

DETRANSITION hin, zurück und weiter

Perspektiven zu
Transitionsverläufen
von trans* und
detrans Personen



IMPRESSUM

Diese Publikation ist Teil einer vierteiligen Broschürenreihe des Bundesverband Trans* e.V.

In dieser Reihe bereits erschienen:

Was sind TERFs? Oder: Warum manche Strömungen des Feminismus nicht für alle Frauen kämpfen

Bundesverband Trans*
Prinzregentenstraße 84
10717 Berlin

Vertreten u.a. durch Vorstandsmitglied Robin Ivy Osterkamp

Autor*in: Eli Kappo

Redaktion: Gabriel_Nox Koenig und Robin Ivy Osterkamp
(Bundesverband Trans*, Deutschland)
mit Unterstützung der AG Gesundheit des BVT*.

Design and Layout: Zanko Loreck
Lektorat/Korrektorat der deutschen Ausgabe: Caro Spechter

2024, 2. Auflage

ISBN
978-3-9824076-9-2



Diese Broschüre ist lizenziert unter [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/)

Der Bundesverband Trans* ist Bestandteil des Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit, welches durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Bundesprogramms »Demokratie leben!« gefördert wird. Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des BAFzA dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor*innen die Verantwortung.

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie *leben!*

Anmerkung:

In dieser Broschüre wird „detrans“ bewusst ohne Sternchen (wie bei trans*) geschrieben. Hintergrund dafür ist, dass das Sternchen bei trans* als Platzhalter für verschiedene Identitäten (z. B. transgender) steht, zu denen aber keine analogen Identitäten wie „detransgender“ existieren. Detransition selbst ist ein Prozess, keine Identität im eigentlichen Sinne. Aus diesem Grund wird auch die Verwendung der Begriffskonstellation „detrans Spektrum“ vermieden.

Wie die lateinische Vorsilbe „de-“ (zu Deutsch „ent-“) andeutet, handelt es sich bei der Detransition i. d. R. um die Auflösung oder Aufweichung einer gefestigten (Geschlechts-)Identität. Obwohl manche Detransitionen sich durchaus z. B. auf dem nicht-binären und/oder genderfluiden Spektrum einordnen, scheint der häufigere Fall der Wegfall der Sicherheit bezüglich der eigenen Verortung oder des Geschlechtsempfindens überhaupt zu sein.

Wir verwenden in dieser Broschüre den Begriff „Detransitionierer“, der geschlechtsneutral ist und englisch ausgesprochen wird.

Wir alle treffen Entscheidungen, die unser Leben nachhaltig beeinflussen und irreversibel erscheinen. Oft ist es dennoch möglich, den eigenen Kurs ein weiteres Mal zu ändern. Einzusehen, dass manche vergangene Entscheidung nicht mehr zum heutigen Selbst passt, ist oft mit schwierigen Gefühlen verbunden. Obwohl potenziell jeder Bereich des menschlichen Lebens von so einer Umkehr oder Kursänderung betroffen sein kann, sind wenige Themengebiete so heiß diskutiert wie das der geschlechtlichen Selbstbestimmung. Die Warnung davor oder die Sorge darum, dass sich eine Entscheidung möglicherweise als falsch herausstellen könnte, wird teilweise instrumentalisiert, um für die Erschwerung des Zugangs zu medizinischen Transitionsmaßnahmen zu argumentieren. Dabei stellt sich die Realität der Personen, die nach einer Transition wieder „umkehren“ und sich als Detransitionierer bezeichnen, oft komplex dar und ist von unterschiedlichen Gefühlen geprägt: Die Motivation für eine „Umkehr“ kann sehr individuell sein.

Oft bewegen sich
Menschen nicht nur
von einem zu einem
anderen klar
definierten Punkt.

**Gibt es nur
einen Weg
zu detransi-
tionieren?**

Viele begreifen
ihre Detransition
oder eine zweite
Transition als
einen weiteren
Schritt.

8

Viele Personen, deren Transitionsweg nicht geradlinig verläuft oder nicht gesellschaftlichen Standards entspricht, verwenden den Begriff „detrans“ für sich. Seit der Entstehung des Begriffs „trans*“ wird vor allem in der Medizin und im Recht, aber auch allgemein in der Gesellschaft, eine Transition oft nur als Weg vom einen in ein anderes Geschlecht gedacht. Menschliche Lebensläufe und Entwicklungen sind aber selten so eindeutig: Oft bewegen sich Menschen nicht nur von einem zu einem anderen klar definierten Punkt. Viele Personen, die eine oder mehrere Transitionen durchlaufen, beschreiben ihr erlebtes Geschlecht nicht als starr, sondern als etwas, das sich entwickelt. Eine Detransition erleben manche Menschen (teilweise) als Rückkehr dahin, wo sie vor der ersten Transition standen, andere wiederum bezeichnen sich selbst weiterhin als trans* oder nicht-binär. Da die klare Abgrenzung zu fluiden und/oder nicht-binären Identitäten in diesem Fall schwierig ist, wird eine Detransition oft vor allem als „Rückkehr“ zum „vorherigen“ Geschlecht oder als „Abkehr“ von der neuen Geschlechtsidentität definiert. Viele begreifen ihre Detransition oder eine zweite Transition aber auch als einen weiteren Schritt, nicht als eine „Rückkehr“, weil Vergangenes nicht ungeschehen gemacht werden kann. Stattdessen kann sich dem Ausgangszustand angenähert werden. Dabei spielen die Erfahrungen, die seit der ersten Transition gemacht wurden, immer eine Rolle.

