

Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz: Schlussbericht

Paula Krüger, Andreas Pfister, Manuela Eder, Michael Mikolasek

Unter Mitarbeit von (in alphabetischer Reihenfolge): Stefanie C. Boulila, David Garcia Nuñez, Laurent Michaud, Irene Müller, Rafael Traber

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (Auftragsnummer 142003957)

Kontakt

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit
Co-Projektleitung: Prof. Dr. Andreas Pfister & Prof. Dr. Paula Krüger
Werftstrasse 1
Postfach 2945
CH-6002 Luzern

andreas.pfister@zhaw.ch (neue Mailadresse), paula.krueger@hslu.ch
www.hslu.ch/soziale-arbeit

Luzern, 9. März 2022

Dank

Einen herzlichen Dank möchten wir allen Personen und Organisationen aussprechen, die zum Gelingen dieser Studie beigetragen haben. Besonders möchten wir uns bei den LGBT Personen in allen Landesteilen bedanken, die den Online-Fragebogen ausgefüllt haben.

Die grossen nationalen LGBT Organisationen (siehe unten) haben die vorliegende Studie in allen Phasen – und insbesondere in der Phase der Rekrutierung von Studienteilnehmenden – sehr tatkräftig unterstützt. Ohne die Kommunikationsmanger*innen in den Organisationen wäre eine so breite Diffusion in die Schweizer LGBT-Community in allen Landesteilen nicht möglich gewesen.

Weiter möchten wir der vom BAG zusammengestellten Begleitgruppe (u. a. bestehend aus BAG, BfS, Gesundheitsförderung Schweiz, LGBT-Vertretungen) und der Ansprechperson beim BAG selbst, Dr. Nicole Fasel, für die gute Begleitung der Studie und die angenehme Zusammenarbeit danken.

Unterstützende LGBT-Organisationen (alphabetisch)

Aids-Hilfe Schweiz

Fédération romande des associations LGBTIQ

LOS Lesbenorganisation Schweiz

Pink Cross – Dachorganisation der schwulen und bisexuellen Männer in der Schweiz

Transgender Network Switzerland

Forschungspartner (alphabetisch)

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (Ticino)

Universitätsspital Basel

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	VII
Management Summary	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Ziele	1
1.3 Glossar LGBT	2
1.4 Aufbau des Berichts	3
2 Forschungsstand: Ergebnisse des Literaturreviews	3
2.1 Zugang zu Medizin	4
2.2 Körperliche Gesundheit	6
2.3 Sexuelle Gesundheit	9
2.4 Substanzkonsum	14
2.5 Psychische Gesundheit	15
3 Theoretische Einbettung und methodisches Vorgehen	24
3.1 Theoretische Einbettung	24
3.2 Methodisches Vorgehen	26
3.2.1 Datenbasis	26
3.2.2 Analyseverfahren	29
4 Ergebnisse	30
4.1 Grundgesamtheit und Stichproben	30
4.2 Mehrebenen-Kontext	32
4.2.1 Strukturelle Ebene: soziale Exklusion, Stigma	32
4.2.2 Individuelle Ebene: Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen	38
4.3 Gesundheitsförderliche und -schädliche Pfade	44
4.3.1 Verhaltensebene	44
4.3.2 Soziale und Gemeinschaftsebene: Risiko- und Schutzfaktoren	90
4.3.3 Psychologische Ebene: Risiko- und Schutzfaktoren	96
4.4 Gesundheitszustand	103
4.4.1 Körperliche Gesundheit	103
4.4.2 Psychische Gesundheit	117

5	Fazit und Empfehlungen	133
6	Literaturverzeichnis	137
	Anhang	152
	Anhang 1: Literaturreview: Keywords (EN, DE, FR, IT), Suchstrategien und Datenbanken	152
	Anhang 2: Ausgewählte Konstrukte/Indikatoren und ihre Operationalisierung	159
	Anhang 3: Gruppenbildung «Sexuelle Orientierung»	171
	Anhang 4: Ergänzende Tabellen	172
	Anhang 5: Fragebogen «LGBT Health» (deutschsprachige Version)	176

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Health Equity Promotion Model, ergänzt um im Rahmen der Studie erhobene Indikatoren (nach Fredriksen-Goldsen et al., 2014)	25
Abbildung 2: Persönliche*r Hausarzt/-ärztin (keinen), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	35
Abbildung 3: Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen in der Schweizer Gesundheitsversorgung und in anderen Situationen in der Schweiz (Lebenszeit, letzte 12 Monate), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	40
Abbildung 4: Art der letzten Diskriminierungs- und Gewalterfahrung in der Schweizer Gesundheitsversorgung (Daten: «LGBT Health»).....	42
Abbildung 5: Häufigkeit intensiver körperlicher Aktivität (keine), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	45
Abbildung 6: Tabakkonsum (zumindest gelegentlich), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	48
Abbildung 7: Chronisch risikohaftes Alkoholkonsum(mittleres-hohes Risiko), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, SGB 2017).....	49
Abbildung 8: Episodisch risikohaftes Alkoholkonsum (mind. 1-mal im Monat), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2017)	50
Abbildung 9: Episodisch risikohaftes Alkoholkonsum ([eher] häufig), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	52
Abbildung 10: Drogenkonsum (Lebenszeit), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	54
Abbildung 11: Drogenkonsum (Lebenszeit), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	55
Abbildung 12: Anzahl Sexualpartner*innen in den letzten 12 Monaten (mehr als eine*n), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	58
Abbildung 13: Anzahl Sexualpartner*innen in den letzten 12 Monaten (mehr als eine*n), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	59
Abbildung 14: Sexualpartner*innen beim letzten Mal Sex (Gelegenheitspartner*in/Sexarbeiter*in), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	60
Abbildung 15: Sexualpartner*innen beim letzten Mal Sex (Gelegenheitspartner*innen), differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health») (Mehrfachnennungen möglich)	61

Abbildung 16: Anzahl Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (mit mehr als einem/einer Gelegenheitspartner*in), differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	62
Abbildung 17: Verwendung eines Präservativs beim letzten Mal Sex, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	63
Abbildung 18: Verwendung der am häufigsten genannten Schutzstrategien beim letzten Mal Sex mit festem bzw. fester Partner*in, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	65
Abbildung 19: Verwendung ausgewählter Schutzstrategien beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen im letzten Jahr vor der Befragung, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	68
Abbildung 20: HIV-Testung (noch nie), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	70
Abbildung 21: HIV-Testung, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	71
Abbildung 22: Ausgewählte sexuell übertragbare Krankheiten (Infektion), differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	72
Abbildung 23: Besuche bei verschiedenen Fachärzt*innen/Gesundheitsfachpersonen im letzten Jahr vor der Befragung, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	76
Abbildung 24: Besuche bei verschiedenen Fachärzt*innen/Gesundheitsfachpersonen im letzten Jahr vor der Befragung, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	77
Abbildung 25: Krebsvorsorge (Gebärmutterhalsabstrich, Mammografie) (Lebenszeitprävalenz; Personen ab 20 Jahren mit weiblichen Geschlecht laut Registereintrag), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	81
Abbildung 26: Krebsvorsorge (Gebärmutterhalsabstrich, Mammografie) (Personen ab 20 Jahren, denen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugeordnet worden war), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	83
Abbildung 27: Krebsvorsorge (Prostatauntersuchung) (Lebenszeitprävalenz; Männer ab 40 Jahren [Geschlecht laut Register]), differenziert nach Erhebung, Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	84
Abbildung 28: Krebsvorsorge (Prostata-, Hoden- und Analkrebs) (Personen ab 40 Jahren, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen worden war), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	85
Abbildung 29: Hormonersatzbehandlung im Zusammenhang mit den Wechseljahren (Frauen ab 35 Jahren [Geschlecht laut Register]), differenziert nach Vergleichsgruppen; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	87
Abbildung 30: Durchgeführte geschlechtsangleichende medizinische Massnahmen (trans/non-binäre Personen), differenziert nach Massnahme und bei Geburt zugeordnetem Geschlecht; unadjustierte Schätzungen (Mehrfachnennungen möglich) (Daten: «LGBT Health»)	88

Abbildung 31: Geplante geschlechtsangleichende medizinische Massnahmen (trans/non-binäre Personen), differenziert nach Massnahme und bei Geburt zugeordnetem Geschlecht; unadjustierte Schätzungen (Mehrfachnennungen möglich) (Daten: «LGBT Health»)	89
Abbildung 32: Einsamkeitsgefühle (zumindest manchmal), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Registereintrag); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	91
Abbildung 33: Einsamkeitsgefühle ([sehr/ziemlich] häufig) und soziale Unterstützung (geringe), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Registereintrag bzw. zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: «LGBT Health»)	92
Abbildung 34: Kontrollüberzeugungen (geringe), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	97
Abbildung 35: Kontrollüberzeugungen (geringe) und Resilientes Coping (niedriges-mittleres), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	98
Abbildung 36: Resilientes Coping-Verhalten, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 %) KI (Daten: SGB 2017)	99
Abbildung 37: Internalisierte Homonegativität, differenziert nach sexueller Orientierung und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	101
Abbildung 38: Internalisierte Transnegativität, differenziert nach Geschlechtsidentität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	102
Abbildung 39: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (mittelmässig-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	104
Abbildung 40: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (mittelmässig-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	105
Abbildung 41: Körperliche Beschwerden (starke), differenziert nach Vergleichsgruppe und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	106
Abbildung 42: Körperliche Beschwerden (starke), differenziert nach Vergleichsgruppe und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	107
Abbildung 43: Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	111
Abbildung 44: Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme (stark eingeschränkt), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	112
Abbildung 45: Chronische Erkrankung und langandauernde Gesundheitsprobleme, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	113
Abbildung 46: Chronische Erkrankung und langandauernde Gesundheitsprobleme, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	114
Abbildung 47: Body-Mass-Index (Übergewicht/Adipositas), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)	116

Abbildung 48: Lebensqualität (weder gut noch schlecht-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und subjektivem Gesundheitszustand; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	118
Abbildung 49: Lebensqualität (weder gut noch schlecht-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und subjektivem Gesundheitszustand; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	119
Abbildung 50: Energie und Vitalität (tief), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2017)	120
Abbildung 51: Energie und Vitalität (tief-mittel), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	121
Abbildung 52: Psychische Belastung (mittel-stark), differenziert nach Befragung, Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	122
Abbildung 53: Psychische Belastung (mittel-hoch), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	123
Abbildung 54: Depression (letzte 2 Wochen), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017).....	124
Abbildung 55: Depression (letzte 2 Wochen und 1-Jahresprävalenz), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)	125
Abbildung 56: Suizidversuch (Lebenszeitprävalenz), Suizidgedanken, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2017 bzw. SGB 2012, 2017)	128
Abbildung 57: Suizidversuch (Lebenszeitprävalenz), Suizidgedanken, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»).....	130
Tabelle 1: Sozio-demografische Merkmale der befragten Personen, differenziert nach Befragung (SGB, «LGBT Health») und Vergleichsgruppe	33
Tabelle A2.1: Konstrukte und Vergleichsgruppen	159
Tabelle A2.2: Zentrale sozio-demographische Merkmale der Befragten und ihre Operationalisierung (SGB, «LGBT Health»).....	160
Tabelle A2.3: Indikatoren «Körperliche Aktivität» und ihre Operationalisierung	162
Tabelle A2.4: Indikatoren «Soziale Unterstützung und Einsamkeit» und ihre Operationalisierung	163
Tabelle A2.5: Indikatoren «Psychologische Ebene» und ihre Operationalisierung	164
Tabelle A2.6: Indikatoren «Psychische Gesundheit» und ihre Operationalisierung	167
Tabelle A4.1: Depression (1-Jahresprävalenz) (n=1'129): Modellkoeffizienten und Effektstärken	172
Tabelle A4.2: Depression (1-Jahresprävalenz) (n=1'115): Modellkoeffizienten und Effektstärken	173
Tabelle A4.3: Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz) (n=1'085): Modellkoeffizienten und Effektstärken	174
Tabelle A4.4: Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz) (n=1'073): Modellkoeffizienten und Effektstärken	175

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
FSF	Frauen, die Sex mit Frauen haben
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LGBT	Siehe Kapitel 1.3 (Glossar LGBT)
M	Arithmetisches Mittel
Md	Median
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
PrEP	Prä-Expositions-Prophylaxe
SD	Standardabweichung
STI	Sexuell übertragbare Infektionen/Krankheiten
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
OR	Odds Ratio

Management Summary

Ausgangslage

Internationale Studien verweisen darauf, dass lesbische, schwule («gay») und bisexuelle Personen (LGB) verglichen mit der übrigen Bevölkerung über einen schlechteren Gesundheitszustand und einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung verfügen. Die Datenlage und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Situation in der Schweiz sind hierzu jedoch noch mangelhaft. Der Bundesrat wurde mit der Annahme des Postulats 19.3064 von Samira Marti beauftragt, in einem Bericht den Gesundheitszustand der LGB Personen und ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu beschreiben und mit demjenigen der übrigen Bevölkerung zu vergleichen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erteilte der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit den Auftrag, eine fundierte Grundlage für die Erstellung des Postulatsberichts zu erarbeiten, die nicht nur auf den Gesundheitszustand und den Zugang zum Gesundheitssystem der LGB Personen fokussiert, sondern in diesem Zusammenhang auch die Situation von trans und non-binären Personen (T) in der Schweiz erfasst und analysiert. Dies sind Personen, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde. Teil des BAG-Auftrags war es, neben der Auswertung von Datensätzen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 2012 und 2017, eine gross angelegte und breit geteilte Online-Befragung in allen Landesteilen der Schweiz durchzuführen, die sich an die in der Schweiz lebende LGBT Bevölkerung richtet. Zudem wurde ein Literaturreview zum Forschungsstand verlangt.

Ziel

Ziel des vorliegenden Berichts ist es, mit Datensätzen der SGB (2012, 2017), und der 2021 eigens durchgeführten nationalen Online-Umfrage zur Gesundheit von LGBT Personen und deren Zugang zur Gesundheitsversorgung («LGBT Health»), Bereiche zu identifizieren, in denen LGBT Menschen im Vergleich zur übrigen Schweizer Bevölkerung ungleiche Gesundheitschancen haben.

Methodisches Vorgehen

Das Literaturreview umfasste relevante in der Schweiz durchgeführte Studien der letzten 20 Jahre, ergänzt durch ausgewählte internationale Reviews, Metaanalysen und Studien aus anderen Ländern der letzten 5 Jahre. Der Fokus wurde gemäss dem Postulat 19.3064 NR Samira Marti dabei auf die Bereiche Zugang zu medizinischen Leistungen bzw. zur Gesundheitsversorgung, körperliche Gesundheit, sexuelle Gesundheit, Substanzkonsum und psychische Gesundheit gelegt. Auch die Auswertung der vorhandenen Datensätze der SGB (2012, 2017) wurde mehrheitlich, wenn auch nicht ausschliesslich, entlang dieser Themenbereiche vorgenommen. Das «Health Equity Promotion Model» (HEP) (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) diente hierbei als theoretischer Rahmen. Es zeigt sehr differenziert auf, wie Gesundheit über strukturelle und individuelle Ebenen sowie über gesundheitsförderliche und -schädliche Pfade bei (LGBT) Personen zustande kommt. Das HEP-Modell war deshalb auch von herausragender Wichtigkeit für die Konzeption der quantitativen landesweiten Online-Befragung «LGBT Health», die von Mitte Mai 2021 bis Mitte Juli 2021 in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch durchgeführt wurde. Hier konnten die Daten von 2'064 Personen aus allen Landesteilen in die Analysen eingeschlossen werden. Die Umfrage war an der SGB orientiert, ergänzt um weitere bekannte Einflussfaktoren auf die Gesundheit von LGBT Personen (z. B. Internalisierte Homonegativität, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen) sowie um Fragen, durch die mögliche coronaspezifische Effekte identifiziert werden konnten. Die generierten Daten wurden deskriptiv- und inferenzstatistisch ausgewertet und den Auswertungen der SGB-Daten 2012 und 2017¹ gegenübergestellt; dies mit dem Ziel, Bereiche zu identifizieren, in denen LGBT Menschen im Vergleich zur übrigen Schweizer Bevölkerung ungleiche Gesundheitschancen haben. Dabei sind in Bezug auf beide Befragungen (SGB, «LGBT Health») bestimmte Einschränkungen

¹ Der SGB Datensatz von 2007 wurde nicht einbezogen, da zwischen der SGB 2007 und 2017 zehn Jahre liegen, in denen es zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf im Rahmen der Studie relevante Indikatoren gekommen ist. Zusammen mit der «LGBT Health» wäre bei Einbezug der SGB 2007 sogar ein Zeitraum von 14 Jahren abgedeckt worden.

zu berücksichtigen. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass zwar die SGB Rückschlüsse auf die Schweizer Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) zulässt, nicht jedoch die «LGBT Health», da es sich hier bei den befragten Personen um eine sog. Gelegenheitsstichprobe handelt. Hinsichtlich der SGB ist jedoch einschränkend anzumerken, dass vergleichsweise wenige LGB Personen befragt worden sind. Diese Einschränkungen gilt es, bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Ergebnisse

Die (Gesundheits-)Bereiche, in denen LGB(T) Menschen im Vergleich zur übrigen Schweizer Bevölkerung ungleiche Gesundheitschancen haben, also schlechter gestellt sind, sind die Folgenden:

Psychische Gesundheit: Wie die internationale Studienlage, weisen auch die Schweizer Daten darauf hin, dass die LGBT Population im Bereich der psychischen Gesundheit gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung deutlich benachteiligt ist. Es besteht ein grosser und dringender Handlungsbedarf. Dies zeigt sich etwa in der deutlich höheren Prävalenz von Depressionen, Suizidgedanken und Suizidversuchen sowie den geringer ausgeprägten sozialen und psychischen Schutzfaktoren bei der Schweizer LGBT gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung. Die Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz) ist bei LGB Personen gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung etwa 4-mal höher (Daten «SGB»). 11 Prozent der im Rahmen der SGB befragten LGB Personen und 18 Prozent der im letzten Jahr befragten LGBT Personen (Daten «LGBT Health») haben in ihrem Leben bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen, dies meist in der Lebensphase der Adoleszenz. Trans und non-binäre Personen sind besonders davon betroffen. Sie sind nicht nur stärker psychisch belastet als cis LGB Personen. Sie begingen auch häufiger und häufiger als mehr als einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch. Bezüglich der 1-Jahresprävalenz von Depressionen waren trans/non-binäre Personen innerhalb der LGBT Gruppe ebenfalls am meisten betroffen.

Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, Verzicht auf Gesundheitsleistungen und Barrieren des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Wie international breit ausgewiesen, zeigen auch die Befunde der «LGBT-Health», dass viele Schweizer LGBT Personen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen ausgesetzt sind (67,6 % mindestens einmal in ihrem Leben). Solche Erfahrungen werden auch in der Gesundheitsversorgung gemacht (26,6 % mindestens einmal in ihrem Leben), wobei trans/non-binäre Personen am stärksten betroffen waren. Der Schutz von LGBT Personen vor Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt muss in der Schweiz verstärkt werden, dies generell wie auch im Speziellen in der Gesundheitsversorgung. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der LGBT Population medizinische Leistungen nicht in Anspruch nimmt, wie es auch die internationale Literatur zeigt. Der Anteil von LGBT Personen, die aus mangelndem Vertrauen in die Ärzteschaft, Krankenhäuser etc. auf Gesundheitsleistungen verzichten, ist gegenüber der Schweizer Wohnbevölkerung mehr als doppelt so hoch (16,2 % vs. 6,9 %). Dass es sich hier um einen reinen Stichprobeneffekt handelt, ist angesichts der klaren internationalen Evidenz zu den Barrieren des Zugangs von LGBT Personen zur Gesundheitsversorgung wenig wahrscheinlich. Es braucht auch in der Schweiz klare Massnahmen, um die Zugangsbarrieren für LGBT Personen zur Gesundheitsversorgung abzubauen.

Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, illegale psychotrope Substanzen): Die Befunde zeigen, wie auch der internationale Forschungsstand insgesamt, eine (deutlich) höhere Prävalenz des (gesundheitsschädlichen) Konsums psychoaktiver Substanzen bei LGBT Personen gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung. Mit gut einem Drittel bis fast der Hälfte der LGBT Personen liegt etwa der Anteil der Personen, die Tabak rauchen, deutlich höher als bei der übrigen Schweizer Bevölkerung. Da beispielsweise Tabak- und ein übermässiger Alkoholkonsum grosse gesundheitliche Schäden verursachen, ist der (übermässige) Substanzkonsum ein wichtiges und dringliches gesundheitliches Handlungsfeld, in dem LGBT Personen gegenüber der übrigen Bevölkerung in der Schweiz benachteiligt sind und Massnahmen ergriffen werden müssen. Gruppen- und Geschlechterunterschiede sind beim Ergreifen gesundheitsförderlicher und (sucht-)präventiver Massnahmen zu berücksichtigen. Während etwa lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen sowohl häufiger chronisch (stetig zu viel Alkohol) als auch

episodisch risikohaft (zu viel bei einer Gelegenheit) Alkohol trinken, weisen schwule und bisexuelle Männer im Vergleich zu heterosexuellen Männern etwas häufiger ein episodisch risikohaftes Trinkverhalten auf.

Sexuelle Gesundheit: Wie international bekannt, zeigen auch die Befunde der vorliegenden Studie, dass schwule und bisexuelle Männer² auch in der Schweiz hinsichtlich HIV und STI gegenüber der übrigen Bevölkerung eine vulnerable Gruppe sind. Ein besonderer Fokus auf diese Gruppe wie auch auf diejenige der trans/non-binären Personen im Bereich der sexuellen Gesundheit ist angesichts der Daten- und Studienlage sehr wichtig und muss in der Schweiz (weiterhin) gezielt erfolgen. Lesbische und bisexuelle Frauen³ dürfen dabei aber nicht vergessen gehen. Sie müssen bezüglich HIV/STI, gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen und reproduktiver Gesundheit genügend sensibilisiert werden. Zudem müssen Ärzt*innen, Gynäkolog*innen, Pflegefachpersonen, Hebammen etc. darauf vorbereitet sein, lesbische und bisexuelle Frauen unvoreingenommen zu ihrer sexuellen Gesundheit (inkl. reproduktiver Gesundheit) zu beraten, zu begleiten und zu behandeln. Dass dies nicht immer gelingt, zeigen die wenigen verfügbaren Studien u. a. in der Westschweiz.

Körperliche Gesundheit: Bei der körperlichen Gesundheit werden insbesondere gesundheitliche Ungleichheiten innerhalb der LGBT Population ersichtlich. Trans/non-binäre Personen («LGBT Health») beurteilten ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich schlechter als LGB cis Personen und wiesen entsprechend deutlich häufiger starke Beschwerden in den letzten vier Wochen vor der Befragung auf. Darüber hinaus waren trans/non-binäre Personen häufiger von Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme betroffen und litten häufiger an chronischen oder langandauernden Krankheiten. Neben der Stärkung psychischer Gesundheit braucht es – insbesondere bei trans/non-binären Personen – in der Schweiz Massnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit.

Empfehlungen

Neben gezielten Massnahmen, die zu den oben identifizierten (Gesundheits-)Bereichen erfolgen sollten, werden folgende Empfehlungen abgegeben:

1. Es braucht ein nationales Programm zur sozialen und gesundheitlichen Gleichstellung von sexuellen und geschlechtlichen Minoritäten.
2. In einem «Health in All Policies»-Ansatz (WHO, 2014) sollten Politik und Verwaltung über politische Entscheidungen und Politikstrategien das Lebensumfeld von LGBT Personen verbessern und entsprechende Massnahmen beschliessen.
3. In Gesundheitsförderung, Prävention und der (Krankheits-)Behandlung sollten in allen Sektoren (Gesundheit, Soziales etc.) sowohl *LGBT-sensitive/-inklusive* als auch *LGBT-spezifische Zugänge* nicht die Ausnahme, sondern die Regel sein. Es braucht beides, eine universelle Öffnung der Regelstrukturen (LGBT-sensible und -inklusive Räume) und spezifische Massnahmen für LGBT Personen (spezifische Räume und spezifische Zugänge).
4. Verlässliche nationale Melde- und Unterstützungssysteme (generell und im Gesundheitswesen) für die Meldung von Gewalt aufgrund der Geschlechtsidentität und/oder der sexuellen Orientierung müssen aufgebaut werden. Diskriminierungen, Gewalt und Delikte gegen LGBT Menschen müssen konsequent geahndet und ein geeignetes Hilfenetz für LGBT Gruppen zur Verfügung gestellt bzw. die vorhandenen Strukturen entsprechend LGBT-inklusiv ausgestaltet werden.
5. Das nationale Gesundheitsmonitoring (Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB) und nationale Monitoringssysteme in anderen Bereichen sind LGBT-inklusiv zu gestalten.

² Hier sind dabei auch Männer eingeschlossen, die mit Männern Sex haben (MSM), sich aber weder als schwul/gay noch als bisexuell definieren.

³ Hier sind dabei auch Frauen eingeschlossen, die mit Frauen Sex haben (FSF), sich aber weder als lesbisch noch als bisexuell definieren.

Bei der Planung und Umsetzung der Empfehlungen sind die relevanten Stakeholder in der Schweiz einzubeziehen und bestehende, meist nicht finanzierte Strukturen und Angebote zu berücksichtigen und zu stärken, die von LGBT Organisationen und engagierten Privatpersonen über die letzten Jahrzehnte in den Landesteilen aufgebaut wurden.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Mit der Annahme des Postulat 19.3064 der Nationalrätin Samira Marti («Vergleichender Bericht über die Gesundheit von LGB») durch den Nationalrat am 26.09.2019 wurde der Bundesrat beauftragt, «...einen Bericht über die Gesundheit von LGB (Lesben, Schwule, Bisexuelle) zu erstellen» (Postulat 19.3064). Dies vor dem Hintergrund, so die Argumentation im Postulat, dass internationale Studien darauf hinweisen, dass lesbische, schwule und bisexuelle Personen verglichen mit der heterosexuellen Bevölkerung über einen schlechteren Gesundheitszustand und einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung verfügen und die Datenlage und die Erkenntnisse in der Schweiz hierzu mangelhaft sind. Der Bericht soll basierend auf bestehenden Studien und Datensätzen im Vergleich zur übrigen Schweizer Bevölkerung Bereiche identifizieren, in denen spezifische Massnahmen nötig sind. Dabei sollen insbesondere die folgenden Bereiche Beachtung finden (siehe Postulat 19.3064):

- Zugang zu Medizin;
- Selbsteinschätzung der Gesundheit, chronische Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Body-Mass-Index, körperliche Aktivität;
- sexuelle Gesundheit;
- Substanzkonsum;
- mentale Gesundheit.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) empfahl, die Analysen und den Bericht nicht auf LGB Personen zu beschränken, sondern auch die Situation von trans/non-binären Personen in der Schweiz zu eruieren. Vorabklärungen des BAG und des Bundesamts für Statistik (BfS) ergaben, dass bestehende LGB-Stichproben aus den Wellen 2007, 2012 und 2017 der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zu klein sind, um eine ausführliche Analyse basierend ausschliesslich auf den vorhandenen Daten durchführen zu können. Zudem wird in der SGB bis dato keine Frage zur Geschlechtsidentität gestellt. Es ist also keine Stichprobe von trans/non-binären Personen in der SGB vorhanden.

Basierend auf diesen Abklärungen erteilte das BAG der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit den Auftrag, eine gross angelegte und breit geteilte Online-Befragung in allen Landesteilen der Schweiz durchzuführen, die sich an die in der Schweiz lebende LGBT Bevölkerung richtet. Im Auftrag enthalten war auch ein Literaturreview zum Forschungsstand der letzten 20 (Schweiz) bzw. 5 Jahre (international) zu den genannten Themenbereichen des Postulats.

1.2 Ziele

Das Ziel des vorliegenden Berichts ist es, mit Datensätzen der SGB (2012, 2017) und der eigens durchgeführten nationalen Online-Umfrage zur Gesundheit von LGBT Personen und deren Zugang zur Gesundheitsversorgung («LGBT Health»), Bereiche zu identifizieren, in denen LGBT Menschen im Vergleich zur übrigen Schweizer Bevölkerung ungleiche Gesundheitschancen haben. Basierend auf den statistischen Analysen und dem durchgeführten Literaturreview formulieren die Studienautor*innen Empfehlungen für die Schweiz. Der vorliegende Bericht soll eine fundierte Grundlage zur Erstellung des Berichts durch den Bundesrat bieten (Postulatsbericht).

1.3 Glossar LGBT

Das englische Akronym «**LGBTIQ+**» vereint u. a. **lesbische**, **schwule** («**gay**»), **bisexuelle**, **trans**, **intergeschlechtliche** und **queere** Personen unter einem Begriffsdach. Damit sind jedoch ganz unterschiedliche Dimensionen einer Person gemeint, die **sexuelle Orientierung (LGB)**, die **Geschlechtsidentität (T)** oder die **Geschlechtsmerkmale (I)**.

Sexuelle Orientierung

Lesbische oder schwule Menschen fühlen sich zu Menschen desselben Geschlechts hingezogen (z. B. eine Frau zu einer Frau). Es gibt weitere (Selbst-)Bezeichnungen wie z. B. homosexuell, queer, gleichgeschlechtlich liebend etc.

Bisexuelle und pansexuelle Menschen fühlen sich zu Männern und Frauen – also zu zwei oder mehr Geschlechtern – hingezogen.

Heterosexuelle Menschen fühlen sich zu Menschen des anderen Geschlechts hingezogen (z. B. eine Frau zu einem Mann).

Die Begriffe **MSM** (Männer, die Sex mit Männern haben) und **FSF** (Frauen, die Sex mit Frauen haben) fokussieren auf das homosexuelle Verhalten. Dies ermöglicht es etwa in der HIV-/STI-Prävention, Männer anzusprechen, die sich nicht als schwul oder bisexuell identifizieren, jedoch regelmässig mit Männern Sex haben.

Geschlechtsidentität

Trans Menschen sind Menschen (z. B. **trans Mann**, **trans Frau**), deren Geschlechtsidentität nicht dem Geschlecht entspricht, das ihnen bei Geburt zugeordnet wurde. Auch **non-binäre**, **genderqueere Personen** etc., Menschen also, die sich nicht in der zweigeschlechtlichen Systematik Mann-Frau verorten, werden darunter gefasst. Es gibt weitere (Selbst-)Bezeichnungen, wie trans, transident, transgender, transsexuell, Mensch mit Transitionsbiografie, transgeschlechtlich etc.

Cis Menschen sind Menschen (z. B. **cis Frau**, **cis Mann**) deren Geschlechtsidentität die gleiche ist, die ihnen bei Geburt zugeschrieben wurde.

Geschlechtsmerkmale

Intergeschlechtliche Menschen sind Menschen, «...deren Körper biologische Merkmale aufweisen, die den binären Kategorien, die allgemein zur Unterscheidung von ‘weiblichen’ und ‘männlichen’ Körpern verwendet werden, nicht oder nur teilweise entsprechen» (Definition gemäss <https://de.inter-action-suisse.ch/definitions>).

1.4 Aufbau des Berichts

Im nachfolgenden Kapitel 2 werden die Forschungsergebnisse der letzten 20 (Schweiz) bzw. 5 Jahre (international) zu den Themen des Postulats von NR Samira Marti zusammengefasst. Im Kapitel 3 wird das «Health Equity Promotion Model» (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) erläutert, ein Modell zur gesundheitlichen Chancengleichheit, das der theoretischen Einbettung der Befunde dient und nach dem der Bericht gegliedert ist. Das Modell zeigt, wie die Gesundheit von LGBT Personen zu Stande kommt und verdeutlicht die unterschiedlichen Einflussebenen (z. B. strukturelle Einflüsse, Gesundheitsverhalten etc.) auf die Gesundheit von Menschen. Im gleichen Kapitel wird das methodische Vorgehen dargelegt, werden die Datenbasis und die Analyseverfahren erläutert. Im Kapitel 4 berichten wir die empirischen Ergebnisse entlang der Bausteine des Health Equity Promotion Modells. So wird deutlich, auf welcher Einflussebene hinsichtlich Gesundheit von (LGBT) Personen wir uns jeweils befinden und die Bereiche, in denen LGBT Menschen im Vergleich zur übrigen Schweizer Bevölkerung ungleiche Gesundheitschancen haben (oder auch nicht), können klar verortet werden. Die Ergebnisdarstellung bildet die Grundlage, um im abschliessenden Kapitel 5 in einem Fazit Empfehlungen zu formulieren. Diese nehmen wiederum auf das Health Equity Promotion Modell Bezug, um der Politik Hinweise zu geben, auf welchen Ebenen angesetzt werden muss, um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit von LGBT Personen in der Schweiz zu verbessern.

Für eilige Leser*innen finden sich – besonders in den Kapiteln 2 und 4 – Kurzzusammenfassungen in Form von Zwischenfazits.

2 Forschungsstand: Ergebnisse des Literaturreviews

Wie vom Bundesamt für Gesundheit beauftragt, orientiert sich das vorliegende Literaturreview zur Gesundheit von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans Personen (kurz «LGBT Personen») an den im Postulat 19.3064 NR Samira Marti genannten Ober- und Unterthemen:

- «1. Zugang zu Medizin: Hausarzt, Gynäkologie/Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit, Notfallmedizin, Endokrinologie, psychologische und psychiatrische Therapie;
2. [Körperliche Gesundheit:] Selbsteinschätzung der Gesundheit, chronische Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Body-Mass-Index, körperliche Aktivität;
3. Sexuelle Gesundheit: Anzahl der Partnerinnen und Partner, Risikominderungsstrategien⁴, Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie;
4. Substanzkonsum: Tabak, Alkohol, weitere Drogen;
5. Mentale Gesundheit: psychische Gesundheit, Depression, Suizidalität, Einnahme von Psychopharmaka.» (Postulat 19.3064 NR Samira Marti)

Das Literaturreview umfasst relevante in der Schweiz durchgeführte Studien der letzten 20 Jahre, ergänzt durch ausgewählte internationale Reviews, Metaanalysen und Studien aus anderen Ländern der letzten 5 Jahre. Dem Anhang können die Suchwörter («Keywords»), die Suchstrategien und die verwendeten Datenbanken entnommen werden.⁵ Das Review (inkl. Berichtlegung) wurde vom **15. Oktober 2020 bis 30. November 2020** durchgeführt. Es wurde mit dem BAG und der Begleitgruppe des BAG, zusammengesetzt u. a. aus Vertreter*innen Schweizer

⁴ Unter dem Begriff «Risikominderungsstrategien» im Postulat Marti werden das Schutz- und Risikoverhalten im Kontext von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) sowie Risikoreduktionsstrategien verstanden.

⁵ Hinweis: Die Datenbank «Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche» (Ilisi) war zum Zeitpunkt der Suche defekt und nicht zugänglich.

LGBT-Organisationen, validiert und aufgrund dieser Feedbacks ergänzt (v. a. graue schweizerische Literatur/Umfragen zu lesbischen und bisexuellen Frauen)⁶.

Im Folgenden werden zentrale Befunde des Reviews zusammengefasst. Dabei wird in jedem Themenblock im Grundsatz folgender Berichtsstruktur gefolgt:

- Benennung des Oberthemas und der Unterthemen gemäss Postulat 19.3064 Postulat NR Samira Marti
- Zu jedem Unterthema wird dann die Literatur zusammengefasst:
 - Schweizer Studien zu lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen – LGB (CH)
 - Schweizer Studien zu trans Menschen – T (CH)
 - Spotlight auf internationale Studienergebnisse zu LGBT-Personen – LGB + T (international)
- Fazit

2.1 Zugang zu Medizin

Im Bereich «Zugang zu Medizin» stehen der Zugang zu folgenden Dienstleistungen im Fokus: Hausarzt bzw. -ärztin, Gynäkologie, Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, Notfallmedizin, Endokrinologie, psychologische und psychiatrische Therapie.

LGBT (CH)

Zum Thema Zugang zu Medizin von LGBT Personen wurden bis anhin nur wenige Schweizer Studien publiziert. Eine ältere Studie verglich die Nutzung der Gesundheitsversorgung zwischen homosexuellen Männern aus Genf und heterosexuellen Männern aus der Schweiz (Wang, Häusermann, Vounatsou, Aggleton & Weiss, 2007). Die Studie ergab, dass schwule Männer signifikant häufiger Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, jedoch weniger zufrieden sind mit dem Leistungserbringer als die heterosexuelle Vergleichsgruppe (Wang et al., 2007). Eine qualitative Studie mit lesbischen Frauen in der Westschweiz zeigte, dass gynäkologische (Vorsorge-)Untersuchungen von diesen nicht notwendigerweise als nützlich eingestuft werden, da solche Untersuchungen stark mit heterosexueller sexueller Aktivität in Verbindung gebracht werden und die lesbischen Frauen äussern, dass Gynäkolog*innen nicht gut über weibliche Homosexualität und im Speziellen über Risiken der Übertragung sexueller Infektionen zwischen Frauen Bescheid wüssten (Berrut, 2016). Dass der Zugang zur medizinischen Versorgung für Frauen, die Sex mit Frauen haben (FSF), nicht ungehindert gegeben ist, zeigen auch Resultate einer aktuellen quantitativen Westschweizer Umfrage. FSF suchten u. a. gynäkologische Untersuchungen nicht auf, weil sie den Eindruck hatten, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität verurteilt zu werden. Weiter berichteten die Befragten über sexuelle Gewalterfahrungen im medizinischen Kontext (Béziane, Anex, Le Pogam & Künzle, 2020). Vergleichbare Studien spezifisch zu bisexuellen oder trans Personen in der Schweiz wurden in der hier durchgeführten Literaturrecherche nicht gefunden.

Auch zum Thema Zugang zu Psychotherapie für LGBT Personen gibt es im Schweizer Kontext nur wenige Publikationen. Hinsichtlich der Erfahrungen und Zufriedenheit von LGBT Personen in der psychologischen Beratung oder Betreuung wurden in der Literaturrecherche für diesen Bericht keine Schweizer Studien gefunden. In einer Schweizer Publikation wird jedoch darauf hingewiesen, dass LGBT Personen aufgrund ihrer gesellschaftlichen Lage besondere Bedürfnisse in der Psychotherapie aufweisen, was wiederum LGBT-spezifisches Wissen seitens der begleitenden Fachperson voraussetzt (Baeriswyl, 2016). Udo Rauchfleisch hält zudem fest, dass für eine psychologische Beratung und Behandlung eine Unvoreingenommenheit gegenüber sexueller Orientierung und Identität seitens der Therapeut*innen eine Voraussetzung ist (Rauchfleisch, 2016a). Dabei können LGBT-Organisationen, wie beispielsweise das Transgender Network Switzerland (TGNS), die Lesbenorganisation Schweiz (LOS) oder Pink Cross hilfreich sein, um entsprechend unvoreingenommene Fachpersonen aufzufinden (Rauchfleisch, 2016a).

⁶ Das vorliegende narrative Review ist umfassend angelegt. Angesichts der begrenzten Zeit (7 Wochen) und der vielen (Review-)Themen musste die Berichterlegung aber kondensiert erfolgen; viele Details können im nachfolgenden Text nicht berichtet werden.

Rauchfleisch (2017) stellt zudem Missstände in der gegenwärtigen psychotherapeutischen Betreuung von trans Personen fest und plädiert dafür, die Transidentität zu entpathologisieren und als Variante menschlicher Identitätsentwicklung anzuerkennen. Bei trans Personen führt oftmals eine Diskrepanz zwischen der angeborenen Anatomie und dem wahrgenommenen Geschlecht zu einem hohen Leidensdruck, weshalb der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Massnahmen auftreten kann (Garcia Núñez, 2014). So wurde zum Beispiel in den beiden Universitätsspitalern Lausanne und Genf in den vergangenen Jahren ein Anstieg an Personen wahrgenommen, die den Wunsch nach einer operativen Geschlechtsanpassung ausdrücken (Pamfile et al., 2020). Zu geschlechtsangleichenden Operationen wurden ebenfalls Fachartikel in der Schweiz publiziert (Bauquis, 2011, 2014; Mijuskovic, Schaefer & Garcia Núñez, 2020).

Ein Schweizer Artikel aus dem Jahre 2011 weist zudem darauf hin, dass LGBT-spezifische und gesundheitsrelevante Themen in der Schweiz nur sporadisch in der medizinischen Ausbildung aufgegriffen werden (Bize et al., 2011). Den Autoren zufolge kann diese Ungleichheit angegangen werden, indem Fachpersonen in ihrer Ausbildung für LGBT-Themen sensibilisiert werden, damit adäquat auf die Bedürfnisse der Klient*innen eingegangen werden kann (Bize et al., 2011). Auch die qualitativ erhobene Sicht von Gynäkolog*innen zeigt, dass die sexuelle Orientierung der Patient*innen in Konsultationen nur selten Beachtung findet und es wichtig wäre, das Thema weibliche Homosexualität in gynäkologische Weiterbildungen zu integrieren (Berrut, 2016). Entsprechend diesen Forderungen wurde an der Universität Lausanne eine Studie mit Medizinstudent*innen durchgeführt (Wahlen, Bize, Wang, Merglen & Ambresin, 2020). Die Studie weist darauf hin, dass bereits ein gewisses Wissen der Medizinstudent*innen hinsichtlich LGBT-Gesundheitsthemen vorhanden ist, wobei dieses Wissen durch eine spezifische Vorlesung zu entsprechenden Themen verbessert werden kann.

LGB (international)

Internationale Studien weisen darauf hin, dass LGB Personen einen erschwerten Zugang zur medizinischen Versorgung haben, u. a. aufgrund von homophobem und diskriminierendem Verhalten in der Gesundheitsversorgung oder Unwissen seitens der Fachpersonen bezüglich LGB-spezifischen Themen (Albuquerque et al., 2016; Balik et al., 2020; Caceres, Travers, Primiano, Luscombe & Dorsen, 2020; Hafeez, Zeshan, Tahir, Jahan & Naveed, 2017; Meads, Hunt, Martin & Varney, 2019; Silva & Cavalcanti Costa, 2020). Zudem weisen internationale Studien – wie auch die Schweizer Studie von Wahlen et al. (2020) – darauf hin, dass spezifische Ausbildungen im Gesundheitswesen zu LGBT-Themen sowohl das Wissen über LGBT-spezifische Themen als auch die Einstellung gegenüber LGBT-Personen positiv beeinflussen können (Jurcek et al., 2020; Morris et al., 2019; Sekoni, Gale, Manga-Atangana, Bhadhuri & Jolly, 2017; Utamsingh, Kenya, Lebron & Carrasquillo, 2017). In weiteren Studien wurde jedoch festgestellt, dass trotz solcher Ausbildungen LGBT Personen weiterhin diskriminierendes Verhalten und Vorurteile in der Gesundheitsversorgung wahrnehmen (Hunt et al., 2019). Ebenfalls weisen Studien nach wie vor auf bestehende Lücken zu LGBT-spezifischen Themen in der medizinischen Ausbildung hin (McCann & Brown, 2018). Bezüglich des Zugangs zu HIV- und AIDS-Interventionen für homosexuelle und bisexuelle Männer wurden in einigen Studien auch in diesem Kontext Stigma und Diskriminierung als Barrieren identifiziert (Wao, Aluoch, Odondi, Tenge & Iznaga, 2016).

Studien zu den Erfahrungen von LGB Personen in der Gesundheitsversorgung zu psychischer Gesundheit weisen auf der einen Seite auf verschiedene negativ erlebte Verhaltensweisen hin (z. B. Diskriminierung, fehlende Akzeptanz der sexuellen Orientierung seitens Therapeut*innen oder mangelndes Wissen über LGBT-relevante Themen), welche folgend eine Barriere für den Zugang darstellen können (McNamara & Wilson, 2020). Auf der anderen Seite weisen weitere Studien darauf hin, dass in der Psychotherapie etwa erkannt wurde, dass zum Beispiel LGBT Jugendliche häufiger unter psychischen Problemen wie Depressionen leiden. Aufgrund dessen wurden evidenzbasierte Behandlungen für depressive Symptome an diese Zielgruppe angepasst, wobei erste Ergebnisse erfolgversprechend sind (Sheinfil, Foley, Ramos, Antshel & Woolf-King, 2019).

In unserer Literaturrecherche wurden keine spezifischen Studien zum Zugang zur Gynäkologie, Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, Notfallmedizin oder Endokrinologie gefunden.

T (international)

Wie bei LGB Personen, weisen mehrere internationale Studien auf vorhandene Barrieren beim Zugang zur medizinischen Versorgung von trans Personen hin, wobei ein Grossteil der Studien in den USA durchgeführt wurde (Heng, Heal, Banks & Preston, 2018). Folgende Aspekte, welche sich einschränkend auf den Zugang von trans Personen zur medizinischen Versorgung auswirken, werden in der Literatur erwähnt: Diskriminierung im Gesundheitswesen, unwissendes Fachpersonal, welches mangelndes Wissen bezüglich transspezifischer Gesundheitsthemen aufweist, vergangene negative Erfahrungen in der medizinischen Versorgung, aber auch eine mangelnde Abdeckung von notwendigen Leistungen durch die Krankenkasse bis hin zur Verweigerung von Behandlungen (Cicero, Reisner, Silva, Merwin & Humphreys, 2019; Heng et al., 2018; Kcomt, 2019; Lerner & Robles, 2017; Ziegler, Valaitis, Carter, Risdon & Yost, 2020).

Weitere internationale Studien weisen darauf hin, dass trans Personen mit einem erschwerten Zugang zu psychologischen und psychiatrischen Versorgung konfrontiert sind (Snow, Cerel, Loeffler & Flaherty, 2019). Dabei stellen unter anderem folgende Aspekte Barrieren für den Zugang dar: Befürchtungen hinsichtlich einer Pathologisierung, inadäquate Behandlung (z. B. aufgrund von Unwissen bezüglich trans-spezifischer Themen) sowie Kostengründe (Snow et al., 2019). Weiterhin berichten Studien, dass trans Personen bei der HIV-Versorgung und -Prävention benachteiligt sind (Vaites Fontanari et al., 2019).

Studien spezifisch zum Zugang zur Gynäkologie, Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, Notfallmedizin oder Endokrinologie wurden in der hier durchgeführten Literaturrecherche nicht gefunden.

Zwischenfazit: Forschungsstand zum Zugang zur Medizin

In der Schweiz wurden nur wenige Studien zum Zugang zur Medizin von LGBT Personen durchgeführt. Die Ergebnisse einer älteren Studie aus dem Jahr 2007 weisen darauf hin, dass homosexuelle Männer häufiger Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen als heterosexuelle Männer, wobei homosexuelle Männer angeben, unzufriedener mit der Gesundheitsversorgung zu sein. Weiter zeigen eine qualitative und eine quantitative Studie mit FSF, dass Barrieren des Zugangs zur medizinischen Versorgung und insbesondere auch der Gynäkologie bestehen. Aktuellere Schweizer Studien sowie Studien zu weiteren LGBT Personengruppen fehlen jedoch. Internationale Studien weisen darauf hin, dass LGBT Personen mit mehreren Barrieren hinsichtlich des Zugangs zur medizinischen und psychologischen Versorgung konfrontiert sind (z. B. Diskriminierung, Unwissen des Fachpersonals bezüglich LGBT-spezifischer Gesundheitsthemen). Sowohl neuere internationale als auch Schweizer Studien zeigen, dass ein Bedarf an Wissensvermittlung zu LGBT-spezifischen Themen im Gesundheitswesen besteht, um möglichen Barrieren entgegenzuwirken.

In unserer Literaturrecherche wurden keine spezifischen Studien zum Zugang zu Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, zur Notfallmedizin, Hausarztmedizin oder Endokrinologie gefunden.

2.2 Körperliche Gesundheit

Mit Blick auf das Postulat 19.3064 werden im Folgenden Befunde zu den folgenden Themen zusammengefasst: Selbsteinschätzung der Gesundheit, chronische Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Body-Mass-Index, körperliche Aktivität.

