

Vorlesung „Trans-Ideologie ist wissenschaftlich nicht haltbar“¹

Eine Einordnung von Dr. Dominic Schmitz, 22.07.2026

Vorbemerkung.....	2
Punkt 1. Die Reduktion biologischen Geschlechts auf Gameten.....	3
Punkt 2. Die Neuklassifikation von Transidentität in der ICD-11.....	4
Punkt 3. Sexuelle Gewalt als vermeintliche Ursache von Genderdysphorie oder Transidentität	5
Punkt 4. Der Anstieg der F64-Diagnosen von 2013 bis 2022	7
Punkt 5. Psychische Komorbiditäten als vermeintlicher Beleg gegen Transidentität	8
Punkt 6. 36,4 % als vermeintlicher Beleg für eine geringe Stabilität von Transidentität	10
Punkt 7. Das SBGG und die angebliche Fremdbestimmung fünfjähriger Kinder	11
Punkt 8. Die Telefonanekdote über die volljährige Person in einer Wohngruppe	12
Punkt 9. Die behauptete Verbindung zwischen SBGG und medizinischer Transition.....	14
Punkt 10. Der Cass Review als vermeintlich unproblematische wissenschaftliche Autorität	15
Punkt 11. 10-jährige Kinder ohne Biologieunterricht zu jung, ihr Gender zu beurteilen	16
Punkt 12. Hormonbehandlung führe in der Regel zu geschlechtsangleichenden Operationen.....	17
Punkt 13. Die Forderung nach einem zentralen „Transregister“	18
Punkt 14. „Soziale Ansteckung“ und Rapid-Onset Gender Dysphoria.....	19
Punkt 15. Suizidalität trans Jugendlicher	21
Übergreifende argumentative und methodische Muster der Vorlesung	22
1. Vermischung unterschiedlicher Ebenen.....	22
2. Korrelationen wurden in Richtung kausaler Erklärungen verschoben.....	22
3. Asymmetrische Bewertung der Evidenz.....	23
4. Deskriptive Befunde wurden normativ oder ätiologisch überinterpretiert	23
5. Falsche Ausgewogenheit zwischen ungleich gut belegten Erklärungen	23
6. Anekdotische Evidenz und persönliche Autoritätsargumente	23
7. Pathologisierende Rahmung.....	24
8. Fehlende Definition des zentralen Begriffs.....	24
9. Unzureichende Trennung zwischen Unsicherheit und Widerlegung	24
10. Selektive Forderung nach „vernünftigen Kontrollgruppen“	25
Fazit.....	26
Weitere Beobachtungen zur Durchführung und zum Hochschulkontext	26
Literatur	27

¹ Der in der Vorlesung verwendete Titel war neutral formuliert. Leider habe ich versäumt, ihn zu notieren.

„DIE GENDER- UND **TRANS-IDEOLOGIE**, DIE BIOLOGISCHE TATSACHEN UND DEN FORSCHUNGSSTAND DER BIOLOGIE LEUGNET, VERMEINTLICHE LGBTIQ- SOWIE TRANS-RECHTE UND DAS „RECHT AUF ABTREIBUNG“ ODER „SEXUELLE IDENTITÄT“ [...] BEDROHEN DIE FREIE GESELLSCHAFT, DIE RELIGIONSFREIHEIT, DIE MEINUNGSFREIHEIT UND DAS FUNDAMENTALE RECHT AUF LEBEN – DIE GRUNDLAGE FÜR DIE AUSÜBUNG ALLER ANDEREN RECHTE UND DAS FUNDAMENT DES EUROPÄISCHEN ABENDLANDES IM ALLGEMEINEN UND DES ZEITGENÖSSISCHEN WESTENS IM BESONDEREN.“

— AUS EINEM ANTRAG DER AFD-FRAKTION, DRUCKSACHE 21/3308, DEUTSCHER BUNDESTAG (2025)

Vorbemerkung

Der folgende Text ist keine wortgetreue Dokumentation der Vorlesung. Die Folien wurden nicht öffentlich zugänglich gemacht; auch eine vollständige Literaturliste oder eine Übersicht der tatsächlich verwendeten Quellen liegt mir nicht vor. Meine Darstellung stützt sich daher auf die Notizen, die ich während der Veranstaltung angefertigt und anschließend digitalisiert habe (so wie sie sich unter den fünfzehn diskutierten Punkten finden), auf meine Erinnerung an das Gesagte sowie auf mein eigenes Verständnis der präsentierten Argumentation. Trotz größtmöglicher Sorgfalt kann ich nicht ausschließen, einzelne Formulierungen verkürzt wiederzugeben, Zusammenhänge anders zu gewichten, als sie von der Vortragenden beabsichtigt waren, oder eine Aussage aufgrund fehlenden Kontexts misszuverstehen. Wo konkrete Quellen oder Zahlen erkennbar waren, habe ich versucht, diese zu identifizieren und anhand der zugänglichen Originalpublikationen zu prüfen.

Ziel dieses Textes ist ausdrücklich nicht, die Vortragende persönlich zu diskreditieren oder sie anzugreifen. Im Mittelpunkt steht vielmehr die wissenschaftliche Einordnung dessen, was ich aus der Vorlesung mitgenommen habe. Dabei unterscheide ich soweit möglich zwischen den von mir wahrgenommenen Aussagen der Vortragenden, meiner Rekonstruktion ihrer argumentativen Funktion und der Bewertung dieser Aussagen anhand der verfügbaren Fachliteratur. Die Kritik richtet sich somit auf Inhalte, Darstellungsweisen und methodische Schlussfolgerungen, nicht auf persönliche Motive oder Eigenschaften.

Eine solche Einordnung erscheint mir gerade deshalb notwendig, weil die Veranstaltung inoffiziell mit der Aussage angekündigt worden war, „Trans-Ideologie sei wissenschaftlich nicht haltbar, verbreite falsche Vorstellungen über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und gefährde diese [ich vermute: deren] Entwicklung.“ Der Ausdruck „Trans-Ideologie“ ist kein neutraler, klar definierter Fachbegriff, sondern wird häufig in politischen und transfeindlichen Diskursen verwendet. Eine derart gerahmte Vorlesung löst daher verständlicherweise Sorge und Protest unter trans Menschen und ihren Allies aus. Diese Reaktionen sind nicht unabhängig von der gesellschaftlichen Situation zu betrachten, in der trans Personen regelmäßig mit Pathologisierung, Delegitimierung – so wie im aktuellen Fall durch u.a. WELT und Apollo News – und

politischen Einschränkungen ihrer Rechte und ihrer medizinischen Versorgung konfrontiert werden.

Ich beschäftige mich seit mehreren Jahren wissenschaftlich und aktivistisch mit Fragen rund um Geschlecht, Transidentität, Diskriminierung und genderinklusive Sprache. Diese Vorerfahrung prägt selbstverständlich, welche Aspekte mir auffallen, welche Aussagen ich für erklärungsbedürftig halte und welche Forschung ich zur Einordnung heranziehe. Sie bedeutet nicht, dass meine Perspektive neutral oder voraussetzungslos wäre. Ebenso wenig folgt daraus jedoch, dass eine wissenschaftliche Prüfung der vorgetragenen Behauptungen entbehrlich wäre. Im Gegenteil: Gerade, weil ich in diesem Themenfeld positioniert bin, halte ich es für wichtig, meine Maßstäbe, Unsicherheiten und Quellen möglichst transparent zu machen. Was ich nicht bin, ist ein Psychologe – auch das möchte ich hier ganz klar festhalten.

Der Text versteht sich deshalb weder als vollständiges Protokoll noch als abschließendes Urteil über die gesamte Veranstaltung. Er ist eine quellenbasierte kritische Auseinandersetzung mit den Aussagen und argumentativen Mustern, die ich wahrgenommen und notiert habe. Wo die Forschung keine eindeutige Antwort erlaubt, soll diese Unsicherheit benannt werden. Wo unterschiedliche Positionen fachlich vertretbar sind, sollen sie entsprechend dargestellt werden. Wo jedoch deskriptive Daten überinterpretiert, umstrittene Hypothesen als plausible Erklärungen aufgewertet, rechtliche und medizinische Ebenen vermischt oder zentrale Gegenbefunde ausgelassen wurden, soll dies ebenso deutlich benannt werden.

Mein Anliegen ist damit letztlich dasselbe, das in der Vorlesung wiederholt als grundlegender Bestandteil eines Studiums hervorgehoben wurde: Aussagen kritisch zu hinterfragen, Quellen selbst zu prüfen und zwischen empirischer Evidenz, methodischer Unsicherheit, Interpretation und persönlicher Bewertung zu unterscheiden.

Punkt 1. Die Reduktion biologischen Geschlechts auf Gameten

biologisches Geschlecht ist kein Spektrum –
das haben ihr Biologen auf Nachfrage gesagt

Zu Beginn der Vorlesung wurde die Auffassung vertreten, biologisches Geschlecht sei kein Spektrum. Die Vortragende reduzierte biologisches Geschlecht dabei auf die gametische Definition: Menschen produzierten entweder Eizellen oder Spermien, weshalb Geschlecht binär sei. Diese Position besitzt einen fachlich nachvollziehbaren Kern, greift als vollständige Beschreibung biologischen Geschlechts jedoch zu kurz.

In der Evolutions- und Reproduktionsbiologie werden *weiblich* und *männlich* häufig über die Anisogamie definiert, also über zwei unterschiedlich große Gametentypen. Beim Menschen sind dies Eizellen und Spermien. In diesem engen Sinn ist die Klassifikation

tatsächlich binär: Es gibt keinen dritten menschlichen Gametentyp zwischen beiden Kategorien (Bulmer & Parker, 2002).

Damit ist jedoch zunächst nur eine Aussage über reproduktive Strategien getroffen. Die biologische Geschlechtsentwicklung eines Menschen umfasst darüber hinaus Chromosomen, geschlechtsbestimmende Gene, Gonaden, hormonelle Produktion und Sensitivität, innere und äußere Genitalien sowie sekundäre Geschlechtsmerkmale. Sex wird deshalb als multidimensionales Bündel anatomischer und physiologischer Eigenschaften beschrieben (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2022). Diese Merkmale entsprechen bei den meisten Menschen einer von zwei typischen Konfigurationen, müssen aber nicht in jedem Fall vollständig übereinstimmen.

Variationen der Geschlechtsentwicklung zeigen, dass die einzelnen Ebenen biologisch unterscheidbar sind. Chromosomen, Gonaden, Hormonsignalwege und Anatomie entstehen in mehreren Entwicklungsschritten, die voneinander abweichen können. Das widerlegt nicht die Existenz zweier Gametentypen, wohl aber die stärkere Behauptung, biologisches Geschlecht sei bei jedem Menschen ein einziges, auf allen Ebenen ausnahmslos dichotomes Merkmal (Rehmann-Sutter, 2023).

Auch der Ausdruck *Spektrum* benötigt Präzisierung. Biologisches Geschlecht ist nicht sinnvoll als einfache lineare Skala von vollständig männlich bis vollständig weiblich zu verstehen. Viele Geschlechtsmerkmale sind vielmehr bimodal verteilt: Es gibt zwei stark besetzte Bereiche, aber zugleich Variation und Überschneidungen. Neuere biologische Arbeiten plädieren daher dafür, die jeweils relevanten Geschlechtsmerkmale getrennt und multivariat zu erfassen, statt sie unabhängig von der Forschungsfrage in einer einzigen binären Variable zusammenzufassen (McLaughlin et al., 2023; Sharpe et al., 2023).

