Helmut-Schmidt-Universität Hamburg

Fakultät Geistes- und Sozialwissenschaften

Psychologie

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

Detransitionserfahrungen von trans und genderdiversen Personen in Deutschland

Quantitative und qualitative Ergebnisse einer Online-Studie zu Demografie, Gründen, sozialer Unterstützung, Lebenszufriedenheit und Behandlungserfahrungen nach einer Detransition

Phillipp Ebert

Erstbegutachtung

Prof. Dr. Monika Daseking

Professur für Pädagogische Psychologie

Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr Hamburg

Zweitbegutachtung

Dr, Inga Becker-Hebly

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Datum: 29.08.23

Zusammenfassung

Hintergrund: Detransition bezeichnet das Abbrechen einer Transition oder die erneute Änderung der Geschlechtsidentität nach erfolgter Transition. In Deutschland wurde die Situation von detrans Personen, also von Personen mit erfolgter Detransition, bislang nicht erfasst. Ziel dieser Untersuchung soll es daher sein, erstmalig detrans Menschen in Deutschland zu beschreiben und deren Gründe zur Detransition, deren soziale Unterstützung, deren Lebenszufriedenheit und deren Behandlungserfahrungen während der Transition und Detransition zu untersuchen.

Methode: Zwischen April und Juni 2023 wurde eine retrospektive Online-Befragung von erwachsenen detrans Personen in Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse wurden mittels Häufigkeitsanalysen quantitativ und über eine qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) auch qualitativ ausgewertet. Die finale Untersuchungsstichprobe umfasste n = 20 detrans Personen, wovon n = 3 (15%) ein männliches Zuweisungsgeschlecht angaben.

Ergebnisse: 45% der Befragten identifizierten sich als Frau, je ein Drittel (30%) als detrans Frau oder nicht-binär, keine der befragten Personen als Mann oder trans Mann. Das Durchschnittsalter betrug 31 Jahre. Als Grund für die Detransition gaben 65% der Befragten an, realisiert zu haben, dass die Dysphorie mit anderen Dingen zusammenhing. Die Teilnehmenden berichteten von einer durchschnittlichen sozialen Unterstützung (M = 3.7) sowie einer unterdurchschnittlichen geschlechtsbezogenen Lebenszufriedenheit (M = 2.7). Die meisten detrans Personen nehmen sowohl während der Transition (86%) als auch während der Detransition (71%) psychotherapeutische Begleitung in Anspruch. Die qualitative Auswertung ergab sowohl positive, negative, aber auch neutrale Behandlungserfahrungen während der Transition und Detransition, die von den Befragten berichtet wurden.

Diskussion: Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass es sich bei detrans Personen in Deutschland um eine heterogene Gruppe handelt, in der verschiedene Gründe für die Detransition berichtet und diverse Behandlungserfahrungen gemacht werden. Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit und der sozialen Unterstützung konnten außerdem Hinweise auf Unterschiede anhand des bei der Geburt zugewiesenen Geschlechts beobachtet werden. Ein besonderer Bedarf liegt im Zugang zu Informationen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Durchführung einer Detransition.

Abstract

Background: Detransition refers to a change of gender identity after a gender transition has taken place or stopping a gender transition. In Germany, the situation of detransitioners, i.e. persons who have undergone detransition, has not yet been recorded so far. Therefore, the aim of this study is to describe detransitioners in Germany for the first time and to investigate their reasons for detransitioning, their social support, their life satisfaction and their treatment experiences during transition and detransition.

Methods: A retrospective online study of adult detransitioners in Germany was conducted between April and June 2023. The results were evaluated quantitatively by means of frequency analyses and also qualitatively by means of a qualitative content analysis according to Kuckartz and Rädiker (2022). The final study sample included n = 20 detransitioners, of whom n = 3 (15%) indicated a male gender assigned at birth.

Results: 45% of the respondents identified themselves as female, one-third (30%) each as detrans female or non-binary, none of the respondents identified as male or trans male. The average age was 31 years. As a reason for detransition, 65% of respondents reported realising that their dysphoria was related to other things. Participants reported average levels of social support (M = 3.7) and below-average gender-related life satisfaction (M = 2.7). Most detransitioners sought psychotherapeutic support both during transition (86%) and detransition (71%). The qualitative evaluation revealed positive, negative, as well as neutral treatment experiences reported by respondents during transition and detransition.

Discussion: From the results it can be deduced that detransitioners in Germany are a heterogeneous group with different reasons for detransitioning and diverse treatment experiences. With regard to life satisfaction and social support, indications of differences based on the gender assigned at birth were observed. A particular need lies in access to information regarding the possibilities of detransitioning.

Inhalt

I Abbildungsverzeichnis 6
II Tabellenverzeichnis 7
III Abkürzungsverzeichnis 8
IV Glossar 9
1. Theoretischer Hintergrund 12
1.1. Begriffsdefinitionen 12
1.2. Prävalenz 16
1.3. Gründe für die Detransition 19
1.4. Soziale Unterstützung 20
1.5. Lebenszufriedenheit 22
1.6. Behandlungserfahrung 23
1.7. Fragestellung 25
2. Methodik 25
2.1. Studiendesign 25
2.2. Stichprobe 26
2.3. Instrumente und Variablen 27
2.3.1. Demografische und klinische Merkmale 27
2.3.2. Gründe für Detransition 27
2.3.3. Soziale Unterstützung 27
2.3.4. Lebenszufriedenheit 28
2.3.5. Behandlungserfahrung 29
2.4. Datenanalyse 30
3. Ergebnisse 31
3.1. Demografie 31
3.2. Gründe für die Detransition 35
3.3. Soziale Unterstützung 37
3.4. Lebenszufriedenheit 38
3.5. Behandlungserfahrungen 38
3.5.1. Quantitative Auswertung der Behandlungserfahrungen 38
3.5.2. Qualitative Auswertung der Behandlungserfahrungen 40
4. Diskussion 48
4.1.1. Demografie 48
4.1.2. Gründe für Detransition 52
4.1.3. Soziale Unterstützung 53
4.1.5. Behandlungserfahrung 56
4.2. Limitationen 59
4.3. Klinische und wissenschaftliche Implikationen 61
4.4. Fazit 63
5. Literaturverzeichnis 65

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 *Übersicht aller Datensätze*

Abbildung 2 *Aktuell empfundene Geschlechtsidentität der Teilnehmenden nach Zugehörigkeit zur Gesamtstichprobe (n = 20) oder zur Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 14)*

Abbildung 3 *Angegebene Gründe für die Detransition nach Zuweisungsgeschlecht*

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 *Soziodemografisches Profil der Teilnehmenden nach Zugehörigkeit zur Gesamtstichprobe (n = 20) oder zur Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 14)*

Tabelle 2 *Darstellung der Angaben zum Beginn der verschiedenen Zeiträume, sowie deren Unterschiede in Monaten, nach Zuweisungsgeschlecht*

Tabelle 3 *Klinische Begleitdiagnosen nach Zugehörigkeit zur Gesamtstichprobe (n = 22) oder zur Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 15)*

Tabelle 4 *Ergebnisse zur sozialen Unterstützung und Lebenszufriedenheit nach Zugehörigkeit zur Gesamtstichprobe (n = 22) oder zur Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 15)*

Tabelle 5 *Vergleich der gewählten Behandlung der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 14) in Transition und Detransition*

Tabelle 6 *Verteilung der codierten Segmente (n = 106) innerhalb des Kategoriensystems*

III Abkürzungsverzeichnis

AFAB	*Assigned Female at Birth*
AMAB	*Assigned Male at Birth*
Cis	*Cisgender*
FBB	*Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung*
F-SozU K-14	*Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*
GCLS	*Gender Congruence and Life Satisfaction Scale*
GI	*Geschlechtsidentität*
HET	*Hormonersatztherapie*
LGBT	*Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender*
SOC 8	*Standards of Care 8*
TGD	*Trans and Genderdiverse / Trans und Genderdivers*
Trans	*Transgender*
TSG	*Transsexuellengesetz*

IV Glossar

AFAB	*Person mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht*
Affirmativer Behandlungsansatz	*Haltung von Behandelnden gegenüber (trans) Patient:innen, in der deren Identität und Erleben respektiert und angenommen wird.*
AMAB	*Person mit männlichem Zuweisungsgeschlecht*
Cisgender	*Bezeichnung von Menschen, die in dem Geschlecht leben, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Dies trifft auf den Großteil der Menschen zu.*
Core-Detransition	*Nach einer sozialen und/oder medizinischen Transition identifizieren betroffene Personen sich nicht mehr als trans, sondern mit ihrem Geburtsgeschlecht.*
Detransition	*Prozess zur Angleichung an das Zuweisungs- oder erlebte Geschlecht eines nach einer Transition bereits angeglichenen Geschlechts.*
Geschlechtsbezogener Regret	*Bereuen der Transition*
Geschlechtsdysphorie	*Klinisch relevanter Leidensdruck der in der Diskrepanz zwischen Zuweisungsgeschlecht und erlebtem Geschlecht begründet ist.*
Geschlechtsinkongruenz	*Diskrepanz zwischen Zuweisungsgeschlecht und erlebtem Geschlecht*
Geschlechts-nicht konform	*Abweichung von geschlechtsbezogenen gesellschaftlichen Erwartungen (z.B. bei Kleidung oder Verhalten)*

Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag	*Geplantes Gesetz, das das bisherige Transsexuellengesetz ersetzen soll. Wichtigste Änderung: die Selbstbestimmung der Betroffenen rückt in den Fokus. Auch Selbstbestimmungsgesetz genannt.*
Hysterektomie	*Operative Entfernung der Gebärmutter.*
LGBT Community	*Beschreibung der lose definierten Gruppierung von Lesben, Schwulen, bisexuellen, trans und queeren Personen.*
Mastektomie	*Ein- oder beidseitige Entfernung der Brustdrüse.*
Medizinischer Regret	*Unzufriedenheit mit und das Bereuen durchgeführter medizinischer Maßnahmen während der Transition.*
Neovagina	*Künstliche Vagina, die mittels chirurgischem Eingriff aus eigenem Körpergewebe konstruiert wird.*
Nicht-binär	*Bezeichnung von Geschlechtsidentitäten, die sich außerhalb des binären (weiblich oder männlich) Geschlechtersystems verorten.*
Non-Core Detransition	*Nach der Detransition identifiziert sich die betroffene Person weiterhin als trans.*
Passing	*Übereinstimmung der sozialen Wahrnehmung einer Person mit deren Geschlechtsidentität*
Penoid	*Künstlicher Penis, der mittels chirurgischer Eingriffe aus eigenem Körpergewebe konstruiert wird.*
Persistenz	*Weiterbestehen der Transidentität über das Kindes- und Jugendalter hinaus.*
Personenstandsgesetz	*Gesetzliche Grundlage für das Personenstandswesen in Deutschland, umfasst die formalen Kriterien zur Änderung des Personenstands.*
Retransition	*Re-Identifikation als trans nach einer erfolgten Detransition*

S3-Leitlinie	*Höchste zu erreichende Stufe medizinischer Leitlinien, enthält von Expert:innen geprüfte Informationen und Behandlungsempfehlungen zum jeweiligen Störungsbild.*
Soziale Transition	*Angleichung der Geschlechtsidentität an das erlebte Geschlecht im sozialen Umfeld. Umfasst die Änderung der verwendeten Pronomen und des Vornamens.*
Sozialer Regret	*Bereuen der durch die soziale Transition begründeten Änderungen, häufig in Diskriminierungserfahrungen .*
Standards of Care 8	*Internationale Leitlinie für die Behandlung von trans Personen, herausgegeben von der World Practitioners Association for Transgender Healthcare (WPATH).*
Trans und genderdiverse Menschen	*Bezeichnung von Personen, die eine Diskrepanz zwischen Zuweisungsgeschlecht und erlebtem Geschlecht erleben.*
Transition	*Medizinische, juristische und/oder soziale Angleichung an das erlebte Geschlecht von trans und genderdiversen Menschen.*
Transition Regret	*Bereuen der Transition.*
Transnormativität	*Vorstellungen über Aussehen und Verhalten von trans Personen, sowie über den Ablauf einer Transition, die in der Regel einem binären Geschlechterverständnis folgen.*
Transsexuellengesetz	*Gesetz, welches in Deutschland die Änderung von Vornamen und Geschlechtszugehörigkeit seit 1981 regelt. Soll künftig durch das Selbstbestimmungsgesetz ersetzt werden.*
Vaginoplastie	*Operativer Eingriff bei dem aus dem bereits vorhandenen Gewebe eine Neovagina konstruiert wird.*

1. Theoretischer Hintergrund

Obwohl trans- und genderdiverse Menschen in der Gesellschaft immer sichtbarer werden, finden immer noch Debatten über die gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere der Durchlässigkeit der geschlechtsangleichenden Maßnahmen, statt. Von Kritikern trans-affirmativer Behandlungsansätze wird dabei häufig die Unumkehrbarkeit der Maßnahmen und die potenzielle „Gefahr“ einer späteren Detransition angeführt. Bislang existiert jedoch wenig Wissen dazu, wie es Personen geht, die ihre Transition abbrechen oder eine Detransition anstreben und welche Gründe sie dafür angeben. Die vorliegende Arbeit soll sich aus diesem Grund mit diesem Thema vertiefend auseinandersetzen.

Folgend soll zunächst ein Einblick in die für die vorliegende Arbeit wichtigsten Begriffe gegeben werden. Anschließend wird die aktuelle Forschungslage in Bezug auf die allgemeine Prävalenz und die Gründe für Detransition näher beleuchtet. Dabei soll weiterhin auf die potenzielle Rolle der Behandlung und der sozialen Unterstützung im Prozess eingegangen werden und welche Implikationen für deren Lebenszufriedenheit bestehen. Abschließend werden daraus die leitenden Forschungsfragen für die vorliegende Untersuchung abgeleitet.

1.1. Begriffsdefinitionen

Möchte man Detransition erklären, so kommt man nicht umhin, zunächst den ihr per Definition vorgeschalteten Schritt der *Transition* zu erläutern. Gemeinhin wird hiermit die Angleichung des Zuweisungsgeschlechts an das erlebte Geschlecht von *trans und genderdiversen Menschen* bezeichnet. Diese zeichnen sich wiederum durch eine erlebte Dissonanz zwischen dem bei der Geburt zugewiesenen (Zuweisungs-) Geschlecht und dem (als männlich, weiblich, nicht-binär, oder anderes) erlebten Geschlecht (*Geschlechtsinkongruenz*) aus (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2020, 2022; Falkai et al., 2018). Im Folgenden wird die in englischsprachiger Literatur übliche Bezeichnung *TGD (Trans and Genderdiverse)* benutzt, um diese Personengruppe zu beschreiben. Menschen, auf die diese Beschreibung nicht zutrifft, die also keine Geschlechtsinkongruenz erleben, werden als *cisgender* (*cis*) bezeichnet. Werden Angaben zum Geschlecht einzelner Individuen gemacht, so beziehen sich diese in der vorliegenden Arbeit stets auf das Zielgeschlecht der entsprechenden Person, eine trans Frau ist damit eine Person, welche eine Transition hin zum weiblichen Geschlecht vorgenommen hat. Besteht in Verbindung mit der Geschlechtsinkongruenz ein klinisch relevanter Leidensdruck, wird dieser im DSM-5 als *Geschlechtsdysphorie* bezeichnet (Falkai et al., 2018). Im ICD-10 wird hierfür die Diagnose F64.0 Störung der Geschlechtsidentität vergeben (BfArM, 2020). TGD Personen stehen hierbei prinzipiell drei

Möglichkeiten zu Geschlechtsangleichung offen: Juristisch kann in Deutschland zum aktuellen Zeitpunkt über das *Transsexuellengesetz (TSG)* eine Anpassung des amtlichen Geschlechtseintrags erfolgen. In zwei unabhängigen, von Sachverständigten verfassten Gutachten ist laut §4 Abs. 3 TSG dabei unter anderem festzustellen, inwieweit die antragsstellende Person die Entscheidung später revidieren könnte. Erst dann wird einem entsprechenden Antrag stattgegeben, die Kosten von durchschnittlich fast 2000€ trägt im Regelfall die antragstellende Person (Adamietz et al., 2017). Mittlerweile ist auch der Eintrag einer nicht-binären Geschlechtsidentität über das *Personenstandsgesetz* möglich. Künftig will die Bundesregierung mit dem *Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag* das aus 1980 stammende und an mehreren Stellen für verfassungswidrig erklärte TSG ersetzen (BMFSFJ, 2023).

Auf medizinischer Ebene steht den Betroffenen eine Vielzahl von Behandlungen zur Wahl, welche sich je nach Geburtsgeschlecht teilweise stark unterscheiden. International dienen hierfür die von der World Practitioners Associations for Transgender Healthcare (WPATH) herausgegebenen Standards of Care als Orientierung (Coleman et al., 2022). Im deutschsprachigen Raum existieren hierfür sowohl für das Kindes- und Jugendalter als auch für das Erwachsenenalter S3 Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF). Ziel soll dabei laut S3 Leitlinie stets die Reduktion von Leidensdruck, zum Beispiel in Form von Geschlechtsdysphorie, sein (Nieder & Strauß, 2019).

Den Anfang der medizinischen Behandlung stellt in Deutschland in der Regel eine Psychotherapie dar, bei der für eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, ebenso wie bei den juristischen Gutachten, eine Einschätzung über die *Persistenz* der Personen im erlebten Geschlecht getroffen werden soll (Nieder & Strauß, 2019). Die psychotherapeutische Behandlung selbst kann nach verschiedenen Behandlungsgrundsätzen durchgeführt werden. Restriktive Ansätze halten sich eher an die Regelungen des TSG und erfordern eine intensive Prüfung der Stabilität der Geschlechtsidentität, während affirmative Behandlungsansätze darauf beruhen, die Patient:innen in ihrer Geschlechtsidentität anzunehmen und zu unterstützen. In den bereits beschriebenen Leit- und Richtlinien wird vor allem eine affirmative Haltung gegenüber der Geschlechtsidentität, sowie eine ergebnisoffene Klärung des Vorliegens einer Transidentität empfohlen (Coleman et al., 2022; Nieder & Strauß, 2019) .

Weiterhin nehmen einige trans Personen eine Hormonersatztherapie in Anspruch, im Kinder- und Jugendbereich ist die Verschreibung von pubertätsunterdrückenden

Hormonpräparaten üblich und soll den Betroffenen mehr Zeit zur Entscheidung geben (Nieder & Strauß, 2019). Eine entsprechende endokrinologische Behandlung muss meist ein Leben lang erfolgen und ist nur teilweise reversibel (Hembree et al., 2017). Damit geht aufgrund von bekannten Risiken und Komplikationen eine langzeitliche ärztliche Begleitung der Patient:innen einher.

Operativ wird in Deutschland bei trans Männern häufig eine *Mastektomie*, also eine beidseitige Reduktion des Brustgewebes, sowie eine *Hysterektomie mit Ovarektomie*, also die Entnahme der Gebärmutter und der Eierstöcke, vorgenommen (Nieder & Strauß, 2019). Letztere ist bei einer begleitenden Hormonersatztherapie indiziert, um das Krebsrisiko zu verringern (Hembree et al., 2017), hat jedoch die Infertilität der Betroffenen zur Folge. Die Mastektomie wird sowohl von binär identifizierten als auch von nicht-binären trans Personen in Anspruch genommen (Esmonde et al., 2019), die Zufriedenheit mit dem optischen Ergebnis wird häufig als gut bezeichnet, während Komplikationen eher selten berichtet werden (Bustos et al., 2021b; Esmonde et al., 2019; Romano et al., 2023). Weiterhin kann über mehrere operativen Eingriffe die Rekonstruktion eines Penis, auch *Penoid* genannt, erfolgen. Hierbei geben Patient:innen ebenfalls eine hohe Zufriedenheit mit dem operativen Ergebnissen an, Komplikationen werden hier jedoch häufiger berichtet (Papadopulos et al., 2021; Pigot et al., 2020; Pigot et al., 2019).

Trans Frauen entscheiden sich, besonders im Gesicht, häufig für eine Reduktion der Körperhaare mittels Epilation (Nieder & Strauß, 2019). Zudem bieten nicht nur Spezialist:innen für Fragen der Geschlechtsidentität mit Hilfe von Implantaten den künstlichen Aufbau einer weiblichen Brust an. Für die Angleichung der Genitalien steht außerdem die *Vaginoplastie* zur Verfügung, bei der chirurgisch aus dem bereits vorhandenen Gewebe eine sogenannte *Neovagina* konstruiert wird (Nieder & Strauß, 2019). Komplikationen werden hier nur in geringem Ausmaß berichtet, teilweise liegt die Zufriedenheit mit den operativen Ergebnissen bei 100% (Eftekhar Ardebili et al., 2020; Manrique et al., 2018).

Physisch weniger invasiv ist die *soziale Transition*, welche von den meisten Individuen auch als Beginn des Transitionsprozesses betrachtet wird. Hierbei beginnen TGD Personen in allen oder in Teilbereichen ihres sozialen Umfelds in ihrem gewünschten Geschlecht zu leben. Charakteristisch hierfür ist besonders die Nutzung anderer Personalpronomen und das Tragen von Kleidung, welche der Identität entspricht (Coleman et al., 2022; Nieder & Strauß, 2019). Das gewünschte *Passing*, also die Übereinstimmung der eigenen Geschlechtsidentität und deren Wahrnehmung durch Dritte, kann durch operative Eingriffe und medikamentöse

Behandlung erleichtert werden. Dabei ist der hier skizzierte Verlauf einer Transition keineswegs auf alle TGD Personen zu übertragen.

Transnormativität bezeichnet Vorstellungen des Aussehens und Verhaltens von trans Personen sowie des Ablaufs einer Transition, die in der Regel einem binären (also eindeutig weiblichen oder männlichen) Geschlechterverständnis folgen und deren Ziel die vollständige physische und soziale Angleichung von einem weiblichen oder männlichen an ein entweder männliches oder weibliches Geschlecht darstellt (Johnson, 2016). Zwar gibt es (Behandlungs-) Schritte, die besonders häufig von trans Personen in Anspruch genommen werden und als transnormativ bezeichnet werden könnten, doch bleibt die Transition ein hoch individueller Prozess, bei dem sich neben Beginn und Abschluss auch die dazwischen wahrgenommenen Schritte interindividuell stark unterscheiden können (Coleman et al., 2022).

Entscheiden sich Personen während oder nach Abschluss des Transitionsprozesses dazu, wieder in dem bei der Geburt zugewiesenen oder in einem anderen als bei der Transition angestrebten Geschlecht zu leben, spricht man von einer *Detransition* (Expósito-Campos, 2021; Vandenbussche, 2021; Yoo, 2018). Auch wenn die Transition ohne eine Änderung der Geschlechtsidentität abgebrochen wird, zum Beispiel aus gesundheitlichen Gründen, kann von einer Detransition gesprochen werden (Expósito-Campos, 2021). Personen, die eine Detransition durchgeführt haben, werden als *detrans* (im Englischen: „detransitioner“) bezeichnet (Expósito-Campos, 2021). Vandenbussche (2021) bezeichnet nur solche Personen als detrans, die sich auch als solche identifizieren. Im Folgenden wird die geläufigere Definition verwendet und als detrans bezeichnet, wer eine Detransition durchgeführt hat, seine Transition also abgebrochen oder nach der Transition erneut seine Geschlechtsidentität geändert hat.

Expósito-Campos (2021) differenziert zusätzlich zwischen *Core-* und *Non-Core Detransitionen.* Erstere zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sich die betreffenden Personen nach einer sozialen und/oder medizinischen Transition nicht mehr als trans, sondern mit ihrem Geburtsgeschlecht identifizieren. Eine Non-Core Detransition liegt demnach hingegen dann vor, wenn Betroffene sich auch nach der Detransition weiter als trans identifizieren. Dies kann laut Expósito-Campos (2021) der Fall sein, wenn die Transition nicht aus internalen, sondern primär aus externalen Gründen, wie beispielsweise Diskriminierung, abgebrochen wird. Häufig wird auch der Begriff *Retransition* verwendet, um den Prozess der Rückkehr zum Zuweisungsgeschlecht zu beschreiben, so auch noch in der S3-Leitlinie (Nieder & Strauß, 2019). MacKinnon, Gould et al. (2022) stellen jedoch heraus, dass es sich hierbei primär um eine Re-Identifikation als trans nach einer erfolgten Detransition handelt. Ebenso wie die Transition, ist auch die Detransition ein hoch individueller Prozess, der sich zudem je

nach Richtung der Transition und der Detransition stark unterschieden kann (Expósito-Campos et al., 2021; Pazos Guerra et al., 2020; Turban et al., 2018; Turban & Keuroghlian, 2018).

Aufgrund der bislang geringen Datenlage zu Detransition, liegen international kaum Richtlinien für die medizinische Begleitung von detrans Personen vor. Jedoch wurde mit der jüngsten Überarbeitung der Standards of Care (Coleman et al., 2022) eine entsprechende Behandlungsempfehlung veröffentlicht. Danach soll in der medizinischen Begleitung von detrans Personen besonderer Wert auf die Individualisierung der Beratung und Behandlung und die Einbettung derer in ein multidisziplinäres Team von Fachpersonal gelegt werden. Grundsätzlich können während der Detransition jedoch ähnliche Schritte unternommen werden, wie auch während der Transition. Allerdings ist es nicht möglich, bereits entnommenes Gewebe wie beispielsweise eine Gebärmutter, zu ersetzen (Gribble et al., 2023; Rowlands & Amy, 2018). Nicht alle vorgenommenen Schritte der Transition lassen sich also rückgängig machen.

