

Eine wachsende, aber zu bewältigende Herausforderung

Geschlechtervarianz in der Primärversorgung

Nicole Brüll, David García Nuñez

Innovations-Focus für Geschlechtervarianz, Universitätsspital Basel, Basel

Das Phänomen «Trans» ist omnipräsent und wirft bei vielen Primärversorgenden Fragen auf. Mit diesem Artikel möchten wir für die Thematik sensibilisieren, aber auch Wege aufzeigen den Fragen der Behandlungssuchenden kompetent zu begegnen, damit sie auf ihrem individuellen Weg kompetent begleitet werden können.

Einleitung

Die Prävalenz von Personen, die ihr «Geschlecht» (Tab. 1) ausserhalb der Normvorstellungen verorten, liegt weltweit zwischen 0,5–4,5% bei den Erwachsenen und 2,5–8,4% bei Kindern und Jugendlichen [1]. Diese Zahlen weisen darauf hin, dass das Phänomen der «Geschlechtervarianz» (Tab. 1) bisher unterschätzt wurde. Offensichtlich fühlt sich ein bedeutender Bevölkerungsanteil nicht wohl in der aktuellen Geschlechterordnung, was zu «Geschlechtsspannungen» führt (Tab. 1). Umgekehrt steht wiederum auch fest, dass nur ein kleiner Teil dieser Gruppe (0,3–0,5% der Erwachsenen und 1,2–2,7% der Kinder und Jugendlichen) sich tatsächlich als «trans» (Tab. 1) identifiziert [1]. Von diesen Personen durchlaufen wiederum nicht alle eine «soziale», «medizinische» und/oder «juristische Transition» (Tab. 2). In der bisher aussagekräftigsten Erhebung hinsichtlich Transitionswege gaben 78% der befragten trans Personen an, bereits in hormoneller Behandlung zu sein oder sich eine solche zu wünschen. Lediglich 25% der Befragten hatten sich einer geschlechtsangleichenden Operation unterzogen [2]. Dies zeigt, dass nicht jede Geschlechtsspannung zu einer Identifikation als trans Person führt und dass nicht alle trans Personen immer alle medizinischen Interventionen benötigen.

Erreichen im Alltag die Geschlechterspannungen einen Störungsgrad, dass die betreffende Person dazu bereit ist, Gegenmassnahmen zu treffen, dann spricht man von «Geschlechtsinkongruenz» (GI) (Tab. 1). Die WHO spricht der GI Krankheitswert zu, jedoch nicht im Sinne einer psychiatrischen Störung, sondern in Form eines möglichen Gesundheitszustandes, welcher bei Menschen auftreten kann [3]. Führt die GI zusätzlich zu einem klinisch relevanten psychischen Leiden, so spricht man von «Geschlechtsdysphorie» (GD) (Tab. 1)

[4]. Die zugrundeliegenden Geschlechterspannungen und damit auch ihr Schweregrad im Alltag sind abhängig vom gesellschaftlichen Rahmen, in welchem sich die Person aufhält und können deshalb als fluktuierend wahrgenommen werden. Deshalb lassen sich GI und GD nicht immer scharf voneinander unterscheiden und werden dementsprechend in diesem Text gemeinsam (GI/GD) verwendet.

In den letzten Jahren hat sich in unserer Gesellschaft die Wahrnehmung vom Konzept Geschlecht stark verändert. In der Geschlechterordnung gibt es nicht (mehr) nur feminine und maskuline Kategorien, sondern eine Vielzahl von anderen Dimensionen. Die Tatsache, dass binäre Geschlechterkategorien eine statistische Mehrheit darstellen, heisst nicht, dass andere nicht-binäre Optionen nicht existieren dürfen oder pathologisiert werden müssen. Ebenso besteht unter Expert:innen ein Konsens darüber, dass aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive Geschlecht in verschiedenen Komponenten unterteilt werden kann, wobei der «Geschlechtskörper», die «Geschlechtsidentität», die «Geschlechtsrolle», die «sexuelle Orientierung» und die «romantische Präferenz» die wichtigsten darstellen (Tab. 1). Zwischen diesen Komponenten können Spannungen entstehen, die im Einzelfall zur GI/GD führen (Abb. 1). Je nachdem, ob die Spannungen zwischen der Geschlechtsidentität und dem Geschlechtskörper oder zwischen der Geschlechtsidentität und der Geschlechtsrolle bestehen, spricht man von einer körperlich bzw. einer sozial betonten GI/GD.

