

Der Minister

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Datum: 5. Juni 2023

Seite 1 von 1

An den
Präsidenten
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kuper MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

VORLAGE
18/1311

A01

Aktenzeichen

bei Antwort bitte angeben

RB'e Pia Richter

Telefon 0211 855-3849

Telefax 0211 855-3683

pia.richter@mags.nrw.de

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Bericht: „Transpersonen in NRW – Medizinische/Therapeutische
Versorgung und Leistungsbewilligung“**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales,
Herr Josef Neumann MdL, hat mich auf Grundlage eines Schreibens der
Fraktion der SPD für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit
und Soziales am 07.06.2023 um einen schriftlichen Bericht zum o.g.
Thema gebeten.

Dieser Bitte komme ich gerne nach und übersende Ihnen den erbetenen
Bericht mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses.

Mit freundlichen Grüßen

(Karl-Josef Laumann MdL)

Dienstgebäude und

Lieferanschrift:

Fürstenwall 25,

40219 Düsseldorf

Telefon 0211 855-5

Telefax 0211 855-3683

poststelle@mags.nrw.de

www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:

Rheinbahn Linie 709

Haltestelle: Stadttor

Rheinbahn Linien 708, 732

Haltestelle: Polizeipräsidium

Anlage

Bericht

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtags Nordrhein-Westfalen

**„Transpersonen in NRW – Medizinische/Therapeutische
Versorgung und Leistungsbewilligung“**

Transpersonen sind im Rahmen einer Transition auf verschiedene Leistungen innerhalb des Gesundheitswesens angewiesen.

Für bestimmte Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen ist ein Antrag seitens der Versicherten bzw. des Versicherten erforderlich. Es gelten auch für diesen Personenkreis die gleichen rechtlichen Vorgaben des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), wie sie allgemein für die Prüfung des Leistungsanspruchs von Versicherten maßgeblich sind. Dennoch haben die Krankenkassen bei den Leistungen die geschlechtsspezifischen Besonderheiten zu beachten.

Sofern geschlechtsangleichende Behandlungsmaßnahmen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung geplant sind, die zu einer irreversiblen Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes führen, ist zunächst die Feststellung eines „Versicherungsfalles von Krankheit“ wegen Geschlechtsinkongruenz in einem sozialmedizinischen Begutachtungsverfahren erforderlich. Die Kriterien dafür sind in einer gemeinsamen Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)“ festgelegt worden, die als Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V erlassen wurde und für alle Krankenkassen in gleichem Maße gilt.

Folgende Leistungen können bei der gesetzlichen Krankenkasse durch die Transperson beantragt werden:

- Arzneimitteltherapie (gegengeschlechtliche Hormonbehandlung),
- Brustchirurgie (Mammaaugmentation, Mastektomie),
- Epilationsbehandlung zur Änderung der Behaarung an Gesicht, Hals und Händen,
- Genitalangleichende operative Maßnahmen,
- Psychotherapie und psychiatrische Behandlung
- Stimm-, Sprach- und Sprechtherapie.

Grundsätzlich werden die genannten Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen übernommen und in der Regel über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet.

Werden durch die Transperson weitere geschlechtsangleichenden Maßnahmen (z.B. Kehlkopfreduktion, operative Stimmlagenkorrektur, Rippenresektion, Gesichtsfeminisierung), die über das Maß des Notwendigen hinausgehen und eher unter kosmetischen Aspekten erfolgen, beantragt, werden diese individuell geprüft. Diese Prüfungen erfolgen in der Regel unter Einbezug des Medizinischen Dienstes. Bei einer Ablehnung durch die Krankenkasse und weiterhin bestehendem Behandlungswunsch können Kosten für die Betroffenen entstehen.

Generell haben die gesetzlichen Krankenkassen bei der Leistungsgewährung die Fristen aus dem Patientenrechtegesetz zu wahren. Sofern alle Unterlagen vollständig vorliegen, sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, über einen Antrag auf Leistungen innerhalb von drei Wochen bzw. fünf Wochen (bei Einholung eines Gutachtens) zu entscheiden. Aufgrund der Unumkehrbarkeit der Eingriffe sind detaillierte sozialmedizinische Gutachten zur Leistungsgewährung erforderlich, denen eine Vielzahl an Dokumenten, Befunden etc. zugrunde liegt. Laut Aussagen der hiesigen Krankenkassen werden die Anträge weitestgehend innerhalb der vorgegebenen Fristen abschließend

bearbeitet, sollte es zu Verzögerungen kommen, sind Gründe hierfür bspw. Belastungsspitzen beim Medizinischen Dienst und/oder die zeitverzögerte Übermittlung von zwingend notwendigen medizinischen Unterlagen.

Die Fülle an erforderlichen Unterlagen kann bei den Betroffenen den Eindruck massiver Hürden und Widerstände entstehen lassen, sie sind jedoch rechtlich unverzichtbar und im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes, dem die Krankenkassen unterliegen, geboten.

Lange Wartezeiten bei der Antragsbearbeitung bzw. Beschwerden über diese sind weder bei den hiesigen Krankenkassen noch bei der Landesregierung bekannt. Eine Aussage über die Wartezeiten bei etwaigen Leistungserbringenden mit Blick auf die oben genannten Leistungen kann nicht getroffen werden, Auswertungen hierzu liegen bei den Krankenkassen nicht vor.

Entsprechend der großen Bandbreite an medizinischen Leistungen, erfolgen therapeutische Behandlungen – neben chirurgischen Eingriffen – durch viele Fachgruppen, vor allem Hausärzte, Urologen, Frauenärzte und Psychologen. Daten zur Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten, die psychologische oder psychiatrische Leistungen im Kontext einer Transition anbieten, liegen den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht vor. In Westfalen-Lippe haben 364 Praxen erwachsene Transpersonen behandelt. Dem stehen laut einer der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vorliegenden Schätzung rund 1.000 Patientinnen und Patienten mit einer gesicherten Diagnose gegenüber.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein berichtet, dass sie äußerst selten Anfragen zur therapeutischen Versorgung von Transpersonen erreichen. Sie zieht daraus den Schluss, dass die entsprechenden Netzwerke und Portale schon Kontakte und Daten bereitstellen. Ihre Mitglieder seien auf freiwilliger Basis in Qualitätszirkeln eingebunden, die sich mit den Themen Transition, geschlechtsangleichende Maßnahmen, Transsexualität, Fallbesprechungen und Sexualmedizin befassen. Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten können bei den Kassenärztlichen Vereinigungen erfragt werden.

In der psychotherapeutischen Versorgung besteht insgesamt Verbesserungsbedarf. Der im Rahmen der Bedarfsplanung rechnerisch guten Versorgungslage stehen lange Wartezeiten der Patientinnen und Patienten gegenüber. Die Landesregierung steht zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssituation und möglichen Maßnahmen im Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern Gesetzlicher Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Zudem steht in Nordrhein-Westfalen die Umsetzung des § 103 Abs. 2 SGB V bevor. Auf Antrag des Landes können demnach zukünftig in gesperrten ländlichen Planungsbereichen oder einzelnen strukturschwachen Stadtteilen zusätzliche Arztsitze ausgewiesen werden. In der Facharztgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird dies von besonderer Bedeutung sein.

Wie in der Berichts-anforderung zitierten Vorlage ausgeführt, ist bezogen auf die spezifischen Bedarfe von Transpersonen ein Austausch mit den Interessensverbänden geplant, um die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung für LSBTIQ*-Personen interessengerecht voranzutreiben.