Für den Kontext der Vorlesung ist zudem entscheidend, dass selbst eine strikt gametische Definition nichts über die Existenz oder Legitimität von Transidentität entscheidet. Die Einteilung reproduktiver Strategien beantwortet nicht, wie sich Geschlechtsidentität entwickelt, wie Menschen ihren Körper und ihre soziale Zuordnung erleben oder welche medizinische und rechtliche Unterstützung angemessen ist. Der Übergang von „Es gibt zwei Gametentypen“ zu „Transidentität ist wissenschaftlich unhaltbar“ wäre daher ein Kategorienfehler.

Auch die Berufung auf nicht benannte Biolog*innen ersetzt keine wissenschaftliche Begründung. Ohne Angaben zu Fachgebiet, Fragestellung und verwendeter Definition bleibt unklar, welche Aussage überhaupt bestätigt wurde.

Punkt 2. Die Neuklassifikation von Transidentität in der ICD-11

Änderung von ICD-10 zu ICD-11, Transidentität nicht mehr als „Störung“ bezeichnet; angedeutet, dass dies bloß aktivistisch motiviert sei, da so trans Menschen weniger diskriminiert werden würden

In der Vorlesung wurde die Veränderung von der ICD-10 zur ICD-11 thematisiert. Während transbezogene Diagnosen in der ICD-10 noch im Kapitel psychischer und Verhaltensstörungen geführt wurden, wird *Genderinkongruenz* in der ICD-11 nicht mehr als psychische Störung klassifiziert. Zugleich wurde angedeutet, diese Veränderung sei wesentlich aktivistisch motiviert gewesen, insbesondere um Diskriminierung zu verringern.

Tatsächlich spielte die Verringerung von Stigmatisierung ausdrücklich eine Rolle. Daraus folgt jedoch nicht, dass die Reform bloß politisch oder aktivistisch gewesen wäre. Die WHO begründete die Neuklassifikation zugleich mit einem veränderten wissenschaftlichen Verständnis transbezogener Identitäten und mit versorgungspraktischen Erwägungen.

In der ICD-10 war *Transsexualismus* unter F64 im Kapitel psychischer Störungen eingeordnet. Die ICD-11 ersetzte diese Kategorie durch *Gender incongruence* und verschob sie in das Kapitel *Conditions related to sexual health*. Die Kategorie wurde also nicht abgeschafft. Vielmehr wurde ihre nosologische Bedeutung verändert: Transidentität selbst gilt nicht mehr als psychische Erkrankung, zugleich bleibt eine gesundheitsbezogene Kategorie bestehen, um den Zugang zu medizinischer Versorgung und Kostenerstattung zu sichern.

Die WHO begründete dies damit, dass der vorhandene Wissensstand eine psychiatrische Einordnung nicht mehr rechtfertigte. Zugleich verwies sie auf die stigmatisierenden Folgen der alten Klassifikation. Stigmavermeidung ist dabei kein Gegensatz zu Wissenschaftlichkeit. Medizinische Klassifikationen müssen nicht nur prüfen, ob eine Kategorie einen klar abgrenzbaren psychopathologischen Zustand erfasst, sondern auch, welchen klinischen Nutzen und welche möglichen Schäden sie erzeugt.

Die Neuklassifikation bedeutet nicht, dass psychische Belastungen von trans Personen gelehnet werden. Zu unterscheiden sind Transidentität, mögliche Genderdysphorie, eigenständige psychische Erkrankungen sowie Belastungen durch Diskriminierung, Gewalt oder fehlenden Versorgungszugang. Eine Person kann trans sein, ohne psychisch erkrankt zu sein; eine andere kann unter Dysphorie, Depression oder Traumafolgen leiden. Diese Phänomene sind klinisch relevant, aber nicht identisch.

Die Andeutung, die Änderung von der ICD-10 zur ICD-11 sei im Wesentlichen aktivistisch motiviert gewesen, ist somit irreführend. Die Verringerung von Stigmatisierung war ein ausdrückliches Ziel, aber weder der einzige Grund noch ein Beleg gegen die Wissenschaftlichkeit der Reform. Die Neuklassifikation beruhte auf einem veränderten fachlichen Verständnis, empirischen Feldstudien und dem Ziel, Depathologisierung mit weiterem Versorgungszugang zu verbinden.

Punkt 3. Sexuelle Gewalt als vermeintliche Ursache von Genderdysphorie oder Transidentität

Erwähnung der Idee, dass sexuelle Gewalt zu Genderdysphorie und damit Transidentität führen könne

In der Vorlesung wurde die Möglichkeit erwähnt, sexuelle Gewalt könne zu Genderdysphorie und damit zu Transidentität führen. Diese Darstellung vermischt jedoch mehrere unterschiedliche Aussagen. Gut belegt ist, dass sexuelle Gewalt schwere psychische und körperbezogene Folgen haben kann. Sie kann Scham, Dissoziation, Körperentfremdung, Angst und posttraumatische Symptome hervorrufen oder verstärken. Daraus folgt aber nicht, dass sie generell eine trans Identität verursacht.

Die Forschung zeigt vor allem, dass trans und geschlechts-nonkonforme Menschen überdurchschnittlich häufig körperliche, psychische und sexuelle Gewalt erfahren. Systematische Übersichten und große Jugendstichproben dokumentieren erhöhte Viktimisierungsraten, beantworten jedoch nicht die Frage, wodurch Transidentität entsteht (Tobin & Delaney, 2019; Thoma et al., 2021). Die meisten Studien sind retrospektiv oder querschnittlich und erlauben daher keinen kausalen Schluss von Gewalterfahrung auf Geschlechtsidentität.

Zudem ist die umgekehrte Kausalrichtung mindestens ebenso relevant. Geschlechts-nonkonforme Kinder werden häufiger gemobbt, misshandelt und sexuell viktimisiert. Roberts et al. (2012) zeigten, dass frühe Geschlechts-Nonkonformität ein Risikomarker für spätere Misshandlung war; eine weitere Längsschnittstudie verband Geschlechts-Nonkonformität mit erhöhter Mobbing Erfahrung und späteren depressiven Symptomen (Roberts et al., 2013).

Trauma kann bei einzelnen Personen das Körpererleben und die Intensität von Dysphorie beeinflussen. Klinische Studien berichten entsprechend häufige Traumabelastungen bei einzelnen trans Populationen. Sie zeigen jedoch nicht, dass Trauma die Geschlechtsidentität hervorgebracht hat, da zeitliche Abfolge, Vergleichsgruppen und alternative Erklärungen meist nicht ausreichend geklärt sind (Giovanardi et al., 2018).

Begrifflich problematisch ist außerdem die Verbindung „Genderdysphorie und damit Transidentität“. Transidentität bezeichnet eine Geschlechtsidentität; Genderdysphorie bezeichnet einen möglichen Leidensdruck im Zusammenhang mit körperlicher oder sozialer Geschlechtsinkongruenz. Nicht jede trans Person erlebt klinisch relevante Dysphorie, und eine Veränderung von Dysphorie bedeutet nicht automatisch eine Veränderung der Identität.

Eine fachgerechte, traumasensible Versorgung sollte Gewalterfahrungen ernst nehmen, die zeitliche Entwicklung von Körpererleben und Geschlechtsidentität sorgfältig rekonstruieren und psychische Begleiterkrankungen behandeln. Eine Traumavorgeschichte rechtfertigt jedoch nicht die Vorannahme, die trans Identität sei lediglich ein Symptom unverarbeiteter Gewalt.

Punkt 4. Der Anstieg der F64-Diagnosen von 2013 bis 2022

Grafik aus Bachmann et al. (2024); Anstieg der F64-Diagnosen von 2013 bis 2022; wird als Evidenz für eine Art Verbreitung von Transidentität als Idee (oder gar Trend) in den Raum gestellt; der Anstieg wird als „nahezu exponentiell“ dargestellt; auf die absoluten Zahlen, die selbst bei exponentiellem Anstieg weiterhin gering sind, wird nicht eingegangen; auch nicht darauf, was die Autor*innen der Studie selbst zu ihren Ergebnissen schreiben

In der Vorlesung wurde – sofern ich diese richtig identifiziert habe – Grafik 2 aus Bachmann et al. (2024) gezeigt. Sie dokumentiert einen deutlichen Anstieg ambulanter F64-Diagnosen bei gesetzlich Versicherten im Alter von 5 bis 24 Jahren zwischen 2013 und 2022. Dieser Anstieg wurde als Hinweis darauf präsentiert, dass sich Transidentität als Vorstellung oder gesellschaftlicher Trend verbreitet haben könnte. Eine solche Interpretation geht jedoch über die Daten der Studie hinaus.

Bachmann et al. analysierten bundesweite Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Häufigkeit einer in mindestens einem Quartal als gesichert kodierten F64-Diagnose stieg von 22,5 pro 100.000 Versicherten im Jahr 2013 auf 175,7 pro 100.000 im Jahr 2022; bei der strengeren Anforderung einer Diagnose in mindestens zwei Quartalen stieg sie von 15,2 auf 132,6 pro 100.000. Besonders hoch war die administrative Prävalenz 2022 bei 15- bis 19-jährigen weiblich registrierten Versicherten mit 452,6 pro 100.000.

Eine zahlenmäßige Einordnung ist dabei wichtig: Die Gesamtwerte entsprechen ungefähr 0,023 % im Jahr 2013 und 0,176 % im Jahr 2022; in der am stärksten betroffenen Untergruppe waren es rund 0,453 %. Die Häufigkeiten blieben damit insgesamt niedrig. Zugleich ist die relative Zunahme um etwa das 7,8-Fache erheblich. Relative und absolute Angaben sollten deshalb gemeinsam berichtet werden: Die eine allein kann den Anstieg dramatisieren, die andere ihn verharmlosen.

Die getroffene Bezeichnung „nahezu exponentiell“ ist durch die Studie nicht abgesichert. Die Autor*innen berichten einen zeitlichen Anstieg, testen jedoch kein exponentielles Wachstumsmodell und vergleichen dieses nicht mit linearen oder anderen Verlaufskurven. Eine Kurve kann im betrachteten Zeitraum steil ansteigen, ohne dass daraus ein bestimmter mathematischer Wachstumsprozess oder eine sich selbst verstärkende „Verbreitung“ folgt. Die angemessene Beschreibung wäre daher: Ein starker beziehungsweise annähernd achtfacher Anstieg administrativ dokumentierter Diagnosen.

Entscheidend ist außerdem, was die Daten überhaupt messen. Eine F64-Kodierung ist weder mit der Prävalenz von Transidentität noch mit der Zahl medizinischer Transitionen identisch. Abrechnungsdaten erfassen Personen, die mit einer bestimmten Diagnose im Gesundheitssystem dokumentiert wurden. Ihre Häufigkeit hängt daher unter anderem von Hilfesuche, Versorgungsverfügbarkeit, diagnostischer Praxis, Kodierungsgewohnheiten, gesellschaftlicher Bekanntheit und Stigmatisierung ab.

Systematische epidemiologische Forschung zeigt entsprechend, dass Prävalenzschätzungen erheblich davon abhängen, ob Selbstidentifikation, klinische Diagnose oder medizinische Behandlung gemessen wird (Zhang et al., 2020).

Besonders relevant ist, dass im selben Zeitraum F66-Diagnosen – darunter ältere Kategorien zur sexuellen Entwicklung und Orientierung – deutlich zurückgingen. Bei der weniger strengen Ein-Quartals-Definition blieb die zusammengefasste Häufigkeit von F64 und F66 dadurch wesentlich stabiler als F64 allein. Das spricht dafür, dass zumindest ein Teil des beobachteten F64-Anstiegs auf veränderte diagnostische und kodierende Zuordnungen zurückgehen könnte. Es beweist diese Erklärung nicht, macht aber eine Interpretation als unmittelbarer Anstieg der zugrunde liegenden Identität zusätzlich unsicher.