Transition und mentale Gesundheit

Personen mit GI/GD sind von denselben gesundheitlichen Themen betroffen wie die Gesamtbevölkerung. Das Ausmass ihrer Geschlechterspannungen führt je-

Tabelle 1: Wichtige Begriffe.

Begriff	Erläuterung
Affirmative Haltung <i>Affirmative Attitude</i>	Darunter wird eine (therapeutische) Haltung verstanden, welche Menschen darin unterstützt, ihr Geschlecht (und deren Komponenten) zu erforschen, zu bejahen, zu festigen und zu integrieren.
Binär/Nicht-Binär <i>Binary/ Non-Binary</i>	Menschen mit einem binären Geschlecht können sich mit einer der ausschliesslichen Kategorien (Frau/Mann), welche das (westliche) System grundsätzlich zur Verfügung stellt, identifizieren. Als nicht-binär bezeichnen sich Menschen, die sich nicht oder nicht zu 100% zu diesen binären Geschlechtern zählen, sondern z.B. als beides gleichzeitig, als dazwischen oder als weder männlich noch weiblich sehen.
Geschlecht <i>Sex/Gender</i>	Gesamtheit der Merkmale, wonach eine Person bezüglich verschiedener Funktionen in eine der vorhandenen Geschlechterkategorien sich einteilt bzw. durch andere eingeteilt wird. Letzteres findet mit der Geschlechtszuweisung bei Geburt erstmals statt. Als bio-psycho-soziales Konstrukt besitzt Geschlecht mehrere, dimensionale Komponenten, die nicht zwingend den normativen Geschlechtervorstellungen folgen müssen.
Geschlechterspannung <i>Sex/Gender Tension</i>	Spannungen zw. den verschiedenen Komponenten des Geschlechts.
Geschlechtervarianz <i>Gender Variance</i>	Begriff, welcher sämtliche Geschlechter – und nicht nur die binären – beschreibt.
Geschlechtsdysphorie <i>Gender Dysphoria</i>	Gemäss DSM-5 geschlechtsinkongruenter Zustand, welcher zusätzlich zu einem psychischen Leiden führt. Aufgrund der kontextuellen Beeinflussung von Geschlecht nicht immer gut abgrenzbar von der Geschlechtsinkongruenz.
Geschlechtsidentität <i>Gender Identity</i>	Geschlechtslabel, mit welcher sich ein Mensch selbst identifiziert. Gerade im nicht-binären Bereich gibt es viele davon (z. B. agender, genderqueer, multigender). Die Geschlechtsidentität entsteht bei allen Personen sehr früh (2.-4. LJ) und ist mit wenigen Ausnahmen zeitlich konstant.
Geschlechtskörper <i>Sex</i>	Gesamtheit von Körperteilen (z. B. Chromosomen, Hormonen, innere und äussere Genitalien), die gemäss normativen Geschlechtervorstellungen eingeteilt und einer Geschlechtsidentität zugeschrieben werden (z. B. XX-Chromosom = weiblich, Penis = männlich).
Geschlechtsinkongruenz <i>Gender Incongruence</i>	Gemäss ICD-11 persistierende Spannung bzw. Diskrepanz zwischen den verschiedenen Geschlechterkomponenten, die zu einem Transitionswunsch führt. Aufgrund der kontextuellen Beeinflussung von Geschlecht nicht immer gut abgrenzbar von der Geschlechtsdysphorie.
Geschlechtsrolle <i>Gender Role</i>	Darstellung des eigenen Geschlechts nach aussen (durch Kleider, Bewegungen, Sprachgebrauch, etc.). Im Alltag werden Menschen anhand normativer Geschlechterrollenvorstellungen (Schminke = weiblich; Krawatte = männlich) einer Geschlechterkategorie zugewiesen.
Romantische Präferenz <i>Romantic Preference</i>	Emotionale, liebesfokussierte Anziehung zum selben, zu einem anderen oder zu mehreren Geschlechtern.
Sexuelle Orientierung <i>Sexual Orientation</i>	Körperliche, sexualitätsfokussierte Anziehung zum selben, zu einem anderen oder zu mehreren Geschlechtern.
Trans/Cis <i>Trans/Cis</i>	Adjektiv, welcher Menschen beschreibt, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, dem sie bei der Geburt zugewiesen wurden (z. B. trans Frau = Person, die eine weibliche Geschlechtsidentität besitzt, aber anhand ihrer Genitalien bei Geburt als Mann klassifiziert wurde). Personen, bei denen die Geburtszuweisung und die Geschlechtsidentität passen, werden als cis bezeichnet (z. B. cis Frau = Person, die eine weibliche Geschlechtsidentität besitzt und anhand ihrer Genitalien bei Geburt als Frau klassifiziert wurde).

