene); Romer/Möller, Ärztliche Psychotherapie 2020, 91 (für Jugendliche); Turner/Briken/Nieder, PSYCH up2date 2020, 349; WPATH, Standards of Care, Version 7, 2011, 36/Version 8, 2022, 175.

40) „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)“ v. 31.8.2020, S. 18ff., S. 20ff. (zitiert: „BGA GKV-Spitzenverband“). Die BGA GKV-Spitzenverband ist durch die Bezugnahme auf „F64.0“ auf Erwachsene beschränkt und betrifft allein geschlechtsangleichende Maßnahmen, worunter z. B. genitalangleichende Operationen, aber auch gegen geschlechtliche Hormontherapien fallen (S. 25, 40).

41) Langfassung Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“, AWMF-Register-Nr. 138-001, Stand: 22.9.2019, Version 1.1, Überarbeitung geplant: 2023, S. 9. Im Folgenden genannt: Langfassung Leitlinie AWMF, Diagnostik, Beratung, Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138-001.

42) Stellungnahme der die AWMF S3-Leitlinie verantwortenden Fachgesellschaften v. 12.4.2021: <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/Stellungnahme-Final.pdf>, Zugriff am 23.10.2022.

43) S. unter Punkt IV. 4. Die Krankenkasse, nicht der Medizinische Dienst Bund bzw. die Medizinischen Dienste in den Ländern, ist Partei eines sozialgerichtlichen Prozesses und trägt damit das Prozess- und Kostenrisiko. Im sozialgerichtlichen Verfahren hat die BGA des GKV-Spitzenverband keine rechtliche Bindungswirkung. Maßgeblich ist der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft (§2 Abs. 1 S. 3 SGB V).

44) Vgl.: Nieder/Strauß, Z Sexualforsch 2019, 75 (für Erwachsene); Romer/Möller, Ärztliche Psychotherapie 2020, 89f. (für Jugendliche); Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 309f.; Turner/Briken/Nieder, PSYCH up2date 2020, 356f.; WPATH, Standards of Care, Version 7, 2011, 22ff./Version 8, 2022, 171ff.

45) So wie z. B. bei der F-Diagnose der Depression der begriffliche Zusatz „Suizid“ oder Suizidgefahr“ erfolgt.

c) Pubertät, frühzeitige Intervention?

Im Zuge des Eintritts in die Pubertät entsteht ärztlicherseits die schwierige Aufgabe, den Zustand der Jugendlichen diagnostisch möglichst sicher einzuschätzen, um Nutzen und Risiken der Entscheidung für oder gegen eine (zeitlich limitierte) pubertätsunterdrückende Therapie sorgfältig abzuwägen⁴⁶. Das Dilemma besteht darin, dass beide (!) Entscheidungen mit Langzeitriskien verbunden sind⁴⁷.

Eine GIK kann sich bereits im Kindesalter ankündigen, wobei sich häufig bald nach Beginn der Pubertät entscheidet, ob diese ins Jugendalter persistiert⁴⁸. Denkbar ist jedoch auch, dass sich die Symptome für eine GIK/GD erst nach Eintritt der Pubertät zeigen, was die Diagnostik erschwert, weil die Jugendlichen noch nicht über einen längeren Zeitraum beobachtet worden sind⁴⁹. Typischerweise handelt es sich um Jugendliche, die einen sozialen Rollenwechsel in einem akzeptierenden Umfeld vollzogen haben, der zu ihrer psychischen Stabilisierung beigetragen hat, und die daher bis zum Eintritt der Pubertät keinen geschlechtsdysphorischen Leidensdruck entwickeln⁵⁰. Im Hinblick auf den eigenen Körper besteht jedoch das Unbehagen fort und das Leid nimmt, trotz der Erfahrung sozialer Akzeptanz, pubertätsbedingt mit fortschreitender Reifeentwicklung deutlich zu, so dass die körperlichen Veränderungen für sich allein dauerhaftes unauf lösbares psychisches Leid erzeugen (werden)⁵¹. Dieses lässt sich durch soziale Akzeptanz allein gerade nicht nennenswert lindern⁵². Dies kann die soziale Teilhabe von Jugendlichen erheblich beeinträchtigen⁵³.

Die körperlichen Veränderungen durch die pubertäre Reifung sind für viele Jugendliche, so die Beschreibungen, „unerträglich“⁵⁴ oder bedeuten für sie „großes persönliches Leid“⁵⁵. Insofern wird das Erleben der vollen endogenen Pubertät für Jugendliche mit GIK/GD als unerwünschter Zustand klassifiziert, der das gesunde psychologische Wohlbefinden ernsthaft und dauerhaft beeinträchtigen kann⁵⁶. Die Pubertätsunterdrückung wiederum verringert den Leidensdruck wirksam, indem der somatische Reifeprozess gestoppt wird⁵⁷.

Anders als bei Erwachsenen, wird bei Jugendlichen auf Grund der irreversiblen körperlichen Reifung (Stimmbruch, Adamsapfel, Brüste usw.)⁵⁸, ein Abwarten mit entsprechen-

den Risiken erkauf⁵⁹. Die Pubertätsunterdrückung nimmt den Zeitdruck von den betroffenen Jugendlichen, dem diagnostischen Prozess und der Entscheidung über die in einem nächsten Schritt zu erwägenden, teils irreversiblen, Behandlungsschritte (geschlechtsangleichende Hormonbehandlung/Operationen)⁶⁰. Ein weiterer Grund für die Pubertätsunterdrückung besteht darin, dass das körperliche Ergebnis besser zu erreichen ist, als wenn der Abschluss der Pubertät abgewartet wird⁶¹. Das Risikoprofil der Pubertätsunterdrückung ist insofern günstig, als dass sie im Hinblick auf die körperliche Reifung vollständig reversibel ist, d. h. nach einem evtl. Absetzen der Behandlung würde eine vollständige pubertäre Entwicklung im Geburts geschlecht ermöglicht⁶².

Gleichwohl kann der Einsatz einer pubertätsunterdrückenden Therapie ebenfalls langfristige negative Folgen für die Gesundheit haben. Angeführt werden als Risiken, insbesondere bei mehrjähriger Anwendung im Jugendalter, mögliche negative Effekte auf die Knochengesundheit, sowie Auswirkungen auf die Fertilität⁶³. Dies limitiert insbesondere eine medizinisch sinnvolle Dauer der Behandlung, die daher nur als eine vorübergehende Maßnahme empfohlen wird, während derer eine sorgfältige Prozessbegleitung zur ggf. Klärung und Vorbereitung des weiteren Transitionsweges erfolgen sollte.

d) Assoziierte Psychopathologien, u. a. Suizidalität

Psychopathologische Auffälligkeiten bei GIK/GD im Jugendalter sind häufig, wobei meistens depressive Störungen, Angststörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität vorliegen⁶⁴. Sie werden u. a. mit dem Anstieg des Leidensdrucks durch den fortschreitenden Reifeprozess in der Pubertät begründet⁶⁵. Die Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche ist hoch. Sie wird für Jugendliche in einer Metaanalyse aus dem Jahr 2021 mit 15 % angegeben⁶⁶ und für Erwachsene mit 40 %⁶⁷.

e) Hormonbehandlungen: Outcome auf die psychische Gesundheit

Diverse Studienergebnisse belegen die Annahme, dass pubertätsunterdrückende bzw. geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen bei Jugendlichen mit dauerhafter GIK/GD Psychopathologien wirksam lindern können⁶⁸.

46) Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 313.

47) Möller/Güldenring/Wiesemann/Romer, Kinderanalyse 2018, 228, 245; Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates v. 21. 2. 2021, Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen und ethische Orientierungen.

48) So Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312 m. w. N.

49) Ausführlich Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312.

50) Romer/Möller, Ärztliche Psychotherapie 2020, 89.

51) Romer/Möller, Ärztliche Psychotherapie 2020, 88, 90, 92; Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312.

52) Romer/Möller, Ärztliche Psychotherapie 2020, 89; Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312.

53) S. hierzu näher Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312.

54) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 3880 („... the pubertal physical changes are unbearable.“).

55) Riedl, J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2020, 21.

56) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 3880 („The experience of full endogenous puberty is an undesirable condition for (...) well-being“).

57) Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 313.

58) So Möller/Güldenring/Wiesemann/Romer, Kinderanalyse 2018, 228, 245; Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312; Romer/Möller, Ärztliche Psychotherapie 2020, 89.

59) Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312.

60) Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 312.

61) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 3880 m. w. N. („Another reason to start blocking pubertal hormones early in puberty is that the physical outcome is improved compared with initiating physical transition after puberty has been completed (60, 62).“)

62) So Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 3880 („Pubertal suppression is fully reversible, (...)“); Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 313. Sehr kritisch: Korte/Beier/Bosinski, Sexuologie 2016, 129f. mit Verweis darauf, dass der normale Ablauf der psychosexuellen Entwicklung irreversibel gestört werde und viel dafür spreche, dass unter den Bedingungen einer Pubertätssuppression und einer (zu) frühzeitigen Weichenstellung andere, nicht-transsexuelle Entwicklungen, nachhaltig erschwert oder sogar unmöglich gemacht werden würden.

63) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 3882 („The primary risks of pubertal suppression (...)“); Riedl, J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2020, 17 ff.; sehr kritisch: Korte/Beier/Bosinski, Sexuologie 2016, 129f.

64) So Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 311 m. w. N.; außerdem bestätigend m. w. N.: Möller/Güldenring/Wiesemann/Romer, Kinderanalyse 2018, 228, 243; Riedl, J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2020, 16, 21.

65) So Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 311 m. w. N.

66) Surace/Fusar-Poli/Vozza/Cavone et al., European Child & Adolescent Psychiatry 2021, 1147–1161.

67) Herman/Brown/Haas, Suicide Thoughts and Attempts Among Transgender Adults: Findings from the 2015 U.S. Transgender Survey, 2019, The Williams Institute, <https://escholarship.org/uc/item/1812g3hm>, Zugriff am 22. 9. 2022.

68) Achille/Taggart/Eaton et al., International journal of pediatric endocrinology 2020, 1 ff.; Allen/Watson/Egan et al., Clinical Practice in Pediatric Psychology 2019, 302 ff.; De Vries/McGuire/Steenma et al., Pediatrics 2014, 696 ff.; Kaltiala/Heino/Työläljärvi et al., Nordic journal of psychiatry 2020, 213 ff.; Kuper/Stewart/Preston et al., Pediatrics 2020, 145(4): e20193006; Turban/King/Kobe et al., PLoS one 17(1): 2022, e0261039.