**Was bedeuten
die Begriffe
„Detrans“
und
„Detransition“?**

Eine wertneutrale und kurze Definition von Detransition ist der Abbruch oder die Umkehr einer geschlechtlichen Transition. Dazu können medizinische, soziale und rechtliche Schritte gehören, wobei oft nicht alle, sondern nur einzelne Transitionsschritte rückgängig gemacht werden. Wie auch bei der Zugehörigkeit zum Label „trans*“ steht das eigene Empfinden im Vordergrund: Nicht immer sind alle Transitionsmaßnahmen umkehrbar, nicht immer ist die „Umkehrung“ erwünscht und nicht alle, die bestimmte Aspekte ihrer Transition rückgängig machen, wählen den Begriff „detrans“ für sich. Es gibt die Möglichkeit, zwischen zwei Gruppen von Detransitionern zu unterscheiden: „core detransitioners“, die als Ursache für die Detransition einen Wandel der eigenen Identität angeben und „non-core detransitioners“, die aus anderen Gründen (z.B. aufgrund von sozialem Druck oder aus medizinischen Gründen) detransitionieren (Expósito-Campos 2021).

**Wie viele
Menschen
detransitionieren?**

Derzeit sind die meisten Informationen über Ursachen und Verläufe von Detransitionen in autobiographischen Erfahrungsberichten zu finden.

12

Gesicherte Zahlen zum Thema Detransition sind schwer zu finden. Einerseits gestaltet sich die Abgrenzung der Definition schwierig, da viele Personen mit vergleichbaren Erfahrungen sich nach wie vor als trans* oder nicht-binär bezeichnen. Andererseits werden die Begriffe detrans/Dettransition von manchen auch deshalb nicht verwendet, weil eine trans*feindliche Instrumentalisierung der eigenen Detransition befürchtet wird. Derzeit sind die meisten Informationen über Ursachen und Verläufe von Detransitionen in autobiographischen Erfahrungsberichten zu finden. Bis vor wenigen Jahren berichtete die Fachwelt von Detransitionen eher beiläufig in Langzeitstudien bezüglich der Zufriedenheit mit operativen Maßnahmen (Bustos et al. 2021). So stellte die Untersuchung von 6.793 Patient*innen des größten Versorgungszentrums der Niederlande in einer Langzeitstudie (1972-2015) fest, dass 0,6 % der trans*weiblichen und 0,3 % der trans*männlichen Patient*innen, die eine Entfernung der Keimdrüsen hatten vornehmen lassen, Reue bezüglich der Transition empfanden (Wiepjes et al. 2018). Statistische Erhebungen speziell zu Detransitionen wurden bisher überwiegend mit Menschen durchgeführt, von denen anzunehmen ist, dass sie Trans*geschlechtlichkeit aus politischen Motiven ablehnen (Vandenbussche 2021) oder die im Gegensatz dazu ausschließlich den Teil der Detransitionierer umfassen, die sich noch als Teil von Trans*communities

empfinden (Turban et al. 2021). Im Rahmen einer Online-Umfrage in den USA mit 17.151 befragten trans* Personen wurde festgestellt, dass 13,1% derer, die in der Vergangenheit bereits eine Transition unternehmen hatten, auch Erfahrung mit Detransition haben. Dies bedeutet, dass sie zum aktuellen Zeitpunkt oder in der Vergangenheit ihre geschlechtliche Transition sozial, medizinisch oder rechtlich abgebrochen hatten oder Schritte rückgängig gemacht haben (James et al. 2016). Die 2021 von Turban et al. durchgeführte Folgestudie mit 2242 Personen mit Detransitionserfahrung stellte fest, dass die Gründe für eine Detransition vielfältig sind. Bei 82,5 % der befragten Gruppe wurde mindestens ein externer Faktor wie sozialer Druck aus dem persönlichen Umfeld oder medizinische Komplikationen als Grund benannt. Es ließen sich also Hinweise dazu ermitteln, welche vielfältigen Motivationen Anlass für eine Detransition bieten können. Eine verlässliche Prozentzahl von Detransitionern mit Blick auf alle trans* Personen (und zuvor trans* identifizierten Personen) gibt es jedoch nicht. Ebenfalls uneindeutig ist, wie viele davon einen tatsächlichen Identitätswandel erlebten („core detransitioners“) und bei wie vielen (trans*feindlicher) Druck aus dem Umfeld, Diskriminierung oder fehlende Unterstützung nach der ersten Transition eine Rolle spielten („non-core detransitioners“) (Espósito-Campos 2021). Auch die Frage, wie häufig zu einem späteren Zeitpunkt eine Transition wieder aufgenommen wird, muss in Zukunft durch Langzeitstudien geklärt werden.