Körperliche Gesundheit LGB (CH)

Zum Thema körperliche Gesundheit von LGB Personen gibt es kaum Schweizer Studien. In einer älteren Studie wurde die Gesundheit von homosexuellen Männern mit heterosexuellen Männern verglichen (Wang et al., 2007). In beiden Gruppen war die Selbsteinschätzung der Gesundheit sehr hoch, wobei über 90 Prozent der Befragten angaben, dass ihr Gesundheitszustand gut oder sehr gut sei. Bei chronischen Erkrankungen gab es zwischen den zwei Gruppen keine Unterschiede, mit Ausnahme von Bronchitis, wobei schwule Männer hierfür beinahe fünfmal häufiger in Behandlung waren. Ebenfalls erhielten schwule Männer in der Studie zwei- bis viermal häufiger die

Rückmeldung vom Arzt bzw. der Ärztin, dass die Cholesterolverte, der Blutdruck oder die Blutzuckerwerte zu hoch seien. Schwule Männer gaben zudem signifikant häufiger an, unter Symptomen wie Müdigkeit, Kopf- oder Rückenschmerzen zu leiden sowie unter einer grösseren Anzahl an Symptomen. Die schwulen Männer hatten hingegen einen signifikant geringeren Body-Mass-Index als die heterosexuellen Männer (Wang et al., 2007). Ein Vergleich bezüglich körperlicher Aktivität wurde in der Studie nicht berichtet. In einer aktuelleren Westschweizer Umfrage mit Daten von FSF von 2019 gaben 88 Prozent an, sich in guter oder sehr guter Gesundheit zu befinden. Zehn Prozent schätzten ihre Gesundheit als mittel und zwei Prozent als schlecht ein (Béziane et al., 2020). Vergleichbare Studien für weitere LGB Personengruppen sind in der Schweiz nicht vorhanden, neue Studien fehlen ebenfalls.

Körperliche Gesundheit T (CH)

Hingegen wurden in der Schweiz einige gesundheitsbezogene Studien bei trans Personen durchgeführt, welche sich jedoch auf spezifische medizinische Probleme bei trans Personen bezogen. So wurde etwa in einer älteren Studie der Einfluss von Hormontherapien bei trans Personen auf die Knochendichte berichtet (Ruetsche, Kneubuehl, Birkhaeuser & Lippuner, 2005). Weitere Schweizer Studien haben mögliche medizinische Folgen einer geschlechtsanpassenden Operation untersucht. Demnach kann solch eine Operation zu einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Blasenentleerungsstörungen führen (Kuhn, Hiltbrand & Birkhäuser, 2007). In einer weiteren Studie wurden mögliche Probleme im Beckenboden beschrieben, die nach einer geschlechtsangleichenden Operation bei trans Personen auftreten können (Kuhn, Santi & Birkhäuser, 2011). Grosse und Kollegen wiederum berichteten über zytologische Befunde nach einer operativen Geschlechtsanpassung und verweisen darauf, dass aufgrund von häufiger auftretenden Läsionen ein erhöhtes Krebsrisiko nach solchen Operationen vorhanden ist, weshalb laut Autor*innen ein häufigeres Screening bei dieser Population angezeigt ist (Grosse et al., 2017).

Chronische Erkrankungen LGBT (international)

Hinsichtlich chronischer Erkrankungen bei LGBT Personen gibt es einige internationale Studien zu kardiovaskulären Erkrankungen. Eine Übersichtsarbeit weist darauf hin, dass die Ergebnisse der bis anhin durchgeführten Studien jedoch widersprüchlich sind: teilweise wurde ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei LGBT Personen gefunden, teilweise aber auch nicht (Rosendale & Albert, 2020). Um die Situation hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen bei LGBT Personen besser verstehen und einordnen zu können, werden jedoch weitere umfassende Studien benötigt (Caceres et al., 2017; Rosendale & Albert, 2020).

In einer weiteren Übersichtsarbeit wurden die Ergebnisse von internationalen Studien zu chronischen Erkrankungen bei lesbischen und bisexuellen Frauen zusammengetragen (Meads, Martin, Grierson & Varney, 2018). Die bei dieser Arbeit berücksichtigten Studien weisen darauf hin, dass lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen häufiger unter Asthma leiden; jedoch wurden keine Unterschiede bezüglich koronarer Herzerkrankungen, Bluthochdruck oder Diabetes gefunden (Meads et al., 2018). Die Autor*innen weisen jedoch darauf hin, dass bei der gegenwärtigen Datenlage die vorhandenen Unterschiede in der Gesundheit nur schwer erklärt werden können, weshalb grössere epidemiologische Studien auf Populationsebene angezeigt seien, in welchen auch die sexuelle Orientierung erhoben werden müsste (Meads et al., 2018). In einer weiteren Übersichtsarbeit wurden Ergebnisse zusammengefasst, die darauf hinweisen, dass lesbische und bisexuelle Frauen häufiger unter Asthma, Adipositas und Arthritis leiden als heterosexuelle Frauen (Simoni, Smith, Oost, Lehavot & Fredriksen-Goldsen, 2017). Keine Unterschiede wurden jedoch hinsichtlich Krebs, Diabetes, Bluthochdruck und Cholesterolverten berichtet (Simoni et al., 2017). Die Autor*innen heben jedoch hervor, dass nur wenige Studien zu dieser Thematik vorhanden sind und die vorliegenden Studien methodische Mängel aufweisen, wie zum Beispiel eine geringe Anzahl an befragten lesbischen und bisexuellen Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen (Simoni et al., 2017).

Body-Mass-Index (BMI) und körperliche Aktivität LGB (international)

Bezüglich BMI weisen internationale Studien darauf hin, dass lesbische oder bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen statistisch gesehen häufiger einen höheren BMI aufweisen bzw. häufiger adipös sind (Eliason et al., 2015). In der hier durchgeführten Literaturrecherche wurden jedoch keine Übersichtsarbeiten zu Studien über den BMI von homosexuellen und bisexuellen Männern gefunden, weshalb anzunehmen ist, dass zu

diesem spezifischen Thema wenig Studien publiziert wurden. Die in einer systematischen Übersichtsarbeit zusammengetragenen Studien zu körperlicher Aktivität weisen tendenziell darauf hin, dass homosexuelle und bisexuelle Männer höhere körperliche Aktivitäten, homosexuelle und bisexuelle Frauen hingegen geringere körperliche Aktivitäten aufwiesen als heterosexuelle Vergleichsgruppen (Herrick & Duncan, 2018).

Körperliche Gesundheit T (international)

Eine im Jahr 2018 erschienene Übersichtsarbeit zur Gesundheit von trans Personen weist darauf hin, dass dieses Thema erst seit kurzem eine grössere Beachtung in der Forschung findet, wobei die am häufigsten untersuchten Gesundheitsthemen HIV, mentale Gesundheit und Diskriminierung sind (Sweileh, 2018). Weiterhin befasst sich eine Vielzahl an internationalen Studien mit den Auswirkungen einer Hormontherapie bei trans Personen (Delgado-Ruiz, Swanson & Romanos, 2019; Dinesh, Franz & Kuethe, 2020; Fan, Gordner & Luty, 2020; McFarlane, Zajac & Cheung, 2018; Singh-Ospina et al., 2017; Streed et al., 2017; Tanini et al., 2019).

Zur körperlichen Aktivität von trans Personen wurden nur wenige Studien gefunden. Zwei Studien weisen jedoch darauf hin, dass trans Personen im Vergleich zu cis Personen weniger häufig körperlich aktiv sind (Jones, Haycraft, Bouman & Arcelus, 2018; Muchicko, Lepp & Barkley, 2014). Studien zu chronischen Erkrankungen und dem BMI von trans Personen wurden in unserer Literaturrecherche nicht gefunden.

Zwischenfazit: Forschungsstand zur körperlichen Gesundheit von LGBT Personen

In der Schweiz gibt es keine kürzlich veröffentlichten Studien zur körperlichen Gesundheit von LGBT Personen. In einer älteren Studie aus dem Jahr 2007 wurde die körperliche Gesundheit von homosexuellen Männern mit der von heterosexuellen Männern verglichen. Über 90 Prozent der Befragten beider Gruppen gaben an, dass ihr Gesundheitszustand gut oder sehr gut sei, wobei homosexuelle Männer in vielen Bereichen (z. B. Cholesteroll- und Blutzuckerwerte) im Vergleich schlechter abschnitten und häufiger unter Symptomen wie Müdigkeit oder Kopfschmerzen litten. Die homosexuellen Männer wiesen in dieser Studie jedoch im Schnitt einen geringeren BMI auf. Ein Vergleich zur körperlichen Aktivität wurde in dieser Studie nicht berichtet. In einer aktuelleren Westschweizer Umfrage mit Daten von FSF aus dem Jahr 2019 gaben 88 Prozent an, sich in guter oder sehr guter Gesundheit zu befinden. Zehn Prozent schätzten ihre Gesundheit als mittel und zwei Prozent als schlecht ein. Für weitere LGB Personengruppen und deren körperlicher Gesundheit fehlen jedoch Schweizer Studien. Anders stellt sich dies bezüglich Studien zur körperlichen Gesundheit von trans Personen dar: hierzu liegen einige Schweizer Studien vor. Diese beziehen sich jedoch meistens auf spezifische medizinische Aspekte, wie etwa die Folgen von Hormontherapien oder von einer geschlechtsangleichenden Operation.

Auch international liegen bisher nur wenige Studien zur körperlichen Gesundheit von LGBT Personen vor, und die bisher durchgeführten Studien weisen oftmals methodische Mängel auf, weshalb die vorhandenen Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind. Vorhandene Studien zum BMI und zu körperlichen Aktivitäten deuten darauf hin, dass lesbische und bisexuelle Frauen tendenziell einen höheren BMI aufweisen und körperlich weniger aktiv sind als heterosexuelle Frauen. In Studien zu homosexuellen und bisexuellen Männern wird hingegen berichtet, dass diese tendenziell mehr körperliche Aktivitäten aufweisen als heterosexuelle Männer. Inwieweit sich Unterschiede bezüglich des BMI finden lassen, wurde jedoch scheinbar noch nicht untersucht. Ebenfalls konnten keine internationalen Studien zum BMI und der körperlichen Aktivität von trans Personen gefunden werden.

2.3 Sexuelle Gesundheit

Folgende Themen stehen im Themenbereich «sexuelle Gesundheit» im Fokus: Anzahl der Partnerinnen und Partner, Risikominderungsstrategien, Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie. Aufgrund der Vielzahl an Studien werden im Folgenden zunächst Schweizer Studien zu diesem Themenbereich aufgelistet, bevor ausgewählte Befunde aus Schweizer und internationalen Studien zusammengefasst werden.

Sexuelle Gesundheit allgemein: Überblick Studienlage Schweiz

Die Literaturrecherche zu Studien in der Schweiz zeigte folgendes Bild: Der grösste Teil der Studien untersuchte **MSM, Männer, die Sex mit Männern haben** (32 Publikationen). Die Mehrheit dieser MSM-Studien stellt das Schutz- bzw. Risikoverhalten (Kondomgebrauch, Prä-Expositionsprophylaxe [PrEP] etc.) sowie Risikoreduktionsstrategien (Sexual positioning, Serosorting, Dipping/Withdrawal before ejaculation) im Kontext von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) in den Vordergrund (Balthasar, Jeannin & Dubois-Arber, 2007, 2009; Dubois-Arber, Jeannin, Lociciro & Balthasar, 2012; Gredig, Uggowitz, Hassler, Weber & Nideröst, 2016; Lociciro & Bize, 2015; Lociciro, Jeannin & Dubois-Arber, 2010, 2012; Moreau-Gruet, Jeannin, Dubois-Arber & Spencer, 2001; Nöstlinger et al., 2011; Wirth, Inauen & Steinke, 2020). Weiter wurden

- Trends in HIV-Diagnosen untersucht (Chapin-Bardales et al., 2018),
- mathematische Modellierungen/Szenarien zu HIV/STI-Infektionsraten erstellt (Schmidt & Altpeter, 2019; van Sighem et al., 2012) sowie
- das Testverhalten in den «gay-friendly» Checkpoints (Gumy et al., 2012),
- das sexuelle Verhalten und STI/HIV-Schutzverhalten von HIV-positiven MSM (Roth et al., 2020; Salazar-Vizcaya et al., 2020) und
- Risiken von HIV-Übertragungen über kondomlosen Sex in serodifferenten Männerpaaren (Rodger et al., 2019) untersucht.

Darüber hinaus liegen Studien zu Hepatitis-C-Infektionen in der jeweiligen gesamten MSM-Population (Clerc, Darling, Calmy, Dubois-Arber & Cavassini, 2016; Kouyos et al., 2014; Schmidt et al., 2014; van der Helm et al., 2011) sowie spezifisch bei HIV-positiven MSM vor (Braun, Hampel, Kouyos et al., 2019; Braun, Hampel, Martin et al., 2019; Künzler-Heule et al., 2019; Rauch et al., 2005; Salazar-Vizcaya et al., 2016; Zahnd et al., 2016). Ferner liegen qualitativen Studien zu Freiern und Sexarbeitern im mann-männlichen Sexgewerbe vor (Parpan-Blaser, Pfister, Nideröst & Gredig, 2009; Pfister, 2009; Pfister, Parpan-Blaser, Nideröst & Gredig, 2008), in denen neben dem HIV-Schutzverhalten auch die Verlaufs- und Karrierewege von Männern, die Sex gegen Geld oder Güter anbieten, im Schweizer Sexgewerbe untersucht wurden (insbesondere Pfister, 2009). Arbeiten zu MSM, die nicht (ausschliesslich) auf HIV/STIs fokussieren, beleuchten das Sexualverhalten generell (Waldis, Borter & Rammsayer, 2020), schätzen die Population von MSM für die Schweiz (Schmidt & Altpeter, 2019) oder geben einen breiten Einblick in die sexuelle Gesundheit von MSM, nicht nur bezogen auf das Sexualverhalten (European MSM Internet Survey [EMIS-2017]) (Weber, Gredig, Lehner & Nideröst, 2019).

Zu **FSF, Frauen, die Sex mit Frauen haben**, konnten zwei Studien in der Westschweiz ausfindig gemacht werden, die die sexuelle und reproduktive Gesundheit beleuchten (Berrut, Descuves, Romanens-Pythoud & Jeannot, 2020; Béziane et al., 2020). Zu **trans Menschen** liegt nur eine Studie zu «Partnerschaft und Sexualität von Frau-zu-Mann transsexuellen Männern» vor (Kraemer et al., 2010). Weiter findet sich eine Studie zur Prävalenz und den Dimensionen von sexueller Orientierung bei Schweizer Jugendlichen (Narring, Stronski Huwiler & Michaud, 2003) sowie eine europäische Studie – mit Einbeziehung von Schweizer Daten – zur Haltung gegenüber Adoptionen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften (Takács, Szalma & Bartus, 2016).

Im Folgenden werden ausgewählte Befunde zu den oben genannten Themen zusammengefasst.

Anzahl der Partnerinnen und Partner LGB (CH)

FSF – inkl. lesbische und bisexuelle Frauen

In einer Studie zu Schweizer FSF von 2012 (Berrut et al., 2020) wird in einer wissenschaftlichen Posterpräsentation zum Schweizer Kontext festgehalten, dass ungefähr vier Prozent der Frauen in der Schweiz im Verlaufe ihres Lebens mindestens eine weibliche Sexualpartnerin hatten (ca. 120'000 Frauen im Alter von 16 bis 70 Jahren). In der Studie selbst (Querschnittsstudie mit einer Gelegenheitsstichprobe von 324 FSF der Romandie) sagten 38 Prozent, dass sie sich ausschliesslich von Frauen angezogen fühlen, 47 Prozent mehrheitlich von Frauen, 11 Prozent gleichermassen von Frauen und Männern, 1 Prozent mehrheitlich von Männern und die restlichen 3 Prozent fühlten sich von trans Menschen angezogen. In der Studie wurden lesbische, bisexuelle und andere FSF und trans Frauen befragt. Auf dem Poster wurde jedoch keine Unterscheidung in der Auswertung von cis Frauen und trans Frauen vorgenommen. Die Ergebnisse zeigen, dass 16 Prozent der befragten FSF ein oder mehrere Kind/er hatten. Der Wunsch, Eltern zu werden, war bei der jüngeren Generation ausgeprägter. 29 Prozent sagten, dass sie Gewalt in einer lesbischen Beziehung erlebt haben. Eine weitere Umfrage mit Daten von Schweizer FSF von 2019 konstatiert, dass 10 Prozent der FSF in den letzten 12 Monaten keine*n Sexualpartner*innen hatten, 83 Prozent gaben hingegen 1 bis 5 Sexualpartner*innen an (Béziane et al., 2020). Auch in dieser Studie wurden lesbische, bisexuelle, andere FSF und trans Frauen befragt, doch auch hier wurden die Gruppen in den Analysen nicht weiter unterschieden.

MSM – inkl. schwule und bisexuelle Männer

Abgestützt auf die Schweizer Gesundheitsbefragung SGB (2007, 2012) kommen Schmidt and Altpeter (2019) zum Schluss, dass in der Schweiz etwa drei Prozent der Männer mindestens einmal in ihrem Leben «Geschlechtsverkehr»⁷ mit einem Mann hatten (2,8-3,2 %). Da der SGB jedoch eine enge Definition von Sex bzw. Geschlechtsverkehr zugrunde liegt, sind die Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren. In ihrem eigenen Modell schätzen die Autoren die MSM-Population im Alter von 15-64 Jahren in der Schweiz auf 80'000 Personen. Sie zeigen ausserdem auf, dass die MSM vorwiegend in den fünf grössten Schweizer Städten leben (Zürich, Genf, Lausanne, Bern und Basel).

Im EMIS-2017 (Weber et al., 2019) konnte eine Stichprobe von 3'066 Schweizer MSM befragt werden, die vorwiegend über Internet-Kanäle (z. B. Planet Romeo), in denen Sex- und Datingkontakte zwischen MSM angebahnt werden, für die Studie gewonnen wurden. 99 Prozent darin waren cis Männer, die übrigen Befragten waren trans Männer (0,8 %). Doch auch hier wurde in den Auswertungen – aufgrund der geringen Zahl von befragten trans Männern – nicht zwischen cis und trans Männern differenziert. Entgegen der vollständig fehlenden Datenlage bei FSF, gibt die EMIS-2017 detailliert Einblick in das Sexualverhalten von Schweizer MSM. Hinsichtlich der sexuellen Anziehung wird etwa klar, dass sich knapp 82 Prozent der MSM ausschliesslich von Männern angezogen zu fühlen. 17 Prozent gaben an, dass sie sich zu Männern sowie zu mindestens einem weiteren Geschlecht sexuell hingezogen fühlen. Zusammenfassend folgern die Autor*innen, dass die befragten MSM sexuell aktiv und mit ihrem Sexleben mehrheitlich zufrieden sind (nur unwesentliche Unterschiede zwischen HIV-positiven und HIV-negativen MSM). Über die Hälfte der MSM lebt in einer festen Beziehung (meist mit einem Mann). Auch langjährige Beziehungen finden sich darunter. Feste Beziehungen sind jedoch nicht mit sexueller Exklusivität gleichzusetzen. Mehr als drei Viertel aller Befragten hatte in den letzten 12 Monaten Sex mit nicht-festen Partnern (mehrheitlich Männern, aber auch Frauen). Auch in einer anderen Studie mit Schweizer Daten wurde festgestellt, dass unter Männern mit «homosexueller Orientierung» signifikant mehr sexuelle Gelegenheitskontakte und Wunsch nach solchen Kontakten festgestellt werden konnten, als bei den befragten heterosexuellen Männern (Waldis et al., 2020).

Anzahl der Partnerinnen und Partner T (CH)

Die einzige vorliegende Untersuchung (Kraemer et al., 2010) beforstete fünf Paare (trans Mann und cis Frau) zu Sexualität und Partnerschaft und kam zum Schluss, dass (sexuell) befriedigende Beziehungen, Stabilität und Normalität in den Partnerschaften möglich sind. Das männliche Geschlecht des trans Manns wird gegenseitig bestätigt und anerkannt; für die cis Frauen spielen «weibliche» psychologische Attribute des trans Manns eine Rolle und sind

⁷ Im Rahmen der SGB wird Geschlechtsverkehr auf Nachfrage als Geschlechtsverkehr mit Eindringen definiert.

für sie ein Gewinn, um sich auf die Beziehung einzulassen und sich zu öffnen (was in Beziehung zu anderen Männern schwieriger war).

Anzahl der Partnerinnen und Partner LGB + T (international)

Der genannte EMIS-2017-Bericht, dem Daten zu **MSM** in 50 europäischen Ländern zugrunde liegen, zeigt bezüglich sexueller Attraktion auf europäischer Ebene die gleichen Zahlen wie für die Schweiz: 82 Prozent der Befragten fühlten sich ausschliesslich von Männern angezogen und 17 Prozent von Männern und mindestens einem weiteren Geschlecht (Weatherburn et al., 2019). 22 Prozent der MSM waren sexuell unzufrieden; in der Schweiz waren es hingegen 18 Prozent (Weatherburn et al., 2019). Nimmt man die EU- und EFTA-Staaten, so sind nur MSM in Belgien, den Niederlanden, Spanien und Island sexuell zufriedener als die Schweizer MSM. Ähnlich wie in der Schweiz hatten gemäss europäischem EMIS-Bericht über drei Viertel der Befragten (77 %) in den letzten 12 Monaten Sex mit einem nicht-festen Partner gehabt (Weatherburn et al., 2019).

Sobecki-Rausch, Brown und Gaupp (2017) kommen in ihrem systematischen Review der Literatur zu sexuellen Funktionsstörungen und sexuellen Problemen bei **lesbischen Frauen** zum Schluss, dass sehr wenig Literatur vorliegt und vermehrt geforscht werden muss. Entgegen der Literatur zu MSM, die deren Sexualeben und -verhalten breit ausleuchtet (mit Fokus HIV/STI, aber auch anderer Aspekte sexueller Gesundheit), scheinen somit auch international fast keine Studien zu **FSF** vorzuliegen.

Zu **trans Menschen** wurde in den USA 2015 die weltweit bisher grösste Befragung durchgeführt (James et al., 2016). Die Stichprobe betrug 27'715 Personen; davon waren 29 Prozent trans Männer, 33 Prozent trans Frauen, 35 Prozent nicht-binäre Menschen und 3 Prozent Crossdresser (James et al., 2016). 57 Prozent wurde bei Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen, 43 Prozent das männliche Geschlecht (ebd.). Bezüglich der sexuellen Orientierung wählten die Befragten Bezeichnungen aus vorgegebenen Kategorien aus: «Queer» (21 %), «pansexual» (18 %), «gay, lesbian or same-gender-loving» (16 %), «straight» (15 %), «bisexual» (14 %) and «asexual» (10 %) (James et al., 2016). Zur Zufriedenheit mit der Sexualität, sexuellen Problemen oder der Anzahl Sexualpartner*innen bei trans Personen gibt jedoch auch diese Studie keine Hinweise. Ein systematisches Review zu sexueller Gesundheit und Reproduktion bei trans Personen (Baram, Myers, Yee & Librach, 2019) zeigt auf, dass bei trans Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Kinderwunsch vorhanden sein kann, der bei der Transition oftmals zu wenig beachtet werde. Dem Erhalt der Fruchtbarkeit und Zeugungsfähigkeit («fertility preservation») müsse in Transitionsprozessen mehr Beachtung geschenkt werden. Besse, Lampe und Mann (2020) berichten in ihrem narrativen Literaturreview über weitere Barrieren in der reproduktiven Gesundheit für trans Männer (Schwangerschaft, Geburt, Zugang zum Gesundheitswesen).

Schutz- und Risikoverhalten im Kontext von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI); Risikoreduktionsstrategien LGB (CH)

FSF – inkl. lesbische und bisexuelle Frauen

Hinsichtlich des Schutz- und Risikoverhaltens von FSF zeigt die genannte Westschweizer Studie (Berrut et al., 2020), dass sich 71 Prozent der befragten FSF bei sexuellen Kontakten mit Frauen nicht schützen und auch keine Risikoreduktionsstrategien (zur Verminderung von HIV- und anderen STI-Risiken) anwenden. In ihrem bisherigen Leben hatten sich 64 Prozent der Befragten auf HIV, 39 Prozent auf andere STI testen lassen; in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (2011/2012) waren es 14 bzw. 16 Prozent gewesen. Die Studie zeigt für die Westschweiz grosse Forschungslücken hinsichtlich des Schutz- und Risikoverhaltens bei FSF auf, und die Autor*innen folgern, dass bei den Befragten (und vermutlich auch im Gesundheitssystem) die Risiken bezüglich STI zu wenig wahrgenommen werden. Allerdings waren 88 Prozent der im Rahmen einer anderen Westschweizer Studie befragten FSF der Auffassung, dass es (grosse) Risiken der STI-Übertragung beim Sex zwischen Frauen gebe (Béziane et al., 2020). Immerhin jede fünfte der befragten FSF gab an, der letzte Besuch bei einer Gesundheitsfachperson sei dadurch motiviert gewesen, einen HIV- oder STI-Test zu machen. 70 Prozent der Befragten hatten schon mindestens einmal einen STI-Test machen lassen (Lebenszeitprävalenz); dies v. a. im Rahmen einer Routinekontrolle oder aufgrund eines sexuellen Risikokontakts (Béziane et al., 2020). Handelt es sich bei diesen Unterschieden zwischen den

beiden Westschweizer Studien nicht um einen reinen Stichprobeneffekt, deuten sie auf eine Zunahme der Risikowahrnehmung unter Westschweizer FSF hin.

MSM – inkl. schwule und bisexuelle Männer

Schmidt und Altpeter (2019) haben die HIV- und STI- Prävalenzen von MSM in der Schweiz modellhaft eingeschätzt und geografisch verortet. Die höchsten HIV-Prävalenzschätzungen von etwa 7 bis 13 Prozent kommen hier nach vorwiegend in den grösseren städtischen Zentren vor (u. a. Zürich, Genf). In der EMIS-2017-Studie (Weber et al., 2019) gaben 11 Prozent an, mit HIV zu leben. 95 Prozent davon machten eine antiretrovirale Therapie (ART) und bei 94 Prozent war die Virenlast supprimiert, d. h., sie können HIV nicht mehr übertragen. Die Studienautor*innen kommen vor dem Hintergrund ihrer Befunde zu dem Schluss, dass die Schweiz – verglichen mit anderen Ländern – eine gute Position in der medizinischen Versorgung von Menschen mit HIV einnehme. So hatten etwa 98 Prozent der HIV-infizierten MSM ihre letzte ärztliche Verlaufskontrolle innert der letzten 6 Monate gehabt.

Weber et al. (2019) konstatieren gestützt auf andere Schweizer Studien (Lociciro et al., 2012; Lociciro & Bize, 2015), dass der konsequente Kondomgebrauch bei MSM abnehme, dies nicht erst seit der Möglichkeit einer Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP). Die Daten von 2017/18 zeigen, dass 52 Prozent der MSM ohne HIV-Diagnose in den letzten 12 Monaten das Kondom mit nicht-festen Partnern verwendet hatten. Bei MSM mit HIV-Diagnose waren es 13 Prozent, 94 Prozent davon mit supprimierter Virenlast, was die geringe Kondomnutzung allenfalls erklärt. In den letzten zwei Jahrzehnten hätten sich MSM – durch persönliche Interpretation (wissenschaftlichen) Wissens – persönliche Strategien zur Risikoreduktion zurechtgelegt, «mit denen sie sich vor HIV zu schützen versuchten, ohne auf ein Kondom setzen zu müssen. Dazu gehören Strategien wie «strategic positioning», «dipping/withdrawal», «sero-sorting», «negotiated safety» oder auch «treatment sorting»» (Weber et al., 2019). Diese Strategien müssen in der Weiterentwicklung von HIV/STI-Präventionskampagnen beachtet werden, MSM müssen für die damit verbundenen Risiken weiterhin sensibilisiert werden. Zur Bereitschaft, PrEP als präventive Strategie bezüglich HIV einzusetzen, und zur tatsächlichen Nutzung derselben gibt es unterschiedliche Befunde (Weber et al., 2019), die eine verlässliche Aussage hierzu schwer zulassen. Entgegen der in den letzten Jahren aufkeimenden Diskussion zu Sex unter Drogen (sog. Chemsex, v. a. unter Crystal Meth Mephedron, GHB/GBL und Ketamin) und dem damit verbundenen sexuellen Risikoverhalten, zeigen die EMIS-Befunde, dass nur ein kleiner Teil der Befragten über Erfahrungen mit Chemsex verfügt (und wenn, dann v. a. unter Nutzung von Crystal Meth). Weiter verbreitet ist hingegen die Nutzung von Poppers vor oder während des Sexes (Weber et al., 2019). Gemäss Studienautor*innen muss kritisch diskutiert werden, ob der weitgehend stetige Anstieg von anderen STI (ohne HIV) in den letzten 20 Jahren auf die Einführung von PrEP zurückzuführen ist. Er könnte jedoch auch andere Gründe haben, wie beispielsweise eine vermehrte STI-Testung (ebd., S. 100).

Zu trans Menschen liegen unseres Wissens zu HIV/STI-Schutz- und Risikoverhalten in der Schweiz keine Studien vor.

Schutz- und Risikoverhalten im Kontext von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI), Risikoreduktionsstrategien LGB + T (international)

Ein Review von anderen Systematic Reviews (Blondeel et al., 2016) bestätigt die weltweite hohe Belastung («burden») der MSM-Population durch HIV und STI. In dieser Studie wird auch die grosse Vulnerabilität von **trans Frauen** (Mann-zu-Frau) gegenüber HIV deutlich mit Prävalenzraten von etwa 15 bis 19 Prozent. Die hohe HIV-Belastung in der trans Population wird auch durch andere Studien/Reviews bestätigt (Becasen, Denard, Mullins, Higa & Sipe, 2019; MacCarthy et al., 2017); die Rate der trans Menschen, die mit HIV leben, war 2015 in den USA gegenüber der übrigen Bevölkerung fast fünf Mal höher, wobei trans Frauen besonders betroffen waren (James et al., 2016). Internationale Reviews zu **FSF** zeigen einen Zusammenhang zwischen vergangenen sexuellen Kontakten von Frauen zu Frauen und dem Risiko für eine bakterielle Vaginose. Es gab jedoch keine Evidenzen für eine grössere Betroffenheit von FSF durch STI verglichen mit der generellen Population von erwachsenen Frauen (Blondeel et al., 2016). Bezüglich HIV liegen keine Zahlen vor.

Bezüglich HIV-Schutz- und Risikoverhalten zeigt sich auch in der genannten europäischen EMIS-Studie, dass die konsistente Kondomverwendung beim Analverkehr – z. B. beim Sex mit einem Gelegenheitspartner in den vergangenen 12 Monaten – bei **MSM** nicht die Norm ist (41 %) (Weatherburn et al., 2019). International zeigt sich ein Trend zu einem abnehmenden Schutzverhalten (weniger Kondomnutzung bei Analverkehr) bei MSM (Hess, Crepaz, Rose, Purcell & Paz-Bailey, 2017). Sowohl der EMIS-Bericht als auch weitere Studien zeigen zudem, dass Risikoreduktionsstrategien bei MSM weiterhin verbreitet sind (Dangerfield, Smith, Williams, Unger & Bluthenthal, 2017; Weatherburn et al., 2019); zudem wird die Bedeutung von PrEP als präventive Strategie in der internationalen Literatur breit diskutiert (Huang et al., 2018; Maticotta, Rosales-Perez & Carrillo, 2020; Maxwell, Gafos & Shahmanesh, 2019; Peng et al., 2018). Die Schweiz liegt hier im Mittelfeld in der Nutzung (3-6 % der MSM ohne HIV-Diagnose) (Weatherburn et al., 2019). Bezüglich Chemsex zeigt sich auch in der EMIS-2017 Studie, dass dies kein Massenphänomen ist. Durchschnittlich 5 Prozent aller befragten MSM gaben an, in den letzten vier Wochen stimulierende Drogen genommen zu haben, um den Sex intensiver zu machen. Mit 6-8% lagen die Schweizer MSM über dem europäischen Durchschnitt von 5 Prozent (Weatherburn et al., 2019, S. 70).

Zum Schutz- und Risikoverhalten bezüglich HIV und anderen STI (inkl. Risikoreduktionsstrategien) liegen zu **trans Menschen** nicht viele Erkenntnisse vor. Selbst die genannte umfassende trans Studie aus den USA (James et al., 2016) enthält diesbezüglich keine Angaben. Becasen et al. (2019) zeigen z. B. auf, dass 31 Prozent der Befragten im Sexgewerbe tätig waren (trans Frauen stärker als trans Männer).

Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie LB (CH)

FSF – inkl. lesbische und bisexuelle Frauen

Nur 69 Prozent der befragten Frauen gaben in einer Westschweizer Studie an, im Verlaufe der letzten drei Jahre eine gynäkologische Kontrolle gehabt zu haben (Berrut et al., 2020). Dies erklären die Studienautor*innen in der Diskussion mit mangelnder Motivation (Verhütung, Schwangerschaft), homophober oder heterozentrierter Medizin (medizinisches Personal macht keine oder weniger Abstriche und geht fälschlicherweise davon aus, dass bei FSF keine Risiken bezüglich Humanen Papillomaviren [HPV] und anderen STI besteht).

Zu trans Menschen liegen unseres Wissens nach keine Studien vor.

Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie LB + T (International)

Ein Systematic Review und explorative Metaanalyse fand im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine höhere Betroffenheit von bisexuellen Frauen durch chronischen Beckenschmerz («chronic pelvic pain») und Gebärmutterhalskrebs («cervical cancer»). Weiter wurde festgestellt, dass lesbische Frauen weniger von Gebärmutterkrebs («uterine cancer») betroffen sind als heterosexuelle Frauen (Robinson, Galloway, Bewley & Meads, 2017).

Zwischenfazit: Forschungsstand zur sexuellen Gesundheit von LGBT Personen

Zur Anzahl der **Partnerinnen und Partner** und zum **HIV/STI-Schutz- und Risikoverhalten (inkl. Risikoreduktionsstrategien)** liegen national wie international am meisten Studien zu MSM vor. Dies kann durch die hohe gesundheitliche Belastung durch HIV/STI dieser Gruppe erklärt werden. Entgegen der international berichteten hohen Betroffenheit von trans Menschen (insbesondere trans Frauen) durch HIV im Vergleich zur übrigen Bevölkerung, liegt hierzu in der Schweiz bisher keine Studie vor. Auch international wird man wenig fündig, wenn man das Schutz- und Risikoverhalten von trans Menschen (inkl. Risikoreduktionsstrategien) besser verstehen möchte. FSF, lesbische und bisexuelle Frauen sind national wie international wenig beforscht. Dies könnte mitunter damit zusammenhängen, dass gegenüber der übrigen Bevölkerung keine höhere Gesundheitslast («burden») hinsichtlich HIV und STI international festgestellt werden kann. Dennoch ist zu kritisieren, dass FSF im Diskurs um sexuelle Gesundheit, HIV und andere STI gewissermassen unsichtbar bleiben.

Was sich generell im Diskurs um FSF, lesbische und bisexuelle Frauen und sexueller Gesundheit zeigte – die Untervertretung der Literatur gegenüber MSM – wird auch in den Themen **Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie** deutlich. FSF werden wenig wissenschaftlich untersucht. Hinweise bestehen, dass trotz höherer Belastung in

wenigen Bereichen – z. B. bezüglich Gebärmutterhalskrebs – die Gynäkologie und die Gesundheitsversorgung zu wenig auf lesbische, bisexuelle Frauen und andere FSF eingeht. Hier braucht es mehr Forschung, wie auch zur Mammografie, zu der international wie national keine Studie zu FSF gefunden werden konnte.

2.4 Substanzkonsum

In diesem Kapitel wird der Fokus auf den Konsum von Tabak, Alkohol und «weiteren Drogen» gelegt.

LGB (CH)

Im Rahmen des European MSM Survey 2017 (EMIS-2017) wurde der Tabak- und Alkoholkonsum sowie der Konsum weiterer Substanzen von schwulen und bisexuellen Männern in der Schweiz erhoben. Im Länderbericht für die Schweiz wurden hinsichtlich des Konsums von Alkohol, Tabak, Cannabis und weiterer Substanzen (z. B. Poppers, Beruhigungsmittel, MDMA [3,4 Methylenedioxyamphetamin]) Befunde für die Schweiz berichtet (Weber et al., 2019). Die zusammengetragenen Daten aller 50 beteiligten europäischen Länder sind im Gesamtbericht aufgeführt (Weatherburn et al., 2019). Ein Vergleich zu heterosexuellen Männern wurde in dieser Studie jedoch nicht vorgenommen. Eine ältere Schweizer Studie weist allerdings darauf hin, dass schwule Männer in der Schweiz im Vergleich zu heterosexuellen Männern signifikant häufiger rauchen und illegale Drogen konsumieren (Wang et al., 2007). In einer weiteren Publikation zur EMIS-Studie aus dem Jahr 2010 wurden Analysen zum Substanzkonsum von schwulen und bisexuellen Männern in Kombination mit Sex (sog. Chemsex) berichtet, wobei der Konsum in 44 europäischen Städten verglichen wurde (Schmidt et al., 2016). Für die Schweiz wurden in dieser Befragung Daten von Personen erhoben, die in Zürich wohnhaft sind. Im Vergleich zu den übrigen europäischen Städten lag Zürich an sechster Stelle bezüglich der Häufigkeit von praktiziertem Chemsex in den letzten vier Wochen (Schmidt et al., 2016). Ältere Schweizer Studien zu Rauchstopp-Interventionen für schwule Männer haben zudem darauf hingewiesen, dass spezifische Interventionen womöglich die Partizipation der Zielgruppe an solchen Interventionen erhöhen können (Dickson-Spillmann, Sullivan, Zahno & Schaub, 2014; Schwappach, 2008, 2009). Eine Westschweizer Umfrage mit Daten von 2019 stellt bei den befragten FSF – im Vergleich zur übrigen weiblichen Population der Schweiz – beim gelegentlichen oder regelmässigen Konsum von psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Tabak, Cannabis, Kokain, Heroin, psychotrope Medikamente) durchgängig höhere Werte fest (Béziat et al., 2020).

T (CH)

Der Substanzkonsum von trans Personen wurde ausserhalb der USA kaum erforscht (Ott & Garcia Nuñez, 2018). Somit erstaunt es nicht weiter, dass in unserer Literaturrecherche keine Schweizer Studien zum Substanzkonsum von trans Personen gefunden wurden.

LGB (international)

Eine ältere Übersichtsarbeit fasste die Ergebnisse von Studien zusammen, welche den Substanzkonsum von jugendlichen LGB Personen mit heterosexuellen Personen verglichen (Marshal et al., 2008). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass LGB Jugendliche häufiger rauchen sowie häufiger Alkohol und illegale Drogen wie Cannabis und Kokain konsumieren (Marshal et al., 2008). Laut einem weiteren systematischen Literaturreview rauchen LGB-Personen doppelt so häufig wie die übrige Bevölkerung (Berger & Mooney-Somers, 2017). Des Weiteren sind einige internationale Studien zur Überprüfung von Interventionen, die auf eine Reduktion des Alkoholkonsums und Konsums weiterer Substanzen bei schwulen und bisexuellen Männer abzielten, durchgeführt worden (Carrico, Zepf, Meanley, Batchelder & Stall, 2016; Wray et al., 2016). Ebenfalls gibt es einige internationale Studien, welche Chemsex von schwulen Männern untersuchten. Wie oben ausgeführt, weisen diese Studien darauf hin, dass Chemsex von einer Minderzahl schwuler Männer praktiziert wird, jedoch mit sexuellem Risikoverhalten, wie ungeschütztem Analverkehr und einem erhöhten Risiko hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen verbunden ist (Maxwell, Shahmanesh & Gafos, 2019; Tomkins, George & Kliner, 2019). Vergleichbare Studien zu Chemsex bei lesbischen und bisexuellen Frauen liegen scheinbar nicht vor.

T (international)

Mehrere internationale Studien berichten, dass trans Personen einen hohen Substanzkonsum aufweisen (Connolly & Gilchrist, 2020; Gilbert, Pass, Keuroghlian, Greenfield & Reisner, 2018). Nur wenige Studien verglichen jedoch den Konsum mit cis Personen, wobei die vorhandenen Studien auf einen höheren Alkoholkonsum sowie höheren Konsum illegaler Drogen (z. B. Amphetamin, Kokain) von trans Personen im Vergleich zu cis Personen hinweisen (Connolly & Gilchrist, 2020). In mehreren Studien wurde auch über mögliche Zusammenhänge zwischen transphobischer Diskriminierung oder Gewalt und dem Konsum von illegalen Drogen, Alkohol oder Medikamenten berichtet (Connolly & Gilchrist, 2020). Da der grösste Teil der bisher durchgeführten Studien ein Querschnittsdesign verwendete, können jedoch keine Aussagen hinsichtlich der Kausalität getroffen werden. Connolly und Gilchrist (2020) nennen zudem weitere methodologische Einschränkungen bei den bisher durchgeführten Studien, wie etwa die Überrepräsentation von trans Frauen aus städtischen Regionen sowie ein Mangel an Studien ausserhalb den USA. Die Erhebungen innerhalb des «Global Drug Survey» – die weltweit grösste jährliche Befragung zu Drogenkonsum (inkl. Schweiz) – weisen zudem darauf hin, dass trans Personen im Vergleich zu cis Personen ein höheres Risiko für eine Abhängigkeit von Alkohol und Cannabis aufweisen und signifikant häufiger angeben, illegale Drogen zu konsumieren (Connolly et al., 2020).

Die in den USA durchgeführte und bisher weltweit grösste Studie zu trans Personen zeigte zudem bezüglich Substanzkonsum, dass trans Personen häufiger Marihuana, rezeptpflichtige Medikamente ohne Verordnung und illegale Drogen konsumierten als die übrige US Bevölkerung, wohingegen zum Tabakkonsum kein Unterschied festgestellt wurde (James et al., 2016).

Zwischenfazit: Forschungsstand zum Substanzkonsum

Der Substanzkonsum von homosexuellen und bisexuellen Männern wurde für die Schweiz innerhalb der EMIS-Studie erhoben. Ein Vergleich zu heterosexuellen Männern wurde in dieser Studie jedoch nicht durchgeführt. Eine ältere Studie aus dem Jahr 2007 zeigt, dass schwule Männer in der Schweiz signifikant häufiger rauchen und illegale Drogen konsumieren als heterosexuelle Männer. Auch eine Westschweizer Befragung mit Daten zu FSF aus dem Jahr 2019 zeigt einen höheren Gebrauch psychoaktiver Substanzen und psychotroper Medikamente gegenüber heterosexuellen Frauen auf. Zum Substanzkonsum von lesbischen und bisexuellen Schweizer Frauen sind keine umfassenden Studien vorhanden. Ebenfalls fehlen in der Schweiz Studien zum Substanzkonsum von trans Personen. Internationale Studien weisen darauf hin, dass LGBT Personen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung häufiger Substanzen wie Tabak, Alkohol und illegale Substanzen konsumieren.

2.5 Psychische Gesundheit

In diesem Bereich wird zunächst auf die Forschungsbeiträge zur psychischen Gesundheit von LGBT Person allgemein eingegangen. Anschliessend werden Befunde zur Suizidalität und Depressionen bzw. zu depressiven Symptomen bei LGBT Personen zusammengefasst.

Psychische Gesundheit: Überblick Schweiz

Zur psychischen Gesundheit von LGBT Personen liegen im Vergleich zu den anderen Themenbereichen einige Studien aus der Schweiz vor. Insgesamt konnten 18 Studien recherchiert werden. Die meisten dieser Beiträge beziehen sich auf die psychische Gesundheit bei trans Personen, drei Studien jedoch auf die psychische Gesundheit von homosexuellen Personen.

Der theoretische Beitrag von Garcia Nuñez und Schneeberger (2018) stellt das Minderheitenstress-Modell vor, das auch als Grundlage für andere nationale und internationale Forschungsarbeiten dient, die den Zusammenhang von Stigmatisierung und Diskriminierung von LGBT Personen sowie die Auswirkungen auf deren psychische Gesundheit untersuchen. Aufgrund seiner häufigen Verwendung wird dieses Modell im Folgenden kurz vorgestellt: Das

Minderheitenstress-Modell (*Minority Stress Model*) (Meyer, 2003) baut auf der Annahme auf, dass LGBT⁸-Personen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung bzw. ihrer Geschlechtsidentität eine soziale Minderheit darstellen und mit besonderen Bedrohungen konfrontiert sind (Garcia Nuñez & Schneeberger, 2018). Dabei werden verschiedene Stressoren für die LGBT-Personen unterschieden, die sich negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirken können. Hierzu zählen generelle Stressoren, distale Minoritätsstressoren (z. B. Diskriminierung, Gewalt) sowie proximale Minoritätsstressoren (Erwartung, abgelehnt zu werden; internalisierte Homophobie; sich verstecken) (Meyer, 2003).

Psychische Gesundheit LGB (CH)

Es wurden nur drei Schweizer Studien zum Thema «psychische Gesundheit» bei homosexuellen Personen von uns gefunden, die jedoch alle einen unterschiedlichen Forschungsschwerpunkt haben. Die Studie von Wicki, Marmet, Studer, Epaulard und Gmel (2020) untersuchte die psychische Gesundheit bei Schweizer Männern mit unterschiedlicher sexueller Orientierung. Dabei stellten Wicki et al. (2020) fest, dass homosexuelle Männer ein höheres Risiko für psychische Gesundheitsprobleme haben als heterosexuelle Männer. Die 5'294 männlichen Studienteilnehmer wurden nicht nur in homo-, bi- und heterosexuell kategorisiert, sondern die Studie liess auch eine nicht eindeutige Zuteilung der sexuellen Orientierung wie «eher homosexuell» und «eher heterosexuell» zu. Diese Aufteilung hat sich als wichtig herausgestellt, damit gruppeninterne Unterschiede nicht vernachlässigt werden. Rund 89 Prozent der Teilnehmer waren heterosexuell, 7 Prozent «meistens heterosexuell», 1 Prozent bisexuell, knapp 1 Prozent «meistens homosexuell» und 2 Prozent homosexuell. Die teilnehmenden Männer wurden zu potenziellen psychischen Belastungen (z. B. wie Stress, depressive Symptome, allgemeine schlechte psychische Verfassung und allgemeine Lebenszufriedenheit) sowie zu Substanzkonsum und Verhaltenssüchten befragt. Wicki et al. (2020) kamen zum Ergebnis, dass alle gefragten Indikatoren für eine schlechte psychische Gesundheit signifikant mit der sexuellen Orientierung assoziiert sind, mit Ausnahme von Spielsucht und exzessivem Trainieren. Die höchste Belastung durch psychische Probleme zeigten die meist heterosexuellen, bisexuellen oder meist homosexuellen Männer, wohingegen heterosexuelle Männer die niedrigste psychische Belastung aufzeigten. Auch Wicki et al. (2020) nennen Minoritätenstress und Biphobie als Gründe, die diese Unterschiede erklären können. Trotzdem betonen die Forscher, dass zusätzliche ergebnisspezifische Erklärungen notwendig sind, um die Zusammenhänge zwischen sexueller Orientierung und den Indikatoren für eine schlechte psychische Gesundheit zu verstehen.