Deswegen sehen Leitlinien⁶⁹ sie auch als standardgerechte Behandlung vor, die auch Jugendlichen bei entsprechender Indikationsstellung zur Verfügung stehen sollte⁷⁰.

4. Leitlinien

a) AWMF-Leitlinie

Es existiert eine S3-Leitlinie der AWMF mit Stand v. 22.2.2019 zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit⁷¹. Sie bezieht sich jedoch allein auf Erwachsene.

Für die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen⁷² mit GIK/GD ist seit dem 16.12.2020 ein eigenständiges S3-Leitlinienvorhaben bei der AWMF angemeldet, dessen Fertigstellung im Jahr 2023 geplant ist⁷³. Die bisherige Leitlinie ist auf Grund der weitreichenden Veränderungen im medizinischen Diskurs aufgegeben worden und wird mit Blick auf die internationale Debatte sowie die konzeptionellen Veränderungen der ICD-11 WHO und des DSM-5 neu aufgesetzt⁷⁴. Mithin gibt es auf nationaler AWMF-Leitlinienebene noch keine Empfehlungen für die Einhaltung von Standards bei Diagnostik und medizinischer Indikation für Hormonbehandlungen von Jugendlichen mit GIK/GD.

b) Endocrine Society (2017); WPATH (2022)

Allerdings existiert international eine von verschiedenen endokrinologischen Fachgesellschaften sowie der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) herausgegebene „Clinical Practice Guideline“ unter dem Namen „Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons“⁷⁵. Sie gibt evidenzbasierte Empfehlungen für die endokrine Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen mit GIK/GD⁷⁶. Generell ist für die Indikationsstellung zu unterscheiden zwischen einer *pubertätsunterdrückenden Therapie* mit GnRH-Analoga und einer *geschlechtsangleichenden Hormontherapie* mit Östrogen oder Testosteron⁷⁷.

In Übereinstimmung mit den „Standards of Care“ der WPATH (Version 7, 2012; im Folgenden: „SoC-7“)⁷⁸, empfiehlt die Endocrine Society Leitlinie als standardgerechte Behandlung den Einsatz pubertätsunterdrückender GnRH-Analoga bei Jugendlichen mit GIK/GD ab einem frühen Stadium der Pubertät (Tanner-Stadium G2/B2)⁷⁹. Vorausgesetzt wird, dass Jugendliche die diagnostischen Kriterien für eine GD/GIK sowie die Kriterien für eine Behandlung (Tabelle 5)⁸⁰ erfüllen und dass sie eine Behandlung zur Pubertätsunterdrückung in Anspruch nehmen möchten⁸¹. Die Kriterien für eine pubertätsunterdrückende Therapie sind in Tabelle 5 aufgeführt, wobei Tabelle 1 den Begriff der Geschlechtsdysphorie im Sinne der Tabelle 2 definiert, in welcher wiederum auf die Kriterien der psychiatrischen Krankheitsdiagnose nach DSM-5 Bezug genommen wird⁸². Die Leitlinie gibt damit als Kriterium einen Leidensdruck über mindestens sechs Monate bei einem Jugendlichen vor, der mindestens ein Pubertätsstadium nach Tanner 2 erreicht hat. Zur Klarstellung: Es bleibt dabei, dass allein die *Diagnose*, nicht die *Behandlung* in den Zuständigkeitsbereich des DSM fällt⁸³. Indem die Indikationsregel in der Leitlinie jedoch für die zustandsseitigen Kriterien auf das DSM-5 Bezug nimmt, werden sie Teil der Indikationsregel.

Ebenfalls werden Jugendlichen mit GIK/GD unter bestimmten weiteren Bedingungen geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen empfohlen⁸⁴, wobei die Leitlinie in der Indikationsregel für die zustandsseitigen Kriterien ebenfalls auf das DSM-5 Bezug nimmt.

Für den Leistungsanspruch in der GKV kommt es für die Ermittlung des fachlichen Standards nur dann auf die o.g. Leitlinie an, sofern sie weiterhin dem aktuellen Standard

entspricht. Allerdings dürfte der Standard nunmehr durch die kürzlich am 15.9.2022 veröffentlichten und *aktualisierten* „Standards of Care“ der WPATH (Version 8) abgebildet werden (im Folgenden: „SoC-8“)⁸⁵, deren Indikationsregeln gegenüber der SoC-7 sowie der Endocrine Society Leitlinie *entschärft* sind. Der SoC-8 folgend, lassen sich Indikationen für die Anwendung einer pubertätsunterdrückenden Therapie oder einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie bei Jugendlichen weiterhin ab einem bestimmten Stadium der Pubertät (Tanner-Stufe-2) stellen, allerdings *ohne* dass hierfür eine GD (DSM-5) oder eine GD vorliegen muss. Somit ist ein gegenwärtiger Leidensdruck keine *notwendige* Voraussetzung (mehr) für eine standardgerechte Behandlung; gleichwohl *kann* ein gegenwärtiger oder antizipierter Leidensdruck im Sinne einer GD bzw. GD (DSM-5) vorliegen. *Notwendig* vorausgesetzt wird für eine pubertätsunterdrückende Therapie⁸⁶ sowie für eine geschlechtsangleichende Hormontherapie: „a. *Gender diversity/incongruence is marked and sustained over time*; b. *Meets the diagnostic criteria of gender incongruence in situations where a diagnosis is necessary to*

- 69) Coleman/Bockting/Botzer et al., Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconfirming people, Version 7 bzw. Version 8, Int J Transgend 2012, 165–232; deutsche Übersetzung: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20v7_German.pdf; Zugriff am 22.9.2022; Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 3869ff.
- 70) Riedl, J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2020, 17; ausführlicher: Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 311 m. w. N.
- 71) Langfassung Leitlinie AWMF, Diagnostik, Beratung, Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138-001, S. 9.
- 72) Unter 18 Jahre.
- 73) Unter der Register-Nr. 028-014, www.awmf.org, Zugriff am 22.9.2022, angemeldet von Prof. Dr. Romer, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, Universitätsklinikum Münster.
- 74) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/11/028-014.html>, Zugriff am 22.9.2021.
- 75) Im Folgenden „Endocrine Society Leitlinie“ genannt.
- 76) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 3869–3903. Die klinische Praxisleitlinie wurde zuletzt im Jahr 2017 überarbeitet und stammt aus dem Jahr 2009.
- 77) Diese werden prinzipiell erst ab einem Alter von 16 Jahren empfohlen, wobei ihr früherer Einsatz in Ausnahmesituationen gerechtfertigt sein kann: Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 313, 314.
- 78) Coleman/Bockting/Botzer et al., Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconfirming people, Version 7, Int J Transgend 2012, 165–232; deutsche Übersetzung: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20v7_German.pdf; Zugriff am 22.9.2022.
- 79) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 2.1 bis 2.3, S. 3880f.
- 80) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, S. 3886.
- 81) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 2.1, S. 3880.
- 82) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, S. 3886, S. 3880, S. 3882.
- 83) So die APA selbst: Byne/Karasic/Coleman/Eyler et al., Am J Psychiatry 2018, 1046.
- 84) Hembree/Cohen-Kettenis/Gooren et al., J-Clin Endocrinol Metab 2017, 2.4., sowie Tabelle 5 unter „... Behandlung mit Sexualhormonen ...“.
- 85) Coleman, Radix, Bouman et al., Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, Int J Transgend 2022, 1–258. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.
- 86) Coleman, Radix, Bouman et al., Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, Int J Transgend 2022 mit einer Übersicht zum Einsatz von GnRH-Agonisten: Chapter 12: Hormone Therapie, 111 (Statements of Recommendations). <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.

access health care; (...)⁸⁷. Demnach muss eine *ausgeprägte und anhaltende GIK* vorliegen, wobei in denjenigen Ländern, in denen eine Diagnose für den Zugang zur Gesundheitsversorgung erforderlich ist, die diagnostischen Kriterien der GIK gemäß ICD-11⁸⁸ erfüllt sein müssen⁸⁹. Indem die Indikationsregeln der SoC-8 für die zustandsseitigen Kriterien auf die ICD-11 (HA60) Bezug nimmt, werden sie Teil der Indikationsregeln.

IV. GIK und GD im GKV-Recht

1. Anspruch auf Hormonbehandlungen

Bei Krankheit besteht ein Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn letztere notwendig ist, um die Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V). Bei den Hormonpräparaten handelt es sich um verschreibungspflichtige Arzneimittel⁹⁰, wie alle Leistungen der Krankenversicherung unterliegen auch Arzneimittel dem Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V und § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V). Da die Kosten für die Hormonbehandlungen von der Krankenversicherung seit Jahren übernommen werden und das BSG in ständiger Rechtsprechung einen Leistungsanspruch auf geschlechtsangleichende Hormonbehandlung bei Erwachsenen anerkennt, ist ihre generelle Wirtschaftlichkeit bestätigt. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Hormonbehandlungen entsprechen zudem dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse⁹¹.

Ob Hormonbehandlungen von der GKV zu finanzieren sind, hängt davon ab, ob sie die Heilung oder Linderung einer Krankheit der Jugendlichen oder die Verhütung ihrer Verschlimmerung bezwecken. Für die Klassifizierung von Hormonbehandlungen als Krankenbehandlung ist die Unterscheidung von zwei Fallgruppen zentral: (a) Jugendliche, die aufgrund ihrer GIK bereits ein geschlechtsdysphorisches Leid aufweisen, (b) Jugendliche mit einer GIK, die mit einem hohen Risiko einhergeht, ein geschlechtsdysphorisches Leid zu entwickeln.

2. Zustand – Maßnahme – Ziel

Die medizinischen Maßnahmen müssen sich auf den Zustand „Krankheit“ beziehen und zur Erreichung folgender Ziele eingesetzt werden: Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit oder der Linderung von Krankheitsbeschwerden. Der Krankheitsbegriff wird durch die Rechtsprechung des BSG definiert und lässt sich auf die Kurzformel „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der behandlungsbedürftig ist“ bringen⁹². Je nach Fallgruppe, besteht der Zustand in der GIK mit vorhandenem geschlechtsdysphorischem Leid oder in der GIK mit hohem Risiko für das Entstehen eines geschlechtsdysphorischen Leids. Die Regelwidrigkeit und Behandlungsbedürftigkeit des jeweiligen Zustandes müsste vorliegen und auf diesen muss sich die Hormonbehandlung mit dem Ziel beziehen, das Inkongruenzerleben oder das von ihr ausgehende bzw. zu erwartende Leid zu beseitigen.