Statistische Erhebungen wurden bisher überwiegend mit Menschen durchgeführt, von denen anzunehmen ist, dass sie Trans*geschlechtlichkeit aus politischen Motiven ablehnen oder umfassen ausschließlich den Teil der Detransitionern die sich noch als Teil von Trans*communities empfinden.

**Bereuen alle
Detransitionier
ihre
Transition?**

Die mediale Darstellung der
Detransition als „Katastrophe“
entspricht oft nicht der
Selbsteinschätzung der
Betroffenen.

Der Begriff „Regretter“ (dt.: Bereuende) ist eine Fremdbezeichnung, die lange von Medien und Behandelnden für detransitionierende Menschen verwendet wurde. Der Begriff setzt voraus, dass alle Menschen, die sich für eine trans*spezifische Behandlung entschieden haben und nun eine andere oder weitere Entscheidung treffen, etwas bereuen würden.

Wer ein Verfahren nach „Transsexuellengesetz“ durchlief, musste beweisen, dass der eigene Transitionswunsch schon seit mehreren Jahren bestand und nach dem damaligen Stand der Wissenschaft davon ausgegangen werden konnte, dass der Wunsch dauerhaft ist. Bis 2020 mussten Personen zudem eindeutig binär verortet sein und sich „dem anderen“ Geschlecht zugehörig empfinden. Nur wer diese Punkte durch Gutachten belegen konnte, konnte Vornamen und Personenstand ändern. Diese Voraussetzungen zeigen, dass Reue, eine weitere Transition oder das Ankommen in einer (nach eigenen oder gesellschaftlichen Standards) „uneindeutigen“ Identität als möglichst zu vermeiden galt und teilweise noch gilt. Gleichzeitig zeigt sich, dass nur ca. 1% der Personen, die das TSG für sich genutzt haben, ihren Geschlechtseintrag mehr als einmal ändern (Meyenburg et al. 2015).

Wichtig ist, die
Deutung der
Person selbst zu
überlassen und
eine Wertung
von außen zu
vermeiden.

16

Die mediale Darstellung der Detransition als „Katastrophe“ entspricht oft nicht der Selbsteinschätzung der Betroffenen. Die eigene Transition zu bereuen, kann Bestandteil der Detransition sein, wie beispielsweise auch enttäuschte Erwartungen über das Leben im neuen Geschlecht oder das Gefühl, durch die Transition etwas verloren zu haben. Die Bewertung der (De-)Transition kann aber differenziert sein und durchaus auch positive Aspekte wie Erkenntnisgewinn und persönliche Entwicklung beinhalten. Wichtig ist, die Deutung der Person selbst zu überlassen und eine Wertung von außen zu vermeiden. Angesichts der Tatsache, dass Abweichungen von dem vorgefertigten Bild einer Transition bis vor kurzem schlicht nicht möglich waren, ist es auch verständlich, dass es Personen gibt, die einzelne Schritte ihrer Transition heute nicht mehr vollziehen würden oder bereuen – da sie sich nie frei dafür entschieden haben, sondern aus einem Zwang heraus, starren Geschlechterbildern entsprechen zu müssen.

**Wie soll eine
Transition
verlaufen?**

A large, solid pink circle is positioned in the lower half of the frame, overlapping the yellow background. The circle is partially cut off at the bottom and right edges. The text is located in the upper left quadrant, overlapping the yellow background.

Von medizinischer Seite
werden bestimmte
Handlungen als
„Transitionsabbruch“
gewertet, selbst wenn die
jeweiligen Patient*innen
dies selbst nicht so sehen.

18

In der Medizin und im Recht gibt es nach wie vor einen vorgezeichneten Transitionsweg, von dem erst seit wenigen Jahren abgewichen werden kann. Oft werden klare Ausgangs- und Endpunkte und ein „Übergang“ von „dem einen Geschlecht ins andere“ bzw. vom „falschen“ in das „richtige“ Geschlecht rechtlich als auch medizinisch festgesetzt. Dabei wird nach wie vor oft von ausdrücklich zwei Geschlechtern ausgegangen. Auch ein möglichst bürgerlich-angepasstes, heterosexuelles Leben in der neuen Geschlechtsrolle galt in den vergangenen Jahrzehnten als angeblich medizinisch hergeleitete explizite sowie implizite Voraussetzung. Dieses nach konservativen Maßstäben „idealtypische“ Leben entsprach aber schon immer nicht der gelebten Realität vieler trans* Personen. Uneinigkeit konnte entstehen, wenn z.B. eine Hormonersatztherapie abgesetzt oder chirurgische Maßnahmen nicht in Anspruch genommen wurden und dies von medizinischer Seite als „Transitionsabbruch“ gewertet wurde, selbst wenn die jeweiligen Patient*innen dies selbst nicht so sahen. Auch ambivalente Gefühle wie Reue nach operativen Eingriffen, die trotz bestehender und konstanter Trans*identität vorkommen können, sind in der Behandlung von trans* Personen noch immer ein Tabuthema, das im Sinne eines besseren therapeutischen Umgangs mehr Raum erhalten sollte. Wird die Ambivalenz gegenüber den vollzogenen Maßnahmen thematisiert, werden diese Gefühle einer Person zumeist auf die Gesamtheit von trans* Personen übertragen. Mediziner*innen stehen sowohl aus per-