Die Tatsache, dass nicht alle medizinischen Transitionsschritte reversibel sind, kann den durch die Geschlechtsdysphorie bereits empfundenen Leidensdruck von trans und detrans Personen verstärken und dazu führen, dass die betroffene Person ihre initiale Geschlechtsangleichung bereut (Narayan et al., 2021). Der dabei empfundene *Transition Regret* ist dabei jedoch von der eigentlichen Detransition abzugrenzen, da diese auch ohne Reuegefühl hinsichtlich der Transition angestrebt werden kann (Turban & Keuroghlian, 2018). Gleichsam können trans Personen Transition Regret empfinden und dennoch keine Detransition anstreben, wie der von Shen und Shen (2023) berichtete Fall einer trans Frau mit postoperativem Regret eindrücklich zeigt. Ebenso wie die Transition kann daher auch Transition Regret verschiedene Facetten beinhalten. So differenzieren Narayan et al. (2021) zwischen dem *„wahren" Geschlechtsbezogenem Regret*, *sozialem Regret* und *medizinischem Regret*. Letzteres bezieht sich dabei auf die Unzufriedenheit mit und das Bereuen durchgeführter medizinischer Maßnahmen. Unter sozialem Regret werden Probleme mit der Ankunft im gewünschten Geschlecht zusammengefasst, wie die Sorge um die eigene Sicherheit oder Schwierigkeiten bei der Partnersuche aufgrund der trans Identität. Der „wahre" geschlechtsbezogene Regret beschreibt das Bereuen der gesamten Transition an sich.

1.2. Prävalenz

Der Anteil an Personen, die in ihrem Leben mindestens einmal eine Transition vornehmen oder sich als *transgender, transsexuell* oder *trans** beschreiben, liegt in der Gesamtbevölkerung vermutlich zwischen 0.02% und 0.5% (Coleman et al., 2022). MacKinnon, Gould et al. (2022) schätzen, dass 7-13% der Personen, die sich geschlechtsangleichenden

Maßnahmen unterziehen, detrans sind. Diese Schätzungen basieren jedoch auf heterogenen Untersuchungen. Dementsprechend würde der Anteil von detrans Personen in der Gesamtbevölkerung zwischen 1 und 6 detrans Personen unter 10,000 Menschen (0.00014% bis 0.00065%) liegen. Von 1995 bis 2021 berichtet das Bundesamt für Justiz von N = 34.014 Verfahren nach dem Transsexuellengesetz (Bundesamt für Justiz, 2023), wobei hier nicht erfasst wird, wie häufig einzelne Individuen in dieser Aufstellung vorkommen. Unklar ist also sowohl in Deutschland als auch international, wie groß der Anteil derer ist, die nach ihrer initialen Geschlechtsangleichung wieder zurück zum Geburtsgeschlecht gekehrt sind oder ihre Transition abgebrochen haben (Cohn, 2023).

Ein Problem bei der Dokumentation der Prävalenz von Detransitionen, stellen neben methodischen Unterschieden, wie der Zeit zwischen Transition und Untersuchung (Cohn, 2023), die vielfältigen Wege einer Geschlechtsangleichung dar. Wie bereits beschrieben, können Transitionen sozialer, juristischer oder medizinischer Natur sein, wobei sich letztere ebenfalls in mehrere Subkategorien gliedern lässt. Die Auswahl der Kriterien für den Abbruch einer Transition oder der erneuten Durchführung dieser entscheidet damit über den Anteil der detrans Personen, die erfasst werden können. So untersuchten Gupta et al. (2023) in einer retrospektiven Kohortenstudie N = 385 trans Individuen, die zwischen 2000 und 2019 eine geschlechtsangleichende Hormonersatztherapie erhielten. Darunter brachen 2% der Befragten die Behandlung mindestens für eine begrenzte Zeit ab. Von diesen Personen gaben 56 % (n = 5) Individuen ein männliches und 44 % (n = 4) ein weibliches Zuweisungsgeschlecht an. Personen, die lediglich eine soziale Transition, oder eine medizinische Transition ohne die Einnahme von gegengeschlechtlichen Hormonpräparaten durchgeführt hatten, wurden dabei nicht erfasst. Unklar ist außerdem, ob sich diese Personen als detrans identifizierten und ob sich ihre Geschlechtsidentität geändert hat.

In einer Untersuchung der Patient:innenakten des Nottingham Centre for Transgender Health, wurde unter den N = 303 untersuchten Akten lediglich eine Person (0.33%) gefunden, die im Anschluss an die dortige Behandlung eine Detransition durchgeführt hat, drei Jahre später jedoch erneut eine Geschlechtsangleichung und damit eine Retransition vollzogen hat (Richards & Doyle, 2019). Zusätzlich wurden zwei Fälle identifiziert, die vor der dortigen Behandlung bereits eine Detransition durchgeführt hatten. Auch hier ging aus den Akten jedoch hervor, dass es sich in beiden Fällen um eine Retransition handelte. Um als detrans gewertet zu werden, musste aus der jeweiligen Patient:innenakte hervorgehen, dass die betreffende Person in einem anderen Geschlecht als dem bei der Geburt zugewiesenem gelebt hat und später zu

selbigen zurückgekehrt ist. Entsprechend wählten die Forschenden hier das Kriterium der sozialen Transition, bzw. Detransition.

Narayan et al. (2021) befragten N = 46 Chirurg:innen nach ihren Erfahrungen mit Personen, die ihre Transition bereuten (Transition Regret). Von den insgesamt N = 22,725 behandelten trans Patient:innen bereuten n = 62 (0.27 %) Personen ihre Operation oder strebten eine Detransition an. Darunter fanden sich n = 16 (26 %) trans Männer, n = 37 (60 %) trans Frauen und n = 6 (10 %) nicht-binär identifizierte Patient:innen. Die Hälfte der befragten Chirurg:innen gab an, nie einer entsprechenden Person begegnet zu sein.

Dies zeigt neben der Operationalisierung von Detransition ein weiteres Problem der Erfassung der Prävalenz auf: Zwar können detrans Personen grundsätzlich auch Kontakt zu Chirurg:innen herstellen, allerdings ist der zeitliche Rahmen des Kontakts und somit die Wahrscheinlichkeit der Erfassung des weiteren Verlaufs der Geschlechtsidentität hier deutlich kürzer als beispielsweise bei Endokrinolog:innen oder Psychotherapeut:innen. Zudem ist es nicht unwahrscheinlich, dass detrans Personen eine erneute Operation nicht in Betracht ziehen, weil sie einerseits trotz Detransition mit ihrem Körper zufrieden sind und keine Geschlechtsdysphorie empfinden, oder weil sie andererseits keine Möglichkeit haben, die vorgenommenen medizinischen Eingriffe rückgängig zu machen oder nach ihren Wünschen zu gestalten. Auch die Zeiträume in Follow-Up Befragungen spielen in der Erhebung von Zahlen zu Detransition eine Rolle: Cohn (2023) beschreibt, dass die meisten Untersuchungszeiträume in Nachbefragungen nicht ausreichen, um reliable Zahlen zu Detransition und Regret abzubilden.

Mit der bisher größten Stichprobe berichten Turban et al. (2021) bei N = 27,715 TGD Personen in den USA einen Anteil von 13 % (n = 2242) detrans Personen. Davon gaben 55 % der Befragten ein männliches, 45 % ein weibliches bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht an. Eingeschlossen in diese Untersuchung wurden Individuen, die angaben, jemals in ihrem Leben eine Detransition durchgeführt zu haben, oder zumindest zeitweise in das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht zurückgekehrt zu sein (Turban et al., 2021). Allerdings wurden hier lediglich Personen befragt, die sich noch immer als trans oder nicht-binär bezeichneten. Über die Prävalenz von detrans Personen, die sich nicht mehr mit diesen Begriffen beschreiben, lässt sich daher keine Aussage treffen.

Aktuelle Schätzungen zur Prävalenz von Detransition bewegen sich also zwischen einem Anteil von 0.27 % und 13 % detrans Personen innerhalb der gesamten TGD Population. Definitionen und untersuchte Stichproben sowie Erhebungszeiträume unterscheiden sich dabei jedoch teilweise stark zwischen den Publikationen, Zahlen für Deutschland fehlen gänzlich.

1.3. Gründe für die Detransition

Für eine Detransition können sowohl internale als auch externale Faktoren ausschlaggebend sein: Neben Änderungen in den persönlichen politischen, sozialen oder religiösen Ansichten, können ebenfalls die Remission der Geschlechtsdysphorie, sowie die Verarbeitung und das Verständnis vergangener traumatischer Erfahrungen und deren Interaktion mit der erlebten Geschlechtsdysphorie zu den *internalen Gründen* für eine Detransition gezählt werden (Expósito-Campos, 2021). Nach Turban et al. (2021) umfassen sie „psychologische Faktoren“, „Unsicherheit oder Zweifel bzgl. des Geschlechts“ und „Schwankungen in der Geschlechtsidentität oder dem Begehren“.

Externale Gründe können neben den internalen Ursachen bei der Entscheidung zur Detransition ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass eine Detransition angestrebt wird, ohne dass die Betroffenen aufhören, sich als trans zu identifizieren (Expósito-Campos, 2021). Die Detransition kann daher eine Reaktion auf die Unzufriedenheit mit der medizinischen Behandlung, fehlender sozialen Unterstützung oder Diskriminierung darstellen. Es handelt sich hierbei also um mit sozialen oder gesellschaftlichen Themen zusammenhängende Faktoren (Turban et al., 2021).

Die meisten (83%) der bei Turban et al. (2021) befragten detrans Personen gaben mindestens einen externalen Faktor als Grund für ihre Detransition an, lediglich 16% berichteten von internalen Faktoren. Turban et al. (2021) berichten außerdem, dass ältere detrans Personen mit einer größeren Wahrscheinlichkeit Druck von Seiten des/der Partner:in oder pflegebezogene Gründe für ihre Detransition anführten. Bei der jüngeren Kohorte fanden sich vermehrt Druck von Eltern, Freunden und Community als Ursache. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die hier untersuchte Gruppe lediglich aus Personen bestand, welche sich immer noch als trans oder genderdivers identifizierten. Fraglich ist daher, ob Personen, die sich nicht mehr als trans identifizieren andere Gründe für ihre Detransition angeben.

Vandenbussche (2021) erfasste in einer querschnittlich angelegten Online Studie verschiedene Gründe für die Detransition der $N = 237$ befragten detrans Personen. Demnach gaben die meisten (70%) Teilnehmenden an, realisiert zu haben, dass ihre Geschlechtsdysphorie mit anderen Themen zusammenhing. 62% begründeten ihre Detransition mit Bedenken bezüglich ihrer Gesundheit, 50% gaben an, dass ihre Transition ihre Dysphorie nicht gelindert habe und 45% berichteten, dass sie andere Wege gefunden hätten, um mit ihrer Dysphorie umzugehen. Diskriminierung war die Begründung von 10% der Befragten, 13% berichteten, aus mangelnder Unterstützung aus dem sozialen Umfeld eine Detransition angestrebt zu haben.

Allerdings gaben 44% der Befragten an, nach der Transition unzufrieden mit den sozialen Änderungen gewesen zu sein.

36 % der bei Narayan et al. (2021) betrachteten $N = 62$ Fälle von Personen, die operative geschlechtsangleichende Maßnahmen rückgängig machen wollten, gaben hierfür einen Wandel in der eigenen Geschlechtsidentität an. Einige berichteten zudem Entfremdung oder Ablehnung der Familie, bzw. des sozialen Netzes (15 %), sowie Schwierigkeiten in sexuellen oder romantischen Beziehungen (11 %) als ursächlich für die getroffene Entscheidung. Vier Personen (7 %) gaben an, eine Fehldiagnose erhalten zu haben, medizinische Ursachen waren mit 8 % ebenfalls selten.

Bei Gupta et al. (2023) berichtete je ein Drittel ($n = 2$) der insgesamt $N = 6$ untersuchten detrans Individuen von einer Änderung der Geschlechtsidentität und Finanzieller Barrieren als Grund für ihre Detransition. Die übrigen 33 % ($n = 2$) gaben medizinische Probleme und Mobbing als Ursache an. Ein ähnliches Ergebnis findet sich auch in der Meta-Analyse von Bustos et al. (2021a). Hier wurde der Anteil von Personen mit Regret nach der geschlechtsangleichenden Operation untersucht. Die am häufigsten berichtete Ursache für das Bereuen der Operation waren Probleme mit der Geschlechtsrolle. Außerdem wurden fehlgeschlagene Operationen, bei denen das gewünschte ästhetische Ergebnis nicht erreicht wurde, als Grund angegeben.

Es zeigt sich also, dass es trotz der noch spärlichen Forschungslage Themen gibt, die häufiger genannt werden als andere. Hierzu zählen in erster Linie die Veränderung der Geschlechtsidentität oder der Wahrnehmung derer (Gupta et al., 2023; Narayan et al., 2021; Vandenbussche, 2021), negative soziale Auswirkungen durch die Transition (Gupta et al., 2023; Narayan et al., 2021; Turban et al., 2021; Vandenbussche, 2021) und medizinische Probleme (Gupta et al., 2023; Vandenbussche, 2021).

1.4. Soziale Unterstützung

Laut einer europaweiten Befragung von LGBT Personen, machen 55% der $N = 19.445$ befragten trans Personen (davon in Deutschland $n = 2.815$) innerhalb eines Jahres diskriminierende Erfahrungen (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020). 48% erleben außerdem Belästigung, wobei sich der Anteil der in Deutschland berichteten Vorfälle aller befragten LGBT Personen im europäischen Vergleich im oberen Mittelfeld bewegt. Menschen, die nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Mann und Frau entsprechen, werden also heute auch in Deutschland noch immer diskriminiert. Diese Form der Diskriminierung kann schwerwiegende Folgen für die psychische Gesundheit der Betroffenen haben (Klein &

Golub, 2016; Testa et al., 2012). Innerhalb des von Testa et al. (2015) aufgestellten Gender Minority Stress Models kommt dem Ausmaß der sozialen Unterstützung eine entscheidende Bedeutung als Resilienzfaktor zugute. Die Bedeutung von sozialer Unterstützung für TGD Personen wurde seither vielfach untersucht und bestätigt (Barr et al., 2016; Corey, 2020; Klein & Golub, 2016; Levitan et al., 2019; Lewis et al., 2023; Olsavsky et al., 2023; Pflum et al., 2015; Vries et al., 2016). In Deutschland berichten Köhler et al. (2019) von dem positiven Einfluss sozialer Unterstützung auf die wahrgenommene psychische Belastung und die Lebenszufriedenheit von trans Personen, die sich in Spezialsprechstunden für Geschlechtsdysphorie in Deutschland, Belgien und den Niederlanden vorstellten.

Von fehlender sozialer Unterstützung und Diskriminierung besonders belastet scheinen insbesondere nicht-binär identifizierte trans Personen zu sein (Arijs et al., 2023). Ein Erklärung hierfür bietet das Konzept der Transnormativität (MacKinnon, Gould et al., 2022). Nicht-binär identifizierte Menschen folgen diesem linearen Verlauf einer Transition häufig nicht und erfüllen in der Regel gesellschaftlich verbreitete Geschlechternormen nicht (Arijs et al., 2023). Dies zeigt sich unter anderem darin, dass sie häufiger nicht mit den gewünschten Pronomen angesprochen werden (teilweise auch in Ermangelung an gängigen und passenden nicht-binären Pronomen) und sich häufiger damit konfrontiert sehen, sich als „wahre“ trans Person rechtfertigen zu müssen (Pulice-Farrow et al., 2017).

Ähnliche Erfahrungen lassen sich auch bei detrans Personen finden (MacKinnon, Kia et al., 2022; Turban et al., 2021; Vandenbussche, 2021). Wie bei nicht-binär identifizierten Personen, kann laut Hildebrand-Chupp (2020) argumentiert werden, dass sich Menschen, die die Erfahrung von Transition und Detransition gemacht haben, irgendwo zwischen den Konzepten von cis und trans bewegen. Während Turban et al. (2021) mangelnde soziale Unterstützung durch die Familie als Grund für eine Detransition beschreiben, berichtet Vandenbussche (2021) den Verlust sozialer Unterstützung durch die LGBT-Community nach der Detransition. MacKinnon, Gould et al. (2022) knüpfen hieran an und beschreiben auf Basis qualitativer Interviews erstmalig, angelehnt an das bereits verbreitete Konzept der Transphobie, das Konzept der *Detransphobie* (detransphobia). Diese charakterisiert sich laut Autor:innen durch bestimmte detrans bezogene Vorurteile, Mikroagressionen, geschlechtsbezogene Stressoren und Diskriminierung.

Vor diesem Hintergrund scheint es wenig überraschend, dass sich 76% (N = 237) der detrans Personen in einer englischsprachigen Online-Befragung Kontakt zu anderen Menschen wünschen, die ebenfalls eine Detransition erlebt haben (Vandenbussche, 2021). Zum Zeitpunkt dieser Untersuchung existieren in Deutschland keine Vereine oder Anlaufstellen, die sich auf

detrans Personen spezialisieren. Die im Rahmen der Rekrutierung von Studienteilnehmer:innen kontaktierten LGBT Verbände gaben jedoch an, diese ebenfalls beraten zu können. Bislang habe sich in den betreffenden Beratungsstellen jedoch keine detrans Person vorgestellt. Auf den online Auftritten der kontaktierten Vereine finden sich keine Hinweise auf das auf Nachfrage beschriebene Behandlungsangebot. Vereinsunabhängige Online-Angebote, die sich in deutscher Sprache mit Detransition befassen, sind dem Autor ebenfalls nicht bekannt. Bei Vandenbussche (2021) gaben lediglich 5 % der befragten detrans Personen an, sich während ihrer Detransition Hilfe bei einer trans-spezifischen Organisation gesucht zu haben. während der Transition nahmen hingegen 17 % der Befragten deren Unterstützung in Anspruch. Stattdessen gaben in dieser Befragung 65 % an, sich in online Gruppen und Foren sowie auf Social Media Plattformen über die Detransition informiert zu haben. Berichtenswert ist hier weiterhin, dass im Vergleich zur vorherigen Transition mehr detrans Personen (+ 8 %) Unterstützung von ihren Freund:innen, Partner:innen und Familienangehörigen erhalten haben.

Daten zur sozialen Unterstützung von detrans Personen sind also bisher noch rar und teilweise widersprüchlich. Menschen, die sich auch nach der Detransition noch als Teil der TGD Community empfinden (Turban et al., 2021), scheinen ein größeres Bedürfnis nach sozialer Unterstützung zu haben, als jene die es nicht tun (Vandenbussche, 2021). Die Rolle der LGBT-Community scheint zwar ambivalent zu sein, bedarf jedoch ebenfalls weiterer Untersuchung. Ebenso unklar ist, in welchem Ausmaß soziale Unterstützung von detrans Personen ebenso einen Resilienzfaktor für psychische Gesundheit darstellen kann, wie bei trans Menschen.

1.5. Lebenszufriedenheit

Neben der sozialen Unterstützung stellt die Lebenszufriedenheit, welche auch mit dem Ausmaß der sozialen Unterstützung bei trans Personen zusammenhängt, einen wichtigen Parameter in der trans Gesundheitsforschung dar (Bränström & Pachankis, 2021; Köhler et al., 2019). Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit von LGBT Personen in Europa wurde von der *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (FRA)* zwischen Mai und Juli 2019 auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = sehr unzufrieden, 10 = sehr zufrieden) erhoben. Bei den befragten trans Personen konnte in Deutschland eine durchschnittliche Lebenszufriedenheit von M = 5.8 erfasst werden (FRA, 2017). Die Lebenszufriedenheit von trans Personen ist damit im Vergleich zu Personen aus der deutschen (M = 7.3) als auch europaweiten Allgemeinbevölkerung (M = 7.1) tendenziell niedriger (FRA, 2017). Jones et al. (2019a) befragten zur Validierung der *Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS)* n = 451 trans und n = 338 cis Personen nach ihrer

Lebenszufriedenheit in den letzten 6 Monaten. Diese sollte als anhand einer 5-stufigen Likertskala (1 = immer, 5 = nie) bewertet werden. Dabei zeigte sich auch hier, dass trans Personen (*M* = 3.1) eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit angaben, als die untersuchten cis Personen (*M* = 3.9). Trans Personen die hingegen bereits eine gegengeschlechtliche Hormontherapie, sowie eine geschlechtsangleichende Operation erhalten haben, bewerteten ihre Lebenszufriedenheit durchschnittlich höher (*M* = 3.7) als trans Personen ohne erfolgte Maßnahmen (*M* = 3.1) (Jones et al., 2019a). Unter Zuhilfenahme desselben Instruments konnten Jones et al. (2019b) zeigen, dass auch nicht-binär identifizierte Personen signifikant schlechtere Lebenszufriedenheit berichten, als cis Personen. Im Vergleich zu trans Personen konnten die Forschenden einen signifikanten Unterschied lediglich zwischen nicht-binär identifizierten Personen männlichen Zuweisungsgeschlechts und trans Männern beobachten, wobei letztere über eine geringere Lebenszufriedenheit verfügten.

Zum Zeitpunkt der Befragung liegen dem Verfasser keine Daten zur Lebenszufriedenheit von detrans Personen vor. Allerdings lassen die im Vorangegangenen bereits beschriebenen vielfältigen Probleme und Schwierigkeiten dieser Population erwarten, dass sich diese auch auf die berichtete Lebenszufriedenheit auswirken (Köhler et al., 2019).

1.6. Behandlungserfahrung

Während für die Transition auf nationaler und internationaler Ebene viele Leit- und Richtlinien existieren (z.B.: SOC-8 und S3-Leitlinie; Coleman et al. (2022); Nieder und Strauß (2019)), sind Handreichungen zur Behandlung von Menschen, die ihre Transition abbrechen oder rückgängig machen wollen, bisher noch rar (Vandenbussche, 2021). Die medizinische Behandlung hat für TGD Menschen einen gehobenen Stellenwert, da sie als Mittel zur Reduktion der erlebten Dissonanz zwischen erlebtem Geschlecht und Zuweisungsgeschlecht dienen kann. In der jüngsten Version der Standards of Care (SOC-8) empfehlen die Herausgeber:innen einen holistischen multidisziplinären und dabei stets affirmativen Ansatz, bei dem die Bedürfnisse der Betroffenen im Fokus stehen und deren jeweilige Geschlechtsidentität respektiert und affirmiert werden soll (Coleman et al., 2022). Diese Multidisziplinäre Versorgung kann demnach neben der Allgemeinmedizinischen Versorgung auch die Felder der Endokrinologie, der Chirurgie, der Reproduktiv- und Sexualmedizin, der Logopädie und der Psychologie umfassen. Nach den Empfehlungen der deutschen S3-Leitlinie sind auch in Deutschland medizinische Interventionen innerhalb der beschriebenen Fachbereiche im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung möglich, sofern eine entsprechende Diagnose vorliegt (nach ICD-10: F64.0 Störung der Geschlechtsidentität).

Laut Empfehlung der S3-Leitlinie sollen Detransitionen innerhalb eines übergeordneten ergebnisoffenen Transitionsprozesses grundsätzlich ermöglicht werden (Nieder & Strauß, 2019). Allerdings wird Detransition im Rahmen der Leitlinie (hier als „Re-Transition“ bezeichnet) dennoch als das Ergebnis eines fehlerhaften Transitionsprozesses verstanden. Deren Vorkommen soll daher über die Verbesserung qualitativer Behandlungsstandards reduziert werden. Diese Ansichten können im Zusammenhang mit Transnormativität und detrans bezogenem Stigma auf Seiten der detrans Patient:innen zu Mißtrauen gegenüber ihren Behandler:innen führen (MacKinnon, Kia et al., 2022). Nicht selten begeben sich detrans Personen zur Detransition daher nicht erneut in medizinische oder therapeutische Behandlung (MacKinnon, Kia et al., 2022), obwohl das Bedürfnis nach professioneller Begleitung der Detransition verbreitet zu sein scheint (Vandenbussche, 2021). Manche setzen so, ohne Rücksprache mit Mediziner:innen, selbstständig die Einnahme der Hormonersatztherapie ab, ohne sich der möglichen Konsequenzen vollständig bewusst zu sein (MacKinnon, Kia et al., 2022; Turban et al., 2021). Allgemein beschreiben detrans Personen den Prozess der Detransition als physisch und psychisch herausfordernd (MacKinnon, Kia et al., 2022).

Von den detrans Personen, die in der Befragung von Vandenbussche (2021) angaben, eine medizinische Transition durchgeführt zu haben (65%, n = 154), berichtete etwa die Hälfte (46%) geschlechtsangleichende Operationen in Anspruch genommen zu haben. Ein Großteil (80%) der befragten detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht, sowie 62% der detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht nutzten während ihrer Transition eine geschlechtsangleichende Hormonersatztherapie. Berichte medizinisch begleiteter Anpassungen der während der Transition vorgenommenen körperlichen Veränderungen nach oder während einer Detransition sind dennoch selten (Irwig, 2022). In der Untersuchung von Vandenbussche (2021) gaben lediglich 15% der Befragten an, Informationen und Zugang zu Operationen oder Verfahren zu benötigen, deren Ziel die Reversion der während der Transition vorgenommenen Eingriffe darstellt. Grundsätzlich scheint eine operative Angleichung jedoch auch bei einer Detransition möglich zu sein: Djordjevic et al. (2016) berichten von der erfolgreichen Rekonstruktion eines Penoids von N = 7 Patient:innen (AMAB), welche sich zwischen 11 Monaten und 12 Jahren nach der ersten operativen Angleichung des Genitalbereichs erstmalig an das *Belgrade Center for Transgender Surgery* wandten.

Bislang ist noch unklar, in welchem Ausmaß detrans Personen in Deutschland geschlechtsangleichende Maßnahmen und psychologische, sowie medizinische Unterstützung während ihrer Detransition und Transition beanspruchen. Ausgehend von Vandenbussche (2021) ist jedoch im Zusammenhang mit den derzeit zur Verfügung stehenden Behandlungs-

und Beratungsangeboten für detrans Personen zu erwarten, dass auch in Deutschland das Bedürfnis nach professioneller Beratung verbreitet ist.