3. Diagnose, medizinische Indikation, Leitlinie

Diagnose und medizinische Indikation sind jeweils originär medizinische Begriffe⁹³. Die Medizin unterscheidet strikt zwischen einer *Diagnose* und einer *individuell* einem Patienten zugeschriebenen *medizinischen Indikation*⁹⁴. Bei den Diagnosen sind wiederum *Diagnosen im Sinne einer Entität* und Diagnosen, die den *klinischen Zustand eines einzelnen Patienten* beschreiben, zu differenzieren⁹⁵.

Die ICD WHO bzw. deren deutsche Übersetzung enthält *Diagnosen im Sinne von Entitäten*⁹⁶. Gleiches gilt für

das DSM-5. Diese *diagnostischen Entitäten* sind von der medizinischen Wissenschaft akzeptiert⁹⁷. Dabei kann es sich um *Krankheitsentitäten* handeln, aber auch, wie an „H60“ erkennbar, bloß um *medizinische Entitäten*; sie stehen außerhalb von *Krankheitsentitäten*. Hingegen werden dem *konkreten klinischen Zustand des einzelnen Patienten* nicht bloß eine *Entität*, sondern zusätzlich alle weiteren relevanten Informationen über den Patienten, insbesondere seine Lebenssituation betreffend, zugeschrieben⁹⁸. Es handelt sich also um Informationen, die *nicht* Teil der diagnostischen Entität sind, gleichwohl seinen *konkreten klinischen Zustand* beschreiben und dabei – und dies ist zu beachten – es gerade diese zusätzlichen Informationen sein *können (!)*, die Behandlungsmaßnahmen begründen („indizieren“).

So fordert „HA60 Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter“ (ICD-11 WHO) *kein (psychopathologisches/krankheitswertiges) Leid*, auch kein *antizipiertes Leid*, wengleich Leid in den meisten Fällen als sogenannte zusätzliche Information vorliegen wird. Liegt es vor, ist es Bestandteil des Zustandes der betreffenden konkreten Person und diese zusätzliche Information *kann (!)* aus einer bloßen *medizinischen Entität* einen *krankhaften Zustand* machen. Daraus folgt, dass sich hinter der Diagnoseverschlüsselung „HA60“ durchaus ein *krankhafter Zustand* verbergen kann.

Nun wird es bei Patienten häufig so sein, dass es nicht bloß den *einen* Bezugspunkt gibt, der ihren Zustand zum *behandlungsbedürftigen* Zustand machen kann, sondern *verschiedene* „zur Auswahl stehen“. Dabei kann der konkrete Bezugspunkt schon *innerhalb* der medizinischen Perspektive selbst wechseln, je nachdem ob es z. B. um die *Diagnose* oder die *Indikation* geht. D. h. Diagnosen – wie z. B. „terminales

87) Coleman, Radix, Bouman et al., Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, Int J Transgend 2022, 256, 257 im „Appendix D SUMMARY CRITERIA FOR HORMONAL AND SURGICAL TREATMENTS FOR ADULTS AND ADOLESCENTS“ unter „Puberty blocking agents“ sowie inhaltsgleich unter „Hormonal treatments“ (s. dort auch zu den weiteren Kriterien der jeweiligen Indikationsregel) sowie im Chapter 6: Adolescents, 48 (Statements of Recommendations). <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.

88) Zur Bezugnahme auf die ICD-11 vgl. Coleman, Radix, Bouman et al., Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, Int J Transgend 2022, 48 unter 6.12a. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.

89) Wir bitten zu beachten, dass die Übersetzung von uns stammt und damit nicht offiziell autorisiert ist.

90) Vgl. §§ 31, 34 SGB V sowie § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1, Nr. 3 SGB V.

91) Nach Jacobeit, J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2019, 103 gibt es weltweit keine Hormonpräparate, deren arzneimittelrechtliche Zulassung sich auf die Behandlung von transidenten Personen erstreckt. Ihr Einsatz erfolgt daher im Off-Label Use. Gleichwohl ist, worauf Jacobeit zutreffend verweist, davon auszugehen, dass ihre Verordnung zu Lasten der GKV möglich ist. Abgesehen davon, dass sie regelhaft finanziert werden, sind anderweitige Therapien zur Behandlung der GIK/GD nicht verfügbar, können aber nach den Leitlinien mit den Hormontherapien wirksam behandelt werden. Vgl. grundlegend zum Off-Label-Use: BSGE 89, 184 (Sandoglobulin).

92) S. hierzu: BSG, NZS 2015, 662; 663; BSGE 100, 119, 120; BSGE 93, 252; BSGE 85, 36, 38; BSGE 72, 96, 98; BSGE 35, 10, 12; BSGE 26, 240, 242; BSGE 13, 134, 136 – ständige Rspr. S. m. w. N. zur Rspr. auch: Hauck, NJW 2016, 2695 ff.

93) S. zur Indikation: Raspe, MedR 2016, 248; Wiesing, Indikation, 2017, 45.

94) Wiesing, Indikation, 2017, S. 44 f.

95) Wiesing, Indikation, 2017, S. 45.

96) Wiesing, Indikation, 2017, S. 67.

97) Diese Akzeptanz steht unter dem Vorbehalt der Aktualität des im ICD WHO enthaltenen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

98) Wieland, Diagnose, 1975, S. 44 ff.; Wiesing, Indikation, 2017, S. 45.

Leberversagen⁹⁹, „Schlaganfall“, „Bauchaortenaneurysma“ oder eben auch „Transsexualität“ – begründe(te)n an sich noch nicht den Einsatz einer bestimmten medizinischen Behandlungsmaßnahme¹⁰⁰. Über eine Diagnose allein drückt sich nicht einmal aus, dass überhaupt eine medizinische Behandlungsmaßnahme begründet ist.

Diese Fragen klärt die Medizin unter dem Aspekt der medizinischen Indikation. Dabei fragt sie im Kern, ob der klinische Zustand des betreffenden Patienten zur Erreichung eines anvisierten Behandlungsziels eine bestimmte Behandlungsmaßnahme nach dem professionellen Standard begründet¹⁰¹. Was die medizinische Maßnahme begründet („indiziert“), ist der klinische Gesamtzustand konkreter Patienten, der über Symptome¹⁰² und Befunde¹⁰³ sichtbar wird und zu interpretieren ist¹⁰⁴. Indikationen sind also Begründungen für medizinische Behandlungsmaßnahmen.

Leitlinien beinhalten evidenzbasierte oder konsentrierte Indikationsregeln¹⁰⁵. Dabei folgt die Indikationsstellung – vornehmlich gegenüber einem bestimmten Patienten in einer konkreten klinischen Situation – wiederum den Indikationsregeln, wie sie in professionell erarbeiteten Leitlinien enthalten sind¹⁰⁶. Allerdings sind Leitlinien für den Arzt in der konkreten klinischen Situation nicht per se fachlich bindend¹⁰⁷. Sie werden als Entscheidungshilfen für die konkrete klinische Situation gesehen, von denen auch abgewichen werden kann oder sogar muss¹⁰⁸. Die Leitlinie kann den Standard beinhalten, ist aber nicht zwangsläufig mit ihm identisch, weil sie z. B. veralten kann¹⁰⁹. Sie ersetzt daher auch kein Sachverständigengutachten¹¹⁰. Entspricht sie dem Standard, erlangt sie jedoch krankenversicherungsrechtlich über § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V Bedeutung¹¹¹.

4. Krankenversicherungsrechtliche Einordnungen

Die ICD als solche – ganz gleich ob ICD-10 oder ICD-11 – hat keine rechtliche Bindungswirkung für das (Nicht-)Vorliegen einer Krankheit oder gar für den Krankenbehandlungsanspruch gesetzlich Versicherter nach § 27 Abs. 1 SGB V. Krankenversicherungsrechtlich hat der ICD-10-GM¹¹² bloß insofern Relevanz, als dass die Leistungserbringer bei der Klassifizierung ihrer Leistungen zu Abrechnungszwecken verpflichtet sind, ihre Diagnosen nach der vom BfArM herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln (§§ 295 Abs. 1, 301 Abs. 2 SGB V)¹¹³. Hingegen ist das DSM-5 für die Diagnoseklassifikation im Bereich der GKV rechtlich belanglos.

Enthält allerdings die betreffende ICD den (aktuellen) allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V, so ist dieser medizinische Standard für den Anspruch von Jugendlichen auf Hormonbehandlungen bedeutsam. Der medizinische Standard wird über § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V¹¹⁴ in den GKV-Standard¹¹⁵ überführt¹¹⁶. Die sprachliche, klassifikatorische sowie definitorische Erfassung transidenter Menschen über die ICD-10 GM (Version 2022)¹¹⁷ entspricht längst nicht mehr vollumfänglich dem aktuellen Wissensstand¹¹⁸. Für dessen Reproduktion kann daher nicht auf sie zurückgegriffen werden. Zurückzugreifen ist auf die ICD-11, WHO, Version 2/2022, soweit sie den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne von § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V enthält. Dies gilt gleichermaßen für das DSM-5.

Bedeutung erhalten medizinische Indikation sowie Leitlinien ebenfalls über § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V, wonach die Jugendlichen nach dem zum Zeitpunkt ihrer Behandlung geltenden medizinischen Standard zu behandeln sind. Nach der Rechtsprechung des BSG erfasst der „allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse“ dasjenige, „was sich im internationalen wissenschaftlichen Diskurs ob seiner wissenschaftlichen Überzeugungskraft durchgesetzt hat, wobei auch inländische Institutionen oder

Fachleute einzubeziehen sind, sofern sie den auf internationaler Ebene „allgemein anerkannten Stand“ als maßgeblich rezipieren¹¹⁹. Die Indikationsstellung wiederum folgt generellen und evidenzbasierten oder konsentrierten Indikationsregeln¹²⁰. Sie sind in Leitlinien enthalten und können Standards formulieren¹²¹. Deshalb kann prinzipiell auf Leitlinien zur Ermittlung des Stands der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zurückgegriffen werden. Dabei ist zu beachten, dass sie vor allem aktuell sein müssen, um dem Standard zu entsprechen¹²².