sönlicher als auch aus rechtlicher Perspektive unter großem Druck „richtige“ Entscheidungen über die Transition ihrer Patient*innen zu treffen. Werden Zweifel oder Ambivalenzen vor oder während der ersten Transition angesprochen, können diese den Transitionsprozess gänzlich blockieren, indem Indikationen oder Kostenübernahmen durch Krankenkassen verweigert werden.

Ob ein Mensch die eigene Transition als eine Reihe selbst getroffener Entscheidungen oder als das Ergebnis medizinischer Behandlungsfehler begreift, hat großen Einfluss auf die Bewertung der eigenen Vergangenheit. Der weiterhin übliche Umgang mit Transitionen zeigt, dass bevormundende Strukturen in der medizinischen Behandlung selten nur dem Patient*innenwohl dienen und dass vielmehr vor allem gesellschaftliche Standards (teilweise auch gewaltvoll) durchgesetzt werden und wurden. Mit Ausführung ihres Berufs verpflichten sich behandelnde Mediziner*innen zu einer ausführlichen Aufklärung über Risiken und Konsequenzen jeder medizinischen Maßnahme. Sie müssen ihren Patient*innen Raum für eine informierte und selbstständige Entscheidung geben. Während gesellschaftliche Akzeptanz von vielfältigen Geschlechtsidentitäten und von geschlechtlich vielfältigen Körpern die notwendigen Bedingungen dafür schafft, muss es Aufgabe der Medizin sein, die Lücken in Aufklärung und Versorgung bei z.B. nicht-binären und nicht linearen Transitionen zu schließen. Dazu gehört es, Trans*geschlechtlichkeit ohne pathologisierenden Blick in die Ausbildung von Mediziner*innen aufzunehmen. Aber auch Rahmenbedingungen wie medizinische Richtlinien zur Kostenübernahme müssen offener gestaltet werden

**Wer bestimmt
über eine
Transition?**

Oft stoßen die
Wünsche von
trans* Personen
auf Widerstand
und Unverständnis,
sobald sie vom
medizinisch oder
gesellschaftlich
„korrekten“ Bild
abweichen.

Jede medizinische Entscheidung birgt Risiken – seien es die von Komplikationen oder am Ende nicht mit dem Ergebnis zufrieden zu sein. Dessen sollten sich Patient*innen bewusst sein – um sie mittragen zu können. Bei der Entscheidungsfindung spielen persönliche Lebensumstände und Überzeugungen, aber auch äußerer gesellschaftlicher Druck eine Rolle. Ob medizinisch Behandelnde sich bei einer Transition dazu berufen sehen, die Führung zu übernehmen oder sich als lediglich bei der Entscheidungsfindung beratend und begleitend empfinden, schwankt erheblich, wie Erfahrungsberichte von trans* Personen zeigen. Oft stoßen die Wünsche von trans* Personen auf Widerstand und Unverständnis, sobald sie vom medizinisch oder gesellschaftlich „korrekten“ Bild abweichen, wie etwa Dean Spades autobiografische Schriften („Mutilating Gender“, 2013) veranschaulichen. Auch die für Behandelnde verpflichtende Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen reproduziert direkt ein solches „Idealbild“ von Transition im Sinne der geschlechtlichen Binarität (vgl. Medizinischer Dienst; 2020). Das führt dazu, dass viele Personen im Kontakt mit Ärzt*innen, Psycholog*innen, Gutachter*innen oder den Krankenkassen nicht wissen, ob sie offen über alle Aspekte ihres Trans*seins sprechen können – oder ob sie einem vorgefertigten Bild entsprechen müssen, das eher vereinfachten, linearen und geschlechtlich binären Vorstellungen entspricht als ihrer eigenen tatsächlichen Lebenswirklichkeit.

Was ist Gatekeeping?