1.7. Fragestellung

Insgesamt steht die Forschung zum Thema Detransition derzeit noch am Anfang. Dabei spielen internationale Unterschiede bezüglich der Behandlung von trans Personen derzeit noch eine untergeordnete Rolle, obwohl sich diese ebenso auf die Population der detrans Personen auswirken können. Da sich die bisher publizierten Arbeiten bislang primär auf im englischen Sprachraum erhobene Daten beziehen, ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, erstmalig eine deutsche Stichprobe von detrans Personen zu beschreiben. Folgende Fragestellungen werden hierbei adressiert:

1. Wie lassen sich detrans Personen in Deutschland anhand soziodemografischer und klinischer Merkmale beschreiben?
2. Welche Gründe geben detrans Personen in Deutschland für ihre Detransition an?
3. Welches Maß an sozialer Unterstützung erfahren detrans Personen in Deutschland?
4. Wie hoch ist die Lebenszufriedenheit von detrans Personen in Deutschland?
5. Welche positiven und negativen Behandlungserfahrungen machen detrans Personen während ihrer Detransition und Transition in Deutschland?

2. Methodik

2.1. Studiendesign

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Daten einer internetbasierten Querschnittstudie, in der in Deutschland lebende detrans Erwachsene befragt wurden. Die Daten wurden mithilfe eines Online-Fragebogens zwischen April und Juni 2023 erfasst. Hierfür wurde das web-basierte Programm *Unipark* verwendet. Ein Ethikvotum wurde vor Beginn der Erhebung durch die Ethikkommission der Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr Hamburg erteilt.

Die Rekrutierung erfolgte deutschlandweit über eine Vielzahl lokaler und regionaler Vereine und Organisationen, die sich den Rechten von trans Personen verschrieben haben. Zusätzlich wurden deutschlandweit Behandler:innen kontaktiert, die geschlechtsangleichende Behandlungen anbieten. Darüber hinaus wurde auf verschiedenen Social Media Portalen (Instagram, Facebook, Reddit) auf die Studie aufmerksam gemacht. Der Zugriff wurde über einen Link und einen QR-Code ermöglicht, der Interessierte direkt zur Startseite des Fragebogens führte.

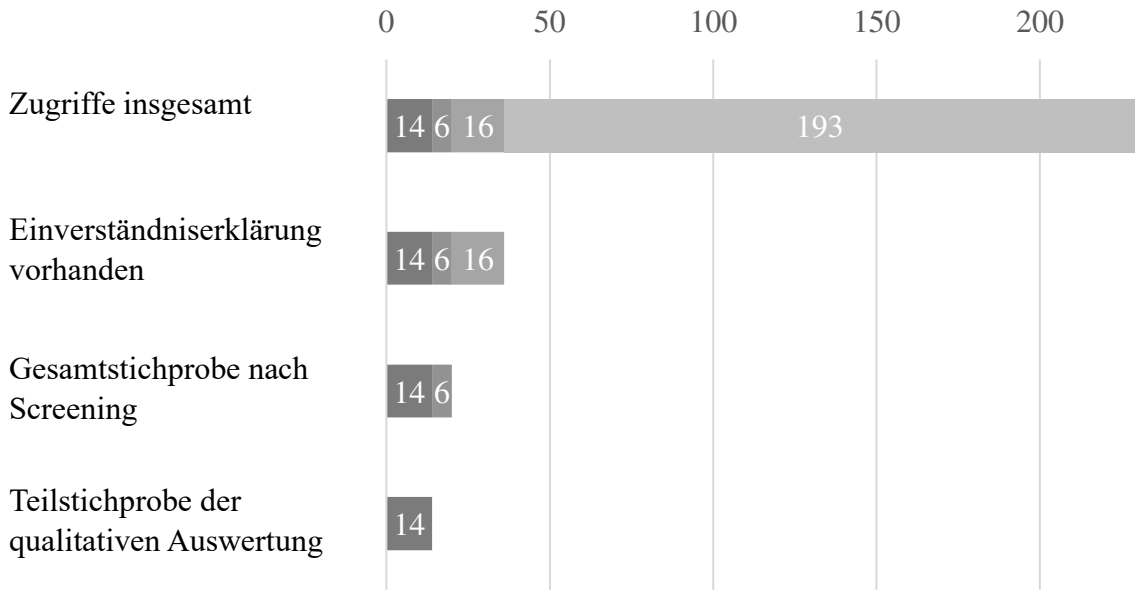
2.2. Stichprobe

In die Betrachtung der Studie wurden erwachsene, in Deutschland lebende Personen eingeschlossen, die in ihrem Leben mindestens einmal eine Detransition durchgeführt, also eine Transition abgebrochen haben oder deren Geschlechtsidentität sich nach der Transition erneut geändert hat.

Insgesamt griffen im Untersuchungszeitraum $N = 229$ Personen auf den Fragebogen zu, davon gaben $n = 36$ Personen ihr Einverständnis, an der Befragung teilzunehmen. Einige

Abbildung 1

Übersicht aller Datensätze



brachen die Befragung vor ($n = 3$) oder während ($n = 5$) der Angabe demographischer Daten ab. Fünf Personen wurden von der Analyse ausgeschlossen, da sie angaben, weder eine Transition abgebrochen noch rückgängig gemacht zu haben, wodurch sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Eine weitere Person wurde ausgeschlossen, da sie angab, in einem anderen Land als Deutschland zu leben. Nach einer weiteren Analyse der Datensätze mussten außerdem zwei weitere Personen von der Betrachtung ausgeschlossen werden, die für die weitere Auswertung zu uneindeutige Angaben hinsichtlich ihrer Transition und Detransition gemacht hatten und davon ausgegangen werden muss, dass auch diese nicht die Einschlusskriterien erfüllten. Weiterhin konnte von $n = 6$ Personen, die die Einschlusskriterien erfüllten, über den Fragebogen hinweg ein frühzeitiges Ende der Bearbeitung verzeichnet

werden (siehe Abbildung 1). Vollständige Datensätze liegen von $n = 14$ Teilnehmenden vor, die angaben, ihre Transition abgebrochen oder erneut eine Änderung der Geschlechtsidentität erfahren zu haben.

2.3. Instrumente und Variablen

Der verwendete Fragebogen ist unter Anlage C zu finden. Aus Gründen des Urheberrechts sind dort jedoch die Einzelitems des F-SozU, der GCLS und des FBB nicht gesondert aufgeführt.

2.3.1. Demografische und klinische Merkmale

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden folgende demografische Merkmale erfasst: Das aktuelle Alter, das Zuweisungsgeschlecht, das Zielgeschlecht der Transition und Detransition, die aktuelle Geschlechtsidentität, die sexuelle Orientierung, der Migrationshintergrund, das monatliche Einkommen, die berufliche Position und der höchste erreichte Bildungsgrad. Zur Erfassung der sexuellen Orientierung, sowie der aktuellen Geschlechtsidentität war jeweils eine Mehrfachauswahl aus verschiedenen vorgegebenen Optionen möglich. Ergänzungen konnten durch die Teilnehmenden über Freitextangaben selbstständig vorgenommen werden. Klinische Merkmale umfassten klinische Diagnosen (Mehrfachauswahl) sowie das Erleben von Körper- und Sozialdysphorie.

2.3.2. Gründe für Detransition

Die Ursache der Detransition wurde über eine nach Vandenbussche (2021) verfasste Mehrfachauswahl erfasst („Wenn Sie die Transition abgebrochen haben, was war der Grund?“). Dabei konnten Proband:innen innerhalb der Mehrfachauswahl zu den vorgegebenen Antwortoptionen auch andere Gründe ergänzen und gesundheitliche Gründe spezifizieren. Zudem wurden die Teilnehmenden über ein Freitextfeld dazu aufgefordert, Ergänzungen zu ihren Angaben zu formulieren.

2.3.3. Soziale Unterstützung

Die Kurzform des *Fragebogens zur Sozialen Unterstützung* (F-SozU K-14) (Fydrich et al., 2007) wurde verwendet, um das Ausmaß der sozialen Unterstützung der Befragten zu ermitteln. Das Instrument erfasst drei zentrale Inhalte sozialer Unterstützung: soziale Integration, sowie emotionale und praktische Unterstützung. Die Skala wurde um ein Freitextfeld am Ende ergänzt, in das Teilnehmende Ergänzungen und Anmerkungen zur

sozialen Unterstützung selbstständig anfügen konnten. Die Auswertung der Skala erfolgte über die Bildung von Skalenwerten (die Summe der beurteilten Items wurde addiert und durch die Anzahl der bearbeiteten Items dividiert), welche im Anschluss mit der entsprechenden Normtabelle verglichen wurden. Normtabellen sind getrennt für 14-60 jährige und für 61-92 jährige vorhanden, zusätzlich wird eine Tabelle der Gesamtstichprobe bereitgestellt. Da unter den Teilnehmenden keine Person älter als 60 war, wurde die Normtabelle der jüngeren verwendet. Vergleichswerte für TGD Populationen liegen nicht vor. Prozentränge zwischen 18 und 84 sind als unauffällig zu interpretieren. Die Skala verfügt über ein Cronbach's Alpha von .9, bei einer Split-Half Reliabilität von .9, die Messgenauigkeit kann daher als gut bezeichnet werden. Bei der Normierung der Skala konnte anhand einer explorativen Faktorenanalyse festgestellt werden, dass alle Items auf nur einen Faktor laden. Die Kurzversion verfügt des Weiteren über ähnliche Skaleneigenschaften wie die Langform des F-SozU, die Skala kann also als valide betrachtet werden (Fydrich et al., 2007).

Ergänzend wurde ein Item von Vandenbussche (2021) zur Erfassung der sozialen Unterstützung durch die trans Community in übersetzter Form verwendet: „Wer hat Sie bei Ihrer Transition / Detransition unterstützt?“ Teilnehmende konnten mehrere der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen und weitere nicht aufgeführte Optionen selbstständig ergänzen. Antworten wurden dabei getrennt für Transition und Detransition erfasst. Über ein Freitextfeld konnten die Teilnehmenden auch hier selbstständig Ergänzungen und Anmerkungen zur sozialen Unterstützung formulieren. Für die vorliegende Arbeit wurden lediglich diese Freitextfelder ausgewertet.

2.3.4. Lebenszufriedenheit

Mit Hilfe einer ins Deutsche übersetzten Version der *Gender Congruence and Life Satisfaction Scale* (GCLS) (Jones et al., 2019a) wurde die transbezogene Lebenszufriedenheit erfasst. Die Skala besteht aus 38 Einzelitems, die anhand einer 5-stufigen Likertskala von 1 (immer) bis 5 (nie) bewertet und aus denen sieben Faktoren gebildet wurden (psychisches Funktionsniveau, Genitalien, soziale Anerkennung der Geschlechtsidentität, physische und emotionale Intimität, Brust, sekundäre Geschlechtsmerkmale und Lebenszufriedenheit). Niedrigere Werte stehen dabei für eine niedrigere Geschlechtskongruenz, schlechteres geschlechtsbezogenes Wohlbefinden und geringere allgemeine Lebenszufriedenheit. Für jeden der Faktoren bestehen Normwerte für trans Personen zu verschiedenen Zeitpunkten der Transition. Außerdem werden signifikante Unterschiede in der Beantwortung des Fragebogens durch cis Personen berichtet. Weiterhin kann die interne Konsistenz des Faktors zur

Lebenszufriedenheit mit Cronbach's alpha = .8 als gut bewertet werden. Es handelt sich hierbei also um ein valides und reliables Instrument zur Erfassung der Lebenszufriedenheit bei trans Menschen. Für detrans Personen existieren bislang jedoch keine Vergleichswerte. Zur Einordnung der Ergebnisse sollten daher sowohl die Normwerte der cis als auch der trans Population herangezogen werden.

Informationen zur Lebenszufriedenheit von detrans Personen wurden bisher ebenfalls nicht veröffentlicht. Darum hatten Befragte bei jedem der oben genannten Instrumente die Möglichkeit, über ein Freitextfeld selbstständig Ergänzungen und Anmerkungen zur Lebenszufriedenheit zu formulieren.

2.3.5. Behandlungserfahrung

Die Patientenversion der *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung* (FBB) (Mattejat & Remschmidt, 1999) wurde verwendet, um die Bewertung der Behandlungs-Erfahrungen der Psychotherapie in Transition und Detransition getrennt voneinander zu erfassen. Teilnehmende sollten hier insgesamt 18 Items anhand einer 5-stufigen Likertskala bewerten. Der Begriff „Klinik" wurde jedoch gegen „Psychotherapie" ersetzt, außerdem wurde die männliche Form des „Behandlers" um die weilbliche Formulierung erweitert: „der/die Behandler:in". Die Auswertung erfolgt auch hier über die Berechnung von Skalenwerten, die anschließend mit einer Normtabelle verglichen werden. Die drei erfassten Skalen beziehen sich dabei auf den Erfolg der Behandlung, die Beziehung zum Therapeuten und die Rahmenbedingungen der Behandlung.

Weitere Items zum Ablauf der jeweiligen Änderung der Geschlechtsidentität wurden aus einer Befragung von binär und nicht-binär identifizierten trans Kindern und Jugendlichen in einer Hamburger Spezialambulanz verwendet, Ergebnisse wurden bereits bei Herrmann et al. (2023) und Nieder et al. (2021) publiziert. Erfasst wurden hiermit, getrennt für Transition und Detransition, folgende Aspekte der Behandlung:

- Zeitpunkt der Diagnosestellung in Bezug auf die Geschlechtsidentität
- Beginn der sozialen (De-)Transition
- Beginn der medizinischen (De-)Transition
- Inanspruchnahme von Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten
- Zugemessene Bedeutung von versch. Behandlungserfahrungen
- Hormonbehandlung (aktuell / vergangen)
- Medizinische Eingriffe und Operationen (bereits stattgefunden / rückgängig gemacht)

Zu jedem der bereits beschriebenen Abschnitte des Fragebogens konnten Teilnehmende über ein Freitextfeld selbstständig Ergänzungen zu ihren Angaben formulieren. Die entsprechende Überschrift dieser Antwortoptionen lautete jeweils: „Falls Sie zu diesen Fragen Ergänzungen oder Anmerkungen haben, können Sie diese gerne hier beschreiben“. Weiterhin wurden mehrere Freitext-Optionen mit spezifischeren Nachfragen zu Gründen oder Erläuterungen der Einschätzung dargeboten, wie beispielsweise: „Wenn Sie möchten, können Sie hier die Gründe für Ihr Bedauern oder Bereuen beschreiben“. Auch hatten Teilnehmende am Ende der Befragung die Möglichkeit, weitere Punkte anzugeben, die sie ergänzen wollten. Außerdem konnten sie ihre Kontaktdaten für weitere Befragungen hinterlassen.

2.4. Datenanalyse

Die mittels Unipark gesammelten Antworten wurden zur weiteren Analyse in IBM SPSS 27 und MAXQDA exportiert. In IBM SPSS 27 wurden die quantitativen Daten mit Hilfe verschiedener Statistischer Tests (Deskriptive Statistik) verarbeitet. Einzelne fehlende Werte wurden mittels Mittelwertersetzung bereinigt.

Die qualitativen Daten wurden mit Hilfe der Software MAXQDA im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) weiterverarbeitet und analysiert. Hierfür wurden anhand der Fragestellung zunächst deduktiv Kategorien gebildet. Anschließend wurde das Material gesichtet und anhand dessen induktiv Kategorien ergänzt und erweitert. Parallel wurde das Kategoriensystem im Rahmen eines Leitfadens anhand von Beispielen und Kurzbeschreibungen der Kategorien festgehalten. So konnten die codierten Segmente in einem abschließenden Codiervorgang erneut auf eine passende Zuweisung kontrolliert werden. Die kategorienbasierte Auswertung fand für die vorliegende Arbeit entlang der Hauptkategorien statt.

3. Ergebnisse

Für die Analyse der quantitativ vorliegenden Daten werden im Folgenden die Daten aller n = 20 vorliegenden Datensätze der *Gesamtstichprobe* betrachtet. Sofern die Ergebnisse der n = 14 vollständigen Datensätze der *Teilstichprobe der qualitativen Auswertung* denen der Gesamtstichprobe ähneln, sind diese lediglich den Abbildungen und Tabellen zu entnehmen und werden nicht gesondert berichtet.

3.1. Demografie

Eine Übersicht der soziodemografischen Daten ist in Tabelle 1 und Abbildung 2 zu finden. Von den n = 20 Teilnehmenden der Gesamtstichprobe gaben 85% ein weibliches und 15% ein männliches Zuweisungsgeschlecht an. Zum Zeitpunkt der Befragung identifizierten sich 45% der befragten detrans Personen als Frau, je 30% gaben eine nicht-binäre Geschlechtsidentität an oder beschrieben sich als detrans Frau. Keine der teilnehmenden Personen identifizierte sich als Mann oder trans Mann. Eine Mehrfachauswahl war möglich. Die überwiegende Mehrheit (95%) der Teilnehmenden gab an, im Laufe ihres Lebens sozial und medizinisch eine Transition durchgeführt und diese anschließend abgebrochen zu haben.

Abbildung 2

Aktuell empfundene Geschlechtsidentität der Teilnehmenden nach Zugehörigkeit zur Gesamtstichprobe (n = 20) oder zur Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 14)

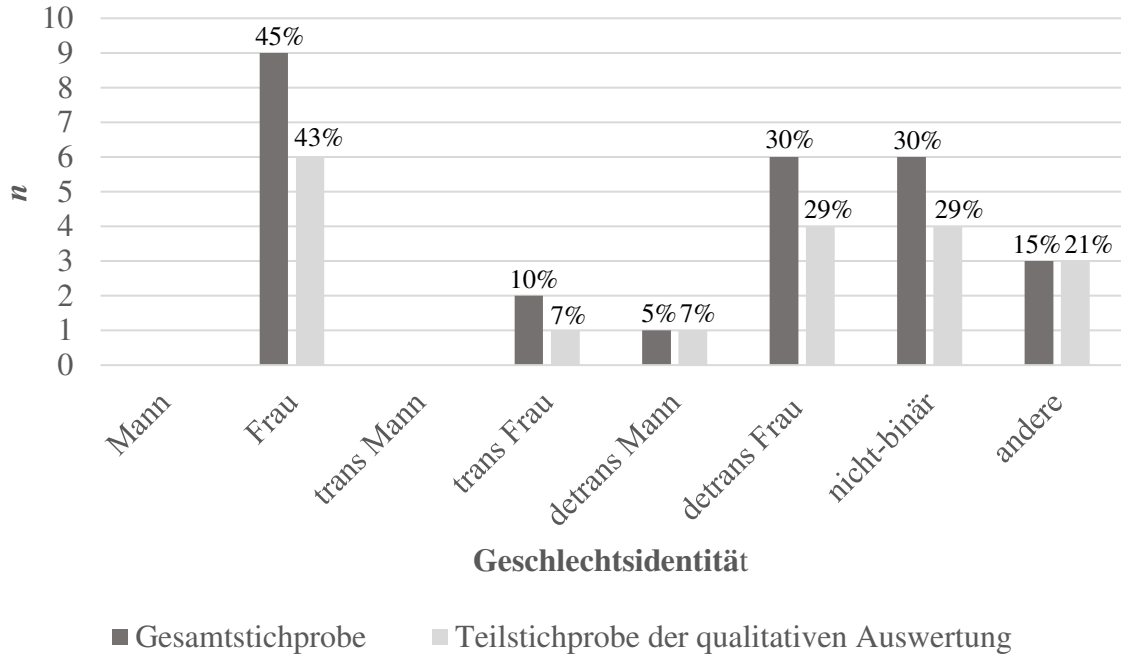


Tabelle 1

Soziodemografisches Profil der Teilnehmenden nach Zugehörigkeit zur Gesamtstichprobe (n = 20) oder zur Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 14)

	Gesamtstichprobe		**Teilstichprobe der qualitativen Auswertung**	
Variable	***M***	***SD***	***M***	***SD***
Alter	31.1	9.1	29.5	8.3
Variable	***n***	***%***	***n***	***%***
Zuweisungsgeschlecht				
Männlich	3	15.0	2	14.3
Weiblich	17	85.0	12	85.7
Sexuelle Identität				
Bisexuell	10	50.0	7	50.0
Homosexuell (Lesbisch)	4	20.0	3	21.4
Heterosexuell	3	15.0	2	14.3
Andere	1	5.0	1	7.1
Keine Angabe	2	10.0	1	7.1
Bildungsstatus				
Keine oder niedrige Schulbildung	2	10.0	1	7.1
Mittlere oder technische Schulbildung	3	15.0	1	7.1
Höhere Schulbildung	10	50.0	8	57.1
Universitätsabschluss	5	25.0	4	28.6
Nettoeinkommen pro Monat				
Weniger als 1000€	8	40.0	7	50
1000€ bis 2000€	5	25.0	3	21.4
Mehr als 2000€	7	35.0	4	28.6
Berufsstatus				
Arbeitssuchend	3	15.0	3	21.4
In Ausbildung	8	40.0	6	42.9
In Arbeit befindlich	9	45.0	5	35.7

Nur eine Person (5%) gab an, lediglich eine medizinische Transition durchgeführt und abgebrochen zu haben. Die Hälfte (50%) der teilnehmenden detrans Personen berichtete, dass sich ihre Geschlechtsidentität nach ihrer Transition geändert hat. Das durchschnittliche Alter der Gesamtstichprobe betrug 31 Jahre. Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht waren im Durchschnitt 28 Jahre alt (*SD* = 5.9) und damit in der Tendenz jünger als die Teilnehmenden mit männlichem Zuweisungsgeschlecht, die durchschnittlich 48 Jahre alt (*SD* = 1.0) waren.

Für *n* = 12 Personen, die auch in der qualitativen Datenauswertung betrachtet wurden, liegen Daten zum Zeitpunkt von Transition und Detransition vor. Die Ergebnisse der Berechnungen der durchschnittlichen Zeitdauer zwischen dem jeweiligen Beginn der Transitions- / Detransitionsabschnitte sind in Tabelle 2 dargestellt. Die zeitliche Differenz zwischen der medizinischen Transition und der sozialen Detransition betrug durchschnittlich *M* = 42 Monate. Der größte beobachtete Abstand betrug 112 Monate, 5 Monate waren das Minimum. Zwischen dem Beginn der medizinischen Transition und der medizinischen Detransition vergangen durchschnittlich *M* = 43 Monate. Der längste Abstand zwischen den beiden Zeitpunkten betrug 108 Monate, während der kürzeste angegebene Zeitraum 6 Monate betrug.

Innerhalb der Gesamtstichprobe verfügte ein Großteil der Befragten (75%) über eine allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (50%) oder einen Universitätsabschluss (25%). Nur jeweils eine Person (10%) gab als höchsten Bildungsgrad einen Haupt- oder Sonderschulabschluss an.

Tabelle 2

Darstellung der Angaben zum Beginn der verschiedenen Zeiträume, sowie deren Unterschiede in Monaten, nach Zuweisungsgeschlecht

	Teilstichprobe (*n* = 12)		**Männliches Zuweisungs-geschlecht (*n* = 2)**		**Weibliches Zuweisungs-geschlecht (*n* = 10)**	
Variable	***M***	***SD***	***M***	***SD***	***M***	***SD***
Zeiträume in Monaten						
Medizinische Transition – soziale Detransition	42.2	33.5	18.9	18.9	46.8	35.9
Medizinische Transition – medizinische Detransition	43.0	33.9	13.0	19.4	19.4	35.3

Tabelle 3

Klinische Begleitdiagnosen nach Zugehörigkeit zur Gesamtstichprobe (n = 22) oder zur Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 15)

Diagnose	Gesamtstichprobe		Teilstichprobe der qualitativen Auswertung	
	n	%	*n*	%
Depression	15	75.0%	11	78.6%
Angststörung	8	40.0%	5	35.7%
ADHS	5	25.0%	3	21.4%
ASS	1	5.0%	0	0.0%
Zwangsstörung	5	25.0%	2	14.3%
PTBS	6	30.0%	5	35.7%
Andere	7	35.0%	5	35.7%
Keine	2	10.0%	1	7.1%

Anmerkung. ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, ASS = Autismus-Spektrum-Störung, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

Mehr als die Hälfte der Befragten (65%) gab an, weniger als 2000 € im Monat zu verdienen. Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich 40% der Gesamtstichprobe noch in Ausbildung, Schule oder Studium. Etwa die Hälfte (45%) der Befragten bezeichneten sich selbst als Arbeiter:in oder als Angestellte:r, drei Personen (15%) gaben an, derzeit eine Arbeit zu suchen. Diese drei Personen finden sich auch in der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung wieder und machen dort 21% der Befragten aus. Fast die Hälfte (43%) der Teilstichprobe befand sich noch in Ausbildung und 36% waren erwerbstätig.

Bis auf eine Person gaben alle Befragten der Gesamtstichprobe (95%) an, eine Diagnose in Bezug auf die Geschlechtsidentität erhalten zu haben. In der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung trifft dies auf alle Teilnehmenden zu. Das durchschnittliche Alter bei Diagnosestellung betrug in Gesamtstichprobe M = 23 Jahre. Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht erhielten die Diagnose im Durchschnitt mit M = 19 Jahren, Teilnehmende mit männlichem Zuweisungsgeschlecht mit M = 42 Jahren. Insgesamt erhielten n = 7 (35%) der befragten detrans Personen bereits vor dem 18. Lebensjahr eine Diagnose in Bezug auf die Geschlechtsidentität. Etwa die Hälfte (45%) erhielt sie im Alter zwischen 18 und

25, die übrigen n = 3 Personen (15%) im oder nach dem 40. Lebensjahr. Der Altersdurchschnitt bei Diagnosestellung betrug in der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung *M* = 22 Jahre.