Eine weitere Schweizer Studie zum Thema psychische Gesundheit bei homosexuellen Menschen stammt von Schneeberger, Rauchfleisch und Battegay (2002). Sie untersuchte die psychosomatischen Auswirkungen der Diskriminierung am Arbeitsplatz von homosexuellen Männern und Frauen in der Schweiz (Schneeberger et al., 2002). Dabei wurden jedoch keine Vergleiche zwischen homosexuellen und heterosexuellen Menschen gemacht, sondern innerhalb der jeweiligen Gruppen (Schneeberger et al., 2002). Hierzu wurden homosexuelle Frauen und Männer in zwei Gruppen eingeteilt: «Hochdiskriminierte» und «Nicht-Diskriminierte» (Schneeberger et al., 2002). Diese Unterteilung basierte auf einem selbsterstellten Diskriminierungsscore, der neben dem subjektivem Empfinden von Diskriminierung auch objektive Variablen enthält, wie beispielsweise Ausschluss von sozialen Anlässen, Kündigungen oder andere berufliche Benachteiligungen (Schneeberger et al., 2002). Von allen befragten Personen hat rund ein Drittel bereits subjektive Diskriminierungen am Arbeitsplatz erlebt. Bei den «Hochdiskriminierten» ist die Motivation bei der Arbeit, die Kontakte zu Kollegen und Kolleginnen sowie die Freude am erlernten Beruf geringer als bei den «Nichtdiskriminierten» (Schneeberger et al., 2002). In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die Diskriminierung von homosexuellen Personen einen signifikant negativen Einfluss auf deren psychische (und somatische) Gesundheit hat. Die «hochdiskriminierten» Personen aus der Studie berichteten häufiger von Schlafstörungen, Ängsten und Bedrücktheit als «nichtdiskriminierte» homosexuelle Personen (Schneeberger et al., 2002). Obwohl Zustände von Bedrücktheit noch keine Depression bedeuten, kann diese durch weitere negative situative und soziale Umstände begünstigt werden (Schneeberger et al., 2002).

⁸ Begründet wurde das Modell in Bezug auf LGB Personen; es wird jedoch schon länger auch in Bezug auf trans Personen angewendet.

Die dritte Studie in diesem Bereich ist eine internationale Metastudie von Misoch (2017). Sie befasste sich mit den speziellen Sorgen und Bedürfnissen von homosexuellen Personen im Rentenalter, da diesbezüglich eine grosse Forschungslücke bestehe. Die Bevölkerung wird immer älter und somit steigt auch die Anzahl homosexueller Personen über 65 Jahren, so dass im Jahr 2050 rund 90'000 bis 300'000 homosexuelle Personen in der Schweiz über 65 Jahre alt sein werden (Misoch, 2017). Diese Bevölkerungsgruppe hat besondere Bedürfnisse im Alter, da sie im Vergleich zu heterosexuellen Personen unterschiedliche Lebensumstände haben. Während bei den homosexuellen Personen ab 55 Jahren 41 Prozent alleinstehend sind, sind es bei den heterosexuellen Personen «nur» 28 Prozent (Misoch, 2017). Misoch (2017) spricht bei älteren homosexuellen Menschen von einer «starken Singularisierungstendenz». Durch das Alleinleben im Alter entsteht ein grosses Risiko für soziale Isolation und Vereinsamung. Es zeigt sich zudem, dass das soziale Netzwerk bei älteren homosexuellen Menschen vor allem aus Freunden und Bekannten besteht und nicht – wie bei älteren heterosexuellen Personen – aus Familienmitgliedern und Verwandten. Somit ist das soziale Umfeld von homosexuellen Rentner*innen altershomogen, was wiederum diverse Nachteile im Unterstützungsnetzwerk für die altersbedingte Hilfe- und Unterstützungsbedürfnisse mit sich bringt. Homosexuelle Frauen sind etwas besser in das Verwandtschaftsnetz eingebunden als homosexuelle Männer, so dass diese etwas häufiger auf familiäre Unterstützung im Alter zählen können als die Männer (Misoch, 2017). Unabhängig vom Geschlecht fühlen sich ältere homosexuelle Menschen oftmals doppelt diskriminiert, so dass neben der bereits erfahrenen Diskriminierung bezüglich ihrer sexuellen Orientierung nun die Diskriminierung aufgrund ihres Alters hinzukommt. Es gibt einige ältere homosexuelle Menschen, welche sich beispielsweise vor einer Diskriminierung fürchten, wenn sie einmal pflegebedürftig werden (Misoch, 2017).

Darüber hinaus zeigte eine Westschweizer Umfrage mit einer Gelegenheitsstichprobe von 409 Personen (vorwiegend FSF), dass sich 13 Prozent der Befragten immer oder meistens mutlos und traurig fühlen (Béziat et al., 2020).

Psychische Gesundheit T (CH)

Die meisten Schweizer Studien zur psychischen Gesundheit von LGBT Personen widmen sich trans Personen (13 Beiträge). Dabei erkennt man zwei Schwerpunkte: (1) «**Gender Identity Disorder**» bzw. «**Geschlechtsinkongruenz**» (Giannetti, 2004; Hepp, Kraemer, Schnyder, Miller & Delsignore, 2005; Medico, Pullen Sansfaçon, Zufferey et al., 2020; Hepp & Milos, 2002; Medico & Zufferey, 2018; Garcia Núñez, Sandon, Burgermeister, Schönbucher & Jenewein, 2015a; Nussbaum, 2019; Pauli, 2017; 2019; Schmuckli & Gross, 2016; Soldati, Hirschier & Aubry, 2016) und (2) «**Diskriminierung von Transgender**» (Ott, Regli & Znoj, 2017; Rauchfleisch, 2007; 2016b).

Beim ersten Thema widmen sich die meisten Schweizer Studien den Kindern und Jugendlichen, die unter einer sogenannten Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie leiden bzw. die eine Geschlechtsidentitätsstörung (GDI) haben.⁹ Die Mehrheit der von uns gefundenen Literaturbeiträge zu diesem Thema, bezieht sich auf den Umgang mit trans Kindern in der Medizin und Psychotherapie. Bei den meisten Kindern bildet sich die Geschlechtsidentität im Vorschulalter heraus, während es bei einigen Kindern und Jugendlichen im Laufe ihrer Pubertät zu «Schwankungen in ihrer Identifikation mit den Geschlechterpolen» kommt (Pauli, 2019). Besonders trans Jungen sowie Kinder und Jugendliche mit non-binären Geschlechtsidentitäten gehören zu einer besonderen Risikogruppe, in der bei 68 Prozent ernsthafte Suizidgedanken vorhanden sind. Wenn solche Kinder und Jugendliche in einer Umgebung aufwachsen, in der eine klar männliche oder weibliche Geschlechtsidentifikation als Norm gefordert wird, kann ein grosser Leistungs- und Anpassungsdruck entstehen, der bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen zu einer «sekundären Psychopathologie», wie zum Beispiel depressiven Symptomen und Suizidalität, führen kann (Pauli, 2019). Bereits in einem früheren Beitrag untersuchte Pauli (2017) die Entwicklung von genderdysphorischen Kindern und Jugendlichen und leitete Handlungsempfehlungen für den Umgang mit trans Kindern in der Psychotherapie sowie für das soziale Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen ab. Auch Nussbaum (2019) erarbeitete konkrete Vorschläge für die Psychotherapie von trans Kindern aus, z. B. für die korrekte Anrede der

⁹ Geschlechtsinkongruenz ist mit dem ICD-11 seit 2022 nicht mehr unter Krankheiten als Störungsbild gelistet, sondern unter Bedingungen im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit.

Kinder, für die Erstellung einer korrekten Diagnose und die therapeutische Begleitung und Unterstützung von trans Kindern. Eine philosophisch-psychoanalytische Arbeit von Schmuckli und Gross (2016) hat die Beziehung zwischen cis Therapeut*in und trans Menschen erörtert und dabei festgehalten, dass der Umgang mit trans Personen auch für Therapeut*innen verschiedene Schwierigkeiten, Irritationen, Befremdung und Unsicherheiten mit sich bringt. Dies wurde auch von Soldati et al. (2016) festgestellt und als Ausgangslage genommen, um ein qualifiziertes Betreuungsnetzwerk für Menschen mit Geschlechtsdysphorie in der Westschweiz zu schaffen. Denn nach wie vor ist diese Störung auch im medizinischen Kontext zu wenig erforscht und bekannt, was zu einer diskriminierenden Grundhaltung der Betreuer*innen führen kann und in Folge zu einer ungenügenden oder benachteiligenden Betreuung der Patient*innen mit Genderdysphorie (Soldati et al., 2016). Medico und Zufferey (2018) befassten sich ebenfalls mit dem Betreuungsnetzwerk für Kinder und Jugendliche mit Genderdysphorie in der Westschweiz. Auch sie betonten die Dringlichkeit von qualifizierten Betreuungsangeboten für trans Kinder und Jugendliche in der Schweiz und nannten dabei drei Ebenen der Interventionen: *medizinisch* (Zugang zur hormonellen Steuerung der Pubertät), *psychosozial* (z. B. familienzentrierte Interventionen) und *gesellschaftspolitisch* (z. B. Prävention von Mobbing in der Schule) (Medico & Zufferey, 2018). All diese Interventionen sind wichtig, da aufgrund des aktuellen Forschungsstands davon ausgegangen werden muss, dass die psychosomatischen Zustände und Erkrankungen bei trans Menschen und insbesondere bei trans Kindern und Jugendlichen durch direkte und indirekte Diskriminierung und den damit verbundenen negativen Erfahrungen entstehen (Medico & Zufferey, 2018). Dabei gehen die Autor*innen davon aus, dass trans Kinder und Jugendliche sich nicht von anderen Jugendlichen unterscheiden würden, wenn sie in ihrem bevorzugten Geschlecht von ihrem sozialen Umfeld, den Betreuer*innen sowie von der Gesellschaft akzeptiert würden (Medico & Zufferey, 2018).

Dass es auch grosse Unterschiede zwischen den Kindern und Jugendlichen mit einer Geschlechtsdysphorie gibt, zeigt eine qualitative Studie von Medico, Pullen Sansfaçon, Zufferey et al. (2020) aus der Westschweiz, in der unterschiedliche Entwicklungspfade von trans Kindern erforscht wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass einige trans Kinder sich selbst bereits sehr früh in ihrer Geschlechtlichkeit bejahten, andere Kinder jedoch im Stillen leiden, da sie sich nicht positionieren könnten. Wiederum andere haben bis zu Beginn ihrer Pubertät kein problematisches Verhältnis zu ihrem Geschlecht (Medico, Pullen Sansfaçon, Zufferey et al., 2020). Auf Grundlage eines qualitativen Vergleichs kamen sie zum Schluss, dass bei allen eingeschlossenen trans Kindern vor allem die Pubertät als schwierig wahrgenommen wird. In dieser Zeit könnten erste soziale und körperliche Dysphorien entstehen und von den betroffenen Kindern und Jugendlichen wahrgenommen werden. Die Autor*innen betonen dabei, dass es wichtig sei, den Prozess der Geschlechtsaffirmation bei Kindern und Jugendlichen besser zu erforschen. Der «Coming Out»-Prozess sei nur die Spitze des Eisbergs von einer sehr langandauernden und tiefgründigen Entwicklung (Medico, Pullen Sansfaçon, Zufferey et al., 2020). Auch Giannetti (2004) widmete ihre Diplomarbeit der Erforschung der Identitätsentwicklung bei trans Menschen und berücksichtigt dabei gesellschaftliche, historische und institutionelle Rahmenbedingungen.

Die beiden letzten Schweizer Forschungsbeiträge zur psychischen Gesundheit bei trans Personen widmen sich den psychiatrischen Begleiterkrankungen bei Geschlechtsdysphorie. Hepp und Milos (2002) haben in einer qualitativen Studie den Zusammenhang von Geschlechtsdysphorie und Essstörungen untersucht. In einer späteren Studie haben Hepp et al. (2005) neben Essstörungen noch weitere psychische Begleiterkrankungen von Genderdysphorie untersucht. Darunter zählten Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch sowie somatische Erkrankungen, wie beispielsweise chronische Schmerzen oder körperdysmorphe Störungen (Hepp et al., 2005). In ihrer Studie haben sie Personen mit Geschlechtsdysphorie eingeschlossen, die in der psychiatrischen Abteilung vom Universitätsspital Zürich betreut wurden. Dabei waren die teilnehmenden trans Personen in unterschiedlichen Stadien ihrer Therapie (vor einer geschlechtsangleichenden Operation (ohne ärztlich begleitete Hormonbehandlung), vor einer solchen Operation mit Hormonbehandlung, nach einer geschlechtsangleichenden Operation). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Mehrheit der Teilnehmenden keine zusätzliche Diagnose neben der Geschlechtsdysphorie erhielt. Diese Befunde unterstützen die Annahme, dass die Geschlechtsidentitätsstörung (GID) eine eigenständige und in sich geschlossene Diagnose bilde und nicht zwingend mit schweren psychiatrischen Komorbi-

ditäten zusammenhänge (Hepp et al., 2005). Die Ergebnisse dieser Studie verweisen jedoch auch darauf, dass Patient*innen, bei denen eine schwere Form der GID diagnostiziert wird, im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung haben (Hepp et al., 2005).

Folgen von Diskriminierung auf die psychische Gesundheit von trans Personen

Wenn es um die Erforschung der Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung auf die psychische Gesundheit von trans Menschen geht, so stützen sich die meisten gefundenen Schweizer Studien auf das bereits erwähnte Minoritätenstress-Modell. So auch Garcia Núñez et al. (2015a), die im Rahmen einer qualitativen Studie erforscht haben, wie internalisierte Stigmata mit der psychischen Gesundheit von trans Personen zusammenhängen. Dabei wurde das Stigmabewusstsein sowie internalisierende Verhaltensweisen und Haltungen der trans Personen berücksichtigt. Garcia Núñez et al. (2015a) sowie Ott et al. (2017) haben in ihren Studien gezeigt, dass sich das Minoritätenstress-Modell auch auf trans Personen übertragen lässt. In der Studie von Ott et al. (2017) zeigte sich, dass die Nichtakzeptanz der Geschlechtsidentität durch andere Menschen mit psychischer Belastung (Depression, Angst) und wenig Zufriedenheit der trans Personen einhergeht. Zudem zeigte sich ein Zusammenhang zwischen internalisierter Transphobie und psychischer Belastung. Die internalisierte Transphobie erwies sich dabei als vermittelnder Faktor zwischen der Nicht-Akzeptanz der Geschlechtsidentität und einer psychischen Belastung von trans Personen (Ott et al., 2017). Im Gegensatz zu den Erwartungen der Autoren stellte die soziale Unterstützung von anderen für die trans Personen *keinen* wichtigen Resilienzfaktor dar. Ott et al. (2017) weisen jedoch darauf hin, dass es bereits einige empirische Ergebnisse gebe, welche die soziale Unterstützung als wichtigen Resilienzfaktor bei trans Personen identifizieren konnten. Auf eine mögliche Erklärung für diese unterschiedlichen Befunde wird weiter unten eingegangen.

Rauchfleisch (2016b) hat sich mit Grenzen beschäftigt, die trans Personen in ihrem Leben und ihrem Alltag erfahren. Transidente Menschen erfahren hiernach nicht nur im Alltag Ausgrenzungen und Stigmatisierungen, sondern sie erleben ausserdem häufig eine eingegrenzte Möglichkeit, eigenständig zu entscheiden und zu handeln. So ist beispielsweise bereits der Prozess einer chirurgischen oder hormonellen Geschlechtsangleichung juristisch und medizinisch so geregelt, dass die betroffenen trans Personen zunächst Gutachten benötigen und in den meisten Fällen auch eine psychotherapeutische Vorbereitung beanspruchen müssen. Ein weiterer Kritikpunkt, den Rauchfleisch (2016b) hinsichtlich des gegenwärtigen Umgangs mit trans Personen äussert, ist die Pathologisierung von trans Menschen. Laut ICD-10 war «Transsexualität» (F 64.0) eine psychische Erkrankung, was für die Betroffenen oft ein «schmerzhaftes Etikett» sei. Der neue Begriff «Genderdysphorie» (DSM-5 302.85) verweist darauf, dass die Identität pathologisch ist und transidente Menschen aufgrund der Diskrepanz zwischen ihrem biologischem Geschlecht und ihrer Geschlechtsidentität leiden (Rauchfleisch, 2016b).

Psychische Gesundheit LGB+T (international)

Die systematischen Reviews von Mongelli et al. (2019), Gilbey et al. (2020) sowie Valentine und Shipherd (2018) unterstützen die Schweizer Forschungsergebnisse in der Hinsicht, dass sexuelle Minderheiten nach wie vor häufiger von psychischen Belastungen und psychischen Erkrankungen betroffen sind als heterosexuelle Menschen, was auf das Ausmass der verschiedenen Stressoren, z. B. das Erleben von diskriminierendem Verhalten, zurückzuführen ist.

Gilbey et al. (2020) haben in ihrem systematischen Review zehn Studien analysiert, die sich mit dem Zusammenhang zwischen homo- bzw. bisexuellen Jugendlichen im Alter zwischen 10-25 Jahren und verschiedenen psychischen Problemen befassten, darunter depressive Symptome, Suizidalität und Essstörungen. Die Suizidalität und die Häufigkeit von depressiven Symptomen war dabei bei homosexuellen Jugendlichen in der späten Adoleszenz sowohl in absoluten als auch in relativen Zahlen höher als bei heterosexuellen Jugendlichen (Gilbey et al., 2020). Auch Mongelli et al. (2019) machten ein systematisches Review zum Thema «Minderheitenstress bei sexuellen Minderheiten und psychischer Gesundheit» und haben dabei 62 Literaturbeiträge mit dem Schwerpunkt auf Depression, Suizidalität oder Substanzkonsum bei LGBT Personen gefunden (Mongelli et al., 2019). Dabei haben alle analysierten Studien das «Gender-Minority-Stress-Model» verwendet, um das erhöhte Risiko für psychische Belas-

tungen bei LGBT Personen zu erklären. Ein amerikanisches systematisches Literaturreview widmete sich der psychischen Gesundheit bei trans und geschlechtsunkonformen Personen (TGNC) (Valentine & Shipherd, 2018). Dafür wurden 77 amerikanische Studien analysiert und darauf geschaut, welche Elemente sie vom Minoritätenstress-Modell zur Erklärung des erhöhten Risikos für psychische Belastung und psychische Erkrankungen bei TGNC Personen verwendet haben (Valentine & Shipherd, 2018). Dabei kamen sie zum Ergebnis, dass TGNC Personen einer Vielzahl von sozialen Stressoren (z. B. Stigmatisierung und Diskriminierung) ausgesetzt sind. Diese führten bei den betroffenen Personen häufig zu psychischen Gesundheitsproblemen (Valentine & Shipherd, 2018). Anders als bei den Schweizer Studien konnten Valentine and Shipherd (2018) soziale Unterstützung und Verbundenheit mit der Gemeinschaft als wichtige Resilienzfaktoren identifizieren.

Suizidalität: Überblick Schweiz

Zum Thema Suizidalität bei LGBT Personen ergab unsere Literaturrecherche sieben Schweizer Studien, wobei sich nur eine Schweizer Studie aus der Westschweiz mit der Suizidalität bei trans Personen, resp. trans Jugendlichen befasste. Die gefundenen internationalen Forschungsbeiträge unterstützen die Erkenntnisse der Schweizer Studien bezüglich der Ursachen für Suizidalität bei LGBT Personen.

Suizidalität LGB (CH)

Die Studie von Widmer, Regli, Frei und Znoj (2014) untersucht den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Suizidalität bei homo- und bisexuellen Personen in der Schweiz. Dabei zeigte sich, dass auch wenn homo- und bisexuelle Personen hohe Werte bei sozialer Unterstützung und niedrige Werte bei sozialer Belastung haben, sie trotzdem hohe Jahres- und Lebenszeitprävalenzen in Bezug auf Suizidgedanken, -pläne und -versuche aufzeigen. In ihrer Studie konnten sie ausserdem feststellen, dass alle berücksichtigten Indikatoren für soziale Unterstützung mit der Suizidalität in den letzten zwölf Monaten korrelierten. Dieser Effekt zeigte sich auch unter Berücksichtigung einer allfälligen «depressiven Stimmung» und des Alters der Studienteilnehmer*innen. Zudem stellten die Autoren in ihrer Studie fest, dass durch eine grosse soziale Belastung im Umfeld der homo- und bisexuellen Personen diese in den letzten zwölf Monaten 14-mal häufiger Suizidgedanken, -pläne und -versuche hatten als LGB Personen mit einer geringen sozialen Belastung in ihrem Umfeld (Widmer et al., 2014).

Wang et al. (2014) untersuchten Schweizer Männer mit unterschiedlichen sexuellen Orientierungen, um herauszufinden, wie die sexuelle Orientierung unter Berücksichtigung von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, das Risiko von psychiatrischen Störungen und Suizidalität beeinflusst. Dabei stellte sich heraus, dass bei Neurotizismus/Ängstlichkeit die homo- und bisexuellen Männer die höchsten Werte aufwiesen, bei «Geselligkeit» und «Sensationssuche» hingegen die niedrigsten Werte. Rund 10 Prozent der befragten homo- und bisexuellen Männer erfüllten in den letzten zwei Wochen die diagnostischen Kriterien für eine schwere Depression, fast 11 Prozent für ADHS in den letzten 12 Monaten und knapp 14 Prozent für eine «lebenslange antisoziale Persönlichkeitsstörung». Weitere 6 Prozent erfüllten die Diagnosekriterien für Suizidversuche in den letzten 12 Monaten (Wang et al., 2014).

Wang, Häusermann, Wydler, Mohler-Kuo und Weiss (2012) kommen anhand des «Geneva Gay Men's Health Survey», dem «Swiss Multiscenter Adolescent Survey on Health» (SMASH) und der Schweizerischen Rekrutenbefragung zum Schluss, dass die Lebenszeitprävalenz eines Suizidversuchs bei schwulen und bisexuellen männlichen Jugendlichen und jungen Männern bis 5-mal höher liegt als bei heterosexuellen männlichen Jugendlichen bzw. jungen Männern. Diese Zahl ist damit durchaus vergleichbar mit anderen internationalen Studien, wie die Autor*innen konstatieren. In einer weiteren Arbeit konnte anhand Schweizer Datensätze gezeigt werden, dass bei homo- und bisexuellen Männern im Vergleich zur heterosexuellen Vergleichsgruppe eine erhöhte psychiatrische Morbidität (etwa Depression) bereits in der späten Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter besteht, verbunden mit einem erhöhten Suizidrisiko (Wang et al., 2014). Wang, Plöderl, Häusermann und Weiss (2015) untersuchten mit einem Mixed-Methods-Zugriff an einem Westschweizer Sample von schwulen Männern¹⁰ die Gründe für Suizidversuche,

¹⁰ Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 37 Jahren.

wie sie von den befragten Männern selbst wahrgenommen wurden, und deren Einfluss auf die Schwere der suicidalen Handlung bzw. auf weitere Suizidversuche. Zurzeit ist diese Studie die einzige, die Aussagen über die Gründe von Suiziden von einem Teil der LGBT Menschen (schwule Männer) in der Schweiz macht. Soziale bzw. interpersonale Probleme, Probleme im Bereich Liebe und Partnerschaft sowie Schwierigkeit(en), die eigene Homosexualität zu akzeptieren, gehören nach Wang et al. (2015) zu den drei prominentesten Kategorien, die von den Befragten genannt wurden. Dabei ist der erstere Problembereich mit einer geringeren Intention zu sterben assoziiert, während die letzteren beiden mit der stärksten Intention zu sterben einhergehen und als Gründe bei mehreren Suizidversuchen angegeben wurden.

Eine Westschweizer Umfrage mit FSF zeigte, dass zwei Prozent der Befragten berichteten, die meiste Zeit an Suizid zu denken. 54 Prozent hatten in ihrem Leben bereits Suizidgedanken gehabt (ohne Suizidversuch). Drei Prozent der Befragten hatten in den letzten zwei Jahren einen Suizidversuch unternommen. Weniger als 30 Prozent der Befragten, die Suizidgedanken hatten oder einen Suizidversuch unternommen hatten, haben eine Fachperson konsultiert, um darüber zu sprechen (Béziane et al., 2020).

Suizidalität T (CH)

Unsere Literaturrecherche ergab nur eine Studie, die sich mit der Suizidalität bei trans Personen in der Schweiz beschäftigte. Medico, Pullen Sansfaçon, Galantino und Zufferey (2020) untersuchten in einer qualitativen Studie trans Jugendliche und deren Eltern in der Westschweiz, um mehr über die Hintergründe von Suizidalität bei trans Jugendlichen und über den Einfluss einer geschlechtergerechten Medizinversorgung auf die Prävention von Suizidalität zu erfahren. Dabei haben die Autor*innen das unangepasste Gesundheitssystem als wichtigen Faktor für Suiziderfahrungen bei trans Jugendlichen identifiziert. Die Hälfte der befragten Jugendlichen war mindestens einmal wegen «selbsterstörerischen Verhaltens», Essstörungen, Selbstmordgedanken oder -versuchen in einem Krankenhaus gewesen (Medico et al., 2020). Sowohl die Eltern als auch die Jugendlichen selbst berichteten diesbezüglich von negativen Erfahrungen im Krankenhaus, wie zum Beispiel Verweigerung über transgener Themen in der psychotherapeutischen Betreuung zu sprechen, mangelndes Wissen und Verständnis für die trans Thematik, Leugnung von Trans-Identität oder die Überzeugung beim Pflegepersonal, dass die «Transsexualität» eine Folge von psychischen Schwierigkeiten oder Erkrankungen darstellt. Durch diese negativen Erfahrungen im Gesundheitssystem hätten sich die Selbstmordgedanken der trans Jugendlichen verstärkt (Medico et al., 2020). Die Studie zeigt somit die grosse Bedeutung von qualifiziertem und geschultem Medizinpersonal im Umgang mit trans Kindern und Jugendlichen.

Suizidalität LGB +T (international)¹¹

International zeigen Studien übereinstimmend, dass sexuelle Minoritäten¹² häufiger von Suizidgedanken und Suizidversuchen betroffen sind als die heterosexuelle und Cisgender-Bevölkerung (Haas et al., 2011; Perez-Brumer, Day, Russell & Hatzenbuehler, 2017; Pompili et al., 2014; Salway et al., 2019; Yıldız, 2018). Nicht erstaunlich – wenn man sich die Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung vor Augen hält – sind Personen im Jugendalter besonders stark davon betroffen (Yıldız, 2018). Zu den Einflussfaktoren hinsichtlich Suizidalität herrscht, trotz des vielschichten Forschungsdiskurses, eine gewisse Einigkeit. Yıldız (2018) macht in ihrem Überblick unter anderem Faktoren auf gesellschaftlicher, kultureller und individueller Ebene aus. Dabei sind allgemeine Risikofaktoren (unabhängig von der sexuellen Orientierung oder Gender-Identität) von LGBT-spezifischen Risikofaktoren zu unterscheiden (Hegna & Wichstrøm, 2007; Liu & Mustanski, 2012; Mustanski & Liu, 2013). Beispielsweise ist ein frühes Co-

¹¹ Dieser Textabschnitt wurde der Ausgangslage in Pfister und Mikolasek (2019) entnommen.

¹² Darunter werden meist LGB (lesbian, gay, bisexual) und Transmenschen (T) oder Menschen mit anderer Geschlechtsidentität (GI, gender identity) als per Geburt zugeschrieben verstanden. Manchmal werden auch noch mit «Q» «queer» oder «questioning» Jugendliche einbezogen. Weite Definitionen von «SMY» (sexual minority youth) verweisen auch auf Pansexuelle, Asexuelle, polyamurös Liebende und weitere Spielarten der Sexualität (Yıldız, 2018).

ming-out ein LGBT-spezifischer Risikofaktor (Hegna & Wichstrøm, 2007; Skerrett, Kolves & Leo, 2016), ein niedriges Selbstwertgefühl (Hegna & Wichstrøm, 2007) dagegen ein allgemeiner Risikofaktor.¹³ Zentral ist, dass die sexuelle Orientierung an sich keinen direkten Einfluss auf suizidales Verhalten hat (Bouris, Everett, Heath, Elsaesser & Neilands, 2016; Bryan & Mayock, 2017; Savin-Williams & Ream, 2003). Das erhöhte Risiko für suizidales Verhalten kommt vermittelt über andere Faktoren zu Stande:

- Homophobie, Biphobie oder Transphobie (McDermott, Hughes & Rawlings, 2017),
- Schikanierungen bzw. Bullying in der Schule (Ahuja et al., 2015; Bouris et al., 2016; Peter, Taylor & Campbell, 2016; Plöderl, 2016; Whitaker, Shapiro & Shields, 2016; Wozolek, Wootton & Demlow, 2017),
- Geschlechtsrollennonkonformität (Plöderl, Yazdi, Kralovec & Fartacek, 2007),
- geringe Selbstakzeptanz (internalisierte Homophobie) und fehlende Akzeptanz durch die Familie aufgrund der sexuellen Orientierung (O'Brien, Putney, Hebert, Falk & Aguinaldo, 2016; Skerrett et al., 2016; Skerrett, Kolves & Leo, 2017),
- Unzufriedenheit mit der eigenen Erscheinung (Skerrett et al., 2016),
- psychische Störungen (Cardom, Rostovsky & Danner, 2013; Skerrett et al., 2016),
- Substanzmissbrauch (Mereish, O'Cleirigh & Bradford, 2014; Skerrett et al., 2016),
- Schwierigkeit, über Gefühle, die eigene sexuelle Orientierung usw. zu sprechen (McDermott et al., 2017) sowie
- andere Lebenskrisen (McDermott et al., 2017).

Als protektive Faktoren werden in der Literatur vor allem ein unterstützendes Schulklima und akzeptierende und unterstützende Familien genannt (Bryan & Mayock, 2017; Eisenberg & Resnick, 2006; Marshall, 2016; Mustanski & Liu, 2013). An diesen protektiven Faktoren knüpfen auch präventive Bemühungen an (Marshall, 2016; O'Brien et al., 2016).

Depression: Überblick Schweiz

Einige der vorgestellten Studien, die sich mit den Auswirkungen von Diskriminierung und Stigmatisierung von LGBT Personen auf deren psychische Gesundheit befassten, kamen zum Schluss, dass mögliche Folgen der Diskriminierung Depressionen oder zumindest depressive Symptome sind. Auch in einigen der vorher erwähnten Schweizer Studien, die sich mit der Suizidalität bei LGBT Personen beschäftigt haben, wurden depressive Symptome oder Depressionen untersucht. Dagegen hat unsere Literaturrecherche keine Schweizer Studie gefunden, die sich ausschliesslich dem Thema «Depressionen bei homo- und bisexuellen Personen» widmete und nur eine Schweizer Studie zum Thema «Depressionen bei trans Personen».

Depression LGB (CH)

Wie gesagt, konnten keine Schweizer Studien gefunden werden, die sich nur mit Depressionen bei homo- und bisexuellen Personen beschäftigen. Dennoch werden Depressionen oder depressive Symptome bei homo- und bisexuellen Personen oftmals in Studien zur psychischen Belastung und psychischen Gesundheit berücksichtigt (vgl. Schneeberger et al., 2002; Wicki et al., 2020).

Depression T (CH)

Im Rahmen der Recherchen konnte nur eine Schweizer Studie gefunden werden, die sich ausschliesslich dem Thema widmete. Die Studie von Jäggi et al. (2018) untersuchte, ähnlich wie Ott et al. (2017), ob sich das Minoritätenstress-Modell auf trans Personen anwenden lässt, um den Zusammenhang zwischen Diskriminierung und Depression bei dieser Personengruppe zu erklären. Im Sample waren dabei nicht nur trans Frauen und trans Männer, sondern auch Personen mit einer nicht-binären Geschlechtsidentität vertreten (Jäggi et al., 2018). Die Ergebnisse dieser Studie

¹³ Kritisch betrachtet, könnte ein niedriges Selbstwertgefühl, verursacht durch Prozesse internalisierter Homophobie, jedoch auch als LGBT-spezifischer Faktor betrachtet werden. Eine ganz klare Abgrenzung von LGBT-spezifischen und nicht-spezifischen Faktoren scheint nicht in jedem Fall möglich.

stützen frühere Forschungsbeiträge, so auch die von Ott et al. (2017) und Garcia Núñez et al. (2015a, 2015b). Zwischen internalisierter Transphobie und psychischer Belastung wurde bereits bei Ott et al. (2017) ein Zusammenhang gefunden, und auch Jäggi et al. (2018) konnten einen Zusammenhang zwischen internalisierter Transphobie und depressiven Symptomen nachweisen. Eine Internalisierung der Transphobie entsteht durch eine konstante Konfrontation mit diskriminierenden bzw. stigmatisierenden Botschaften aus der Umwelt (Jäggi et al., 2018). In dieser Studie haben die Autor*innen Stolz und Gemeinschaftsverbundenheit als Resilienzfaktoren eingeschlossen. Aber, wie Ott et al. (2017), konnten auch Jäggi et al. (2018) keinen signifikanten Effekt dieser Resilienzfaktoren auf den Umgang mit Diskriminierung bei den betroffenen trans Personen feststellen. Am Beispiel der Gemeinschaftsverbundenheit konnten sie zeigen, warum es so schwierig ist, signifikante Resilienzfaktoren zu erkennen. Bestimmte Faktoren, wie eben die Gemeinschaftsverbundenheit, verhielten sich ambivalent, so dass sie einigen trans Personen durchaus einen Schutz vor den Auswirkungen von Diskriminierung bieten könnten, bei anderen trans Personen könnten die Folgen von Diskriminierung durch die Gemeinschaftsverbundenheit hingegen noch verstärkt werden (Jäggi et al., 2018). Die Autoren beider Studien empfehlen deshalb, weitere Forschung bezüglich der Resilienzfaktoren bei trans Personen im Minoritätenstress-Modell anzustreben (Jäggi et al., 2018; Ott et al., 2017).

Depression LGB+T (international)

Im Rahmen der bereits mehrfach genannten europäischen EMIS-2017-Studie, in der MSM aus 50 Ländern untersucht wurden, wurden die Teilnehmer auch zum Thema «psychische Gesundheit» befragt (Weber et al., 2019). Von den befragten 3'021 MSM aus der Schweiz hatten in den letzten zwei Wochen knapp 60 Prozent keine oder fast keine der gefragten Anzeichen für eine Angst- und/oder depressive Störung gezeigt, rund 30 Prozent erlebten in diesem Zeitraum milde Anzeichen. Bei etwas weniger als sieben Prozent der MSM in der Schweiz waren in den letzten zwei Wochen moderate und bei weiteren fast fünf Prozent waren starke Anzeichen vorhanden (Weber et al., 2019). Der Anteil der MSM, die Anzeichen einer schweren Angst- und/oder depressiven Störung hatten, lag bei den Schweizer MSM mit fünf Prozent etwas tiefer als der europäische Durchschnitt von acht Prozent (Weatherburn et al., 2019). Betrachtet man den Durchschnitt von allen 50 Ländern konnte man nur bei 48 Prozent der MSM keine oder fast keine Anzeichen einer Angststörung oder einer Depression erkennen (vgl. Schweiz MSM: 59,3 %; Epprecht et al., 2018; Weatherburn et al., 2019; Weber et al., 2019). Bei 33 Prozent der Gesamtstichprobe des EMIS-Survey konnten milde Anzeichen einer Depression und/oder Angststörung festgestellt werden (vgl. Schweiz: 29,2 %; Weber et al., 2019).

Wie in den Schweizer Studien wurde auch in den systematischen internationalen Reviews das Thema «Depression bei LGBT Personen» häufig mit dem «Gender Minority Stress Model» analysiert (Gilbey et al., 2020; Mongelli et al., 2019; Valentine & Shepherd, 2018).

Einnahme von Psychopharmaka

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte keine Schweizer oder internationale Studien gefunden werden, die sich mit dem Thema «Einnahme von Psychopharmaka» bei LGBT Personen beschäftigt.

Zwischenfazit: Forschungsstand zur psychischen Gesundheit von LGBT Personen

Die internationale Studienlage weist aus, dass aufgrund diverser Belastungsfaktoren die LGBT Population im Bereich der psychischen Gesundheit gegenüber der übrigen Bevölkerung (heterosexuell, cisgender) deutlich benachteiligt ist. Dies zeigt sich etwa in der höheren Prävalenz von Depressionen, Suizidgedanken und Suizidversuchen in der LGBT Population. Dabei stützen sich nationale als auch internationale Forschungsbeiträge häufig auf das «Gender Minority Stress Model», wenn es darum geht, das erhöhte Risiko für psychische Belastung und psychische Erkrankungen bei LGBT Personen zu erklären. Es wurde häufig darauf verwiesen, dass nach wie vor zu wenige empirische Ergebnisse bezüglich möglicher Resilienzfaktoren vorliegen. Diese internalen und externalen Faktoren, welche LGBT Personen im Umgang mit Diskriminierung und Stigmatisierung unterstützen sollen, scheinen aber sehr wichtig, um psychische Erkrankungen und einer hohen psychischen Belastung vorzubeugen. Weitere Forschungsbeiträge zu dieser Thematik würden die Interventions- und Präventionsmassnahmen bei der psychischen

Gesundheit von LGBT Personen unterstützen. Unser Literaturreview zeigte zudem, dass es zum Thema «Einnahme von Psychopharmaka bei LGBT Personen» keine nationalen oder internationalen Forschungsbeiträge gibt.

Zentral ist der Befund, dass weder die sexuelle Orientierung noch die Geschlechtsidentität einer Person an sich für das erhöhte Risiko von Suizidalität und Depression bei LGBT Personen verantwortlich sind. Vielmehr sind es äussere Faktoren, wie Schikanie, Bullying in der Schule oder am Arbeitsplatz, keine Akzeptanz der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität durch Familienmitglieder und Freund*innen, oder interne Faktoren, wie internalisierte Homo-, Bi- oder Transphobie, psychische Erkrankungen oder ein sehr geringes Selbstwertgefühl.

3 Theoretische Einbettung und methodisches Vorgehen

3.1 Theoretische Einbettung

Als theoretischer Rahmen der Analysen dient das «Health Equity Promotion Model» (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Der Vorteil dieses Modells liegt darin, dass es weniger defizitorientiert ist und erlaubt, zu untersuchen, wie es trotz widriger Umstände LGBT Personen gelingt, einen guten Gesundheitszustand aufzuweisen. Bisher heben die in der Forschung mehrheitlich zugrunde gelegten Modelle, wie z. B. das genannte Minoritätenstress-Modell (Meyer, 2003), die Probleme und Belastungen von LGBT-Personen hervor (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Mit dem Health Equity Promotion Model (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) (HEP-Modell) legen wir hier hingegen ein intersektionales und lebenslaufbezogenes Verständnis der gesundheitlichen Ungleichheit von LGBT Personen zugrunde, bei dem auch strukturelle und umweltbezogene Faktoren berücksichtigt werden (z. B. gesellschaftliche Normen). Hierdurch werden nicht nur Unterschiede zwischen, sondern auch innerhalb verschiedener Gruppen berücksichtigt. Das Modell umfasst drei Bereiche, denen verschiedene relevante Faktoren bzw. gesundheitliche «Outcomes» zugeordnet werden können: (1) «Mehr-Ebenen-Kontext», (2) gesundheitsförderliche und -schädliche Pfade und (3) (subjektiver) Gesundheitszustand (vgl. Abb. 1). Der «Mehr-Ebenen-Kontext» umfasst sowohl individuelle als auch strukturelle und umweltbezogene Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit von LGBT Personen haben können. Hierzu gehören u. a. gesellschaftliche Normen und Stigmatisierung von LGBT Personen und auf individueller Ebene insbesondere Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Mit Blick auf den zweiten Bereich unterscheiden Fredriksen-Goldsen et al. (2014) vier gesundheitsförderliche bzw. -schädliche Pfade – auf Verhaltenzebene (z. B. Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen, Rauchen, Drogenkonsum), auf sozialer/gemeinschaftlicher Ebene (z. B. soziale Unterstützung), auf psychologischer Ebene (z. B. internalisierte Homonegativität) sowie auf biologischer Ebene (z. B. erhöhter Cortisolspiegel). Diese «Pfade» wirken sich – im Zusammenspiel mit den strukturellen, kontextuellen und individuellen Merkmalen sowie der jeweiligen sozialen Position des Individuums (Gender, sozioökonomischer Status, Herkunft, sexuelle Orientierung, Alter etc.) – auf die körperliche und psychische Gesundheit der Person aus (vgl. Abb. 1). Zusätzlich berücksichtigt das Modell, dass der Gesundheitszustand einer Person vor dem Hintergrund ihres Lebensverlaufs verstanden werden muss («life course»; vgl. Abb. 1). Soziale und historische Marker werden einbezogen. Etwa macht es einen Unterschied, ob eine LGB Person ihr Coming-out in einer Zeit hatte, als Homosexualität noch als psychiatrische Krankheit galt (z. B. in den 1980er-Jahren) oder in einem gesellschaftlichen Umfeld, in dem die Ehe für alle vom Schweizer Stimmvolk angenommen wurde (2021).

Die folgende Abbildung 1 fasst das Modell zusammen. Dabei sind für die verschiedenen Bereiche Indikatoren aufgeführt, die im Rahmen der vorliegenden Studie berücksichtigt wurden¹⁴.

¹⁴ Im HEP-Modell können Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen auf der «individuellen Ebene» abgebildet werden (da durch das Individuum erfahren/erlitten). Eine enge Verbindung besteht zur «strukturellen Ebene» im «Mehr-Ebenen-Kontext», indem z. B. soziale Normen den Boden für Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen bilden. Die «strukturelle Ebene», die sozialen Normen und generelle gesellschaftliche Ausschluss- und Inklusionsmechanismen in der Schweizer Gesellschaft, konnten im Rahmen der vorliegenden Studie nicht erforscht werden und müssten künftig – in grösser angelegten Studien – noch besser inkludiert werden.

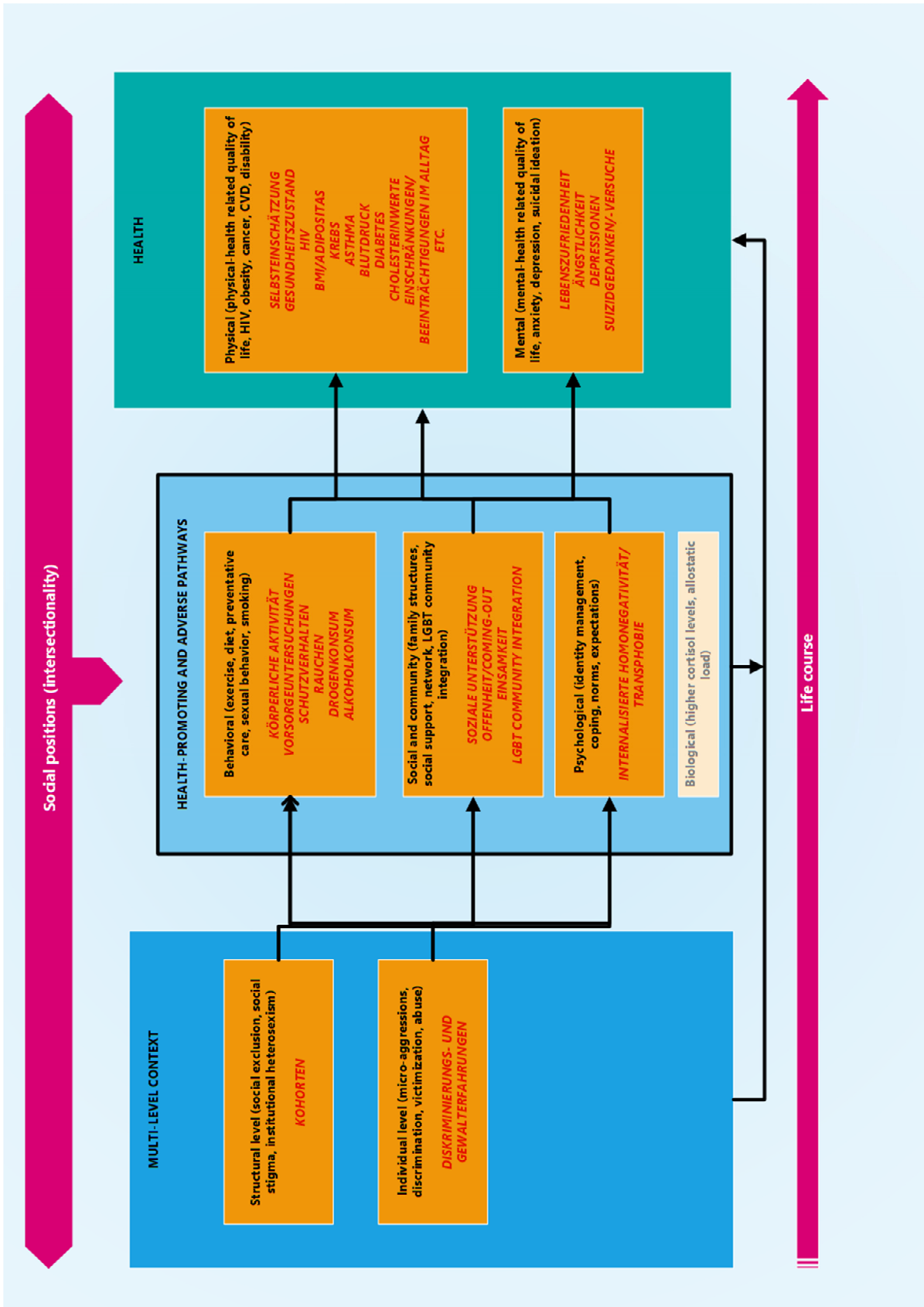


Abbildung 1: Health Equity Promotion Model, ergänzt um im Rahmen der Studie erhobene Indikatoren (nach Fredriksen-Goldsen et al., 2014)

3.2 Methodisches Vorgehen

3.2.1 Datenbasis

In die Analysen eingeschlossen wurden die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) von 2012 und 2017¹⁵ sowie die Daten einer von der Hochschule Luzern im Frühjahr/Sommer 2021¹⁶ durchgeführten anonymen Online-Umfrage («LGBT Health»). Letztere wurde zum einen durchgeführt, weil die Zahl der befragten LGB Personen in den beiden SGB relativ gering war, zum anderen weil in der SGB nicht nach der Geschlechtsidentität der Teilnehmer*innen gefragt wurde und daher mit Hilfe der SGB keine Aussagen über die gesundheitliche Situation von trans/non-binären Personen in der Schweiz möglich sind. Aufgrund der geringen Zahl befragter LGB Personen im Rahmen der SGB wurde zudem entschieden, die Daten der beiden Wellen zusammenzuführen und bei den Analysen um mögliche Einflüsse durch die verschiedenen Befragungszeitpunkte (2012, 2017) zu kontrollieren.

Die «LGBT Health» wurde eigens für die Studie konzipiert. Der dabei verwendete Fragebogen setzte sich – wo möglich und sinnvoll – aus Fragen der SGB hinsichtlich der interessierenden Indikatoren zusammen. Dies ermöglicht es, Vergleiche zwischen den Befragungen zu ziehen. Zum besseren Verständnis der gesundheitlichen Situation von LGBT Personen in der Schweiz wurden mit Blick auf das den Analysen zugrunde liegende HEP-Modell zudem zusätzliche Indikatoren erhoben (z. B. internalisierte Homonegativität, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen im Gesundheitswesen und anderen Situationen in der Schweiz). Auch hierbei wurden, sofern vorhanden, standardisierte, psychometrisch validierte Skalen eingesetzt (z. B. «Gender Identity Stigma Scale» von Schmidt, Schondelmayer & Schröder, 2015; Timmins, Rimes & Rahman, 2017). Der Fragebogen wurde sowohl mit dem BAG und der Begleitgruppe als auch mit weiteren Expert*innen des erweiterten Projektteams der Hochschule Luzern diskutiert und in Deutsch, Französisch und Italienisch sowie in einer englischsprachigen Version zur Verfügung gestellt.¹⁷ Die deutschsprachige Version des Fragebogens ist dem Bericht im Anhang beigelegt (vgl. Anhang 5). Die Befragung wurde in klassischen und sozialen Medien durch die Hochschule Luzern, das BAG sowie Schweizer LGBT Organisationen (u. a. TGNS, LOS, Les Klamydia's, Pink Cross) beworben. Darüber hinaus wurden gezielt Institutionen aus dem Gesundheitsbereich angefragt, ob sie auf die Befragung auf ihrer Homepage und/oder durch das Auflegen eines Flyers aufmerksam machen (z. B. Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, Checkpoints, Universitätsspitaler). Am Ende der Umfrage wurden die Befragten gebeten, anzugeben, wie sie auf die Umfrage aufmerksam geworden sind. Hiernach hatten die meisten über Social-Media-Kanäle (z. B. Facebook, Instagram, Twitter) von der Umfrage erfahren (43,4 %). Knapp ein Drittel war durch eine E-Mail einer LGBT-Organisation auf die Umfrage aufmerksam geworden (30,5 %). Von den 195 Personen, die im Freitextfeld angegeben hatten, wie sie auf die Umfrage aufmerksam geworden sind, haben 54 explizit eine Person oder Institution aus dem Gesundheitswesen angegeben.