Nicht (allein) der Prüfungsschritt der „Krankheit“, sondern vor allem der der „medizinischen Indikation“ legt offen, worin das auslösende und rechtfertigende Moment für die Behandlung gesehen wird. Die Indikationsstellung funktioniert über ein Dreieck, weil die Behandlungsmaßnahme stets auf einen bestimmten Zustand des Patienten bezogen ist, wobei eben dieser Zustand positiv verändert werden soll und diese Veränderung als Behandlungsziel angestrebt wird¹²³. Dies bedeutet, dass die Indikationsstellung wegen des zwingenden Bezugs auf Zustand und Ziel offen-

99) S. mit diesem Beispiel näher Raspe, in: Nagel/Fuchs, Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, 1993, S. 111, 113.

100) Raspe, in: Nagel/Fuchs, Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, 1993, S. 111, 113.

101) Zu (divergenten) Definitionsbemühungen s. etwa: Hauck, NJW 2013, 3334 ff.; Raspe/Friedrich/Harney/Huster/Schöne-Seifert, Das Gesundheitswesen 2019, 937; Raspe, MedR 2016, 248 ff.; Wiesing, Indikation, 2017.

102) Z. B. Schwindel, Atemnot, Fieber usw.

103) Z. B. Erscheinungsbild oder auch Verhalten von Patienten, Labor (Cholesterinwerte, Entzündungswerte u. a.), bildgebende Verfahren usw.

104) S. Wiesing, Indikation, 2017, S. 45 der darauf verweist, dass der Einsatz medizinischer Maßnahmen unabhängig von der zugrunde liegenden Diagnose erfolgen kann und als Beispiel die Intensivmedizin nennt.

105) Ausführlich zu dem Begriff der Indikationsregel: Wiesing, Indikation, 2017, S. 65 ff.; Raspe, MedR 2016, 249.

106) Raspe, MedR 2016, 248.

107) Jansen, Der Medizinische Standard, 2019, S. 28 m. w. N.

108) Hart, Ärztliche Leitlinien, 2000, S. 137, 141 f.

109) Z. B. BGH, NJW-RR 2014, 1053.

110) Z. B. BGH, NJW-RR 2014, 1053.

111) BSG, Urt. v. 16.8.2021 – B 1 KR 18/20 R –, Rdnr. 25; näheres zur Bedeutung von Leitlinien m. w. N: Francke in: Hart, Ärztliche Leitlinien im Medizin- und Gesundheitsrecht, 2005, S. 171 ff., S. 208 ff., S. 221 ff.; Jansen, Der Medizinische Standard, 2019, S. 130.

112) Die deutsche Fassung wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben.

113) Zutreffend SG Mannheim, Urt. v. 14.4.2021 – S 4 KR 3011/20 –, Rdnr. 41; irrig: BGA GKV-Spitzenverband v. 31.8.2020, S. 6 („sozialrechtlich bindend“).

114) Zu weiteren normativen Anknüpfungspunkten im SGB V: Jansen, Der Medizinische Standard, 2019, S. 117 ff.

115) Zum Begriff sowie zum Verhältnis zur Medizin näher Jansen, Der Medizinische Standard, 2019, S. 145 ff.

116) Jansen, Der Medizinische Standard, 2019, S. 130.

117) Als reine Abrechnungsgrundlage (§§ 295 Abs. 1, 301 Abs. 2 SGB V) gilt sie noch so lange, bis sie durch die ICD-11 GM abgelöst wird.

118) Dies verkennt die BGA GKV-Spitzenverband v. 31.8.2020 – dazu umfassend: Stellungnahme der die AWMF S3-Leitlinie verantwortenden Fachgesellschaften v. 12.4.2021: <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/Stellungnahme-Final.pdf>, Zugriff am 23.10.2022.

119) BSG, Urt. v. 16.8.2021 – B 1 KR 18/20 R –, Rdnr. 25; BSG, Urt. v. 13.12.2005 – B 1 KR 21/04 R –, Rdnr. 29 ff.; vgl. BSG, NJW 1999, 1811, 1812.

120) Raspe, MedR 2016, 248 f.

121) Raspe, MedR 2016, 248.

122) Vgl. die Formulierung in § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V: „...den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“.

123) Raspe, MedR 2016, 248.

legt, worin *genau* der Bezugspunkt für den (krankhaften) Zustand liegt.

Der Krankheitsbegriff im GKV-Kontext ist stark auf die Beantwortung der (weitergehenden) Frage ausgelegt, ob geeignete *Leistungen*, zur Erreichung bestimmter medizinischer Ziele zur Verfügung stehen. Dies liegt u. a. an der Perspektive des *Leistungsrechts* der GKV, aus der heraus erklärt wird, ob und welche Hormonbehandlungen ein *konkreter* Jugendlicher erhält. Schon diese auf den *individuellen Patienten* sowie auf *bestimmte Leistungen* gerichtete Perspektive bedingt, dass der GKV-Krankheitsbegriff, soweit er auf den medizinischen Kontext zurückgreift, nicht an der Diagnose orientiert sein kann, sondern „von der medizinischen Indikation her denkt“ und deshalb über *sie* die Frage, *welcher* Zustand *genau* Gegenstand der Betrachtung ist, bestimmt wird. Daraus resultiert eine gewisse Ergebnisorientiertheit des GKV-Krankheitsbegriffs, die sich an der Rechtsprechung des BSG zeigt¹²⁴. Illustrieren mag dies auch das Schlagwort „Krankheitsbegriff als *Funktionsbegriff* der GKV“¹²⁵. Denn prinzipiell sollen medizinische Maßnahmen, durch die sich Zustände positiv und klinisch relevant verändern lassen und die dabei voraussichtlich mehr Nutzen als Schaden stiften¹²⁶, auf Kosten der GKV *zur Verfügung gestellt* werden.

5. Behandlung einer Krankheit?

a) GIK mit GD

aa) Begriffe: Leid, Geschlechtsdysphorie

Das BSG erkennt in ständiger Rechtsprechung an, dass *transsexuelle* Versicherte Anspruch auf (körpermodifizierende) Krankenbehandlung zu Lasten der GKV haben. Dabei hat das BSG in den letzten 35 Jahren den Anspruch bei Transsexualität *durchgängig* davon abhängig gemacht, dass bei den Versicherten als Folge der Nichtübereinstimmung zwischen dem körperlichen und dem subjektiv empfundenen Geschlecht ein *Leidensdruck* vorliegt und die somatischen Maßnahmen *zur Reduzierung dieses Leids* *medizinisch indiziert* sind. Für das BSG war also stets das Leid der Bezugspunkt des Zustandes, dessen Regelwidrigkeit und Behandlungsbedürftigkeit geprüft worden ist und auf den sich die Behandlungsmaßnahme bezog. Dabei stellt das BSG auf das „Leid“ als Kriterium ab, weil es sich um eine Anforderung aus der *Medizin*, nämlich der *medizinischen Indikation*, handelt. Da es sich also im Ausgangspunkt *nicht* um ein rechtliches Kriterium handelt, gab es auch für das BSG keinerlei Veranlassung, das Leid näher zu definieren¹²⁷ (Inhalt, Ausmaß, Dauer usw.). Hätte es im Gegenteil einen *eigenen* Leidbegriff eingeführt, hätte es die Standardbestimmung als originäre Aufgabe der *Medizin* in Frage gestellt. Das Krankenversicherungsrecht sieht jedoch gerade vor, dass es die Fachexpertise der Medizin und nicht seine eigene Fachlichkeit ist, die darüber entscheidet, unter welchen Kriterien eine Behandlungsmaßnahme dem Standard entspricht (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V)¹²⁸. Dies heißt wiederum nicht, dass das *Krankenversicherungsrecht nicht selbst rechtliche Kriterien* aufstellt, die den Leistungsanspruch aus Rechtsgründen begrenzen.

Was das BSG als *Leid* bezeichnete, beschreibt die Medizin heute im Kern als Geschlechtsdysphorie¹²⁹. Als *medizinisches* Kriterium kommt es für die Anforderungen an das Leid bzw. die Geschlechtsdysphorie auf die aktuellen medizinischen Erkenntnisse an. *Sie* bestimmen, welche Kriterien das Leid bzw. die Geschlechtsdysphorie zu erfüllen hat.

bb) Leitlinien, medizinische Indikation: Hormonbehandlungen

Ob Jugendliche, bei denen eine GIK mit GD vorliegt, Hormonbehandlungen zu Lasten der GKV beanspruchen können, hängt nicht davon ab, dass für sie eine bestimmte Diagnose nach ICD oder DSM-5 gestellt wird. Hinweise

können Indikationsregeln in Leitlinien liefern, da die individuelle Indikationsstellung regelmäßig an ihnen orientiert sein wird.

Dabei ist es denkbar, wie in der Endocrine Society Leitlinie geschehen, dass eine Indikationsregel in einer Leitlinie für die zustandsseitigen Kriterien auf eine bestimmte Diagnoseentität nach ICD-11 oder DSM-5 Bezug nimmt und so deren Kriterien zum Bestandteil der Indikationsregel macht. D.h. die Kriterien wären für den Anspruch auf Krankenbehandlung *als* Bestandteil der *Indikationsregel* (also nicht als *Diagnoseentität*) relevant, die dann, abhängig vom Einzelfall, in die medizinische Indikationsstellung einginge.

Die Indikationsregeln der Endocrine Society Leitlinie geben als Kriterium für den Einsatz pubertätshemmender GnRH-Analoga und geschlechtsangleichender Hormonbehandlungen einen Leidensdruck im Sinne einer „GD (DSM-5)“ vor (u. a.: Dauer über mindestens sechs Monate bei einem Jugendlichen, der mindestens ein Pubertätsstadium nach Tanner 2 erreicht hat).

Sofern sie noch dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen, wären sie über § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V bedeutsam. Dies hätte zur Folge, dass unter die Leistungsansprüche auslösende Fallgruppe „GIK mit GD“ nur solche Jugendliche fallen, deren GD in ihrem Ausmaß die Kriterien der psychiatrischen Krankheitsdiagnose nach DSM-5 erfüllt. Genaugenommen wäre die Bezeichnung der Fallgruppe dann „GIK mit GD (DSM-5)“.