Eine Übersicht der mittels Mehrfachauswahl angegebenen klinischen Begleitdiagnosen der befragten detrans Personen ist in Tabelle 3**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zu finden. Klinische Begleitdiagnosen waren in der Gesamtstichprobe weit verbreitet, 90% der Befragten gaben mindestens eine klinische Begleidiagnose an. Die meisten detrans Personen (75%) berichteten die Diagnose einer Depression. Häufig genannt wurden ebenfalls Angststörungen (n = 8, 40%), ADHS (n = 5, 25%) und PTBS (n = 6, 30%).

In Anlage A ist eine Kurzbeschreibung der in der qualitativen Analyse betrachteten Personen dargestellt. Die Ordnung ergibt sich dabei aus Ähnlichkeiten hinsichtlich der Eigenschaften und Erfahrungen der Teilnehmenden. Diese lassen sich in vier Gruppen einteilen, in denen Personen ähnliche Erfahrungen gemacht haben: detrans Personen, die sich immer noch als trans identifizieren (hierzu wurden alle Teilnehmenden mit männlichem Zuweisungsgeschlecht zugeordnet), nicht-binär identifizierte Personen, Personen mit internalisierter Homophobie und Personen deren Geschlechtsdysphorie mit anderen Themen als einer Transidentität und den zuvor genannten begründet wird.

3.2. Gründe für die Detransition

Eine Übersicht der von den Befragten genannten Gründe für die Detransition ist in Abbildung 3 zu finden. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, über eine Mehrfachauswahl Gründe für die Entscheidung zur Detransition anzugeben. Die meisten Befragten (65%) in der Gesamtstichprobe nannten hierbei, dass sie realisiert haben, dass ihre Geschlechtsdysphorie mit anderen Dingen zusammenhing. Etwa die Hälfte (45%) berichtete außerdem von Nebenwirkungen der Hormonbehandlung. 40% der untersuchten detrans Personen gaben an, begleitende psychische Probleme gelöst zu haben. Auffallend ist außerdem, dass zwei der drei Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht (67%), Diskriminierung als Grund für die Detransition berichteten. Nur zwei von 19 Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht (12%) trafen dieselbe Aussage. Die Teilnehmenden konnten ebenfalls eigene Angaben ergänzen. In den „anderen“ Gründen zeigte sich eine Bandbreite verschiedener Themenbereiche: Je eine Person (5%) gab an aufgrund psychischer Probleme nach der Operation, Sorgen um die Behandlung während Auslandaufenthalten oder einem veränderten Geschlechterverständnis angestrebt zu haben.

Abbildung 3

Angegebene Gründe für die Detransition nach Zuweisungsgeschlecht

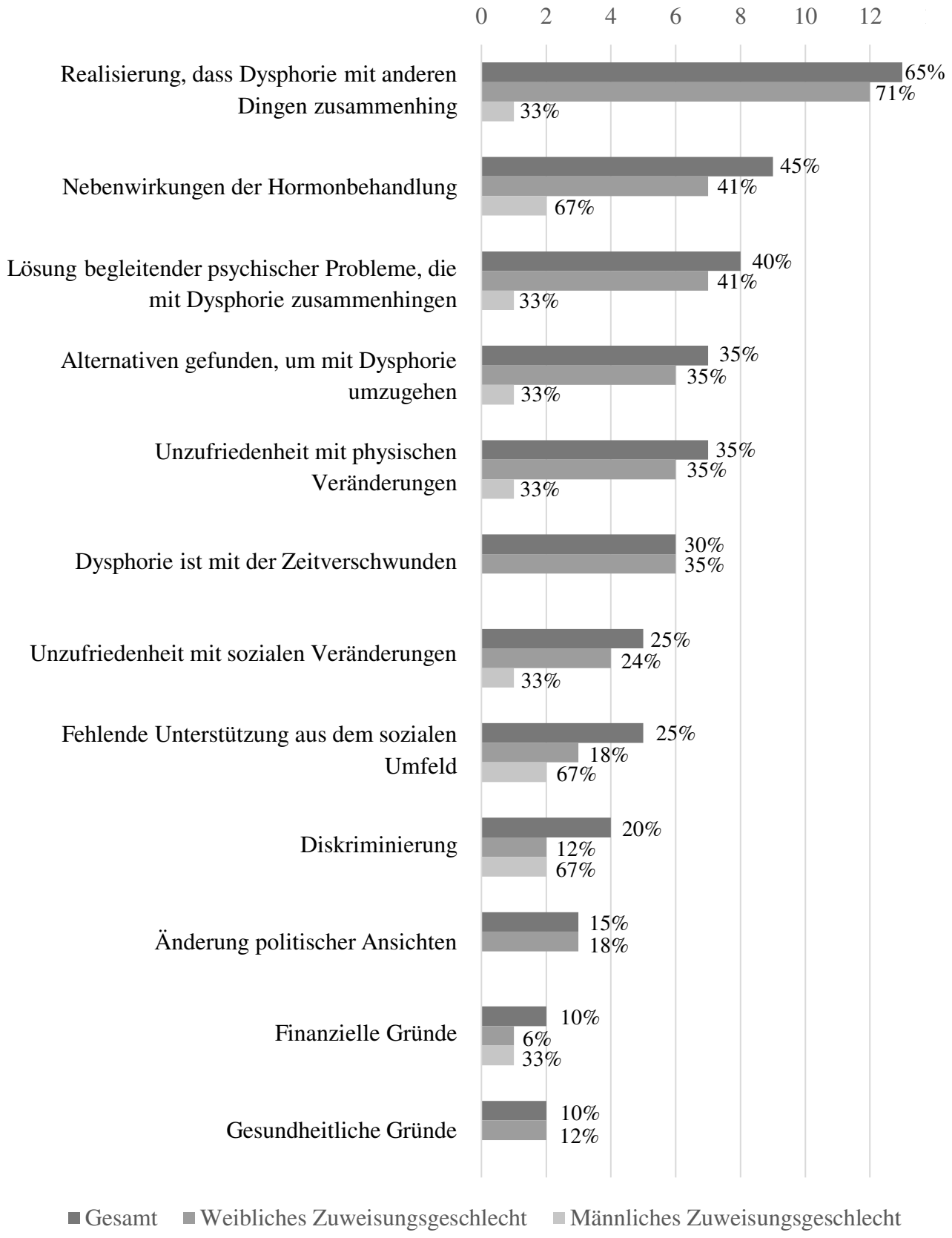


Tabelle 4

Ergebnisse zur sozialen Unterstützung und Lebenszufriedenheit nach Zugehörigkeit zur Gesamtstichprobe (n = 22) oder zur Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 15)

Instrument	**Gesamtstichprobe**		**Teilstichprobe der qualitativen Auswertung**	
	M	***SD***	***M***	***SD***
F-SozU K-14				
Gesamt	3.7	0.8	3.8	0.8
weibliches Zuweisungsgeschlecht	4.0	0.6	4.1	0.5
männliches Zuweisungsgeschlecht	2.5	0.7	2.3	0.7
GCLS Faktor Lebenszufriedenheit				
Gesamt	2.7	0.7	2.6	0.7
weibliches Zuweisungsgeschlecht	2.6	0.7	2.5	0.7
männliches Zuweisungsgeschlecht	3	0.4	3.1	0.4

3.3. Soziale Unterstützung

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse zur sozialen Unterstützung zusammengefasst. Im Durchschnitt berichteten Teilnehmende der Gesamtstichprobe von einer mittleren Ausprägung der sozialen Unterstützung (M = 3.7). Dabei gaben die Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht durchschnittlich tendenziell niedrigere Werte an (M = 2.5), als jene mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht (M = 4.0). Für die Auswertung des F-SozU K-14 liegen Skalenwerte und Prozentränge vor (Fydrich et al., 2007), Prozentränge zwischen 18 und 84 sind danach als unauffällig, zwischen 3 und 15 als im unteren und zwischen 85 und 97 als im oberen Bereich zu interpretieren. Für die hier beobachteten Skalenmittelwerte werden anhand der Normstichprobe der 14- bis 60-jährigen Personen folgende Prozentränge beschrieben: Skalenwerte von 3.50 bis 2.63 werden mit dem Prozentrang 3 angegeben. Skalenwerte von 3.64 bis 3.70 mit einem Prozentrang von 27. Liegt ein Skalenmittelwert von 4.0 bis 4.06 vor, wird ein Prozentrang von 49 beschrieben (Fydrich et al., 2007).

Die hier berichtete soziale Unterstützung der detrans Personen liegt damit im Vergleich zur Normstichprobe im oberen Bereich des unteren Drittels. Die Werte der untersuchten detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht befinden sich dabei im auffälligen unteren Bereich. Detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht befinden hinsichtlich ihrer sozialen Unterstützung nah am Durchschnitt und sind daher als unauffällig zu betrachten.

3.4. Lebenszufriedenheit

Alle Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit der befragten detrans Personen finden sich in Tabelle 4 wieder. Für die transbezogene Lebenszufriedenheit konnte bei der Auswertung der GCLS ein Mittelwert von M = 2.7 über alle Personen in der Gesamtstichprobe beobachtet werden. Bei den Teilnehmenden mit männlichem Zuweisungsgeschlecht zeigte sich ein Wert von M = 3, bei denen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht ein Wert von M = 2.6. Die Befragten in der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung bewerteten ihre geschlechtsbezogene Lebenszufriedenheit mit M = 2.6. Für die Auswertung der GCLS liegen Mittelwerte zur geschlechtsbezogenen Lebenszufriedenheit von trans Personen mit (n = 92) und ohne (n = 189) geschlechtsangleichende medizinische Interventionen, sowie von cis Personen (n = 338) vor (Jones et al., 2019a). Demnach verfügen trans Personen mit Hormonbehandlung und Genitaloperation über eine durchschnittliche geschlechtsbezogene Lebenszufriedenheit von M = 3.7 (SD = .7), während für trans Personen ohne entsprechende Interventionen ein durchschnittlicher Wert von M = 3.1 (SD = .8) angegeben ist. Des Weiteren wird für die betrachtete Normstichprobe der cis Personen eine geschlechtsbezogene Lebenszufriedenheit von M = 3.9 (SD = .6) berichtet.

3.5. Behandlungserfahrungen

Zu den Behandlungserfahrungen während der Transition und der Detransition wurden sowohl quantitative als auch qualitative Daten gesammelt. Für eine bessere Übersicht wird folgend zunächst auf die quantitativen Ergebnisse eingegangen. Im Anschluss werden diese um die qualitative Perspektive erweitert.

3.5.1. *Quantitative Auswertung der Behandlungserfahrungen*

Die Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Behandlungserfahrungen sind in Tabelle 5 dargestellt. Von den Personen in der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung gaben alle an, während der Transition mindestens eine Form der dargestellten Möglichkeiten zur Behandlung oder Beratung in Anspruch genommen zu haben. Je 86% der Befragten gaben an, dabei ambulant psychologisch, beziehungsweise psychotherapeutisch und/oder durch eine:n

Spezialist:in für Fragen der Geschlechtsidentität begleitet worden zu sein. Über die Hälfte (57%) berichtete außerdem, während der Transition eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben. Nicht erfasst wurde, wie viele der Befragten während ihrer Transition bei einer:m Endokrinolog:in in Behandlung waren. Während der Detransition nahmen lediglich 79% der Befragten eine der Behandlungsoptionen wahr. Dabei nutzen etwa drei Viertel der Befragten (71%) eine ambulante psychologische, beziehungsweise psychotherapeutische Behandlung. Über die Hälfte (57%) gab an, während der Detransition bei einer:m Endokrinolog:in behandelt worden zu sein. Von den detrans Personen berichteten je 21% während der Detransition keine entsprechende Behandlung in Anspruch genommen oder eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben. Eine Mehrfachauswahl war in beiden Fällen möglich.

Tabelle 5

Vergleich der gewählten Behandlung der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung (n = 14) in Transition und Detransition

Art der Behandlung / Beratung	**Transition**		**Detransition**	
	n	**%**	***n***	**%**
Ambulante psychologogische/psychotherapeutische Behandlung	12	85.7	10	71.4
Endokrinolog:in	k.A.	k.A.	8	57.1
Begleitung/Behandlung bei Spezialist:in für GI	12	85.7	2	14.3
Selbsthilfegruppe	8	57.1	3	21.4
Andere Behandlung oder Beratung	5	35.7	2	14.3
Stationäre Behandlung	2	14.3	1	7.1
Beratungswebsite	2	14.3	1	7.1
Keine	.	.	3	21.4

Anmerkung. GI = Geschlechtsidentität, k.A. = keine Angabe

Die psychotherapeutische Behandlung wurde während der Transition mit M = 1.8 bewertet. Die Befragten mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht gaben dabei eine mittlere Zufriedenheit von M = 1.5 an. Teilnehmende mit männlichem Zuweisungsgeschlecht bewerteten sie mit M = 3.3. Während der Detransition wurde die psychotherapeutische Begleitung durchschnittlich mit M = 2.9 bewertet. Auch hier gaben die Teilnehmenden mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht tendenziell eine geringere Bewertung (M = 2.9) an, als die

mit männlichem Zuweisungsgeschlecht (*M* = 3.0). Wobei von den Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht für die Detransition lediglich eine Person eine Beurteilung traf.

Zum Befragungszeitpunkt erhielt ein Drittel der Befragten in der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung eine Behandlung mit Pubertät unterdrückenden Hormonen (14%) oder geschlechtsangleichenden Hormonen (21%). Ein Großteil der Befragten (64%) erhielt zum Zeitpunkt der Befragung keine Hormonbehandlung mehr. Lediglich eine Person (7%) gab an, bisher keine Hormontherapie erhalten zu haben. Von den detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht gaben 67% an, zum Befragungszeitpunkt keine Hormonbehandlung mehr zu erhalten. Eine Person (8%) berichtete, nie eine Hormonbehandlung erhalten zu haben. Unter den Teilnehmenden mit männlichem Zuweisungsgeschlecht nahm eine Person (50%) zum Befragungszeitpunkt keine Hormonbehandlung mehr in Anspruch. Die andere Person mit männlichem Zuweisungsgeschlecht (50%) erhielt Pubertät angleichende Hormone und eine Behandlung mit feminisierenden Hormonen.

Operative Eingriffe wurden von der Hälfte der Befragten (50%) während der Transition durchgeführt. Dies trifft auf über die Hälfte (58%) der Befragten mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht zu. Darunter berichtete eine Person (8%), bereits Eingriffe rückgängig gemacht zu haben. Eine weitere Person mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht (8%) gab außerdem an, keine der erfolgten Eingriffe rückgängig machen zu wollen. Unter den Teilnehmenden mit männlichem Zuweisungsgeschlecht gab es keine Person, die während der Transition bereits operative Eingriffe durchgeführt hat.

3.5.2. Qualitative Auswertung der Behandlungserfahrungen

Nach Auswertung der für die Fragestellung relevanten Antworten, wurden im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse aus den *N* = 242 Freitextangaben der Teilstichprobe der qualitativen Auswertung insgesamt *n* = 106 Textstellen zur Behandlungserfahrung in *N* = 30 verschiedene Kategorien codiert. Eine Übersicht der Verteilung der codierten Segmente zu den entsprechenden Kategorien ist

Tabelle ***6*** zu entnehmen. Darin ist in erster Linie zu erkennen, dass über die Hälfte der Textstellen (61%) der Transition zugeordnet wurden. Auf die jeweiligen Inhalte Kategorien und den ihnen zugeordneten Segmenten soll im Folgenden detaillierter eingegangen werden. Um dabei die Aussagen in den Kontext der jeweils zitierten Person besser einordnen zu können, sind diesen Kurzbeschreibungen derer angefügt. Diese umfassen eine anonymisierte Nennung der zitierten Person, deren Zuweisungsgeschlecht, sowie die aktuell beschriebene sexuelle und Geschlechtsidentität. Die jeweils zitierten Aussagen wurden einerseits danach ausgewählt, wie

gut sie den Inhalt der entsprechenden Kategorie repräsentieren und wie sehr sie andererseits auch alleinstehend zu verstehen sind.

Tabelle 6

Verteilung der codierten Segmente (n = 106) innerhalb des Kategoriensystems

	Transition (*n* = 65)			**Detransition (*n* = 41)**		
	Positiv	**Neutral**	**Negativ**	**Positiv**	**Neutral**	**Negativ**
Psychotherapie	1	3	12	1	2	2
Endokrinologie	1	5	13	2	6	8
Operative Eingriffe	3	8	5	.	1	7
Selbsthilfegruppe	.	5	.	.	2	.
Andere (Behandlungs-) Erfahrungen	.	8	.	1	5	3

3.5.3.1. Psychotherapie. Auf die Frage, warum sie im Laufe der Transition eine Psychotherapie in Anspruch genommen hat, kommentierte eine Person:

„Es war vorgeschrieben“ (Person N, AFAB, lesbische detrans Frau, 27 Jahre alt).

Eine weitere detrans Person betonte, wie wichtig ihr die psychotherapeutische Begleitung sei, sie sich dabei jedoch eine ergebnisoffene Ergründung der Ursache der Geschlechtsdysphorie wünschte:

> *„Die therapeutische Begleitung finde ich sehr wichtig, jedoch muss dabei ergebnisoffen geklärt werden, welche Gründe hinter der Geschlechtsidentität liegen“ (Person Q, AFAB, lesbische Frau, 27 Jahre alt)*

Negative Erfahrungen während der Psychotherapie der Transition wurden ebenfalls berichtet. Dabei war nicht nur das Ansprechen und der Umgang mit Zweifeln an der Transition ein Thema. Auch eine zu diesem Zeitpunkt bereits bestehende nicht-binäre Geschlechtsidentität wurde als Konfliktursache beschrieben.

> *„Meine Nichtbinarität war für [meine Therapeutin] nur ein Ausdruck dafür, dass ich lediglich psychisch krank bin. Die Therapie dort wurde mir wenig*

später gekündigt. So sollte eine Beratung oder Begleitung nicht sein" (Person A, AFAB, bisexuelle detrans Frau, 30 Jahre alt)

„Der Druck, auf keinen Fall Zweifel oder Unsicherheiten zeigen zu dürfen aus Angst, dass dann die Transition nicht erlaubt wird, war extrem hoch und sehr hinderlich, da ich gerne über diese Dinge geredet hätte. Es muss möglich sein, frei über Unsicherheiten zu reden zB in der Therapie, ohne dass davon die notwendigen Gutachten und Referenzen abhängen" (Person G, AFAB, nicht-binäre Person, 27 Jahre alt)

Kritisiert wurde außerdem das rein affirmative Vorgehen der jeweiligen Psychotherapeut:innen.

„Meine Therapeutin hat mich nur Trans affirmativ [behandelt]. Sogar meine Zweifel weggekehrt und mich aktiv darin bestärkt" (Person K, AFAB, bisexuelle Frau, 30 Jahre alt)

Ein Grund für die Inanspruchnahme von Psychotherapie während der Detransition war das Aufholen dessen, was in der ersten Psychotherapie während der Transition versäumt wurde. Positiv wurde ein wertungsfreier Umgang des/der Therapeut:in mit den Patient:innen bemerkt.

„Ich wollte mit mir in Frieden kommen nachdem ich gemerkt hatte dass die Transition der falsche Weg für mich war. Dabei musste ich an mir arbeiten. Das hatte meine erste Therapieperson nicht gefordert/berücksichtigt" (Person N, AFAB, lesbische detrans Frau, 27 Jahre alt)

„Meine Traumatherapeutin stand mir eng und wertfrei zur Seite, was definitiv für eine solche Begleitung spricht" (Person A, AFAB, bisexuelle detrans Frau, 30 Jahre alt)

In der Psychotherapie lag für detrans Personen also unter anderem die Verantwortung für die fälschlicherweise vorgenommene Transition. Dabei spielten sowohl die individuelle Angst vor Einschränkung des Zugangs zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen, als auch eine zu wenig holistische oder rein affirmative Herangehensweise der Therapeut:innen eine Rolle, bei der klinische Begleitdiagnosen oder andere potenzielle Ursachen für die indikationsstiftende Geschlechtsdysphorie ungenügend betrachtet wurden. Die grundsätzliche Einstellung gegenüber einer psychotherapeutischen Begleitung während der Transition variierte dabei. Unter anderem wurde sich von der Psychotherapie neben der Begleitung des

Transitionsprozesses auch die Bearbeitung weiterer persönlicher Themen gewünscht. Teilweise nahmen die Befragten detrans Personen die Psychotherapie während der Transition lediglich aufgrund von Vorgaben der Krankenkassen in Anspruch.

3.5.3.2. Endokrinologie. Die Berichte zur endokrinologischen Behandlung während der Transition stellten sich ebenso vielseitig dar. Da hierzu jedoch keine der Angaben der detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht codiert werden konnten, beziehen sich die folgenden Ergebnisse lediglich auf die Angaben der detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht. Eine Person berichtete, zwar Beratungen und Tests für die medikamentöse Behandlung mit Testosteron erhalten zu haben, sich aufgrund von Auslandsaufenthalten mit unsicherem Versorgungszugang jedoch gegen eine hormonelle Therapie entschieden zu haben (Person G, AFAB, nicht-binäre Person, 27 Jahre alt). Bezüglich der Hormonersatztherapie gab es verschiedene Einstellungen. Einerseits liegen Freitextangaben vor, nach denen die befragten detrans Personen mit den Auswirkungen des Testosterons zufrieden waren. Dies bezieht sich sowohl auf Veränderungen wie das Tieferwerden der Stimme, als auch auf das Ausbleiben von Veränderungen wie dem Bartwuchs.

> *„Ich habe 2,5 Jahre lang Testosteron genommen, habe aber (glücklicherweise) keinen Bartwuchs entwickelt“ (Person N, AFAB, lesbische detrans Frau, 27 Jahre alt)*

Andererseits wurden dieselben Veränderungen, beziehungsweise das Ausbleiben derer, in anderen Textstellen als negativ bewertet. Dies wurde insbesondere mit unerwünschten sozialen Reaktionen in Verbindung gebracht.

> *„Heute lebe ich [in] meinem biologischen Geschlecht entsprechend als Frau und stelle meine Geschlechtsidentität nicht in Frage. Jedoch gibt es häufig Sorgen bezüglich meines Passings aufgrund der Hormonbehandlung“ (Person M, AFAB, bisexuelle Frau, 30 Jahre alt)*

Ebenfalls angesprochen wurden unerwünschte Nebenwirkungen der Hormonersatztherapie, wie vaginale Atrophie und die Verschlechterung des psychischen Zustands. Auf die Frage, ob und welche durchgeführte medizinische Behandlung bereut wird, gaben die befragten detrans Personen unter anderem die Hormonbehandlung an. Eine nicht-binär identifizierte Person berichtete außerdem, nur aufgrund von damaligen gesetzlichen Regelungen eine Hormonersatztherapie in Anspruch genommen zu haben, um danach operative Maßnahmen durchführen lassen zu können:

> *„Die Hormonersatztherapie (mit Testosteron) war zu dieser Zeit notwendig, um eine Operation (Mastektomie) in die Wege leiten zu können. Ich hätte gerne darauf verzichtet bzw die Reihenfolge selbst bestimmt, aber die Entscheidung lag nicht bei mir“ (Person A, AFAB, bisexuelle detrans Frau, 30 Jahre alt)*

Wie bereits aus der Auswertung der quantitativen Angaben zur wahrgenommenen Behandlung hervorging, berichteten einige (60%), die Hormonbehandlung während ihrer Detransition abgebrochen zu haben. Eine Person gab an, erneut eine Hormonersatztherapie mittels Östrogens in Richtung des Zuweisungsgeschlechts zu erhalten (Person K, AFAB, bisexuelle Frau, 30 Jahre alt). Positive Bewertungen der Hormonbehandlung bezogen sich auf die bleibenden Auswirkungen der Hormoneinnahme.

> *„Ich setzte die HRT ab, der Stimmbruch blieb, was ich auch als angenehm empfand“ (Person J, AFAB, bisexuelle nicht-binäre Person, 26 Jahre alt)*

Schwierigkeiten mit den bleibenden Veränderungen berichten vor allem binär identifizierte detrans Frauen, die nach der Hormonersatztherapie mit Testosteron wieder im weiblichen Geschlecht leben. Ein großes hier angesprochenes Problem lag darin, dass die betreffenden detrans Personen darunter litten, von anderen nicht in ihrer Geschlechtsidentität erkannt zu werden.

> *„Meine Stimme ist durch das Testosteron leider tiefer geworden und da sind Menschen oft unsicher ob ich eine sie oder ein er bin, das macht mir zu schaffen“ (Person E, AFAB, heterosexuelle detrans Frau, 26 Jahre alt)*

> *„Heute lebe ich meinem biologischen Geschlecht entsprechend als Frau und stelle meine Geschlechtsidentität nicht in Frage. Jedoch gibt es häufig Sorgen bezüglich meines Passings aufgrund der Hormonbehandlung oder Probleme mit meinem Namen (den ich amtlich noch nicht zurückgeändert habe)“ (Person M, AFAB, lesbische detrans Frau, 30 Jahre alt)*

Gerade die Hormontherapie, die für viele trans Menschen den Beginn der körperlichen Transition darstellt, sorgte bei den Befragten also nachhaltig für einen großen Leidensdruck. Allerdings schien dies primär auf binär identifizierte detrans Frauen zuzutreffen. Nicht-binär identifizierte detrans Personen berichteten, auch nach der Detransition zufrieden mit den Veränderungen der Hormontherapie zu sein. Über die Erfahrungen von detrans Personen mit

männlichem Zuweisungsgeschlecht konnte in Ermangelung entsprechender Angaben keine Aussage getroffen werden.

3.5.3.3. Operative Eingriffe. Der häufigste von den detrans Personen durchgeführten operative Eingriff stellt die Mastektomie dar (40%). Ebenfalls genannt wurde die Hysterektomie mit (10%) und ohne (6%) Entfernung der Eierstöcke, sowie die Orchiektomie (6%), also die Entfernung der Hoden. Positive Berichte bezogen sich auf das optische Ergebnis der Operation, wobei hier teilweise zwischen der Zeit vor und nach der Detransition unterschieden wurde.

