

2.5.6 Hilfsmittel

Perücken

Die Begutachtung, ob Perücken bei Mann-zu-Frau Transsexualität erforderlich sind, richtet sich nach den üblichen Voraussetzungen und den unter 3. genannten Kriterien des Bundessozialgerichts.

Bei der Veranlassung zur Versorgung mit einer Perücke sind folgende Voraussetzungen wesentlich:

1. Die Diagnose wurde durch einen Psychiater / Psychotherapeuten anhand der diagnostischen Kriterien überprüft und gesichert.
2. Ein krankheitswertiger Leidensdruck liegt vor.
3. Eine Versorgung kommt nur in Betracht, wenn aufgrund des ursprünglich männlichen Haarwuchses kein weibliches Erscheinungsbild erzielt werden kann. Ein totaler Haarverlust stellt bei einer Frau eine Behinderung im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V dar (BSG-Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 66/01 R -). Es muss erkennbar sein, dass eine entstellende Wirkung vorliegt, die es erschwert oder gar unmöglich macht, sich frei und unbefangen unter den Mitmenschen zu bewegen. Der Wunsch nach einer bestimmten Frisur ist nicht maßgeblich, wenn er mit Mehrkosten verbunden ist. Somit umfasst der Behinderungsausgleich nur die Versorgung, die notwendig ist, um den Verlust des natürlichen Haupthaars für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich erkennbar werden zu lassen.

In besonderen Ausnahmefällen kann die Versorgung mit einer Perücke auch frühzeitig notwendig werden, um die Alltagserprobung zu erleichtern. Dies muss unter Hinweis auf die medizinischen Sachverhalte gutachtlich begründet werden.

Penis-Hoden-Epithese

Die Begutachtung, ob die Versorgung mit einer Penis-Hoden-Epithese bei Frau-zu-Mann Transsexualität in Betracht kommen kann, erfordert die Berücksichtigung detaillierter Sachverhalte. Das Vorhandensein eines Penis und / oder der Hoden ist für den unbefangenen Beobachter im Alltag nicht unmittelbar erkennbar. Insofern kann nicht generell gesagt werden, dass jede beantragte Versorgung begründet ist.

Bei der Beurteilung eines Antrages zur Versorgung mit einer Penis-Hoden-Epithese müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Diagnose wurde durch einen Psychiater / Psychotherapeuten anhand der diagnostischen Kriterien überprüft und gesichert.
2. Komorbiditäten (insbesondere psychische) sind ausreichend stabilisiert bzw. ausgeschlossen.
3. Die Behandlung beim Psychiater / Psychotherapeuten wurde nachweisbar in ausreichender Intensität und Dauer durchgeführt (mindestens 18 Monate) und der Therapeut ist zu dem klinisch begründeten Urteil gekommen, dass die genannten Ziele der psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung erreicht sind.
4. Der Patient hat das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle erprobt (Alltagstest mindestens 18 Monate).

5. Die gegengeschlechtliche Hormonersatztherapie wurde in ausreichender Intensität und Dauer durchgeführt (in der Regel mindestens 6 Monate). Ist eine Hormonbehandlung aus medizinischen Gründen kontraindiziert, sind die Kontraindikationen im Gutachten darzulegen.
6. Ein krankheitswertiger Leidensdruck liegt vor.
7. Eine Versorgung kommt nur in Betracht, wenn unter Berücksichtigung des Einzelfalls eine krankheitswertige Situation vorliegt, die es erschwert oder gar unmöglich macht, sich frei und unbefangen unter den Mitmenschen zu bewegen und die Maßnahmen der psychiatrischen Behandlung bzw. der Psychotherapie nicht ausreichen.

Wurde bereits ein Gutachten zur Hormonersatztherapie erstellt und hat die Krankenkasse die Durchführung der Hormonersatztherapie bewilligt, ist nur zu prüfen, ob die psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung, der Alltagstest und die Hormonersatztherapie hinsichtlich Art, Umfang und Dauer korrekt durchgeführt wurde und die Voraussetzungen (Schritte 6. und 7.) vorliegen.

Postoperativ erforderliche Hilfsmittel

Die Begutachtung von postoperativ im Einzelfall erforderlichen Hilfsmitteln (u.a. Hilfsmittel zur Narbenkompression nach Mastektomie, Brustbandagen / Brustgürtel nach Brustaufbau) erfolgt nach üblichen medizinischen Kriterien unter Beachtung der Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V. Voraussetzung einer Begutachtung ist, dass die operativen Maßnahmen bereits von der Krankenkasse genehmigt worden sind.

Sollte als Folge postoperativer Komplikationen ausnahmsweise ein entstellender Charakter des Brustaufbaus resultieren, kann auch eine Hilfsmittelversorgung mit Brust(teil-)prothesen erforderlich sein. Krankheitswert im Rechtssinne kommt nicht schon jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Erforderlich ist vielmehr, dass der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder dass er an einer Abweichung vom Regelfall leidet, die entstellend wirkt. Eine Entstellung besteht, wenn Versicherte objektiv an einer körperlichen Auffälligkeit von so beachtlicher Erheblichkeit leiden, dass sie die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gefährdet. Es sind auch die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beachten. Voraussetzung einer Begutachtung ist, dass die operativen Maßnahmen bereits von der Krankenkasse genehmigt worden sind.