Allerdings lässt sich der Einsatz o. g. Hormonbehandlungen aufgrund eines über die SoC-8 aktualisierten Standards selbst bei einer *ausgeprägten und anhaltenden GIK* fachgerecht indizieren¹³⁰. Dies schließt die Möglichkeit ein, Hormonbehandlungen bei einem dringlicheren Zustand wie der GD unterhalb der Anforderungen des DSM-5 fachgerecht zu indizieren¹³¹. Somit fallen Jugendliche, bei denen eine „GIK mit GD“ vorliegt, unter die Leistungsansprüche auslösende Fallgruppe. Für Jugendliche, bei denen die Entstehung einer GD („antizipierter Leidensdruck“) auf Grund einer ausgeprägten und anhaltenden GIK verhindert werden soll, spricht viel dafür, dass ihnen ebenfalls Leistungsansprüche zustehen¹³². Abzuwarten bleibt, welche Indikationskriterien nach der in Bearbeitung befindlichen nationalen Leitlinie der AWMF zur Hormonbehandlung bei Jugendlichen mit GIK/GD formuliert werden.

cc) Rechtsprechung

Aus den vorstehenden Ausführungen folgt, dass die dargestellten Veränderungen in der Medizin (und Gesellschaft), wonach Personen nicht deshalb krank sind, weil ihre empfundene Geschlechtsidentität nicht (vollständig) mit dem

124) Hauck, NJW 2016, 2696 ff.

125) Prehn, VSSR 2014, 10.

126) Raspe, Friedrich, Harney, Huster, Das Gesundheitswesen 2019, 937.

127) Dies verkennt der GKV-Spitzenverband, denn er ordnet offenbar das Kriterium „Leid“ als rechtliches Kriterium ein, indem er (unzutreffend) auf die fehlende Definition des BSG verweist: BGA GKV-Spitzenverband v. 31.8.2020, S. 10 ff. Zur Verwechslung rechtlicher und medizinischer Maßstäbe im Zusammenhang mit einer nur als Ultima Ratio durchführbaren Magenbandoperation: Huster/Sharma/Otto/Büscher, Teil 1, KrV 2022, 138.

128) Als medizinisches Kriterium können sich Veränderungen in Bezug auf die Anforderungen an das Leid aus aktualisierten medizinischen Erkenntnissen ergeben.

129) Klein/Brunner/Nieder/Reed/Briken, Z Sexualforsch 2015, 363.

130) S. näher unter Punkt III. 4. b).

131) Zur Indikation bei GD: Romer/Lempp, Nervenheilkunde 2022, 313, 314.

132) S. näher unter Punkt IV. 5. b).

Zuweisungsgeschlecht übereinstimmt, den Krankenbehandlungsanspruch, wie er in der Vergangenheit vom BSG anerkannt worden ist, nicht entfallen lassen. Im Einzelnen:

Noch unter Geltung der RVO¹³³ entschied das BSG im Jahr 1987 im Fall eines Mann-zu-Frau-Transsexualismus, dass eine geschlechtsangleichende Operation zu Lasten der GKV beansprucht werden könne. Unter Transsexualismus verstand das BSG eine innere Spannung zwischen dem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht¹³⁴. Der Sache nach hat es demzufolge für den Transsexualismus eine Definition zugrunde gelegt, wie sie seinerzeit im Kern in der damals gültigen ICD-9 (1975) stand, ohne jedoch auf die ICD-9 explizit Bezug zu nehmen. Eine solche Bezugnahme war für die rechtliche Einordnung auch nicht erforderlich, weil die ICD für das Vorliegen einer Krankheit im Krankenversicherungsrechtlichen Sinne keine konstitutive Bedeutung hatte, woran sich bis heute auch nichts geändert hat. Die dortige Platzierung des Transsexualismus als „sexuelle Abweichung“ in die Untergruppe psychischer Störungen deutete zwar darauf hin, dass es sich aus *medizinischer Sicht* um eine *Krankheitsentität* handelte¹³⁵. Das BSG ging für die GKV-rechtliche Perspektive davon aus, dass der Zustand des Transsexualismus nicht per se und generalisierend als Krankheit einzustufen ist¹³⁶. Vielmehr stellte es maßgeblich auf den *individuellen Leidensdruck* infolge der transsexuellen Spannungen ab, durch den sich der Zustand erst zur eigentlichen Krankheit qualifiziere¹³⁷. Im Ergebnis hat es mithin den Leidensdruck als *Krankheitskriterium* eingeordnet. Als Bestandteil des Krankheitsbegriffs war der *Leidensdruck* demzufolge Anspruchsvoraussetzung für den Krankenbehandlungsanspruch transsexueller Versicherter.

Um Behandlungsmaßnahmen zu Lasten der GKV beanspruchen zu können, bedurfte es bereits damals, neben dem Vorliegen einer Krankheit, einer medizinischen Indikation für die geschlechtsangleichende Operation. Diese hatte seinerzeit das BSG bejaht¹³⁸. Dabei wird nicht bloß über den Prüfungsschritt der „Krankheit“, sondern auch über den der „medizinischen Indikation“ sichtbar, worin das auslösende und rechtfertigende Moment für die Behandlung gesehen wird. Macht man sich dies nicht klar, ließe sich schnell übersehen, dass das BSG bis heute – unter Rückgriff auf die Medizin (!) – unverändert das „Leid“ als Auslöser für den krankheitswertigen Zustand und als Bezugspunkt für körpermodifizierende Behandlungen sieht. Für die geschlechtsangleichende Operation bedeutete dies: Sie stellte sich nach dem BSG als *Mittel* zur Behandlung der *Krankheit* – also des Leids als Folge der Transsexualität – dar mit dem *Ziel*, eben dieses Leid zu lindern¹³⁹.

Es folgten im Jahr 2012 drei Parallelentscheidungen des BSG¹⁴⁰, in denen das Gericht zumindest unter dem Prüfungspunkt „Krankheit“ das Vorliegen eines *Leidensdrucks* nicht *explizit* erörterte¹⁴¹. Dies ändert jedoch nichts daran, dass das BSG im *Leid* den Auslöser des krankheitswertigen Zustandes sah und (demzufolge) die Linderung des Leidensdrucks als Behandlungsziel einordnete. Hierzu nahm das BSG auf die *medizinische Indikation* Bezug und ordnete daher dem aus dem Transsexualismus resultierenden *Leidensdruck* die Behandlungsmaßnahme der geschlechtsangleichenden Operation zu, da es diese für geeignet hielt, das Ziel der Behandlung, nämlich die *Linderung des Leidensdrucks*, zu erreichen¹⁴². In allen drei Entscheidungen heißt es u. a.:

„Ein Anspruch Versicherter auf geschlechtsangleichende Operationen am – krankenversicherungsrechtlich betrachtet – gesunden Körper zur Behandlung des Transsexualismus bedarf danach zunächst der *medizinischen Indikation*¹⁴³. [...] Besteht eine *Indikation* für eine begehrte geschlechtsangleichende Operation transsexueller Versicherter, bestimmen vornehmlich *objektivierte medizinische*

Kriterien das erforderliche Ausmaß. Hierbei ist vor allem die *Zielsetzung der Therapie* zu berücksichtigen, den Leidensdruck der Betroffenen durch solche operativen Eingriffe zu lindern, die darauf gerichtet sind, das körperlich bestehende Geschlecht dem empfundenen Geschlecht anzunähern, es diesem näherungsweise anzupassen¹⁴⁴.“ (Hervorhebungen durch die Verfasser)

Die BSG-Entscheidungen sind insofern problematisch, als dass das Gericht bei dem Punkt „Krankheit“ die in ihm enthaltenen Prüfungsschritte nicht sauber auffächert, so dass der Anknüpfungspunkt „Leid“ allein in dem Rückgriff auf die medizinische Indikation auftaucht.

Dass die Einordnung des Transsexualismus als psychische Erkrankung gegenwärtig nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse überholt ist, ändert nichts daran, dass geschlechtsinkongruente Personen mit Leidensdruck als *krank* im GKV-rechtlichen Sinne eingestuft werden können. Allerdings diskutiert das LSG Baden-Württemberg, ob die Entpathologisierung dazu führen könne, dass „*Transsexuelle*“ mit *Leidensdruck* somatomedizinische Maßnahmen nicht mehr als Krankenbehandlung zu Lasten der GKV erhalten können¹⁴⁵. Diese Auffassung verkennt, wie oben ausführlich erläutert, die Bezugnahme des BSG bei seinem Rückgriff auf die medizinische Indikation auf das *Leid* und die rechtliche Bedeutung einer *Diagnose* für den Krankenbehandlungsanspruch. So führt das LSG Baden-Württemberg dann auch selbst aus, dass eine Behandlung zu Lasten der GKV möglich sei, wenn das Leiden an dieser regelrechten Normvariante als eigenständige, im Einzelfall nicht nur psychotherapeutische Maßnahmen, sondern auch körperliche Eingriffe rechtfertigende Störung klassifiziert werden würde¹⁴⁶. Genau diese Klassifizierung hatte das BSG von der Medizin übernommen, ohne dass ihr der Entpathologierungsprozess entgegenstände. Die Rechtsprechung des BSG hat sich bis heute insoweit auch nicht verändert; sie stützt sich regelmäßig auf die rechtlichen Erwägungen der Entscheidungen aus dem Jahre

133) Zur behandlungsbedürftigen Krankheit vgl. §§ 182 Abs. 2, 184 Abs. 1 RVO.

134) BSG, NJW 1988, 1550, 1551.

135) Zwingend ist dies wiederum nicht, und zwar u. a. deshalb, weil ein möglicher im ICD zum Ausdruck kommender medizinischer Erkenntnisstand überholt sein kann.

136) BSG, NJW 1988, 1550, 1551.

137) BSG, NJW 1988, 1550, 1551; vgl. auch *Tolmein*, Wie wirken sich neue Leitlinien für die Behandlung transsexueller Menschen auf die Begutachtungsmaßstäbe durch den MDK und im Ergebnis auf die Bewilligungspraxis der Gesetzlichen Krankenkassen aus?, Stand: 23.8.2018, *Adamietz/Bage*, Gutachten: Regelungs- und Reformbedarf für trans-geschlechtliche Menschen, 2016, S. 10 ff.

138) BSG, NJW 1988, 1550, 1551.

139) BSG, NJW 1988, 1550, 1551. Dabei kam es für die Prognose der Behandlung auf die „Wahrscheinlichkeit“ der Leidenslinderung an, die das Gericht als gegeben sah. Die Einstufung der Transsexualität als behandlungsbedürftige Krankheit wegen eines bestehenden Leidensdrucks bestätigte das BSG zudem in einer Entscheidung zur Beinverlängerung wegen geringer Körpergröße: BSG, NJW 1993, 2398.

140) BSGE 111, 289; BSG, Urt. v. 11.9.2012 – B 1 KR 9/12 R –; – B 1 KR 11/12 R.

141) BSGE 111, 289, 291; BSG, Urt. v. 11.9.2012 – B 1 KR 9/12 R –, Rdnrn. 10 ff.; – B 1 KR 11/12 R –, Rdnrn. 9 ff.