doch dazu, dass diese Menschen im klinischen Alltag geschlechtsangleichende Transitionsmassnahmen zur Sprache bringen. Je nach Ausprägung der GI/GD und individueller Situation werden soziale, juristische und/oder medizinische Transitionsmassnahmen priorisiert (Tab. 2). Viele Personen unternehmen Schritte aus allen drei Bereichen. Wichtig dabei, dass jede betreffende Person selbst über die einzelnen Transitions-massnahmen entscheiden kann.

Ebenso gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Menschen mit GI/GD einem sog. «Minderheitsstress», der sich aus der ubiquitären Stigmatisierung dieser Bevölkerungsgruppe ergibt, unterstehen [5]. Dieser Faktor führt dazu, dass Menschen mit GI/GD einer höheren psychischen Belastung ausgesetzt sind und dadurch eine schlechtere mentale Gesundheit vorweisen. In manchen Fällen – gerade zu Beginn der Transition – potenzieren sich beide Situationen: Die (selbst und/oder fremd) verwehrte Möglichkeit, eine Transition begin-

nen zu können, führt zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit, wodurch gewisse Resilienz-mechanismen, die für den eigenen Umgang mit GI/GD notwendig wären, nicht aktiviert werden können.

Herausforderungen annehmen

Durch den Wandel in der Gesellschaft trauen sich vermehrt Personen mit einer GI/GD, ihre Bedürfnisse gegenüber der Medizin zu äussern. Die Behandlungszahlen steigen deutlich, wobei es für die Schweiz keine spezifischen Statistiken für diese Gruppe gibt. Am Innovations-Focus für Geschlechtervarianz (IFGV) am Universitätsspital Basel erlebten wir in den letzten fünf Jahren eine Zunahme von über 60% bei Anmeldungen und eine Zunahme um 33% bei operativen Eingriffen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Zunahme sich auch in der Primärversorgung zeigt. Insbesondere die Entpsychiatisierung von Geschlech-

Tabelle 2: Überblick über die Transitionsmaßnahmen.

Arten	Beispiele
Juristisch	Anpassen vom amtlichen Vornamen; Anpassen vom amtlichen Geschlecht
Medizinisch	Dermatologisch: Epilation der Gesichtsbehaarung; Endokrinologisch: Pubertätsblockade/ Feminisierung oder Maskulinisierung; Gynäkologisch: Ovar-, Hyster- und Vaginektomie; Logopädisch: Stimmbildung; Phoniatisch: Geschlechtsangleichende Stimm-OP; Plastisch Chirurgisch: Brustaufbau oder Mastektomie/ Genitalangleichung/ Gesichtoperationen; Psychiatrisch-Psychotherapeutisch: Auseinandersetzung mit GI/GD/ Behandlung von Begleitstörungen; Reproduktionsmedizinisch: Aufklärung und Behandlung bzgl. Kinderwunsch; Sexualtherapeutisch: Prä- und postoperative Nachbetreuung nach genital Operation; Urologisch: Genitalangleichung
Sozial	Coming-Out; Anpassen von Vornamen, Anrede und Pronomen; Anpassen vom Erscheinungsbild (Kleider, Frisur, etc.); Wechsel von gegenderten Räumen (WC, Sport, etc.); Änderung des sozialen Umfelds (Wohnort, Arbeit, Freund:innen, etc.)