Diese Restriktion für den Zugang zu Transitionsmaßnahmen wird „Gatekeeping“ genannt und wird von trans* Personen bereits seit Jahrzehnten kritisiert (vgl. nachfolgenden Absatz). Grund dafür ist, dass sich daraus keine gleichberechtigte Zusammenarbeit mit der jeweiligen Person und ihren Bedürfnissen, sondern eine Reihe von Voraussetzungen und Verboten ergibt, die von oben herab formuliert werden. Dazu gehörte ehemals auch die medizinische Transition als Voraussetzung für die rechtliche Transition: In Deutschland wurde bis zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts 2011 der Nachweis einer dauerhaften Fortpflanzungsunfähigkeit für eine Personenstandsänderung gefordert. Viele trans* Personen, die für eine rechtliche Anerkennung ihres Geschlechts diesen operativen Schritt gingen, der oft auch eine Angleichung des äußeren Genitals beinhaltete, waren nach Außerkraftsetzung dieser Voraussetzungen mit der Frage konfrontiert, ob der Eingriff im weitesten Sinne freiwillig war. Die Initiative „Nicht aus freien Stücken“, die vom BVT* ausging und Reparationsforderungen für zwangssterilisierte trans* Personen stellt, ist ein Beispiel dafür, wie Gesetze und Gesellschaft den Handlungsspielraum bei der medizinischen Transition einschränken. Die Bewertung einer unter solchem Druck getroffenen Entscheidung ist oftmals erst im Nachhinein möglich und kann entsprechend negativ ausfallen. Auch finanzielle und emotionale Ressourcen sowie der Zugang zu Informationen und Vernetzung, stehen nicht allen trans* Personen im gleichen Maße zur Verfügung. Viele Personen werden durch das Gatekeeping abgeschreckt oder ausgeschlossen: Sie wollen transitionieren, wissen aber nicht, wie sie die Hürden des Gatekeepings überwinden können. Ob diese Personen auf einer persönlichen Ebene von einer Transition profitieren (würden) oder nicht, steht damit in keinem Zusammenhang.

Gatekeeping – Hilfe oder Hürde?



Während manche Menschen,
die detransitionieren,
mit ihren Veränderungen
unzufrieden sind oder sie
als leidvoll erleben, nehmen
andere den veränderten
Körper als positiv und für
sich passend wahr oder
stehen den Veränderungen
neutral gegenüber.

Gerade im medizinischen Kontext gilt die Detransition nach konservativer Ansicht als der schlimmste mögliche Ausgang einer Transition. Entsprechend dieser Logik soll sie im Vorfeld „verhindert“ werden. Aus dieser Perspektive soll eine Person also nur Zugang zu diesen Maßnahmen erhalten, wenn sie „richtig trans*“ sei, was meist im Sinne der Anforderungen der Mehrheitsgesellschaft zum jeweiligen Zeitpunkt definiert wird. Die Forderung nach einem erschwerten Zugang zu vor allem medizinischen Maßnahmen, basiert auf der Überzeugung, dass eine Person, die sich zu einem späteren Zeitpunkt wieder mit dem bei Geburt eingetragenen Geschlecht identifiziert, unter einem starken Leidensdruck stehen wird. Tatsächlich ist die Bewertung des eigenen Körpers nach der Transition individuell sehr unterschiedlich. Während manche Menschen, die detransitionieren, mit ihren Veränderungen unzufrieden sind oder sie als leidvoll erleben, nehmen andere den veränderten Körper als positiv und für sich passend wahr oder stehen den Veränderungen neutral gegenüber. Hierbei darf die gesellschaftliche Abwertung von geschlechtlicher Vielfalt als möglicher Grund für das negative Selbstbild nicht außen vor gelassen werden. Die Ablehnung von

Für Behandlungssuchende gibt es oft keine Möglichkeit, Ambivalenzen oder Unentschlossenheit im Transitionsprozess auszudrücken.

26 nicht-(cis-)normativen Identitäten und Körpern bildet letztendlich auch die gesellschaftliche Grundlage, aus der das TSG und die meisten medizinischen Leitlinien entstanden sind. Nach dem Prinzip „alles oder nichts“ gibt es für Behandlungssuchende keine Möglichkeit der Ambivalenz oder Unentschlossenheit im Transitionsprozess, ohne erhebliche Nachteile bis hin zum Ausschluss von der Transition zu riskieren. Das trägt dazu bei, dass eventuelle Zweifel von den Behandlungssuchenden innerlich beiseite geschoben und die eigenen Wünsche zugunsten der Anforderungen des Gatekeeping nicht thematisiert werden.

Dass in der medizinischen Behandlung die (unbewusste) Ablehnung gegenüber Patient*innen aufgrund von anderen Merkmalen als ihrer Geschlechtsidentität ebenfalls eine Rolle spielt, wirkt sich auch auf die Gesundheitsversorgung von trans* Personen aus. Von Patient*innen, die in der Mehrheitsgesellschaft aufgrund bspw. rassistischer Zuschreibungen, Herkunft, Religion, sexueller Orientierung, ihres Äußeren, ihres Körpergewichts, ihrer Behinderungen oder anderer Merkmale diskriminiert werden, wird oft unbewusst eine stärkere Anpassung bei ihrem Geschlecht und ihrem Geschlechtsausdruck gefordert, um die Normabweichung in den anderen Kategorien auszugleichen. Auf sie wirkt sich das Gatekeeping entsprechend anders aus.

**Wie stehen
Ärzt*innen
zum Thema
Gatekeeping?**

Bei einer Detransition
geraten die
(ehemaligen)
Behandelnden in eine
schwierige Lage.