Mit Blick auf beide Befragungen sind bei der Interpretation der Befunde bestimmte **Einschränkungen** zu berücksichtigen: Die Stichprobe der SGB wird aus der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz (ab 15 Jahren) gezogen, die in einem Privathaushalt wohnt. Die berechneten Werte werden gewichtet (basierend auf Wohnregion, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Zivilstand und Haushaltsgrösse) und sind somit repräsentativ für diese Bevölkerungsgruppe. Damit lässt die SGB Rückschlüsse auf die Schweizer Bevölkerung (in Privathaushalten) zu und kann zur Prüfung von Hypothesen zu Ungleichheiten zwischen LGB Personen und der übrigen Bevölkerung sowie zum Einfluss gesundheitsförderlicher und -schädlicher Lebensumstände und Verhaltensweisen auf den subjektiven

¹⁵ Der SGB Datensatz von 2007 wurde nicht einbezogen, da zwischen der SGB 2007 und 2017 zehn Jahre liegen, in denen es zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf im Rahmen der Studie relevante Indikatoren gekommen ist. Zusammen mit der «LGBT Health» wäre bei Einbezug der SGB 2007 sogar ein Zeitraum von 14 Jahren abgedeckt worden.

¹⁶ Die Umfrage fand vom 17. Mai bis zum 12. Juli 2021 statt.

¹⁷ Wo möglich, wurden bereits vorliegende, validierte Übersetzungen übernommen (siehe Anhang 2 – ausgewählte Indikatoren). Wo dies nicht möglich war, wurden die ursprünglichen Fragen vom Projektteam übersetzt und durch professionelle Übersetzerinnen lektoriert. Die im Projekt involvierten Expert*innen aus den verschiedenen Landesteilen hatten zudem die Möglichkeit, Anmerkungen zur Übersetzung zu machen, was auch genutzt wurde.

Gesundheitszustand genutzt werden. Dies ist mit Hilfe der Daten der «LGBT Health» nicht möglich, da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, die vermutlich nicht repräsentativ für die LGBT Bevölkerung der Schweiz ist. Die hier präsentierten Analysen der «LGBT Health» zu Unterschieden im Gesundheitszustand und gesundheitsförderlichen und -schädlichen Verhaltensweisen sowie zu Zusammenhängen zwischen diesen sind also nicht als Überprüfung statistischer Hypothesen zu verstehen, sondern als Hinweis darauf, welche Hypothesen in Folgestudien mit Hilfe einer repräsentativen Stichprobe überprüft werden sollten (Döring & Bortz, 2016).

Bei der Interpretation der Daten beider Befragungen ist zu bedenken, dass es sich um Selbstauskünfte der befragten Personen handelt, die bestimmten Verzerrungen unterliegen (z. B. Erinnerungsschwierigkeiten, Scham, soziale Erwünschtheit) und keiner Diagnose durch eine medizinische Fachperson entsprechen. In der SGB wurden keine Personen befragt, die sich länger in betreuten Einrichtungen wie Alters- und Pflegeheimen, Strafvollzugsanstalten o. Ä. aufhielten. Diese wurden wohl auch nicht mit der «LGBT Health» erreicht. Der ermittelte Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung (SGB) sowie der befragten LGBT Personen («LGBT Health») dürfte sich daher positiver darstellen als er in Wirklichkeit ist.¹⁸ Dies auch, weil erkrankte Personen unter Umständen nicht in der Lage oder nicht bereit waren, an den Befragungen teilzunehmen. Dies trifft insbesondere auf Personen mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen zu (vgl. auch Schuler, Tuch & Peter, 2020). Des Weiteren dürften Menschen in sozial prekären Lebensverhältnissen unterrepräsentiert sein (z. B. ohne festen Wohnsitz oder gültigem Aufenthaltstitel). Migrant*innen, die über nur unzureichende Kenntnisse in einer der drei Landessprachen (DE, FR, IT) verfügten, waren ebenfalls von der SGB ausgeschlossen. Bei der «LGBT Health» wurde zwar zusätzlich eine englischsprachige Version des Fragebogens zur Verfügung gestellt, dennoch werden auch hier Migrant*innen mit unzureichenden Kenntnissen in den genannten Landessprachen oder des Englischen nicht erreicht worden sein.

Hinsichtlich der Frage nach gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen LGB Personen und der übrigen Bevölkerung ist eine weitere wichtige Einschränkung bei den Analysen der SGB, dass nur Personen zwischen 16 und 74 Jahren nach ihrem Sexualverhalten gefragt worden sind, die angegeben haben, bereits einmal Sex gehabt zu haben. Von diesen Personen wurde 2017 wiederum nur ein Teil nach ihrer sexuellen Identität (schwul, lesbisch, bisexuell) gefragt. Dies waren Personen, die angegeben hatten, noch keinen Sex gehabt zu haben bzw. die diese Frage nicht beantwortet haben, sowie Personen, die auf die Frage nach dem Sexualverhalten nicht mit «nur mit Frauen» (bei Männern) oder nicht «nur mit Männern» (bei Frauen) geantwortet hatten. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Befragten 2012 nach ihrem Sexualverhalten in ihrem gesamten bisherigen Leben gefragt wurden; 2017 wurden sie hingegen nach ihrem Sexualverhalten in den letzten 5 Jahren gefragt. Die Vergleichsgruppen L, G, B und heterosexuelle Personen wurden daher in einem ersten Schritt über das Sexualverhalten gebildet und bei den Befragten der SGB 2017 im zweiten Schritt über die sexuelle Identität. Dieser zweite Schritt wurde durchgeführt, um die Stichprobengrösse der LGB Personen zu erhöhen, obwohl dies zu einer Vermengung verschiedener Konstrukte (Sexualverhalten, sexuelle Identität) führt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Bildung der Vergleichsgruppen über diese beiden Faktoren einen Einfluss auf die Ergebnisse hat. So zeigen Studien, dass die Bildung der Vergleichsgruppen über das dreidimensionale Konstrukt der sexuellen Orientierung oder allein über die Dimension des Sexualverhaltens zu anderen Befunden bezüglich gesundheitlicher Ungleichheiten von LGB Personen führt (Wolff et al., 2017). Im Rahmen der «LGBT Health» wurden die Vergleichsgruppen daher auf drei Wegen gebildet: (1) Zur Beantwortung der Fragen des Postulats wurden unter Berücksichtigung der sexuellen Identität und der Geschlechtsidentität¹⁹ der Befragten die vier Gruppen L (cis Personen), G (cis Personen), B (cis Personen) und T (trans/non-binäre Personen) gebildet. (2) Darüber hinaus wurden mit Hilfe der Fragen zur Geschlechtsidentität die Vergleichsgruppen «cis Personen» und «trans/non-binäre Personen» gebildet. (3) Abschliessend wurden Gruppen nach ihrer sexuellen Orientierung unter Berücksichtigung der Dimensionen Sexualverhalten, sexuelle Anziehung

¹⁸ Vermutlich ist dies auch bei der «LGBT Health» der Fall. Allerdings wurde die Umfrage zur Teilnehmer*innen-Gewinnung auch z. B. an Spitälern beworben. Die hier gewonnenen Teilnehmer*innen könnten auch die gegensätzliche Tendenz zeigen und ihren Gesundheitszustand eher schlechter bewerten als er ist. Allerdings haben vergleichsweise wenige Personen angegeben, über Gesundheitsfachpersonen oder entsprechende Institutionen auf die Studie aufmerksam geworden zu sein.

¹⁹ Die Geschlechtsidentität der Befragten wurde über die Frage nach dem zugeordneten Geschlecht bei Geburt und dem Geschlecht, mit dem sich die Befragten heute identifizieren, erfasst.

und sexuelle Identität gebildet, die Geschlechtsidentität spielte hierbei somit keine Rolle^{20,21}. Aufgrund der Fragestellungen des Postulats und dem vorgegeben Rahmen des Projektes, wurden nicht bei allen Analysen all diese verschiedenen Vergleichsgruppen untersucht. So wurden zwar mit Blick auf das Postulat bei allen Analysen Unterschiede zwischen LGB(T) Personen untersucht, Analysen hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen Personen mit einer unterschiedlichen Geschlechtsidentität (cis, trans/non-binär) oder einer unterschiedlichen sexuellen Orientierung wurden jedoch nur bei ausgewählten Indikatoren durchgeführt. Damit ist jedoch bei der Interpretation der Befunde zu Unterschieden in der gesundheitlichen Situation von L, G, B und T Personen in der Schweiz zu berücksichtigen, dass die Zuordnung der Befragten nicht allein aufgrund deren sexueller Identität oder sexuellen Orientierung erfolgte, sondern aufgrund ihrer sexuellen Identität und ihrer Geschlechtsidentität.

Zusammenfassend lassen sich die bei den Analysen der SGB (2012, 2017) und der «LGBT Health» zugrunde liegenden Vergleichsgruppen wie folgt beschreiben. Bei der Benennung der Gruppen wurde – obwohl bei der SGB zur Gruppenbildung primär auf das Sexualverhalten zurückgegriffen wurde – zum leichteren Verständnis für eine breite Leserschaft auch hier auf die Begriffe lesbisch, schwul, bi- und heterosexuell zurückgegriffen.

- **«Übrige Bevölkerung»/heterosexuelle Personen (SGB):** Diese Gruppe umfasst Personen, die im Rahmen der SGB 2012 bzw. 2017 angegeben haben, ausschliesslich mit Personen des jeweils anderen Geschlechts (Frau, Mann) Geschlechtsverkehr gehabt zu haben oder die im Rahmen der SGB 2017 auf die Frage nach ihrer sexuellen Identität «heterosexuell» angegeben haben. Dies können sowohl cis- als auch transgeschlechtliche Personen sein. Für die Analysen der «LGBT Health» steht diese Vergleichsgruppe nicht zur Verfügung.
- **«Lesbische Frauen» (L) (SGB, «LGBT Health»):** Dies sind hier Personen, denen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugewiesen wurde und die sich als Frau identifizieren (LGBT Health) bzw. deren Registereintrag «weiblich» lautete (SGB), und die angegeben haben, ausschliesslich mit anderen Frauen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben (SGB) bzw. die ihre sexuelle Identität als lesbisch definiert haben (SGB 2017, LGBT Health). Im Rahmen der SGB fallen in diese Kategorie sowohl cis- als auch transgeschlechtliche und non-binäre Personen, im Rahmen der «LGBT Health» allein cis Personen.
- **«Schwule Männer» (G) (SGB, «LGBT Health»):** Dies sind hier Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde und die sich als Mann identifizieren (LGBT Health) bzw. deren Registereintrag «männlich» lautete (SGB), und die angegeben haben, ausschliesslich mit anderen Männern Geschlechtsverkehr gehabt zu haben (SGB) bzw. die ihre sexuelle Identität als schwul/gay definiert haben (SGB 2017, LGBT Health). Auch hier fallen im Rahmen der SGB sowohl cis- als auch transgeschlechtliche bzw. non-binäre Personen in diese Kategorie, im Rahmen der «LGBT Health» allein cis Personen.
- **«Bisexuelle Personen» (B) (SGB, «LGBT Health»):** Zu dieser Gruppe gehören Personen jeglichen Geschlechts²², die ihre sexuelle Identität als «bisexuell» definiert haben. Im Rahmen der «LGBT Health» werden hierunter auch Personen gefasst, die ihre sexuelle Identität als «pan-/omnisexuell» oder «fluid» definiert haben. Bezüglich der Geschlechtsidentität sind die gleichen Unterschiede zwischen den beiden Befragungen zu berücksichtigen wie bei den lesbischen Frauen und schwulen Männern.
- **«Trans/non-binäre Personen» (T) («LGBT Health»):** Zu dieser Gruppe gehören hier Menschen, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, darunter zählen trans

²⁰ Zur Bildung dieser Gruppen siehe Anhang 3.

²¹ Bei der Definition sexueller Orientierung folgen wir u. a. Fredriksen-Goldsen et al. (2014), nach denen Sexualität mindestens drei Elemente umfasst: sexuelle Identität, sexuelle Anziehung und Sexualverhalten. Sexuelle Identität meint dabei die jeweils subjektive Wahrnehmung des «sexuellen Selbst». Für viele Menschen, die sich als lesbisch, schwul, bi- oder heterosexuell beschreiben, ist dies identisch mit ihrer sexuellen Anziehung und ihrem Sexualverhalten. Für andere Menschen muss dies jedoch nicht der Fall sein. So kann sich zum Beispiel eine Frau, die mehrheitlich Frauen als Sexualpartnerinnen hat und sich als lesbisch bezeichnet, durchaus ab und zu mit einem Mann Sex haben. Diese Konzeption von sexueller Orientierung wird dem Umstand gerecht, dass diese viel variabler zu sein scheint, als bisher angenommen (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

²² Im Rahmen der «LGBT Health» wurde hier das bei Geburt zugeordnete Geschlecht zugrunde gelegt, im Rahmen der SGB das Geschlecht laut Registereintrag.

Personen sowie Personen, die ihre Geschlechtsidentität als «non-binär», «genderdivers», «agender» bezeichnen oder sich selbst als «demiboy bzw. demigirl» definiert haben. Im Rahmen der SGB 2012 und 2017 wurden keine Fragen gestellt, die Rückschlüsse auf die Geschlechtsidentität der Befragten zulassen, daher steht diese Gruppe bei den SGB-Analysen nicht zur Verfügung.

Im Rahmen der «LGBT Health» wurden zur Bezeichnung der Gruppen, die aufgrund der sexuellen Orientierung der Personen (sexuelle Identität, sexuelle Anziehung, Sexualverhalten) gebildet wurden, die folgenden Begriffe verwendet:

- FSF* (Frauen*, die mit Frauen* Sex haben): Dies sind hier mehrheitlich cis-geschlechtliche Frauen, die in erster Linie mit anderen Frauen (cis, trans) Sex haben und sich zu diesen hingezogen fühlen (vgl. Anhang 3).
- MSM* (Männer*, die mit Männern* Sex haben): Dies sind hier fast ausschliesslich cis-geschlechtliche Männer, die in erster Linie mit anderen Männern (cis, trans) Sex haben und sich zu diesen hingezogen fühlen (vgl. Anhang 3).
- Bi-/pansexuelle Personen: Dies sind hier cis- und transgeschlechtliche bzw. non-binäre Personen, die sich zu Personen verschiedenen Geschlechts hingezogen fühlen (vgl. Anhang 3).

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der bei der Interpretation der Befunde der Analysen der «LGBT Health» berücksichtigt werden sollte, ist, dass die Befragungen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie stattgefunden hat. Verschiedene Studien zeigen, dass dies einen erheblichen negativen Einfluss auf die (psychische) Gesundheit insbesondere jüngerer Menschen hatte (zusammenfassend für die Schweiz: Stocker et al., 2021). Um die Befunde entsprechend einordnen zu können, haben wir zum einen explizit Fragen im Fragebogen aufgenommen, bei denen die Befragten ihre Angaben mit der Zeit vor der Pandemie vergleichen sollten. Zum anderen werden wir die Befunde vor dem Hintergrund von Studien zum Einfluss der Pandemie auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung interpretieren.

3.2.2 Analyseverfahren

Die Daten der einbezogenen Befragungen (SGB 2012, 2017; «LGBT Health») wurden mit Hilfe des Statistikpakets IBM SPSS 28 deskriptiv- und inferenzstatistisch ausgewertet. Um Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zu analysieren, wurden Chi-Quadrat-Tests und Regressionsanalysen durchgeführt (binär logistische Regressionen für binäre Indikatoren [z. B. Vorliegen einer Erkrankung ja/nein], multinomiale Regressionen bei Indikatoren mit mehr als zwei Ausprägungen [z. B. «niedrig», «mittel», «hoch»]). Hierdurch war es möglich, bei den Analysen Einflüsse bestimmter relevanter Faktoren zu kontrollieren. So wurde bei den Analysen der SGB grundsätzlich der Einfluss des Erhebungsjahrs berücksichtigt. Bei den Analysen beider Befragungen wurde zudem um Alter und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt bzw. laut Registereintrag) kontrolliert sowie – je nach interessierendem Indikator – um weitere mögliche konfundierende Variablen («Störvariablen») (z. B. subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand). Während in den Abbildungen die unadjustierten Schätzungen abgetragen sind, berichten wir im Text neben der statistischen Signifikanz die jeweilige adjustierte Effektgrösse (z. B. OR). Diese gibt Aufschluss über die Stärke eines gefundenen Effektes und damit über die praktische Relevanz desselben (u. a. Döring & Bortz, 2016). Dabei gibt es für Odds Ratio – im Gegensatz zu anderen Effektgrössen – bisher keine breit akzeptierte Konvention, wann ein Effekt als gering, moderat oder gross zu verstehen ist. In Anlehnung an existierende Vorschläge kann ein OR ab etwa 1,7 als (eher) geringer Effekt bezeichnet werden und ein OR über 5,0-6,0 als starker Effekt (u. a. Chen et al., 2010). Neben diesen Gruppenvergleichen wird mit Blick auf depressive Symptome sowie Suizidversuche auf Grundlage des HEP-Modells (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) das Zusammenspiel ausgewählter bekannter Risiko- und Schutzfaktoren (z. B. Diskriminierungserfahrungen, soziale Unterstützung) mit Hilfe einer Regressionsanalyse untersucht.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die wesentlichen Befunde der Studie zusammengefasst. Nach einem Überblick über zentrale Merkmale der jeweiligen befragten Stichproben (Kap. 4.1) werden Ergebnisse zu den hier interessierenden Gesundheitsindikatoren dargelegt.²³ Das Kapitel ist entlang des Health Equity Promotion Modells (HEP-Modell; Fredriksen-Goldsen et al., 2014) gegliedert (vgl. Kap. 3.1):

- Mehr-Ebenen-Kontext,
- gesundheitsförderliche und -schädliche Pfade (Verhaltensebene, «soziale Ebene/Gemeinschaft» und psychologische Ebene) und
- Indikatoren bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes (körperliche und psychische Gesundheit).

4.1 Grundgesamtheit und Stichproben

Wie in Kapitel 3.2.1 dargelegt, ist die Stichprobe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2012, 2017) repräsentativ für die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz (ab 15 Jahren). Allerdings wurden im Rahmen der Analysen nur Personen einbezogen, die sich eindeutig einer der vier Vergleichsgruppen zuordnen liessen (LGB, übrige Bevölkerung).²⁴ Damit wurden insbesondere Personen unter 16 und über 74 Jahren ausgeschlossen. Insgesamt wurden 29'793 Personen in die Analysen (SGB 2012, 2017) eingeschlossen. Die gewichtete Stichprobe ist jedoch immer noch hinsichtlich des Geschlechts (laut Register), Alters und der Nationalität repräsentativ für die Schweizer Wohnbevölkerung (16-74 Jahre).²⁵ Tabelle 1 gibt einen Überblick über die sozio-demografischen Merkmale der im Rahmen der SGB 2012 und 2017 befragten Personen sowie der Personen, die an der «LGBT Health» teilgenommen haben und einer der oben genannten Vergleichsgruppen (L, G, B, T) zugeordnet werden konnten. Die Gegenüberstellung der «übrigen Bevölkerung» und der befragten LGB Personen bzw. der befragten LGBT Personen der «LGBT Health» geben einen Überblick über die Zusammensetzung dieser Gruppen und dienen damit auch der späteren Interpretation der Analyseergebnisse. Zu beachten ist, dass bezüglich der SGB-Stichprobe den Angaben der absoluten Häufigkeiten in Tabelle 1 die ungewichteten Daten und den prozentualen Angaben die gewichteten Daten zugrunde liegen.²⁶

Betrachtet man das Alter der in den Umfragen befragten Personen, fallen deutliche Unterschiede in der Altersstruktur der Vergleichsgruppen auf: So waren die im Rahmen der «LGBT Health» erreichten bisexuellen ($M=28,62$; $SD=10,42$) und trans/non-binären Personen ($M=32,44$; $SD=14,11$) deutlich jünger als die lesbischen Frauen ($M=36,44$; $SD=13,11$) und schwulen Männer ($M=38,19$; $SD=13,40$). Auch die im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten bisexuellen Personen waren mit durchschnittlich 39 Jahren die jüngste Gruppe ($SD=14,22$), gefolgt von den lesbischen Frauen ($M=39,76$; $SD=11,77$) und schwulen Männern ($M=40,87$; $SD=12,51$). Die Gruppe der heterosexuellen Personen hatte mit 44 Jahren das höchste Durchschnittsalter ($SD=15,33$). In Tabelle 1 ist jedoch nicht das Durchschnittsalter der Vergleichsgruppen angegeben, sondern die Verteilung der Befragten auf drei Alterskohorten. Diese Alterskohorten wurden mit Blick auf die strukturelle Ebene im HEP-Modell (soziale Exklusion und Stigma) und die eigenommene Lebenszeitperspektive gebildet. Dies da sich aufgrund historischer Entwicklungen im Schweizer Sexualstrafrecht, der Entpathologisierung von Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit, der Einführung des Partnerschaftsgesetzes (PartG vom 18. Juni 2004, Inkrafttreten 2007), Fortschritten in der Behandlung

²³ Die Operationalisierung ausgewählter Indikatoren ist in Anhang 2 zusammengefasst.

²⁴ Darüber hinaus wurden nur Personen einbezogen, die sowohl an der schriftlichen als auch an der telefonischen Befragung teilgenommen haben. Dies führte jedoch zu weniger Ausschlüssen als der Umstand, dass viele Personen keiner der zugrunde gelegten Vergleichsgruppen (z. B. schwule Männer, bisexuelle Personen) zugeordnet werden konnten.

²⁵ Bundesamt für Statistik (2021). *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, 2010-2020*. Neuenburg.

²⁶ Den Angaben der absoluten Häufigkeiten bei der Darstellung der Befunde ab Kapitel 4.2 liegen die gewichteten Daten zugrunde.

bei einer HIV-Infektion sowie sozialer Bewegungen ab 1942 verschiedene Zeiträume identifizieren lassen, die LGB(T)-Personen in der Schweiz unterschiedlich geprägt haben dürften.²⁷ Diese sind

- **Kohorte 1:** Vor 1942 Geborene (1942: Einführung Eidg. Strafgesetzbuch: erste Schritte zur Entkriminalisierung von Homosexualität) (älter als 78 Jahre)
- **Kohorte 2:** Geburtsjahrgänge 1942 bis 1970 (50-78 Jahre)
- **Kohorte 3:** Geburtsjahrgänge 1970 (Gründung von Aktionsbündnissen) bis 1990 (30-49 Jahre)
- **Kohorte 4:** Geburtsjahrgänge 1991 bis 2004 (17-29 Jahre) (Strafrechtsrevision: Beziehungen zwischen hetero- und homosexuellen Erwachsenen werden bei einem allgemeinen Schutzalter von 16 Jahren gleichgestellt; Homosexualität wird nicht mehr als psychische Störung im ICD-10 aufgeführt; Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie [ART] 1995)
- **Kohorte 5:** Geburtsjahrgänge ab 2005 (PartG vom 18. Juni 2004; seit 2019 wird Transgeschlechtlichkeit im ICD-11 nicht mehr als psychische Störung aufgeführt) (15-16 Jahre)

Da im Rahmen der «LGBT Health» nur wenige Personen im Alter von 15-16 Jahren und ab 79 Jahren teilgenommen haben²⁸, wurden die Kohorten 1 und 2 sowie die Kohorten 4 und 5 zusammengenommen, so dass in den Analysen drei Kohorten unterschieden wurden.

Während die Daten der SGB (2012, 2017), wie oben erläutert, gewichtet werden, so dass die Stichprobe weitgehend der Struktur der Allgemeinbevölkerung entspricht, ist dies bei den Daten der «LGBT Health» nicht möglich, da nicht bekannt ist, wie die LGBT Bevölkerung in der Schweiz hinsichtlich verschiedener sozio-demografischer Merkmale zusammengesetzt ist. Darüber hinaus werden mit opt-in Onlinestudien vorrangig bildungsnahe Inländer*innen erreicht. Insbesondere bezüglich Themen wie Sexualverhalten oder Substanzkonsum ist zudem davon auszugehen, dass sich im Rahmen einer anonymen Online-Befragung mehr Personen öffnen als bei einer telefonischen Befragung. Es ist aus diesen verschiedenen Gründen mit Abweichungen zwischen den beiden Stichproben zu rechnen. So war die Stichprobe der «LGBT Health» insgesamt jünger ($M=34,52$; $SD=13,48$) als die der SGB (2012, 2017) ($M=43,77$; $SD=15,30$). Dies lässt sich vermutlich zum einen durch den Umstand erklären, dass es sich um eine Onlineumfrage handelt, zum anderen dadurch, dass die Umfrage zwar auch über klassische Medien und das Auslegen von Flyern beworben worden ist, das Nutzen digitaler Medien jedoch – auch aufgrund der Pandemie – im Vordergrund stand, was sich auch an den oben genannten Angaben der Personen widerspiegelt, wie sie auf die Umfrage aufmerksam geworden sind (vgl. Kap. 3.2.1). Der Umstand, dass es sich um eine opt-in Umfrage handelt, erklärt vermutlich zumindest zum Teil auch den geringen Anteil an Ausländer*innen (12,2 %), obwohl die Umfrage in vier Sprachen (inkl. Englisch) zur Verfügung stand. Zum anderen erklärt es zum Teil den sehr hohen Anteil von Teilnehmer*innen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe (ab höhere Berufsbildung) (61,8 %). Bezüglich des Bildungsstatus der Befragten ist zudem bemerkenswert, dass jeweils fast drei Viertel der befragten lesbischen Frauen (70,1 %) und schwulen Männer (73,2 %) über einen Abschluss auf Tertiärstufe (ab höhere Berufsbildung) verfügten, dies aber auf vergleichsweise nur 54 Prozent der bisexuellen und 45 Prozent der trans/non-binären Personen zutraf. Darüber hinaus hatten an der «LGBT Health» etwas mehr Frauen (zugeordnetes Geschlecht bei Geburt) (54,8 %) teilgenommen. Hier fällt beim Vergleich der Subgruppen auf, dass 81 Prozent der bisexuellen cis Personen und 61 Prozent der trans/non-binären Personen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugeordnet worden war. Bemerkenswert ist zudem, dass die Verteilung der Teilnehmer*innen an der «LGBT Health» bezüglich der sieben

²⁷ Die Fortsetzung dieser Entwicklungen zeigt sich an zwei Gesetzesänderungen, die 2022 in Kraft getreten sind bzw. werden: Seit dem 1. Januar 2022 können trans Personen «ihr eingetragenes Geschlecht und ihren Vornamen mittels Erklärung gegenüber dem Zivilstandsamt rasch und unbürokratisch [...] ändern. Die Erklärung kann von jeder Person abgegeben werden, die innerlich fest davon überzeugt ist, nicht dem im Personenstandsregister eingetragenen Geschlecht zuzugehören.» (<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-85588.html>) Personen, die jünger als 16 Jahre alt sind, die unter einer umfassenden Beistandschaft stehen oder bei denen die Erwachsenenschutzbehörde dies angeordnet hat, benötigen die Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters bzw. einer gesetzlichen Vertreterin. Und ab dem 1. Juli 2022 tritt zudem die «Ehe für alle» in Kraft.

²⁸ In der «LGBT Health» hatten 50 Personen im Alter von 15 bis 16 Jahren und 2 Personen im Alter von über 78 Jahren teilgenommen.

Schweizer Grossregionen in etwa der der Gesamtbevölkerung entspricht. Allerdings war die Region Zürich (23,5 %) über- und die Ostschweiz (6,6 %) unterrepräsentiert. Das Tessin war nur leicht unterrepräsentiert (3,4 %).

4.2 Mehrebenen-Kontext

4.2.1 Strukturelle Ebene: soziale Exklusion, Stigma

Im Health Equity Promotion Modell (HEP-Modell) berücksichtigen Fredriksen-Goldsen et al. (2014) soziale Normen und Gegebenheiten, die zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen können. Auf struktureller Ebene zählt hierzu der gesellschaftliche Umgang mit von der heterosexuellen Norm abweichenden sexuellen Orientierungen und Verhaltensweisen sowie mit Personen mit einer trans oder non-binären Geschlechtsidentität. Um diesen möglichen Einflüssen in der Studie gerecht werden zu können, wurden – wie oben dargelegt – anhand historisch relevanter Daten Alterskohorten gebildet (vgl. Kap. 4.1). Darüber hinaus wurden Fragen zum Zugang zu Gesundheitsleistungen bzw. Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen aufgenommen. Auf die Befunde zu Letzteren wird im Folgenden eingegangen.

4.2.1.1 Zugang zu Gesundheitsleistungen

Hinsichtlich des Zugangs von LGBT Personen und der übrigen Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen in der Schweiz wurden die folgenden Indikatoren in die Analysen einbezogen:

- Haben die Befragten eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin? (SGB, «LGBT Health»)
- Haben die befragten LGBT Personen für LGBT-Gesundheitsthemen sensibilisierte Ärzt*innen, und welche Fachpersonen sind dies? («LGBT Health»)
- Inwieweit haben die Befragten aus bestimmten Gründen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verzichtet? («LGBT Health»)

Die Fragen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden in einem eigenen Kapitel behandelt, da dies in der Logik des HEP-Modells zu den gesundheitsförderlichen und -hinderlichen Pfaden zählt (siehe Kap. 4.3.1.6).

86 Prozent der im Rahmen der SGB Befragten hatte einen **persönlichen Hausarzt bzw. eine persönliche Hausärztin**, wobei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Befragungswellen bestanden.²⁹ So waren es 2012 89 Prozent der Befragten, die eine*n persönliche*n Hausarzt bzw. Hausärztin hatten, während es 2017 «nur» 77 Prozent waren. Zu beiden Zeitpunkten verfügten vor allem ältere Befragte (ab 50 Jahren) über einen persönlichen Hausarzt bzw. eine persönliche Hausärztin (89,9 %).³⁰ Darüber hinaus waren es häufiger Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht oder mittelmässig beurteilt haben (92,2 %).³¹ Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung (85,7 %) hatten GB Personen etwas seltener eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin (80,8 % bzw. 82,7 %), lesbische Frauen hingegen etwas häufiger (88,5 %). Der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.³² Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und Nettoeinkommen der Befragten sowie ihres selbstbeurteilten Gesundheitszustands hatten jedoch bisexuelle Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, *keine*n* persönliche*n Hausarzt/-ärztin zu haben ($OR=1,56$)³³.

²⁹ Die Frage haben 18'567 Personen (gewichtet) beantwortet.

³⁰ Zum Vergleich: 86 Prozent der 15-29-Jährigen und 82 Prozent der 30-49-Jährigen gaben an, eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin zu haben.

³¹ 85 Prozent der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut beurteilt haben, gaben an, eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin zu haben.

³² $p=.106$; eine Zelle hatte erwartete Häufigkeiten kleiner 5, so dass die Ergebnisse fehlerhaft sein können.

³³ $p < .001$

Tabelle 1: Sozio-demografische Merkmale der befragten Personen, differenziert nach Befragung (SGB, «LGBT Health») und Vergleichsgruppe

SGB (2012, 2017) (n=29'793)*					«LGBT Health» (n=2'064)				
	«Übrige Bevölkerung» (n=28'935)	Schwul (n=165)	Lesbisch (n=71)	Bisexuelle Personen (n=622)	Schwul/gay (cis) (n=655)	Lesbisch (cis) (n=501)	Bisexuell (cis) (n=386)	Trans Personen (n=279)	Non-binäre Personen (n=243)
Alter									
15-29 Jahre	5'414 (21,3 %)	32 (20,6 %)	15 (22,0 %)	169 (28,8 %)	208 (31,8 %)	177 (35,3 %)	252 (65,3 %)	138 (49,5 %)	156 (64,7 %)
30-49 Jahre	11'044 (41,0 %)	84 (52,4 %)	35 (53,7 %)	273 (47,1 %)	303 (46,3 %)	227 (45,3 %)	111 (28,8 %)	82 (29,4 %)	60 (24,9 %)
ab 50 Jahre	12'477 (37,6 %)	49 (27,0 %)	21 (24,4 %)	180 (24,1 %)	144 (22,0 %)	97 (19,4 %)	23 (6,0 %)	59 (21,1 %)	25 (10,4 %)
Zugeordnetes Geschlecht bei Geburt/Geschlecht laut Register									
Weiblich	14'909 (48,6 %)	0 (0,0 %)	71 (100,0 %)	387 (62,4 %)	0 (0,0 %)	498 (100,0 %)	313 (81,3 %)	132 (47,8 %)	177 (76,6 %)
Männlich	14'026 (51,4 %)	165 (100,0 %)	0 (0,0 %)	235 (37,6 %)	654 (100,0 %)	0 (0,0 %)	72 (18,7 %)	144 (52,2 %)	54 (23,4 %)
Nationalität									
Schweiz	23'723 (74,0 %)	121 (66,1 %)	63 (92,7 %)	516 (76,1 %)	553 (84,7 %)	455 (91,0 %)	338 (88,0 %)	241 (86,4 %)	219 (90,9 %)
Andere	5'212 (26,0 %)	44 (33,9 %)	8 (7,3 %)	106 (23,9 %)	100 (15,3 %)	45 (9,0 %)	46 (12,0 %)	38 (13,6 %)	22 (9,1 %)

* SGB: absolute Anzahl: ungewichtete Daten; prozentualer Anteil: gewichtete Daten

Daten: SGB 2012, 2017; «LGBT Health» (eigene Daten)

	«Übrige Bevölkerung» (n=28'935)	Schwul (n=165)	Lesbisch (n=71)	Bisexuelle Personen (n=622)	Schwul/gay (cis) (n=655)	Lesbisch (cis) (n=501)	Bisexuell (cis) (n=386)	Trans Personen (n=279)	Non-binäre Personen (n=243)
Höchster Bildungsabschluss									
(noch) keinen Schulabschluss/ oblig. Schule	3'566 (13,3 %)	11 (5,2 %)	6 (6,0 %)	68 (11,3 %)	11 (1,7 %)	24 (4,8 %)	32 (8,5 %)	38 (13,9 %)	33 (14,0 %)
Sekundarstufe II (berufl. Bildung, allgemeinbildende Schulen)	15'287 (51,3 %)	70 (41,6 %)	29 (39,7 %)	309 (51,1 %)	163 (25,1 %)	124 (25,1 %)	141 (37,4 %)	113 (41,4 %)	95 (40,4 %)
Tertiärstufe (ab höhere Berufsbildung)	10'027 (35,4 %)	84 (53,2 %)	36 (54,2 %)	245 (37,6 %)	475 (73,2 %)	347 (70,1 %)	204 (54,1 %)	122 (44,7 %)	107 (45,5 %)
Grossregion									
Genferseeregion	5'196 (18,8 %)	37 (22,7 %)	16 (21,0 %)	131 (20,2 %)	149 (22,7 %)	84 (16,8 %)	75 (19,4 %)	39 (14,0 %)	44 (18,3 %)
Espace Mittelland	5'785 (22,3 %)	17 (12,4 %)	15 (28,4 %)	115 (21,6 %)	124 (18,9 %)	124 (24,8 %)	105 (27,2 %)	69 (24,7 %)	62 (25,7 %)
Nordwestschweiz	3'450 (13,4 %)	27 (15,9 %)	6 (7,4 %)	95 (14,5 %)	76 (11,6 %)	62 (12,4 %)	57 (14,8 %)	68 (24,4 %)	38 (15,8 %)
Zürich	2'984 (17,0 %)	48 (34,8 %)	14 (27,2 %)	86 (21,3 %)	182 (27,8 %)	122 (24,4 %)	77 (19,9 %)	47 (16,8 %)	58 (24,1 %)
Ostschweiz	4'850 (14,4 %)	13 (7,3 %)	8 (7,4 %)	78 (11,8 %)	45 (6,9 %)	28 (5,6 %)	27 (7,0 %)	21 (7,5 %)	15 (6,2 %)
Zentralschweiz	4'577 (9,8 %)	17 (5,6 %)	8 (6,2 %)	87 (7,9 %)	62 (9,5 %)	61 (12,2 %)	30 (7,8 %)	25 (9,0 %)	15 (6,2 %)
Tessin	2'087 (4,4 %)	6 (1,3 %)	4 (2,5 %)	30 (2,7 %)	17 (2,6 %)	20 (4,0 %)	15 (3,9 %)	10 (3,6 %)	9 (3,7 %)

Ein ähnliches Bild zeigte sich in der «LGBT Health» (vgl. Abb. 2). Auch hier verfügte die Mehrheit der befragten Personen über eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin (81,1 %),³⁴ wobei sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen (L, G, B, T) zeigten³⁵, auch wenn das Alter, Geschlecht (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus, persönliches Nettoeinkommen und der selbstbeurteilte Gesundheitszustand der Befragten berücksichtigt («kontrolliert») wurden. Allerdings zeigte sich insbesondere ein signifikanter Alterseffekt, wobei besonders Personen ab 50 Jahren eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, über eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin zu verfügen ($OR=2,46$) (vgl. Abb. 2). Bei der Interpretation der Befunde muss jedoch berücksichtigt werden, dass zur Teilnahme an der «LGBT Health» gezielt in Gesundheitsinstitutionen und auf deren Homepages aufgerufen wurde, auch wenn nur wenige Befragte angegeben haben, über Gesundheitsfachpersonen³⁶ oder entsprechende Institutionen auf die Umfrage aufmerksam geworden zu sein (vgl. Kap. 3.2.1). Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass insbesondere LGBT Personen teilgenommen haben, die regelmässig Gesundheitsfachpersonen aufsuchen (z. B. im Rahmen einer Transition). Allerdings zeigte sich auch unter Kontrolle einer Hormonbehandlung im Rahmen einer Transition und einer bekannten HIV-Infektion kein signifikanter Zusammenhang zwischen der sexuellen Identität bzw. Geschlechtsidentität und dem Zugang zu einem persönlichen Hausarzt bzw. einer persönlichen Hausärztin.

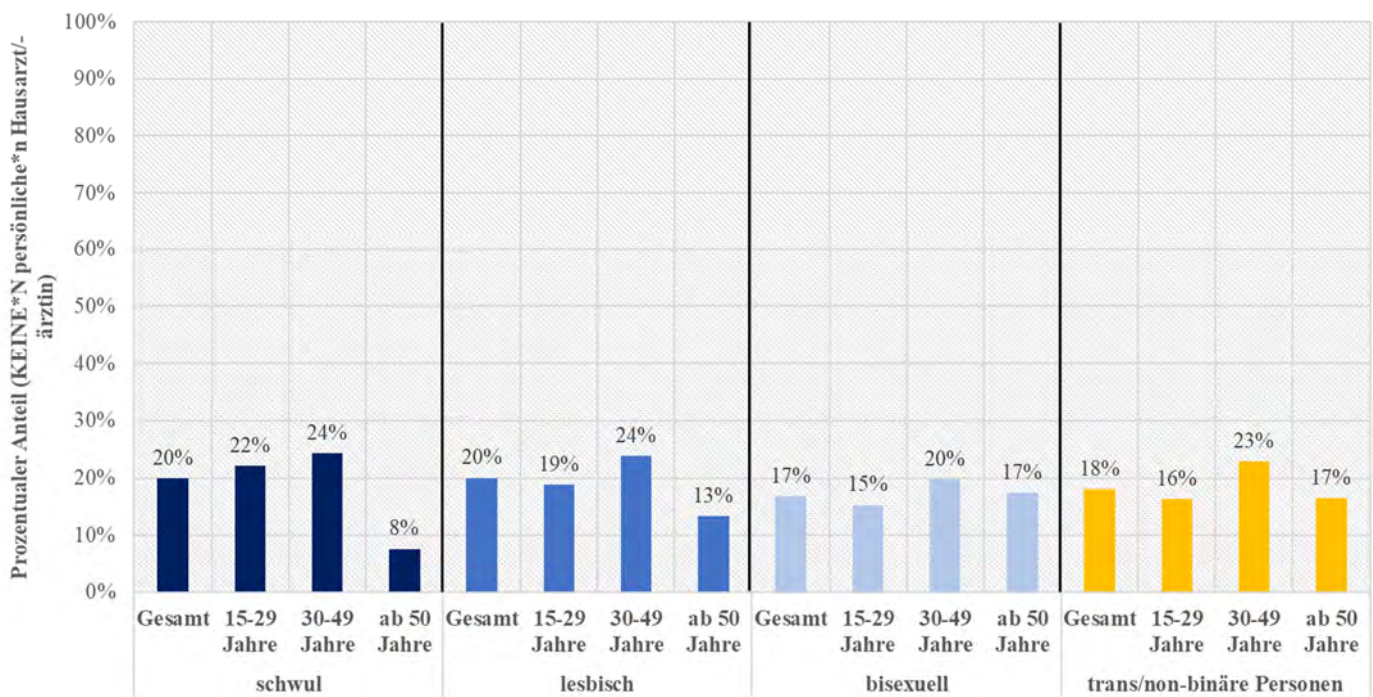


Abbildung 2: Persönliche*r Hausarzt/-ärztin (keinen), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Zwar hatte die überwiegende Mehrheit eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin, diese sind aber nicht zwangsläufig für LGB-Themen oder Gesundheitsthemen bezüglich Transgeschlechtlichkeit sensibilisiert. Dies zeigen auch nationale und internationale Studien (vgl. Kap. 2). So gab gut die Hälfte der Befragten (57,2 %) an, keine*n feste*n medizinische*n Ansprechpartner*in zu haben, der bzw. die für LGB-Themen sensibilisiert ist.³⁷ Gut ein Drittel hatte eine solche Person und 7 Prozent gaben an, dass sie keinen Bedarf für eine*n solche*n Ansprechpartner*in sehen. Dabei zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen: So verfügten vor allem trans/non-binären Personen (49,9 %) und schwule cis Männer (47,2 %) über eine solche Ansprechperson. Bei den befragten lesbischen cis Frauen (30,5 %) und bisexuellen cis Personen (16,9 %) waren es hingegen deutlich

³⁴ 2'048 Personen haben diese Frage beantwortet.

³⁵ $p=.537$

³⁶ Mit Gesundheitsfachpersonen sind hier Fachpersonen gemeint, die in einer Gesundheitsinstitution arbeiten (medizinisches Personal und Pflegepersonal).

³⁷ Diese Frage haben 1'830 Personen beantwortet.

weniger.^{38,39} Selbst unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und Nettoeinkommens der Befragten, hatten LGB cis Personen im Vergleich zu den trans/non-binären Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, eine feste medizinische Ansprechperson zu haben, die für LGB-Themen sensibilisiert ist.⁴⁰ Bemerkenswert ist, dass für die befragten LGB cis Personen mehrheitlich der Hausarzt bzw. die Hausärztin (Allgemeinmediziner*innen, Familienarzt*innen) diese sensibilisierte Ansprechperson war (65,3-74,5 %). Für knapp die Hälfte der trans Personen war es hingegen ein*e Endokrinolog*in (47,2 %). Zu den anderen häufiger genannten Fachrichtungen zählten Gynäkologie und insbesondere für trans/non-binäre Personen Psychiatrie/Psychologie (27,6 %). Auch wurden zum Teil Gesundheitsfachpersonen in den Checkpoints als entsprechende Ansprechpersonen aufgeführt. Dies insbesondere von den befragten schwulen Männern (10,0 %). Zu den häufigsten Gründen, warum Befragte keinen Bedarf an einer solchen Ansprechperson sahen, zählten, dass sie auch so zufrieden seien (40,2 %) und/oder dass ihre gesundheitlichen Probleme nichts mit ihrer sexuellen Identität zu tun hätten, sie wollten ein «normales Leben» führen (22,7 %).⁴¹

Über eine Ansprechperson, die für Gesundheitsthemen bezüglich Transgeschlechtlichkeit sensibilisiert ist, verfügte über die Hälfte der befragten trans und non-binären Personen (54,6 %). Bei 40 Prozent war dies hingegen nicht der Fall, und 6 Prozent sahen keinen Bedarf.⁴² Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen trans und non-binären Personen, wobei gut drei Viertel der trans, aber nur gut ein Viertel der non-binären Personen über eine solche Ansprechperson verfügten.⁴³ Zu den sensibilisierten Fachpersonen zählten in erster Linie Endokrinolog*innen (59,7 %) und Gynäkolog*innen (14,3 %) sowie Psychiater*innen/Psycholog*innen (28,1 %) und Allgemeinmediziner*innen/Hausarzt*innen (24,2 %).⁴⁴ Der hohe Anteil an Personen, die über eine für LGB/trans Themen sensibilisierte Fachperson verfügen, liegt vermutlich an der Notwendigkeit der fachärztlichen Begleitung einer Transition. Hierauf weisen zum einen die Fachrichtungen der Ansprechpersonen hin sowie der Umstand, dass sie auch von den Personen sehr häufig genannt wurden, die sich zum Befragungszeitpunkt einer Hormonbehandlung im Rahmen einer Transition unterzogen.⁴⁵ Zum anderen sprechen hierfür die Gründe, die die Befragten angegeben haben, die keinen Bedarf für eine sensibilisierte Ansprechperson sahen. So gaben die Befragten an, keinen Bedarf zu sehen, da sie keine Transition planen würden, keine (weitere) Hilfe benötigen würden, keine gesundheitlichen Probleme aufgrund ihrer Geschlechtsidentität hätten bzw. ein «normales Leben» führen wollten und/oder aus anderen Gründen.⁴⁶

Einen weiteren Hinweis in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen kann die Frage nach Gründen für den **Verzicht auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen** liefern. Hier wurde von 80 Prozent der Befragten angegeben, sie hätten bereits auf Gesundheitsleistungen verzichtet, da sie abgewartet hätten, ob das gesundheitliche Problem von alleine verschwindet. Zu den anderen häufiger genannten Gründen zählten:

- keine medizinische Behandlung benötigt (43,0 %);
- zu hohen Kosten für die Untersuchung bzw. Behandlung (30,1 %);
- Angst, was die Gesundheitsfachpersonen sagen könnte (27,6 %);

³⁸ Ohne die Personen, die angegeben haben, keinen Bedarf an einer sensibilisierten Ansprechperson zu haben, lagen zu dieser Frage Antworten von 413 lesbischen cis Frauen, 579 schwulen cis Männern, 301 bisexuellen cis und 407 trans/non-binären Personen vor. Der Unterschied zwischen den Gruppen war statistisch signifikant: $\chi^2(3)=110,850; p < .001$.

³⁹ Es zeigte sich insbesondere ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Geschlechtsidentität und der Frage nach einer festen medizinischen Ansprechperson, die für LGBT-Themen sensibilisiert ist. Dabei waren es vor allem trans Personen (61,8 %), die über eine solche Ansprechperson verfügten, während non-binäre (31,9 %) und LGB cis Personen (32,8 %) dies seltener taten ($\chi^2(4)=71,119; p < .001$).

⁴⁰ Schwule cis Männer: $OR=0,55; p = .001$; lesbische cis Frauen: $OR=0,38; p < .001$; bisexuelle cis Personen: $OR=0,22; p < .001$

⁴¹ Insgesamt haben 126 Personen angegeben, keinen Bedarf zu sehen, von diesen haben 97 Angaben zu den Gründen gemacht.

⁴² 447 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

⁴³ $\chi^2(2)=110,057; p < .001$

⁴⁴ 231 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

⁴⁵ Von diesen 139 Personen gaben 57,6 % ein*e Endokrinolog*in als sensibilisierte Fachperson an, 32,4 % den Hausarzt bzw. die Hausärztin, 27,3 % eine*n Psycholog*in bzw. Psychiater*in und 15,1 % eine*n Gynäkolog*in.

⁴⁶ 17 der 26 Personen, die angegeben hatten, keinen Bedarf an einer medizinischen Ansprechperson zu sehen, die für Themen bezüglich der Transgeschlechtlichkeit sensibilisiert ist, haben hierzu Angaben gemacht.