142) BSGE 111, 289, 295; BSG, Urt. v. 11.9.2012 – B 1 KR 9/12 R –, Rdnrn. 21, 25; – B 1 KR 11/12 R –, Rdnr. 20.

143) BSGE 111, 289, 294; BSG, Urt. v. 11.9.2012 – B 1 KR 9/12 R –, Rdnr. 19; – B 1 KR 11/12 R –, Rdnr. 18.

144) BSGE 111, 289, 295; BSG, Urt. v. 11.9.2012 – B 1 KR 9/12 R –, Rdnr. 21; – B 1 KR 11/12 R –, Rdnr. 20.

145) LSG Bad.-Württ., Urt. v. 25.1.2012 – L 5 KR 375/10 –, Rdnr. 44.

146) LSG Bad.-Württ., Urt. v. 25.1.2012 – L 5 KR 375/10 –, Rdnr. 44.

2012¹⁴⁷. Sofern sich allerdings der medizinische Standard durch Aktualisierungen verändert, müsste sich die Rechtsprechung daran anpassen.

Diese Änderungen des Standes der medizinischen Wissenschaft scheint das LSG Baden-Württemberg, anders als die Vorinstanz¹⁴⁸, in einer aktuellen Entscheidung nicht berücksichtigt zu haben¹⁴⁹. Bei der klagenden Person ist *diagnostisch* nach dem *allein* für die *Abrechnung* relevanten ICD-10 GM eine „Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet“ (F 64.9) gegeben. Von dieser Diagnose ging das LSG aus, legt dann aber dar, dass ein Anspruch jedenfalls nicht über das hinausginge, worauf an Transsexualismus erkrankte Versicherte Anspruch hätten, nämlich auf die Herbeiführung eines äußerlichen Zustandes, der aus der Sicht eines verständigen Betrachters dem Erscheinungsbild des phänotypisch angestrebten (*anderen*) Geschlechts deutlich angenähert ist¹⁵⁰. Der Anspruch wird also in seiner Reichweite beschränkt auf medizinische Maßnahmen, die eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des *anderen* Geschlechts bewirken¹⁵¹. Da bei der klagenden Person eine non-binäre Identität¹⁵² vorliege, scheitere ein Leistungsanspruch daran, dass insoweit kein Erscheinungsbild eines phänotypisch angestrebten Geschlechts existiere¹⁵³.

Dieses Kriterium basiert auf einer überholten Binaritätsvorstellung, von der sich das Verfassungsrecht¹⁵⁴, die Gesellschaft und die Medizin längst gelöst haben; sie trifft auch für transgeschlechtliche Personen nicht zu¹⁵⁵. Das Kriterium dürfte eng mit der Medizin, nämlich dem (wissenschaftlich überholten) Konzept des „Transsexualismus“, verwoben zu sein. Denn „Transsexualität“ beinhaltet definitiv den Wunsch, als Angehöriger des *anderen* Geschlechts zu leben (vgl. ICD-10 GM, F64.0). Damit aber gerät das Kriterium der Annäherung an das Erscheinungsbild des *anderen* Geschlechts in einen Konflikt mit dem Stand der Wissenschaft: Heute fallen non-binäre Personen definitiv

unter die GIK (HA60, ICD-11 WHO), ggf. mit GD, wobei der Verzicht auf die Geschlechter-Binarität (auch im DSM-5) den wissenschaftlichen Fortschritt markiert¹⁵⁶. Für den Leistungsanspruch der klagenden Person kommt es maßgeblich auf die medizinische Indikation an, wobei die Dysphorie „mit der Brust als signifikantes Zuordnungsmerkmal zum weiblichen Geschlecht sich (...) auch aus einer nicht-binären Geschlechtsidentität ergeben“ kann¹⁵⁷. Das LSG hätte also prüfen müssen, ob die Veränderung des körperlichen Erscheinungsbildes im Wege der Mastektomie zur Linderung des *Leidensdrucks*¹⁵⁸ der geschlechtsinkongruenten non-binären Person medizinisch indiziert ist¹⁵⁹. Eine solche Indikation kann leitliniengerecht sein, auch wenn es bei einer non-binären Person kein eindeutiges binäres „Zielgeschlecht“ gibt. Die Positionierung des LSG, wonach sich die Leitlinie nur mit der Technik von „(...) „maskulinisierenden“ chirurgischen Operationen (...)“ auseinandersetze¹⁶⁰, ist nicht vom Leitlinientext gedeckt. Denn das LSG erkennt, dass sich die Empfehlungen der S3-Leitlinie der AWMF an die medizinische Versorgung von binären wie non-binären Personen gleichermaßen richten¹⁶¹. Zudem heißt es auf S. 71 der S3-Leitlinie der AWMF: „Das Adjektiv „feminisierend“ bezieht sich in diesem Zusammenhang ausschließlich auf die chirurgische Modifizierung von Körpermerkmalen. Eine Aussage zum Geschlechtszugehörigkeitsempfinden (weiblich oder non-binär) ist mit dem Begriff „feminisierend“ nicht verbunden.“¹⁶² Das Urteil des LSG hätte zur Konsequenz, dass bei maskulinisierenden und feminisierenden Operationen jede non-binäre Person von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen würde.

Schließlich lässt sich das Argument des LSG, auf Grund der bisherigen Rechtsprechung des BSG¹⁶³ bestünden keine Ansprüche auf Behandlungsmaßnahmen, die die „Uneindeutigkeit der äußeren Geschlechtsmerkmale“ erhöhen¹⁶⁴, nicht (mehr) halten. Grund dafür ist, worauf das SG zutreffend verweist, die Rechtsprechungslinie des BVerfG zum verfassungsrechtlichen Schutz der Geschlechtsidentität¹⁶⁵. Auch das Kriterium der „Uneindeutigkeit“ basiert auf einer überholten Vorstellung von Binarität und einer strikten Geschlechtszuweisung über äußere, körperliche Merkmale¹⁶⁶.

147) BSG, Urt. v. 17. 12. 2020 – B 1 KR 6/20 R – (s. hierzu auch die Parallelentscheidungen mit den Az.: B 1 KR 19/20 R –, B 1 KR 4/20 R –, sowie B 1 KR 28/20 R), Rdnr. 8: „Der Umfang der Krankenbehandlung richtet sich unter Einbeziehung der Wertungen des § 116b Abs. 1 S. 2 Nr. 2 Buchst i SGB V nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Dabei ist vor allem die Zielsetzung der Behandlung zu berücksichtigen, den Körper dem empfundenen Geschlecht dann anzunähern, wenn ein entsprechend ausgeprägter Leidensdruck der Betroffenen besteht, um ihn durch die äußere Geschlechtsangleichung zu lindern“, wobei hierzu auf frühere BSG-Entscheidungen verwiesen wird. Anmerkung: Der Begriff „Transsexualität“ in § 116b Abs. 1 S. 2 Nr. 2 lit. i SGB V ist überholt und sollte beizeiten durch „GD“ bzw. „Risiko einer GD“ ersetzt werden.

148) SG Mannheim, Urt. v. 14. 4. 2021 – S 4 KR 3011/20 –, Rdnrn. 40, 39 ff. (nicht rechtskräftig).

149) LSG Bad.-Württ., Urt. v. 29. 6. 2022 – L 5 KR 1811/21 –, (nicht rechtskräftig).

150) So LSG Bad.-Württ., Urt. v. 29. 6. 2022 – L 5 KR 1811/21 –, Rdnr. 44.

151) BSG, Urt. v. 11. 9. 2012 – B 1 KR 3/12 R –, Rdnrn. 9 ff.

152) S. speziell zur Leistungspflicht der GKV bei non-binären Personen die zutreffenden Ausführungen von *Kasten*, SGB 2020, 672 ff.

153) So LSG Bad.-Württ., Urt. v. 29. 6. 2022 – L 5 KR 1811/21 –, Rdnr. 46.

154) BVerfGE 147, 1 (Drittes Geschlecht), wonach das APR auch die geschlechtliche Identität derjenigen schützt, die sich dauerhaft weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen.

155) Zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand der Medizin, nach dem transgeschlechtliche Personen non-binär sein können, s. unter III. 3. a). So auch: *Coleman, Radix, Bouman et al.*, Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, Int J Transgend 2022, Chapter 8: Nonbinary, 80. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>; S3-Leitlinie der AWMF: *Nieder/Strauß*, Z Sexualforsch 2019, 72, 77; *Kasten*, SGB 2020, 674.

156) Ausführlich *Kasten*, SGB 2020, 674 ff.

157) So *Kasten*, SGB 2020, 673.

158) Dieser lag, wie sich aus dem Urt. der Vorinstanz (SG Mannheim, Urt. v. 14. 4. 2021 – S 4 KR 3011/20 –, Rdnrn. 7, 19, 47) vor. In den Entscheidungsgründen fehlt eine Auseinandersetzung des LSG mit dem *Ziel* der Behandlung, nämlich das *Leid* der klagenden Person zu lindern.

159) Hingegen ist dies vom SG Mannheim geprüft worden und begründete nach medizinischer Einschätzung die medizinische Indikation (S 4 KR 3011/20 –, Rdnr. 49) und zwar auf der Grundlage der für einschlägig erachteten Leitlinie der AWMF, Diagnostik, Beratung, Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138-001 (Rdnr. 50 des Urteils). S. zur Bedeutung der medizinischen Indikation auch: *Kasten*, SGB 2020, 674.

160) So das LSG Bad.-Württ., Urt. v. 29. 6. 2022 – L 5 KR 1811/21 –, Rdnr. 47.

161) Langfassung Leitlinie AWMF, Diagnostik, Beratung, Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138-001, S. 10 m. w. N.; *Nieder/Strauß*, Z Sexualforsch 2019, 72, 77.

162) Langfassung Leitlinie AWMF, Diagnostik, Beratung, Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138-001, S. 71, Fußnote 14.

163) BSG, NZS 2014, 457, 458 (Intersexualität); BSG, NJW 2011, 1899, 1901 (Zisidentität).

164) LSG Bad.-Württ., Urt. v. 29. 6. 2022 – L 5 KR 1811/21 –, Rdnrn. 44, 49.

165) S. ausführlich zu Art. 3 GG SG Mannheim, Urt. v. 14. 4. 2021 – S 4 KR 3011/20 –, Rdnrn. 39 ff. mit Verweis auf BVerfG, 147, 1 (Drittes Geschlecht).