28 Es steht Behandelnden zwar offen, auch rechtliche Grauzonen zu nutzen und einen eigenen Umgang mit den Vorgaben der Krankenkassen zu entwickeln, der Transitionen individueller gestaltbar macht. Diese Spielräume werden jedoch bei Weitem nicht von allen Behandelnden berücksichtigt oder in Erwägung gezogen. Zudem herrscht teils Unsicherheit darüber, wie weit von den Vorgaben abgewichen werden darf, ohne sich selbst als medizinische Autorität zu delegitimieren oder gegen Richtlinien zu verstoßen. Bei einer Detransition geraten die (ehemaligen) Behandelnden in eine schwierige Lage. Selbst wenn von dem*der Patient*in keine nachträglichen Schuldzuweisungen erfolgen, kommen Selbstzweifel und innere Befangenheit bei Ärzt*innen durchaus vor. Nach konservativer Auffassung und noch immer geltender Rechtsprechung tragen Ärzt*innen, Psycholog*innen und Gutachter*innen den Großteil der Verantwortung bei der Entscheidung für oder gegen eine Transition. Entsprechend groß ist die Angst vor einer falschen Entscheidung und die emotionale Belastung, wenn die angestrebten Transitionsmaßnahmen von dem*der Patient*in rückblickend als enttäuschend oder sogar als Verschlechterung der Lebensqualität gesehen werden.

Normative Erwartungen
und Gatekeeping
sind jedoch in den
vergangenen Jahren
zunehmend in Kritik
geraten.

Normative Erwartungen und Gatekeeping sind jedoch in den vergangenen Jahren zunehmend in Kritik geraten und es kam 2018 zu einem Paradigmenwechsel in Psychologie und Medizin durch die WHO (World Health Organization): Trans*geschlechtlichkeit wurde entpathologisiert, wodurch die Position von Psychologie und Medizin als letzter Instanz bei der Entscheidungsfindung grundsätzlich hinterfragt werden muss. Ob der Leidensdruck, den viele trans* Personen in Form von Geschlechtsdysphorie erleben, Voraussetzung für den Zugang zu einer medizinischen Transition sein muss, ist ebenfalls Bestandteil des Diskurses um (Ent-)Pathologisierung und Selbstbestimmung von trans* Personen. Nach dem konservativen Modell der Trans*gesundheitsversorgung ist Leidensdruck die notwendige Voraussetzung für eine Transition und der durch die Transition hergestellte Körper kann lediglich ein Kompromiss in der Annäherung an einen cis-normativen Körper sein. Lange Zeit galt das als die typische Sicht von trans* Personen auf ihre eigene Transition. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass äußerer Druck schon immer eine wichtige Rolle spielte. Äußerlich als cis Person „durchzugehen“ (engl. „to pass“, „passing“) stellt nicht nur ein verbreitetes gesellschaftliches Schönheitsideal und den (vermeintlichen) Beweis der „erfolgreichen“ Transition dar, sondern ermöglicht noch immer vielen trans* Personen ein diskriminierungsärmeres und sichereres Leben in der Gesellschaft. Nach dieser Logik ist es gefährlich, durch eine Transition Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die das (erneute) Passing als cis Person erschweren, wenn eine Detransit-

ion erfolgt. Androgynität oder geschlechtliche Uneindeutigkeit hat als Schönheitsideal nach wie vor ein Nischendasein und kann bestenfalls in einigen Subkulturen breiten Zuspruch finden. Ob die (Un-)Zufriedenheit mancher Detransitionier mit dem eigenen, durch vorherige medizinische Maßnahmen veränderten Körper damit in Zusammenhang steht, ist schwer zu beantworten. Fest steht, dass die Akzeptanz von geschlechtlicher Uneindeutigkeit in der Gesellschaft trans*, inter* und nicht-binären Personen ein besseres Leben ermöglichen kann und Detransitionier davon gleichermaßen profitieren. Es ist zu hoffen, dass das „Gatekeeping“ als Instrument der Durchsetzung geschlechtlicher Normen in der Medizin damit in Zukunft hinfällig wird.

**Darf ich meine
Transition
bereuen?**

Derzeit gibt es für Personen,
die ihre Transition (zumindest
teilweise) bereuen oder
ambivalente Gefühle
haben, kaum Angebote für
Unterstützung und Austausch.