- aus beruflichen Gründen keine Zeit gehabt (24,8 %);
- keine*n gute*n Arzt bzw. Ärztin kennen (21,0 %).⁴⁷

15 Prozent gaben an, dass ihnen das Vertrauen in Ärzt*innen, Krankenhäuser, Untersuchungen oder allgemein in Behandlungen fehle; ebenfalls etwa 15 Prozent gaben an, Sorge zu haben, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität diskriminiert zu werden (15,5 %). Hierbei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten im Vergleich zu schwulen cis Männern (24,0 %) und lesbischen cis Frauen (28,8 %) mehr bisexuelle cis (39,3 %) und trans/non-binäre Personen (36,6 %) angegeben, aus Kostengründen bereits auf eine Gesundheitsleistung verzichtet zu haben.⁴⁸ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und des subjektiven Gesundheitszustands der Befragten hatten schwule cis Männer im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, aus Kostengründen auf eine Gesundheitsleistung verzichtet zu haben ($OR=0,67$).⁴⁹ Dies war aber nicht mehr der Fall, wenn man zusätzlich die Beurteilung der Einkommenssituation berücksichtigt. Allerdings liegt der Anteil von Personen, die aus Kostengründen verzichtet haben, mit insgesamt 30 Prozent der befragten LGBT Personen deutlich über dem Anteil der übrigen Bevölkerung mit 16 Prozent (Pahud, 2020). Auch wenn kein direkter Vergleich mit der Schweizer Wohnbevölkerung möglich ist, erscheint dieser Unterschied beträchtlich. Der Befund, dass die Einschätzung der Einkommenssituation – unter Berücksichtigung des höchsten Bildungsabschlusses der Befragten – einen bedeutenden Einfluss darauf hat, ob jemand aus Kostengründen auf eine Gesundheitsleistung verzichtet hat, scheint im Widerspruch zu Befunden des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zu stehen. Diese zeigen nämlich, dass ein Verzicht aus Kostengründen nicht zwangsläufig auf Unterschiede im Einkommen zurückgeführt werden kann. So habe insbesondere der Verzicht bei Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe zwischen 2010 und 2020 zugenommen. Die Autor*innen schlussfolgern daher, dass durch diese Frage eher die Einstellungen gegenüber den Kosten erfasst werde als eine problematische finanzielle Situation (Pahud, 2020, S. 40).

Auch bezüglich der anderen Verzichtsgründe zeigten sich Unterschiede zwischen den befragten LGBT Personen und der Schweizer Wohnbevölkerung (Pahud, 2020). So lag der Anteil der Schweizer Wohnbevölkerung, die aufgrund mangelnder Kenntnis eines guten Arztes bzw. einer guten Ärztin oder aus Angst, was ihnen die Gesundheitsfachperson sagen könnte, auf eine Gesundheitsleistung verzichtet haben, bei jeweils 8 Prozent. Von den LGBT Personen, die hierzu Angaben gemacht haben, waren es hingegen 22 bzw. 29 Prozent, die dies aus den genannten Gründen getan hatten. Zudem war der Anteil derer, die aus mangelndem Vertrauen in die Ärzteschaft, Krankenhäuser etc. auf Gesundheitsleistungen verzichtet hatten, in der «LGBT Health» etwas mehr als doppelt so hoch wie in der Schweizer Wohnbevölkerung (16,2 % vs. 6,9 %). Die Frage, inwieweit diese Unterschiede auf unterschiedliche Erfahrungen von LGBT Personen im Schweizer Gesundheitswesen und einem daraus folgenden Mangel an Vertrauen zurückzuführen sind, oder inwieweit es sich um einen reinen Stichprobeneffekt handelt, d. h., allein auf die Zusammensetzung der gewonnenen Stichprobe zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nicht abschliessend geklärt werden. Allerdings zeigen die Befunde zu Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von LGBT Personen im Schweizer Gesundheitswesen, dass diese häufig bereits entsprechende Erfahrungen gemacht haben. Dies kann zur Vermeidung von Gesundheitsleistungen führen, wie Studien zeigen (vgl. Kap. 4.2.2).

Während sich bezüglich des Verzichts aus Kostengründen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen fanden, war dies bei anderen abgefragten Gründen der Fall: So hatten trans/non-binäre Personen im Vergleich zu LGB cis Personen häufiger bereits aus folgenden Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichtet:

⁴⁷ Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtheit der 2'064 Teilnehmer*innen. Zu den einzelnen Verzichtsgründen haben zwischen 1'662 und 2'015 Personen Angaben gemacht.

⁴⁸ $\chi^2(3)=34,865; p < .001$

⁴⁹ $p=.024$

- aus Angst vor dem, was die Gesundheitsfachperson sagen könnte (41,1 % vs. 18,6 %-33,6 %)⁵⁰,
- aus mangelndem Vertrauen Gesundheitsfachpersonen, Spitälern etc. gegenüber (26,7 % vs. 7,6 %-20,8 %)⁵¹,
- weil sie keine*n gute*n Arzt bzw. Ärztin kennen (33,1 % vs. 15,4 %-21,7 %)⁵² oder
- aus Sorge, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität diskriminiert zu werden (35,6 % vs. 7,8 %-10,1 %)⁵³.

Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt) und des selbstbeurteilten Gesundheitszustands der Befragten.

Zwischenfazit: Zugang zu Gesundheitsleistungen

Die Ergebnisse zeigen, dass LGB Personen in der Schweiz in der Regel ebenso häufig über eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin verfügen wie die übrige Bevölkerung. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie über eine medizinische Ansprechperson verfügen, die für LGBT Themen sensibilisiert ist. Bei trans/non-binären Personen scheinen die Ansprechpersonen in der Regel Fachärzt*innen zu sein, die die Transition begleiten und damit zwangsläufig über entsprechendes Wissen verfügen sollten. Zusammen mit dem Befund, dass immerhin 15 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen bereits auf Gesundheitsleistungen aus Angst vor Diskriminierung verzichtet haben, verweisen die Befunde auf einen weiteren Aufklärungs- und Sensibilisierungsbedarf im Gesundheitswesen. Zwar zeigt die Studie von Wahlen et al. (2020), dass Medizinstudierende in der Schweiz bereits über ein bestimmtes Wissen über LGBT Gesundheitsthemen verfügen, sie sahen jedoch ebenfalls Verbesserungspotenzial. Zudem bedeutet eine Sensibilisierung für LGBT Gesundheitsthemen nicht zwangsläufig, dass Gesundheitsfachpersonen (medizinisches und Pflegepersonal) kein diskriminierendes Verhalten mehr zeigen bzw. LGBT Personen sich im Gesundheitswesen nicht diskriminiert fühlen (vgl. Kap. 4.4.2). Mit Blick auf die Gründe für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen durch LGBT Personen zeigen sich zum einen deutliche Unterschiede zur Schweizer Wohnbevölkerung (Pahud, 2020). Hier bedarf es jedoch weiterer Studien, die zeigen können, inwieweit es sich um einen Stichprobeneffekt handelt oder welche Faktoren sonst hierfür verantwortlich sind. Zum anderen haben sich deutliche Unterschiede zwischen trans/non-binären Personen und den LGB cis Personen gezeigt. Die Befunde scheinen hier insbesondere einen Mangel an Vertrauen in das Gesundheitswesen bei trans und non-binären im Vergleich zu LGB cis Personen abzubilden. Entsprechend hatten in einer europäischen Studie 14 Prozent der befragten trans Personen bereits aus Angst vor Diskriminierung auf eine Gesundheitsleistung verzichtet (FRA, 2014). Eine Erklärung hierfür können wiederholte Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von trans Personen im Gesundheitswesen sein. Auf derartige Erfahrungen wird im folgenden Kapitel eingegangen (vgl. Kap. 4.2.2).

4.2.2 Individuelle Ebene: Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen

Auf individueller Ebene des Mehr-Ebenen-Kontextes sind laut dem Health Equity Promotion Modell (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen zu verorten. Dabei werden – wie bei geschlechtsspezifischer Gewalt – jegliche Formen interpersoneller Gewalt (körperliche, psychische, sexuelle, finanzielle/wirtschaftliche Gewalt) gegen eine Person aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität als eine Form der Diskriminierung von LGBT Personen verstanden. Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen wurden im Rahmen der «LGBT Health» zum einen allgemein erfasst, zum anderen mit Blick auf das Schweizer Gesundheitswesen.⁵⁴ Dabei wurde jeweils nach solchen Erfahrungen im gesamten bisherigen Leben (Lebenszeitprävalenz) sowie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (1-Jahresprävalenz) gefragt. Neben der Frage, ob die Befragten

⁵⁰ $\chi^2(3)=76,589; p < .001$

⁵¹ $\chi^2(3)=82,743; p < .001$

⁵² $\chi^2(3)=52,276; p < .001$

⁵³ $\chi^2(3)=184,686; p < .001$

⁵⁴ Den Befragten wurde einleitend mit folgendem Hinweis erläutert, was wir im Rahmen der Studie unter Diskriminierung und Gewalt verstehen: «Einige Menschen machen Erfahrungen, die ihnen als negativ oder belastend in Erinnerung bleiben oder in denen sie

solche Situationen erlebt haben, wurden sie auch nach der Häufigkeit gefragt sowie – mit Blick auf das letzte Erlebnis in der Gesundheitsversorgung – danach, durch wen oder was sie Diskriminierung oder Gewalt erfahren haben, und wie sie reagiert haben.

Die Mehrheit der Befragten (73,4 %) hatte noch nie Diskriminierung oder Gewalt aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität in der Schweizer Gesundheitsversorgung erfahren.⁵⁵ Bei gut einem Viertel war dies jedoch der Fall (26,6 %), wobei jeweils 13 Prozent angaben, einmal eine solche Erfahrung gemacht zu haben bzw. dass dies mehr als einmal passiert sei. Anders sieht dies aus, wenn es um Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität in anderen Situationen in der Schweiz geht. Hier gaben knapp zwei Drittel der Befragten an (65,0 %), derartige Erfahrungen mindestens einmal in ihrem Leben gemacht zu haben.⁵⁶ Bemerkenswert ist, dass – unabhängig vom Kontext – gut zwei Drittel der Befragten (67,6 %),⁵⁷ mindestens einmal in ihrem Leben Diskriminierungs- oder Gewalterfahrungen in der Schweiz aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität gemacht haben.

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 14 Prozent Diskriminierung oder Gewalt in der Gesundheitsversorgung erfahren, 53 Prozent (zudem) in anderen Situationen.⁵⁸ Unabhängig von der Situation gaben 55 Prozent an, im Jahr vor der Befragung Diskriminierung oder Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität erfahren zu haben.⁵⁹

Dabei zeigten sich sowohl bezüglich der Lebenszeit- als auch bezüglich der 1-Jahresprävalenz signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten im Vergleich zu LGB cis Personen (18,8-22,7%) deutlich mehr trans/non-binäre Personen angegeben (44,4 %), solche Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung gemacht zu haben (vgl. Abb. 3).⁶⁰ Dies galt ebenfalls für die 1-Jahresprävalenz. Hier hatten 6-10 Prozent der LGB cis Personen und 31 Prozent der trans/non-binären Personen angegeben, Diskriminierung oder Gewalt im Jahr vor der Befragung in der Gesundheitsversorgung erfahren zu haben.⁶¹ Dieser Zusammenhang zwischen sexueller bzw. Geschlechtsidentität und Diskriminierungs-/Gewalterlebnissen war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und Nettoeinkommen der Befragten signifikant, wobei trans/non-binäre Personen im Vergleich zu lesbischen cis Frauen ($OR=3,72$) und bisexuellen cis Personen ($OR=3,97$) eine rund 4-mal so hohe und im Vergleich zu schwulen cis Männern ($OR=2,11$) eine 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, im Leben bereits mindestens einmal in der Schweizer Gesundheitsversorgung Diskriminierung oder Gewalt aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität erfahren zu haben.⁶² Darüber hinaus zeigten sich ein signifikanter Geschlechter- und Alterseffekt, wobei Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) ($OR=2,02$)⁶³ und ältere (30-49 Jahre [$OR=1,84$]; ab 50 Jahre [$OR=1,55$])⁶⁴ im Vergleich zu jüngeren Personen (15-29 Jahre) eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits derartige Erfahrungen gemacht zu haben. Zwischen Befragten mit einer unterschiedlichen sexuellen Orientierung (FSF*, MSM*, bi-/pansexuelle Personen; vgl.

diskriminiert wurden. Uns interessiert, ob Sie solche Erfahrungen gemacht haben. Wir verstehen unter **Diskriminierung**, dass Personen aufgrund bestimmter Merkmale einer Gruppe zugeordnet werden (z. B. Frauen, homosexuelle Menschen) und sie deshalb benachteiligt werden, indem sie z. B. beschimpft, beleidigt, ausgegrenzt oder sexuell belästigt werden (z. B. sexistische Bemerkungen oder Witze, aufdringliche Blicke, unerwünschte Berührungen). Diskriminierung kann sich aber auch in Form von körperlicher oder sexueller **Gewalt** darstellen. Es handelt sich auch um Diskriminierung, wenn Menschen aufgrund ihrer (vermeintlichen) Gruppenzugehörigkeit etwas nicht erhalten, was andere bekommen (Respekt, gleiche Bezahlung u.a.m.). Auch können Regeln und Rahmenbedingungen dazu führen, dass Menschen benachteiligt werden.» (Fragebogen «LGBT Health»; in Anlehnung an Blawert & Dennert [2020]).

⁵⁵ 1'966 Personen haben Angaben zu dieser Frage gemacht.

⁵⁶ 1'944 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

⁵⁷ Hier konnten die Antworten von 1'888 Personen eingeschlossen werden.

⁵⁸ Zur 1-Jahresprävalenz in der Gesundheitsversorgung lagen Angaben von 1'321 Personen vor, zu der in anderen Situationen in der Schweiz Angaben von 1'294 Befragten.

⁵⁹ Hierzu konnten Angaben von 1'271 Personen eingeschlossen werden.

⁶⁰ $\chi^2(3)=110,396; p < .001$

⁶¹ $\chi^2(3)=117,183; p < .001$

⁶² Jeweils $p < .001$

⁶³ $p < .001$

⁶⁴ $p < .001$ bzw. $p=.020$

Anhang 3) zeigten sich hingegen keine bedeutenden Unterschiede.⁶⁵ D. h. ausschlaggebend war weniger die sexuelle Identität oder sexuelle Orientierung, sondern die Geschlechtsidentität der Befragten. Bemerkenswerterweise waren auch Personen, die sich mindestens einigen wenigen Gesundheitsfachpersonen (medizinisches und Pflegepersonal) gegenüber geoutet haben, häufiger in der Gesundheitsversorgung diskriminiert worden als Personen, die mit keiner Gesundheitsfachperson über ihre sexuelle Orientierung gesprochen hatten.⁶⁶ Das Gleiche galt für trans/non-binäre Personen, die mit mindestens einer Gesundheitsfachperson über ihre Geschlechtsidentität gesprochen hatten.⁶⁷

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten die befragten trans/non-binären Personen im Vergleich zu den befragten lesbischen cis Frauen ($OR=5,99$) und schwulen cis Männern ($OR=5,75$) sogar eine etwa 6-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, derartige Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung gemacht zu haben, im Vergleich zu den befragten bisexuellen cis Personen eine etwa 5-mal so hohe Wahrscheinlichkeit ($OR=4,93$).⁶⁸

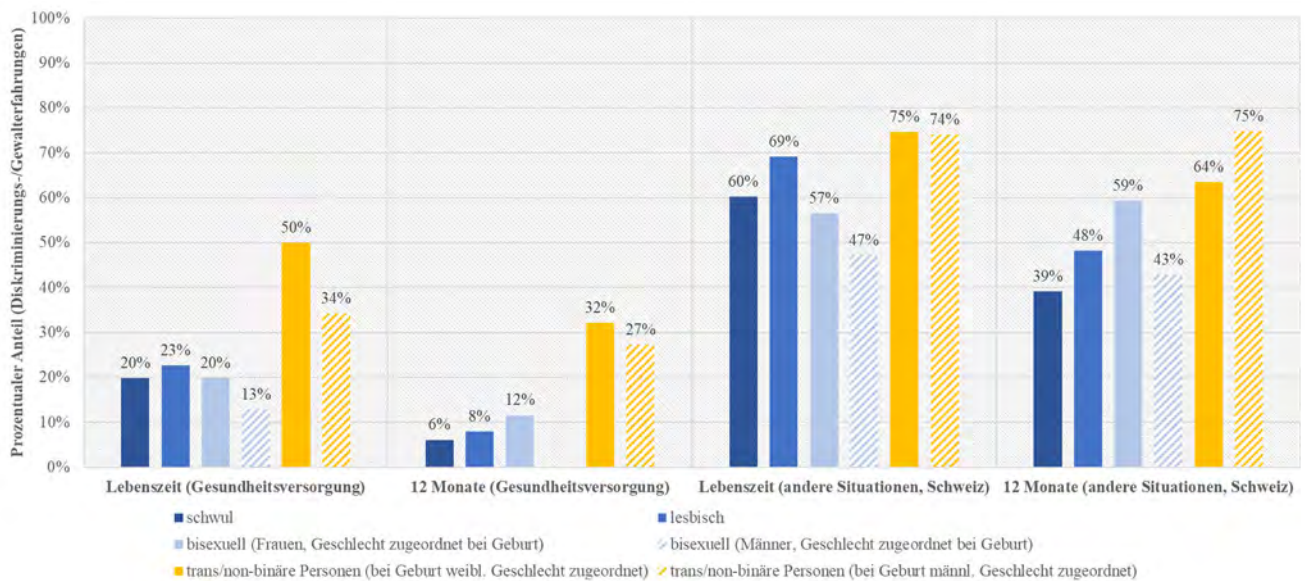


Abbildung 3: Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen in der Schweizer Gesundheitsversorgung und in anderen Situationen in der Schweiz (Lebenszeit, letzte 12 Monate), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Da die Schwelle, ab wann ein Verhalten als Diskriminierung oder Gewalt erlebt wird, interindividuell unterschiedlich ist, wurden mit Blick auf negative Erfahrungen in der Schweizer Gesundheitsversorgung in einem weiteren Schritt konkrete Handlungen abgefragt, die die Studienteilnehmer*innen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität erfahren haben und die im heutigen Fachdiskurs als diskriminierend oder gewalttätig verstanden werden. Am häufigsten haben die Befragten dabei angegeben, dass ihr eigentliches Problem nicht ernst genommen oder übergangen worden sei (29,6 %), ihnen unangebrachte Fragen zu ihrem Privatleben gestellt worden seien (26,0 %) und/oder Menschen wie sie herabwürdigend dargestellt worden seien (25,1 %). Weitere häufiger genannte Erfahrungen, die zu Leid auf Seiten der Betroffenen führen und ihr Vertrauen in die Gesundheitsversorgung in der Schweiz schädigen dürften, waren eine unzureichende Aufklärung über die Untersuchung oder Behandlung und ihre Folgen, die Durchführung von aus Sicht der Pati-

⁶⁵ Entsprechend zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der «sexuellen Orientierung» (sexuelle Identität, sexuelle Anziehung, Sexualverhalten) der Befragten und Diskriminierungs-/Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität, wenn man das Alter, Geschlecht (zugewiesen bei Geburt), den Bildungsstatus und das Nettoeinkommen der Befragten berücksichtigt.

⁶⁶ $\chi^2(3)=33,452; p < .001$

⁶⁷ $\chi^2(3)=16,390; p < .001$

⁶⁸ Jeweils $p < .001$

ent*innen unnötigen Behandlungen oder Untersuchungen sowie als unnötig grob oder schmerzhaft erlebte Untersuchungen oder Behandlungen (vgl. Abb. 4). Beachtenswert ist, dass jeweils etwa ein Prozent der Befragten von erlebter körperlicher bzw. sexueller Gewalt in der Gesundheitsversorgung berichtet haben, rund 8 Prozent von verbaler sexueller Belästigung (vgl. Abb. 4).

45 Befragte haben zudem andere Diskriminierungs- oder Gewalthandlungen ergänzt. Hier wurde am häufigsten «Misgendering» durch Gesundheitsfachpersonen trotz Outing genannt ($n=25$), das heisst das Ansprechen der Person mit dem falschen Pronomen oder anderen nicht der Geschlechtsidentität entsprechenden geschlechtsspezifischen Wörtern (z. B. Herr, Frau). Darüber hinaus wurde von der Verweigerung von Behandlungen oder Untersuchungen ($n=9$) und/oder der Kostenübernahme durch die Krankenkasse ($n=7$) berichtet. Drei Personen berichteten zudem von sexueller Belästigung bzw. sexuellen Übergriffen in der Behandlung, wie das «Betatschen» durch einen Arzt oder ein «herabwürdigendes und unnötiges Ausziehen». Viele Befragte schilderten Situationen, in denen sie sich nicht ernstgenommen oder gar als Kind behandelt fühlten oder dass ihre sexuelle Identität oder Geschlechtsidentität als krankhaft bezeichnet worden war. Andere Schilderungen sprechen dafür, dass die Befragten häufig mit Stereotypen bezüglich ihrer sexuellen Identität oder Geschlechtsidentität konfrontiert werden. So führte die Gleichsetzung von Homosexualität mit Promiskuität⁶⁹ bei Befragten zu unnötigen Untersuchungen (insb. HIV-Tests). Auf der anderen Seite führte das Ignorieren der sexuellen Identität der Patient*innen zu unnötigen Untersuchungen. So gab eine befragte lesbische cis Frau an, bei ihr sei ein Schwangerschaftstest gemacht worden, obwohl sie keinen Sex mit Männern habe (und scheinbar auch keinen Kinderwunsch).

Im Vergleich zwischen LGB cis und trans/non-binären Personen fällt auf, dass Letztere die abgefragten Diskriminierungs- und Gewalthandlungen deutlich häufiger in der Gesundheitsversorgung im letzten Jahr vor der Befragung erfahren haben (vgl. Abb. 4). Die einzige Ausnahme stellte die Frage nach einer Andersbehandlung als eingetragene*r Partner*in im Vergleich zu Ehepartner*innen dar. Hier hatten 5 der 18 trans/non-binären Person in einer eingetragenen oder aufgelösten Partnerschaft geantwortet und eine solche Erfahrung verneint.

Im Rahmen der «LGBT Health» wurden die Teilnehmer*innen mit Blick auf das letzte negative Erlebnis ausserdem gebeten, anzugeben durch wen oder was sie Diskriminierung und/oder Gewalt erfahren haben. Dabei war die absolute Mehrheit der zuletzt erlebten Gewalthandlungen in der Gesundheitsversorgung von einer (59,6 %) oder mehreren Personen (20,8 %) ausgegangen.⁷⁰ Bei diesen Personen hatte es sich mehrheitlich um Ärzt*innen (57,9 %) sowie Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen (15,5 %) gehandelt.⁷¹ In zehn Prozent der Fälle hatte es sich (auch) um eine Pflegekraft, in weiteren sechs Prozent um eine*n Praxisangestellte*n gehandelt. Knapp die Hälfte der Betroffenen hatte nach dem letzten negativen Erlebnis in der Gesundheitsversorgung nichts (weiter) unternommen (46,0 %).⁷² 29 Prozent haben den Behandler bzw. die Behandlerin gewechselt, und ein Fünftel hat sich (auch) bei Freund*innen, Angehörigen oder Bekannten Unterstützung gesucht. Professionelle Beratung haben sich hingegen nur wenige Personen gesucht (7,4 %), noch weniger haben sich bei einer offiziellen Stelle beschwert (z. B. Ombudsstelle) (4,1 %) oder gar eine Anzeige bei der Polizei erstattet (0,5 %), wobei bei Letzterem zu bedenken ist, dass nicht alle geschilderten Vorfälle strafbewährt sind. 29 Personen haben weitere Folgen der letzten negativen Erfahrung genannt. Von ihnen haben 12 angegeben, dass sie das Gespräch mit der jeweiligen Person gesucht haben, diese konfrontiert haben.

⁶⁹ Die berichteten auch 28 Prozent der Befragten in einer deutschen Studie zu Diskriminierung am Arbeitsplatz (Frohn, Meinhold & Schmidt, 2017).

⁷⁰ Zu dieser Frage lagen Angaben von 361 Personen vor. Die restlichen 20 Prozent haben angegeben, die Diskriminierung sei nicht von einer Person ausgegangen.

⁷¹ Von den 290 Personen, die angegeben hatten, dass mind. eine Person an der Situation beteiligt war, hatten 278 Angaben dazu gemacht, um wen es sich gehandelt hat.

⁷² Insgesamt haben 367 Personen hierzu Angaben gemacht. Die meisten der Personen, die angegeben hatten, nicht (weiter) unternommen zu haben, hatten keinerlei Schritte unternommen.

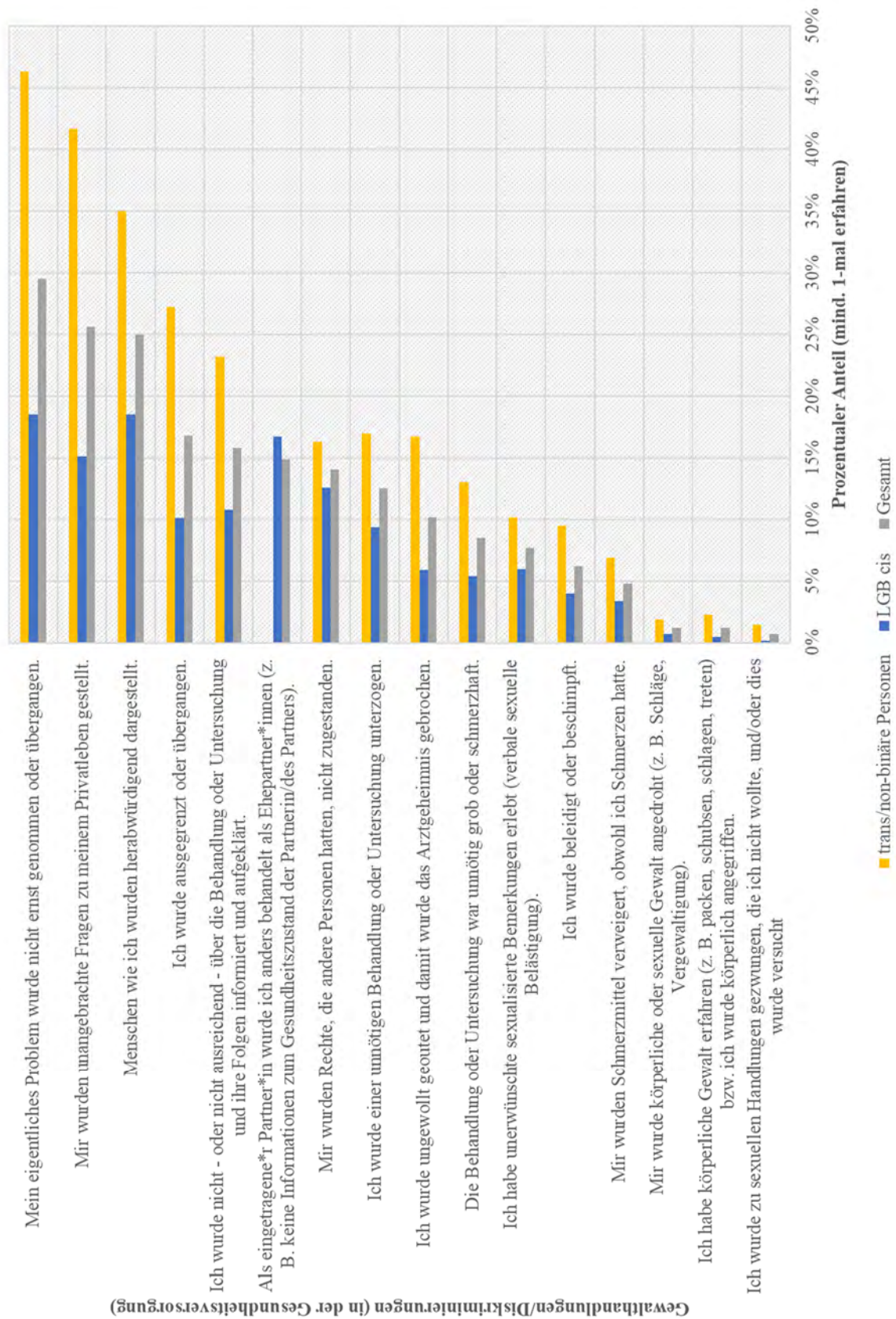


Abbildung 4: Art der letzten Diskriminierungs- und Gewalterfahrung in der Schweizer Gesundheitsversorgung (Daten: «LGBT Health») ⁷³

Zwischenfazit: Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von LGBT Menschen in der Schweiz

In Übereinstimmung mit anderen Studien (Hässler & Eisner, 2020) hat die Mehrheit der im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGBT Personen in ihrem Leben und viele innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung bereits mindestens einmal aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität Diskriminierung und/oder Gewalt erfahren. Gut ein Viertel hatten derartige Erfahrungen bereits in der Gesundheitsversorgung gemacht. Trans/non-binäre Personen waren dabei deutlich häufiger betroffen als LGB cis Personen. Diese starke Betroffenheit von trans/non-binären Personen zeigt sich auch international: Beispielsweise hatten 26 Prozent der im Rahmen einer europäischen Studie befragten trans Personen von Diskriminierungen in der deutschen Gesundheitsversorgung berichtet, 30 Prozent in der französischen Gesundheitsversorgung (FRA, 2014; zusammenfassend: Bartig, Kalkum, Le & Lewicki, 2021). Ebenfalls im Einklang mit den Befunden dieser Studie ist, dass besonders die trans/non-binären Personen – aber auch LGB cis Personen – von Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung betroffen waren, die sich gegenüber Gesundheitsfachpersonen geoutet hatten.

Von allen Befragten wurde am häufigsten von Erfahrungen berichtet, bei denen sich die Befragten nicht ernst genommen, ausgegrenzt oder herabgewürdigt fühlten. Gut einem Viertel wurden bereits unangemessene Fragen zu ihrem Privatleben gestellt, und etwa jede*r Zehnte wurde ungewollt geoutet. Viele Schilderungen zeigen, dass LGBT Personen in der Gesundheitsversorgung mit negativen Stereotypen konfrontiert werden, die sich negativ auf ihre Behandlung auswirken (z. B. durch unnötige Untersuchungen oder der Verweigerung von Untersuchungen oder Behandlungen). Darüber hinaus berichteten jeweils etwa ein Prozent der Befragten von körperlicher bzw. sexueller Gewalt in der Gesundheitsversorgung. Dass dies als hoch einzustufen ist, wird deutlich, wenn man sich vor Augen hält, dass in der genannten europäischen Studie 11 Prozent der befragten LGBTQI Personen *unabhängig vom Kontext* von erlebter körperlicher und/oder sexueller Gewalt *in den letzten 5 Jahren* vor der Befragung berichtet hat (FRA, 2020), und in der Schweizer Studie von Hässler und Eisner (2020) 8-16 Prozent von körperlicher Gewalt (unabhängig vom Kontext). Die Gewalt und Diskriminierung, die die im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGBT Personen erfahren haben, ging mehrheitlich von einer oder mehreren (Gesundheitsfach-)Personen aus, und die Handlungen blieben für diese in der Regel folgenlos. Viele Betroffene haben nichts unternommen und nur wenige haben sich an eine offizielle Stelle oder Behörde gewandt. Auch dies entspricht den Befunden anderer Studien (FRA, 2014). Zwar wenden sich allgemein nur wenige Opfer von Gewalt und Diskriminierung an Fachpersonen, Fachstellen oder gar die Polizei, Studien zeigen jedoch, dass es neben Gründen wie Scham oder Angst, LGBT-spezifische Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung gibt (z. B. Angst vor Diskriminierung) (FRA, 2014; FRA, 2020).

All diese negativen Erfahrungen führen zu Leid auf Seiten der LGBT Menschen und können sich negativ auf ihre psychische Gesundheit auswirken (vgl. Kap. 2.5).⁷⁴ Mit Blick auf ihre Gesundheitsversorgung führen die geschilderten Diskriminierungen nicht nur zu einer schlechteren Behandlung durch die Gesundheitsfachpersonen, sie können ebenso dazu führen, dass die Betroffenen das Vertrauen in die Schweizer Gesundheitsversorgung verlieren. Dies wiederum kann zur Folge haben, dass sie von sich aus notwendige Untersuchungen oder Behandlungen nicht wahrnehmen. Vor dem Hintergrund, dass insbesondere trans/non-binäre Personen von Diskriminierung und Gewalt in der Gesundheitsversorgung berichtet haben, überrascht somit nicht, dass diese besonders wenig Vertrauen in die Gesundheitsversorgung zu haben scheinen und aus diesem Grund oder aus Angst vor Diskriminierung bereits auf Gesundheitsleistungen verzichtet haben (vgl. Kap. 4.2.1). Auch dies stimmt mit Befunden anderer Studien überein. So hatten 14 Prozent der im Rahmen der genannten europäischen Studie befragten trans Personen aus Angst vor

⁷³ Bei der Frage, ob man als eingetragene*r Partner*in anders behandelt worden ist, wurden nur Personen eingeschlossen, die in einer eingetragenen oder aufgelösten Partnerschaft waren.

⁷⁴ Auf die Befunde zum Einfluss von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen auf die psychische Gesundheit von LGBT Menschen in der Schweiz wird in Kapitel 4.4.2 detaillierter eingegangen.

Diskriminierung auf eine Behandlung verzichtet (FRA, 2014). Welchen Einfluss Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen in der Gesundheitsversorgung auf die psychische Gesundheit von LGBT Menschen in der Schweiz haben, wird in Kapitel 4.4.2 diskutiert.

4.3 Gesundheitsförderliche und -schädliche Pfade

Im Zentrum des HEP-Modells (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) stehen die gesundheitsförderlichen und gesundheitsschädlichen Pfade. Diese werden auf vier Ebenen ausgemacht:

- Verhalten (z. B. Substanzkonsum, körperliche Aktivität, Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen),
- soziales Umfeld und Gemeinschaft (z. B. soziales Netzwerk) sowie die psychologische Ebene (z. B. internalisierte Homonegativität) und
- die biologische Ebene.

Im Rahmen beider Umfragen wurden Indikatoren erfasst, die Aussagen zu gesundheitsförderlichen und -schädlichen Verhaltensweisen, dem sozialen Umfeld sowie zur psychologischen Ebene zulassen; biologische Marker, wie z. B. Cortisolwerte, wurden hingegen nicht erfasst. Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Indikatoren auf den verschiedenen Ebenen zusammengefasst.

4.3.1 Verhaltensebene

Auf Verhaltensebene wurden in beiden Befragungen (SGB, «LGBT Health») Informationen zur

- körperlichen Aktivität,
- Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum,
- Sexualverhalten und Schutzstrategien sowie zur
- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

erfasst. Die Befunde zu den jeweiligen untersuchten Indikatoren werden im Folgenden zusammengefasst.

4.3.1.1 Körperliche Aktivität

Im Rahmen der SGB (2012, 2017) gaben 72 Prozent der Befragten an, mindestens einmal in der Woche in der Freizeit körperliche Aktivitäten auszuführen, die sie zum Schwitzen bringen (z. B. Rennen, Velofahren, Sport treiben).⁷⁵ 2017 legten 56 Prozent Wegstrecken im Alltag (auch) mit dem Velo oder zu Fuss zurück.^{76,77} Dabei zeigten sich hinsichtlich des Ausübens intensiver körperlicher Aktivitäten signifikante Unterschiede zwischen LGB Personen und der übrigen Bevölkerung. So gaben mehr lesbische (76,8 %), bisexuelle (72,2 %) und heterosexuelle Personen an (71,8 %), sich intensiv körperlich zu betätigen, als schwule Männer (68,5 %) (vgl. Abb. 5). Die Unterschiede waren allerdings statistisch nicht signifikant.⁷⁸ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten zeigte sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität und körperlicher Aktivität. So hatten schwule Männer ($OR=0,63$) im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine geringere Wahrscheinlichkeit, intensive körperliche Aktivitäten in der Freizeit auszuüben.⁷⁹ Darüber hinaus hatten Personen mit einer höheren Bildung (ab Sekundarstufe II) eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,52-2,02$), sich intensiv körperlich zu betätigen, als Personen, die (bisher) keinen oder nur einen obligatorischen Schlussabschluss erreicht hatten.⁸⁰ Bezüglich des Zurücklegens von Wegstrecken im Alltag zu Fuss oder mit dem Velo zeigten sich hingegen

⁷⁵ Insgesamt haben 29'849 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁷⁶ Da sich die Fragestellungen zum Zurücklegen von Wegstrecken zu Fuss und/oder mit dem Velo zwischen den beiden Befragungswellen (SGB 2012, 2017) unterscheiden, konnten die Daten nicht zusammengeführt werden. Zu dieser Frage werden daher ausschliesslich die Daten der letzten SGB analysiert.

⁷⁷ Die Frage haben 2017 16'548 Personen (gewichtet) beantwortet.

⁷⁸ $p=.512$

⁷⁹ $p=.002$

⁸⁰ Jeweils $p < .001$

keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.⁸¹ Im Vergleich zu den übrigen Gruppen (55,9-59,2 %) hatten etwas mehr bisexuelle Personen (61,7 %) angegeben, Wegstrecken zu Fuss oder mit dem Velo zurückzulegen. Dieser Zusammenhang war jedoch auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten statistisch nicht signifikant. Allerdings hatten Frauen ($OR=1,27$)⁸² im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) sowie Personen zwischen 30 und 49 Jahren ($OR=1,09$)⁸³ und ab 50 Jahren ($OR=1,35$)⁸⁴ im Vergleich zu jüngeren Personen (16-29 Jahre) eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich zu Fuss oder mit dem Velo fortzubewegen.

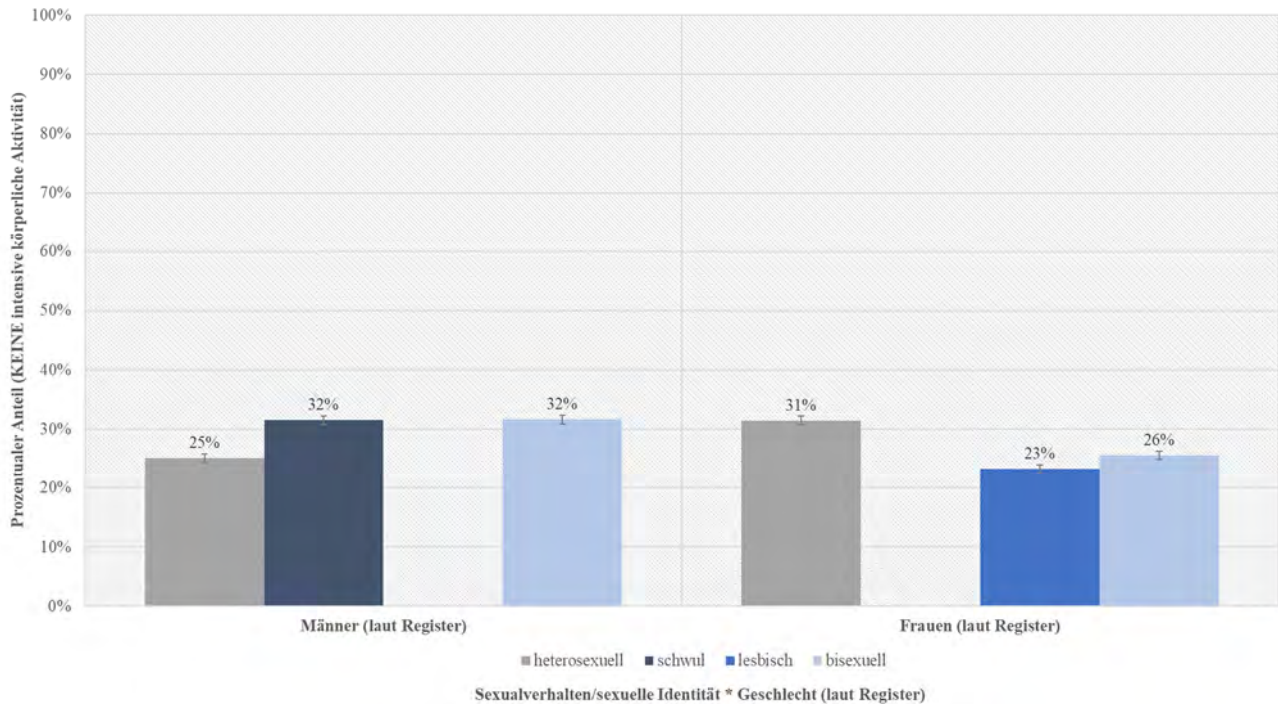


Abbildung 5: Häufigkeit intensiver körperlicher Aktivität (keine), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Dieser Befund ist insofern interessant, als Studien zeigen, dass lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen weniger körperlich aktiv sind, schwule und bisexuelle Männer hingegen häufiger als heterosexuelle Männer (vgl. Kap. 2.2). Laut der SGB (2012, 2017) gaben im Vergleich zu heterosexuellen Frauen (68,6 %) jedoch mehr lesbische (76,8 %) und bisexuelle Frauen (74,5 %) an, mindestens einmal pro Woche intensiv körperlich aktiv zu sein.⁸⁵ Wurden dieser Zusammenhang auf Alter, Bildungsstatus und persönliches Nettoeinkommen kontrolliert, war er jedoch statistisch nur noch tendenziell (bisexuelle Frauen) bzw. nicht mehr statistisch signifikant.⁸⁶ Bezüglich der schwulen Männer galt hingegen das Gegenteil: Diese übten im Vergleich zu heterosexuellen Männern tendenziell seltener intensive körperliche Aktivitäten aus (68,5 % vs. 74,9 %). Bisexuelle Männer waren ähnlich häufig körperlich aktiv (68,4 %) wie die schwulen Männer.⁸⁷ Unter Berücksichtigung des Erhebungszeitpunkts, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten schwule ($OR=0,62$)⁸⁸ und bisexuelle Männer ($OR=0,66$)⁸⁹ eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, mindestens 1-2-mal in der Woche körperlich intensiv aktiv zu sein, als heterosexuelle Männer. Inwieweit sich in der Schweiz jedoch

⁸¹ $p=.267$

⁸² $p < .001$

⁸³ $p=.056$

⁸⁴ $p < .001$

⁸⁵ $\chi^2(2)=8,882; p=.012$

⁸⁶ Lesbische Frauen: $p=.404$, bisexuelle Frauen: $p=.077$

⁸⁷ $\chi^2(2)=10,170; p=.006$

⁸⁸ $p=.001$

⁸⁹ $p=.006$

tatsächlich ein anderes Bild bezüglich der körperlichen Aktivität von lesbischen Frauen, schwulen Männern und bisexuellen Personen zeigt als in internationalen Studien, müssen weitere Befragungen mit einer grösseren Anzahl von homo- und bisexuellen Männern und Frauen zeigen.

Im Rahmen der «LGBT Health» gaben ebenfalls knapp zwei Drittel der Befragten an (65,6 %), mindestens einmal in der Woche durch körperliche Aktivitäten in der Freizeit ins Schwitzen zu kommen.⁹⁰ Fast alle Befragten legten im Alltag (auch) Wege mit dem Velo und/oder zu Fuss zurück (95,3 %).⁹¹ Vor der Corona-Pandemie hatte sich die Mehrheit der Befragten genauso häufig oder sogar mehr körperlich betätigt (76,2 %); knapp ein Viertel war seit dem März 2020 seltener körperlich aktiv (23,8 %).^{92,93} LGB cis Personen (65,6-68,5 %) haben im Vergleich zu den befragten trans/non-binären Personen (59,8 %) deutlich häufiger angegeben, sich intensiv körperlich zu betätigen.⁹⁴ Dieser Zusammenhang zwischen der sexuellen Identität bzw. Geschlechtsidentität und der Häufigkeit intensiver körperlicher Aktivität war unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie allfälliger Veränderungen in der Häufigkeit seit der Pandemie statistisch nicht signifikant.⁹⁵ Damit deuten die Befunde der «LGBT Health» in die gleiche Richtung wie andere Studien, die gezeigt haben, dass trans/non-binäre Personen seltener körperlich intensiv aktiv sind als cis Personen (vgl. Kap. 2.2). Zu bedenken ist dabei aber, dass im Rahmen der «LGBT Health» ausschliesslich LGB cis Personen befragt wurden und somit kein Vergleich zu heterosexuellen cis Personen möglich war.

Zwischenfazit: Körperliche Aktivität

Im Vergleich zu heterosexuellen Frauen waren lesbische und bisexuelle Frauen etwas häufiger in ihrer Freizeit körperlich intensiv aktiv. Schwule und bisexuelle Männer waren im Vergleich zu heterosexuellen Männern hingegen seltener körperlich intensiv aktiv. Beide Befunde überraschen, insofern andere Studien zeigen, dass schwule Männer häufiger körperlich aktiv sind als heterosexuelle Männer, während lesbische Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen sich seltener körperlich intensiv betätigen (vgl. Kap. 2.2). Im Rahmen der vorliegenden Studie kann nicht abschliessend geklärt werden, inwiefern es sich um einen Stichprobeneffekt handelt, oder ob die Schweiz hier tatsächlich einen «Sonderfall» darstellt. Allerdings deuten die Befunde zum Body-Mass-Index in dieselbe Richtung (vgl. Kap. 4.4.1.7). Mit Blick auf trans/non-binären Personen stützen die Ergebnisse tendenziell die Befunde anderer Studien (vgl. Kap. 2.2), insofern diese seltener in ihrer Freizeit körperlich intensiv aktiv sind als LGB cis Personen.

⁹⁰ Hierzu haben insgesamt 1'925 Personen Angaben gemacht.

⁹¹ Hierzu hatten 2'023 Personen Angaben gemacht.

⁹² Hierzu haben 2'003 eindeutige Angaben gemacht.

⁹³ Der sog. «Social Monitor» zeigt, dass die Häufigkeit körperlicher Aktivitäten im Verlauf der Pandemie geschwankt hat. Mit steigenden Temperaturen und der Möglichkeit, sich draussen zu betätigen, haben intensivere körperliche Aktivitäten zugenommen, im Herbst mit erneut stärkeren Restriktionen hingegen wieder abgenommen (vgl. <https://covid19.ctu.unibe.ch/>).