> *„damals war ich glücklich und zufrieden mit der Mastektomie“ (Person M, AFAB, lesbische detrans Frau, 30 Jahre alt)*

> *„[Ich bin zufrieden mit] dem optischen Ergebnis“ (Person Q, AFAB, lesbische Frau, 27 Jahre alt)*

Zum Befragungszeitraum, also nach oder während der Detransition, bereuten die Befragten unter anderem die Mastektomie. In einem Fall ist dies auch durch ein unerwünschtes kosmetisches Ergebnis begründet.

> *„Man kann sein Geschlecht nicht ändern, Sterilisation von Menschen, schlechtes kosmetisches Ergebnis“ (Person K, AFAB, bisexuelle Frau, 30 Jahre alt)*

Aus den Freitextangaben ging außerdem hervor, dass Grund für die Ablehnung weiterer operativer Eingriffe teilweise in einem Misstrauen gegenüber dem affirmativen Behandlungsansatz oder der Behandlung von trans Menschen im Allgemeinen begründet war.

> *„Obwohl ich nicht glücklich mit der Mastektomie bin, möchte ich keine weiteren medizinisch nicht notwendigen Eingriffe durchführen lassen“ (Person Q, AFAB, lesbische Frau, 27 Jahre alt)*

Als negativ wurde hier jedoch auch der bürokratische Aufwand für die Reversion der operativen Eingriffe betrachtet.

> *„Das Schwere daran ist all das Bürokratische, denn für Namen/Personenstand oder wiederherstellen der Brüste, werden viele Unterlagen und damit verbunden viel Wartezeit benötigt“ (Person E, AFAB, heterosexuelle detrans Frau, 26 Jahre alt)*

Der Großteil der in diesem Abschnitt berichteten Behandlungsmaßnahmen bezieht sich also auf maskulinisierende operative Eingriffe, wobei die Mastektomie eine besondere Rolle spielt. Das optische Ergebnis spielt dabei für das Bereuen der durchgeführten Maßnahme eine untergeordnete Rolle, scheint jedoch den berichteten Leidensdruck zu verstärken.

3.5.3.4. Selbsthilfegruppen. Zu den während der Transition genutzten Selbsthilfegruppen gehörten unter anderem vor Ort stattfindende Gruppen und Treffen örtlicher trans Verbände. Während der Detransition berichtete eine Person, sich Hilfe in einer Selbsthilfegruppe für Opfer toxischer Beziehungen gesucht zu haben (Person C, AMAB, bisexueller detrans Mann, 47 Jahre alt). Diese Person hat bereits in der Transition angegeben, verschiedene trans Selbsthilfegruppen besucht zu haben. Analog stattfindende Treffen im Rahmen von trans Organisationen waren also eher in der Phase der Transition und nur für wenige Individuen eine Möglichkeit für die Befragten, Informationen und Unterstützung zu erhalten.

3.5.3.5. Andere (Behandlungs-) Erfahrungen. Während der Transition und der Detransition nutzten die Teilnehmenden neben den bereits betrachteten weitere vielfältige Maßnahmen, um den empfundenen Leidensdruck zu reduzieren. Dazu zählen Anpassungen des Körpers durch eine dauerhafte Haarentfernung oder die temporäre Nutzung von Epithesen, sowie die kognitive Auseinandersetzung mit der eigenen Person.

Dazu wurden in der Transition Beratungsstellen von trans Organisationen und online Portale wie das *Ftm Portal* oder Gruppen wie die des *TransMann e.V.* auf Facebook genutzt. Ebenfalls genannt wurden Chat Plattformen wie *Reddit* oder *Discord*, auf denen sich Menschen länderübergreifend und anonym miteinander vernetzen können. Während oder nach der Detransition suchten die Teilnehmenden in erster Linie Beratung für detrans oder nicht-binär identifizierte Menschen. Hierbei wurde jedoch auch der Mangel an entsprechenden Beratungsstellen und Kontaktmöglichkeiten kritisiert.

> *„Beratungsmöglichkeiten und weitere Menschen, die sich ebenfalls betroffen sehen, sind rar gesät“ (Person C, AMAB, bisexueller detrans Mann, 47 Jahre alt)*

Weiterhin nahmen die befragten detrans Personen neben der konventionellen Gesundheitsversorgung von beispielsweise Gynäkolog:innen, auch trans spezifischere Behandlungsmaßnahmen wie die dauerhafte Entfernung der Gesichtsbehaarung oder Epithesen in Anspruch.

> *„Ich fühle mich ab und an unwohl weil ich meine Brüste in der Zeit zum Mann wegoperieren lassen habe und nun trage ich seit meiner Detransition Silikoneinlagen bis ich die Operationen vom Brustaufbau wieder. machen darf.*
> *Ebenso mache ich seit ca 8 Monaten eine Lasertherapie damit der Bart weggeht, die gut weh und kostet monatlich Geld, aber ich bin froh, dass es voran geht und ich fühle mich wohler mit mir" (Person E, AFAB, heterosexuelle detrans Frau, 26 Jahre alt)*

Auch spielte bei manchen Teilnehmenden die selbstgeleitete Beschäftigung und intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Person eine Rolle. Ziel sollte dabei eine Art Selbstheilung durch die Aufarbeitung der Gründe für die als fehlerhaft erlebte Entscheidung zur Transition darstellen.

> *„Während meiner Detransition habe ich hauptsächlich die Themata bearbeitet, die ich als Ursache für die Gesamtheit meiner negativen Entwicklungen sehe. Die Bearbeitung meiner Affinität zu emotional missbrauchenden Menschen erschien (und erscheint) mir als Schlüssel zum Kernproblem" (Person C, AMAB, bisexueller detrans Mann, 47 Jahre alt)*

Detrans Personen griffen also auf das Repertoire der bereits bekannten Behandlungsmöglichkeiten für trans Menschen zurück, um sich somit wieder an ihr Zuweisungsgeschlecht anzugleichen. Außerdem nutzten die befragten detrans Menschen andere Wege, um einerseits Beratung und andererseits Linderung des negativen emotionalen Affekts zu erreichen.

4. Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit wurden erstmalig detrans Personen und ihre Erfahrungen vor und während der Detransition in Deutschland untersucht. Ziel der Befragung war es einerseits mehr über die Charakteristika der Personen an sich und deren Gründe für die Detransition zu erfahren und andererseits erstmalig mittels psychometrischer Messinstrumente und Freitextangaben Aussagen über die soziale Unterstützung, die Lebenszufriedenheit und die Behandlungserfahrungen während der Detransition und der Transition treffen zu können.

Inwiefern sich diese und weitere Ergebnisse mit der bestehenden Forschungsliteratur decken und wo durch die vorliegende Untersuchung eine Erweiterung des Forschungsgegenstands notwendig ist, wird in den folgenden Absätzen diskutiert. Außerdem sollen auf dieser Basis Empfehlungen gegeben werden, ob und wie detrans Personen sowohl auf nationaler, aber auch auf internationaler Ebene weiter unterstützt werden können.

Die in der vorliegenden Arbeit verfolgten Fragestellungen sind ebenso wie die hierzu beschriebenen Ergebnisse sehr divers und bilden verschiedene Bereiche der Versorgung von detrans Personen ab. Für einige der beobachteten Ergebnisse existieren bislang keine vergleichbaren Untersuchungen mit detrans Personen, für manche können jedoch Vergleichsdaten von trans oder cis Personen herangezogen werden. Im Folgenden soll versucht werden, alle vorliegenden Ergebnisse und Vergleichsdaten in ein kohärentes Gesamtbild zusammenzufügen und entsprechend zu interpretieren.

4.1.1. Demografie

Der Großteil (85%) der hier befragten detrans Personen gab an, ein weibliches Zuweisungsgeschlecht zu besitzen. Lediglich drei Personen (15%), von denen eine Person den Fragebogen nicht bis zum Ende bearbeitete, gaben ein männliches Zuweisungsgeschlecht an. Dieser Umstand erscheint überraschend, da die Rekrutierung von Teilnehmenden sehr breit gefasst war und keine geschlechterbezogenen Einschlusskriterien verwendet wurden. Ein Stichprobeneffekt wie bei Vandenbussche (2021), wo Personen vor allem über das „post_trans“ Projekt rekrutiert wurden, in welchem vor allem detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht zu Wort kamen, wurde versucht zu vermeiden. Nichtsdestotrotz wurde die Suche nach Teilnehmenden sowohl direkt als auch indirekt online geführt. Es überrascht daher nicht, dass der beobachtete Anteil von detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht mit 85% der bei Vandenbussche (2021) beobachteten Verteilung (92%) ähnelt. Denkbar wäre jedoch ebenfalls, dass hier ein Geschlechtereffekt beobachtet wurde, wie er in einigen Studien postuliert wird (Turban et al., 2022; Zhang et al., 2021). Dafür spricht, dass in auf Geschlechtsidentität spezialisierten Kliniken für das Kindes- und Jugendalter in

Deutschland häufiger Fälle von TGD Schulkindern mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht verzeichnet werden, als mit männlichem (Becker et al., 2017; Herrmann et al., 2023). Sun et al. (2023) konnten jedoch zeigen, dass sich das Geschlechterverhältnis im Erwachsenenalter nahezu ausgleicht. In diesem Fall wäre es denkbar, dass detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht nach einer späteren Transition auch die Detransition zu einem späteren Zeitpunkt anstreben und damit detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht gerade in einem Alter sind, in dem sie nur geringfügig über die genutzten Rekrutierungswege kontaktiert werden können. Möglicherweise erreicht man detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht also über online Netzwerke besonders gut (Vandenbussche, 2021). Ebenso wie bei Turban et al. (2021), wo in einer US-amerikanische Stichprobe ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis beobachtet wurde, wurden zudem einige regionale und nationale trans Verbände kontaktiert. Weshalb trotzdem nur so wenige detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht an der Befragung teilnahmen und ob dies für einen Unterschied in der Geschlechterverteilung zwischen Deutschland und den USA spricht, sollte Gegenstand weiterer Forschung darstellen. Künftig sollten daher vor allem repräsentative Untersuchungen zur Verteilung der Zuweisungsgeschlechter bei detrans Personen durchgeführt werden.

Nach der Selbstbeschreibung als Frau (45%) oder detrans Frau (30%), war die nächsthäufiger angegebene Geschlechtsidentität nicht-binär (30%). Als trans Frau bezeichneten sich nur 10% der Befragten, ein erheblich geringerer Anteil im Vergleich zu den 44% bei Turban et al. (2021) beobachteten trans Frauen. Personen, die sich mit dem bei ihrer Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren, wurden bei Turban et al. (2021) nicht berichtet. Der Anteil der nicht-binär identifizierten Personen kann allerdings als vergleichbar betrachtet werden. Bei den hier untersuchten Personen gab dabei nur die Hälfte (50%) der Befragten an, ihre Geschlechtsidentität nach der Transition geändert zu haben. Außerdem berichtete lediglich eine Person (5%), Maßnahmen der Transition während der Detransition rückgängig gemacht zu haben. Hier lässt sich spekulieren, ob die Übrigen möglicherweise von Anfang an keine binäre Transition angestrebt haben. Dafür spricht, dass aus den qualitativen Berichten hervorgeht, dass manche Personen nur aufgrund gesetzlicher Regelungen bestimmten Behandlungen zugestimmt haben oder von Beginn an geplant hatten, die Transition ab einem bestimmten Punkt abzubrechen. Turban et al. (2021) konnten bereits zeigen, dass Detransitionen unter nicht-binär identifizierten Menschen häufiger vorkommen als bei binär identifizierten. Es muss daher auch in künftigen Untersuchungen zu Detransition differenziert werden, ob es sich um den Abbruch einer binären Transition und damit eine Detransition im von Yoo (2018) und

Turban et al. (2021) beschriebenen Sinne oder eine nicht-binäre Transition, welche im Verlauf einer Detransition teilweise ähnelt, handelt.

Auffallend ist des Weiteren die beobachtete Altersverteilung der Zuweisungsgeschlechter. Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht (*M* = 28 Jahre) waren tendenziell jünger als jene mit männlichem Zuweisungsgeschlecht (*M* = 48 Jahre). MacKinnon, Kia et al. (2022) berichteten ebenfalls ein geringes Durchschnittsalter, 71% der dort betrachteten *n* = 28 detrans Personen (*n* = 18 AFAB) waren unter 30 Jahre alt. Eine ähnliche Verteilung konnte ebenfalls bei Vandenbussche (2021) beobachtet werden. Damit entsprechen die demografischen Angaben der detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht eher der bei Vandenbussche (2021) untersuchten überwiegend weiblichen Stichprobe mit einem Durchschnittsalter von *M* = 25 Jahren. Die detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht hingegen scheinen hingegen eine größere Ähnlichkeit mit der bei Turban et al. (2021) betrachteten Personengruppe innezuhaben, wo 63% der Teilnehmenden ein Alter zwischen 25 und 65 Jahren angaben. Was jedoch auffällt, ist, dass obwohl Personen unabhängig davon rekrutiert wurden, ob sie erst im Erwachsenenalter eine Transition angestrebt haben oder nicht, ein Drittel (35%) bereits vor Erreichen des 18. Lebensjahres eine klinische Diagnose in Bezug auf die Geschlechtsidentität erhalten hat. Bei Vandenbussche (2021) begannen etwa die Hälfte, bei Turban et al. (2021) nur 9% der untersuchten Personen ihre Transition bereits vor Erreichen des 18. Lebensjahres. Grund hierfür könnte der größere Anteil an Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht darstellen, diese stellen sich häufiger bereits im Jugendalter vor, als TGD Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht (Aitken et al., 2015; Meyenburg et al., 2021; Sun et al., 2023). Eine Detransition dürfte demnach ebenfalls früher stattfinden als bei detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht.

Die durchschnittliche Zeit zwischen dem Beginn der medizinischen Transition und dem Beginn der sozialen Detransition betrug etwa 3.5 Jahre (*M* = 42.2 Monate). Dabei gaben detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht tendenziell mehr Zeit zwischen Transition und Detransition an, als detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen, begannen die hier beobachteten detrans Personen außerdem tendenziell später mit ihrer Detransition (Dhejne et al., 2016; Vandenbussche, 2021; Wiepjes et al., 2018). Bislang berichteten detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht in Untersuchungen einen größeren zeitlichen Abstand zwischen Transition und Detransition als jene mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht (Dhejne et al., 2016; Littman, 2021; Vandenbussche, 2021). Diese Beobachtung konnte hier nicht gemacht werden, jedoch konnte lediglich von *n* = 2 detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht der zeitliche

Abstand zwischen Transition und Detransition berechnet werden. Cohn (2023) diskutiert, dass in vielen bisher erschienenen Arbeiten zur Prävalenz von Detransition zu wenig Zeit zwischen der Untersuchung und dem Erhalt der medizinischen Behandlung der Transition liege und empfiehlt daher einen konservativen Follow-Up Abstand von mindestens 8 Jahren. Der hier beobachtete längste Abstand zwischen der medizinischen Transition und der sozialen Detransition von über 9 Jahren (112.0 Monate) spricht für eine ähnliche Mindestfrist. Allerdings konnten ebenfalls Fälle beobachtet werden, die bereits weniger als ein Jahr nach Beginn ihrer medizinischen Transition mit ihrer sozialen Detransition begannen. Auch mit kürzeren Follow-Up Zeiten lässt sich also bereits ein Anteil der detrans Population beobachten, was vermutlich zu den von Cohn (2023) kritisierten Fehleinschätzung der Prävalenz von Detransition geführt haben könnte. Auch mit der vorliegenden Arbeit lässt sich keine Einschätzung über die Prävalenz von detrans Personen treffen, es werden daher unbedingt weitere langzeitlich angelegte Follow-Up Untersuchungen von trans und detrans Personen benötigt.

In jedem Fall ist die beobachtete Häufigkeit von den selbst berichteten Begleit- und zusätzlichen klinisch-psychologischen Diagnosen (90%) auffällig. Auch bei Vandenbussche (2021) berichtete der Großteil der Befragten (77%), an einer depressiven Störung zu leiden. Tendenziell häufiger beobachtet wurden dort jedoch Personen mit Angststörungen (Vandenbussche 63%, hier 40%) im Besonderen. Auch bei Untersuchungen von trans Stichproben werden häufig begleitende psychische Erkrankungen beobachtet, jedoch in einem eher geringeren Umfang (Freitas et al., 2020; Gijs et al., 2014; Hall et al., 2021; Tollit et al., 2023). Es scheint sich bei den untersuchten detrans Personen also um eine, aufgrund erheblicher psychischer Belastung, besonders vulnerable Stichprobe zu handeln. Aus der für die vorliegende Arbeit zugrundeliegenden Untersuchung geht jedoch nicht hervor, inwieweit die berichteten Diagnosen erst seit der Transition, beziehungsweise Detransition bestanden oder zu welchem Zeitpunkt vor, während oder nach einer Transition/Detransition diese Diagnosen gestellt wurden. Teilweise geht aus den qualitativen Berichten hervor, dass in diesen Fällen bereits vor, bzw. während der Transition eine entsprechende Symptomatik vorlag, diese jedoch weder von Behandler:in noch Patient:in als eigenständige klinische Diagnose betrachtet wurde. Untersuchungen zu trans Stichproben legen nahe, dass eine Belastung mit weiteren klinischen Diagnosen bei trans Personen nicht unüblich ist und sich diese auch im Verlauf der Transition entwickeln können (Freitas et al., 2020; Tollit et al., 2023). Um einordnen zu können, ob die hier beobachteten Begleitdiagnosen eine Ursache für die spätere Detransition darstellten oder inwieweit die psychische Verfassung von Personen sich durch oder während einer Detransition möglicherweise verbessert oder verschlechtert hat, ist weitere Forschung nötig. Dafür sollte in

künftigen Untersuchungen eine getrennte Erfassung der klinischen Diagnosen während der Detransition und der Transition angestrebt werden.

4.1.2. Gründe für Detransition

Die am häufigsten genannte Ursache für die Detransition war die Realisierung, dass die erlebte Geschlechtsdysphorie mit anderen Dingen zusammenhing (65%). Eine ähnliche Beobachtung konnte bei Vandenbussche (2021) bereits berichtet werden. Leider geht aus diesem Item in der Befragung allein nicht hervor, welche „Dinge“ damit individuell genau gemeint sind. Aus den Freitextangaben lässt sich schließen, dass es sich hierbei unter anderem um die Symptomatik klinischer Begleitdiagnosen, sowie einer lesbischen sexuellen Identität handelte. Für ersteres spricht insbesondere, dass viele der Teilnehmenden ebenfalls von der Lösung begleitender psychischer Probleme als Grund für die Detransition berichteten. Ein großer Anteil der Befragten gab außerdem Nebenwirkungen der Hormonbehandlung (45%) und Unzufriedenheit mit physischen Veränderungen (35%) als Ursache für die Detransition an. Diese Einschätzungen trafen ebenfalls je 30% der bei Vandenbussche (2021) untersuchten Personen. Hier wird nicht klar, inwieweit die berichtete Unzufriedenheit in erster Linie als Begleiterscheinung des „sich-nicht-mehr-als trans“ Empfindens zu verstehen ist. Detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht berichteten eher von erlebten medizinischen Veränderungen, welche sie als negativ wahrnahmen.

Vor allem jene detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht berichteten häufig soziale Gründe für ihre Detransition, wie Diskriminierung (67%) und fehlende soziale Unterstützung (67%). Zwar trifft dies auch auf einige detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht zu (Diskriminierung 12%, fehlende soziale Unterstützung 18%), doch ist deren Anteil, gemessen an der Gesamtzahl der Teilnehmenden, geringer. Auch bei Vandenbussche (2021) gaben nur wenige der detrans Personen (mit vorrangig weiblichem Zuweisungsgeschlecht) soziale Gründe für ihre Detransition an. Nach der Typologie von Expósito-Campos (2021) scheint es sich also bei den hier beobachteten detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht eher um eine externale Detransition zu handeln, wohingegen die detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht eher der internalen Detransition zuzuordnen sind. Es kann daher argumentiert werden, dass die hier beobachteten detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht keine Detransition angestrebt hätten, wenn sie während und nach ihrer Transition ausreichend soziale Unterstützung erhalten hätten. In einer Untersuchung mit ausgeglichenem Geschlechterverhältnis wurde ein größerer Anteil von externalen (83%) gegenüber internalen Gründen (16%) beobachtet (Turban et al., 2021). Da dabei jedoch ausschließlich Personen betrachtet wurden, die sich noch immer als trans

identifizieren, bleibt zu prüfen, ob sich diese Verteilung auch finden lässt, wenn Personen in die Analyse eingeschlossen werden, die das nicht (mehr) tun. Ein Zusammenhang zwischen Zuweisungsgeschlecht, Geschlechtsidentität nach der Detransition und den Gründen dafür scheint denkbar und sollte deshalb in zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

Auffällig an der hier betrachteten Stichprobe ist weiterhin, dass im Vergleich zu in den USA basierten Untersuchungen (Turban et al., 2021), finanzielle Gründe nur selten als Grund für die Detransition benannt wurden (10%). In den USA müssen sowohl trans als auch detrans Personen ihre gewünschten medizinischen Maßnahmen häufig trotz abgeschlossener Versicherung selbst finanzieren (Al-Hiraki et al., 2021), in Deutschland werden die meisten Behandlungsschritte von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, sofern eine entsprechende Diagnose nach ICD 10 vorliegt (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Betrachtung der gesellschaftlichen und kulturellen Umstände muss also ebenfalls herangezogen werden, um Forschungsergebnisse zu dieser besonderen Stichprobe korrekt einordnen zu können. Wie genau sich die gesellschaftliche Umgebung auf die Prävalenz und die Erfahrung von detrans Personen auswirkt, sollte daher Gegenstand weiterer Forschung darstellen.

4.1.3. Soziale Unterstützung

Bislang existieren keine vergleichbaren systematischen Untersuchungen der sozialen Unterstützung von detrans Personen. Wie allerdings schon aus dem Abschnitt zu den Gründen für die Detransition hervorgeht, berichten die Teilnehmenden anderer Forschungsarbeiten ein gehobenes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (MacKinnon, Kia et al., 2022; Turban et al., 2021; Vandenbussche, 2021). In Untersuchungen von trans Stichproben konnte gezeigt werden, dass soziale Unterstützung als Resilienzfaktor gegenüber weiteren klinischen Diagnosen und Symptomatiken betrachtet werden kann (Corey, 2020; Köhler et al., 2019; Pflum et al., 2015). Dass dieser von Seiten der trans und LGBT-Community bei einer Detransition allerdings häufig entfällt konnte auch in anderen Studien bereits beobachtet werden (MacKinnon, Gould et al., 2022; MacKinnon, Kia et al., 2022; Vandenbussche, 2021). Ob dieser Umstand auch auf die hier betrachtete detrans Stichprobe zutrifft, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Das Ausmaß der Personen, die sich auch in der Detransition noch an eine Selbsthilfegruppe gewendet haben, deutet jedoch daraufhin, dass zumindest in diesem Aspekt eine Abkehr von der trans Community stattgefunden hat.

Detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht berichteten von einer durchschnittlich tendenziell schlechteren sozialen Unterstützung als Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht. Auch in Untersuchungen von trans Stichproben konnte beobachtet werden, dass Menschen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht im Vergleich zu jenen mit

weiblichem Zuweisungsgeschlecht häufiger von sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung betroffen sind (Newcomb et al., 2020) und weniger von ihren Familien unterstützt werden als Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht (Kaptan et al., 2021). Möglicherweise stellt dies also ein grundlegendes Problem von Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht dar, die sich nicht entsprechend gesellschaftlichen Normvorstellungen von Männlichkeit verhalten.

Detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht scheinen in der vorliegenden Arbeit hingegen häufiger über ein überraschend durchschnittliches Ausmaß der sozialen Unterstützung zu verfügen. Bisherige Messungen der sozialen Unterstützung von trans Personen bewegen sich eher unter dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung (Kaptan et al., 2021; Newcomb et al., 2020). Möglicherweise sind nur Menschen mit ausreichender sozialen Unterstützung in der Lage, nach einer Transition ebenfalls eine Detransition aufgrund der von MacKinnon, Gould et al. (2022) beschriebenen Schwierigkeiten auszuhalten. Demnach wäre der höhere Anteil an Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht potenziell hierin begründet. Bei der Rekrutierung von Befragungsteilnehmenden ist außerdem aufgefallen, dass sich sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen digitalen Raum, wenn auch insgesamt nur sehr wenige, mehr Gruppen an detrans Frauen richten, wie beispielsweise das Projekt „post_trans“ (Post Trans, 2023). Inwiefern die Nutzung eines solchen Angebots einen Einfluss auf die empfundene soziale Unterstützung hatte, wurde nicht untersucht.

Die hier berichteten Befunde zum Ausmaß der sozialen Unterstützung von detrans Personen sind bislang einmalig. Für eine Einordnung werden weitere Untersuchungen an größeren Stichproben benötigt, in denen auf das Verhältnis der Zuweisungsgeschlechter kontrolliert wird. Da die soziale Unterstützung außerdem zumindest im späteren Verlauf einer Transition bedeutsame Auswirkungen auf die mentale Gesundheit und Lebenszufriedenheit hat (Corey, 2020; Köhler et al., 2019; Pflum et al., 2015), sollte die Entwicklung der sozialen Unterstützung von detrans Personen während und nach der Detransition ebenfalls Gegenstand weiterer Untersuchung darstellen.