Die Autor*innen formulieren diese Grenze selbst ausdrücklich: Auf Grundlage ihrer Daten könne nicht entschieden werden, ob der Anstieg auf eine reale Prävalenzänderung, höhere Aufmerksamkeit, geringere Stigmatisierung, bessere Versorgung, soziale Einflüsse oder Überdiagnostik zurückgehe. Die Studie ist deskriptiv; sie zeigt, dass mehr Diagnosen gestellt wurden, nicht warum. Internationale Studien dokumentieren ebenfalls stark gestiegene Überweisungs- und Diagnosezahlen, können aus solchen Zeitreihen allein aber ebenfalls keinen spezifischen kausalen Mechanismus ableiten (Kaltiala et al., 2020).

Punkt 5. Psychische Komorbiditäten als vermeintlicher Beleg gegen Transidentität

Komorbidität von Transidentität und psychischen Erkrankungen wird als Punkt aufgelistet, die potenziellen Gründe für den Zusammenhang zwischen diesen wird nicht erläutert; es entsteht der Anschein einer kausalen Verbindung:
wer trans ist, ist auch psychisch krank

In der Vorlesung wurden psychische Erkrankungen als häufige „Komorbiditäten“ von Transidentität beziehungsweise Genderdysphorie aufgelistet, ohne die möglichen Ursachen dieses Zusammenhangs näher zu erläutern. Dadurch konnte der Eindruck entstehen, Transidentität sei selbst Ausdruck psychischer Erkrankung oder führe typischerweise zu einer solchen. Die Forschung bestätigt zwar erhöhte Raten psychischer Belastungen in trans Populationen, erlaubt aber keine derart einfache kausale Interpretation.

Trans Menschen berichten im Durchschnitt häufiger Depressionen, Angststörungen, Traumafolgesymptome, Selbstverletzungen und Suizidalität als cisgeschlechtliche Vergleichsgruppen. Diese Unterschiede sind besonders deutlich bei Jugendlichen und in klinischen Stichproben (Scheim et al., 2024; Wittlin et al., 2023). Der Befund selbst ist daher nicht strittig. Strittig ist vielmehr, wie er zu erklären ist.

Aus einer erhöhten Komorbiditätsrate folgt zunächst weder, dass psychische Erkrankungen Transidentität verursachen, noch dass Transidentität eine psychische

Erkrankung ist. Mindestens vier Erklärungsebenen müssen unterschieden werden. Erstens können trans Personen unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität dieselben psychischen Erkrankungen entwickeln wie cis Menschen. Zweitens kann ausgeprägte Genderdysphorie selbst erheblichen Leidensdruck verursachen. Drittens sind trans Personen überdurchschnittlich häufig Diskriminierung, Ablehnung, Mobbing, Gewalt und sozialer Unsicherheit ausgesetzt. Viertens enthalten klinische Studien zwangsläufig überproportional viele Personen, die gerade wegen psychischer Belastung oder Behandlungsbedarfs Versorgung aufsuchen. Ihre Befunde lassen sich deshalb nicht ohne Weiteres auf alle trans Menschen übertragen.

Besonders umfangreich ist die Evidenz zum ebenfalls kurz erwähnten Gender-Minority-Stress-Modell. Dieses erklärt gesundheitliche Ungleichheiten nicht durch die Minderheitenidentität selbst, sondern durch zusätzliche gesellschaftliche Belastungen: äußere Stressoren wie Diskriminierung, Viktimisierung und Zurückweisung sowie innere Folgen wie erwartete Ablehnung, Verheimlichung und internalisierte Stigmatisierung. Eine systematische Übersicht europäischer Studien fand konsistente Zusammenhänge zwischen solchen Stressoren und Depression, Angst sowie Suizidalität; geschlechtsbezogene Diskriminierung gehörte zu den am häufigsten belegten Risikofaktoren (Mezza et al., 2024). Das Modell behauptet nicht, sämtliche psychische Erkrankungen bei trans Personen seien ausschließlich sozial verursacht. Es zeigt aber, dass gesellschaftliche Bedingungen einen wesentlichen Teil der erhöhten Belastung erklären können.

Auch Längsschnittdaten sprechen gegen eine rein identitätsbezogene Erklärung. Black et al. (2023) untersuchten mehr als 26.000 Jugendliche über zwei Jahre. Trans und genderdiverse Jugendliche berichteten eine schlechtere psychische Gesundheit; Erfahrungen wie Mobbing und Diskriminierung erklärten einen Teil dieser Unterschiede. Solche Designs können Kausalität nicht vollständig beweisen, sind aber aussagekräftiger als die bloße gleichzeitige Erfassung von Identität und psychischen Symptomen.

Umgekehrt sind unterstützende soziale Bedingungen mit besseren Verläufen verbunden. Forschung zu trans Jugendlichen zeigt, dass familiäre Unterstützung, Akzeptanz und sichere soziale Umgebungen wichtige Schutzfaktoren darstellen, während Zurückweisung mit Depression, Suizidalität, Wohnungslosigkeit und weiteren Belastungen zusammenhängt (Malpas et al., 2022). Auch Studien zu genderaffirmativer Versorgung berichten, dass Zugang zu gewünschter Behandlung mit einer Verringerung depressiver Symptome und Suizidalität verbunden sein kann, wenngleich solche Beobachtungsstudien nicht alle Störvariablen ausschließen können (Tordoff et al., 2022).

Die vorhandene Evidenz rechtfertigt keine monokausale Erzählung. Psychische Belastungen können bereits vor einer bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsidentität bestehen; neurodivergente Merkmale, familiäre Konflikte, Trauma und soziale Benachteiligung können zusätzlich relevant sein. Wissenschaftlich unzulässig ist jedoch zu suggerieren, dass aus dem gemeinsamen Auftreten psychischer Erkrankungen und Transidentität ohne weitere Analyse zu schließen wäre, dass eine sei Beweis für die Pathologie oder Unehchtheit des anderen.

Punkt 6. 36,4 % als vermeintlicher Beleg für eine geringe Stabilität von Transidentität

es wird zudem suggeriert, dass nur 36,4 % von „trans Personen“ nach 5 Jahren noch „trans sind“;

diese Zahl wird nicht mit den Zahlen zu z. B. Detransitionen in Verbindung gebracht

In der Vorlesung wurde die Zahl genannt, dass nach fünf Jahren nur noch 36,4 % der untersuchten Personen „trans“ seien. Diese Darstellung bezieht sich offenbar auf Bachmann et al. (2024), gibt deren Befund aber in entscheidender Weise ungenau wieder. Die Studie untersuchte nicht, ob Personen sich nach fünf Jahren noch als trans identifizierten, sondern ob in ihren ambulanten Abrechnungsdaten erneut eine als gesichert kodierte F64-Diagnose vorkam.

Für die Längsschnittanalyse wurden 7.885 gesetzlich Versicherte im Alter von 5 bis 24 Jahren betrachtet. Nach fünf Jahren wiesen 36,4 % erneut eine bestätigte F64-Kodierung auf; je nach Alters- und Geschlechtsgruppe lag dieser Anteil zwischen 27,3 % und 49,7 %. Der gemessene Endpunkt lautet damit Diagnosepersistenz in Routinedaten, nicht Persistenz der Geschlechtsidentität.

Aus dem Fehlen einer F64-Kodierung im fünften Jahr kann nicht geschlossen werden, dass die betreffende Person nicht mehr trans war. Eine solche Kodierung erscheint nur, wenn eine Person im betreffenden Zeitraum ambulante Versorgung in Anspruch nimmt und die behandelnde Stelle F64 erneut dokumentiert. Eine fehlende Diagnose kann daher unter anderem bedeuten, dass keine entsprechende Behandlung mehr nötig war, die Versorgung unterbrochen oder gewechselt wurde, eine andere Diagnose verwendet wurde oder die geschlechtsbezogene Behandlung inzwischen außerhalb des erfassten ambulanten Kontextes stattfand. Bachmann et al. konnten weder die klinische Richtigkeit der Kodierungen überprüfen noch Selbstauskünfte zur Identität, zur Dysphorie, zu Transitionen oder zu Detransitionen erfassen. Die Studie selbst bezeichnet ihren Befund entsprechend als diagnostische Stabilität und nicht als direkte Messung von Identitätsverläufen.

Auch F64 ist keine homogene Kategorie für „trans sein“. Sie umfasst in der weiterhin verwendeten ICD-10-GM neben *Transsexualismus* unter anderem *Störungen der Geschlechtsidentität des Kindesalters*, sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen sowie weitere historisch geprägte Unterkategorien. Eine einmalige F64-Kodierung kann deshalb nicht ohne Weiteres mit einer gesicherten, anhaltenden Transidentität gleichgesetzt werden.

Ebenso wenig darf die Differenz zu 100 % als Detransitions- oder „Desistance“-Rate interpretiert werden. Detransition bezeichnet Veränderungen oder die Beendigung sozialer beziehungsweise medizinischer Transitionsschritte und muss direkt erhoben werden. Bachmann et al. verfügten jedoch weder über Angaben zur Selbstidentifikation noch darüber, ob eine soziale oder medizinische Transition überhaupt begonnen worden war. Dennoch wurde der Befund in transkritischen Kommentaren unmittelbar zu der

Behauptung umgedeutet, 63,6 % seien nicht länger trans beziehungsweise hätten ihre Genderdysphorie „überwunden“. Diese Interpretation geht über die vorhandene Datenlage hinaus.

Neuere Forschung zu bereits sozial transitionierten Kindern kommt entsprechend zu deutlich anderen Ergebnissen: In der Studie von Olson et al. (2022) identifizierten sich im Mittel fünf Jahre später 94 % weiterhin als trans. Diese Zahl ist ebenfalls nicht auf alle trans Kinder und Jugendlichen übertragbar, da es sich um eine unterstützte Community-Stichprobe handelte. Der Vergleich zeigt aber, wie stark Ergebnisse von Stichprobe, Ausgangsdefinition und gemessenem Endpunkt abhängen. Eine einzelne Prozentzahl darf deshalb nicht als allgemeines Naturgesetz über trans Identitätsentwicklung präsentiert werden.

Punkt 7. Das SBGG und die angebliche Fremdbestimmung fünfjähriger Kinder

das SBGG wird mehrfach kritisiert; zunächst anhand der Entwicklung von 5-Jährigen; es wird suggeriert, dass 5-jährige Kinder regelmäßig von Autoritätspersonen zur trans Identität gedrängt würden, weshalb dann durch das SBGG der Geschlechtseintrag des Kindes geändert werden würde; die Gesetzgebung zum SBGG wird als „nicht genügend reflektiert“ bezeichnet

In der Vorlesung wurde das Selbstbestimmungsgesetz anhand fünfjähriger Kinder kritisiert. Dabei wurde suggeriert, Kinder könnten durch Eltern oder andere Autoritätspersonen zu einer Transidentität gedrängt werden, woraufhin ihr Geschlechtseintrag nach dem SBGG geändert werde. Diese Darstellung vermischt eine denkbare Kindeswohlgefährdung mit dem gewöhnlichen Anwendungsfall des Gesetzes und lässt wesentliche Schutzmechanismen unerwähnt.

Das SBGG regelt ausschließlich die Änderung von Vornamen und Geschlechtseintrag im Personenstandsregister. Es schafft weder einen Anspruch auf Pubertätsblocker, Hormone oder Operationen noch ersetzt es eine medizinische Indikationsstellung. Die Bundesregierung stellte ausdrücklich klar, dass geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen und deren Kostenübernahme nicht Gegenstand des Gesetzes sind.