⁹⁴ $\chi^2(3)=10,411$; $p=.001$

⁹⁵ Lesbische cis Frauen: $p=.335$; schwule cis Männer: $p=.078$; bisexuelle cis Personen: $p=.576$

4.3.1.2 Tabakkonsum

Insgesamt 30 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen rauchten zumindest gelegentlich Tabak.⁹⁶ Jeweils etwa die Hälfte der Raucher*innen gab an, bis zu 10 Zigaretten am Tag zu rauchen (14,7 %) bzw. mehr als 10 Zigaretten (15,1 %).⁹⁷ Mehrheitlich rauchten die Befragten ausschliesslich Zigaretten (80,1 % der Raucher*innen).⁹⁸ Dabei zeigten sich deutlich Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei LGB Personen (36,1-46,9 %) signifikant häufiger Tabak rauchten als die übrige Bevölkerung (29,6 %) (vgl. Abb. 6).⁹⁹ Dieser Zusammenhang zwischen dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität und dem Tabakkonsum war auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten statistisch signifikant. So hatten im Vergleich zu heterosexuellen Personen lesbische Frauen ($OR=2,01$)¹⁰⁰ und bisexuelle Personen ($OR=2,23$)¹⁰¹ eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, zumindest gelegentlich Tabak zu rauchen. Die befragten LGB Personen (20,7-23,4 %) rauchten ausserdem häufiger mehr als 10 Zigaretten am Tag als die übrige Bevölkerung (14,9 %). Auch dieser Zusammenhang blieb unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters und Geschlecht (laut Register) statistisch signifikant.¹⁰² Besonders häufig gehören schwule Männer zu den stärkeren Tabakrauchern. Allerdings hatten schwule Männer im Vergleich zur übrigen Bevölkerung in den letzten 12 Monaten vor der Befragung häufiger versucht, mit dem Tabakkonsum aufzuhören (36,1 % vs. 27,9%). Lesbische Frauen (15,6 %) und bisexuelle Personen (27,1 %) hatten dies hingegen seltener bzw. ähnlich häufig versucht wie heterosexuelle Personen. Der gefundene Unterschied war allerdings statistisch nicht signifikant.¹⁰³ Hinsichtlich des Wunsches, künftig mit dem Tabakkonsum aufzuhören zu wollen, zeigten sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, auch wenn etwas weniger heterosexuelle Personen (46,9 %) und schwule Männer (41,5 %) diesen Wunsch geäussert hatten als lesbische Frauen (55,6 %) und bisexuelle Personen (49,6 %).¹⁰⁴

Die Befunde entsprechen somit Ergebnissen anderer Studien, wonach LGB Personen in der Schweiz und in anderen Ländern häufiger Tabak rauchen als die übrige Bevölkerung. Darüber hinaus haben Studien gezeigt, dass schwule Männer häufiger rauchen als heterosexuelle Männer (vgl. Kap. 2.4). Dies zeigte sich auch für die Schweiz. Hier rauchten deutlich mehr schwule (36,1 %) und bisexuelle Männer (41,8 %) Tabak als heterosexuelle Männer (33,5 %).^{105,106} Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten jedoch einzig die bisexuellen Männer im Vergleich zu den heterosexuellen Männern eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, zumindest gelegentlich Tabak zu rauchen ($OR=1,53$).¹⁰⁷ Auch die befragten lesbischen (39,0 %) und bisexuellen Frauen (49,9 %) rauchten deutlich häufiger als heterosexuelle Frauen (25,4 %).^{108,109} Unter Berücksichtigung der genannten Merkmale zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität der Frauen und dem Tabakkonsum, wobei lesbische ($OR=2,00$)¹¹⁰ und bisexuelle Frauen ($OR=2,73$)¹¹¹ im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten, zumindest gelegentlich zu rauchen.

⁹⁶ Diese Frage haben insgesamt 29'914 Personen (gewichtet) beantwortet.

⁹⁷ Hierzu lagen Angaben von 29'843 Personen (gewichtet) vor.

⁹⁸ Zur Art der gerauchten Tabakware lagen Angaben von 8'722 Raucher*innen (gewichtet) vor.

⁹⁹ $\chi^2(3)=100,024; p < .001$

¹⁰⁰ $p=.003$

¹⁰¹ $p < .001$

¹⁰² Schwule Männer: $OR=1,36; p=.058$ (tendenziell statistisch signifikant); lesbische Frauen: $OR=2,18; p=.006$; bisexuelle Personen: $OR=1,96; p < .001$. Bei der Interpretation dieses Befundes ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Angaben von vergleichsweise wenigen lesbischen Frauen in die Analysen eingeschlossen werden konnten, so dass die Gruppen entsprechend klein sind.

¹⁰³ $p=.152$

¹⁰⁴ $p=.564$

¹⁰⁵ Die Frage haben 15'363 Männer (Geschlecht laut Register) (gewichtet) beantwortet.

¹⁰⁶ $\chi^2(2)=8,096; p=.017$

¹⁰⁷ $p=.003$

¹⁰⁸ Insgesamt hatten 14'552 Frauen (Geschlecht laut Register) (gewichtet) diese Frage beantwortet.

¹⁰⁹ $\chi^2(2)=131,422; p < .001$

¹¹⁰ $p=.003$

¹¹¹ $p < .001$

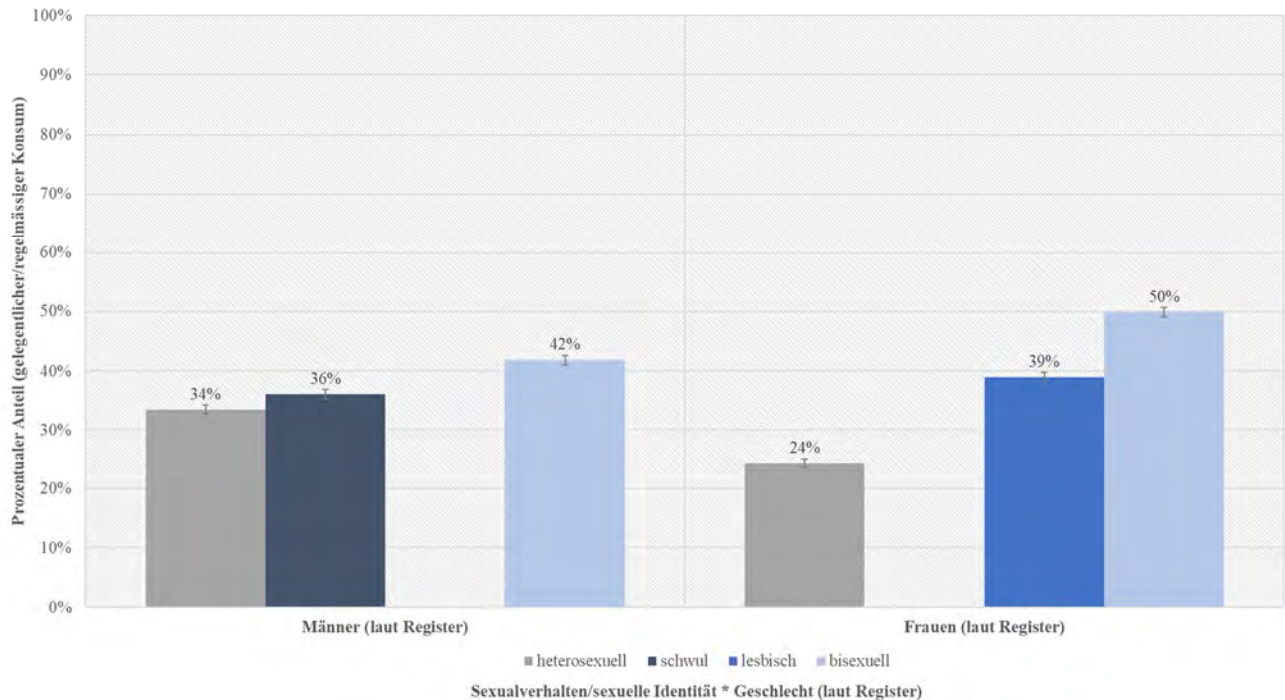


Abbildung 6: Tabakkonsum (zumindest gelegentlich), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Die «LGBT Health» zeichnet ein ähnliches Bild. Auch hier gab die überwiegende Mehrheit (68,3 %) an, nicht (mehr) Tabak zu rauchen.¹¹² Von den Raucher*innen der «LGBT Health» rauchten 63 Prozent täglich.¹¹³ Die überwiegende Mehrheit der Raucher*innen rauchte ausschliesslich Zigaretten.¹¹⁴ 8 Prozent der Raucher*innen rauchten *mehr* und ein Fünftel rauchten *bis zu 10* Zigaretten am Tag.¹¹⁵ Bemerkenswert ist, dass gut die Hälfte der befragten Raucher*innen angab, zum Zeitpunkt der Befragung gleich viel Tabak zu rauchen wie vor der Coronapandemie; 30 Prozent gaben sogar an, weniger zu rauchen, und 16 Prozent rauchten mehr als vor der Pandemie.¹¹⁶ Am seltensten gaben die befragten lesbischen cis Frauen an, zu rauchen (28,5 %). Von den restlichen Gruppen rauchte jeweils in etwa ein Drittel (30,3-34,7 %), wobei trans/non-binäre Personen am häufigsten angegeben haben, Tabak zu rauchen. Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsabschlusses und persönlichen Nettoeinkommens zeigte sich jedoch kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der sexuellen bzw. Geschlechtsidentität und dem Tabakkonsum. Auch bezüglich der Anzahl der konsumierten Zigaretten am Tag (keine, bis zu 10 Zigaretten, mehr als 10 Zigaretten) konnte in der «LGBT Health» kein signifikanter Zusammenhang mit der sexuellen bzw. Geschlechtsidentität der Befragten gefunden werden. Im Vergleich zu LGB cis Personen (28,4 %) hatten mehr trans/non-binäre Personen (39,3 %) bereits versucht, mit dem Tabakkonsum aufzuhören. Den Wunsch, dies zu tun, äusserten hingegen in erster Linie schwule cis Männer (45,6 %) und lesbische cis Frauen (39,3 %). Von den befragten bisexuellen cis Personen und trans/non-binären Personen waren es jeweils in etwa 30 Prozent (30,7 % bzw. 27,8 %).

¹¹² Hierzu hatten 2'060 Personen Angaben gemacht.

¹¹³ Insgesamt haben 2'060 Personen diese Frage beantwortet, davon waren 655 Raucher*innen.

¹¹⁴ Inkl. selbstgedrehte Zigaretten. Insgesamt haben 2'045 Personen diese Frage beantwortet, davon waren 633 Raucher*innen.

¹¹⁵ Insgesamt haben 1'979 Personen diese Frage beantwortet, davon waren 571 Raucher*innen.

¹¹⁶ Diese Fragen haben 611 Raucher*innen beantwortet.

4.3.1.3 Alkoholkonsum

Nur 14 Prozent der Bevölkerung war laut SGB (2012, 2017) abstinent.¹¹⁷ 81 Prozent zeigten einen regelmässigen Alkoholkonsum mit geringem Risiko, die restlichen 5 Prozent wiesen ein chronisch risikohaftes Trinkverhalten auf. Die Einteilung des Risikos bezieht sich dabei auf die pro Tag durchschnittlich konsumierte Menge Alkohol. Von einem mittleren Risiko wird bei Männern bei einem Konsum von 40-60g Alkohol am Tag gesprochen, bei Frauen ab 20-40g. Dieser chronisch risikoreiche Konsum ist vom punktuell übermässigen Konsum zu unterscheiden. Hier wird von einem risikohaftem Konsum gesprochen, wenn mindestens einmal im Monat vier (Frauen) bzw. fünf (Männer) Gläser Alkohol bei einem Anlass getrunken werden («Rauschtrinken») (Gmel, Kuendig, Notari & Gmel, 2017). Hier gab die Mehrheit der Befragten der SGB (2017) an, dies nie oder weniger als einmal im Monat zu tun (83,1 %).¹¹⁸ 17 Prozent taten dies mindestens einmal im Monat. In Bezug auf beide risikohaften Konsumformen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 8). So wiesen die befragten lesbischen Frauen und bisexuellen Personen (SGB 2012, 2017) deutlich häufiger ein chronisch risikohaftes Trinkverhalten (mittleres bis erhöhtes Risiko) auf (11,0 % bzw. 9,2 %) als die übrige Bevölkerung (4,5 %). Die befragten schwulen Männer wiesen hingegen in etwa gleich häufig ein risikohaftes Trinkverhalten auf (4,7 %).¹¹⁹ Allerdings zeigen sie im Vergleich zur übrigen Bevölkerung (16,7 %) häufiger mindestens einmal im Monat einen episodischen risikohaften Konsum («Rauschtrinken»; SGB 2017) (25,2 %) (vgl. Abb. 8). Die befragten bisexuellen Personen (23,5 %) und lesbischen Frauen (19,7 %) hatten ebenfalls häufiger als die übrige Bevölkerung, aber etwas seltener als die befragten schwulen Männer angegeben, mindestens einmal im Monat vier bzw. fünf Gläser Alkohol bei einem Anlass zu trinken.¹²⁰

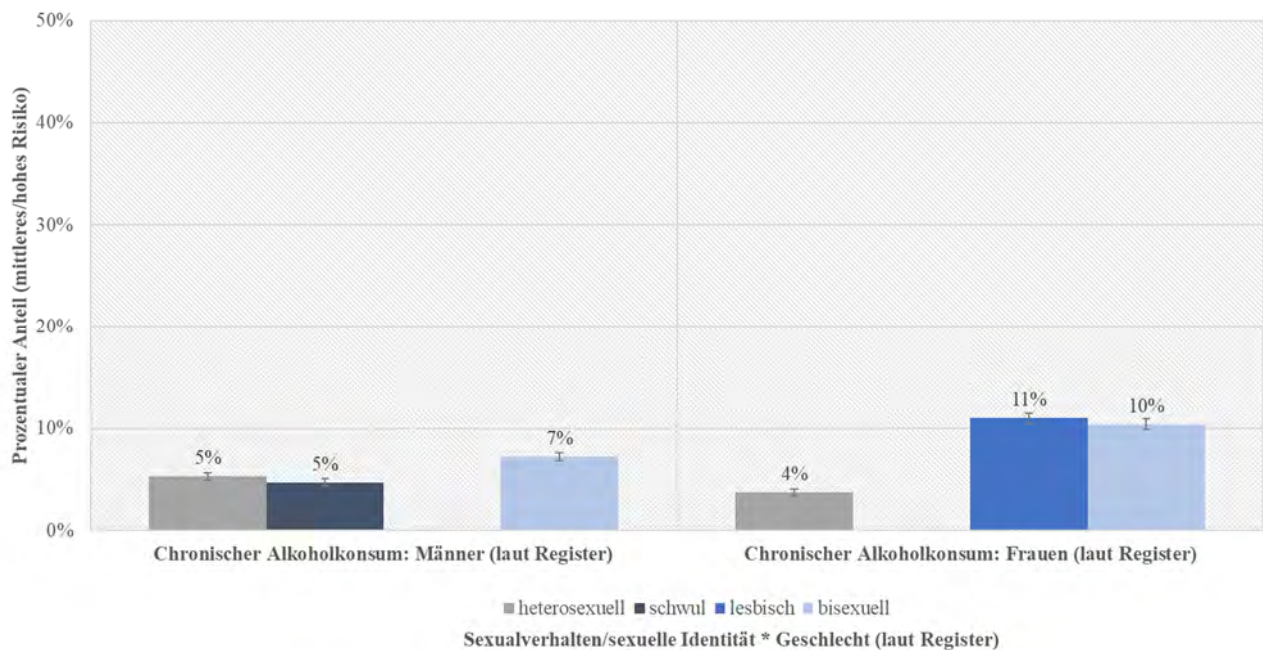


Abbildung 7: Chronisch risikohaftes Alkoholkonsum (mittleres-hohes Risiko), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, SGB 2017)

Für bisexuelle Personen zeigte sich dieser Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und chronischem Trinkverhalten auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlecht (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten als signifikant. Danach hatten bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit, chronisch ($OR=2,29$) und episodisch

¹¹⁷ Zum chronischem Alkoholkonsum lagen Angaben von 29'916 Personen (gewichtet) vor.

¹¹⁸ Insgesamt haben 16'571 Personen der SGB 2017 (gewichtet) zu dieser Frage geantwortet

¹¹⁹ $\chi^2(3)=39,587$; $p < .001$; hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Zelle erwartete Häufigkeiten von weniger als 5 aufwies, die Ergebnisse können somit fehlerhaft sein.

¹²⁰ $\chi^2(3)=15,881$; $p < .001$

($OR=1,57$) risikohaftes Trinkverhalten zu zeigen.¹²¹ Für homosexuelle Personen zeigte sich dieser Zusammenhang jedoch nicht.¹²² Darüber hinaus spielt das Geschlecht (laut Register) der Befragten hierbei eine Rolle. Hierfür sprechen ebenfalls die Befunde des Suchtmonitoring Schweiz (Gmel et al., 2017). So hatten Männer im Vergleich zu Frauen sowohl eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, chronisch risikohaftes Trinkverhalten (SGB 2012, 2017) zu zeigen als dies nicht zu tun ($OR=1,44$)¹²³ als auch episodisch risikohaft Alkohol (SGB 2017) zu konsumieren ($OR=1,96$).¹²⁴ Betrachtet man das Trinkverhalten von Männern und Frauen (Geschlecht laut Register) getrennt voneinander, zeigt sich, dass bisexuelle Männer etwas häufiger chronisch risikohaftes Trinkverhalten zeigen (7,2 %) als heterosexuelle (5,3 %) und schwule Männer (4,7 %) (vgl. Abb. 7). Dieser Unterschied war aber statistisch nicht signifikant.¹²⁵ Ebenso sah es beim episodisch risikohaften Trinkverhalten (SGB 2017) aus, wobei hier die befragten schwulen (25,2 %) und bisexuellen Männer (25,0 %) im Vergleich zu den heterosexuellen Männern (21,6 %) etwas häufiger angaben, dies mindestens einmal im Monat zu tun (vgl. Abb. 8).¹²⁶ Der gefundene Zusammenhang war aber auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten statistisch nicht signifikant. Allerdings zeigte sich, dass 15-29-jährige Männer im Vergleich zu älteren Männern (30-49 Jahre, ab 50 Jahre) eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, episodisch risikohaft zu trinken ($OR=1,90$ bzw. 2,70).¹²⁷ Dieser Alterseffekt konnte auch in anderen Studien gezeigt werden (Gmel et al., 2017).

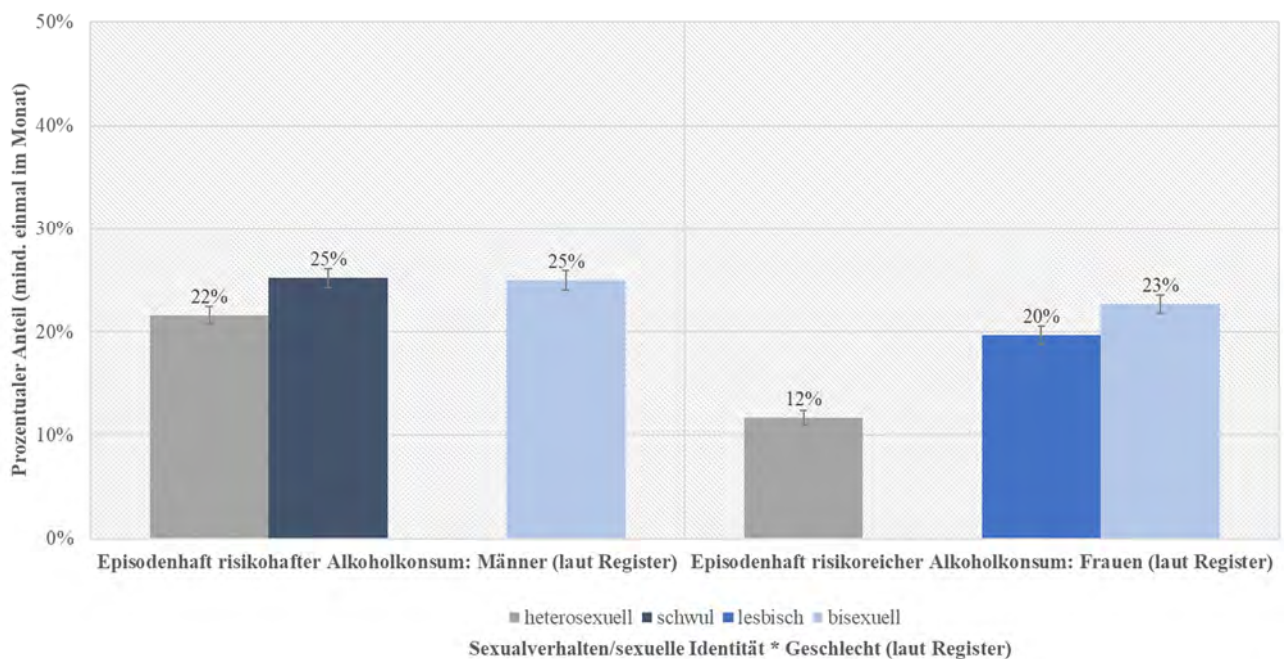


Abbildung 8: Episodisch risikohaftes Alkoholkonsum (mind. 1-mal im Monat), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2017)

¹²¹ $p < .001$ bzw. $p = .006$

¹²² Aufgrund der geringen Fallzahlen wurden schwule Männer und lesbische Frauen für diese Analysen zu einer Gruppe zusammengefasst.

¹²³ $p < .001$

¹²⁴ $p < .001$

¹²⁵ $p = .360$

¹²⁶ $p = .436$

¹²⁷ Jeweils $p < .001$

Bei den befragten Frauen (laut Register) zeigte sich ein anderes Bild: Hier gaben mehr lesbische (11,0 %) und bisexuelle Frauen an (10,4 %), chronisch risikohaft zu trinken, als heterosexuelle Frauen (3,7 %) (vgl. Abb. 7).¹²⁸ Aufgrund der geringen Anzahl lesbischer Frauen wurde für die Berechnung der Gruppenunterschiede lesbische und bisexuelle Frauen in eine Gruppe gefasst und mit den heterosexuellen Frauen verglichen. Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine 3-mal höhere Wahrscheinlichkeit, chronisch risikohaft zu trinken ($OR=2,95$).¹²⁹ Der gleiche Zusammenhang zeigte sich beim episodisch risikohaftem Alkoholkonsum (SGB 2017). Hier hatten jeweils knapp ein Fünftel der lesbischen und bisexuellen Frauen (19,7 % bzw. 22,7 %) angegeben, mindestens einmal im Monat episodisch risikohaft zu trinken, während dies bei 12 Prozent der heterosexuellen Frauen der Fall war (vgl. Abb. 8).¹³⁰ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine knapp 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, episodisch risikohaft zu trinken ($OR=1,65$).¹³¹ Wie bei den Männern, hatten die 15-29-jährigen Frauen im Vergleich zu 30-49-jährigen Frauen ($OR=2,49$) und Frauen ab 50 Jahre ($OR=2,65$)¹³² eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, episodisch risikohaft zu trinken.

Elf Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen tranken *keinen* Alkohol.¹³³ Fünf Prozent (4,8 %) tranken jedoch täglich Alkohol. 53 Prozent tranken (eher) selten vier bzw. fünf Gläser Alkohol bei einem Anlass («Rauschtrinken»)¹³⁴ 8 Prozent taten dies jedoch (eher) häufig. Etwa die Hälfte der Befragten hatte angegeben, im Vergleich zur Zeit vor der Coronapandemie gleich viel zu trinken (53,4 %); 28 Prozent gaben jedoch an, seitdem mehr zu trinken.¹³⁵ Dies galt vor allem für bisexuelle cis Personen (35,3 % vs. 24,8-27,9 %). Bemerkenswert ist, dass die befragten trans/non-binären Personen (19,3 %) im Vergleich zu den LGB cis Personen (7,9 %) insgesamt deutlich häufiger keinen Alkohol tranken¹³⁶ und auch seltener episodisch risikohaft tranken¹³⁷ (vgl. Abb. 9). Von den LGB cis Personen tranken schwule cis Männer (7,5 %) häufiger täglich Alkohol als bisexuelle cis Personen (2,6 %) und lesbische cis Frauen (3,6 %). Dies galt auch für den episodischen risikohaften Alkoholkonsum (vgl. Abb. 9). Unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts (zugeordnet bei Geburt) sowie der Frage, ob sich ihr Trinkverhalten seit der Pandemie geändert hat, war der Zusammenhang zwischen der sexuellen und/oder Geschlechtsidentität und dem Trinkverhalten jedoch statistisch nicht mehr signifikant. Das galt auch, wenn man Frauen und Männer (zugeordnetes Geschlecht bei Geburt) getrennt voneinander betrachtet.

¹²⁸ $\chi^2(2)=57,390$; $p < .001$; hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Zelle erwartete Häufigkeiten von weniger als 5 hatte; die Ergebnisse können somit fehlerhaft sein.

¹²⁹ $p < .001$; aufgrund der geringen Fallzahlen wurden die befragten lesbischen und bisexuellen Frauen für die Analysen zu einer Gruppe zusammengenommen.

¹³⁰ $\chi^2(2)=20,885$; $p < .001$

¹³¹ $p < .001$

¹³² Jeweils $p < .001$

¹³³ Insgesamt haben 2'063 Personen hierzu Angaben gemacht.

¹³⁴ Insgesamt haben hierzu 1'758 Personen Angaben gemacht. Hinsichtlich der Frage des Rauchtrinkens wurde zum einen das Geschlecht bei der Geburt berücksichtigt, zum anderen ob sich die befragte Person einer Hormontherapie im Rahmen der Transition unterzieht.

¹³⁵ Diese Frage haben 1'783 Personen beantwortet.

¹³⁶ $\chi^2(2)=51,857$; $p < .001$

¹³⁷ $\chi^2(2)=57,292$; $p < .001$

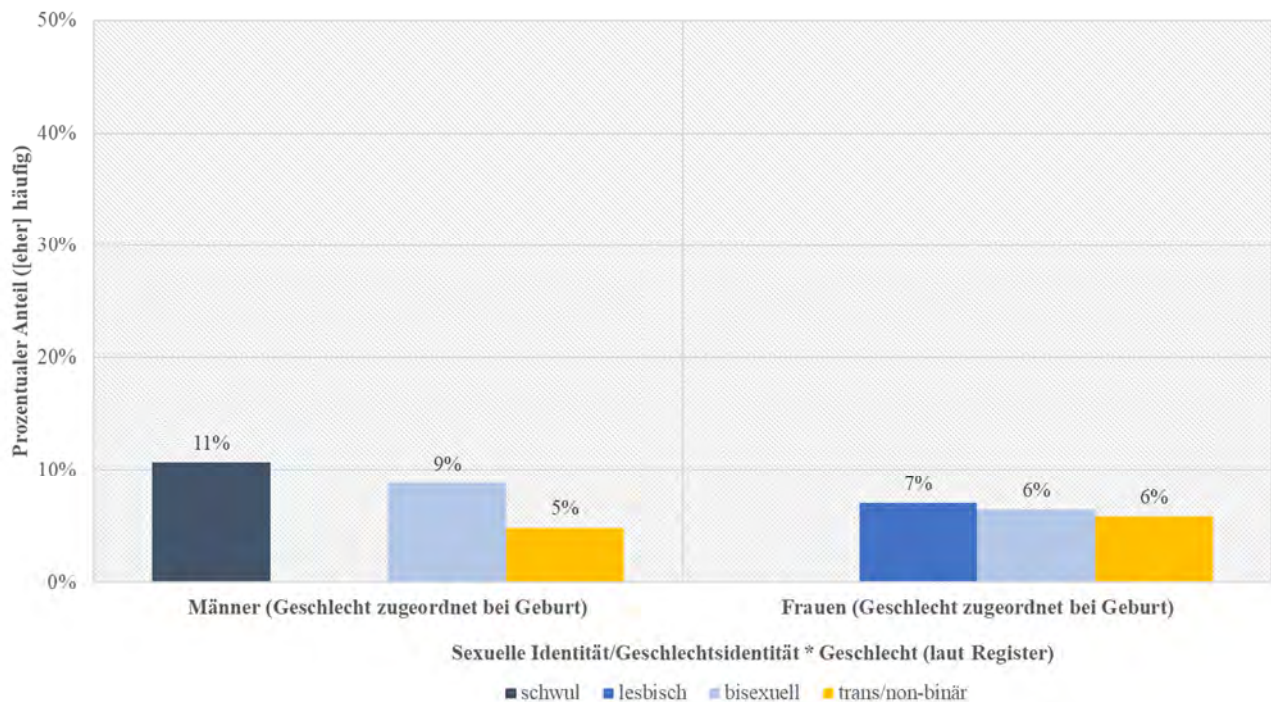


Abbildung 9: Episodisch risikohafter Alkoholkonsum ([eher] häufig), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

4.3.1.4 Konsum psychotroper Substanzen (Drogenkonsum)

71 Prozent der Bevölkerung im Alter zwischen 16 und 74 Jahren hatte noch *nie* psychotrope Substanzen (Drogen) konsumiert.¹³⁸ Bei 22 Prozent war der Konsum mehr als 12 Monate her, die restlichen 7 Prozent hatten im letzten Jahr vor der Befragung psychotrope Substanzen konsumiert. Die gleiche Verteilung zeigte sich auch bezüglich des Konsums von Cannabis. Sog. «harte Drogen»¹³⁹ (z. B. Kokain, Heroin) hatten 6 Prozent bereits mindestens einmal im Leben konsumiert.¹⁴⁰ Dabei hatten LGB Personen signifikant häufiger Drogen konsumiert als die übrige Bevölkerung (vgl. Abb. 10). Dies galt für Cannabis wie für andere illegale Drogen. Insbesondere schwule Männer und bisexuelle Personen hatten bereits Drogen konsumiert. So hatten 62 Prozent der befragten bisexuellen Personen und 45 Prozent der schwulen Männer angegeben, bereits einmal im Leben Drogen konsumiert zu haben; heterosexuelle Personen (28,0 %) und lesbische Frauen (37,8 %) hatten dies hingegen seltener angegeben (vgl. Abb. 10).¹⁴¹ Dieser Zusammenhang zwischen dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität und Drogenkonsum war auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens statistisch signifikant. Dabei hatten schwule Männer ($OR=1,38$)¹⁴² im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, bereits Drogen konsumiert zu haben, bisexuelle Personen hatten hingegen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hierfür ($OR=4,36$)¹⁴³. Lesbische Frauen hatten im Vergleich zu heterosexuellen Personen tendenziell eine höhere Wahrscheinlichkeit, bereits Drogen konsumiert zu haben ($OR=1,53$).¹⁴⁴ Darüber hinaus hatten – unter Berücksichtigung der genannten Merkmale – bisexuelle Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=4,29$), bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben. Dies galt zumindest tendenziell auch für lesbische Frauen und schwule Männer.¹⁴⁵

¹³⁸ 29'877 Personen hatten hierzu Angaben gemacht.

¹³⁹ Der Begriff «harte Drogen» wurde in der SGB verwendet.

¹⁴⁰ 29'881 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

¹⁴¹ $\chi^2(3)=359,071$; $p < .001$

¹⁴² $p=.023$

¹⁴³ $p < .001$

¹⁴⁴ $p=0.77$

¹⁴⁵ Schwule Männer: $OR=1,30$; $p=.064$; bisexuelle Personen: $OR=4,29$; $p < .001$; lesbische Frauen: $OR=1,54$; $p=.072$

Bezüglich des Konsums weiterer illegaler Drogen (ohne Cannabis) hatten schwule Männer ($OR=2,38$)¹⁴⁶, lesbische Frauen ($OR=3,24$) und bisexuelle Personen ($OR=5,54$) im Vergleich zur übrigen Bevölkerung ebenfalls eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=2,52$),¹⁴⁷ diese Substanzen konsumiert zu haben. Bei der Interpretation dieser Befunde ist allerdings die vergleichsweise geringe Zahl von befragten LGB Personen zu berücksichtigen.

Daneben zeigte sich ein signifikanter Alters- und Geschlechtseffekt. So hatten Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht laut Register) und 16-29-Jährige im Vergleich zu Personen ab 30 Jahren eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, Drogen konsumiert zu haben.¹⁴⁸ Betrachtet man den Konsum illegaler psychotroper Substanzen (inkl. Cannabis) von Männern und Frauen getrennt, zeigt sich, dass – unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten – schwule ($OR=1,39$)¹⁴⁹ und bisexuelle Männer ($OR=2,57$)¹⁵⁰ im Vergleich zu heterosexuellen Männern eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits Drogen konsumiert zu haben. Auch in Bezug auf den Cannabiskonsum hatten schwule ($OR=1,31$)¹⁵¹ und bisexuelle ($OR=2,48$)¹⁵² Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben. Noch deutlicher wird der Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und Drogenkonsum, wenn man den Konsum illegaler Substanzen ohne Cannabis betrachtet. So hatten – unter Berücksichtigung der genannten Merkmale – schwule ($OR=2,43$) und bisexuelle Männer ($OR=4,58$) im Vergleich zu heterosexuellen Männern eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, diese Substanzen konsumiert zu haben.¹⁵³

Bei den Frauen zeigte sich ein ähnliches Bild: So hatten im Vergleich zu heterosexuellen Frauen – unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten – bisexuelle Frauen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, illegale Drogen (inkl. Cannabis) konsumiert zu haben ($OR=5,97$).¹⁵⁴ Der Unterschied zwischen heterosexuellen und lesbischen Frauen war hingegen unter Berücksichtigung dieser Merkmale statistisch nicht mehr signifikant.¹⁵⁵ In Bezug auf den Cannabiskonsum zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Während bisexuelle Frauen eine signifikante und deutlich höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=5,93$)¹⁵⁶ hatten, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben, als heterosexuelle Frauen, war der Unterschied zwischen lesbischen und heterosexuellen Frauen statistisch nicht mehr signifikant¹⁵⁷, wenn die genannten Merkmale berücksichtigt wurden. Anders sieht es jedoch hinsichtlich des Konsums anderer psychotroper Substanzen (ohne Cannabis) aus. Hier zeigten die Ergebnisse, dass sowohl bisexuelle ($OR=6,13$) als auch lesbische Frauen ($OR=3,01$) im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten, diese Substanzen bereits konsumiert zu haben.¹⁵⁸ Zu berücksichtigen ist hierbei aber die eher geringe Zahl von befragten lesbischen und bisexuellen Frauen.

¹⁴⁶ $p < .001$

¹⁴⁷ Jeweils $p < .001$

¹⁴⁸ Männer: $OR=1,66$; $p < .001$; 16-29-Jährige im Vergleich zu 30-49-Jährigen: $OR=1,44$; $p < .001$, im Vergleich zu Personen ab 50 Jahren: $OR=4,18$; $p=.000$

¹⁴⁹ $p=.011$

¹⁵⁰ $p < .001$

¹⁵¹ $p=.057$ (tendenziell statistisch signifikant)

¹⁵² $p < .001$

¹⁵³ Jeweils $p < .001$

¹⁵⁴ $p < .001$

¹⁵⁵ $p=.139$

¹⁵⁶ $p < .001$

¹⁵⁷ $p=.131$

¹⁵⁸ Jeweils $p < .001$

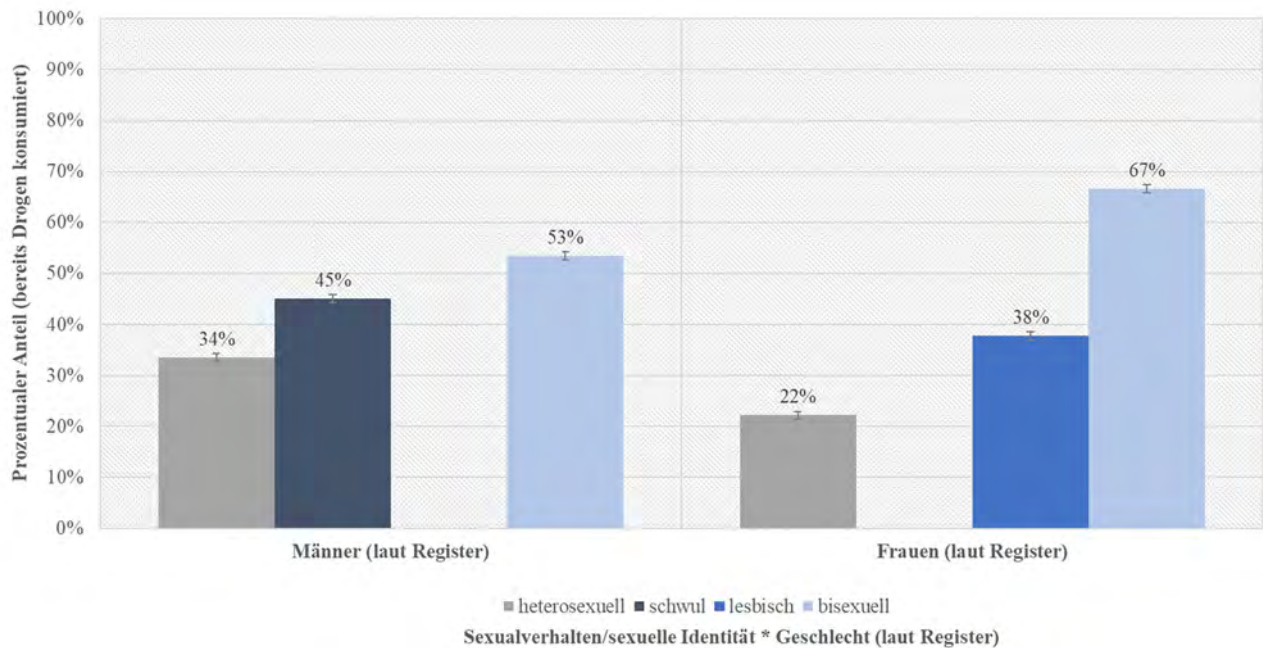


Abbildung 10: Drogenkonsum (Lebenszeit), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Mehr als die Hälfte der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatte bereits einmal im Leben Drogen konsumiert (57,0 %).¹⁵⁹ 56 Prozent hatten bereits Cannabis,¹⁶⁰ 27 Prozent andere illegale Drogen konsumiert.¹⁶¹ Bemerkenswert ist, dass gut die Hälfte der Befragten angegeben hat, dass ihr Drogenkonsum seit der Corona-Pandemie gleich geblieben ist (56,5 %). Allerdings haben 29 Prozent angegeben, ihr Konsum habe zugenommen.¹⁶² Bezüglich des Drogenkonsums zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei schwule cis Männer am häufigsten angegeben hatten, bereits einmal Drogen insgesamt (63,6 %),¹⁶³ Cannabis (61,4 %)¹⁶⁴ oder «harte» Drogen (45,1 %)¹⁶⁵ konsumiert zu haben (vgl. Abb. 11). Hingegen hatten trans/non-binäre Personen am seltensten angegeben, bereits Drogen (allgemein) (51,0 %) oder Cannabis (50,4 %) konsumiert zu haben. Am seltensten illegale Drogen (ohne Cannabis) konsumiert hatten hingegen die befragten lesbischen cis Frauen (10,4 %). Der Zusammenhang zwischen der sexuellen Identität bzw. Geschlechtsidentität und dem Drogenkonsum war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten für schwule cis Männer und bisexuelle cis Personen statistisch signifikant. So hatten im Vergleich zu trans/non-binären Personen schwule cis Männer ($OR=1,66$)¹⁶⁶ und bisexuelle cis Personen ($OR=1,41$)¹⁶⁷ eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, bereits einmal Drogen konsumiert zu haben. Während lesbische cis Frauen im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, «harte Drogen» konsumiert zu haben ($OR=0,47$)¹⁶⁸, hatten schwule cis Männer eine deutlich höhere ($OR=2,59$).¹⁶⁹

¹⁵⁹ 2'057 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

¹⁶⁰ 2'003 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

¹⁶¹ 1'818 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

¹⁶² 834 Personen haben diese Frage beantwortet.

¹⁶³ $\chi^2(3)=22,754$; $p < .001$

¹⁶⁴ $\chi^2(3)=16,672$; $p < .001$

¹⁶⁵ $\chi^2(3)=162,237$; $p < .001$

¹⁶⁶ $p=.002$

¹⁶⁷ $p=.025$

¹⁶⁸ $p < .001$

¹⁶⁹ $p < .001$

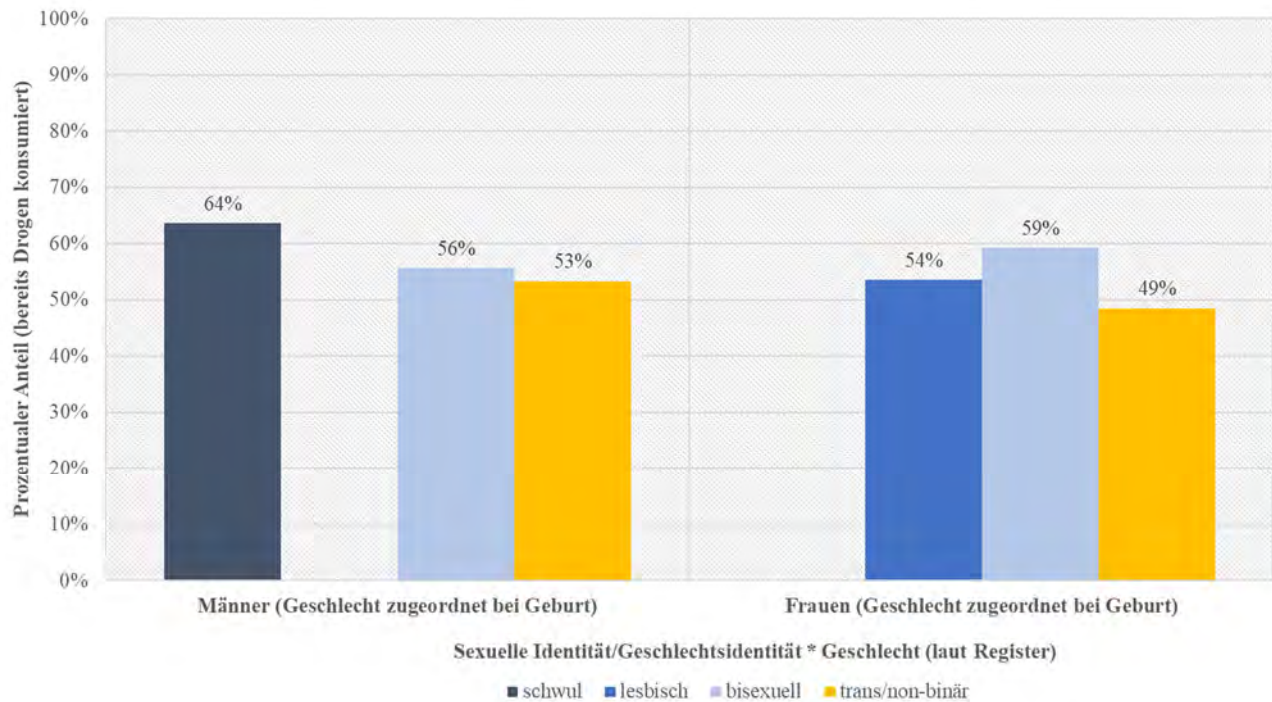


Abbildung 11: Drogenkonsum (Lebenszeit), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Zwischenfazit: Substanzkonsum

Unsere Befunde bestätigen die vorliegenden internationalen Forschungsergebnisse (vgl. Kap. 2.4): Lesbische Frauen und bisexuelle Personen haben signifikant häufiger angegeben, dass sie Tabak rauchen als die übrige Bevölkerung. Der Anteil lag mit gut einem Drittel bis fast der Hälfte der LB Personen deutlich höher als bei der übrigen Bevölkerung. Die SGB-Daten zeigen auch, dass LGB Personen deutlich häufiger mehr als 10 Zigaretten am Tag rauchten als die übrige Bevölkerung. Dabei hatten im Vergleich zu heterosexuellen Personen schwule Männer auf der einen Seite eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, zu den stärkeren Rauchern (mehr als 10 Zigaretten am Tag) zu gehören. Auf der anderen Seite hatten sie jedoch auch häufiger im Jahr vor der Erhebung einen Rauchstopp versucht. Die Daten der «LGBT Health» zeigen, dass die befragten trans/non-binären Personen am häufigsten angegeben haben, dass sie Tabak rauchen, am seltensten haben dies die befragten lesbischen cis Frauen angegeben. Es konnte aber kein signifikanter Zusammenhang zwischen der sexuellen Identität bzw. Geschlechtsidentität und dem Tabakkonsum oder der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten gefunden werden. Bemerkenswert ist, dass gut ein Viertel bis etwa 40 Prozent der LGBT Personen bereits versucht hatten, mit dem Tabakkonsum aufzuhören. Auch zum Befragungszeitpunkt hatten gut ein Viertel bis knapp die Hälfte den Wunsch aufzuhören. Prinzipiell kann also davon ausgegangen werden, dass sexuelle und geschlechtliche Minoritäten gleich wie die restliche Bevölkerung motiviert sind, mit dem Tabakkonsum aufzuhören und geeignete Angebote zur Verfügung stehen sollten.

Betrachtet man chronisch risikohaftes Trinken (stetig zu viel Alkohol) und episodisch risikohaftes Trinken (zu viel Alkohol bei einer Gelegenheit) allgemein, zeigen sich wenige signifikante Unterschiede zwischen LGB Personen und der übrigen Bevölkerung. Diese scheinen durch den Zusammenhang von Geschlecht (laut Register) und Alkoholkonsum überdeckt zu werden. Betrachtet man Männer und Frauen getrennt zeigt sich nämlich: Lesbische und bisexuelle Frauen hatten im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, *chronisch* wie *episodisch* risikohaft zu trinken. Im Unterschied dazu gaben schwule und bisexuelle Männer im Vergleich zu heterosexuellen Männern etwas häufiger an, mindestens einmal im Monat *episodisch* risikohaft Alkohol zu trinken. Zudem zeigte sich, dass jüngere Männer ein höheres Risiko hatten, risikohaft episodisch zu trinken, als ältere Männer. Dieser Alterseffekt beim episodisch risikohaftem Trinken – bekannt auch aus anderen Studien (Gmel et

al., 2017) – zeigte sich ebenso bei den Frauen. Die Daten der «LGBT Health» zeigen, dass trans/non-binäre Personen im Vergleich zu LGB cis Personen insgesamt seltener Alkohol tranken und dies auch seltener episodisch risikohaft. Dieses Ergebnis muss aus unserer Sicht jedoch nicht im Widerspruch mit dem internationalen Stand der Literatur stehen, in dem postuliert wird, dass trans Personen häufiger und mehr Trinken als die cis Bevölkerung, da in der LGBT Health-Studie trans/non-binäre Personen ausschliesslich gegenüber cis LGB Personen verglichen werden konnten.

Beim Konsum illegaler psychotroper Substanzen (Cannabis, Kokain, Heroin, LSD etc.) zeigte sich, dass LGB Personen illegale Drogen signifikant häufiger konsumierten als die übrige Bevölkerung, wie dies bereits im Literaturreview deutlich wurde (vgl. Kap. 2.4). Dabei zeigte sich – ähnlich wie beim Alkohol – ein signifikanter Alters- und Geschlechtereffekt. Schwule und bisexuelle Männer hatten im Vergleich zu heterosexuellen Männern eine höhere Wahrscheinlichkeit, bereits psychotrope Substanzen konsumiert zu haben, dasselbe galt für die bisexuellen und lesbischen Frauen gegenüber den heterosexuellen Frauen. Die Daten der «LGBT Health» zeigen in Bezug auf schwule Männer ein ähnliches Bild. So haben schwule cis Männer am häufigsten angegeben, bereits einmal Drogen konsumiert zu haben, während trans/non-binäre Personen dies am seltensten taten. Auch hier muss dies nicht im Widerspruch zu internationalen Befunden stehen, nach denen trans/non-binäre Personen häufiger konsumieren als die cis Bevölkerung, da die Vergleichsgruppe in der «LGBT Health»-Studie «lediglich» aus cis LGB Personen besteht.

Mit Blick auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Substanzkonsum der Befragten zeigt die «LGBT Health»-Studie beim Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen psychotropen Substanzen, dass jeweils mindestens die Hälfte der Befragten gleich viel wie vor der Corona-Pandemie konsumierten, bei 16-29 Prozent hatte der Konsum zugenommen, bei einigen auch abgenommen. Die im Bereich des Substanzkonsums identifizierten ungleichen Gesundheitschancen von LGB Personen gegenüber der übrigen Bevölkerung sind somit voraussichtlich kein Effekt der Corona-Pandemie, zumal Lebenszeitprävalenzen abgefragt wurden und auch die internationalen Studienergebnisse (vgl. Kap. 2.4) in die gleiche Richtung wie unsere Befunde deuten.