32 Negative Gefühle nach oder während einer Transition sind nach wie vor tabuisiert, weil nur ein*e Patient*in, der*die vollumfänglich zufrieden mit allen normativen Transitionszielen ist, dem erwünschten Bild vom Behandlungsausgang entspricht. Derzeit gibt es für Personen, die ihre Transition (zumindest teilweise) bereuen oder ambivalente Gefühle haben, kaum Angebote für Unterstützung und Austausch. Es gibt ausdrücklich trans*feindlich geprägte Gruppen, die Menschen, die eine Detransition in Betracht ziehen, Hilfe und Trost versprechen, wobei eine ideologische Ablehnung von Trans*geschlechtlichkeit eine Voraussetzung oder zumindest die Grundhaltung der Gruppen ist. Diejenigen, die das nicht wollen oder sich nach wie vor als trans* Person bezeichnen, bleiben mit ihren Gefühlen und teilweise auch mit ungewollten Nebenwirkungen der medizinischen Maßnahmen allzu oft alleine. Um diesen Menschen Informationen und Beistand zu geben, braucht es vor allem mehr Angebote aus den trans* Communities sowie sensibilisierte Beratungsangebote, die detrans Personen wertfrei und zugewandt unterstützen. Psychotherapeutische und medizinische Behandelnde, die sich auf trans* Patient*innen spezialisieren, müssen und sollten von der Möglichkeit einer Detransition wissen, ihre Patient*innen im Vorfeld darüber informieren und auch Hilfsangebote für diesen Fall bereitstellen.

**Warum ist der
Begriff detrans
trans*feindlich
besetzt?**

A large, bright yellow curved shape, resembling a quarter of a circle or a large arc, is positioned in the lower right portion of the image. The background is a solid, vibrant pink color. The text is written in a bold, black, sans-serif font, stacked in four lines on the left side of the image.

Die Instrumentalisierung
für trans*feindliche
Ideologien ist von manchen
Detransitionierenden
ausdrücklich erwünscht.

34 Wann genau „detrans“ als Begriff zuerst verwendet wurde, ist unklar. Vollkommen neu ist das Phänomen nicht und schon in den frühen 2010ern hatte das Wort eine politische Dimension. Damals war die Online-Plattform Tumblr ein Ort, an dem sich überwiegend (nach eigenem Verständnis) radikalfeministische detrans Frauen über ihre Erfahrungen austauschten. Während radikalfeministische Strömungen schon seit ihrer Entstehung unterschiedliche Auffassungen zu Trans*geschlechtlichkeit haben, vereinen sich heute unter dem Begriff „gender critical“/ „genderkritisch“ alle, die jede geschlechtliche Transition als solches ablehnen und die Geschlechtskategorien „weiblich“ und „männlich“ im Sinne der Zuschreibung bei Geburt als unveränderlich darstellen.¹ Das Konzept von „Gender“ im Sinne eines erlebten Geschlechts, das nicht zwangsläufig an bestimmte körperliche Merkmale gebunden ist, wird typischerweise grundsätzlich abgelehnt, weswegen auch die eigene Transition als falsch und die vor der Detransition gelebte Geschlechtsidentität als unauthentisch bewertet wird. Die Instrumentalisierung für trans*feindliche Ideologien ist von manchen Detransitionierenden ausdrücklich erwünscht, von anderen, die sich beispielweise nach der Detransition von ehemaligen Behandelnden oder queeren Communities im Stich gelassen fühlen, wird sie in Kauf genommen.

1 Mehr dazu findet sich in der BVT*-Broschüre mit dem Titel „Was sind TERFs? Oder: Warum manche Strömungen des Feminismus nicht für alle Frauen kämpfen“.

**Was muss sich
verändern?**

Die S3-Leitlinien fordern einen individuellen Blick auf jede Transition zu Gunsten der Selbstbestimmung der trans* Patient*innen.

36 Gatekeeping, Fremdbestimmung und Bevormundung von trans* Personen führen zu einem System, das viele Probleme mit sich bringt: Die Bedingungen werden weder den individuellen Bedarfen der Personen gerecht, die transitionieren wollen, noch wird dem Anspruch von Behandelnden, für das größtmögliche Patient*innenwohl zu sorgen, Rechnung getragen. Die 2018 veröffentlichten S3-Leitlinien „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“ stellen den wichtigsten Schritt der jüngeren Vergangenheit dar, dieses System zum Besseren zu verändern. Zwar sind Leitlinien kein für Mediziner*innen verpflichtendes Regelwerk, sie stellen jedoch Handlungsempfehlungen für die Transitionsbegleitung im Sinne der medizinischen „Best Practice“ dar. Diese Leitlinien erkennen Trans*geschlechtlichkeit als Spektrum an, das auch nicht-binäre Personen und ihre medizinischen Bedarfe nicht außen vor lässt. Außerdem fordern sie einen individuellen Blick auf jede Transition zu Gunsten der Selbstbestimmung der trans* Patient*innen. In der Patient*innenleitlinie zur S3-Leitlinie liegt der Fokus ebenfalls auf der selbstbestimmten Transition. Zweifel bei der Entscheidungsfindung und die Möglichkeit der Detransition (dort: „Retransition“) werden darin wertfrei als Erfahrungen von trans* Personen benannt.

An Stelle des Gatekeepings
muss ein ergebnisoffener
Ansatz treten.