Kinder unter 14 Jahren können, wie auch in der Vorlesung erwähnt, die Erklärung nicht selbst abgeben. Sie wird durch ihre gesetzlichen Vertreter*innen gegenüber dem Standesamt erklärt. Ab dem fünften Geburtstag ist jedoch das persönliche Einverständnis des Kindes erforderlich; das Kind muss bei der Erklärung anwesend sein und sein Einverständnis selbst äußern. Die gesetzlichen Vertreter*innen müssen außerdem erklären, über die Tragweite informiert zu sein. Bei einem bestellten Vormund ist eine familiengerichtliche Genehmigung erforderlich. Für Jugendliche ab 14 Jahren gilt das umgekehrte Modell: Sie erklären die Änderung selbst, benötigen aber grundsätzlich die

Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertretung; bei verweigerter Zustimmung kann das Familiengericht anhand des Kindeswohls entscheiden.

Damit ist die Regelung für fünfjährige Kinder durchaus elternabhängig und kann kritisch diskutiert werden. Das Kind verfügt in diesem Alter nicht über dieselbe rechtliche Autonomie wie ein älterer Jugendlicher. Die Behauptung, Autoritätspersonen könnten den Eintrag jedoch schlicht gegen seinen erkennbaren Willen ändern lassen, ist unvollständig. Neben dem ausdrücklichen Einverständniserfordernis greifen die allgemeinen familienrechtlichen Schutzmechanismen. Bei einer Kindeswohlgefährdung kann das Familiengericht eingreifen, bis hin zu sorgerechtlichen Maßnahmen.

Auch entwicklungspsychologisch ist die vorgebrachte Darstellung meines Erachtens nach zu pauschal. Kinder entwickeln bereits im Vorschulalter ein Verständnis geschlechtlicher Kategorien und eine eigene geschlechtliche Selbstzuordnung. Daraus folgt nicht, dass jede Äußerung eines fünfjährigen Kindes dauerhaft sein muss oder dass geschlechtsuntypisches Verhalten automatisch Transidentität bedeutet. Wohl aber ist die Annahme unhaltbar, kleine Kinder könnten grundsätzlich keine bedeutungsvollen Angaben über ihr Geschlechtsempfinden machen. Forschung mit trans und cis Kindern zeigt, dass trans Kinder ihre Geschlechtszugehörigkeit auf psychologischen Maßen ähnlich konsistent und deutlich ausdrücken können wie cisgeschlechtliche Vergleichskinder (Olson et al., 2015).

Der entscheidende rechtliche Punkt ist, dass eine Änderung des Personenstands reversibel und nichtmedizinisch ist. Für Minderjährige gilt die einjährige Sperrfrist des SBGG für erneute Änderungen nicht. Eine frühe rechtliche Anerkennung legt daher weder die spätere Identität noch einen medizinischen Behandlungspfad unumkehrbar fest. Das Gesetz ermöglicht vielmehr, amtliche Dokumente an die gegenwärtige soziale Lebenssituation anzupassen. Ob dies im konkreten Fall dem Kind dient, muss verantwortungsvoll beurteilt werden; aus der bloßen Möglichkeit folgt jedoch kein Beleg für regelmäßige Indoktrination.

Empirische Evidenz dafür, dass Eltern oder andere Autoritätspersonen fünfjährige Kinder typischerweise zur Transidentität drängen und anschließend massenhaft deren Personenstand ändern lassen, wurde in der Vorlesung nicht vorgelegt. Eine solche Behauptung müsste Häufigkeiten, typische Entscheidungsprozesse und tatsächliche Fälle elterlichen Zwangs untersuchen. Ohne entsprechende Daten bleibt sie eine hypothetische Missbrauchserzählung, die als Beschreibung der Gesetzespraxis präsentiert wird.

Punkt 8. Die Telefonanekdote über die volljährige Person in einer Wohngruppe

Anekdote eines Anrufs: eine Frau hätte erzählt, dass ihre „Tochter“ nun mit Volljährigkeit in einer Wohngruppe lebe; beim letzten Anruf dieser hätte sie eine „tiefe Stimme“ gehabt, sei nun ein „trans Mann“ – fraglich bleibt, inwiefern diese Anekdote, die online seit

Jahren in abgewandelter Form kursiert, zur Vorlesung beiträgt;
Transidentität würde zur Veränderung der Stimmung in der Familie führen

In der Vorlesung wurde von einem Telefonat mit einer Mutter berichtet, deren mittlerweile volljähriges Kind in einer Wohngruppe lebe, sich als trans Mann verstehe und bei einem Telefongespräch „plötzlich“ eine deutlich tiefere Stimme gehabt habe. Die Erzählung wurde in einen Zusammenhang mit familiärer Belastung und den Folgen einer Transition gestellt. Selbst wenn sich der geschilderte Fall genauso ereignet haben sollte, besitzt er für allgemeine Aussagen über Transidentität oder Transition wohl kaum wissenschaftliche Aussagekraft.

Zunächst ist die Anekdote nicht überprüfbar. Weder die trans Person noch die Mutter, der zeitliche Verlauf, die Vorgeschichte oder die konkreten familiären Konflikte sind bekannt. Auch bleibt offen, ob die tiefere Stimme tatsächlich auf Testosteron zurückging, welche Behandlung stattgefunden hatte und wie die betroffene Person selbst ihre Situation bewertete. Die Erzählung gibt ausschließlich die Perspektive einer dritten Person wieder. (Zudem erinnere ich einen erstaunlich ähnlichen Fall aus einem Beitrag in einem Online-Forum; die Deutung dieses Umstands überlasse ich den Lesenden.)

Anekdoten können sinnvolle Forschungsfragen anregen oder einzelne Erfahrungen veranschaulichen. Sie können jedoch weder Häufigkeiten bestimmen noch kausale Zusammenhänge belegen. Selbst formale klinische Fallberichte erlauben nach methodologischen Übersichten keine belastbaren Kausalschlüsse, weil Vergleichsgruppen, kontrollierte Bedingungen und systematische Auswahl fehlen (Nissen & Wynn, 2014). Für eine mündlich wiedergegebene, nicht dokumentierte Erzählung gilt dies umso mehr. Forschung zur Wissenschaftskommunikation zeigt außerdem, dass persönliche Geschichten oft stärker überzeugen als statistische Evidenz und dadurch eine unverhältnismäßige Wirkung auf Urteile entfalten können (Michal et al., 2021).

Aus dem geschilderten Fall ließe sich insbesondere nicht folgern, dass Transidentität oder Transition typischerweise familiäre Beziehungen verschlechterten. Familien können auf ein Coming-Out oder eine Transition mit Unsicherheit, Sorge, Konflikten, Trauer um bisherige Erwartungen, Unterstützung oder zunehmender Nähe reagieren. Welche Entwicklung eintritt, hängt unter anderem von Kommunikation, Akzeptanz, bereits bestehenden Konflikten und gesellschaftlichen Belastungen ab. Eine Literaturübersicht zu Familien genderdiverser Jugendlicher fand durchgehend Hinweise darauf, dass unterstützende familiäre Systeme mit günstigeren gesundheitlichen und psychosozialen Ergebnissen verbunden sind (Westwater et al., 2019).

Auch neuere Längsschnittforschung zeigt, dass Familienmitglieder die Funktionsfähigkeit derselben Familie unterschiedlich wahrnehmen können. Die Perspektive eines Elternteils ist daher nicht automatisch eine objektive Beschreibung der Erfahrung des Kindes oder der gesamten Familie (Katz-Wise et al., 2023). Ein familiärer Stimmungswechsel könnte auf viele Faktoren zurückgehen: die Transition selbst, elterliche Ablehnung oder Sorge, vorherige psychische Probleme, Konflikte über Selbstständigkeit, das Leben in der Wohngruppe oder eine belastete Beziehung, die bereits zuvor bestand. Die Anekdote erlaubt keine Auswahl zwischen diesen Erklärungen.

Auch die Hervorhebung der „tiefen Stimme“ ist auffällig. Sie liefert keinen Hinweis auf Wohlergehen, Entscheidungsfähigkeit oder Behandlungsqualität, sondern dient vor allem als emotional anschauliches Zeichen körperlicher Veränderung. Gerade solche Details können bei Zuhörenden den Eindruck eines plötzlichen, drastischen und möglicherweise erschreckenden Wandels erzeugen, ohne dass damit eine wissenschaftlich relevante Information verbunden wäre.

Punkt 9. Die behauptete Verbindung zwischen SBGG und medizinischer Transition

Behauptung: wer das SBGG in Anspruch nimmt, nimmt anschließend i.d.R.
Pubertätsblocker/Hormone

In der Vorlesung wurde behauptet, Personen, die das Selbstbestimmungsgesetz in Anspruch nähmen, nähmen anschließend in der Regel Pubertätsblocker oder geschlechtsangleichende Hormone. Für diese allgemeine Aussage gibt es keine belastbare empirische Grundlage. Sie vermischt eine personenstandsrechtliche Erklärung mit einer medizinischen Behandlung und unterstellt einen typischen Verlauf, der weder im Gesetz angelegt noch durch entsprechende Längsschnittdaten belegt ist.

Das SBGG regelt ausschließlich die Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen. Bereits § 1 Abs. 2 stellt ausdrücklich fest: „Medizinische Maßnahmen werden in diesem Gesetz nicht geregelt.“ Eine Änderung beim Standesamt führt daher weder automatisch zu einer Diagnose noch zu einem Anspruch auf Pubertätsblocker, Hormone oder operative Eingriffe. Medizinische Maßnahmen setzen vielmehr eine gesonderte fachärztliche Indikationsstellung voraus.

Für die Behauptung wäre eine Studie erforderlich, die Personen ab dem Zeitpunkt einer Änderung nach dem SBGG begleitet und anschließend erhebt, wie viele von ihnen medizinische Maßnahmen beginnen. Eine solche Untersuchung kann schon deshalb kaum vorliegen, weil das Gesetz erst seit November 2024 angewendet wird und damit keine ausreichend lange Beobachtungszeit für eine belastbare Aussage über „regelmäßige“ spätere Behandlungen besteht.

Zudem unterscheiden sich die möglichen Lebenswege deutlich. Manche Personen ändern nur Namen und Personenstand; manche wünschen soziale, aber keine medizinische Transition; manche streben Hormone an; andere benötigen medizinische Versorgung, ohne zuvor ihren amtlichen Eintrag geändert zu haben. Auch nichtbinäre Personen können das SBGG nutzen, ohne eine binär ausgerichtete körperliche Transition anzustreben. Rechtliche, soziale und medizinische Transition sind miteinander verbunden möglich, aber weder identisch noch zwingend aufeinanderfolgende Stufen.

Punkt 10. Der Cass Review als vermeintlich unproblematische wissenschaftliche Autorität

der s.g. Cass Review (Cass, 2024) wird über weite Teile der Vorlesung als seriöse Quelle dargestellt, eine kritische Auseinandersetzung mit dem Review bleibt aus; wo es Kritik gibt, geht diese entweder an Studien, die in Cass reviewt sind, oder an Studien, die den Funden von Cass widersprechen; letztere werden besonders stark kritisiert; Belege für die kritisierten Punkte werden nicht näher benannt

Über weite Teile der Vorlesung wurde der britische *Cass Review* (Cass, 2024) als maßgebliche und weitgehend verlässliche Zusammenfassung der Forschung zur Versorgung trans Jugendlicher behandelt. Kritische Einwände richteten sich vor allem gegen Studien, die den Schlussfolgerungen des Reviews widersprechen; eine vergleichbare Prüfung des Reviews selbst blieb weitestgehend aus. Eine solche Darstellung bildet den heutigen Forschungsstand nicht angemessen ab. Der Cass Review ist ein einflussreiches gesundheitspolitisches Dokument, aber weder eine einzelne peer-reviewte Studie noch ein unumstrittener internationaler Versorgungsstandard.