terspannungen dürfte dazu führen, dass Menschen mit GI/GD vermehrt in der hausärztlichen Praxis das Thema ansprechen.

Auf diese Dynamik reagiert der IFGV auch, indem seit diesem Jahr eine *Advanced Practice Nurse* (APN) im bisher rein ärztlichen Team integriert ist. Die APN senkt die Eintrittsschwelle zum interdisziplinären, multiprofessionellen Behandlungsteam. Sie ist zuständig für Anfragen von Behandlungssuchenden und Fachpersonen aus dem stationären und ambulanten Bereich und übernimmt damit die koordinierende Fallführung während der medizinischen Transition. Damit haben Menschen mit GI/GD trotz der Betreuung und Behandlung durch mehrere Kliniken innerhalb eines Universitätsspitals eine ständige professionelle Ansprechperson. Bisher wurde diese Aufgabe – aus historischen Gründen – hauptsächlich durch die Psychiatrie geleistet, was sowohl aus formaler, inhaltlicher als auch gesundheitsökonomischer Sicht nicht mehr sinnvoll erscheint. In Zukunft soll die APN zudem triagierende Erstgespräche

führen können. Damit setzt der IFGV sein Ziel, Menschen mit GI/GD eine entpsychiatrisierte Begleitung und Behandlung anbieten zu können, fort [6].

Offenes Gesprächsklima schaffen

Bei Fragestellungen zu GI/GD in der Primärversorgung ist entscheidend, dass die Behandlungssuchenden Gesprächsbereitschaft gegenüber dem Thema von Seite der Fachpersonen erleben. Dabei steht im Vordergrund, dass man der Person aktiv zuhört. Hierbei sollte die Fachperson eine empathische, offene Grundhaltung und ein authentisches, kongruentes Auftreten zeigen. Weiter sollte sie eine nicht-wertende Akzeptanz und eine positive Beachtung der Behandlungssuchenden aufweisen [7]. Nur so können individuelle Bedürfnisse auch erfasst werden. Von grösster Relevanz ist es, dass die Aussagen, das Erleben und die Gefühle, welche Personen in dieser Situation zum eigenen Geschlecht ausdrücken, nicht sofort und grundsätzlich hinter-