4.3.1.5 Sexualverhalten und Schutzstrategien

Hinsichtlich des Sexualverhaltens und des Einsatzes verschiedener Schutzstrategien mit Blick auf ausgewählte sexuell übertragbare Krankheiten (STI) wurden die folgenden Indikatoren in die Analysen einbezogen:

- **Sexualverhalten:**
 - Hatten die Befragten bereits mindestens einmal in ihrem Leben Sex? (SGB, «LGBT Health»)
 - Anzahl der Sexualpartner*innen (SGB, «LGBT Health»),
 - Letztes Mal Sex mit festem Partner/fester Partnerin, Gelegenheitspartner*innen oder «Prostituierten» (Sexarbeiter*innen) (SGB, «LGBT Health»)
 - Anzahl Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung («LGBT Health»)
- **Schutzstrategien:**
 - Verwendung eines Kondoms beim letzten Geschlechtsverkehr (SGB),
 - Verwendung eines Kondoms oder Femidoms – jeweils erfragt für das letzte Mal Vaginal-, Anal- und Oralverkehr mit dem/der festen Partner*in («LGBT Health»);
 - weitere Schutzstrategien (mit festem/fester Partner*in beim letzten Mal Sex (ja/nein) («LGBT Health»),
 - Häufigkeit der Nutzung verschiedener Schutzstrategien mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten («LGBT Health»)
 - Verwendung einer Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) im bisherigen Leben («LGBT Health»)
- **HIV-Test:** Häufigkeit von HIV-Tests im bisherigen Leben (SGB, «LGBT Health»), positives Testergebnis («LGBT Health»).
- **Tests auf weitere STI:** Test auf Chlamydien, Syphilis und/oder Gonorrhoe sowie Testergebnis, positive Testresultate («LGBT Health»)

Im Unterschied zu den anderen analysierten Bereichen werden bei den Analysen der «LGBT Health» zum Themenbereich «Sexualverhalten und Schutzstrategien» ein Vergleich zwischen Personen mit einer unterschiedlichen sexuellen Identität (unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität) durchgeführt.¹⁷⁰

Sexualverhalten

Von den im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatten fast alle in ihrem Leben schon einmal Sex gehabt (97,2 %).¹⁷¹ Von diesen Personen hatten 93 Prozent im letzten Jahr vor der Befragung Sex.¹⁷² Die überwiegende Mehrheit hatte im Jahr vor der Befragung Sex mit einer Person gehabt (89,8 %), weitere 8 Prozent hatten mit 2-4 Personen und 2 Prozent mit mehr als vier Personen. Entsprechend hatten die Befragten im Jahr vor der Befragung im Schnitt mit einer Person Sex gehabt, wobei die geringste geschätzte **Zahl Sexualpartner*innen** bei 1 lag, die höchste bei 200 in einem Jahr.¹⁷³ Hinsichtlich der Anzahl der Sexualpartner*innen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.¹⁷⁴ So hatten schwule Männer (44,9 %) und bisexuelle Personen (28,7 %) deutlich häufiger als heterosexuelle Personen (9,5 %) angegeben, mit mehr als einem bzw. einer Sexualpartner*in in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Sex gehabt zu haben. Der Anteil lesbischer Frauen war mit 15 Prozent etwas höher (vgl. Abb. 12). Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten sowie des Erhebungsjahres. So hatten schwule Männer im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine 7-mal höhere Wahrscheinlichkeit, mit mehr als einer Person in den letzten 12 Monaten Sex gehabt zu haben ($OR=6,99$), bisexuelle Personen eine knapp 5-mal so hohe ($OR=4,83$).¹⁷⁵ Lesbische Frauen hatten im Vergleich zu heterosexuellen Personen hingegen eine 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit ($OR=3,13$).¹⁷⁶ Neben dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität hatten auch das Alter, Geschlecht (laut Register) und die Nationalität der Befragten einen signifikanten Einfluss darauf, ob eine Person mit mehr als einer Person Sex gehabt hatte. Dabei hatten Frauen im Vergleich zu Männern eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, mit mehr als einer Person im Jahr vor der Befragung Sex gehabt zu haben ($OR=0,36$) (vgl. Abb. 12), ebenso wie Personen ab 30 Jahren im Vergleich zu jüngeren Befragten (16-29 Jahre) (30-49-Jährige: $OR=0,22$; ab 50-Jährige: $OR=0,12$).¹⁷⁷ Ebenso hatten im Vergleich zu Schweizer Staatsbürger*innen Ausländer*innen eine geringere Wahrscheinlichkeit, mit mehr als einer Person im Jahr vor der Befragung Sex gehabt zu haben ($OR=0,89$).¹⁷⁸

¹⁷⁰ «LGBT Health»: Bezüglich des Sexualverhaltens der Befragten und den genutzten Schutzstrategien wurde ein Vergleich nach der sexuellen Identität der Befragten durchgeführt, unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität. Aufgrund der vergleichsweise geringen Zahl heterosexueller trans/non-binärer Personen ($n=52$) wurden diese bei den folgenden Analysen nicht eingeschlossen.

¹⁷¹ Insgesamt haben 29'905 Personen (16-74 Jahren) (gewichtet) diese Frage beantwortet.

¹⁷² Insgesamt haben 29'045 Personen (16-74 Jahren) (gewichtet) diese Frage beantwortet.

¹⁷³ $M=1,29$; $Md=1,00$; $SD=1,71$

¹⁷⁴ $\chi^2(3)=516,120$; $p < .001$

¹⁷⁵ Jeweils $p < .001$

¹⁷⁶ $p = .001$

¹⁷⁷ Jeweils $p < .001$

¹⁷⁸ $p=.023$

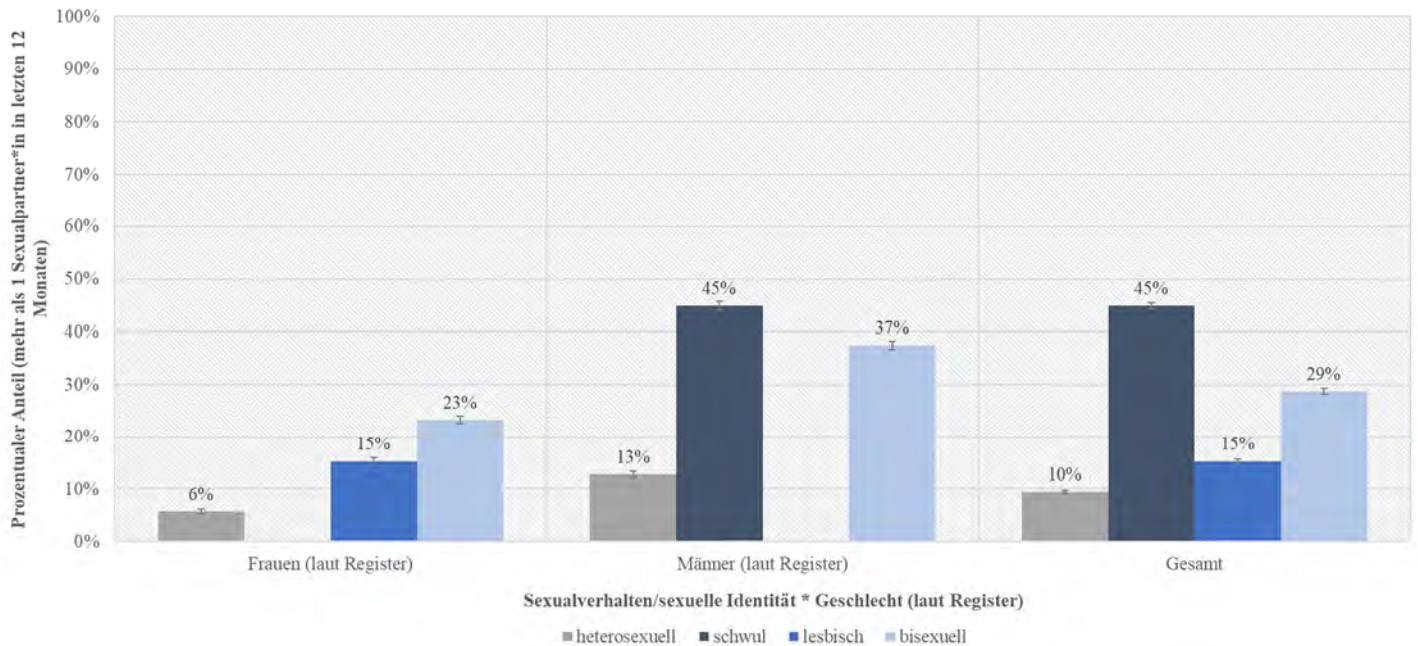


Abbildung 12: Anzahl Sexualpartner*innen in den letzten 12 Monaten (mehr als eine*n), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)¹⁷⁹

In der «LGBT Health» hatten von allen LGB Befragten (cis, trans/non-binär), die zum Befragungszeitpunkt bereits mindestens einmal im Leben Sex gehabt hatten,¹⁸⁰ 16 Prozent angegeben, dass sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung *keinen* Sex mit einer anderen Person gehabt haben. Die übrigen Befragten hatten nach eigenen Angaben geschätzt mit einer bis zu 888 Personen Sex.¹⁸¹ Allerdings hatte die Hälfte der Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mit einer Person Sex gehabt (50,9 %), 21 Prozent mit 2-4 Personen und gut ein Viertel mit mehr als vier Personen (27,8 %).¹⁸² Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Während die befragten lesbischen Personen mehrheitlich mit einer Person Sex im Jahr vor der Befragung gehabt hatten (55,4 %), hatte die Mehrheit der schwulen Personen in diesem Zeitraum mit mehr als einer Person Sex gehabt (56,9 %). Von den befragten bi-/pansexuellen Personen hatten jeweils etwa zwei Fünftel mit einer (43,5 %) bzw. mehr als einer Person (41,0 %) im Jahr vor der Befragung Sex gehabt (vgl. Abb. 13).¹⁸³ Unter Berücksichtigung des Alters und des Geschlechts (zugeordnet bei Geburt) der Befragten hatten entsprechend schwule im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit, im letzten Jahr vor der Befragung mit einer Person ($OR=2,03$)¹⁸⁴ oder sogar mehr als einer Person ($OR=2,32$)¹⁸⁵ Sex gehabt zu haben. Lesbische Personen hatten im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen hingegen eine geringere Wahrscheinlichkeit, mit mehr als einer Person im letzten Jahr vor der Befragung gehabt zu haben als mit keiner ($OR=0,47$)¹⁸⁶. Die folgende Abbildung 13 zeigt – differenziert nach der sexuellen Identität der Befragten – den jeweiligen Anteil an Befragten Männern und Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt), die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mit mehr als einer Person Sex gehabt haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hierbei die Geschlechtsidentität der Befragten nicht

¹⁷⁹ SGB: Hier wurden nur die Personen eingeschlossen, die mind. 1 Sexualpartner*in in den letzten 12 Monaten hatten.

¹⁸⁰ «LGBT Health»: Aufgrund der vergleichsweise geringen Zahl heterosexueller trans/non-binärer Personen ($n=52$) wurden diese bei den folgenden Analysen nicht eingeschlossen. Von den 1'935 LGB Befragten, haben 170 angegeben, zum Befragungszeitpunkt noch keinen Sex gehabt zu haben bzw. sie haben diese Frage nicht beantwortet. Eingeschlossen wurden die Antworten von 1'765 Befragten.

¹⁸¹ 1'450 Personen, die im Jahr vor der Befragung Sex gehabt haben, haben Angaben zur Zahl ihrer Sexualpartner*innen gemacht.

¹⁸² Hierzu lagen Angaben von 1'450 Personen vor.

¹⁸³ $\chi^2(4)=142,523, p < .001$

¹⁸⁴ $p=.004$

¹⁸⁵ $p < .001$

¹⁸⁶ $p < .001$

berücksichtigt wurde, so dass auch die Antworten von lesbischen bzw. schwulen trans und non-binären Personen abgezeichnet sind, denen bei Geburt ein männliches bzw. weibliches Geschlecht zugewiesen worden ist.

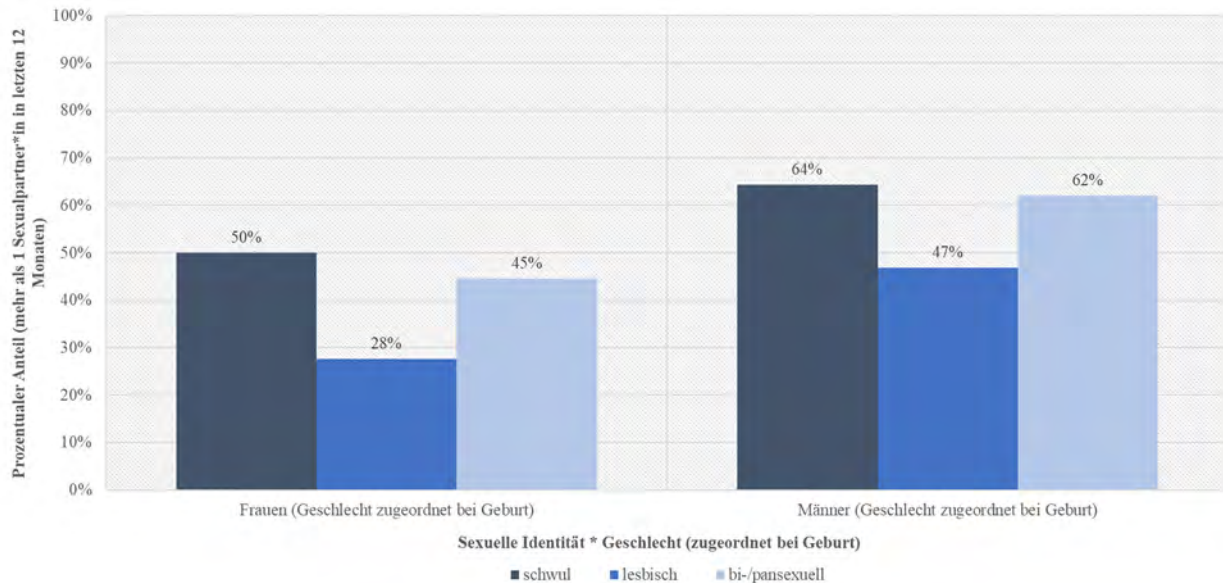


Abbildung 13: Anzahl Sexualpartner*innen in den letzten 12 Monaten (mehr als eine*n), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)¹⁸⁷

Danach gefragt, **mit wem sie das letzte Mal Sex gehabt hatten**, gab die Mehrheit der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen an, dass dies mit dem festen Partner bzw. der festen Partnerin gewesen sei (91,7 %).¹⁸⁸ Vergleicht man die Angaben der befragte LGB Personen mit der übrigen Bevölkerung zeigt sich, dass ausschliesslich schwule Männer (0,9 %), heterosexuelle (0,3 %) und bisexuelle Personen (1,1 %) angegeben haben, dass das letzte Mal Sex mit einer bzw. einem Prostituierten (Sexarbeiter*in)¹⁸⁹ gewesen sei. Und auch wenn man Sex mit Gelegenheitspartner*innen und «Prostituierten» zusammennimmt, zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 14).¹⁹⁰ So hatten schwule Männer (33,2 %) und bisexuelle Personen (19,5 %) deutlich häufiger als lesbische Frauen (6,9 %) und heterosexuelle Personen (7,2 %) angegeben, das letzte Mal Sex sei mit einer bzw. einem Gelegenheitspartner*in oder Prostituierten gewesen. Der Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und dem bzw. der Sexualpartner*in beim letzten Mal Sex war auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres sowie des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten signifikant. So war die Wahrscheinlichkeit, dass das letzte Mal Sex mit einer bzw. einem Gelegenheitspartner*in oder Prostituierten gewesen ist, bei schwulen Männern 5-mal ($OR=5,34$) und bei den bisexuellen Personen fast 4-mal so hoch wie bei heterosexuellen Personen ($OR=3,81$).¹⁹¹ Neben dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität hatten wieder das Alter und Geschlecht (laut Register) der Befragten einen signifikanten Einfluss darauf, ob eine Person mit Gelegenheitspartner*innen und/oder Sexarbeiter*innen Sex gehabt hatte. Dabei hatten Frauen im Vergleich zu Männern eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, dies getan zu haben ($OR=0,38$) (vgl. Abb. 14), ebenso wie Personen ab 30 Jahren im Vergleich zu jüngeren Befragten (16-29 Jahre) (30-49-Jährige: $OR=0,28$; ab 50-Jährige: $OR=0,18$).¹⁹² Bei der Interpretation dieser Befunde ist allerdings zu berücksichtigen, dass nicht klar ist, inwieweit das letzte Mal Sex repräsentativ für das Sexualleben der Befragten ist.

¹⁸⁷ «LGBT Health»: Hier wurden nur die Personen eingeschlossen, die mind. 1 Sexualpartner*in in den letzten 12 Monaten hatten.

¹⁸⁸ 29'035 Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Sex hatten, haben zu dieser Frage Angaben gemacht.

¹⁸⁹ Im Rahmen der SGB wird der Begriff der bzw. des Prostituierten verwendet.

¹⁹⁰ $\chi^2(3)=323,627, p < .001$

¹⁹¹ Jeweils $p < .001$

¹⁹² Jeweils $p < .001$

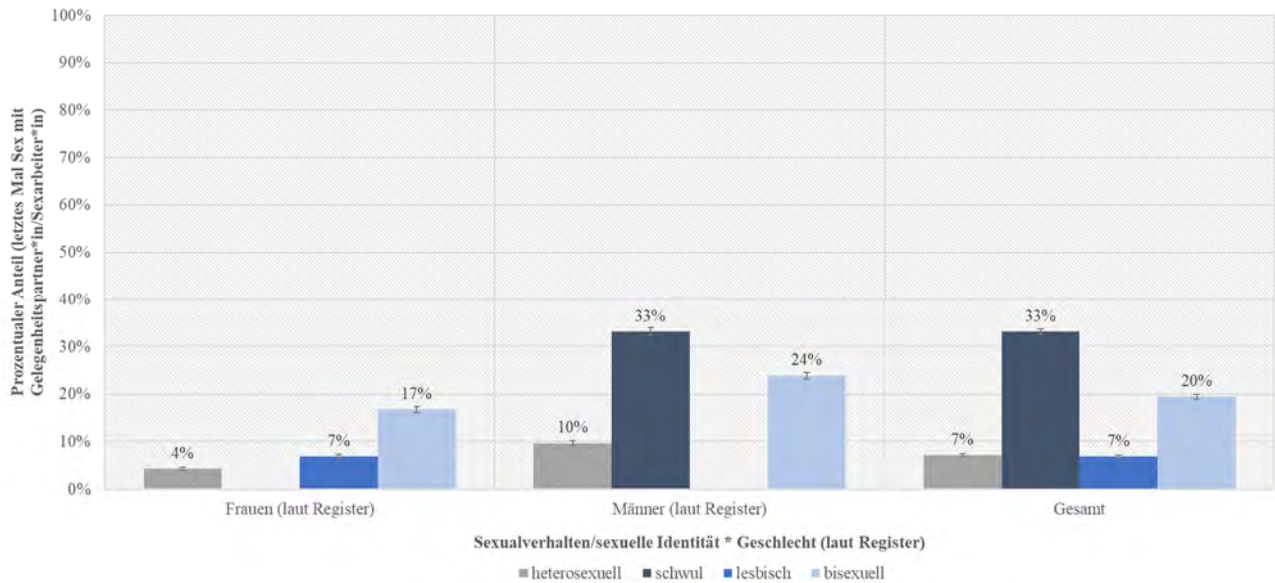


Abbildung 14: Sexualpartner*innen beim letzten Mal Sex (Gelegenheitspartner*in/Sexarbeiter*in), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Auch in der «LGBT Health» war der Anteil derjenigen, die den letzten Geschlechtsverkehr (auch) mit einem bzw. einer Sexarbeiter*in hatten sehr gering (1,2 %).¹⁹³ Im Unterschied zur SGB (2012, 2017) hat jedoch in allen Gruppen mindestens eine Person angegeben, dass ihr letzter Geschlechtsverkehr (auch) mit einem bzw. einer Sexarbeiter*in war, wobei der Anteil unter den schwulen Männern am höchsten war (2,4 %). Und insgesamt zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.¹⁹⁴ So haben die befragten lesbischen Personen (83,9 %) im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen (73,0 %) signifikant häufiger angegeben, dass ihr letzter Geschlechtsverkehr (auch) mit der festen Partnerin war. Schwule Personen hatten hingegen deutlich seltener den letzten Geschlechtsverkehr vor der Befragung (auch) mit dem bzw. der festen Partner*in (54,6 %). Entsprechend hatten nur wenige lesbische (15,5 %) und rund 30 Prozent der bi-/pansexuellen (28,9 %), aber knapp die Hälfte der schwulen Männer (46,2 %) das letzte Mal Sex (auch) mit einem bzw. einer Gelegenheitspartner*in (vgl. Abb. 15).¹⁹⁵ Dieser Zusammenhang zwischen der sexuellen Identität der Befragten und den Sexualpartner*innen beim letzten Mal Sex (feste*r Partner*in, Gelegenheitspartner*in) zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten. So hatten im Vergleich zu den bi-/pansexuellen Personen lesbische Personen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,76$), das letzte Mal Sex (auch) mit der festen Partnerin gehabt zu haben, und eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, dass das letzte Mal (auch) mit einer Gelegenheitspartnerin war ($OR=0,52$).¹⁹⁶ Bei den schwulen Personen war es hingegen genau umgekehrt: Sie hatten im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit, das letzte Mal Sex (auch) mit dem festen Partner gehabt zu haben ($OR=0,63$)¹⁹⁷ und eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass dies (auch) mit einem Gelegenheitspartner war ($OR=1,46$)¹⁹⁸. Darüber hinaus zeigte sich in beiden Fällen ein signifikanter Geschlechtereffekt, wobei Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugeordnet worden war, im Vergleich zu Personen, denen ein weibliches Geschlecht zugeordnet worden war, eine geringere Wahrscheinlichkeit

¹⁹³ 1'765 Personen haben hierzu Angaben gemacht. Im Gegensatz zur SGB (2012, 2017) hatten die Befragten in der «LGBT Health» die Möglichkeit der Mehrfachnennung. 52 Personen hatten angegeben, mit dem/der festen Partner*in, einem/einer Gelegenheitspartner*in und/oder einer/einem Sexarbeiter*in beim letzten Mal Sex gehabt zu haben.

¹⁹⁴ $\chi^2(2)=128,407, p < .001$

¹⁹⁵ $\chi^2(2)=135,161, p < .001$

¹⁹⁶ Jeweils $p < .001$

¹⁹⁷ $p=.006$

¹⁹⁸ $p=.027$

hatten, dass sie das letzte Mal Sex (auch) mit der/dem festen Partner*in hatten ($OR=0,56$), und eine höhere, dass dies mit einem/einer Gelegenheitspartner*in war ($OR=1,95$) (vgl. Abb. 15).¹⁹⁹

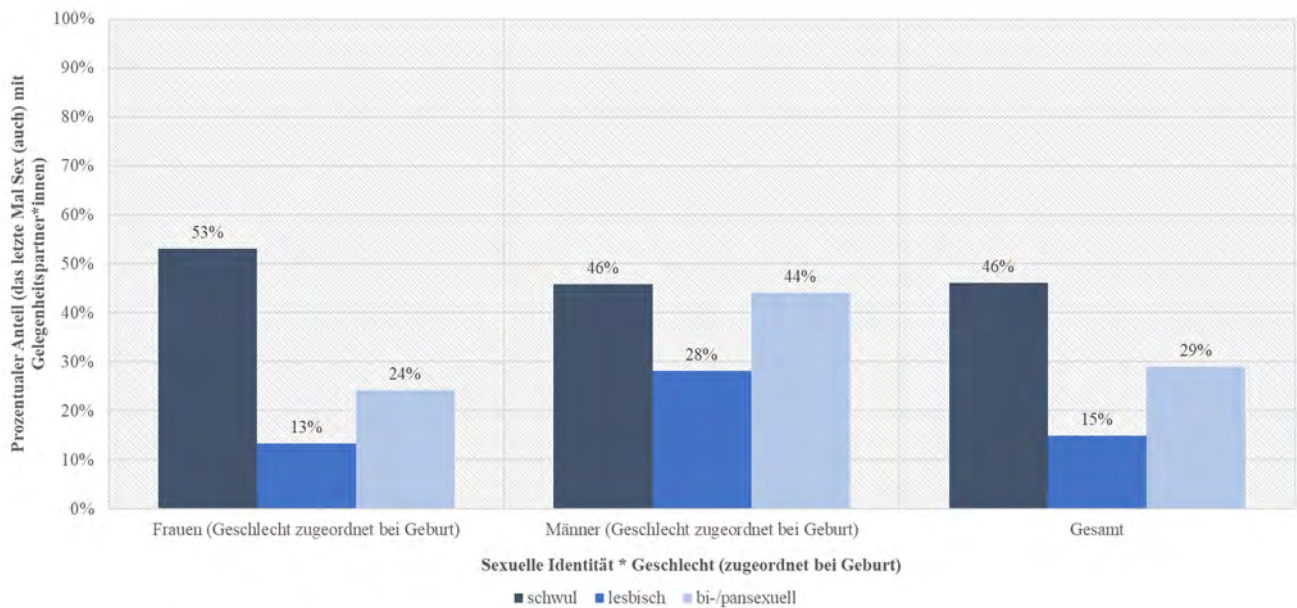


Abbildung 15: Sexualpartner*innen beim letzten Mal Sex (Gelegenheitspartner*innen), differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health») (Mehrfachnennungen möglich)

Im Rahmen der «LGBT Health» wurden die Teilnehmenden ausserdem gefragt, ob sie mit einem bzw. einer oder mehreren Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten Sex hatten. Knapp die Hälfte der Befragten hat dabei angegeben (49,0 %), dass sie mit keiner bzw. keinem Gelegenheitspartner*in im letzten Jahr Sex hatten, 20 Prozent haben mit einer bzw. einem und 31 Prozent mit mehr als einem bzw. einer Gelegenheitspartner*in Sex gehabt.²⁰⁰ Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.²⁰¹ So hatten gut die Hälfte der schwulen (51,3 %), aber deutlich weniger lesbische (10,0 %) und bi-/pansexuelle Personen (25,8 %) angegeben, im letzten Jahr vor der Befragung mit mehr als einer bzw. einem Gelegenheitspartner*in Sex gehabt zu haben. Der Zusammenhang zwischen der sexuellen Identität der Befragten und der Frage nach der Zahl der Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten statistisch signifikant. So hatten im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen lesbische Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, mit mehr als einer Gelegenheitspartnerin in den letzten 12 Monaten Sex gehabt zu haben ($OR=0,52$), schwule Personen hingegen eine deutlich höhere ($OR=1,84$).²⁰²

Zu berücksichtigen ist, dass diese Befunde zur Zahl und Art der Sexualpartner*innen mit Blick auf das Risiko sexuell übertragbarer Infektionen (STI) nicht ohne die Ergebnisse zu den Schutzstrategien der Befragten interpretiert werden kann.

¹⁹⁹ Jeweils $p < .001$

²⁰⁰ Insgesamt haben 1'758 Personen diese Frage beantwortet, wobei 896 dieser Personen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mit mind. einem bzw. einer Gelegenheitspartner*in Sex gehabt hatte,

²⁰¹ $\chi^2(2)=155,165$, $p < .001$

²⁰² Jeweils $p < .001$

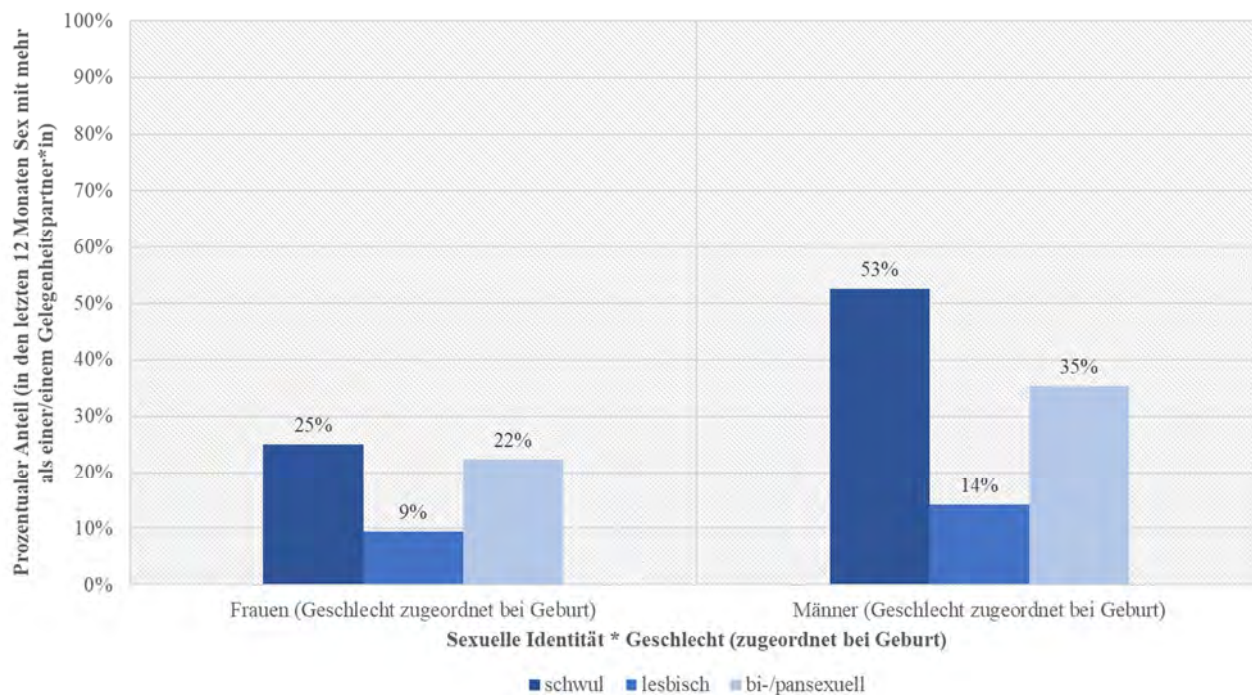


Abbildung 16: Anzahl Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (mit mehr als einem/einer Gelegenheitspartner*in), differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

In der SGB (2012, 2017) wurde in Bezug auf die **Schutzstrategien** beim letzten Mal Sex allein nach der Verwendung eines Präservativs gefragt. Dies haben gut ein Fünftel der Befragten bejaht (22,4 %).²⁰³ Dies trifft auch dann zu, wenn man die befragten lesbischen Frauen aus den Analysen ausschliesst, die alle erwartungsgemäss kein Kondom beim letzten Mal Sex benutzt hatten.²⁰⁴ Nicht erstaunlich ist, dass insbesondere Personen ein Kondom verwendet haben, die das letzte Mal Sex mit einer bzw. einem Gelegenheitspartner*in oder Sexarbeiter*in gehabt hatten (77,2 %). Personen, die das letzte Mal Sex mit ihrer festen Partnerin bzw. ihrem festen Partner gehabt hatten, haben diese Schutzstrategie hingegen seltener angewandt (17,4 %). Darüber hinaus zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen: So gab fast die Hälfte der schwulen Männer an (49,3 %), dass sie beim letzten Mal Sex ein Kondom verwendet haben, während dies etwa 32 Prozent der bisexuellen und 22 Prozent der heterosexuellen Personen getan hatten (vgl. Abb. 17).²⁰⁵ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten sowie der Frage, mit wem sie das letzte Mal Sex gehabt hatten (feste*r Partner*in oder Gelegenheitspartner*in/Sexarbeiter*in), war der gefundene Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und Kondomverwendung beim letzten Sex noch immer statistisch signifikant. So hatten im Vergleich zur übrigen Bevölkerung schwule Männer eine 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, beim letzten Mal Sex ein Kondom verwendet zu haben ($OR=2,00$).²⁰⁶ Darüber hinaus zeigten sich ein signifikanter Geschlechter- und ein Alterseffekt. So hatten Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, beim letzten Mal Sex ein Kondom verwendet zu haben ($OR=0,78$).²⁰⁷ Das Gleiche galt für Personen ab 30 Jahren im Vergleich zu jüngeren Personen (16-29 Jahre) (30-49-Jährige: $OR=0,38$; ab 50-Jährige: $OR=0,10$).²⁰⁸ Den grössten Einfluss auf die Verwendung eines Kondoms hatte jedoch die

²⁰³ Zu dieser Frage lagen Antworten von 26'910 Personen (gewichtet) vor, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Sex gehabt hatten.

²⁰⁴ Ohne die befragten lesbischen Frauen lagen zu dieser Frage Antworten von 26'838 Personen (gewichtet) vor, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Sex gehabt hatten.

²⁰⁵ $\chi^2(3)=140,581, p < .001$

²⁰⁶ $p < .001$

²⁰⁷ $p < .001$

²⁰⁸ $p < .001$ bzw. $p=.000$

Frage nach dem bzw. der Sexualpartner*in beim letzten Mal Sex. So hatten Personen, die beim letzten Mal mit einem bzw. einer Gelegenheitspartner*in/Sexarbeiter*in Sex gehabt hatten, eine 13-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, dass dabei ein Kondom verwendet wurde ($OR=13,14$)²⁰⁹.

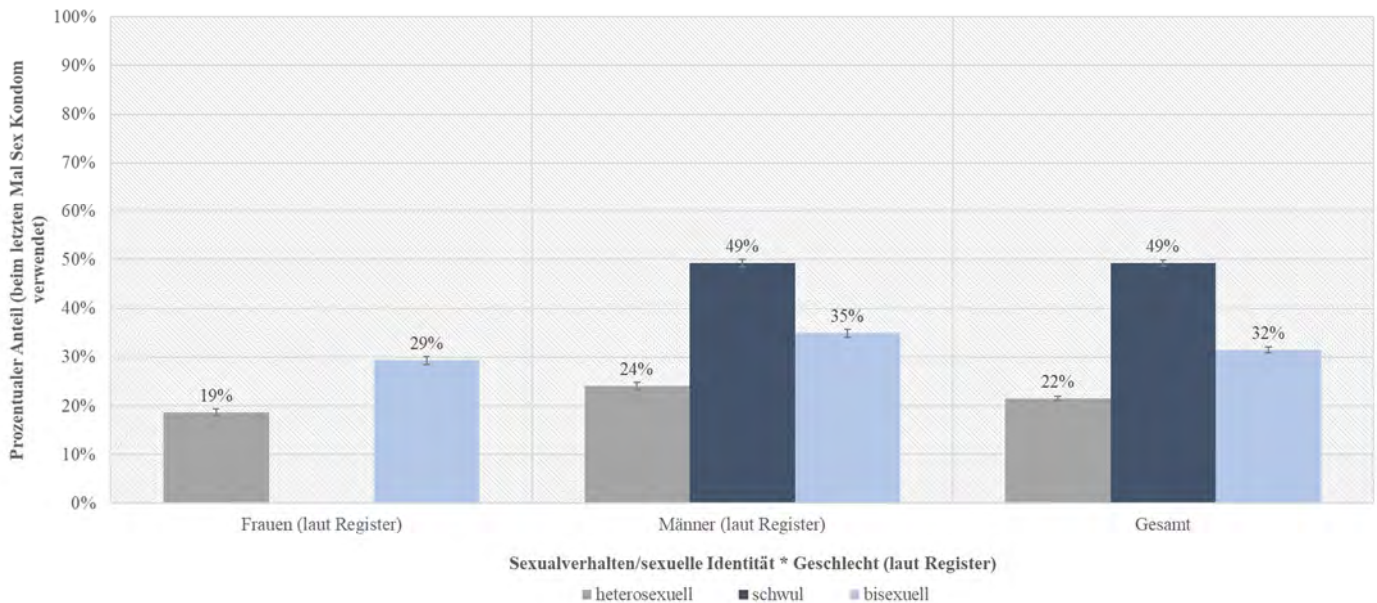


Abbildung 17: Verwendung eines Präservativs beim letzten Mal Sex, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

In der «LGBT Health» wurde die Frage nach den Schutzstrategien beim letzten Sex weiter ausdifferenziert. Die Befragten konnten hier angeben,

- ob sie beim letzten Vaginal-, Anal- und/oder Oralverkehr ein Kondom/Femidom verwendet haben,
- ein «Lecktuch» (*dental dam*) beim Oralverkehr benutzt haben,
- aufgepasst haben, dass kein Menstruationsblut und/oder Sperma in Körperöffnungen gelangt,
- Handschuhe beim eindringenden Verkehr mit den Händen getragen haben,
- eine Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) genutzt haben und/oder
- ob sie ein «Sextoy» erstmals benutzt, es vorher desinfiziert oder mit einem Kondom geschützt haben.

Dabei wurde die Verwendung der genannten Schutzstrategien zum einen mit Blick auf Sex in der festen Partnerschaft erfragt, zum anderen hinsichtlich ihrer Häufigkeit beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen. Im Folgenden wird zunächst auf die Verwendung ausgewählter Schutzstrategien in der Partnerschaft und dann beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen eingegangen.

Die am häufigsten beim letzten Mal Sex **mit dem festen Partner bzw. der festen Partnerin** angewendete Schutzstrategie war der geschützte Gebrauch eines Sextoys durch dessen Desinfektion, Schutz durch ein Kondom oder die Verwendung eines neuen Sextoys (27,7 %); allerdings gab fast die Hälfte der Befragten an, keine entsprechende Sexualpraktik ausgeübt zu haben (48,5 %).²¹⁰ 18 Prozent haben darauf geachtet, dass kein Menstruationsblut und/oder Sperma in Körperöffnungen gelangt, 32 Prozent haben angegeben, keine entsprechende Sexualpraktik angewandt zu haben.²¹¹ 15 Prozent hatten ein Kondom bzw. Femidom beim Vaginal-, Anal- und/oder Oralverkehr genutzt, 12 Prozent hatten keine entsprechende Sexualpraktik angewandt.²¹² Seltener genutzte Schutzstrategien in der Partnerschaft waren:

²⁰⁹ $p=.000$

²¹⁰ Insgesamt haben 1'218 hierzu Angaben gemacht; 347 Personen hatten keine entsprechende Sexualpraktik ausgeübt.

²¹¹ Insgesamt haben 1'216 hierzu Angaben gemacht; 385 Personen hatten keine entsprechende Sexualpraktik ausgeübt.

²¹² Insgesamt haben 1'223 hierzu Angaben gemacht; 148 Personen hatten keine entsprechende Sexualpraktik ausgeübt.

- die Nutzungen einer Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) (2,5 %),²¹³
- das Tragen eines Handschuhs beim eindringenden Verkehr mit den Händen (1,7 %),²¹⁴
- die Benutzung eines «Lecktuchs» (*dental dam*) bei oraler Stimulation der Vulva oder des Anus (0,7 %).²¹⁵

Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen; dies galt sowohl unter Einbezug der Befragten, die angegeben haben, beim letzten Mal Sex in der Partnerschaft keine entsprechenden Sexualpraktiken angewandt zu haben, als auch wenn man diese aus den Analysen ausschliesst. So haben von den Personen, die entsprechende Sexualpraktiken angewandt haben, lesbische Personen (41,3 %) im Vergleich zu schwulen (10,6 %) und bi-/pansexuellen Personen (28,7 %) signifikant häufiger angegeben, darauf zu achten, dass kein Menstruationsblut oder Sperma in Körperöffnungen gelangt (vgl. Abb. 18).²¹⁶ Bi-/pansexuelle Personen (60,4 %) haben hingegen häufiger als lesbische (55,5 %) und schwule Personen (42,6 %) ein neues, desinfiziertes oder mit Kondom geschütztes Sextoy verwendet.²¹⁷ Hingegen haben erwartungsgemäss lesbische Personen oder ihre Partnerinnen seltener als schwule und bi-/pansexuelle Personen ein Kondom oder Femidom beim Vaginal-, Oral- und/oder Analverkehr verwendet (vgl. Abb. 18).²¹⁸ Diese Zusammenhänge zwischen der sexuellen Identität der Befragten und der jeweiligen Schutzstrategie zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten.²¹⁹

²¹³ Insgesamt haben 1'217 hierzu Angaben gemacht; 425 Personen hatten keine entsprechende Sexualpraktik ausgeübt.

²¹⁴ Insgesamt haben 1'217 hierzu Angaben gemacht; 347 Personen hatten keine entsprechende Sexualpraktik ausgeübt

²¹⁵ Insgesamt haben 1'215 hierzu Angaben gemacht; 396 Personen hatten keine entsprechende Sexualpraktik ausgeübt.

²¹⁶ $\chi^2(2)=65,626, p < .001$

²¹⁷ $\chi^2(2)=12,642, p=.002$

²¹⁸ $\chi^2(2)=75,123, p < .001$

²¹⁹ So hatten schwule im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit, beim letzten Mal Sex in der Partnerschaft darauf geachtet zu haben, dass kein Menstruationsblut oder Sperma in Körperöffnungen gelangt ($OR=0,39; p=.004$), lesbische Personen hatten hingegen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, diese Strategie angewandt zu haben ($OR=1,66; p=.009$). Bemerkenswerterweise zeigte sich hier kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Befragten (zugeordnet bei Geburt) und der Verwendung der genannten Schutzstrategie. Schwule Personen hatten zudem im Vergleich mit bi-/pansexuellen Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit, bei Verwendung eines Sextoys ein neues verwendet zu haben oder es desinfiziert oder mit einem Kondom geschützt zu haben ($OR=0,33; p < .001$). Im Vergleich zu Männern hatten Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) eine höhere Wahrscheinlichkeit, diese Schutzstrategie beim letzten Mal Sex in der Partnerschaft genutzt zu haben ($OR=1,88; p=.030$). Im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen hatten schwule ($OR=0,32; p < .001$) und lesbische Personen ($OR=0,18; p < .001$) zudem eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ein Kondom oder Femidom beim letzten Vaginal-, Oral- und/oder Analverkehr in der Partnerschaft genutzt zu haben. Und auch hier hatten Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugeordnet worden ist, eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, diese Schutzstrategie genutzt zu haben, als Personen, denen ein weibliches Geschlecht zugewiesen worden war ($OR=1,84; p=.017$).

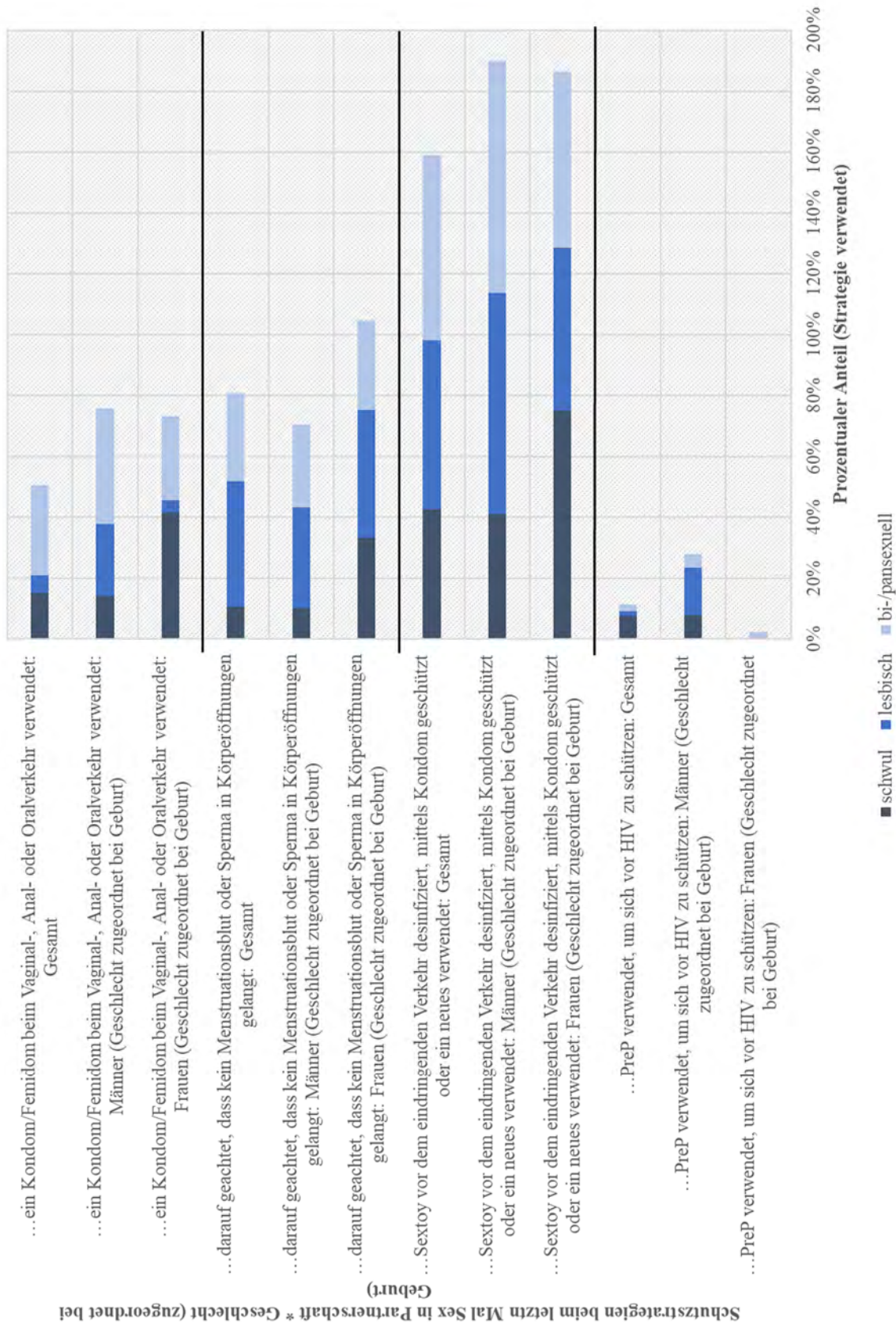


Abbildung 18: Verwendung der am häufigsten genannten Schutzstrategien beim letzten Mal Sex mit festem bzw. fester Partner*in, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Mit Blick auf das Risiko der Infektion mit einer STI ist jedoch die Betrachtung der Verwendung oder des Verzichts auf die genannten Schutzstrategien in einer festen Partnerschaft alleine nicht ausreichend. Es muss ausserdem die Häufigkeit ihrer Verwendung beim **Sex mit Gelegenheitspartner*innen** sowie die Sicherheit der verschiedenen Strategien berücksichtigt werden. So nutzten die Befragten viele der ausgewählten Schutzstrategien beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung deutlich häufiger als beim letzten Sex in der Partnerschaft. Mit Gelegenheitspartner*innen nutzten mehr als die Hälfte der Befragten ein Kondom oder Femidom beim Vaginal-, Anal- und/oder Oralverkehr zumindest manchmal (61,2 %).²²⁰ Das Gleiche galt für die Verwendung eines desinfizierten, mit Kondom geschützten oder neuen Sextoys beim eindringenden Verkehr (68,2 %)²²¹ sowie für die Strategie, darauf zu achten, dass kein Menstruationsblut oder Sperma in Körperöffnungen gelangt (60,5 %)²²². Gut ein Fünftel verwendete eine PrEP zum Schutz vor HIV (21,2 %),²²³ etwa 11 Prozent verwendeten Handschuhe beim eindringenden Verkehr mit den Fingern, der Hand oder Faust,²²⁴ und 2 Prozent nutzten ein Lecktuch bei der oralen Stimulation von Vulva oder Anus.²²⁵ Dabei zeigten sich wieder signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So verwendeten lesbische Personen (18,1 %) erwartungsgemäss auch beim Sex mit Gelegenheitspartnerinnen seltener als die anderen Vergleichsgruppen (70,9 % bzw. 68,7 %) ein Kondom oder Femidom beim Vaginal-, Anal- und/oder Oralverkehr.²²⁶ Das Gleiche galt für die Strategie, darauf zu achten, dass beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen kein Menstruationsblut oder Sperma in Körperöffnungen gelangt (vgl. Abb. 19).²²⁷ Eine PrEP nutzten in erster Linie die befragten schwulen Personen (25,5 %), um sich beim Sex mit Gelegenheitspartnern vor HIV zu schützen. Von den lesbischen und bi-/pansexuellen Personen taten dies jeweils weniger als fünf Prozent (2,1 % bzw. 3,6 %).²²⁸ Die häufigere Nutzung einer PrEP durch schwule Personen ist jedoch vor dem Hintergrund erklärlich, dass dies vor allem dieser Gruppe als Schutzstrategie empfohlen wird. Hinsichtlich der Nutzung desinfizierter, mit Kondom geschützter oder neuer Sextoys zeigten sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.²²⁹ Hier scheint weniger die sexuelle Identität der Befragten eine Rolle zu spielen als die Geschlechtsidentität. So hatten trans (85,3 %) und non-binäre LGB Personen (79,5 %) signifikant häufiger als cis LGB Personen (65,3 %) beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen im letzten Jahr vor der Befragung desinfizierte, mit Kondom geschützte oder neue Sextoys benutzt.²³⁰

Der Zusammenhang zwischen der sexuellen Identität der Befragten und der Verwendung der genannten Schutzstrategien beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen im letzten Jahr vor der Befragung zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten. So hatten lesbische im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ein Kondom/Femidom zu benutzen ($OR=0,12$)²³¹ oder darauf zu achten, dass beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen kein Menstruationsblut oder Sperma in Körperöffnungen gelangt ($OR=0,60$)²³². Während sich hinsichtlich der Nutzung der letztgenannten Strategie kein Zusammenhang mit dem Geschlecht (zugeordnet bei Geburt) der Befragten zeigte, war dies bei der Nutzung von Kondomen bzw. Femidomen der Fall. Dabei hatten Männer im Vergleich zu Frauen

²²⁰ Insgesamt haben 1'038 Personen entsprechende Praktiken verwendet und Angaben zur Nutzung der Schutzstrategie gemacht; weitere 60 Personen hatten keine entsprechenden Sexualpraktiken mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten genutzt.