Der Review wurde von NHS England beauftragt, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Genderinkongruenz zu untersuchen. Sein Abschlussbericht stützte sich unter anderem auf sieben systematische Reviews der University of York, qualitative und quantitative Erhebungen sowie klinische und organisatorische Überlegungen. Cass kam zu dem Ergebnis, dass die Evidenz zu Pubertätsblockern und geschlechtsangleichenden Hormonen überwiegend von geringer Qualität und durch erhebliche Unsicherheit geprägt sei. Daraus leitete der Bericht Empfehlungen für ein breiteres, multidisziplinäres Versorgungsmodell und einen restriktiveren Zugang zu medizinischen Interventionen ab (Cass, 2024).

Die Feststellung begrenzter Evidenzqualität ist nicht grundsätzlich falsch. Die Forschung besteht überwiegend aus Beobachtungsstudien; randomisierte kontrollierte Studien fehlen weitgehend, Stichproben sind oft klein und Langzeitdaten begrenzt. Aus „geringer Evidenzsicherheit“ folgt jedoch weder, dass eine Behandlung unwirksam oder schädlich ist, noch dass Nichtbehandlung die wissenschaftlich neutrale Alternative darstellt. Auch restriktive oder rein psychosoziale Vorgehensweisen benötigen Evidenz und können Risiken verursachen. Genau hier setzt ein wesentlicher Teil der Kritik an Cass an.

Noone et al. (2025) unterzogen den Bericht und die von ihm beauftragten Arbeiten einer ausführlichen methodischen Prüfung. Sie beanstandeten unter anderem unzureichend vorab festgelegte und transparente Review-Protokolle, Abweichungen bei Qualitätsbewertungen, Probleme der Reproduzierbarkeit sowie unbelegte Aussagen in der Primärforschung. Besonders relevant ist ihr Befund eines möglichen doppelten Evidenzstandards: Studien zu genderaffirmativer Versorgung wurden streng bewertet, während eigene Erhebungen und Empfehlungen des Cass-Projekts teilweise auf deutlich schwächeren Grundlagen beruhten.

Grijseels (2024) kritisiert darüber hinaus, dass der Review biologische und psychosoziale Erklärungen – etwa zu Persistenz, psychischen Begleiterkrankungen und möglichen sozialen Einflüssen – teilweise mit größerer Sicherheit behandelt, als die zitierte Forschung erlaubt. Der Cass Review beschränkt sich damit nicht immer auf die Feststellung von Unsicherheit, sondern füllt Forschungslücken stellenweise durch spekulative Deutungen aus.

Horton (2024) identifiziert außerdem cisnormative Grundannahmen, Pathologisierung und asymmetrische Evidenzanforderungen: Für genderaffirmative Versorgung werde ein sehr hoher Nachweisstandard verlangt, während mögliche Schäden von Verzögerung, Verweigerung oder rein explorativen Ansätzen weniger streng geprüft würden. Diese Kritik ist inzwischen Teil eines breiteren wissenschaftlichen Korpus und keineswegs auf aktivistische Stellungnahmen beschränkt.

Das bedeutet nicht, dass jede Empfehlung von Cass falsch ist. Die Forderungen nach besseren Langzeitstudien, regionaler statt hochzentralisierter Versorgung, multidisziplinärer Betreuung und einer sorgfältigen Abklärung individueller Bedürfnisse sind grundsätzlich plausibel. Ebenso wäre es unseriös, die Unsicherheiten bei Nutzen und Risiken medizinischer Maßnahmen zu verschweigen. Wissenschaftlich problematisch ist vielmehr, den Review als abschließende Autorität zu behandeln, seine Wertungen mit gesicherten Tatsachen gleichzusetzen und methodische Skepsis hauptsächlich gegenüber widersprechender Forschung anzuwenden.

Punkt 11. 10-jährige Kinder ohne Biologieunterricht zu jung, ihr Gender zu beurteilen

10-jährige Kinder zu jung, um sich ein Urteil über ihre Identität zu erlauben,
da sie noch keinen Biologieunterricht gehabt hätten

In der Vorlesung wurde behauptet, zehnjährige Kinder seien zu jung, um ihre eigene Geschlechtsidentität beurteilen zu können, da sie noch keinen hinreichenden Biologieunterricht erhalten hätten. Diese Begründung beruht auf einem Kategorienfehler: Fachwissen über Chromosomen, Fortpflanzung oder Geschlechtsentwicklung ist nicht dasselbe wie die Fähigkeit, die eigene geschlechtliche Zugehörigkeit und damit verbundene Gefühle zu beschreiben.

Kinder entwickeln ein Verständnis von Geschlecht lange vor dem schulischen Biologieunterricht. Entwicklungspsychologische Forschung zeigt, dass sie bereits im Kleinkindalter Geschlechtskategorien erkennen und entsprechende Bezeichnungen verwenden. Viele Kinder können sich im Alter von etwa zweieinhalb bis drei Jahren selbst einer Geschlechtskategorie zuordnen; ihr Verständnis von Stabilität, sozialen Rollen und körperlichen Aspekten wird anschließend zunehmend differenzierter (Zosuls et al., 2009). Ein zehnjähriges Kind befindet sich daher keineswegs am Anfang seiner geschlechtlichen Selbstwahrnehmung.

Auch Untersuchungen mit trans Kindern sprechen gegen die Annahme, deren Selbstauskünfte seien wegen ihres Alters grundsätzlich bedeutungslos. Olson et al. (2015) untersuchten sozial transitionierte trans Kinder im Alter von fünf bis zwölf Jahren mithilfe expliziter Selbstauskünfte und indirekter psychologischer Maße. Ihre geschlechtsbezogenen Identifikationen und Präferenzen entsprachen weitgehend denen cisgeschlechtlicher Kinder desselben erlebten Geschlechts. Die Ergebnisse zeigen nicht, dass jede kindliche Identitätsäußerung lebenslang unverändert bleiben muss. Sie zeigen aber, dass trans Kinder ihre Geschlechtszugehörigkeit psychologisch kohärent ausdrücken können und nicht bloß beliebige Antworten geben.

Neuere Forschung bestätigt, dass geschlechtsbezogene Selbstbeschreibungen im Kindesalter messbar und häufig über die Zeit konsistent sind. Hässler et al. (2022) fanden bei trans und cis Kindern eine hohe zeitliche Konsistenz der Geschlechtsidentität und geschlechtsbezogener Präferenzen. In einer größeren Längsschnittkohorte identifizierten sich fünf Jahre nach einer sozialen Transition 94 % der Kinder weiterhin als trans oder nichtbinär; Veränderungen kamen vor, waren aber nicht der typische Verlauf (Olson et al., 2022). Diese Studie betrifft eine sozial unterstützte und nicht repräsentative Stichprobe und darf nicht auf jedes Kind übertragen werden. Sie widerspricht jedoch klar der pauschalen Behauptung, Kinder könnten über ihre Identität noch überhaupt keine belastbare Auskunft geben.

Entscheidend ist die Unterscheidung zwischen Selbstauskunft und alleiniger Entscheidungskompetenz für jede mögliche Maßnahme. Dass ein Kind sein Geschlechtserleben sinnvoll beschreiben kann, bedeutet nicht, dass es ohne Unterstützung sämtliche rechtlichen oder medizinischen Folgen überblicken muss oder kann. Je weitreichender und weniger reversible eine Entscheidung ist, desto stärker müssen Entwicklungsstand, Dauerhaftigkeit des Wunsches, individuelle Belastung, Alternativen und die Einbeziehung qualifizierter Fachpersonen berücksichtigt werden. Die Stimme des Kindes ist dabei ein zentraler Bestandteil der Beurteilung, aber nicht deren einziges Element.

Der Verweis auf fehlenden Biologieunterricht ist auch deshalb unplausibel, weil derselbe Maßstab auf cis Kinder gewöhnlich nicht angewandt wird. Von einem zehnjährigen cis Jungen wird nicht verlangt, die Genetik, Endokrinologie und Reproduktionsbiologie männlicher Geschlechtsentwicklung zu erklären, bevor seine Selbstbezeichnung als Junge ernst genommen wird. Wird biologisches Fachwissen nur bei trans Kindern zur Voraussetzung glaubwürdiger Selbstauskunft gemacht, entsteht ein asymmetrischer Evidenzstandard.

Punkt 12. Hormonbehandlung führe in der Regel zu geschlechtsangleichenden Operationen

wer Hormone nimmt, wird i.d.R. auch
geschlechtsangleichende Eingriffe durchführen lassen

In der Vorlesung wurde behauptet, wer geschlechtsangleichende Hormone nehme, lasse anschließend in der Regel auch operative Eingriffe durchführen. Für eine solche allgemeine Verlaufsaussage gibt es keine belastbare Evidenz. Hormonbehandlung und operative Maßnahmen sind unterschiedliche medizinische Optionen, die jeweils eigene Ziele, Voraussetzungen, Risiken und Entscheidungsprozesse haben. Sie können miteinander kombiniert werden, müssen aber keineswegs aufeinander folgen.

Die verfügbaren Daten zeigen zunächst, dass operative Eingriffe auch unter medizinisch transitionierenden trans Personen keineswegs universell sind. In einer US-amerikanischen klinischen Stichprobe von 2017 hatten 35 % mindestens eine geschlechtsangleichende Operation erhalten; 25 % hatten einen Eingriff im Brustbereich, 13 % eine Genitaloperation oder Gonadektomie und 8 % eine gesichtschirurgische Maßnahme durchlaufen (Kailas et al., 2017). Selbst in dieser hochselektierten Stichprobe aus einer auf Transgesundheit spezialisierten Klinik hatte somit die Mehrheit keine Operation erhalten.

Große Befragungen kommen ebenfalls zu deutlich unterschiedlichen Häufigkeiten für Hormontherapie und Operationen. In der National Transgender Discrimination Survey berichteten 62 % der Befragten, bereits Hormone verwendet zu haben; frühere surveybasierte Schätzungen lagen demgegenüber bei etwa 23 % für Brustoperationen und 11 % für genitalrekonstruktive Eingriffe (Grant et al., 2011; Beckwith et al., 2017). Die Stichproben sind nicht bevölkerungsrepräsentativ und die Zahlen lassen sich nicht direkt miteinander verrechnen. Sie zeigen jedoch klar, dass Hormonbehandlung wesentlich häufiger vorkommt als insbesondere Genitalchirurgie.

Punkt 13. Die Forderung nach einem zentralen „Transregister“

Slide suggeriert, dass ein Zentralregister für trans Menschen wünschenswert sei – vordergründig, um Daten zu erhalten; ein Beigeschmack bleibt

In der Vorlesung wurde ein Zentralregister zur Erfassung aller trans Personen als Möglichkeit dargestellt, bessere Daten über Identitäts- und Behandlungsverläufe zu gewinnen. Das zugrunde liegende Forschungsproblem ist real: Für viele Fragen fehlen langfristige, populationsbezogene Daten. Daraus folgt jedoch nicht, dass ein personenbezogenes staatliches „Transregister“ wissenschaftlich notwendig oder ethisch vertretbar wäre. Entscheidend ist die Unterscheidung zwischen einem Forschungsregister zu freiwillig teilnehmenden Patient*innen und einer behördlichen Erfassung aller Personen, die als trans identifiziert werden können.

Medizinische Register können einen legitimen Nutzen haben. Sie ermöglichen etwa die Untersuchung langfristiger Behandlungsergebnisse, seltener Nebenwirkungen und unterschiedlicher Versorgungsverläufe. Dafür müssen jedoch Zweck, erhobene Variablen, Zugriffsrechte, Speicherdauer und wissenschaftliche Verantwortung klar festgelegt sein.