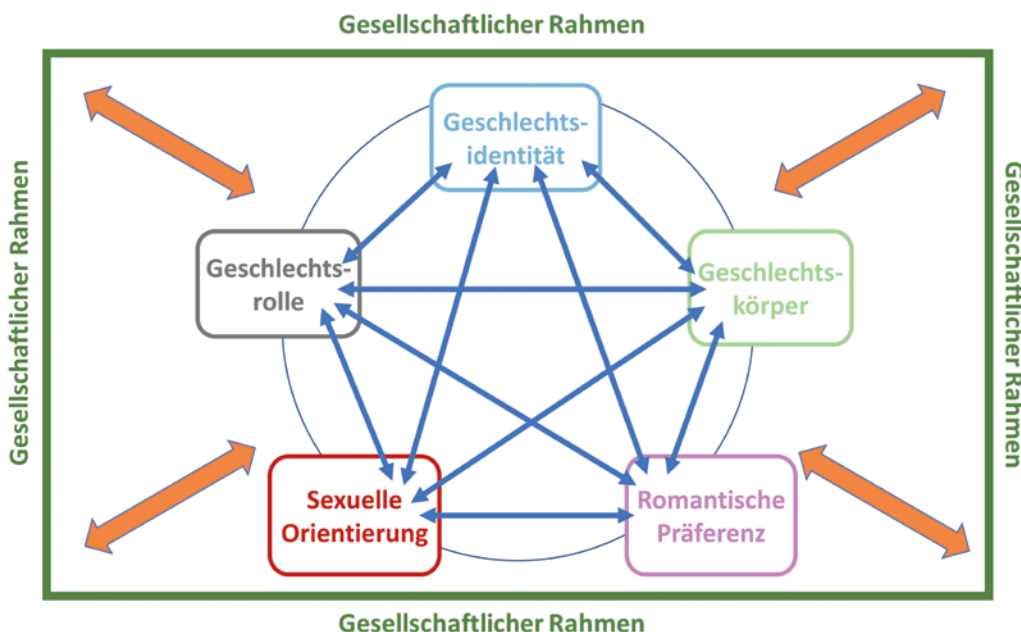


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Geschlechtermodell (nach D. Garcia Nuñez).

fragt werden. Im Sinne einer «affirmativen Haltung» (Tab. 1) sollten Primärversorger:innen diese darin unterstützen, ihr eigenes Geschlecht zu erforschen. Abgesehen von äusserst seltenen Ausnahmen (z.B. in einem akut psychotischen Zustand) können Menschen sehr sicher über die eigenen Geschlechterspannungen berichten. Auch wenn diese Erzählungen die eigenen (binären) Geschlechternormen hinterfragen, sollte gerade das Gesundheitspersonal die Expert:innenrolle der Behandlungssuchenden über den eigenen Körper, die eigene Identität und den eigenen Ausdruck anerkennen.

Um diese Anerkennung zu zeigen, ist es wichtig, im Gespräch mit den Behandlungssuchenden die richtige Anrede und die richtigen Pronomen zu verwenden. Diese können zu Beginn der Interaktion problemlos erfragt werden («Wie soll ich Sie ansprechen?», «Welche Pronomen soll ich bei unserem Gespräch verwenden?»). Diese Fragen signalisieren eine Offenheit gegenüber dem Thema und beeinflussen den weiteren Gesprächsverlauf und Beziehungsaufbau positiv. Selbstverständlich sollte auch thematisiert werden, mit welchen Vornamen und in welcher administrativen Geschlechtskategorie zukünftig die medizinische Akte geführt werden soll. Eine offizielle Änderung des amtlichen Geschlechts bedarf es hierfür nicht. Allerdings sollte der Wechsel in der Akte kurz protokolliert werden.

Umgekehrt stellt die Verwendung von falschen Pronomen gegen den Willen der Person – Misgendering genannt – ein grosser Risikofaktor dar, dass Menschen mit einer GI/GD ein depressives Zustandsbild entwickeln [8]. In diesem Sinne stellen alle Diskussionen um die Verwendung einer geschlechtersensiblen Sprache nicht nur ein gesellschaftliches Politikum dar. Unweigerlich damit verbunden ist die medizinisch relevante Frage, wie viele vermeidbare Minderheitsstressoren einer bereits permanent stigmatisierten Bevölkerungsgruppe weiterhin zugemutet werden sollen.

Bedürfnisse erkennen

Ist diese offene Gesprächsatmosphäre geschaffen, geht es darum, die Bedürfnisse der Behandlungssuchenden zu erfassen. Nur wenn das geschieht, können Primärversorger:innen den Transitionsweg vertrauensvoll begleiten. Hierbei gibt es gewisse Punkte, die speziell zu beachten sind:

- Erfassung der verschiedenen Geschlechterkomponenten: insbesondere der Dimensionen Geschlechtskörper, Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle. Dank der Klarheit über diese Positionierungen kön-

nen die Geschlechterspannungen richtig adressiert werden. In diesem Zusammenhang sollte auch die biografische Geschlechtsentwicklung (erstes Erleben der Geschlechterspannungen, erste Verbalisierung derselben, erste Transitionsmassnahmen, etc.) aufgenommen werden.