4.1.4. Lebenszufriedenheit

Bislang gibt es keinerlei an detrans Populationen erhobene Vergleichsdaten zur Lebenszufriedenheit. Anhand der GCLS (M = 2.7, SD = 0.7) bewerteten die Teilnehmenden ihre geschlechtsbezogene Lebenszufriedenheit durchschnittlich als mittelmäßig. Damit liegen sie unter den durchschnittlichen Werten der an cis und trans Personen (mit und ohne geschlechtsangleichende medizinische Interventionen) erhobenen Vergleichsstichproben (Jones et al., 2019a; Kantar Public, 2021). Diese Beobachtungen bieten Anlass zur Sorge, da eine geringe Lebenszufriedenheit in letzter Konseuquenz auch einen Prädiktor für einen

späteren Suizid darstellen kann (Koivumaa-Honkanen et al., 2001). Die Suizidalität der hier untersuchten detrans Personen wurde jedoch nicht erfasst. Unter TGD Personen wird Suizidalität häufig beobachtet (Koivumaa-Honkanen et al., 2001).

Überraschend ist, dass detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht trotz ihrer besseren Werte hinsichtlich der erlebten sozialen Unterstützung, durchschnittlich eine geringere Lebenszufriedenheit angeben, als detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht. Grund hierfür könnte die langfristigere Belastung durch die Nebenwirkungen der Hormonbehandlung darstellen, die ein Passing als Frau aufgrund der sich während der Transition entwickelnden sekundären Geschlechtsmerkmale erschweren. Hier scheinen detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht also möglicherweise ähnliche Erfahrungen zu machen, wie trans Frauen, die ebenfalls von Problemen aufgrund der sich durch die Pubertät entwickelnden sekundären Geschlechtsmerkmale berichten (To et al., 2020). Dass detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht hier durchschnittlich eine höhere Lebenszufriedenheit berichten, könnte also äquivalent dazu darin begründet sein, dass hier die Auswirkungen der Hormonersatztherapie während der Transition weniger markant waren und das Passing als Mann nach der Detransition entsprechend einfacher wurde (To et al., 2020).

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Effekt des Zuweisungsgeschlechts auf die Art und Anzahl der klinischen Begleiterkrankungen nicht untersucht. Studien anhand von trans Stichproben konnten jedoch bereits zeigen, dass Personen, die eine Transition von einem männlichen zu einem weiblichen Geschlecht vollziehen, häufiger von begleitenden klinischen Diagnosen berichten (Beckwith et al., 2019; Köhler et al., 2019; Newcomb et al., 2020). Denkbar ist also, dass die geringere Lebenszufriedenheit der detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht auch durch eine stärkere Belastung durch Begleiterkrankungen begründet ist (Beckwith et al., 2019; Köhler et al., 2019; Newcomb et al., 2020). Die Rolle einer binären oder nicht-binären Geschlechtsidentität auf die Lebenszufriedenheit wurde ebenfalls nicht gesondert untersucht. Eine Identifikation als nicht-binärer Mensch innerhalb der derzeitig vorrangig binär identifizierten Gesellschaft in Deutschland könnte jedoch ein weiterer Grund für eine geringere Lebenszufriedenheit darstellen, solche Zusammenhänge wurden für Personen vor oder während der Transition bereits mehrfach untersucht (Herrmann et al., 2023; Jones et al., 2019b; Newcomb et al., 2020).

Es ist also unklar, worin genau die Ursache für die geringere Lebenszufriedenheit der detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht im Vergleich zu denen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht besteht. Zudem muss berücksichtigt werden, dass die

Stichprobengröße nicht ausreicht, um hier Aussagen hinsichtlich der Signifikanz des Unterschieds treffen zu können und künftige Forschung auf größere und repräsentativere Stichproben angewiesen ist. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Lebenszufriedenheit aller detrans Personen aufgrund der Belastung durch die Transition und negativer Erfahrungen während der Detransition (MacKinnon, Gould et al., 2022; MacKinnon, Kia et al., 2022) in gewisser Weise von den hier beschriebenen Aspekten beeinträchtigt wird. Weitere Forschung sollte sich daher damit befassen, wodurch die Lebenszufriedenheit von detrans Personen konkret beeinträchtigt wird und worin sich ein potenziell vorliegender Geschlechtereffekt zeigt.

4.1.5. Behandlungserfahrung

Wie für eine deutsche Stichprobe zu erwarten (aufgrund der Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen), berichteten fast alle befragten detrans Personen (86%), während ihrer Transition eine psychotherapeutische Behandlung erhalten zu haben. Dies ist mit der Übernahme der weiteren Behandlungskosten durch die gesetzlichen Krankenkassen zu erklären. Überraschend ist, dass ein Großteil der Befragten (86%) angab, von Spezialist:innen für Fragen der Geschlechtsidentität behandelt worden zu sein, anstelle von niedergelassenen Psychotherapeut:innen ohne Spezialisierung. Schließlich kann von diesen Expert:innen erwartet werden, dass diese mit den Anweisungen der S3 Leitlinie vertraut sind und Erfahrung damit haben, in der Phase der psychotherapeutischen Begleitung idealerweise die Wahrscheinlichkeit einer späteren Änderung der Geschlechtsidentität festzustellen und für den weiteren Behandlungsverlauf möglichst auszuschließen, auch wenn diese sicherlich nicht in allen Fällen prospektiv möglich ist.

In den zugehörigen Freitextangaben wird besonders die Strategie affirmativ arbeitender Psychotherapeut:innen kritisiert und für die während der Transition getroffenen Entscheidungen verantwortlich gemacht. Hierbei wurde auch deren Missachtung begleitender psychischer Probleme angeführt. Möglicherweise birgt hier also eine ausschließlich affirmative und wenig hinterfragende Herangehensweise das Potenzial der klinischen Fehlentscheidung. Wobei hier anzumerken ist, dass sich diese Form der Kritik lediglich auf die Behandlung von Personen bezieht, die sich neben der Geschlechtsdysphorie mit einer erheblichen Belastung durch weitere klinisch relevante persönliche Probleme vorstellen. Außerdem bleibt zu beachten, dass in der vorliegenden Untersuchung keine systematische Erfassung des in der psychotherapeutischen Begleitung angewandten Konzepts vorgenommen wurde. Entsprechend liegen keine Informationen zur Einschätzung anderer Therapiekonzepte oder -haltungen vor. Auch ist nicht bekannt, wie groß der Anteil derer ist, die mit der affirmativen Herangehensweise

positive Erfahrungen gemacht haben. Diese Ergebnisse sind daher mit Vorsicht zu betrachten und sollten Anstoß für weitere Forschung darstellen.

Insbesondere von Personen, die eine nicht-binäre Geschlechtsidentität angaben, wurde an der erhaltenen psychotherapeutischen Behandlung außerdem kritisiert, dass diese zu restriktiv gewesen sei. Nicht-binäre Verläufe einer Transition begründeten in solchen Fällen den Abbruch der Behandlung seitens der Behandler:innen. Die psychotherapeutische Behandlung wird von detrans Personen also widersprüchlich beschrieben. Auf der einen Seite wird eine zu affirmative Haltung als Ursache für eine fehlerhafte Diagnostik beschrieben und auf der anderen Seite eine restriktive Herangehensweise als zu kontrollierend. In jedem der beiden Fälle steht der wenig konstruktive Umgang mit Zweifel und Unsicherheit vor und während der Transition im Rahmen der Psychotherapie im Fokus der Kritik. Demnach sollten Personen in der Lage sein können, ohne Sorgen um mögliche Abweisung oder das Gefühl nicht ernst genommen zu werden, Bedenken während der Transition offen ansprechen zu können. Den Nutzen von Psychotherapie für TGD Personen konnten Expósito-Campos et al. (2023) bereits zeigen.

Bei MacKinnon, Kia et al. (2022) konnte anhand einer vorrangig aus Kanada stammenden Stichprobe beobachtet werden, dass detrans Personen während ihrer Detransition dazu tendieren, die Behandlung ohne professionelle Begleitung abzusetzen. Überraschend ist daher, dass obwohl die Befragten von negativen Erfahrungen im Rahmen der psychotherapeutischen Begleitung berichteten, die meisten der hier untersuchten detrans Personen (71%) auch während der Detransition eine Psychotherapie in Anspruch nahmen. Hier scheint sich also kein generelles Misstrauen gegenüber der Methode Psychotherapie aufgebaut zu haben, wie MacKinnon, Kia et al. (2022) berichten. Außerdem scheint bei den untersuchten Personen immer noch oder wieder ein klinisch relevanter Leidensdruck vorhanden zu sein, der mittels Psychotherapie behandelt wird. Worin dieser begründet ist, geht insbesondere aus den Freitextangaben hervor, in denen Personen berichteten, während der Detransition an den Problemen zu arbeiten zu wollen, die sie als ursächlich für die erlebte Geschlechtsdysphorie empfinden. Dafür spricht ebenfalls, dass nur noch wenige angaben, Spezialist:innen für Fragen der Geschlechtsidentität aufzusuchen (14%). Ein weiterer Grund für die häufige Inanspruchnahme von Psychotherapie könnte die erlebte Dysphorie darstellen, die sich teilweise aufgrund der berichteten hormonell herbeigeführten Veränderungen der Transition entwickelt hatte. Diese Dysphorie begründet sich bei den hier betrachteten Personen unter anderem in den ursprünglich gewünschten Nebenwirkungen der Hormontherapie (z.B. tiefe Stimme, Körperbehaarung), aber auch in unerwünschten Nebenwirkungen, wie einer vaginalen

Atrophie. Bei den hier untersuchten binär identifizierten detrans Personen wurden diese auch als Grund für das Bereuen der Transition angeführt. Lediglich eine Person berichtete, erneut eine gegengeschlechtliche Hormontherapie hin zum Zuweisungsgeschlecht durchzuführen. Vor dem Hintergrund der großen physischen und psychischen Belastung, die mit einer solchen medizinischen Detransition einhergeht (MacKinnon, Kia et al., 2022), scheint dieser Anteil nachvollziehbar. Über die Hälfte der Befragten (64%) gab an, die Hormontherapie lediglich abgebrochen zu haben und 21% der Befragten erhielten noch immer eine Behandlung mit Hormonpräparaten. Zwar berichtete über die Hälfte der Befragten (57%), während der Detransition von Endokrinolog:innen behandelt worden zu sein, doch geht aus den Daten nicht hervor, inwieweit diese das Absetzen der Hormonbehandlung begleitet haben. Künftig sollten sich Untersuchungen mit der medizinischen Begleitung von detrans Personen, insbesondere mit dem sicheren Absetzen der Hormonbehandlung beschäftigen.

Hinsichtlich der Erfahrung mit Maßnahmen zur körperlichen Angleichung an das gewünschte Geschlecht, ist der Vergleich der Angaben zwischen Personen mit einer binär identifizierten und denen mit einer nicht-binär identifizierten Geschlechtsidentität interessant. Insbesondere bei der endokrinologischen Behandlung berichteten nicht-binär identifizierte detrans Personen, dass sie auch mit den bleibenden Veränderungen zufrieden seien. Was in der vorliegenden Arbeit als Detransition bezeichnet wird, handelt sich also bei nicht-binären Personen, die eine Transition anstreben möglicherweise lediglich um den regulären Abschluss derer. Studien zum Ausmaß der von nicht-binär identifizierten Personen wahrgenommenen Behandlungsmaßnahmen zur Angleichung an das erlebte Geschlecht stützen diese Beobachtung (Herrmann et al., 2023; Koehler et al., 2018). Ob es sich daher bei binären und nicht-binären Transitionen und Detransitionen um zwei distinkte Pfade handelt, sollte Gegenstand weiterer Forschung darstellen.

Binär identifizierte detrans Menschen gaben an, die durchgeführten Maßnahmen aufgrund der bleibenden Veränderungen eher zu bereuen als Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität. Aus welchem Grund sich die binär identifizierten Teilnehmenden trotz des beschriebenen Leidensdrucks nicht dazu entschieden, sich erneut auf hormonellem oder anderem Wege an ihr Zuweisungsgeschlecht anzugleichen, wurde nicht erfasst. MacKinnon, Kia et al. (2022) konnten jedoch zeigen, dass viele detrans Personen berichteten, das Vertrauen in ihre behandelnden Medizinier:innen zu verlieren. Auch wenn dies hier nicht gesondert untersucht wurde, so geht aus den Freitextangaben hervor, dass sich gegenüber endokrinologischen und operativen Eingriffen in Folge der negativen Erfahrungen der Transition eine gewisse Skepsis gebildet haben könnte. Anhand der weiteren beschriebenen

Behandlungsmaßnahmen lässt sich jedoch ableiten, dass die befragten detrans Personen zumindest nicht invasive Methoden (beispielsweise Epithesen) zur Angleichung an ihr Zuweisungsgeschlecht begrüßten. Inwiefern der Wunsch bei detrans Personen allgemein besteht, sich an das Zuweisungs- oder ein anderes Geschlecht mit Hilfe medizinischer Eingriffe anzugleichen, sollte ebenfalls Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Bemerkenswert ist weiterhin, dass sich die Teilnehmenden im Vergleich zur Transition kaum noch an Selbsthilfegruppen wandten, ein Drittel sogar keine Form von Beratung oder Behandlung in Anspruch nahm. Weitere Befragungen konnten bereits zeigen, dass detrans Personen ein Bedürfnis nach fachlicher Unterstützung bei ihrer Detransition empfinden (MacKinnon, Kia et al., 2022; Vandenbussche, 2021). Der hohe beobachtete Anteil an Menschen, die digitale Informationsangebote nutzen, könnte ein Hinweis darauf sein, dass die hier beschriebene Stichprobe ein ähnliches Bedürfnis empfindet. Ein Desinteresse an Beratung scheint daher unter detrans Personen in Deutschland unwahrscheinlich. In den Freitextangaben verwiesen Befragte direkt und indirekt darauf, dass sie zwar den Wunsch nach Austausch hegten, dieser jedoch nur schwer zu erlangen sei. Möglicherweise trägt also der in Deutschland vorliegende Mangel an auf Detransition spezialisierte Beratungsangeboten dazu bei, dass sich kaum detrans Personen in Selbsthilfegruppen organisieren. Besonders das Fehlen von Beratungsstellen, die unabhängig von der LGBTQ-Community aufgebaut sind, könnte einen entscheidender Faktor darstellen (MacKinnon, Gould et al., 2022). Schließlich könnte hier ebenfalls eine erlebte Diskrepanz zur trans-Community eine Rolle spielen. In anderen Forschungsarbeiten konnte bereits gezeigt werden, dass sich detrans Personen häufig nicht in der trans Community willkommen fühlen (MacKinnon, Gould et al., 2022). Inwiefern auch die hier betrachtete Stichprobe von Diskriminierung durch die trans Community betroffen ist, wurde nicht erfasst. Auch liegen keine Informationen dazu vor, wie vielen der Teilnehmenden eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe nach ihrer Detransition möglich ist, oder aus welchen Gründen sie sich nicht erneut an dieses zuvor genutzte Unterstützungssystem wenden. Zur Verbesserung der Versorgungssituation von detrans Personen sollten künftige Forschungsarbeiten diese Fragen weiter explorieren.

4.2. Limitationen

Es handelt sich bei der dieser Arbeit zugrundeliegenden Untersuchung um eine retrospektive Befragung. Damit besteht neben der allgemeinen Unschärfe auch die Möglichkeit einer Verzerrung der für die Transition und Detransition berichteten Behandlungserfahrungen. Dieser Umstand gilt insbesondere für die Berichte der bleibenden Veränderungen der während

der Transition vorgenommenen Maßnahmen, wie der Hormonersatztherapie oder operativen Eingriffen. Hier ist die Kategorisierung nur wenig trennscharf. Dies ist darin begründet, dass die damaligen Eingriffe durch die heutige Perspektive der Detransition betrachtet und berichtet wurden. Entwicklungen, die während der Transition womöglich als negativ empfunden wurden, wie das Ausbleiben des Bartwuchses trotz Testosterongabe, werden nun nach oder während der Detransition als positiv berichtet. Dadurch ist eine Kategorisierung und eindeutige Abgrenzung der Aussagen zwischen den Zeiträumen der Detransition und der Transition nur schwer möglich.

Zusätzlich wurde die Kategorisierung der Freitextangaben für die qualitative Inhaltsanalyse von nur einer Person durchgeführt. Verzerrungen, die in der kodierenden Person begründet sind, lassen sich dadurch nicht ausschließen. Eine Systematisierung der Kategorien mit transparent begründeten Kriterien für die Zuordnung einzelner Textstellen zu Kategorien wurde erstellt (siehe Anlage B), um diesem Umstand Rechnung zu tragen.

Die betrachtete Stichprobe wurde außerdem über non-probabilistische Methoden erhoben, weshalb die Möglichkeit einer Verzerrung auf Basis der Stichprobe besteht. So ist beispielsweise denkbar, dass der hohe Anteil an Teilnehmenden mit höherer oder akademischer Schulbildung darin begründet ist, dass sich diese unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität besonders für die Teilnahme an Studien interessieren. Außerdem wurde für die Studie insbesondere in digitalen Räumen, wie Facebook und Instagram geworben. Menschen, die keinen Zugang zu diesen Plattformen haben, zum Beispiel aufgrund ihres Alters, konnten daher vermutlich nicht erreicht werden. Weiterhin wurde auch die Rekrutierung außerhalb Sozialer Netzwerke insbesondere über die Kontaktierung bekannter trans Organisationen und Behandler:innen vollzogen. Detrans Personen, die Berührungspunkte mit diesen Anlaufstellen meiden, wurden daher vermutlich ebenfalls nicht erreicht.

Auch wurde es nicht geschafft, ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis anhand des Zuweisungsgeschlechts zu erheben. Menschen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht sind in der vorliegenden Arbeit deutlich unterrepräsentiert. Neben der geringen Zahl an Personen, die für eine potenzielle Teilnahme kontaktiert wurden, brachen außerdem viele derer, die sich zu einer Teilnahme entschieden, diese vorzeitig ab. Ein Grund hierfür stellt vermutlich die Bearbeitungsdauer dar, die zusätzlich zu den behandelten Themen mit einer gewissen Belastung verbunden ist. Personen, die viele Freitextangaben verfasst haben, betrifft dies in besonderem Maße.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung lagen keine etablierten Messinstrumente mit Normwerten für detrans Personen vor. Lediglich im Fall der GCLS existieren neben den

Normwerten der cis Population auch Angaben für die Verteilung der Werte bei trans Menschen. Es ist daher nicht festzustellen, inwieweit die hier betrachtete Stichprobe repräsentativ für die Gesamtpopulation der detrans Menschen in Deutschland ist. Weiterhin wurde der FBB so abgewandelt, dass sich dessen Items zur Zufriedenheit mit der Behandlung auf die ambulante und nicht wie ursprünglich auf die stationäre Psychotherapie beziehen. Entsprechend lassen sich die erhobenen Werte nur noch bedingt mit den vorhandenen Werten vergleichen.

Ob die Inanspruchnahme von endokrinologischer Behandlung durch Endokrinolog:innen erfolgte, wurde lediglich für den Zeitraum der Detransition gesondert erfasst. Zwar kann aus den Angaben zur erhaltenen Hormonbehandlung hergeleitet werden, dass auch während der Transition endokrinologische Behandlung erfolgte, jedoch ist nicht klar, inwiefern diese durch Endokrinolog:innen bereitgestellt wurde. Nicht systematisch erfasst wurde außerdem, wie transparent die Befragten detrans Personen vor und während ihrer Transition mit potenziell bereits bestehenden Zweifeln umgegangen sind. Um die Rolle und das Verhalten der hier von den Teilnehmenden beschriebenen Behandler:innen objektiv einordnen zu können, sind diese Informationen jedoch unerlässlich.

4.3. Klinische und wissenschaftliche Implikationen

Bislang ist nicht bekannt, wie viele der in Deutschland lebenden Personen Detransition vollziehen, also eine angestrebte Transition abbrechen oder anschließend eine Änderung der Geschlechtsidentität erfahren. Auch fehlen Daten zur allgemeinen Veränderbarkeit der erlebten Geschlechtsidentität. Es sind also unbedingt längsschnittlich angelegte Untersuchungen notwendig, die nicht nur einzelne Subgruppen erfassen und auch Personen nach ihrer Detransition weiter begleiten (Cohn, 2023).

Das Unterstützungs- und Informationsangebot für detrans Personen ist im deutschsprachigen Raum bislang so gut wie nicht vorhanden. Die meisten Informationsangebote finden sich im digitalen Raum in englischer Sprache. Wer diese nicht beherrscht, hat entsprechend kaum Zugang zu den ohnehin spärlichen Informationen. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit wenden sich in Deutschland weder Beratungsstellen noch Vereine direkt an detrans Personen. Zwar geben auf Nachfrage manche Vereine, die sich an Personen aus dem LGBT-Spektrum richten, an, auch als Ansprechstelle für detrans Personen fungieren zu können, jedoch berichtete keine dieser Anlaufstellen von bisherigen Erfahrungen mit der Beratung der entsprechenden Personengruppe. Fraglich ist hierbei, ob ein solches Informations- und Beratungsangebot ausschließlich von LGBT-Organisationen angeboten werden sollte. Um eine möglichst große Bandbreite an detrans Personen erreichen zu können, muss Unterstützung auch in Räumen zur Verfügung gestellt

werden, in denen sich detrans Personen aufhalten, welche sich nicht mehr als Teil der LGBT-Community erfahren oder aktiv ausgegrenzt werden. Es sollte daher systematisch erfasst werden, wie detrans Personen in Form von Beratungsstellen fachlich unterstützt werden können. Besonderer Wert sollte dabei daraufgelegt werden, festzustellen, wie diese Population erreicht werden kann. Ein erster Schritt wäre die direkte Adressierung von detrans Personen als potenzielle Patient:innengruppe von spezialisierten Sprechstunden oder Ambulanzen. Auch trans Verbände sollten transparenter und offener über die Möglichkeit einer Detransition informieren und als Ansprechstelle für detrans Personen fungieren. Dies setzt jedoch eine Enttabuisierung und Entstigmatisierung des Themas in der Beratung von trans Personen voraus.

Aus der vorliegenden Arbeit geht außerdem hervor, wie groß die Rolle der psychotherapeutischen Begleitung während der Transition für detrans Personen zu sein scheint. Um einen möglicherweise bestehenden Zusammenhang zwischen verschiedenen Formen der Behandlung, der Kommunikation zwischen Psychotherapeut:in und Patient:in und einer späteren Detransition zu erkennen, sollten unbedingt systematische Untersuchungen der therapeutischen Begleitung angestellt werden. Offen bleibt, inwieweit Psychotherapeut:innen durch eine zu affirmative Haltung einer offenen Kommunikation gegenüber allen möglichen Entwicklungswegen im Verlauf einer Transition entgegenwirken. Umso wichtiger scheint es, auch während der Detransition eine allgemeine psychische Versorgung sicherzustellen, in der diese Kommunikation ermöglicht wird. Weiterhin sollte die Möglichkeit einer späteren Detransition bereits in der psychotherapeutischen Behandlung während der Transition im Rahmen einer Aufklärung hin zur informierten Einwilligung von weiteren Behandlungsmaßnahmen (Informed Consent) ihren Raum finden. Dies sollte proaktiv von den Psychotherapeut:innen initiiert werden. Ziel sollte dabei nicht sein, die Patient:innen vor einer möglichen Detransition zu warnen oder ihnen sogar Angst davor zu machen, sondern einen Prozess anzustoßen, in dem sich die trans Patient:innen intensiv mit sich und ihrer Geschlechtsidentität auseinandersetzen, bei dem die Möglichkeit einer Detransition ebenfalls individuell abgewogen wird.

Teil dieser Untersuchung war die Betrachtung eines möglichen statistischen Zusammenhangs zwischen Lebenszufriedenheit und Sozialer Unterstützung. Da diese beide Konzepte jedoch miteinander in Verbindung stehen und sich jeweils gegenseitig beeinflussen können, sollten künftige Forschungsarbeiten diesen Umstand bei detrans Personen weiter untersuchen. Insbesondere sollte dabei die Wirkung der sozialen Unterstützung als Resilienzfaktor gegenüber Beeinträchtigungen durch Diskriminierung oder Belastung aufgrund der durch die Transition vorgenommenen bleibenden Veränderungen betrachtet werden.

4.4. Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, erstmalig eine detrans Stichprobe in Deutschland zu erfassen und zu beschreiben. Zentral waren dabei neben den soziodemografischen Eigenschaften auch das Ausmaß der sozialen Unterstützung, der Lebenszufriedenheit und die Behandlungserfahrungen während der Transition und der Detransition. Von Interesse waren ebenfalls die Gründe für die Detransition, hier gaben die meisten Teilnehmenden (65%) an, erkannt zu haben, dass ihre Geschlechtsdysphorie mit anderen (jedoch nicht näher spezifizierten) Dingen zusammenhing. Männliche detrans Personen berichteten außerdem besonders häufig von Diskriminierung (67%) und fehlender soziale Unterstützung (67%) als Detransitionsursache, während detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht eher berichteten, begleitende psychische Probleme gelöst (41%) und Alternativen gefunden zu haben, um mit der Dysphorie umzugehen (35%). Insgesamt nahmen mehr Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht an der Befragung teil (85%). Viele identifizieren sich nach der Detransition als nicht-binär (30%), detrans Frau (30%) oder als Frau (45%). Fast alle befragten Personen (90%) berichteten von mindestens einer Begleitdiagnose zur Geschlechtsdysphorie.

Sowohl die soziale Unterstützung als auch die Lebenszufriedenheit wurde durchschnittlich eher schlechter bewertet als von cis Personen. Wobei detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht hinsichtlich ihrer sozialen Unterstützung eher durchschnittliche Werte angaben, als detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht. Auch im Vergleich zu trans Personen gaben die Teilnehmenden tendenziell geringere Werte bei der Lebenszufriedenheit an. Beobachtet werden konnte außerdem, dass sich die Behandlungserfahrungen der Transition von denen der Detransition hinsichtlich deren Ausmaß und ihrer qualitativen Bewertung durch die Befragten unterschieden. So wurden während der Detransition weniger Erfahrungen mit trans-spezifischen Behandlungsmaßnahmen berichtet. Zudem wurde an der psychotherapeutischen Begleitung während der Transition einerseits eine zu affirmativ und andererseits eine zu restriktive Herangehensweise kritisiert. Dabei zeigten sich außerdem Unterschiede in den Angaben von binär und nicht-binär identifizierten detrans Personen.