Ein solches Register müsste grundsätzlich datensparsam, eng zweckgebunden und möglichst freiwillig sein. Wo personenbezogene Gesundheitsdaten verarbeitet werden, gelten besonders hohe datenschutzrechtliche Anforderungen. Pseudonymisierung reduziert Risiken, beseitigt sie aber nicht: Pseudonymisierte Daten bleiben personenbezogen, sofern eine Reidentifikation mithilfe zusätzlicher Informationen möglich ist (Europäischer Datenschutzausschuss, 2025).

Ein allgemeines Zentralregister wäre davon grundlegend verschieden. Es würde nicht nur medizinische Behandlung dokumentieren, sondern eine gesellschaftlich stigmatisierte Minderheit als Personengruppe staatlich identifizierbar machen. Der Forschungsnutzen müsste deshalb gegen erhebliche Risiken abgewogen werden: Datenlecks, unbefugte Zugriffe, spätere Zweckänderungen, politische Nutzung und die Identifizierung einzelner Personen. Gerade bei kleinen Untergruppen können auch vermeintlich anonymisierte Merkmalskombinationen eine Reidentifikation ermöglichen.

Auch das geltende Selbstbestimmungsgesetz verfolgt erkennbar den entgegengesetzten Schutzgedanken. § 13 SBGG untersagt grundsätzlich, frühere Vornamen und den früheren Geschlechtseintrag ohne Zustimmung der betroffenen Person offenzulegen oder auszuforschen. Zwar bestehen Ausnahmen für gesetzlich erforderliche behördliche Datenverarbeitung und besondere öffentliche Interessen; ein uneingeschränktes Forschungsregister lässt sich daraus aber nicht ableiten.

Zudem erinnert mich der Wunsch nach einem solchen Zentralregister an denkbar dunkelste Zeiten für trans Personen. Das nationalsozialistische Regime verfolgte Menschen, die damals unter anderem als „Transvestiten“ bezeichnet wurden, zerstörte 1933 das Berliner Institut für Sexualwissenschaft und plünderte dessen Bibliothek und klinische Archive (United States Holocaust Memorial Museum n.d., 2021). Daraus folgt selbstverständlich nicht, dass jedes heutige medizinische Register mit nationalsozialistischer Erfassungspolitik gleichzusetzen wäre. Jedoch wäre ein gleichartiger Missbrauch durch politische Akteure nicht auszuschließen.

Punkt 14. „Soziale Ansteckung“ und Rapid-Onset Gender Dysphoria

Slide „soziale Ansteckung (Kontroverse)“: „Rapid Onset Dysphoria“ wird nach Littman (2018) als potenzielle Erklärung aufgeführt und nicht eingeordnet, wenn auch am Ende der Slide steht, dass die Evidenz dünn sei; „Rapid Onset Dysphoria“ wird auf eine Stufe mit anderen Erklärungsansätzen, etwa der Entstigmatisierung, gestellt; zudem erfolgt der Vergleich mit einer Studie zu Depressionen – die genaue Quelle bleibt leider ungenannt – wonach Kinder sich mit Depressionen „ansteckten“, wenn ihre Peers ebenfalls Depressionen hätten; insgesamt wirkt das alles stark wie „Trans ist Trend“

In der Vorlesung wurde unter der Überschrift „soziale Ansteckung (Kontroverse)“ die von Littman (2018) vorgeschlagene *Rapid-Onset Gender Dysphoria* (ROGD) als mögliche

Erklärung für den Anstieg der Anzahl trans Jugendlicher aufgeführt. Obwohl am Ende der entsprechenden Slide auf eine eher dünne Evidenzlage hingewiesen wurde, stand ROGD damit neben deutlich besser belegten Erklärungen wie gesteigener Sichtbarkeit, Entstigmatisierung und verbessertem Versorgungszugang. Diese Gleichrangigkeit bildet den Forschungsstand nicht angemessen ab.

Littmans Ausgangsstudie beruhte auf Onlinebefragungen von 256 Eltern, die überwiegend über Websites rekrutiert wurden, auf denen bereits die Vorstellung einer plötzlichen oder sozial beeinflussten Transidentität diskutiert wurde. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst wurden ebenso wenig befragt wie behandelnde Fachpersonen. Untersucht wurden daher elterliche Wahrnehmungen eines vermeintlich plötzlichen Beginns, nicht der tatsächliche zeitliche Verlauf des inneren Geschlechterlebens. Nach einer nachträglichen Prüfung musste die Veröffentlichung erheblich überarbeitet werden. Die korrigierte Fassung stellt ausdrücklich klar, dass ROGD keine anerkannte Diagnose sei und die Studie das angenommene Phänomen nicht validiert habe (Littman, 2019).

Das Studiendesign konnte insbesondere keine „soziale Ansteckung“ nachweisen. Die gleichzeitige Beobachtung von trans Freund*innen, Internetnutzung und einem späteren Coming-Out erlaubt keinen Kausalschluss. Jugendliche können online nach Informationen suchen oder Kontakt zu anderen trans Personen aufnehmen, weil sie ihre Geschlechtsidentität bereits hinterfragen. Ebenso können sie eine Identität lange vor ihren Eltern wahrnehmen, aber erst später offenlegen. Ein für die Eltern plötzliches Coming-Out ist daher nicht mit einem plötzlich entstandenen inneren Erleben gleichzusetzen. In einer Analyse von 27.715 trans Erwachsenen lagen zwischen dem Erkennen der eigenen Identität und ihrer Offenlegung häufig mehrere Jahre (Turban et al., 2023). Ein Review von Leonhardt et al. (2025) bewertet die empirische Unterstützung entsprechend als gering und Littmans Arbeit als hypothesengenerierend, nicht hypothesenprüfend.

Der Vergleich mit Depression, der in der Vorlesung gezogen wurde, ist ebenfalls nicht geeignet, diese Lücke zu schließen. In der Depressionsforschung werden tatsächlich Peer-Effekte untersucht, etwa gemeinsames problemorientiertes Grübeln, emotionale Beeinflussung oder die Auswahl ähnlich belasteter Freund*innen. Solche Studien beziehen sich auf die Übertragung oder Verstärkung psychischer Symptome und zeigen zudem kontextabhängige, oft bidirektionale Prozesse (Stone et al., 2011). Sie belegen nicht, dass eine Geschlechtsidentität auf demselben Weg „übertragen“ wird. Aus einem sozialen Einfluss auf depressive Symptome kann keine analoge Kausaltheorie für Transidentität abgeleitet werden. Da die in der Vorlesung genannte Depressionsstudie nicht identifiziert wurde, lässt sich außerdem nicht überprüfen, ob ihr Ergebnis korrekt wiedergegeben wurde.

Punkt 15. Suizidalität trans Jugendlicher

Suizidalität wird erneut mit Transidentität in Verbindung gebracht, als Quelle dient wiederum erneut Cass; auf eine Nachfrage, wie denn neuere Studien zum genau diesem Punkt zu verstehen wären, die anderslautende Ergebnisse geliefert haben, heißt es, diese wären methodologisch schlecht

In der Vorlesung wurde Suizidalität wiederholt eng mit Transidentität verknüpft und dabei vor allem auf den Cass Review verwiesen. Auf die Nachfrage nach neueren Studien, die günstigere psychische Verläufe nach genderaffirmativer Versorgung berichten, wurden diese pauschal als methodisch schlecht bezeichnet, ohne die betreffenden Arbeiten zu benennen oder ihre konkreten Schwächen zu erläutern. Eine wissenschaftlich angemessene Einordnung muss jedoch drei Fragen trennen: Wie stark ist die Suizidalität erhöht, wodurch wird sie beeinflusst und welche Wirkung hat genderaffirmative Versorgung?

Dass trans Jugendliche deutlich häufiger Suizidgedanken, Suizidversuche und Selbstverletzungen berichten als cisgeschlechtliche Jugendliche, ist gut belegt. Dieser Befund bedeutet jedoch nicht, dass Transidentität selbst die Ursache ist. Suizidalität ist grundsätzlich multifaktoriell und wird unter anderem durch Depression, Traumatisierung, familiäre Konflikte, soziale Isolation und Gewalt beeinflusst. Bei trans Jugendlichen kommen geschlechtsbezogene Diskriminierung, Ablehnung, Mobbing, erzwungene Verheimlichung und Versorgungshürden hinzu. Neuere Forschung zeigt entsprechend, dass Akzeptanz der Geschlechtsidentität mit geringerer Suizidalität verbunden ist und dass diskriminierende politische Rahmenbedingungen das Risiko erhöhen können (Price et al., 2023; Lee et al., 2024). Lee et al. fanden in einer Analyse von mehr als 61.000 trans und nichtbinären jungen Menschen nach Einführung einzelstaatlicher anti-trans Gesetze einen Anstieg berichteter Suizidversuche; wie bei jeder Beobachtungsstudie bleiben methodische Einschränkungen, der Befund spricht aber gegen eine rein identitätsimmanente Erklärung.

Zur Wirkung medizinischer Versorgung ist die Evidenz vorsichtiger zu bewerten. In der Kohorte von Tordoff et al. (2022) war der Zugang zu Pubertätsblockern oder Hormonen über zwölf Monate mit deutlich geringeren Wahrscheinlichkeiten für Depression und Suizidalität verbunden. Solche Daten sind relevant, beweisen wegen fehlender Randomisierung aber keine eindeutige Kausalität; behandelte und unbehandelte Jugendliche können sich auch in anderen Merkmalen unterscheiden.

Eine systematische Übersicht von Jackson (2023) fand in der Mehrheit von 23 Studien eine Abnahme suizidbezogener Outcomes nach genderaffirmativer Behandlung. Zugleich kritisierte sie die geringe methodische Qualität vieler Arbeiten, etwa fehlende Kontrollgruppen, kleine Stichproben, kurze Nachbeobachtung und unzureichende Kontrolle psychiatrischer Begleiterkrankungen. Der korrekte Schluss lautet deshalb nicht, die Studien seien wertlos, sondern: Die vorhandene Evidenz weist überwiegend in Richtung eines möglichen Nutzens, die Sicherheit und Größe dieses Effekts bleiben jedoch begrenzt bestimmt.

Ebenso wenig darf aus unsicheren Behandlungseffekten geschlossen werden, dass restriktive Versorgung oder Nichtbehandlung neutral seien. Auch Wartezeiten, verweigerter Anerkennung und Versorgungseinschränkungen können psychische Folgen haben. Die wissenschaftlich relevante Vergleichsfrage lautet daher nicht lediglich „Ist die Behandlung durch perfekte Studien bewiesen?“, sondern „Wie verhalten sich Nutzen und Risiken verschiedener real verfügbarer Optionen, einschließlich verzögerter oder verweigerter Versorgung?“

Übergreifende argumentative und methodische Muster der Vorlesung

Unabhängig von den einzelnen Sachfragen zeigten sich in der Vorlesung mehrere wiederkehrende Muster, die die wissenschaftliche Einordnung der präsentierten Inhalte erschweren.

1. Vermischung unterschiedlicher Ebenen

Mehrfach wurden rechtliche, soziale, psychologische und medizinische Fragen miteinander verbunden, obwohl zwischen ihnen kein notwendiger Automatismus besteht. So wurden etwa die Änderung des Geschlechtseintrags nach dem Selbstbestimmungsgesetz, soziale Transition, Pubertätsblocker, Hormonbehandlung und operative Eingriffe wie aufeinanderfolgende Stufen eines typischen Verlaufs behandelt. Tatsächlich handelt es sich um unterschiedliche Entscheidungen mit jeweils eigenen Voraussetzungen. Die wiederholte Vermischung erzeugte den Eindruck einer linearen „Transitionspipeline“, die durch die Forschung nicht gedeckt ist.