- Genaue Transitionsplanung: Anhand der Geschlechtsanamnese und dem Leidensdruck der Personen kann mit den Betroffenen eine Priorisierung bezüglich der verschiedenen Transitionsmassnahmen (medizinisch, sozial, juristisch) gemeinsam geplant werden.
- Berücksichtigung anderer Ebenen: Menschen bestehen nicht nur aus ihrem Geschlecht. Daher ist es gerade in der Primärversorgung wichtig, die körperliche, psychische und soziale Ebene weiterhin zu beachten. Gerade bei körperlichen Untersuchungen gilt es, die Intimsphäre der Behandlungssuchenden zu wahren.
- Integration des Umfelds: Je nach Alter, Urteilsfähigkeitsgrad und sozialer Einbettung sollten Behandlungssuchende ihre Angehörige, Freund:innen und sonstige Bezugspersonen früh über die Transition informieren. Hier können die Primärversorger:innen in manchen Situationen eine vermittelnde Rolle einnehmen.

Begleitung und Behandlung individuell gestalten

Die Begleitungs- und Behandlungsoptionen der Primärversorger:innen können sehr mannigfaltig sein. Am wichtigsten ist, dass sie sich der individuellen Situation der Personen mit GI/GD anpassen. Die wohnortsnahe, oft langjährige Verbindung zwischen den Primärversorger:innen und den Behandlungssuchenden trägt wesentlich zum Erfolg und im Speziellen der sozialen Transition bei. Hier nimmt die Primärversorgung eine wichtige Koordinationsrolle in der Begleitung über den gesamten Prozess ein.

In Fällen, wo Menschen mit Geschlechterspannungen unsicher sind, ob sie unter GI/GD-Symptomen leiden, können Primärversorger:innen diese Personen aufmuntern, sich mit dem eigenen Geschlecht auseinanderzusetzen. Bereits das Vorweisen einer affirmativen Haltung kann für diese Behandlungssuchenden heilsam sein, so dass sie die Ressourcen finden, um selbstständig ihr Geschlecht erforschen zu können. In diesem Kontext kann der Kontakt mit Peers (www.tgns.ch) zur Klärung von bestehenden Fragen führen. Gelegentlich sind Geschlechterfragen derart komplex, dass sich eine Unterstützung der Behandlungssuchenden

durch spezialisierte Fachpersonen (www.fachgruppentrans.ch) empfiehlt.

Dort, wo die Primärversorger:innen feststellen, dass neben der GI/GD-Problematik anderweitige psychiatrische Begleitstörungen (z.B. Depression, Traumafolgestörungen, autistische Züge, Borderline-Verhalten) vorliegen, sollten sie die Unterstützung spezialisierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachpersonen suchen. Auch wenn die Behebung dieser Probleme nicht zur Voraussetzung einer GI/GD-Symptomatik gemacht werden darf, kann eine erfolgreiche Therapie der psychiatrischen Störungen zu einer besseren Erkennung und Benennung der Geschlechterspannungen führen. Umgekehrt besteht die Chance, dass eine GI/GD-Behandlung eine Besserung der bestehenden psychiatrischen Störung einleitet.

Steht bei einer Person mit einer blanden somatischen und/oder psychiatrischen Anamnese der Beginn einer hormonellen Behandlung im Vordergrund, dann kann diese auch durch die Primärversorger:innen übernommen werden, sofern sie über die genügende endokrinologische Expertise verfügen. Wichtig zu beachten ist dabei, dass Hormontherapien (in den allermeisten Fällen) chronische Behandlungen sind und daher regelmässiger Kontrollen bedürfen. Überweisungen an spezialisierte Zentren wie z.B. das IFGV sind indiziert, wenn es sich um komplexe medizinische oder psychiatrische Behandlungssituationen handelt oder der Wunsch nach einer geschlechtsangleichenden Operation im Raum steht. Aber auch dann verschwinden die Primärversorger:innen nicht aus dem Behandlungsfokus. Gelegentlich sind diese Menschen auf die Hilfe eines Unterstützungsnetzwerks (z.B. Spitex) angewiesen, welches am besten durch die Ärzt:innen vor Ort koordiniert werden sollte.