Der hohe Anteil der detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht konnte bereits in anderen vergleichbaren Untersuchungen beobachtet werden, hierfür wurden verschiedene Gründe diskutiert. Bei den hier beobachteten detrans Personen mit männlichem Zuweisungsgeschlecht scheint es sich dabei primär um Non-Core Detransitionen zu handeln, bei denen externale Ursachen die Detransition begründen. Detrans Personen mit weiblichem

Zuweisungsgeschlecht berichteten hingegen eher Anzeichen einer Core Detransition, bei der die Ursache der Detransition in der Person selbst liegt. Es ist noch unklar, worin die tendenziell höhere soziale Unterstützung, sowie die niedrigere Lebenszufriedenheit der detrans Personen mit weiblichem Zuweisungsgeschlecht begründet ist. Verschiedene Erklärungsansätze wurden diskutiert und bedürfen weiterer Untersuchungen.

Neben der Beantwortung der eingangs beschriebenen Fragestellungen konnten insbesondere offene Forschungsfelder beschrieben werden: Um den Anteil der detrans Personen innerhalb der trans Population, sowie innerhalb der Allgemeinbevölkerung feststellen zu können, sollten sich weitere Forschungsarbeiten mit der längsschnittlichen Betrachtung der Entwicklung der Geschlechtsidentität beschäftigen. Besonderer Wert sollte hierbei ebenfalls auf die Erfassung verschiedener Transitionsverläufe gelegt werden. Inwiefern nicht-binär identifizierte detrans Personen einen anderen Transitions-, beziehungsweise Detransitionsweg beschreiten wurde ebenfalls diskutiert, auch hier sollten weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Künftig sollten detrans Personen sowohl von trans Verbänden als auch von spezialisierten Behandler:innen direkt angesprochen und bei ihrer Detransition begleitet und unterstützt werden. Außerdem sollte die Möglichkeit einer späteren Detransition bereits während der Transition, zum Beispiel im Rahmen der begleitenden Psychotherapie, wertungsfrei behandelt werden.

5. Literaturverzeichnis

Adamietz, L., Bager, K., Degner, A., Kreutschmann, L. & Schabram, G. (2017). *Gutachten: Regelungs- und Reformbedarf für trans-geschlechtliche Menschen: Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität – Band 7. Berlin*. Berlin.

Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C. & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 756–763. https://doi.org/10.1111/jsm.12817

Al-Hiraki, S., Nichols, S., Tran, A. & O'Connor, K. (2021). Addressing the Disparities Transgender Patients Face in the US Health Care System. *Georgetown Medical Review*, *5*(1). https://doi.org/10.52504/001c.29779

Arijs, Q., Burgwal, A., van Wiele, J. & Motmans, J. (2023). The Price to Pay for Being Yourself: Experiences of Microaggressions among Non-Binary and Genderqueer (NBGQ) Youth. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(5). https://doi.org/10.3390/healthcare11050742

Barr, S. M., Budge, S. L. & Adelson, J. L. (2016). Transgender community belongingness as a mediator between strength of transgender identity and well-being. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(1), 87–97. https://doi.org/10.1037/cou0000127

Becker, I., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V. & Schulte-Markwort, M. (2017). Prevalence of Adolescent Gender Experiences and Gender Expression in Germany. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *61*(1), 83–90. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.001

Beckwith, N., McDowell, M. J., Reisner, S. L., Zaslow, S., Weiss, R. D., Mayer, K. H. & Keuroghlian, A. S. (2019). Psychiatric Epidemiology of Transgender and Nonbinary Adult Patients at an Urban Health Center. *LGBT Health*, *6*(2), 51–61. https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0136

BMFSFJ. (2023). *Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG).* Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/gesetz-ueber-die-selbstbestimmung-in-bezug-auf-den-geschlechtseintrag-sbgg--224546

Bränström, R. & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(9), 1537–1545. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6

Bundesamt für Justiz. (2023, 27. Juni). *Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2021*. https://www.bundesjustizamt.de/DE/Service/Justizstatistiken/Justizstatistiken_node.html#AnkerDokument44022

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.). (2020). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*

(ICD). Köln. https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022, 1. Januar). *ICD-11: International classification of diseases*. Deutsche Entwurfsfassung. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N. & Manrique, O. J. (2021a). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic Reconstruction Surgery Global Open*(9), e3477. DOI: 10.1097/GOX.0000000000003477

Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N. & Manrique, O. J. (2021b). Transgender and Gender-nonbinary Patient Satisfaction after Transmasculine Chest Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, *9*(3), e3479. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003479;

Cohn, J. (2023). The Detransition Rate Is Unknown. *Archives of Sexual Behavior.* Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P [W. P.], Brown, G. R., de Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., . . . Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23*(sup1), S1-S259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Corey, D. (2020). *Transgender People Managing Well; Resilience, Social Support, and Other Protective Factors That Contribute to Good Mental Health and Well-Being of Transgender People.* https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24846.79682

de Vries, A. L., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P. & Zucker, K. J. (2016). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(6), 579–588. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7

Dhejne, C., van Vlerken, R., Heylens, G. & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, *28*(1), 44–57. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753

Djordjevic, M. L., Bizic, M. R., Duisin, D., Bouman, M.-B. & Buncamper, M. (2016). Reversal Surgery in Regretful Male-to-Female Transsexuals After Sex Reassignment Surgery. *The Journal of Sexual Medicine*(13), 1000–1007.

Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y. & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*, *18*(1), 264. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0

Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J. & Berli, J. (2019). What is "Nonbinary" and What Do I Need to Know? A Primer for

Surgeons Providing Chest Surgery for Transgender Patients. *Aesthetic surgery journal*, *39*(5), NP106-NP112. https://doi.org/10.1093/asj/sjy166

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2017). *European quality of life survey 2016: quality of life, quality of public services, and quality of society : overview report*. Publications Office. https://doi.org/10.2806/964014

European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBT II: A long way to go for LGBTI equality*. https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results#TabPubOverview0

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

Expósito-Campos, P., Gómez Balaguer, M., Hurtado Murillo, F., García-Moreno, R. M. & Morillas Ariño, C. (2021). Medical detransition following transgender identity reaffirmation: two case reports. *Sexual Health*(18 (6), 498–501. doi:10.1071/SH21089

Expósito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I. & Salaberria, K. (2023). Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *100*, 102229. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102229

Falkai, P., Wittchen, H.-U. & Döpfner, M. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage). Hogrefe. https://elibrary.hogrefe.de/book/10.1026/02803-000 https://doi.org/10.1026/02803-000

Freitas, L. D. de, Léda-Rêgo, G., Bezerra-Filho, S. & Miranda-Scippa, Â. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *74*(2), 99–104. https://doi.org/10.1111/pcn.12947

Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *F-SozU - Fragebogen zur Sozialen Unterstützung* (1. Aufl.). Hogrefe-Verlag. https://www.testzentrale.de/shop/fragebogen-zur-sozialen-unterstuetzung.html#1+1

Gijs, L., van der Putten-Bierman, E. & de Cuypere, G. (2014). Psychiatric Comorbidity in Adults with Gender Identity Problems. In B. P. Kreukels, T. D. Steensma & A. L. de Vries (Hrsg.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (S. 255–276). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_13

Gribble, K. D., Bewley, S. & Dahlen, H. G. (2023). Breastfeeding grief after chest masculinisation mastectomy and detransition: A case report with lessons about unanticipated harm. *Frontiers in global women's health*, *4*, 1073053. https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1073053

Gupta, P., Patterson, B. C., Chu, L., Gold, S., Amos, S., Yeung, H., Goodman, M. & Tangpricha, V. (2023). Adherence to Gender Affirming Hormone Therapy in Transgender Adolescents and Adults: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1210/clinem/dgad306

Hall, R., Mitchell, L. & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review. *BJPsych open*, *7*(6), e184. https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3869–3903. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658

Herrmann, L., Barkmann, C., Bindt, C., Fahrenkrug, S., Breu, F., Grebe, J. & Becker-Hebly, I. (2023). Binary and Non-binary Gender Identities, Internalizing Problems, and Treatment Wishes Among Adolescents Referred to a Gender Identity Clinic in Germany. *Archives of Sexual Behavior.* https://doi.org/10.1007/s10508-023-02674-8

Hildebrand-Chupp, R. (2020). More than 'canaries in the gender coal mine': A transfeminist approach to research on detransition. *The Sociological Review*, *68*(4), 800–816. https://doi.org/10.1177/0038026120934694

Irwig, M. S. (2022). Detransition Among Transgender and Gender-Diverse People—An Increasing and Increasingly Complex Phenomenon. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*(107), 4261–4262. Detransition Among Transgender and Gender-Diverse

Johnson, A. H. (2016). Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men. *Sociological Inquiry*, *86*(4), 465–491. https://doi.org/10.1111/soin.12127

Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E. & Arcelus, J. (2019a). The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health services. *International Journal of Transgenderism*, *20*(1), 63–80. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1453425

Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E. & Arcelus, J. (2019b). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: a case control study. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 251–262. https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346

Kaptan, S., Cesur, E., Başar, K. & Yüksel, Ş. (2021). Gender Dysphoria and Perceived Social Support: A Matched Case-Control Study. *The Journal of Sexual Medicine*, *18*(4), 812–820. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.01.174

Klein, A. & Golub, S. A. (2016). Family Rejection as a Predictor of Suicide Attempts and Substance Misuse Among Transgender and Gender Nonconforming Adults. *LGBT Health*, *3*(3), 193–199. https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111

Koehler, A., Eyssel, J. & Nieder, T. O. (2018). Genders and Individual Treatment Progress in (Non-)Binary Trans Individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(1), 102–113. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007

Köhler, A., Becker, I., Richter-Appelt, H., Cerwenka, S., Kreukels, B., van de Grift, T., Elaut, E., Heylens, G. & Nieder, T. O. (2019). Behandlungserfahrungen und soziale Unterstützung bei Personen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie: Eine ENIGI 5-Jahres-Follow-Up-Studie in drei europäischen Ländern [Treatment Experiences and Social Support in Individuals with Gender Incongruence/Gender Dysphoria - A ENIGI 5 Year Follow-Up Study in Three European Countries].

Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, *69*(8), 339–347. https://doi.org/10.1055/a-0806-6892

Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J. & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *The American journal of psychiatry*, *158*(3), 433–439. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.433

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Auflage). *Grundlagentexte Methoden*. Beltz Juventa.

Levitan, N., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M. & Becker-Hebly, I. (2019). Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(11), 1487–1498. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6

Lewis, T. O., Barreto, M. & Doyle, D. M. (2023). Stigma, identity and support in social relationships of transgender people throughout transition: A qualitative analysis of multiple perspectives. *Journal of Social Issues*, *79*(1), 108–128. https://doi.org/10.1111/josi.12521

Littman, L. (2021). Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Archives of Sexual Behavior.* Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w

MacKinnon, K. R., Gould, W. A., Ashley, F., Enxuga, G., Kia, H. & Ross, L. E. (2022). (De)Transphobia: Examining the Socio-Politically Driven Gender Minority Stressors Experienced by People Who Detransitioned. *Bulletin of Applied Transgender Studies*(Vol. 1, Nr. 3-4), 235–259.

MacKinnon, K. R., Kia, H., Salway, T., Ashley, F., Lacombe-Duncan, A., Abramovich, A., Enxuga, G. & Ross, L. E. (2022). Health Care Experiences of Patients Discontinuing or Reversing Prior Gender-Affirming Treatments. *JAMA network open*(5(7). doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.24717

Manrique, O. J., Adabi, K., Martinez-Jorge, J., Ciudad, P., Nicoli, F. & Kiranantawat, K. (2018). Complications and Patient-Reported Outcomes in Male-to-Female Vaginoplasty-Where We Are Today: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of plastic surgery*, *80*(6), 684–691. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001393

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1999). *FBB - Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung* (1. Aufl.). Hogrefe-Verlag. https://www.testzentrale.de/shop/fragebogen-zur-beurteilung-der-behandlung.html#1+1

Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K. & Schmidt, G. (2021). Transidentität in Jugend und Adoleszenz: Zur Veränderung der Sexratio und der Prävalenz in den letzten eineinhalb Jahrzehnten [Changes of sex ratio and prevalence in transgender teenagers over the past 15 years]. *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *49*(2), 93–100. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000763

Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R [Randi], Radix, A., Schechter, L. & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated

etiologies. *Annals of translational medicine*, *9*(7), 605. https://doi.org/10.21037/atm-20-6204

Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W. & Mustanski, B. (2020). High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(2), 645–659. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9

Nieder, Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L. & Becker-Hebly, I [I.] (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *Journal of Sexual Medicine*(18 (3), 632–645. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010

Nieder, T. O. & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. *Zeitschrift für Sexualforschung*, *32*(02), 70–79. https://doi.org/10.1055/a-0895-8176

Olsavsky, A. L., Grannis, C., Bricker, J., Chelvakumar, G., Indyk, J. A., Leibowitz, S. F., Mattson, W. I., Nelson, E. E., Stanek, C. J. & Nahata, L. (2023). Associations Among Gender-Affirming Hormonal Interventions, Social Support, and Transgender Adolescents' Mental Health. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *72*(6), 860–868. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.01.031

Papadopulos, N. A., Ehrenberger, B., Zavlin, D., Lellé, J.-D., Henrich, G., Kovacs, L., Herschbach, P., Machens, H.-G. & Schaff, J. (2021). Quality of Life and Satisfaction in Transgender Men After Phalloplasty in a Retrospective Study. *Annals of plastic surgery*, *87*(1), 91–97. https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002693

Pazos Guerra, M., Gómez Balaguer, M., Gomes Porras, M., Hurtado Murillo, F., Solá Izquierdo, E. & Morillas Ariño, C. (2020). Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.)*, *67*(9), 562–567. https://doi.org/10.1016/j.endien.2020.03.005

Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B. & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 281–286. https://doi.org/10.1037/sgd0000122

Pigot, G. L. S., Al-Tamimi, M., Nieuwenhuijzen, J. A., van der Sluis, W. B., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., van de Grift, T. C. & Bouman, M.-B. (2020). Genital Gender-Affirming Surgery Without Urethral Lengthening in Transgender Men-A Clinical Follow-Up Study on the Surgical and Urological Outcomes and Patient Satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(12), 2478–2487. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.004

Pigot, G. L. S., Al-Tamimi, M., Ronkes, B., van der Sluis, T. M., Özer, M., Smit, J. M., Buncamper, M. E., Mullender, M. G., Bouman, M.-B. & van der Sluis, W. B. (2019). Surgical Outcomes of Neoscrotal Augmentation with Testicular Prostheses in Transgender Men. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(10), 1664–1671. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.020

Post Trans. (2023, 20. August). *Post Trans - Detransition Stories*. https://post-trans.com/

Pulice-Farrow, L., Clements, Z. A. & Galupo, M. P. (2017). Patterns of transgender microaggressions in friendship: the role of gender identity. *Psychology & Sexuality*, *8*(3), 189–207. https://doi.org/10.1080/19419899.2017.1343745

Richards, C. & Doyle, J. (2019). Detransition rates in a large national gender identity clinic in the UK. *Counselling Psychology Review*, *34*(1), 60–66. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=136819801&lang=de&site=ehost-live&scope=site

Romano, G., Bouaoud, J., Schmidt, M., Rausky, J., Stivala, A., Atlan, M. & Cristofari, S. (2023). Improvements in Transgender Masculinizing Chest Surgery: A Pilot Study of a Tailored Approach with a Life Satisfaction Assessment. *Transgender Health*, Artikel trgh.2021.0212. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0212

Rowlands, S. & Amy, J.-J. (2018). Preserving the reproductive potential of transgender and intersex people. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*, *23*(1), 58–63. https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1422240

Shen, W.-C. V. & Shen, B.-H. (2023). Partial Regret After Gender Affirmation Surgery of a 35-Year-Old Taiwanese Transgender Woman. *Archives of sexual behavior*(52), 1345–1351. https://doi.org/10.1007/s10508-022-02442-0

Sun, C.-F., Xie, H., Metsutnan, V., Draeger, J. H., Lin, Y., Hankey, M. S. & Kablinger, A. S. (2023). The mean age of gender dysphoria diagnosis is decreasing. *General psychiatry*, *36*(3), e100972. https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100972

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K. & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(1), 65–77. https://doi.org/10.1037/sgd0000081

Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J. & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*(5), 452–459. https://doi.org/10.1037/a0029604

To, M., Zhang, Q., Bradlyn, A., Getahun, D., Giammattei, S., Nash, R., Owen-Smith, A. A., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S. & Goodman, M. (2020). Visual Conformity With Affirmed Gender or "Passing": Its Distribution and Association With Depression and Anxiety in a Cohort of Transgender People. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(10), 2084–2092. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.019

Tollit, M. A., May, T., Maloof, T., Telfer, M. M., Chew, D., Engel, M. & Pang, K. (2023). The clinical profile of patients attending a large, Australian pediatric gender service: A 10-year review. *International Journal of Transgender Health*, *24*(1), 59–69. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1939221

Turban, J. L., Carswell, J. & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding Pediatric Patients Who Discontinue Gender-Affirming Hormonal Interventions. *JAMA Pediatrics*, *172*(10), 903–904. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817

Turban, J. L., Dolotina, B., King, D. & Keuroghlian, A. S. (2022). Sex Assigned at Birth Ratio Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in the United States. *Pediatrics*, *150*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2022-056567

Turban, J. L. & Keuroghlian, A. S. (2018). Dynamic Gender Presentations: Understanding Transition and "De-Transition" Among Transgender Youth. *Journal of the American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *57*(7), 451–453. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.03.016

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. *J Homosex*, 1–19. https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Blok, C. J. M. de, Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., Jongh, R. T. de, Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C. & 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. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016

Yoo, A. (2018). Transition Regret and Detransition. In *Lesbian, gay, bisexual, and transgender Americans at risk: Problems and solutions: Adults, Generation X, and Generation Y., Vol. 2* (Vol. 2, S. 181–191). Praeger/ABC-CLIO. https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5267458

Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulos, L., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S. & Goodman, M. (2021). Changes in Size and Demographic Composition of Transgender and Gender Non-Binary Population Receiving Care at Integrated Health Systems. *Endocrine Practice*, *27*(5), 390–395. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich

- die Arbeit selbständig verfasst habe,
- nur die im Quellen- und Literaturverzeichnis genannten Hilfsmittel benutzt habe und
- alle aus Quellen und Literatur wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht sowie ihre Fundstellen nachgewiesen wurden.

Die eingereichte elektronische Fassung ist mit den gedruckten Exemplaren identisch.
Ich stimme der Nutzung meiner Arbeit, ihrer Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung (auch an Dritte) zum Zweck der Plagiatsüberprüfung - auch als Referenzmaterial für zukünftige Prüfungen - zu.

Hamburg, den 29.08.2023

_____

Phillipp Ebert

Anlagen

Anlagenverzeichnis

A. Fallzusammenfassung der qualitativen Analysestichprobe 76
B. Kategorienbildung 79
C. Fragebogen 84
i. Demografische Daten 84
ii. Demografie Geschlecht 85
iii. Behandlungserfahrung 89
iv. Zufriedenheit Behandlung 90
v. Transition Erfahrung 91
vi. Detransition Erfahrung 94
vii. Vor End Seite 96
viii. Kontaktierung Eingabe 97
ix. Endseite 97

A. Fallzusammenfassung der qualitativen Analysestichprobe

Person	Beschreibung	Alter	Zuweisungs -geschlecht	Geschlechts -identität	Sexualität
C	Immer noch trans, hat durch Transition mehr zu sich selbst gefunden und sieht Traumata als Ursache für Gefühl trans zu sein. Hat sich auch für Detransition therapeutische Hilfe gesucht, diese dann aber doch nicht wahrgenommen, weil alleine zurecht gekommen.	47	Männlich	Detrans Mann	Bisexuell
G	Möchte Mastektomie, hat Vorgespräche für HRT, aber noch keine Behandlung wahrgenommen, weil ins Ausland möchte und Behandlung dort unklar, wünscht sich, Zweifel in Therapie ansprechen zu können.	27	Weiblich	Nicht-binär, Andere: keine	Andere
O	Hat keine qualitativen Anmerkungen gemacht. Gibt als Gründe für Detransition finanzielle Ursachen und Diskriminierung, sowie fehlende soziale Unterstützung an. Erhält immer noch Hormonbehandlung.	48	Männlich	Trans Frau	Bisexuell
A	Hat in der Transition negative Erfahrungen mit einer Therapeutin gemacht, die die HRT verzögert hat, was zur Destabilisierung geführt hat, HRT wurde nur als Mittel zur Erreichung der Mastektomie eingenommen.	30	Weiblich	Detrans Frau, Nicht-binär, Genderfluid, Androgyn, Genderqueer	Bisexuell
F	Hatte in der Transition lediglich ein binäres und transnormatives Geschlechterbild, wusste nicht, dass Abbruch eine Option ist, hat HRT und Mastektomie machen lassen, assoziiert Grund für Transition mit Trauma.	21	Weiblich	Nicht-binär	Bisexuell
J	Hat während Transition festgestellt, dass nicht-binär das bessere Label ist, es mehrere Geschlechtsoptionen gibt, hat HRT	26	Weiblich	Nicht-binär	Bisexuell

	dann abgesetzt und empfindet tiefe Stimme als angenehm.				
N	Vor Transition schon lesbisch, aber stets diskriminiert und dadurch depressiv geworden, gedacht trans zu sein, HRT hat wenig geändert, was als positiv empfunden wird, nimmt in Detransition erneut Therapie war, um an sich zu arbeiten, in Transition nur gemacht, weil sie vorgeschrieben war.	27	Weiblich	Frau, Detrans Frau	Lesbisch
P	Internalisierte Homophobie + Mysogynie aufgrund von Missbrauch als Transitionsursache HRT wurde zu schnell verschrieben, mittlerweile ausgesetzt, bereut Transition.	27	Weiblich	Frau	Lesbisch
Q	Gesundheitliche Probleme auch nach Detransition wegen HRT, Vorgenommene Änderungen (HRT+ Mastektomie) werden als belastend empfunden, Realisierung, dass Transition Flucht vor Homophobie + Mysogynie + Traumata darstellte, hätte sich Ausklärung über Alternativen gewünscht.	27	Weiblich	Frau	Lesbisch
E	Hat 8 Jahre HRT genommen und Mastektomie + Hysterektomie, hat festgestellt, dass der Wunsch nach diesen Eingriffen andere Gründe hatte und bereut diese nun, trägt auch Silikoneinlagen, fühlt sich mit Detransition insgesamt wohl.	26	Weiblich	Detrans Frau	Hetero-sexuell
K	Therapeutin hat nur trans-affirmativ behandelt und Zweifel aktiv weggekehrt, starkes Bereuen aller vorgenommener Eingriffe, nimmt mittlerweile Östrogen, denkt, dass man das Geschlecht nicht ändern kann.	30	Weiblich	Frau	Bisexuell
L	Empfindet Geschlechtsdysphorie als rein psychische Ursache, denkt dass diese nur mit Psychotherapie behandelt werden sollte, bereut HRT, sorgt sich um Krebsrisiko.	29	Weiblich	Frau	Hetero-sexuell

M	Über 10 Jahre als Mann gelebt, bis zum Erleben einer Vergewaltigung, dadurch Verunsicherung, Anstoß zur Reflektion der Kindheit, assoziiert Probleme nicht mehr nur auf Transidentität.	30	Weiblich	Frau, Detrans Frau	Bisexuell
W	Schwankende (Geschlechts-)Identität, hat Bedenken bei Therapeut geäußert, trotzdem GI Diagnose und Behandlung erhalten, vermutet aber Fehldiagnose. Verspürt sowohl Körper- als auch Sozialdysphorie. Starke Belastung durch Symptome begleitender klinischer Diagnosen. Bereut HRT.	18	Weiblich	Andere: Keine	Keine Angabe

B. Kategorienbildung

Name: Erfahrungen während der Transition	
Inhaltliche Beschreibung	Die Kategorie umfasst alle Erfahrungen, welche während der ersten Geschlechtsangleichung von Zuweisungsgeschlecht zu (primären) Wunschgeschlecht gemacht wurden und sich auf die entsprechende Behandlung beziehen.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird kodiert, wenn es sich um eine Antwort unter dem Abschnitt „Transition“ des Fragebogens handelt, sowie wenn es sich um erstmalige Eingriffe hin zum (primären) Wunschgeschlecht handelt.
Beispiele für Anwendungen	„Auch war mir in meiner Transition nie bewusst, dass ich aufhören könnte, die Option wurde mir nie gegeben und so hatte ich das Gefühl, dass ich alles durchziehen muss und irgendwann hatte ich dann das Gefühl, dass ich irgendwie zu weit gegangen wäre in meiner Transition“ (F, Pos. 1)
Abgrenzung zu anderen Kategorien	Die Kategorie wird nicht codiert, wenn sich die Aussage auf eine Bewertung der Nachwirkungen der in der Transition vorgenommenen Änderungen bezieht. In diesen Fällen wird die Kategorie „Erfahrungen während der Detransition“ kodiert: „Meine Stimme ist durch das Testosteron leider tiefer geworden und da sind Menschen oft unsicher ob ich eine sie oder ein er bin, das macht mir zu schaffen“ (E, Pos.10)

Name: Erfahrungen während der Detransition	
Inhaltliche Beschreibung	Die Kategorie umfasst alle Erfahrungen, welche während der zweiten oder weiteren Geschlechtsangleichung von (primären) Wunschgeschlecht zu (sekundären) Wunschgeschlecht oder Zuweisungsgeschlecht gemacht wurden und sich auf die entsprechende Behandlung beziehen.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn es sich um eine Antwort unter dem Abschnitt „Detransition“ des Fragebogens handelt und wenn die genannten Aspekte sich auf Änderungen oder Nachwirkungen von bereits durchgeführten Eingriffen beziehen.
Beispiele für Anwendungen	„Während meiner Detransition habe ich hauptsächlich die Themata bearbeitet, die ich als Ursache für die Gesamtheit meiner negativen Entwicklungen sehe“ (C, Pos. 14)