166) Vgl. BVerfGE 115, 1 (zum TSG), wonach die Geschlechtszugehörigkeit nicht allein nach den physischen Geschlechtsmerkmalen bestimmt werden könne. Sie hänge wesentlich auch von der psychischen Konstitution eines Menschen und seiner nachhaltig selbst empfundenen Geschlechtlichkeit ab.

Andiskutiert wird zudem das Vorliegen einer „Entstellung“, allerdings unter dem Gesichtspunkt der subjektiv empfundenen Belastung durch die Eigenwahrnehmung der Brüste. Relevanter dürfte die Frage sein, ob sich eine Analogie zur Fallgruppe der „Entstellung“ mit Blick auf ihren Zweck begründen ließe. Ist die *Teilhabe am Leben in der Gesellschaft* betreffender Personen gefährdet, wenn es ihnen verwehrt wird, nach ihrer selbstempfundenen Geschlechtsidentität mit dem angepassten äußeren Erscheinungsbild in der Gesellschaft aufzutreten?

Die Anpassung an den aktuellen Standard macht die in älteren Entscheidungen des BSG vertretene Auffassung, es seien *vorrangig* psychotherapeutische Mittel in Anspruch zu nehmen, bevor körpermodifizierende Behandlungen – zunächst nur hormonelle Behandlungen und später auch geschlechtsangleichende Operationen – beansprucht werden könnten¹⁶⁷, obsolet.

Sollte das Behandlungsziel darin bestehen, das von der „Transsexualität“ ausgehende *Leid* zu lindern, so lässt sich dieses, soweit ursächlich durch die „Transsexualität“ erzeugt, *allein* mit psychotherapeutischen Maßnahmen schlicht nicht wirksam behandeln¹⁶⁸. Es handelt sich also um eine Behandlungsmaßnahme, die dem wissenschaftlich anerkannten Stand der Medizin nicht entspricht und daher wegen des Verstoßes gegen das Qualitätsgebot sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot¹⁶⁹ gar nicht zu Lasten der GKV erbracht werden darf¹⁷⁰. Sollte das Behandlungsziel darin bestehen, die *Geschlechtsidentität als solche* zu behandeln, so ließe sich dies mit dem APR, das nach der Rspr. des BVerfG die selbstempfundene Geschlechtsidentität schützt, nicht in Einklang bringen.

Wäre das Behandlungsziel auf die Behandlung der Geschlechtsidentität gerichtet, ließe sich dies auch nicht mit dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit vereinbaren, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG. Denn solche psychotherapeutischen Maßnahmen nützen nicht nur nicht, sondern sie können *Schäden* und *Krankheiten* auslösen (u. a. Suizidalität, Depressionen¹⁷¹). Einfach-rechtlich besteht zudem, jedenfalls für Minderjährige und im Falle eines Willensmangels auch für Erwachsene, ein explizites Verbot derartiger „Umpolungsversuche“ (§§ 1 und 2 KonvBehSchG).

Im Hinblick auf den Umfang des Anspruchs gilt unverändert die bisherige Rechtslage, dass dieser auf einen Zustand beschränkt ist, bei dem aus der Sicht eines verständigen Betrachters eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts eintritt¹⁷². Dabei wird der Anspruch für Behandlungsmaßnahmen nach oben begrenzt, wobei die Grenze bei Vorliegen einer kosmetischen Operation überschritten wird¹⁷³. Die untere Grenze wiederum liegt oberhalb der Grenze des Behandlungsanspruchs wegen Entstellung¹⁷⁴. Gleichzeitig greift die bisherige Rechtsprechung des BSG, wonach über den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auch der Umfang der indizierten Therapie zu ermitteln ist und vornehmlich objektivierte medizinische Kriterien das erforderliche Ausmaß bestimmen¹⁷⁵. Mithin: Es entsteht eine Gemengelage rechtlicher und medizinischer Kriterien, die normativ aufgeladen sind und die aus Transparenzgründen mit dem passenden Etikett (Recht oder Medizin) ausgewiesen werden sollten¹⁷⁶.

b) GIK mit Risiko für das Entstehen einer GD

Bei hinreichend gesichertem medizinischen Behandlungsbedarf kann auch ein bloßer Krankheitsverdacht oder ein Erkrankungsrisiko Krankenbehandlungsansprüche zu Lasten der GKV auslösen¹⁷⁷. Höhere rechtliche Anforderungen bestehen bei bloßen Erkrankungsrisiken ohne manifeste (Grund-)Erkrankung¹⁷⁸, denen mit medizinischen Maßnahmen begegnet wird, die darauf abzielen, das Risiko des Eintritts einer *manifesten* Krankheit zu verhindern oder zu verringern¹⁷⁹. In diese Fallgruppe fallen Jugendliche

mit einer GIK, die mit dem Risiko für den Eintritt einer GD („antizipiertes Leid“) und damit einer Krankheit (s. o.) einhergeht.

Eine Besonderheit der aktuellen Entwicklung, die in der Endocrine Society Leitlinie noch nicht enthalten ist, besteht darin, dass es in den letzten Jahren zunehmend Beobachtungen und Verlaufsstudien zu geschlechtsvarianten Kindern gibt, die bereits vor der Pubertät mit Unterstützung ihres Umfeldes einen vollständigen sozialen Rollenwechsel in allen Lebensfeldern vollzogen haben¹⁸⁰. Diese Kinder entwickelten sich weitestgehend psychisch unauffällig und zeigten i. d. R. keine Geschlechtsdysphorie mehr. Persistiert bei diesen Kindern nach Eintritt der Pubertät eine GIK, zeigt sich dies i. d. R. an einem hochgradigen *antizipierten Leidensdruck* in Erwartung eines Fortschreitens der pubertären Reifeentwicklung. Hier stellt sich die ethische Frage, ob für eine Erstattungsfähigkeit einer indizierten Pubertätsunterdrückung das Erreichen eines rein diagnostischen Kriteriums im Sinne einer klinisch manifesten GD abgewartet werden muss, oder ob die Vorhersage, dass dieser Zustand ohne Behandlung mit großer Wahrscheinlichkeit eintreten würde, hierfür ausreicht. Ebenso kann bei geschlechtsangleichenden Hormonbehandlungen

167) BSG, Beschl. v. 20. 6. 2005 – B 1 KR 28/04 B –, Rdnr. 5; BSG, NJW 1988, 1551. Diese Auffassung, die für die Betroffenen eine (zumal wirkungslose) „Zwangpsychotherapie“ begründete, ist nicht (mehr) haltbar.

168) Stellungnahme der AWMF S3-Leitlinie verantwortenden Fachgesellschaften v. 12. 4. 2021: <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/Stellungnahme-Final.pdf>, S. 4 m. w. N., Zugriff am 23. 10. 2022; vgl. *Romer/Möller*, Ärztliche Psychotherapie 2020, 91 m. w. N.

169) Vgl. §§ 2 Abs. 1 S. 3, Abs. 4, 12 SGB V.

170) Gleichwohl kann eine psychotherapeutische Begleitung bei GIK oder (drohender) GIK indiziert sein, s. o.

171) Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz vor Konversionsbehandlungen v. 21. 2. 2020, S. 3 ff., Zugriff am 22. 9. 2022.

172) BSG, Urt. v. 17. 12. 2020 – B 1 KR 6/20 R –, Rdnr. 7 mit Verweis auf BSGE 111, 289; BSG, Urt. v. 11. 9. 2012 – B 1 KR 9/12 R –, Rdnr. 17; BSG, NJW 2011, 1899. Damit wird der Anspruchsumfang insofern beschränkt, als dass „... keine geschlechtsangleichenden operativen Maßnahmen im Sinne einer möglichst großen Annäherung an ein vermeintliches Idealbild ...“ (NJW 2011, 1899, 1900/1991 m. w. N.) von der GKV bezahlt werden.

173) BSGE 111, 289, 296/297.

174) Unter Aufgabe der früheren Rspr.: BSGE 111, 289, 296.

175) BSGE 111, 289, 295. Das SG Koblenz, Urt. v. 8. 4. 2021 – S 1 KR 1781/19 –, Rdnrn. 24 ff. geht davon aus, dass eine geschlechtsfeminisierende Operation, obgleich in der Leitlinie vorgesehen, nicht beansprucht werden könne, weil die dortigen Kriterien weit über die Grundsätze für Leistungsansprüche für Transsexuelle hinausgingen (Rdnr. 28) und sich der Eindruck aufdränge, es werde im Ergebnis eine Schönheitsoperation durchgeführt (Rdnr. 29).

176) Erfreulich ist die Entscheidung des SG Koblenz (Urt. v. 8. 4. 2021 – S 1 KR 1781/19 –, Rdnrn. 24 ff.) jedenfalls insoweit, als dass sie die Unterscheidung zwischen Recht und Medizin deutlich herausarbeitet.

177) So ausdrücklich m. w. N. zur Rspr. und näheren Ausführungen: *Hauck*, NJW 2016, 2695; zu den jüngeren Entscheidungen, nach denen ein Erkrankungsrisiko als Krankheit eingedordnet werden kann: LSG NRW, Urt. v. 2. 2. 2022 – L 11 KR 26/21 –, Rdnrn. 59 ff., 75 ff.; LSG Bayern, Urt. v. 25. 11. 2021 – L 4 KR 318/18 –, Rdnr. 65; LSG Bayern, Urt. v. 4. 6. 2020 – L 20 KR 419/19 –, Rdnrn. 39 ff.; BVerwG, NVwZ 2018, 174 – obgleich die Entscheidung im Rahmen des Beihilferechts ergangen ist, ist sie hier bedeutsam, weil das Beihilferecht grundsätzlich auf den GKV-rechtlichen Krankheitsbegriff zurückgreift.

178) Hierzu mit Rspr.-Nachweisen: *Hauck*, NJW 2016, 2697.

179) So *Harney/Friedrich/Raspe/Schöne-Seifert/Huster*, MedR 2021, 702.

180) *Durwood et al.*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017, 116; *Olsen et al.*, Pediatrics 2016, 1.

die Situation eintreten, dass Jugendliche, bei denen in der Frühpubertät eine Pubertätsunterdrückung stattgefunden hat und bei denen gleichzeitig eine gelungene soziale Transition vorliegt, kein gegenwärtiger krankheitswertiger Leidensdruck mehr zu dem Zeitpunkt besteht, zu dem der Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung empfohlen wird. Käme es auf einen gegenwärtigen Leidensdruck an, müsste dieser zunächst durch das Absetzen der Pubertätsunterdrückung absichtlich hervorgerufen werden, bevor mit der geschlechtsangleichenden Hormonbehandlung begonnen werden könnte, was unter ethischen Gesichtspunkten nicht vertretbar ist.