2. Korrelationen wurden in Richtung kausaler Erklärungen verschoben

Bei mehreren Themen wurde aus einem statistischen Zusammenhang eine bestimmte Ursachenerzählung nahegelegt. Dies betraf insbesondere die Verbindung von Transidentität mit psychischen Erkrankungen, Traumatisierung, Suizidalität und steigenden Diagnosen. Dass zwei Merkmale gemeinsam auftreten, zeigt jedoch nicht, welches das andere verursacht oder ob beide durch weitere Faktoren beeinflusst werden. Alternative Erklärungen wie Diskriminierung, Minderheitenstress, veränderte diagnostische Praxis, größere Sichtbarkeit oder verbesserter Versorgungszugang wurden entweder nur knapp oder gar nicht behandelt.

3. Asymmetrische Bewertung der Evidenz

Ein besonders auffälliges Muster war die unterschiedliche Strenge, mit der Forschung beurteilt wurde. Studien oder Reviews, die Zweifel an genderaffirmativer Versorgung oder an der Stabilität transgeschlechtlicher Identitäten nahelegen konnten, wurden ausführlich aufgegriffen. Entgegenstehende Arbeiten wurden hingegen als methodisch schwach bezeichnet, ohne dass ihre konkreten Designs, Ergebnisse oder Limitationen dargestellt wurden (siehe außerdem Punkt 10 im Folgenden). Methodische Kritik ist wissenschaftlich notwendig. Sie muss jedoch konsistent angewandt werden. Dünne Evidenz kann nicht auf der einen Seite als ausreichender Grund für restriktive Schlussfolgerungen gelten, während sie auf der anderen Seite vollständig verworfen wird. Ebenso folgt aus begrenzter Evidenz nicht automatisch die Richtigkeit der restriktiveren Position. Wie eine anwesende Methodikerin zutreffend anmerkte, kann ein Mangel an Evidenz je nach Fragestellung für, gegen oder schlicht für keine der konkurrierenden Positionen sprechen.

4. Deskriptive Befunde wurden normativ oder ätiologisch überinterpretiert

Mehrere der verwendeten Daten zeigten zunächst lediglich Häufigkeiten oder zeitliche Veränderungen. Dies galt etwa für den Anstieg von F64-Diagnosen und für die diagnostische Stabilität in Routinedaten. Aus solchen deskriptiven Befunden wurden jedoch weitergehende Deutungen in Richtung sozialer Verbreitung, Instabilität oder Fehlentwicklung nahegelegt, obwohl die jeweils zitierten Studien diese Schlussfolgerungen nicht zuließen. Besonders deutlich wurde dies bei Bachmann et al. (2024): Die Autor*innen betonten ausdrücklich, dass ihre Daten keine Aussage über die Ursachen des Diagnoseanstiegs erlauben. Eine Interpretation als Trend oder Verbreitung einer Idee überschreitet daher die Aussagekraft der Studie.

5. Falsche Ausgewogenheit zwischen ungleich gut belegten Erklärungen

Im Abschnitt zur „sozialen Ansteckung“ wurde die ROGD-Hypothese neben deutlich besser belegte Erklärungen wie Entstigmatisierung, erhöhte Sichtbarkeit und verbesserten Versorgungszugang gestellt. Zwar wurde auf die dünne Evidenz hingewiesen, die bloße gleichrangige Präsentation verlieh der Hypothese dennoch den Anschein eines etablierten Erklärungsmodells. Eine wissenschaftlich ausgewogene Darstellung bedeutet nicht, jeder denkbaren Hypothese denselben Raum zu geben. Sie verlangt vielmehr, Erklärungen entsprechend ihrer empirischen Unterstützung zu gewichten.

6. Anekdotische Evidenz und persönliche Autoritätsargumente

An mehreren Stellen wurden persönliche Einschätzungen, Telefonate, E-Mails oder Aussagen nicht benannter Fachpersonen als argumentative Stütze verwendet. Solche Er-

fahrungen können Forschungsfragen illustrieren, aber keine allgemeinen Aussagen über Ursachen, Häufigkeiten oder typische Verläufe begründen. Dies gilt sowohl für den Hinweis, Biolog*innen hätten die gametische Definition bestätigt, als auch für die Telefonanekdote über eine volljährige Person in einer Wohngruppe. Ohne überprüfbare Quelle, Kontext und systematische Einordnung bleiben solche Erzählungen wissenschaftlich schwach, können beim Publikum aber eine starke emotionale Wirkung entfalten.

7. Pathologisierende Rahmung

Obwohl Transidentität seit der ICD-11 nicht mehr als psychische Störung klassifiziert wird, wurde sie wiederholt über psychische Erkrankungen, Trauma, Suizidalität, soziale Ansteckung und familiäre Belastung gerahmt – und zu Beginn der Vorlesung mehrfach als „Störung“ bezeichnet. Diese Themen sind für klinische Forschung relevant. Werden sie jedoch ohne gleichwertige Darstellung von Resilienz, Unterstützung, stabilen Identitätsverläufen und positiven Versorgungsergebnissen präsentiert, entsteht ein systematisch defizitorientiertes Bild. Die bloße Häufung problembezogener Themen kann somit selbst dann pathologisierend wirken, wenn nicht ausdrücklich behauptet wird, Transidentität sei eine Krankheit.

8. Fehlende Definition des zentralen Begriffs

Die Vorlesung war inoffiziell mit der Behauptung angekündigt worden, „Trans-Ideologie“ sei wissenschaftlich nicht haltbar. Trotz mehrerer Nachfragen blieb jedoch offen, was mit „Trans-Ideologie“ konkret gemeint war. Damit fehlte eine überprüfbare Definition des zentralen Gegenstands. Dies ist wissenschaftlich besonders problematisch. Ohne Definition lässt sich nicht entscheiden, ob mit dem Ausdruck empirische Behauptungen, politische Forderungen, medizinische Leitlinien, rechtliche Regelungen oder die bloße Existenz transgeschlechtlicher Menschen gemeint sind. Der Begriff kann dadurch flexibel auf unterschiedliche Inhalte angewandt werden, ohne selbst einer klaren Prüfung zugänglich zu sein.

9. Unzureichende Trennung zwischen Unsicherheit und Widerlegung

Bei mehreren Themen wurde das Vorliegen methodischer Unsicherheit so behandelt, als sei damit die jeweilige Gegenposition widerlegt. Begrenzte Langzeitdaten zu medizinischen Maßnahmen bedeuten jedoch nicht automatisch, dass diese Maßnahmen unwirksam oder schädlich sind. Ebenso beweist eine nicht abschließend geklärte Entwicklungsfrage nicht die Richtigkeit einer sozialen Ansteckungshypothese. Wissenschaftliche Unsicherheit verlangt vorsichtige Schlussfolgerungen. Sie darf nicht selektiv als Argument für nur eine Seite verwendet werden.

10. Selektive Forderung nach „vernünftigen Kontrollgruppen“

Eine mehrfach wiederholte Kritik an der Forschung zu Transidentität und genderaffirmativer Versorgung betraf das Fehlen „vernünftiger Kontrollgruppen“. Diese Kritik benennt ein reales methodisches Problem: Viele Studien sind beobachtend, Stichproben häufig klein, Zuteilungen nicht randomisiert und unbehandelte Vergleichsgruppen nur eingeschränkt mit behandelten Personen vergleichbar. Daraus folgt jedoch nicht, dass jede denkbare randomisierte oder placebokontrollierte Studie ethisch vertretbar, praktisch durchführbar oder überhaupt methodisch überlegen wäre.

Bei Hormonbehandlungen ist eine klassische verblindete Placebokontrolle kaum realistisch. Testosteron, Östrogen oder Pubertätsblocker erzeugen mit der Zeit wahrnehmbare körperliche Veränderungen beziehungsweise verhindern erwartete pubertäre Veränderungen. Teilnehmende und Behandelnde könnten daher häufig erkennen, welcher Gruppe eine Person zugeteilt wurde. Eine formale Verblindung bestünde dann nur auf dem Papier. Zudem müsste einer Kontrollgruppe eine gewünschte und klinisch indizierte Behandlung über längere Zeit vorenthalten werden. Je stärker bereits Hinweise auf Nutzen oder mögliche Schäden des Aufschubs bestehen, desto schwieriger wird eine solche Zuteilung ethisch zu rechtfertigen. Die bloße Forderung nach einem Placebo ignoriert somit sowohl das Problem der Entblindung als auch die Belastungen einer erzwungenen Nichtbehandlung (Ashley et al., 2023).

Ebenso wäre es weder sinnvoll noch ethisch vertretbar, cisgeschlechtlichen Personen Hormone zu verabreichen, die sie nicht benötigen, nur um eine „saubere“ Kontrollgruppe zu erzeugen. Eine Kontrollgruppe muss dieselbe klinische Ausgangsfrage repräsentieren wie die Behandlungsgruppe. Cis Personen unterscheiden sich jedoch gerade hinsichtlich Genderinkongruenz, Behandlungswunsch und psychosozialer Ausgangslage. Sie wären deshalb für zentrale Fragen der Wirksamkeit keine geeignete Kontrollgruppe und würden ohne eigenen therapeutischen Nutzen bekannten körperlichen Risiken ausgesetzt. Vergleiche mit cis Populationen können gesundheitliche Unterschiede beschreiben, aber nicht den kausalen Behandlungseffekt bei trans Personen bestimmen.

Randomisierte Studien sind dennoch nicht prinzipiell ausgeschlossen. Nolan et al. (2023) verglichen bei Erwachsenen den sofortigen Beginn einer Testosteronbehandlung mit einem um drei Monate verzögerten Beginn. Die Gruppe mit sofortigem Zugang zeigte stärkere Rückgänge von Genderdysphorie, Depression und Suizidalität. Dieses Design vermeidet eine dauerhafte Behandlungsverweigerung, bleibt aber unverblindet und kann nur relativ kurzfristige Wirkungen untersuchen. Es zeigt zugleich, dass die sinnvolle methodische Frage nicht lautet, ob „Kontrollgruppen“ existieren, sondern welche Kontrollbedingung für welche Fragestellung vertretbar und aussagekräftig ist.

Entscheidend ist außerdem, dass ein randomisiertes Design nicht automatisch jede Forschungsfrage besser beantwortet. Langfristige seltene Nebenwirkungen, tatsächliche Versorgungspfade und Ergebnisse über viele Jahre lassen sich häufig besser mit großen Registern und longitudinalen Kohorten untersuchen. *Randomized Controlled Trials* sind

besonders gut geeignet für eng definierte kausale Fragen unter kontrollierten Bedingungen; sie sind kein universeller Maßstab, an dem jede andere Evidenz als wertlos gelten muss. Auch aktuelle systematische Reviews bewerten die Sicherheit der Evidenz zu Hormonen als begrenzt, berichten aber zugleich überwiegend günstige psychische Verläufe und keine nachgewiesenen substanziellen Schäden in den eingeschlossenen Studien. Die angemessene Schlussfolgerung lautet daher „mehr und bessere Forschung“, nicht „ohne klassische Placebokontrolle wissen wir nichts“.

Fazit

Die Vorlesung enthielt einzelne zutreffende oder zumindest diskutierbare Befunde, etwa die begrenzte Qualität mancher Versorgungsstudien, das Vorliegen psychischer Komorbiditäten oder die Existenz zweier Gametentypen. Das übergreifende Problem lag weniger darin, dass jeder einzelne Fakt falsch gewesen wäre, sondern in der Auswahl, Gewichtung und Einbettung. Wiederholt wurden:

- schwache oder umstrittene Hypothesen ausführlich behandelt,
- alternative Erklärungen verkürzt,
- deskriptive Befunde kausal überinterpretiert,
- rechtliche und medizinische Ebenen vermischt,
- und entgegengesetzte Forschung asymmetrisch kritisch bewertet.