Für Selbstbestimmung in der Transition und damit auch in der Detransition bedarf es der umfassenden Aufklärung von Personen: über die Tragweite ihrer möglichen Entscheidungen, über die möglichen Effekte angestrebter Behandlungen und über die Vielzahl an Optionen, die eine Transition abseits von Klischees erlaubt. An Stelle des Gatekeepings muss ein ergebnisoffener Ansatz treten: Begleitung statt Bevormundung, gemeinsame Reflexion statt Fremdbestimmung, Ermutigung und Ermächtigung, sodass transitionierende Personen selbst herausfinden können, was sie möchten.

Dazu gehört auch die Thematisierung von trans* Lebensweisen und eine Auseinandersetzung mit der Vielfältigkeit von Geschlecht in medizinischen und psychotherapeutischen Curricula. Je mehr sich Mediziner*innen/Psychotherapeut*innen und community-basierte Angebote mit Themen wie Trans*geschlechtlichkeit oder Geschlechtsinkongruenz beschäftigen, desto unwahrscheinlicher ist es, dass Behandelnde gegenüber den Patient*innen Druck aufbauen und eine schematische Transition erwarten, weil dann die umfassend informierte Entscheidung von Patient*innen im Vordergrund steht. Es ist zu erwarten, dass weniger Menschen einen Leidensdruck erleben, der zu einer Detransition führt, da sie nicht zu normativen Entscheidungen und einer vorgefertigten Transition gedrängt werden. Die Anforderung, dass trans* Personen von Beginn an genau wissen müssen, was sie im Sinne der Transition wollen und brauchen, sollte ebenfalls als mögliche Quelle

von Belastung für trans* Patient*innen erkannt werden. Eine Transition als einen Prozess zu begreifen und als Mediziner*in/Psychotherapeut*in eventuelle Unsicherheit oder Schwankungen bei der Entscheidungsfindung der*des Patient*in mitzutragen, dürfte zu den größten Herausforderungen in der Modernisierung der Trans*gesundheitsversorgung gehören.

Obwohl es in der Realität keine idealen Voraussetzungen für die richtige Entscheidung gibt, kann der Dialog zwischen Patient*in und Ärzt*in nur dann zu einem guten Ergebnis führen, wenn sich beide Seiten ihrer Verantwortung bewusst sind: die ärztliche Seite ihrer Machtposition, die nicht missbraucht werden darf, und die Patient*innen-Seite ihrer Eigenverantwortung, die trotz persönlicher Faktoren wie des emotionalen Leidensdrucks und gesellschaftlicher Umstände nicht einfach an die ärztliche Seite abgegeben werden kann und sollte.

**Was können
trans*
Communities
tun?**

Detransitionserfahrungen
sind eine wertvolle Facette,
die unser Verständnis
von Trans*sein nicht
herausfordern muss, sondern
ergänzen kann.

40 Nicht nur bei Mediziner*innen und Psychotherapeut*innen, auch innerhalb von trans* Communities braucht es einen neuen Umgang mit Detransition. Dieser ist ein Stück weit auch mit der Akzeptanz von nicht-binären Geschlechtsidentitäten verknüpft. Trans*sein ist kein „Entweder/Oder“ innerhalb geschlechtlicher Binarität. Ebenso wenig gibt es ein „richtiges“ oder „falsches“ Trans*sein. Stimmen von denen, die eine Detransition vornehmen, sollten geteilt und gehört werden, um Erfahrungen auszutauschen und Unterstützung zu finden. Es braucht Ressourcen und Materialien für Personen, die über eine Detransition nachdenken bzw. bereits detransitionieren. Vor allem braucht es jedoch einen offenen Dialog und einen Raum, in dem Zweifel, negative Gefühle und persönliche Differenzen ausgehalten werden können. Detransitionserfahrungen sind eine wertvolle Facette, die unser Verständnis von Trans*sein nicht herausfordern muss, sondern ergänzen kann und sich durchaus auch schon in der Vergangenheit in die Lebenswege vieler trans* Personen eingefügt hat. Transitionswege in Kurven, mehrere Transitionen und (Momente der) Detransition sollten kein Tabu sein und nicht als Argument der Delegitimierung für Trans*rechte verwendet werden. All dies zeigt die Vielfalt und Fluidität des Geschlechts-erlebens auf, denn eine Transition ist oft weniger ein linearer Weg von A nach B, sondern vielmehr ein lebenslanger Prozess.

Quellen

Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaró, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N., & Manrique, O. J. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 9(3), e3477.

Expósito-Campos (2021). A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47:3, 270-280, DOI: 10.1080/0092623X.2020.1869126

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Medizinischer Dienst (2020). *Begutachtungsanleitung (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V) Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)*.

Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K., Schmidt, G. (2015). *Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005–2014*. *Z Sexualforsch* 2015; 28; 107–120, DOI: 10.1055/s-0035-1553083

Spade, D. (2013). *Mutilating gender* (pp. 331-348). Routledge.

Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors Leading to „Detransition“ Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT health*, 8(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>

Vandenbussche E. (2021). Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of homosexuality*, 1–19. Advance online publication. doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., ... & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The journal of sexual medicine*, 15(4), 582-590.



978-3-9824076-9-2