Für das Bestehen eines Krankenbehandlungsanspruchs bei Erkrankungsrisiken wird in Rspr. und Literatur auf einen Gesamt abwägungsprozess mit folgenden Kriterien verwiesen: Höhe des Erkrankungsrisikos; Art, Prognose und voraussichtliches Zeitfenster des Eintritts der Erkrankung; Umfang der Reduktion des Erkrankungsrisikos durch prophylaktische Maßnahmen; Erfolgsaussichten und Nebenwirkungen der Behandlung bei Erkrankungseintritt¹⁸¹. Jenseits des speziellen Falls des erblich bedingten Brustkrebses¹⁸² sind Krankenbehandlungsansprüche auch in Konstellationen denkbar, die mit geringeren Erkrankungsrisiken und weniger wahrscheinlichen Folgen einhergehen¹⁸³. Die möglichen Folgen müssen auch nicht zwingend tödlich sein, sondern es reichen beachtliche Folgen aus¹⁸⁴.

Insgesamt erfolgt also eine mit Unschärfen einhergehende Abwägung, die ohne Rückgriff auf die Medizin nicht nur nicht möglich ist, sondern die auf einer Nutzen-Risiko-Einschätzung basiert, wie sie die Medizin bei der Bewertung von Behandlungsmaßnahmen typischerweise vornimmt. So stützt sich auch die Rechtsprechung auf den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Medizin (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) und macht deshalb den Krankenbehandlungsanspruch davon abhängig, ob auf einer abstrakteren und gruppenbezogenen Ebene die begehrten medizinischen Leistungen bei dem betreffenden Erkrankungsrisiko zur Anwendung kommen. Zusätzlich fordert sie das Vorliegen der medizinischen Indikation, die stets auf den konkreten Patienten bezogen ist. Dies bestätigt, dass die Bejahung einer Krankheit im Rechtssinne in der Praxis der Rechtsprechung stark von der Frage determiniert wird, ob die Behandlungsmaßnahme bei dem betreffenden Zustand zur Erreichung eines relevanten Ziels voraussichtlich mehr Nutzen als Schaden stiftet.

Als Beispiel für die generelle Linie der Rechtsprechung dient ein aktuelleres Urteil des LSG Bayern, in dem es um die Einordnung eines Erkrankungsrisikos als Krankheit geht und wo es heißt (Hervorhebungen durch die Verfasser)¹⁸⁵:

„Letztlich wird hier ein Erkrankungsrisiko aufgrund seiner Behandlungsfähigkeit als behandlungsbedürftige Krankheit im Rechtssinne erachtet – [...]“

Soweit ersichtlich, besteht in der medizinischen Fachwelt ein breiter Konsens dahingehend [...] Die S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms führt insofern aus (Seite 60): [...].

Wendet man diese Maßstäbe der Rechtsprechung auf die hiesige Fallkonstellation an, setzt die Einordnung eines Erkrankungsrisikos GD („antizipiertes Leid“) als Krankheit im Rechtssinne voraus, dass dessen Behandlung mit pubertätsunterdrückenden oder geschlechtsangleichenden Hormonen leitliniengerecht und medizinisch indiziert ist.

Die Endocrine Society Leitlinie enthält keine Indikationsregel für den Einsatz von Hormontherapien zur Verhinderung der Entstehung einer (zukünftigen) GD. Auf ihrer Grundlage ließe sich daher eine fachgerechte Indikation für den Einzelfall nicht begründen.

Da der Einsatz von Hormontherapien aufgrund eines aktualisierten Standards in der SoC-8 leitliniengerecht ist¹⁸⁶, können sie im Einzelfall medizinisch indiziert sein, um

das antizipierte Leid zu mindern¹⁸⁷. Es liegen daher gute Gründe für eine Einordnung des Erkrankungsrisikos GD als Krankheit im Rechtssinne vor.

V. Regulatorischer Handlungsbedarf und Fazit

Es besteht Handlungsbedarf für den Gesetzgeber, durch eine Ergänzung des SGB V Rechtssicherheit für die Übernahme von Behandlungskosten durch die Krankenversicherung zu schaffen. Dabei bietet sich eine Regelung an, wie sie z. B. bei künstlicher Befruchtung¹⁸⁸ oder Schwangerschaft¹⁸⁹ besteht.

In dem zum „Selbstbestimmungsgesetz“¹⁹⁰ herausgegebenen „Infopapier“ sowie in den „FAQs“ wird zwar darauf hingewiesen, dass dort keine Regelungen zu medizinischen Maßnahmen wie Hormontherapien oder chirurgischen Eingriffen getroffen werden sollen, weil darüber „weiterhin die Betroffenen zusammen mit ihren Ärzt*innen anhand bestehender fachärztlicher Leitlinien“ entscheiden¹⁹¹. Dahinter steht die Annahme der federführenden Ressorts, dass eine Versorgung von transidenten Menschen über die GKV ungehindert weiter stattfinden wird. Genau diese ist aber, wie ausführlich erläutert, unter der aktuellen Entwicklung nicht gesichert: Es stehen bereits unzutreffende Rechtsauffassungen sozialgerichtlicher Entscheidungen im Raum und auch die BGA GKV-Spitzenverband könnte solche verstetigen. Zudem begründet die Einordnung von Erkrankungsrisiken als Krankheit¹⁹² typischerweise Rechtsunsicherheiten. Aus dieser Gemengelage resultiert regulatorischer Handlungsbedarf. Der versorgungspolitische Wille, dass die Kosten für geschlechtsangleichende Behandlungen (weiterhin) vollständig von der GKV zu übernehmen sind, bestätigt der Koalitionsvertrag der Ampelkoalition¹⁹³.

Dabei soll abschließend betont werden, dass es in diesem Beitrag nur um die Analyse der leistungsrechtlichen Voraussetzungen und Lücken der medizinischen Versorgung transidenter Jugendlicher geht. Wie diese Versorgung ausgestaltet wird und ob sie insbesondere auch den Einsatz von Pubertätsblockern beinhalten sollte, kann aus juristischer Sicht nicht geklärt werden und bleibt der Entscheidung der

181) Hauck, NJW 2016, 2698 f.

182) Zur prophylaktischen Mastektomie im Fall eines hohen Brustkrebsrisikos auf Grund einer BRCA-1 oder BRCA-2-Mutation mit drohenden tödlichen Folgen: Hauck, NJW 2016, 2698 f.

183) So Hauck, NJW 2016, 2699.

184) So Hauck, NJW 2016, 2699.

185) LSG Bayern, Urt. v. 4. 6. 2020 – L 20 KR 419/19 –, Rdnrn. 44, 55 f.

186) S. näher unter Punkt III. 4 b).

187) Turner/Briken/Nieder, PSYCH up2date 2020, 357.

188) § 27a SGB V. Hierzu: Huster, NJW 2009, 1713 ff.

189) § 24c ff. SGB V. Hierzu: Kießling, NZS 2017, 373 ff.

190) So die Bezeichnung im Koalitionsvertrag zwischen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP (2021–2025), recherchierbar unter www.bundesregierung.de, Zugriff am 22. 10. 2022 (zitiert: „Koalitionsvertrag“). Im Juni 2022 wurde hierzu ein Eckpunktepapier herausgegeben. Recherchierbar unter <https://www.bmfsfj.de>, Zugriff am 22. 10. 2022. Das Selbstbestimmungsgesetz soll das bisherige TSG ablösen. Ein solches Selbstbestimmungsgesetz gibt es nach den „Häufig gestellten Fragen (FAQs) zum Selbstbestimmungsgesetz“ (S. 7) bereits in 12 Ländern, recherchierbar unter www.bmj.de, Zugriff am 22. 10. 2022 (zitiert: „FAQs“).

191) FAQs, S. 2; sinngemäß ebenso: „Infopapier Einführung eines Selbstbestimmungsgesetzes: Einfache Regelungen zur Geschlechtsidentität und Abschaffung des Transsexuellengesetzes“, S. 3, zu recherchieren unter www.bmfsfj.de, Zugriff am 22. 10. 2022.

192) Hierunter fällt die Fallgruppe „GIK mit Risiko für das Entstehen einer GD“.

193) Koalitionsvertrag, S. 119.

Betroffenen und der medizinischen Fachleute vorbehalten. Die Herausforderung besteht dabei, worauf der Ethikrat verweist, in der Gratwanderung zwischen der Unterstützung von Jugendlichen auf dem Weg zu ihrer geschlechtlichen Identität und ihrer Bewahrung vor irreversiblen Schäden¹⁹⁴. Dass entsprechende Maßnahmen leichtfertig ergriffen werden, ist dabei kaum zu erwarten.

Fragen der Geschlechtsidentität sind allerdings oft ideologisch aufgeladen und lösen gerne erregte öffentliche Debatten aus. Dies gilt auch für den Umgang mit pubertätsunterdrückenden Hormonen, der international sehr unterschiedlich gehandhabt wird¹⁹⁵. Vermutlich täte es der Diskussion¹⁹⁶ gut, wenn sie sich wieder stärker versachlichen und auf die rechtlichen Rahmenbedingungen und vor allem die medizinischen Erkenntnisse fokussieren würde. Zu dieser Versachlichung wollten wir hier aus juristischer Sicht beitragen.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons

Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

194) Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates v. 21.2.2021, Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Therapeutische Kontroversen und ethische Orientierungen.

195) Teilweise existieren Verbote, die höchst unterschiedlich begründet werden. Schweden: <https://www.imabe.org/bio-ethikaktuell/einzelansicht/transgender-schweden-stoppt-pubertaetsblocker-bei-minderjaehrigen>; UK: *Moscato*, Journal of Social Welfare and Family Law 2022, 130, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09649069.2022.2028410?needAccess=true>; in UK wurde das Urteil des High Court gegen Pubertätsblocker aufgehoben: <https://ukhumanrightsblog.com/2021/09/27/let-the-doctors-decide/>; USA: *Lopez/Solomon/Boulware/Christison-Lagay*, Trends in the use of puberty blockers among transgender children in the United States, Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism 2018, 665; Zugriffe am 22.10.2022.

196) Zur hiesigen politischen Debatte z. B.: <https://www.tagesschau.de/inland/regional/nordrheinwestfalen/wdr-story-51129.html>; <https://www1.wdr.de/nachrichten/pubertaetsblocker-diskussion-100.html>; <https://taz.de/Hormonbehandlung-fuer-trans-Jugendliche!/5696002/>, Zugriffe am 24.10.2022.