Dadurch entstand insgesamt kein ausgewogener Überblick über den Forschungsstand, sondern eine Darstellung, in der Unsicherheiten fast ausschließlich gegen transgeschlechtliche Identitäten, rechtliche Anerkennung und genderaffirmative Versorgung ausgelegt wurden.

Weitere Beobachtungen zur Durchführung und zum Hochschulkontext

Von den inhaltlichen und methodischen Mustern getrennt sollten auch die Durchführung der Veranstaltung und ihre Einbettung in eine universitäre Pflichtvorlesung betrachtet werden.

Vor Beginn war angekündigt worden, dass Zwischenfragen möglich seien. Tatsächlich wurden während der Vorlesung jedoch nur wenige Fragen zugelassen, zum Teil erst nach längerer sichtbarer Wortmeldung. Auch bei fachlich präzisen Fragen blieb eine inhaltliche Antwort häufig aus. Dies betraf etwa den methodologischen Einwand, weshalb eine dünne Evidenzlage ausschließlich als Argument gegen genderaffirmative Positionen verwendet werde, obwohl sie ebenso gut keine eindeutige Schlussfolgerung erlauben könne.

Eine anwesende Person mit einschlägiger Expertise stellte außerdem klar, dass Pubertätsblocker üblicherweise nicht mit dem Ziel eingesetzt werden, eine Pubertät dauerhaft zu verhindern, sondern um zusätzliche Zeit für Diagnostik und Entscheidungs-

findung zu gewinnen. Auch solche fachlichen Einordnungen führten nicht zu einer sichtbaren Revision oder Differenzierung der Darstellung.

Besonders eindrücklich war die abschließende Frage einer Psychologiestudentin, weshalb das Thema insgesamt so einseitig präsentiert worden sei, obwohl es reale Menschen, gesundheitliche Belastungen und potenziell lebenswichtige Entscheidungen betreffe. Sie formulierte ausdrücklich den Wunsch nach einer kritischen, aber ausgewogenen wissenschaftlichen Darstellung, wie sie in einer Universität zu erwarten sei. Auch darauf erfolgte keine inhaltliche Stellungnahme.

Hinzu kommt die offene Frage nach der Prüfungsrelevanz. Da es sich um eine Pflichtvorlesung handelt, ist von Bedeutung, ob Studierende die präsentierten Positionen als prüfbaren Wissensbestand übernehmen sollen. Gerade dort, wo persönliche Einschätzungen, umstrittene Deutungen und anekdotische Evidenz mit wissenschaftlichen Befunden vermischt werden, müsste transparent gekennzeichnet werden:

- was als gesicherter Forschungsstand gilt,
- was eine wissenschaftliche Kontroverse darstellt,
- was eine persönliche Bewertung der Lehrperson ist,
- und welche Inhalte tatsächlich prüfungsrelevant sind.

Die Veranstaltung war zudem von einem grundlegenden Widerspruch geprägt: Einerseits wurde wiederholt betont, kritisches Hinterfragen sei ein natürlicher Bestandteil des Studiums. Andererseits wurden konkrete kritische Rückfragen nur begrenzt zugelassen oder inhaltlich nicht beantwortet. Gerade deshalb bleibt zu hoffen, dass die Studierenden die Aufforderung zum kritischen Denken ernst nehmen, die präsentierten Aussagen selbst überprüfen und zwischen empirischer Evidenz, methodischer Unsicherheit und persönlicher Weltanschauung unterscheiden.

Schließlich bleibt der zentrale Begriff der inoffiziellen Ankündigung ungeklärt. Trotz mehrfacher Nachfrage wurde nicht abschließend erläutert, was genau unter „Trans-Ideologie“ verstanden werden sollte. Dadurch bleibt unklar, welcher Gegenstand angeblich „wissenschaftlich nicht haltbar“ sei. Eine wissenschaftliche Vorlesung kann keine Position widerlegen, die sie nicht zuvor eindeutig definiert hat.

Literatur

- Ashley, F., Tordoff, D. M., Olson-Kennedy, J., & Restar, A. J. (2023). Randomized-controlled trials are methodologically inappropriate in adolescent transgender healthcare. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2218357>
- Bachmann, C. J., Golub, Y., Holstiege, J., & Hoffmann, F. (2024). Gender identity disorders among young people in Germany: Prevalence and trends, 2013–2022. *Deutsches Ärzteblatt International*, 121(11), 370–371. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0098>
- Beckwith, N., Reisner, S. L., Zaslow, S., Mayer, K. H., & Keuroghlian, A. S. (2017). Factors associated with gender-affirming surgery and age of hormone therapy initiation among transgender adults. *Transgender Health*, 2(1), 156–164. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0028>

- Black, L., Panayiotou, M., Humphrey, N., & Ashworth, E. (2023). The influence of minority stress-related experiences on mental wellbeing for trans/gender-diverse and cisgender youth: A comparative longitudinal analysis. *Royal Society Open Science*, 10(7), 221230. <https://doi.org/10.1098/rsos.221230>
- Bulmer, M. G., & Parker, G. A. (2002). The evolution of anisogamy: A game-theoretic approach. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 269(1507), 2381–2388. <https://doi.org/10.1098/rspb.2002.2161>
- Cass, H. (2024). Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. NHS England.
- Deutscher Bundestag. (2025). *Zusammen mit den USA für nationale Selbstbestimmung, Souveränität und den Schutz der abendländischen Zivilisation eintreten – Woke Positionen international zurückdrängen* (Drucksache 21/3308).
- Europäischer Datenschutzausschuss. (2025). *Guidelines 01/2025 on pseudonymisation*.
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Grijseels, D. M. (2024). Biological and psychosocial evidence in the Cass Review: A critical commentary. *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2362304>
- Hässler, T., Ullrich, L., Sebben, S., et al. (2022). Consistency of gender identity and preferences across time: An exploration among cisgender and transgender children. *Developmental Psychology*, 58(11), 2184–2200. <https://doi.org/10.1037/dev0001419>
- Horton, C. (2024). The Cass Review: Cis-supremacy in the UK's approach to healthcare for trans children. *International Journal of Transgender Health*, 26(4), 1120–1144. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2328249>
- Jackson, D. (2023). Suicide-related outcomes following gender-affirming treatment: A review. *Cureus*, 15(3), e36425. <https://doi.org/10.7759/cureus.36425>
- Kailas, M., Lu, H. M., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780–786. <https://doi.org/10.4158/EP161727.OR>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40–44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Vettters, R., Forcier, M., & Austin, S. B. (2018). Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the Trans Teen and Family Narratives Project. *Journal of Sex Research*, 55(4–5), 582–590. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>
- Lee, W. Y., Hobbs, J. N., Hobaica, S., DeChants, J. P., & Price, M. N. (2024). State-level anti-transgender laws increase past-year suicide attempts among transgender and non-binary young people in the USA. *Nature Human Behaviour*, 8(11), 2096–2106. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01979-5>
- Leonhardt, A., Fuchs, M., Gander, M., & Sevecke, K. (2025). Gender dysphoria in adolescence: Examining the rapid-onset hypothesis. *Neuropsychiatrie*, 39(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s40211-024-00500-8>

- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, 14(3), e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>
- Malpas, J., Pellicane, M. J., & Glaeser, E. (2022). Family-based interventions with transgender and gender expansive youth: Systematic review and best practice recommendations. *Transgender Health*, 7(1), 7–29. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0165>
- McLaughlin, J. F., Brock, K. M., Gates, I., Pethkar, H., & Johns, C. A. (2023). Multivariate models of animal sex: Breaking binaries leads to a better understanding of ecology and evolution. *Integrative and Comparative Biology*, 63(4), 891–906. <https://doi.org/10.1093/icb/icad027>
- Mezza, F., Mezzalana, S., Pizzo, R., Maldonato, N. M., Bochicchio, V., & Scandurra, C. (2024). Minority stress and mental health in European transgender and gender-diverse people: A systematic review of quantitative studies. *Clinical Psychology Review*, 107, 102358. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102358>
- Michal, A. L., Zhong, Y., Shah, P., & Wineburg, S. (2021). When and why do people act on flawed science? Effects of anecdotes and prior beliefs on evidence-based decision-making. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 6, Article 28. <https://doi.org/10.1186/s41235-021-00293-2>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2022). *Measuring sex, gender identity, and sexual orientation*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26424>
- Nissen, T., & Wynn, R. (2014). The clinical case report: A review of its merits and limitations. *BMC Research Notes*, 7, Article 264. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-264>
- Nolan, B. J., Zwickl, S., Locke, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2023). Early access to testosterone therapy in transgender and gender-diverse adults seeking masculinization: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 6(9), e2331919. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31919>
- Noone, C., Southgate, A., Ashman, A., Quinn, É., & Comer, D. (2025). Critically appraising the Cass report: Methodological flaws and unsupported claims. *BMC Medical Research Methodology*, 25, Article 128. <https://doi.org/10.1186/s12874-025-02581-7>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K. R., Key, A. C., & Eaton, N. R. (2015). Gender cognition in transgender children. *Psychological Science*, 26(4), 467–474. <https://doi.org/10.1177/0956797614568156>
- Price, M. N., Green, A. E., DeChants, J. P., & Davis, C. K. (2023). Association of gender identity acceptance with fewer suicide attempts among transgender and nonbinary youth. *Transgender Health*, 8(1), 56–63. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0079>
- Rehmann-Sutter, C. (2023). Is sex still binary? *Journal of Medical Ethics*, 49(12), 828–833. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108406>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2013). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006>
- Scheim, A. I., Baker, K. E., Restar, A. J., & Sell, R. L. (2024). Health status of transgender people globally: A systematic review of research on disease burden and correlates. *PLOS ONE*, 19(3), e0299373. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299373>

- Sharpe, S. L., DeLeon, S., Hayssen, V., Leong, C. M., Mathur, M. B., McLaughlin, J. F., Subramaniam, B., Weigel, A. R., & Lewis, A. K. (2023). Sex and biology: Broader impacts beyond the binary. *Integrative and Comparative Biology*, 63(4), 960–967. <https://doi.org/10.1093/icb/icad113>
- Stone, L. B., Hankin, B. L., Gibb, B. E., & Abela, J. R. Z. (2011). Co-rumination predicts the onset of depressive disorders during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 752–757. <https://doi.org/10.1037/a0023384>
- Thoma, B. C., Rezeppa, T. L., Choukas-Bradley, S., Salk, R. H., & Marshal, M. P. (2021). Disparities in childhood abuse between transgender and cisgender adolescents. *Pediatrics*, 148(2), e2020016907. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016907>
- Tobin, V., & Delaney, K. R. (2019). Child abuse victimization among transgender and gender nonconforming people: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 576–583. <https://doi.org/10.1111/ppc.12398>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Turban, J. L., Dolotina, B., Freitag, T. M., King, D., & Keuroghlian, A. S. (2023). Age of realization and disclosure of gender identity among transgender adults. *Journal of Adolescent Health*, 72(6), 852–859. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.01.023>
- United States Holocaust Memorial Museum. (2021). *Magnus Hirschfeld*.
- United States Holocaust Memorial Museum. (n.d.). *Sexuality, gender, and Nazi persecution*.
- Westwater, J. J., Riley, E. A., & Peterson, G. M. (2019). What about the family in youth gender diversity? A literature review. *International Journal of Transgenderism*, 20(4), 351–370. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1652130>
- Wittlin, N. M., Kuper, L. E., & Olson, K. R. (2023). Mental health of transgender and gender diverse youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 207–232. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-020326>
- Zosuls, K. M., Ruble, D. N., Tamis-LeMonda, C. S., Shrout, P. E., Bornstein, M. H., & Greulich, F. K. (2009). The acquisition of gender labels in infancy: Implications for sex-typed play. *Developmental Psychology*, 45(3), 688–701. <https://doi.org/10.1037/a0014053>