Schlussfolgerungen

Menschen erleben häufig Geschlechterspannungen im Verlauf ihres Lebens. Allerdings führen sie nicht automatisch zu einer GI/GD. Ebenso ist nicht jede GI/GD gewungenermassen mit einem sozialen, medizinischen und/oder juristischen Transitionswunsch verbunden. Durch den gesellschaftlichen Wandel getrauen sich mehr Personen mit einer GI/GD offen über ihre Situation zu sprechen. Hierbei nimmt die Primärversorgung in der Begleitung und Behandlung dieser Menschen eine wichtige Rolle ein.

Der Anfang dieser Begleitung besteht bereits in der Erfassung einer genauen Geschlechteranamnese, welche auf die individuelle Situation der Person einzugehen hat. Primärversorger:innen begleiten die Behand-

lungssuchenden meist über einen längeren Lebensabschnitt, so dass gerade sie den notwendigen vertrauensvollen Raum für dieses Gespräch schaffen können. In diesem Kontext stellt die affirmative Haltung seitens des medizinischen Personals die Basis dar, um die Fragen und Sorgen der Behandlungssuchenden richtig verstehen zu können. Hierbei sollen Menschen mit einer (fraglichen) GI/GD dazu ermuntert werden, ihr eigenes Geschlecht zu erforschen.

Dort, wo eine GI/GD vorliegt, können Primärversorger:innen die Transitionsbegleitung und -behandlung selbst übernehmen und/oder spezialisierte (psychiatrisch-psychotherapeutische, endokrinologische, chirurgische) Fachkräfte ausfindig machen und vermitteln. Ebenso können sie bei sozialen Transitionsschritten unterstützen, indem sie den Kontakt zu anderen Peers unterstützen oder eine Vermittlungsrolle bei schwierigen Gesprächen mit dem Umfeld der Behandlungssuchenden einnehmen.

Schliesslich darf nicht vergessen werden, dass das Wissen über Geschlecht aufgrund seines bio-psycho-sozialen Charakters nicht definitiv festgeschrieben, sondern aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ständig im Wandel ist. In Anbetracht dessen, dass viele Menschen mit GI/GD eine gute, wohnortnahe Versorgung benötigen, bedarf es daher einer kontinuierlichen fachspezifischen Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Wie in anderen medizinischen Bereichen kann das eine Herausforderung sein, die Aufgabe ist jedoch bewältigbar und zahlt sich schliesslich für alle Beteiligten aus.

Literatur

- Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health*. 2020 Apr;21(2):125–37. 10.1080/26895269.2020.175313633015664
- James S, Herman J, Rankin S., Keisling M, Mottet L, Anafi MA. The report of the 2015 US transgender survey. 2016.
- WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics; c2022 [cited 2022 May 5] von ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2013. <https://doi-org.ezproxy.frederick.edu/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Prof Psychol Res Pr*. 2012;43(5):460–7. 10.1037/a0029597
- Garcia Nuñez D, Meier C, Schaefer DJ. Die Transition des Medizinsystems. Vom Cis-Heterozentrismus zur Affirmation der Geschlechtervarianz. Max Nicolai Appenroth und Maria do Mar Castro Varela (Hg.): *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. 2019; Bielefeld: transcript (Gender Studies), 33-54.
- Rogers CR, Farson RE. *Active listening*. Chicago, IL; 1957
- Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, Schaefer DJ, Jenewein J, Schneeberger A, et al. Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Res Int*. 2018 Apr;2018:8639263. 10.1155/2018/863926329850581

Dr. med. D. Garcia Nuñez
Innovations-Focus
Geschlechtervarianz
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
David.Garcia[at]usb.ch