Abgrenzung zu anderen Kategorien	Die Kategorie wird nicht codiert, wenn sich die Aussage auf eine Bewertung der in der Transition vorgenommenen Änderungen bezieht. In diesen Fällen wird die Kategorie „Erfahrungen während der Transition“ kodiert: „(Ich setzte die HRT ab, der Stimmbruch blieb, was ich auch als angenehm empfand.) Die nervigen monatlichen ärzt*Innentermine zum Spritzen und bei endos könnte ich so umgehen“ (J, Pos. 3)
Name: Erfahrungen in der Psychotherapie	
Inhaltliche Beschreibung	Mit Psychotherapie sind Maßnahmen zur psychotherapeutischen Begleitung oder Diagnostik der Transition und Detransition gemeint.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn es sich um eine Antwort unter dem Abschnitt „Psychotherapie“ des Fragebogens handelt, sowie wenn es sich um die therapeutische Begleitung oder Diagnostik hin zum Wunschgeschlecht handelt.
Beispiele für Anwendungen	„Der eine Therapeut für Trans Menschen, den es bei uns in der Umgebung gab, bestand darauf, dass ich in seine Selbsthilfegruppe komme, bevor eine Therapie möglich ist“ (20, Pos. 8)
Weitere Anwendungen	Die Kategorie wird auch codiert, wenn Erfahrungen mit Psychotherapie berichtet werden, deren Ziel nicht die Behandlung einer Geschlechtsdysphorie darstellt: „Meine Traumatherapeutin stand mir eng und wertfrei zur Seite, was definitiv für eine solche Begleitung spricht“ (A, Pos. 9)

Name: Erfahrungen in der Endokrinologie	
Inhaltliche Beschreibung	Gesammelt werden hier alle Erfahrungen, welche in den Fachbereich der Endokrinologie fallen, idR also die Hormonersatztherapie.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn es sich um eine Antwort unter dem Abschnitt „Endokrinologie“ des Fragebogens handelt, sowie wenn es sich um die endokrinologische Behandlung hin zu einem Wunschgeschlecht handelt.
Beispiele für Anwendungen	„Ich […] habe 8 Jahre Testosteron genommen“ (E, Pos. 1)

Name: Andere (Behandlungs-) Erfahrungen	
Inhaltliche Beschreibung	Hier finden sich alle sonstigen Behandlungsfelder wieder, die in den anderen Kategorien nicht repräsentiert werden.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn es sich um eine Antwort unter dem Abschnitt „Behandlung“ des Fragebogens handelt und die sich mit geschlechtsangleichenden Maßnahmen beschäftigt, die nicht der Psychotherapie, der Endokrinologie oder den Operativen Eingriffen zuzuordnen sind.
Beispiele für Anwendungen	„[Ich mache] seit ca 8 Monaten eine Lasertherapie damit der Bart weggeht “ (E, Pos. 11)

Name: Erfahrungen mit Operativen Eingriffe	
Inhaltliche Beschreibung	Zu den Operativen Eingriffen werden nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle Behandlungsmaßnahmen, welche durch die chirurgische Öffnung von Haut oder Schleimhaut charakterisiert sind, gezählt.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn es sich um eine Antwort unter dem Abschnitt „Operative Eingriffe“ des Fragebogens handelt, sowie wenn es sich um die operative Angleichung hin zu einem Wunschgeschlecht handelt.
Beispiele für Anwendungen	„Mastektomie, Hyste(re)ktomie“ (E, Antwort auf Frage nach durchgeführten Eingriffen der Transition)
Weitere Anwendungen	Die Kategorie wird auch codiert, wenn es sich um Folgen der vorgenommenen operativen Eingriffe, sowie deren ästhetische Bewertung handelt: „Ich fühle mich ab und an unwohl weil ich meine Brüste in der Zeit zum Mann wegoperieren lassen habe (…)“ (E, Pos. 10)
Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional)	Die Kategorie wird nicht codiert, wenn es sich um körperliche Eingriffe handelt, bei denen die Öffnung der Haut lediglich durch eine Injektion von beispielsweise Hormonen geschieht. In diesen Fällen wird die Kategorie „Erfahrungen in der Endokrinologie“ kodiert. Außerdem werden körperliche Eingriffe, bei denen keine Öffnung der Haut stattfindet, unter „Erfahrungen mit Anderen Behandlungen“ kodiert: „[Ich mache] seit ca 8 Monaten eine Lasertherapie damit der Bart weggeht “ (E, Pos. 11)

Name: Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen	
Inhaltliche Beschreibung	Hierunter werden alle Erfahrungen mit von Betroffenen oder Expert:innen geleiteten Selbsthilfegruppen gefasst.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn es sich um eine Antwort unter dem Abschnitt Behandlung“ des Fragebogens handelt und die sich mit geschlechtsangleichenden Maßnahmen beschäftigt, die nicht der Psychotherapie, der Endokrinologie oder den Operativen Eingriffen zuzuordnen sind.
Beispiele für Anwendungen	„Selbsthilfegruppe für Opfer toxischer Beziehungen“ (C, Pos. 8)
Weitere Anwendungen (optional)	Die Kategorie wird auch codiert, wenn es sich um organisierte Möglichkeiten zur Begegnung mit anderen Menschen handelt, die nicht als Selbshilfegruppe bezeichnet werden, aber einen ähnlichen Zweck erfüllen. „Jugendtreff für LGBTQ“ (E, Pos. 6)

Name: Positiv	
Inhaltliche Beschreibung	In dieser Kategorie werden alle Behandlungserfahrungen gesammelt, welche mit einer positiven Valenz beschrieben werden.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn Aspekte zu gewünschten Behandlungsergebnissen oder- Verläufen, sowie deren Nebenwirkungen berichtet werden.
Beispiele für Anwendungen	„dem optischen Ergebnis“ (Q, Antwort auf Frage nach positiven Erfahrungen mit operativen Eingriffen)

Name: Negativ	
Inhaltliche Beschreibung	In dieser Kategorie werden alle Behandlungserfahrungen gesammelt, welche mit einer negativen Valenz beschrieben werden.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn Aspekte zu unerwünschten Behandlungsergebnissen oder- Verläufen, sowie deren Nebenwirkungen berichtet werden.
Beispiele für Anwendungen	„Meine Stimme ist durch das Testosteron leider tiefer geworden“ (E, Pos. 10)

Name: Neutral	
Inhaltliche Beschreibung	In dieser Kategorie werden alle Behandlungserfahrungen gesammelt, welche mit einer neutralen Valenz beschrieben werden.
Anwendung der Kategorie	Die Kategorie wird codiert, wenn Aspekte zu Behandlungsergebnissen oder- Verläufen, sowie deren Nebenwirkungen berichtet werden, welche nicht als positiv, negativ oder ambivalent beschrieben werden.
Beispiele für Anwendungen	„Ein Wiederaufbau der Brust kommt aus medizinischen und ästhetischen Gründen derzeit nicht für mich in Frage“ (N, Pos. 7)

C. Fragebogen

i. Demografische Daten

Die folgenden Fragen befassen sich zunächst mit allgemeinen Angaben zu Ihrer Person.

Bitte teilen Sie uns Ihr Alter in ganzen Jahren mit. (Freitext)

Welches ist Ihr höchster allgemeiner Schulabschluss?

- Kein Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Haupt-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/ Mittlere Reife/ Fachschulreife
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- Fachhochschulreife/ Abschluss Fachoberschule
- Allgemeine/ fachgebundene Hochschulreife/ Abitur
- Universitätsabschluss
- Anderer Schulabschluss, und zwar: (Freitext)

Leben Sie aktuell oder lebten Sie während, beziehungsweise nach Ihrer Detransition in Deutschland?

Falls Sie derzeit oder seit Ihrer Detransition in einem anderen Land leben, geben Sie dies bitte an.

- Ja, ich habe nach meiner Detransition in Deutschland gelebt/lebe aktuell in Deutschland
- Nein, ich lebe/lebte in einem anderen Land, und zwar (Freitext)

Wurden Sie selbst, ein Elternteil oder beide Ihrer Elternteile in einem anderen Land als Deutschland geboren?

- Nein
- Ja, und zwar:

Welche berufliche Position nehmen Sie ein?

- Arbeiter:in
- Angestellter:in
- Beamter:in/Soldat:in
- Selbstständige:r
- Schüler:in/Student:in
- Arbeitssuchende:r
- Rentner:in
- Andere, und zwar:

Wie hoch ist Ihr monatliches Nettoeinkommen?

- Unter 500€
- 500€ bis unter 1000€
- 1000€ bis unter 2000€
- 2000€ bis unter 3000€
- 3000€ bis unter 4000€
- 4000€ bis unter 5000€
- 5000€ bis unter 6000€
- 6000€ und mehr

Wie beschreiben Sie Ihre sexuelle Orientierung?

- Schwul
- Bisexuell
- Lesbisch
- Heterosexuell
- Keine Angabe
- Andere, und zwar:

ii. Demografie Geschlecht

In dem folgenden Abschnitt geht es um Ihr Geschlecht, Ihre Geschlechtsidentität und auch um Ihre Transition und Detransition.

Welches Geschlecht wurde Ihnen bei Ihrer Geburt zugewiesen?

- Männlich
- Weiblich
- Divers
- Kein Eintrag

Wie würden Sie Ihre Geschlechtsidentität heute beschreiben?

Mehrfachnennung möglich

- Mann
- Frau
- Trans Mann
- Trans Frau
- Detrans Mann
- Detrans Frau
- Nicht-binär
- Andere, und zwar:

Wie erleben Sie die Veränderbarkeit Ihrer Geschlechtsidentität aktuell?

Meine Geschlechtsidentität ist unveränderbar; verändert sich nicht über die Zeit.
- stimmt nicht
- stimmt manchmal
- stimmt

Meine Geschlechtsidentität ist veränderbar; verändert sich in Abhängigkeit von der Umgebung.
- stimmt nicht
- stimmt manchmal
- stimmt

Meine Geschlechtsidentität ist veränderbar; verändert sich über die Zeit hinweg.
- stimmt nicht
- stimmt manchmal
- stimmt

Ich erkunde gegenwärtig meine Geschlechtsidentität.
- stimmt nicht
- stimmt manchmal
- stimmt

Wie erleben Sie die Veränderbarkeit Ihrer Geschlechtsidentität allgemein?

Meine Geschlechtsidentität ist unveränderbar; verändert sich nicht über die Zeit.
- stimmt nicht
- stimmt manchmal
- stimmt

Meine Geschlechtsidentität ist veränderbar; verändert sich in Abhängigkeit von der Umgebung.
- stimmt nicht
- stimmt manchmal
- stimmt

Meine Geschlechtsidentität ist veränderbar; verändert sich über die Zeit hinweg.
- stimmt nicht
- stimmt manchmal
- stimmt

Ich erkunde gegenwärtig meine Geschlechtsidentität.
- stimmt nicht
- stimmt manchmal
- stimmt

Wenn sie möchten, können Sie hier Ihre Einschätzung erläutern.

(FREITEXT)

Wurde bei Ihnen eine Diagnose in Bezug auf Ihre Geschlechtsidentität gestellt? (*Zum Beispiel sog. „Geschlechtsdysphorie“)*

Wenn ja, geben Sie bitte den ungefähren Zeitraum der Diagnosestellung an.

- Nein
- Ja, am: (MM.JJJJ)

Haben Sie andere Diagnosen erhalten, die Ihre Psyche betreffen?

Mehrfachnennung möglich

- Nein
- Depression
- Angststörung
- ADHS
- Autismus-Spektrum-Störung
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belasttungsstörung (PTBS)
- Andere, und zwar:

Haben Sie im Laufe Ihres Lebens eine soziale und/oder medizinische Transition begonnen und später damit aufgehört?

- Nein
- Ja, beides
- Ja, nur sozial
- Ja, nur medizinisch

Hat sich Ihre Geschlechtsidentität nach oder während Ihrer Transition erneut geändert?

- Nein
- Ja, und zwar von ... zu ... (Bitte angeben!)

Wenn Sie die Transition abgebrochen haben, was war der Grund?

Mehrauswahl möglich

- Änderung politischer Ansichten
- Fehlende Unterstützung aus dem sozialen Umfeld
- Diskriminierung
- Finanzielle Gründe
- Dysphorie ist mit der Zeit verschwunden
- Unzufriedenheit mit physischen Veränderungen
- Unzufriedenheit mit sozialen Veränderungen
- Lösung begleitender psychischer Probleme, die mit Dysphorie zusammenhingen
- Realisierung, dass Geschlechtsdysphorie mit anderen Dingen zusammenhing
- Alternativen gefunden, um mit Dysphorie umzugehen
- Nebenwirkungen der Hormonbehandlung
- Gesundheitliche Gründe, und zwar:
- Andere, und zwar:

Wenn sie möchten, können Sie hier Ihre Gründe für die Detransition bzw. den Abbruch Ihrer Transition erläutern

(FREITEXT)

Körperdysphorie beschreibt das starke Verlangen danach, die körperlichen Geschlechtsmerkmale des/eines anderen Geschlechts zu besitzen oder das eigene Geschlecht abzulehnen.

Haben Sie *Körperdysphorie* erlebt?

- Nein
- Ja

Soziale Dysphorie beschreibt das starke Verlangen, wie jemand des/eines anderen Geschlechts behandelt zu werden.

Haben Sie *soziale Dysphorie* erlebt?

- Nein
- Ja
-

Falls Sie zu diesen Fragen Ergänzungen oder Anmerkungen haben, können Sie diese gerne hier beschreiben:

(FREITEXT)

iii. Behandlungserfahrung

In den folgenden Fragen möchten wir von Ihnen wissen, welche Behandlung Sie im Laufe der Transition bzw. Detransition erhalten haben und welche Behandlungswünsche Sie möglicherweise haben. Wenn etwas nicht auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte die entsprechende Antwort an.
Erhalten Sie *derzeit* eine Hormonbehandlung?

Bitte geben Sie das Medikament und das Datum in folgendem Format an: Medikament; MM.JJJJ

- Nein, bisher keine
- Nein, Hormonbehandlung mit ... wurde ausgesetzt seit ...
- Ja, Pubertät unterdrückende Hormone, und zwar ... seit ...
- Ja, geschlechtsangleichende Hormone, und zwar ... seit ...
- Andere Hormone, und zwar ... seit ...

Wenn Sie bisher keine Hormonbehandlung erhalten haben, wünschen Sie sich eine Behandlung durch Hormone?

- Nein
- Trifft nicht zu, Behandlung findet bereits statt
- Ja, Wunsch nach Pubertät unterdrückenden Hormonen
- Ja, Wunsch nach geschlechtsangleichenden Hormonen
- Andere, und zwar:

Haben Sie bereits Operationen oder bestimmte medizinische Eingriffe durchführen lassen?

- Nein
- Ja, und zwar:
- Nein, bisher keine
- Nein, ich möchte keine Eingriffe rückgängig machen

Sind darunter Eingriffe oder Operationen, die Sie bereits rückgängig gemacht haben?

- Ja, und zwar:
- Trifft nicht zu

Wünschen Sie sich bestimmte operative Eingriffe?

- Nein
- Ja, und zwar:

iv. Zufriedenheit Behandlung

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrer Zufriedenheit mit der von Ihnen erhaltenen medizinischen Behandlung.

Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung durch die Pubertät unterdrückenden Hormone?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Mittelmäßig
- Zufrieden
- Sehr zufrieden
- Trifft nicht zu

Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Einschätzung zu den Pubertät unterdrückenden Hormonen erläutern, falls zutreffend.

- Ich bin zufrieden mit:
- Ich bin unzufrieden mit:

- Sehr unzufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung durch die geschlechtsangleichenden Hormone?

- Unzufrieden
- Mittelmäßig
- Zufrieden
- Sehr zufrieden
- Trifft nicht zu

Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Einschätzung zu den Pubertät unterdrückenden Hormonen erläutern, falls zutreffend.

- Ich bin zufrieden mit:
- Ich bin unzufrieden mit:

Wie zufrieden sind Sie mit dem/den operativen Eingriff/en?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Mittelmäßig
- Zufrieden
- Sehr zufrieden
- Trifft nicht zu

Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Einschätzung zu Ihren operativen Eingriffen erläutern, falls zutreffend.

- Ich bin zufrieden mit:
- Ich bin unzufrieden mit:

Haben Sie medizinische Behandlungen vollzogen, die Sie bedauern oder bereuen?

- Nein
- Ja, und zwar:

Wenn Sie möchten, können Sie hier die Gründe für Ihr Bedauern oder Bereuen beschreiben

FREITEXT

v. Transition Erfahrung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre konkreten Erfahrungen während der Transition. Damit ist der erste Prozess der Geschlechtsangleichung gemeint.

Im Anschluss daran erwartet Sie ein Abschnitt, der sich mit Ihrer Detransition befasst. Sie werden später erneut darauf hingewiesen.

Wenn Sie eine soziale Transition vorgenommen haben, wann war deren Beginn?
Denken Sie hier zum Beispiel an die erste Nutzung anderer Personalpronomen oder Vornamen.

Wenn Sie das genaue Datum nicht kennen, wählen Sie bitte den ersten Tag, des betreffenden Monats aus (z.B. 01.10.2019, wenn neuer Vorname erstmalig im Oktober 2019 genutzt wurde).

Wenn Sie eine medizinische Transition vorgenommen haben, wann war deren Beginn?
Gemeint ist hier zum Beispiel die erste Einnahme von geschlechtsangleichenden Hormonpräparaten, wenn dies vor anderen möglichen Eingriffen stattgefunden hat.

Wenn Sie das genaue Datum nicht kennen, wählen Sie bitte den ersten Tag, des betreffenden Monats aus (z.B. 01.10.2019, wenn Pubertätsblocker erstmalig im Oktober 2019 genutzt wurden).

Welches Geschlecht war das Ziel Ihrer Transition?

- Männlich
- Weiblich
- Nicht-binär
- Andere, und zwar:

Welche Beratungs- oder Behandlungsmöglichkeiten haben Sie bei Ihrer **Transition** in Anspruch genommen?

Mehrfachauswahl möglich

- Keine
- Ambulante psychologische/psychotherapeutische Behandlung
- Begleitung/Behandlung bei einer:m niedergelassenen Spezialist:in für Geschlechtsidentität
- Stationäre Behandlung (in einer Klinik)
- Andere Behandlung oder Beratung, und zwar:
- Selbsthilfegruppe (online und offline), und zwar:
- Beratungswebsites, und zwar:

Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Gründe für oder gegen die angegebenen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten erläutern.

(FREITEXT)

Wie wichtig sind oder waren die auf Sie zutreffenden Behandlungserfahrungen der **Transition** für Sie?

Psychiatrische/Psychotherapeutische Behandlung oder Begleitung (Gespräche)

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig

Pubertät unterdrückende Hormone

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig

Geschlechtsangleichende Hormone

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig

Selbsthilfegruppe

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig

Operative Eingriffe

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig

Anderes, und zwar:

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig

Haben Sie während Ihrer **Transition** eine psychotherapeutische Behandlung/Begleitung wahrgenommen?

- Nein
- Ja

Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Ihre Gründe für oder gegen die psychotherapeutischen Behandlung/Begleitung erläutern

(FREITEXT)

Wer hat Sie bei Ihrer T**ransition** unterstützt?

- Eine LGBT+ Organisation
- Eine trans-spezifische Organisation
- Der/die Therapeut:in oder Ärzt:in, der/die mich bei meiner Transition begleitet hat
- Ein:e neu:e Therapeut:in/Ärzt:in
- Online Gruppen/Social Media
- Freund:innen, Partner:in(nen) und Familie
- Niemand
- Andere, und zwar:

Falls Sie zu diesen Fragen Ergänzungen oder Anmerkungen haben, können Sie diese gerne hier beschreiben:

(FREITEXT)

vi. Detransition Erfahrung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre konkreten Erfahrungen während Ihrer Detransition.

Wenn Sie eine soziale Detransition vorgenommen haben, wann war deren Beginn? Denken Sie hier zum Beispiel an die erste Nutzung anderer Personalpronomen oder Vornamen.

Wenn Sie das genaue Datum nicht kennen, wählen Sie bitte den ersten Tag des betreffenden Monats aus (z.B. 01.10.2019, wenn neuer Vorname erstmalig im Oktober 2019 genutzt wurde).

Wenn Sie eine medizinische Detransition vorgenommen haben, wann war deren Beginn? Gemeint ist hier zum Beispiel der Zeitpunkt des Absetztens von geschlechtsangleichenden Hormonpräparaten, wenn dies vor anderen möglichen Eingriffen stattgefunden hat.

Wenn Sie das genaue Datum nicht kennen, wählen Sie bitte den ersten Tag des betreffenden Monats aus (z.B. 01.10.2019, wenn Pubertätsblocker erstmalig im Oktober 2019 abgesetzt wurden).

Welches Geschlecht war das Ziel Ihrer Detransition?

- Männlich
- Weiblich
- Nicht-binär
- Andere, und zwar:

Welche Beratungs- oder Behandlungsmöglichkeiten haben Sie während Ihrer Det**ransition** in Anspruch genommen?

Mehrfachauswahl möglich

- Keine
- Ambulante psychologische/psychotherapeutische Behandlung/Beratung
- Begleitung/Behandlung bei einer:m niedergelassenen Spezialist:in für Geschlechtsidentität
- Stationäre Behandlung (in einer Klinik)
- Endokrinolog:in
- Andere Behandlung oder Beratung, und zwar:
- Selbsthilfegruppe (online und offline), und zwar:
- Beratungswebsites, und zwar:

Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Gründe für oder gegen die angegebenen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten erläutern.

(FREITEXT)

Wie wichtig sind oder waren die auf Sie zutreffenden Behandlungserfahrungen der Det**ransition** für Sie?

Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung oder Begleitung (Gespräche)

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig
- Trifft nicht zu

Pubertät unterdrückende Hormone

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig
- Trifft nicht zu

Geschlechtsangleichende Hormone

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig
- Trifft nicht zu

Operative Eingriffe

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig
- Trifft nicht zu

Selbsthilfegruppe

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig
- Trifft nicht zu

Anderes, und zwar:

- Völlig unwichtig

- Eher unwichtig
- Weder noch
- Eher wichtig
- Sehr wichtig
- Trifft nicht zu

Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Einschätzung erläutern.

(FREITEXT)

Haben Sie während Ihrer Det**ransition** eine psychotherapeutische Behandlung/Begleitung und Unterstützung wahrgenommen?

- Nein
- Ja

Wenn Sie möchten, können Sie hier Ihre Ihre Gründe für oder gegen die psychotherapeutischen Behandlung/Begleitung erläutern.

(FREITEXT)

Wer hat Sie bei Ihrer **Detransition** unterstützt?

Mehrfachauswahl möglich

- Eine LGBT+ Organisation
- Eine trans-spezifische Organisation
- Der/Die Therapeut:in oder Ärzt:in, der/die mich bei meiner Transition begleitet hat
- Ein:e neu:e Therapeut:in/Ärzt:in
- Online Gruppen /Social Media
- Freund:innen, Partner:in(nen) und Familie
- Niemand
- Andere, und zwar:

Falls Sie zu diesen Fragen Ergänzungen oder Anmerkungen haben, können Sie diese gerne hier beschreiben:

(FREITEXT)

vii. Vor End Seite

Sie befinden Sich nun fast am Ende der Befragung. Falls Sie weitere Ergänzungen oder Anmerkungen haben, können Sie diese gerne hier beschreiben:

Bitte beenden Sie die Befragung auf der nächsten Seite, indem Sie auf "Weiter" klicken.

(FREITEXT)

Ihre Antworten wurden anonym gespeichert. Es ist derzeit kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Für spätere Folgebefragungen und falls Sie Ihre Daten zu einem späteren Zeitpunkt löschen möchten, ist es notwendig, Ihre Daten zuordnen zu können.

Dazu benötigen wir neben Ihrer Zustimmung auch Ihre Kontaktdaten, welche Sie auf der nächsten Seite angeben können. Die Zuordnung der Daten erfolgt dann über einen anonymisierten Code, welchen Sie ebenfalls auf der nächsten Seite generieren können.

Möchten Sie für spätere Folgebefragungen kontaktiert werden oder die Möglichkeit haben, ihre Daten später löschen zu lassen?
Es ergeben sich für Sie keine Nachteile, wenn Sie Ihre Kontaktdaten nicht angeben möchten.

- Nein, ich möchte meine Kontaktdaten nicht angeben
- Ja, hiermit stimme ich der pseudonymisierten Auswertung meiner Daten zu.

viii. Kontaktierung Eingabe

Vielen Dank für Ihr Interesse an der Teilnahme weiterer Befragungen!
Im Folgenden können Sie zunächst Ihren persönlichen Code erstellen, um Ihre Daten später erneut zuordnen zu können.
Anschließend können Sie uns Ihre E-Mail Adresse nennen.

ix. Endseite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Mit Ihrer Teilnahme haben Sie einen wichtigen Beitrag zur Forschung im Bereich von Detransition in Deutschland geleistet.

Im Laufe dieser Befragung wurden Sie mit persönlichen Themen konfontiert, die Sie möglicherweise als belastend wahrgenommen haben. Sollte es Ihnen im Anschluss an die Befragung daher nicht gut gehen, können Sie sich bei folgenden Stellen Hilfe suchen:

Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Sprechzeiten Mi 09:30-11:30, Do 15:00-17:00
Tel.: 040741052225

Telefonseelsorge
Tel.: 0800 1110111 / 0800 1110222

Krisenchat
24/7 Krisenberatung per Chat oder SMS

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich außerdem gerne an:
B.Sc. Phillipp Ebert
Detrans.Befragung@googlemail.de

Sie können das Browserfenster nun schließen.