²²¹ Insgesamt haben 471 Personen entsprechende Praktiken verwendet und Angaben zur Nutzung der Schutzstrategie gemacht; weitere 423 Personen hatten keine entsprechenden Sexualpraktiken mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten genutzt.

²²² Insgesamt haben 666 Personen entsprechende Praktiken verwendet und Angaben zur Nutzung der Schutzstrategie gemacht; weitere 230 Personen hatten keine entsprechenden Sexualpraktiken mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten genutzt.

²²³ Insgesamt haben 613 Personen entsprechende Praktiken verwendet und Angaben zur Nutzung der Schutzstrategie gemacht; weitere 282 Personen hatten keine entsprechenden Sexualpraktiken mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten genutzt.

²²⁴ Insgesamt haben 581 Personen entsprechende Praktiken verwendet und Angaben zur Nutzung der Schutzstrategie gemacht; weitere 312 Personen hatten keine entsprechenden Sexualpraktiken mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten genutzt.

²²⁵ Insgesamt haben 560 Personen entsprechende Praktiken verwendet und Angaben zur Nutzung der Schutzstrategie gemacht; weitere 333 Personen hatten keine entsprechenden Sexualpraktiken mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten genutzt.

²²⁶ $\chi^2(2)=136,446, p < .001$

²²⁷ $\chi^2(2)=6,076, p=.048$

²²⁸ $\chi^2(2)=66,022, p=.044$

²²⁹ $p=.856$

²³⁰ $\chi^2(2)=8,691, p=.013$; hier konnten die Angaben von 458 LGB Personen eingeschlossen werden.

²³¹ $p < .001$

²³² $p=.044$

(Geschlecht zugeordnet bei Geburt) eine tendenziell signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, diese Strategie beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen genutzt zu haben ($OR=1,61$).²³³ Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Alterseffekt: So hatten im Vergleich zu den befragten 15-29-Jährigen sowohl die 30-49-Jährigen ($OR=0,59$)²³⁴ als auch die Personen ab 50 Jahren ($OR=0,56$)²³⁵ eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ein Kondom beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen genutzt zu haben.

Neben der Frage der Nutzung einer PrEP zum Schutz vor HIV beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen wurden alle Studienteilnehmer*innen, die bereits einmal Sex gehabt hatten, gefragt, ob sie in ihrem Leben bereits eine PrEP verwendet haben. Dies war bei 12 Prozent der Befragten der Fall,²³⁶ wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigten.²³⁷ So hatte ein Fünftel der schwulen Personen angegeben, bereits einmal eine PrEP verwendet zu haben (20,2 %). Hingegen hatte nur eine der befragten lesbischen Personen (0,6 %), die diese Frage beantwortet haben, angegeben, dies getan zu haben. Und auch von den befragten bi-/pansexuellen Personen hatten die wenigsten bereits einmal im Leben eine PrEP eingenommen (4,2 %). Unter Ausschluss der lesbischen Befragten und unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der befragten Personen sowie der Verwendung eines Kondoms oder Femidoms beim Vaginal-, Anal- und/oder Oralverkehr mit Gelegenheitspartner*innen hatten entsprechend schwule im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, bereits eine PrEP eingenommen zu haben ($OR=2,81$).²³⁸ Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Alterseffekt. So hatten die Angehörigen der beiden älteren Alterskohorten (30-49 Jahre; ab 50 Jahren) häufiger bereits einmal im Leben eine PrEP verwendet (20,3 % bzw. 19,8 %). Von den 15-29-Jährigen hatten dies nur etwa 7 Prozent getan.²³⁹ Im Vergleich zu den 15-29-Jährigen hatten die 30-49-Jährigen ($OR=2,76$)²⁴⁰ und die Personen ab 50 Jahren ($OR=2,17$)²⁴¹ eine etwa 3- bzw. 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, in ihrem Leben bereits eine PrEP verwendet zu haben.

²³³ $p=.081$

²³⁴ $p=.006$

²³⁵ $p=.022$

²³⁶ Die Frage haben 890 Personen beantwortet.

²³⁷ $\chi^2(2)=66,976, p < .001$

²³⁸ $p=.016$

²³⁹ $\chi^2(2)=27,110, p < .001$

²⁴⁰ $p < .001$

²⁴¹ $p=.032$

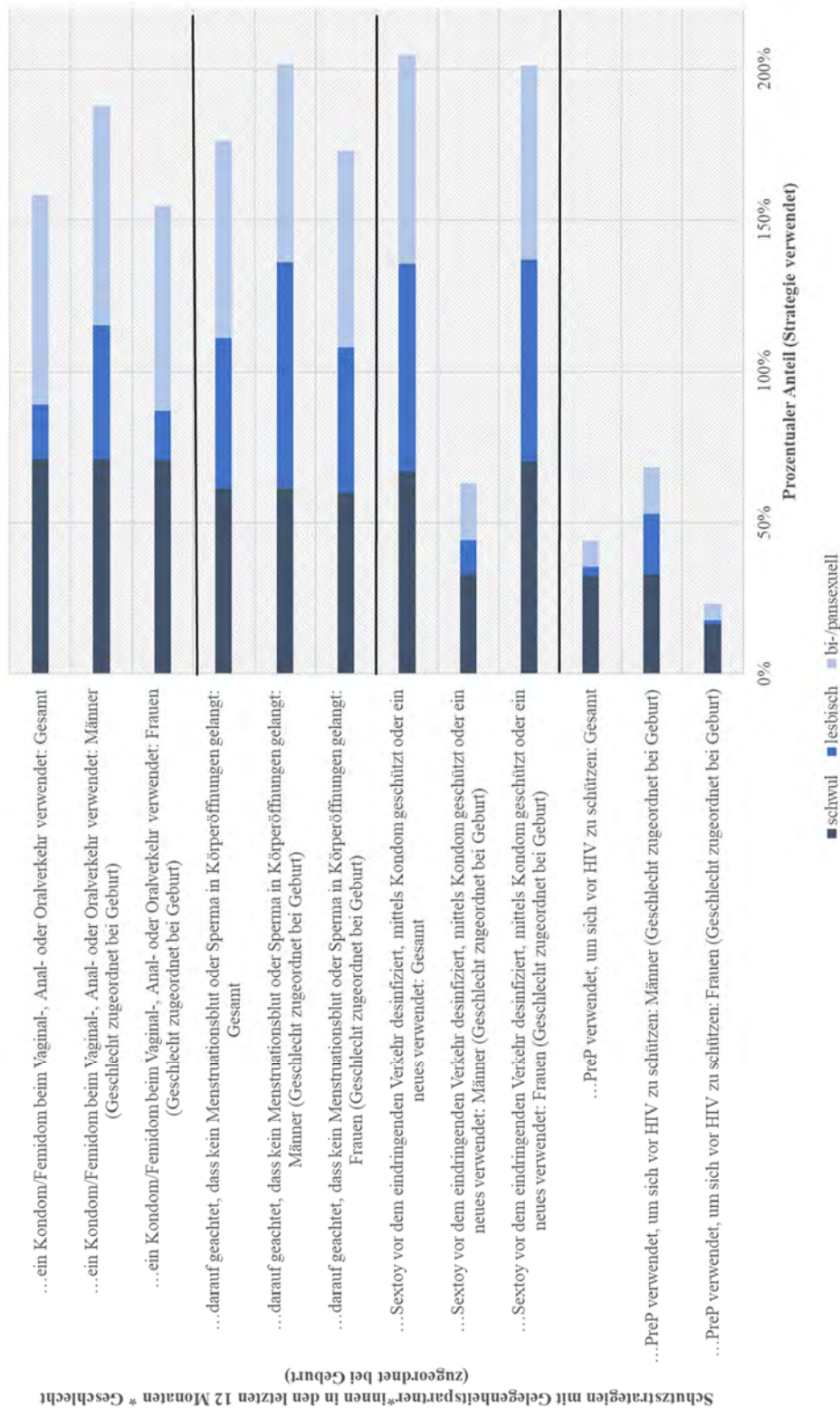


Abbildung 19: Verwendung ausgewählter Schutzstrategien beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen im letzten Jahr vor der Befragung, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Sexuell übertragbare Krankheiten (STI)

Mehr als die Hälfte der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Teilnehmenden hatte noch nie im Leben einen HIV-Test gemacht (54,0 %).²⁴² Dabei zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den LGB Personen und der übrigen Bevölkerung.²⁴³ So hatten deutlich mehr schwule Männer angegeben, dass sie vor mehr als 12 Monaten (43,3 %) und in den letzten 12 Monaten (42,4 %) einen HIV-Test gemacht haben, als heterosexuelle Personen (38,2 % bzw. 6,8 %). Und auch die befragten lesbischen Frauen (11,0 % bzw. 48,8 %) und bisexuellen Personen (18,1 % bzw. 52,7 %) hatten im Vergleich mit der übrigen Bevölkerung häufiger einen HIV-Test gemacht – sei dies in den letzten 12 Monaten vor der Befragung oder vor mehr als 12 Monaten. Dieser Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und einer HIV-Testung zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres sowie des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten. So hatten im Vergleich zur übrigen Bevölkerung schwule Männer eine 7-mal so hohe Wahrscheinlichkeit ($OR=7,31$)²⁴⁴, bereits mindestens einen HIV-Test gemacht zu haben als noch nie. Bisexuelle Personen hatten eine knapp 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit ($OR=2,83$).²⁴⁵ Bemerkenswert ist ausserdem, dass sich sowohl ein signifikanter Geschlechter- als auch Alterseffekt zeigte. So hatten Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, bereits mindestens einmal einen HIV-Test gemacht zu haben ($OR=1,24$)²⁴⁶ (vgl. Abb. 20). Während dies auch auf die 30-49-Jährigen im Vergleich zu den 16-29-jährigen Befragten zutraf ($OR=2,07$), hatten die ab 50-Jährigen eine geringe Wahrscheinlichkeit, einen HIV-Test gemacht zu haben ($OR=0,78$).²⁴⁷ Darüber hinaus zeigte sich ein Bildungseffekt, wobei höher gebildete Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, einen HIV-Test gemacht zu haben.

Hinsichtlich des Befundes anderer Studien, wonach lesbische Frauen im Vergleich zu schwulen Männern seltener einen HIV-Test machen lassen (vgl. Kap. 2.3) kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse gesagt werden, dass dies auch für die Schweiz zu gelten scheint. So hatten unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und Nationalität der Befragten schwule Männer im Vergleich zu lesbischen Frauen eine etwa 5-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, bereits mindestens einmal einen HIV-Test gemacht zu haben ($OR=4,85$)²⁴⁸. Ein Befund, der vermutlich durch das höhere HIV-Risiko für schwule Männern zu erklären ist (vgl. Kap. 2.3).

²⁴²Insgesamt haben 29'591 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

²⁴³ $\chi^2(6)=689,541, p < .001$

²⁴⁴ $p < .001$

²⁴⁵ $p < .001$

²⁴⁶ $p < .001$

²⁴⁷Jeweils $p < .001$

²⁴⁸ $p < .001$

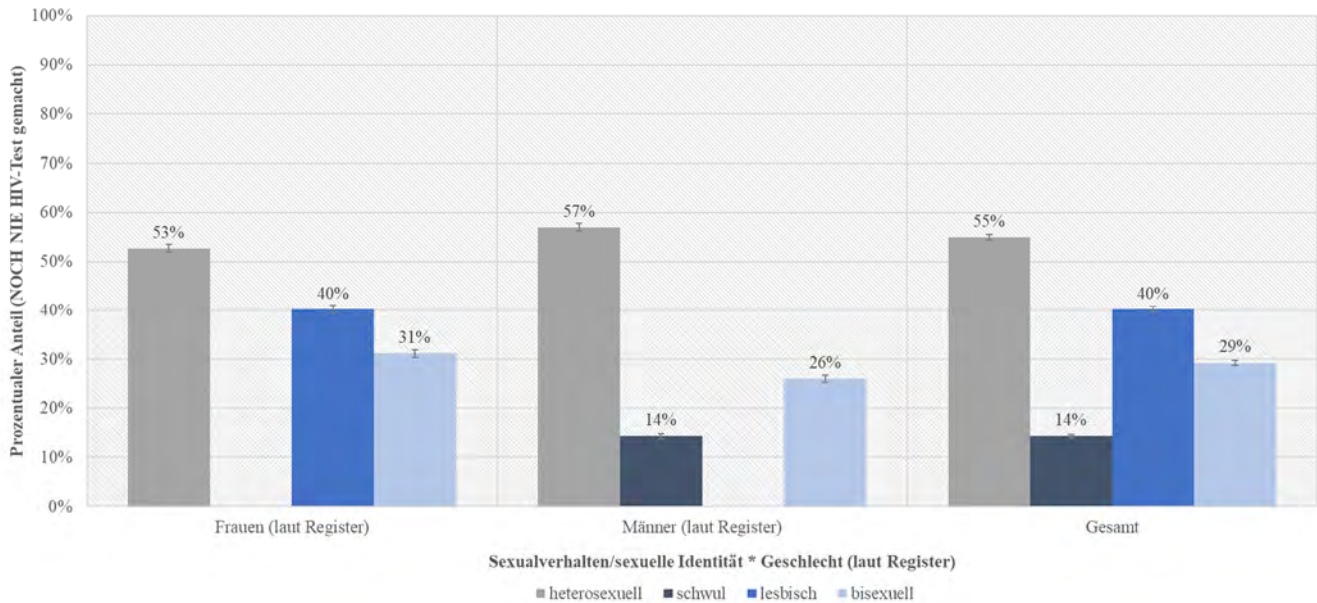


Abbildung 20: HIV-Testung (noch nie), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Im Rahmen der «LGBT Health» haben insgesamt 59 Prozent angegeben, dass sie bereits einmal im Leben mindestens einen HIV-Test gemacht haben.²⁴⁹ Die Befragten hatten in ihrem bisherigen Leben zwischen einem und geschätzten 601 Tests gemacht.²⁵⁰ Fast ein Drittel (32,5 %) aller Befragten hatte mehr als zwei HIV-Tests im Leben gemacht und von denen, die bereits einmal einen Test gemacht haben, hatten sich 40 Prozent im letzten Jahr vor der Erhebung testen lassen. Dabei zeigten sich wieder signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.²⁵¹ So hatten sich schwule Personen bereits deutlich häufiger in ihrem Leben mindestens einmal auf HIV testen lassen (86,2 %) als die anderen Vergleichsgruppen (39,3 % bzw. 48,9 %). Dieser Zusammenhang zwischen HIV-Testung und der sexuellen Identität der Befragten zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten sowie der Verwendung eines Kondoms oder Femidoms beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung. So hatten lesbische Personen im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, bereits einmal im Leben einen HIV-Test gemacht zu haben als nie ($OR=0,45$)²⁵². Schwule Personen hatten hingegen eine 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit ($OR=2,25$)²⁵³. Darüber hinaus zeigten sich sowohl ein signifikanter Alters- als auch Geschlechtereffekt, wobei – wie in der SGB – Angehörige der Alterskohorte «30-49 Jahre» ($OR=1,95$)²⁵⁴ im Vergleich zu den 15-29-Jährigen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits einen HIV-Test gemacht zu haben. Das Gleiche galt für Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugeordnet worden war, im Vergleich zu Personen, denen ein weibliches Geschlecht zugeordnet worden war ($OR=4,19$).²⁵⁵ Bemerkenswert ist, dass sich ausserdem ein Zusammenhang zwischen einer HIV-Testung und dem Bildungsstatus der Befragten zeigte, wobei Personen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits mindestens einmal im Leben einen HIV-Test gemacht zu haben ($OR=1,90$), als Personen mit einem anderen Bildungsabschluss.²⁵⁶

²⁴⁹ Hierbei wurden auch die Personen eingeschlossen, die noch nie im Leben Geschlechtsverkehr gehabt haben ($n=1'817$).

²⁵⁰ $M=9,84$; $Md=3,00$; $SD=34,79$

²⁵¹ $\chi^2(2)=314,775$, $p < .001$

²⁵² $p=.004$

²⁵³ $p=.011$

²⁵⁴ $p=.006$

²⁵⁵ $p < .001$

²⁵⁶ $p=.006$

Neben dem Umstand, dass lesbische Personen seltener einen HIV-Test gemacht haben als die anderen Vergleichsgruppen, war ihr letzter Test auch häufiger mehr als 12 Monate her. So hatten sich 17 Prozent der befragten lesbischen Personen im Jahr vor der Befragung testen lassen, während dies auf mehr als ein Drittel der bi-/pansexuellen (37,0 %) und gut die Hälfte der schwulen Personen (51,2 %) zutraf.²⁵⁷ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten sowie der Kondom- bzw. Femidomnutzung beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen war dieser Zusammenhang zwischen sexueller Identität und Zeitpunkt des letzten HIV-Tests jedoch statistisch nicht mehr signifikant. Allerdings zeigte sich, dass Personen, die ein Kondom oder Femidom beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten genutzt hatten, im Vergleich zu Personen, die dies nicht getan hatten, eine 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, dass ihr letzter HIV-Test im Jahr vor der Befragung und nicht länger her war ($OR=3,09$)²⁵⁸. Dies scheint somit eine für die Übertragung von STI beim ungeschützten Sex besonders sensibilisierte Gruppe zu sein.

Bei vier Prozent der Befragten, die sich bereits einmal auf HIV testen liessen, war der Test positiv (**HIV-Infektion**).²⁵⁹ Der grösste Anteil positiv getesteter Personen war in der Gruppe der schwulen Personen (7,2 %), hingegen war nur eine der befragten lesbischen (0,4 %) und drei der befragten bi-/pansexuellen Personen (1,0 %) HIV-positiv. Die gefundenen Unterschiede waren statistisch signifikant,²⁶⁰ aufgrund der geringen Gruppengrössen konnten jedoch keine differenzierten Analysen durchgeführt werden.

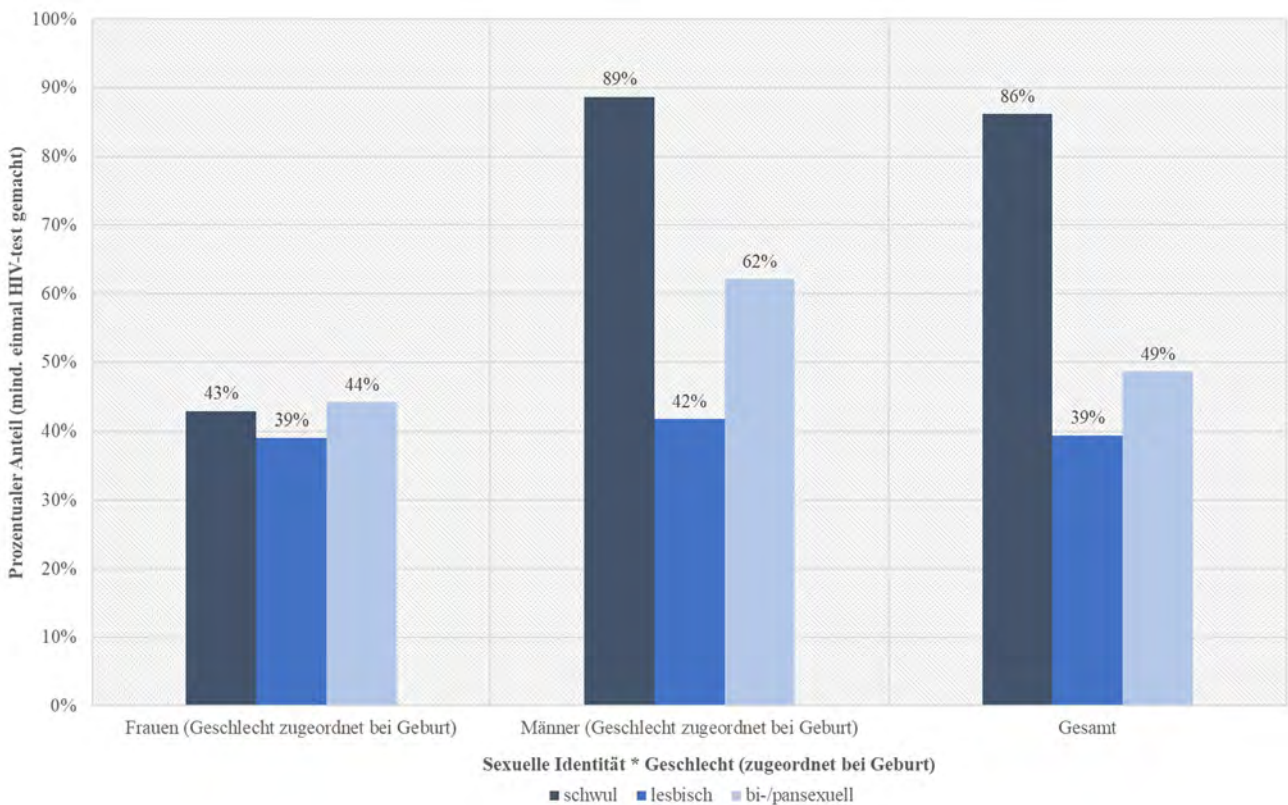


Abbildung 21: HIV-Testung, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

²⁵⁷ $\chi^2(2)=78,430, p < .001$; hier wurden nur die Personen eingeschlossen, die bereits einmal einen HIV-Test gemacht haben ($n=1'114$).

²⁵⁸ $p < .001$

²⁵⁹ Insgesamt waren 44 Personen HIV-positiv.

²⁶⁰ $\chi^2(2)=28,390, p < .001$

Im Rahmen der «LGBT Health» wurden die Teilnehmer*innen neben HIV noch nach anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) gefragt, namentlich Chlamydien, Syphilis und Gonorrhö. Jeweils etwa 70 Prozent der Befragten hatte sich bereits einmal im Leben auf Chlamydien (71,0 %), Syphilis (69,8 %) und/oder Gonorrhö (70,1 %) testen lassen.²⁶¹ Von den getesteten Personen waren jeweils etwas weniger als ein Fünftel mindestens einmal positiv auf Chlamydien (16,6 %) bzw. Gonorrhö (16,4 %) getestet worden, bei 9 Prozent konnte Syphilis nachgewiesen werden. Bezüglich einer nachgewiesenen Infektion mit einer der drei genannten STI zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So wurde bei schwulen Personen deutlich häufiger eine der drei STI diagnostiziert als bei den anderen Gruppen (vgl. Abb. 22). Dies galt für eine Chlamydien-Infektion auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten. Aufgrund der geringen Gruppengrösse konnten keine weiteren Analysen bezüglich einer Infektion mit Syphilis oder Gonorrhö durchgeführt werden. Die Ergebnisse sind entsprechend mit Vorsicht zu interpretieren.

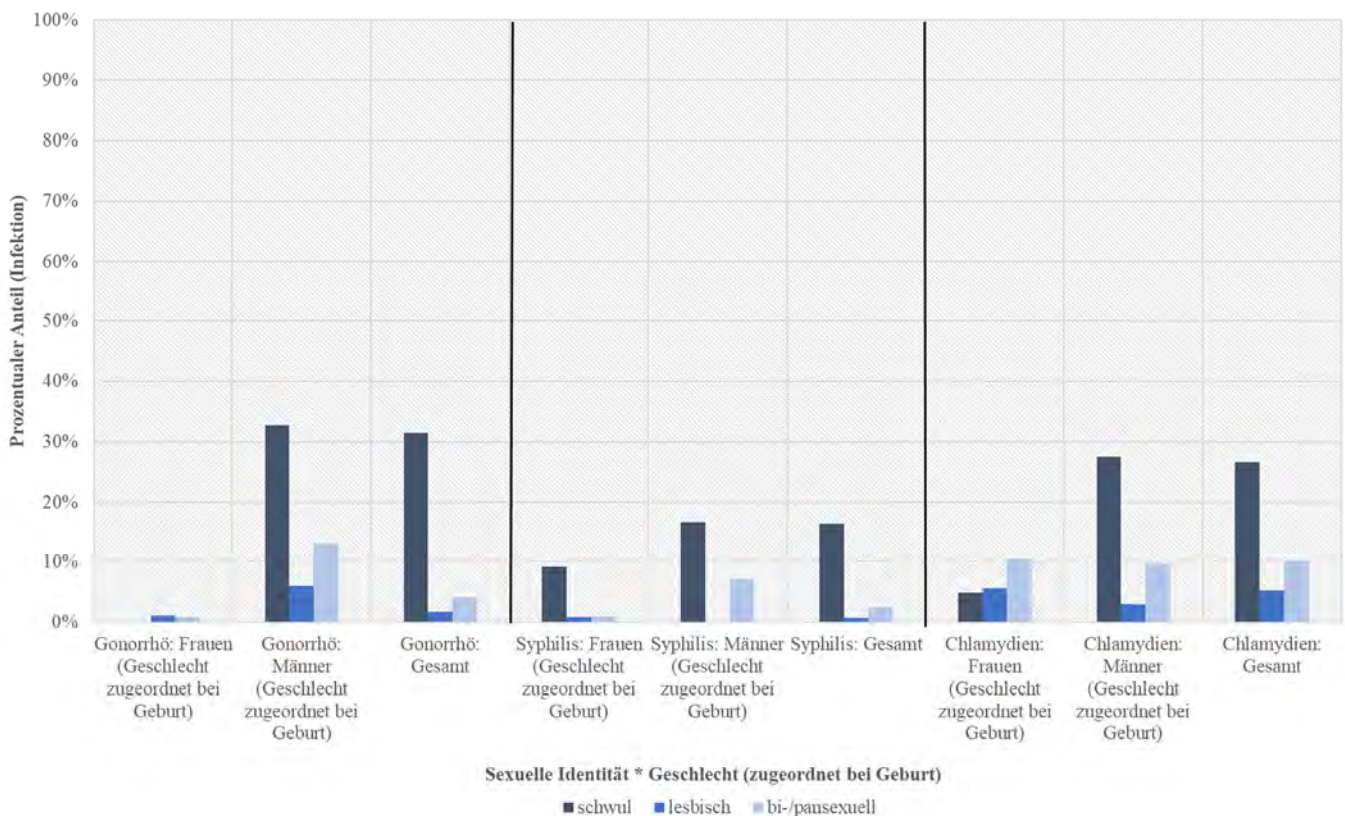


Abbildung 22: Ausgewählte sexuell übertragbare Krankheiten (Infektion), differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

²⁶¹ Insgesamt haben 1'208 LGB Personen bereits einmal im Leben einen Test auf Chlamydien gemacht, 1'190 einen Test auf Syphilis und 1'200 auf Gonorrhö.

Zwischenfazit: Sexualverhalten und Schutzstrategien

Die Ergebnisse unterstützen (ausser bei der PrEP) die vorhandenen schweizerischen und internationalen Befunde (vgl. Kap. 2.3). LGB Personen gaben signifikant häufiger als die übrige Bevölkerung an, mit mehr als einer Person in den letzten 12 Monaten Sex gehabt zu haben, wobei schwule Männer dies am häufigsten angaben. Betrachtet man den letzten sexuellen Kontakt zum Zeitpunkt der Befragung, zeigt sich, dass fast die Hälfte der schwulen Männer angab, beim letzten Sex ein Kondom verwendet zu haben, während etwa ein Drittel der bisexuellen und gut ein Fünftel der heterosexuellen Personen dies getan haben. Hierbei zeigte sich ein Alterseffekt, wobei jüngere Personen (16-29 Jahre) beim letzten Sex deutlich häufiger ein Kondom verwendet hatten als die älteren Alterskohorten (30-49 Jahre; ab 50 Jahre). Die Ergebnisse der «LGBT Health» zeigen, dass signifikante Unterschiede in der Anwendung von HIV/STI-Schutzstrategien zwischen den LGB-Gruppen bestehen. Erwartungsgemäss wurden die Schutzstrategien beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen deutlich häufiger angewendet als beim letzten Sexualkontakt in einer Partnerschaft. Darüber hinaus verwendeten etwa trans und non-binäre LGB Personen im Vergleich zu den befragten cis LGB Personen deutlich häufiger desinfizierte, mit Kondom geschützte oder neue Sextoys. Eine Prä-expositionsprophylaxe (PrEP) nutzten dagegen in erster Linie die befragten schwulen Personen und Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen worden war, um sich beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen vor HIV zu schützen. Auch in Bezug auf die Lebenszeitprävalenz der Verwendung der PrEP waren die schwulen Männer mit 20 Prozent in der Mehrheit.²⁶² Und auch hier zeigte sich ein Alterseffekt: Jüngere Personen (15-29-Jährige) hatten eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, in ihrem Leben bereits eine PrEP verwendet zu haben, als die älteren LGB Personen. Die Ergebnisse zur PrEP-Nutzung der schwulen Männer unterscheiden sich deutlich von den nationalen und internationalen Reviews (vgl. Kap. 2.3). Bei der EMIS-2017 gaben jeweils etwa vier Prozent der HIV-negativen MSM an, jemals oder aktuell zum Zeitpunkt der Befragung die PrEP genutzt zu haben (Weber et al., 2019, S. 59f.). 39 Prozent aller MSM antworteten, dass sie die PrEP einnehmen würden, wenn diese verfügbar und bezahlbar wäre (ebd., S. 71). Es stellt sich die Frage, ob sich die 2017 festgestellte hohe Einnahmefähigkeit von PrEP nun in 2021 in entsprechend höheren Nutzungszahlen bei MSM in der Schweiz zeigt, u. a. auch beeinflusst durch das Programm «SwissPrEPaired»²⁶³, in dem mittlerweile über 4'000 MSM (Stand November 2021) eingeschlossen wurden und PrEP in medizinischer Begleitung einnehmen.²⁶⁴

Sowohl in Bezug auf die letzten 12 Monate als auch länger zurückliegend zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf das HIV-Testverhalten. LGB Personen haben deutlich häufiger einen HIV-Test gemacht als heterosexuelle Personen. Die schwulen Männer hatten im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine 7-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, bereits mindestens einmal einen HIV-Test gemacht zu haben, bisexuelle Personen eine 3-mal so hohe. Die Daten der «LGBT Health» zeigen, dass schwule Personen sich von den befragten LGB-Gruppen am häufigsten und lesbische Personen am seltensten auf HIV testen liessen. 4 Prozent der Personen der «LGBT Health»-Befragung gaben an, HIV-positiv zu sein. Der grösste Anteil positiv getesteter Personen – kongruent mit nationalen und internationalen Studienergebnissen – lag bei den schwulen Männern (7,2 %). Nimmt man zur Kenntnis, dass 0,2 Prozent²⁶⁵ der Schweizer Bevölkerung Träger*innen des HI-Virus sind, muss man davon ausgehen, dass bei schwulen und bi-/pansexuellen Personen in der Schweiz deutlich höhere HIV-Prävalenzen vorliegen als bei der restlichen Bevölkerung. Bezüglich der Testung und der Lebenszeitprävalenzen von anderen STI zeigt sich, dass sich mehr als zwei Drittel der LGBT Personen bereits einmal in ihrem Leben auf Chlamydien, Syphilis und/oder Gonorrhö testen liessen; von den jemals Getesteten waren jeweils etwa 16 Prozent mindestens einmal positiv auf Chlamydien bzw. Gonorrhö getestet worden, bei 9 Prozent konnte Syphilis nachgewiesen werden. Bei schwulen Personen wurde deutlich häufiger eine der drei genannten STI diagnostiziert als bei den anderen Gruppen.

²⁶² Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde, und die sich selbst als «schwul/gay» identifiziert haben.

²⁶³ <https://www.swissPrEPaired.ch/>

²⁶⁴ Das BAG (2021b, S. 22) führt neben der Reduktion der sexuellen Kontakte aufgrund der COVID-19-Pandemie den überproportionalen Rückgang der HIV-Diagnosen bei MSM im Jahr 2020 u. a. auch auf SwissPrEPaired zurück.

²⁶⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/gesamtbevoelkerung-achse1.html>

Im Jahr 2020 ist die Anzahl der HIV-Infektionen (-28 %), Chlamydiose (-15 %), Gonorrhö (-25 %) und Syphilis (-36 %) – gegenüber den durchschnittlichen jährlichen Inzidenzen von 2015 bis 2019 – zurückgegangen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2021a, S. 9). Die Gründe könnten sein, dass die Anzahl sexueller Kontakte aufgrund der Kontaktbeschränkungen während der COVID-19-Pandemie gegenüber der Zeit davor eher zurückgegangen sind oder dass es bei gleicher Inzidenz von STI weniger Fälle gemeldet wurden (BAG, 2021a, S. 11). Inwieweit diese Entwicklung auch für LGBT Personen in der Schweiz gilt, ist nicht bekannt. Bei der Interpretation der Befunde ist jedoch das unterschiedliche Testverhalten zu berücksichtigen.

4.3.1.6 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch LGBT Personen und durch die übrige Bevölkerung in der Schweiz wurden im Rahmen beider Befragungen (SGB, «LGBT Health») die folgenden Indikatoren berücksichtigt:

- Anzahl der Arztbesuche (insgesamt, Generalist*innen, Spezialist*innen, Psycholog*innen/Psychiater*innen, Notfall)
- Wahrnehmen von Untersuchungen zur Krebsvorsorge
- Hormonersatzbehandlung im Zusammenhang mit den Wechseljahren (Frauen ab 35 Jahren [Geschlecht laut Register bzw. zugeordnet bei Geburt])

Im Rahmen der «LGBT Health» wurden trans/non-binäre Personen zudem nach einer allfälligen Hormonersatzbehandlung im Rahmen einer Transition sowie nach weiteren bereits durchgeführten und geplanten geschlechtsangleichenden Massnahmen gefragt. Alle Befragten der «LGBT Health» wurden zudem gebeten, anzugeben, wie häufig sie Endokrinolog*innen besucht haben und ob sie bereits einen Coronatests gemacht haben.

Arztbesuche

Die Mehrheit der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen (78,7 %) war im Verlauf des Jahres vor der Erhebung bei **einem Arzt bzw. einer Ärztin** gewesen.²⁶⁶ Beim Vergleich zwischen den Subgruppen zeigte sich, dass im Vergleich zu heterosexuellen Personen (78,7 %) schwule Männer (74,7 %) etwas seltener und lesbische Frauen (83,1 %) und bisexuelle Personen (83,5 %) häufiger einen Arzt bzw. eine Ärztin aufgesucht haben (vgl. Abb. 23).²⁶⁷ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie des selbstwahrgenommenen Gesundheitszustands war dieser Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und Arztbesuchen jedoch statistisch nicht mehr signifikant. Einen stärkeren Einfluss als das Sexualverhalten bzw. die sexuelle Identität hatte das Geschlecht der Befragten (laut Register), wobei Frauen im Vergleich zu Männern eine etwa 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, beim Arzt bzw. bei einer Ärztin gewesen zu sein ($OR=2,85$).²⁶⁸ Darüber hinaus hatte erwartungsgemäss der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand und das Alter der Befragten einen starken Einfluss auf Arztbesuche im letzten Jahr vor der Befragung, wobei Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut bezeichneten, im Vergleich zu solchen, die ihn als mittelmässig oder (eher) schlecht bezeichneten, eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, bei einem Arzt bzw. einer Ärztin gewesen zu sein ($OR=0,23$), Personen ab 50 Jahren hatten im Vergleich zu 16-29-Jährigen hingegen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,20$).²⁶⁹

Etwas deutlicher wurden die Unterschiede zwischen den Subgruppen, wenn zwischen Besuchen bei Generalist*innen und Spezialist*innen im letzten Jahr unterschieden wurde. Insgesamt waren zwei Drittel (66,3 %) aller Befragten der SGB (2012, 2017) bei einer bzw. einem **Allgemeinmediziner*in (inkl. Hausarzt/ Hausärztin)** gewesen.²⁷⁰

²⁶⁶ Eingeschlossen wurden Arztbesuche (ohne Frauenarztbesuche); hierzu lagen Angaben von 29'815 Personen (gewichtet) vor.

²⁶⁷ $\chi^2(3)=12,187, p=.007$

²⁶⁸ $p < .001$

²⁶⁹ Jeweils $p < .001$

²⁷⁰ Insgesamt haben 29'850 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

Es waren mehr lesbische Frauen (76,3 %) und etwas mehr bisexuelle Personen (70,5 %) bei einem bzw. einer Allgemeinmediziner*in gewesen als heterosexuelle Personen (66,1 %) und schwule Männer (67,8 %) (vgl. Abb. 23).²⁷¹ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands zeigte sich, dass bisexuelle Personen ($OR=1,24$)²⁷² und lesbische Frauen ($OR=1,69$)²⁷³ im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bei einem bzw. einer Allgemeinmediziner*in im Jahr vor der Befragung gewesen zu sein. Bei **einem Spezialisten bzw. einer Spezialistin** waren im Jahr vor der Befragung insgesamt deutlich weniger Personen gewesen (38,6 %).²⁷⁴ Im Vergleich zu heterosexuellen Personen (38,4 %) waren LGB Personen jedoch deutlich häufiger bei Spezialist*innen gewesen (40,8-58,5 %) (vgl. Abb. 23).²⁷⁵ Dieser Zusammenhang war auch unter Berücksichtigung der genannten Merkmale statistisch signifikant.²⁷⁶ In Bezug auf die Inanspruchnahme eines Spezialisten bzw. einer Spezialistin zeigten sich ausserdem ein signifikanter Geschlechter-, Alters- und Bildungseffekt, wobei Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) ($OR=1,16$), ältere (über 50 Jahre) gegenüber jüngeren (16-29 Jahre) Personen ($OR=1,44$) und Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss gegenüber Personen mit keinem oder einem obligatorischen Schulabschluss ($OR=1,63$) eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, eine*n Spezialisten bzw. Spezialistin im letzten Jahr aufgesucht zu haben.²⁷⁷

Knapp 8 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) Befragten hatten im letzten Jahr vor der Befragung eine*n **Psycholog*in oder Psychiater*in** aufgesucht (7,5 %).²⁷⁸ Dabei waren LGB Personen (12,1-19,0 %) deutlich häufiger bei einer bzw. einem Psycholog*in oder Psychiater*in gewesen als die übrige Bevölkerung (7,1 %) (vgl. Abb. 23).²⁷⁹ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie des subjektiven Gesundheitszustands hatten schwule Männer ($OR=1,75$),²⁸⁰ lesbische Frauen ($OR=2,39$)²⁸¹ und bisexuelle Personen ($OR=2,94$)²⁸² im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine (tendenziell) höhere Wahrscheinlichkeit, eine*n Psycholog*in oder Psychiater*in im letzten Jahr aufgesucht zu haben. Zudem zeigte sich unter Berücksichtigung der genannten Merkmale und der Gruppenzugehörigkeit ein signifikanter Geschlechter- und Alterseffekt. So hatten Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,63$) und Personen über 50 Jahre gegenüber jüngeren Personen (15-29 Jahre) eine geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,66$), ein*e Psycholog*in/Psychiater*in im letzten Jahr vor der Befragung aufgesucht zu haben.²⁸³ Darüber hinaus hatten Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss im Vergleich zu Personen mit keinem oder obligatorischem Schulabschluss eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,49$),²⁸⁴ im letzten Jahr bei eine*r Psycholog*in/Psychiater*in gewesen zu sein.

Von den im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Frauen (Geschlecht laut Register) haben zwei Drittel (64,7 %) im letzten Jahr ein*e **Frauenarzt/-ärztin** besucht.²⁸⁵ Im Vergleich zu lesbischen (60,3 %) und heterosexuellen Frauen (64,6 %) hatten bisexuelle Frauen (69,9 %) tendenziell häufiger eine*n Frauenarzt/-ärztin im letzten Jahr besucht (vgl. Abb. 23).²⁸⁶ Dass lesbische Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen deutlich seltener bei einem bzw. einer Frauenarzt/-ärztin war, überrascht nicht vor dem Hintergrund negativer Erfahrungen, wie z. B. unnötigen Tests (vgl. Kap. 4.2.2 und 2.1). Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsabschlusses und des

²⁷¹ $\chi^2(3)=9,410$, $p=.024$

²⁷² $p=.020$

²⁷³ $p=.054$ (tendenziell statistisch signifikant)

²⁷⁴ Die Frage haben 29'857 Personen beantwortet.

²⁷⁵ $\chi^2(3)=23,573$, $p < .001$

²⁷⁶ Schwule Männer: $OR=1,55$; $p=.002$; lesbische Frauen: $OR=2,03$; $p=.003$; bisexuelle Personen: $OR=1,28$; $p=.005$

²⁷⁷ Jeweils $p < .001$

²⁷⁸ Hierzu lagen Informationen von 29'791 Personen (gewichtet) vor.

²⁷⁹ $\chi^2(3)=153,753$, $p < .001$

²⁸⁰ $p=.077$

²⁸¹ $p < .001$

²⁸² $p < .001$

²⁸³ Jeweils $p < .001$

²⁸⁴ $p < .001$

²⁸⁵ Insgesamt haben 14'530 Frauen (Geschlecht laut Register) (gewichtet) diese Frage beantwortet.

²⁸⁶ $\chi^2(3)=5,647$; $p=.059$

persönlichen Nettoeinkommens der Befragten war dieser Zusammenhang jedoch statistisch nicht mehr signifikant.²⁸⁷

Etwa elf Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen musste im letzten Jahr vor der Befragung **notfallmässig ins Spital** (10,5 %).²⁸⁸ Im Vergleich zu lesbischen Frauen (9,8 %), bisexuellen (10,6 %) und heterosexuellen Personen (10,5 %) waren schwule Männer (4,7 %) deutlich seltener notfallmässig im Spital gewesen (vgl. Abb. 23).²⁸⁹ Jedoch war dieser Unterschied unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie des subjektiven Gesundheitszustands statistisch nur tendenziell signifikant.²⁹⁰

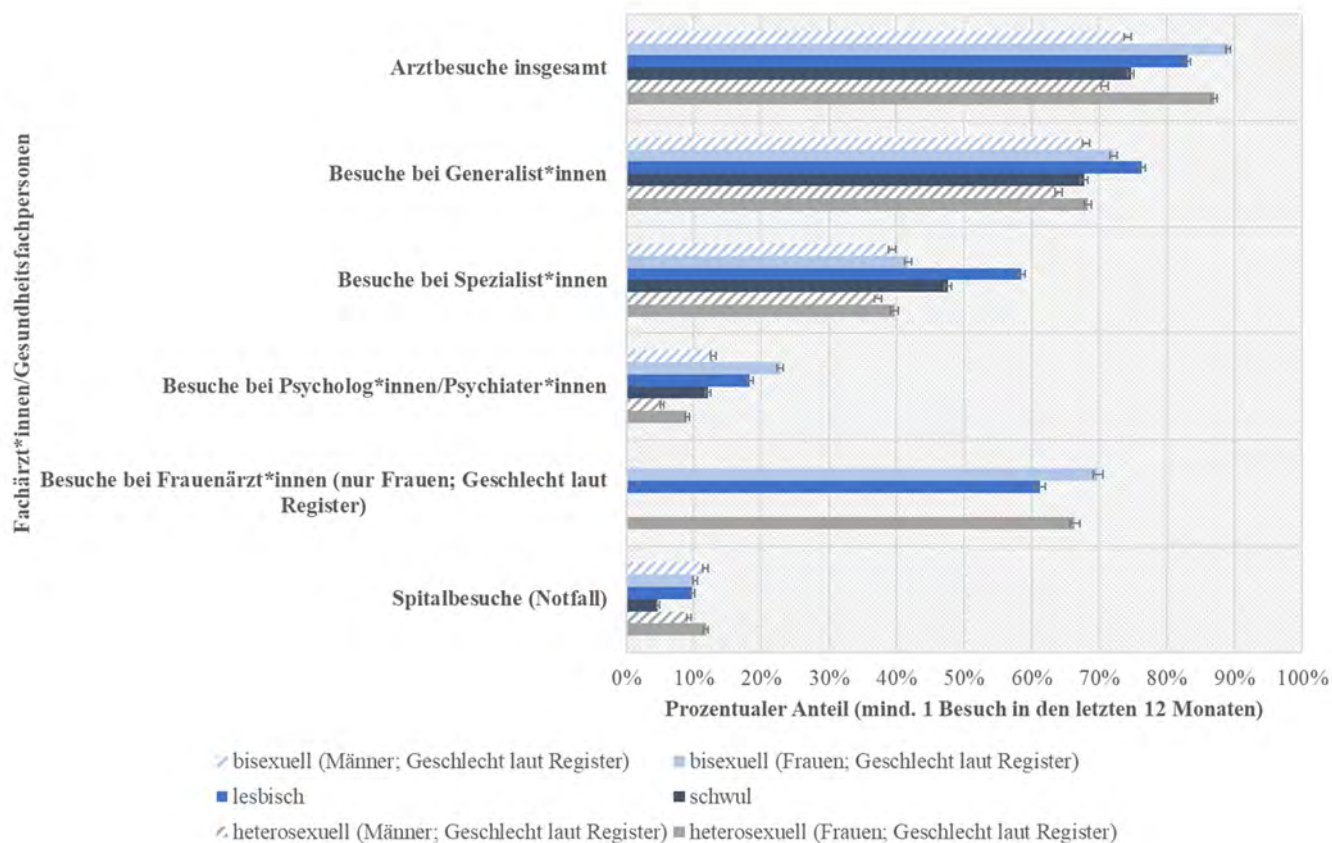


Abbildung 23: Besuche bei verschiedenen Fachärzt*innen/Gesundheitsfachpersonen im letzten Jahr vor der Befragung, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

In der «LGBT Health» haben ebenfalls etwas mehr als zwei Drittel (71,0 %) aller Teilnehmenden angegeben, dass sie im letzten Jahr mindestens einmal bei einem*r **Allgemeinmediziner*in (inkl. Hausarzt / Hausärztin)** gewesen sind.²⁹¹ Es haben signifikant mehr trans/non-binäre Personen und schwule cis Männer als bisexuelle cis Personen und lesbische cis Frauen angegeben, dass sie im letzten Jahr vor der Erhebung mindestens einmal bei eine*r Allgemeinmediziner*in gewesen sind (vgl. Abb. 24).²⁹² Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten sowie der Veränderung des Gesundheitszustands durch die COVID-19-Pandemie erwies sich dieser Zusammenhang zwischen sexueller Identität bzw. Geschlechtsidentität

²⁸⁷ Lesbische Frauen: $p=.199$; bisexuelle Frauen: $p=.479$

²⁸⁸ Die Frage haben 29'835 Personen (gewichtet) beantwortet.

²⁸⁹ $\chi^2(3)=8,221$, $p=.042$

²⁹⁰ $p=.071$

²⁹¹ Insgesamt haben 2'032 Personen diese Frage beantwortet.

²⁹² $\chi^2(3)=8,256$ $p=.041$

und der Inanspruchnahme von Allgemeinmediziner*innen jedoch als statistisch nicht mehr signifikant. Vielmehr zeigte sich, dass Personen, deren Gesundheitszustand im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie gleich geblieben war, eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,68$)²⁹³ hatten, im letzten Jahr vor der Erhebung Leistungen der Allgemeinmedizin in Anspruch genommen zu haben, als Personen deren Gesundheitszustand sich verschlechtert hatte. Erwartungsgemäss zeigte sich ausserdem ein signifikanter Alterseffekt, wobei ältere Personen (über 50 Jahre) gegenüber jüngeren Personen (15-29 Jahre) eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,77$)²⁹⁴ hatten, im letzten Jahr vor der Erhebung eine*n Allgemeinmediziner*in besucht zu haben.

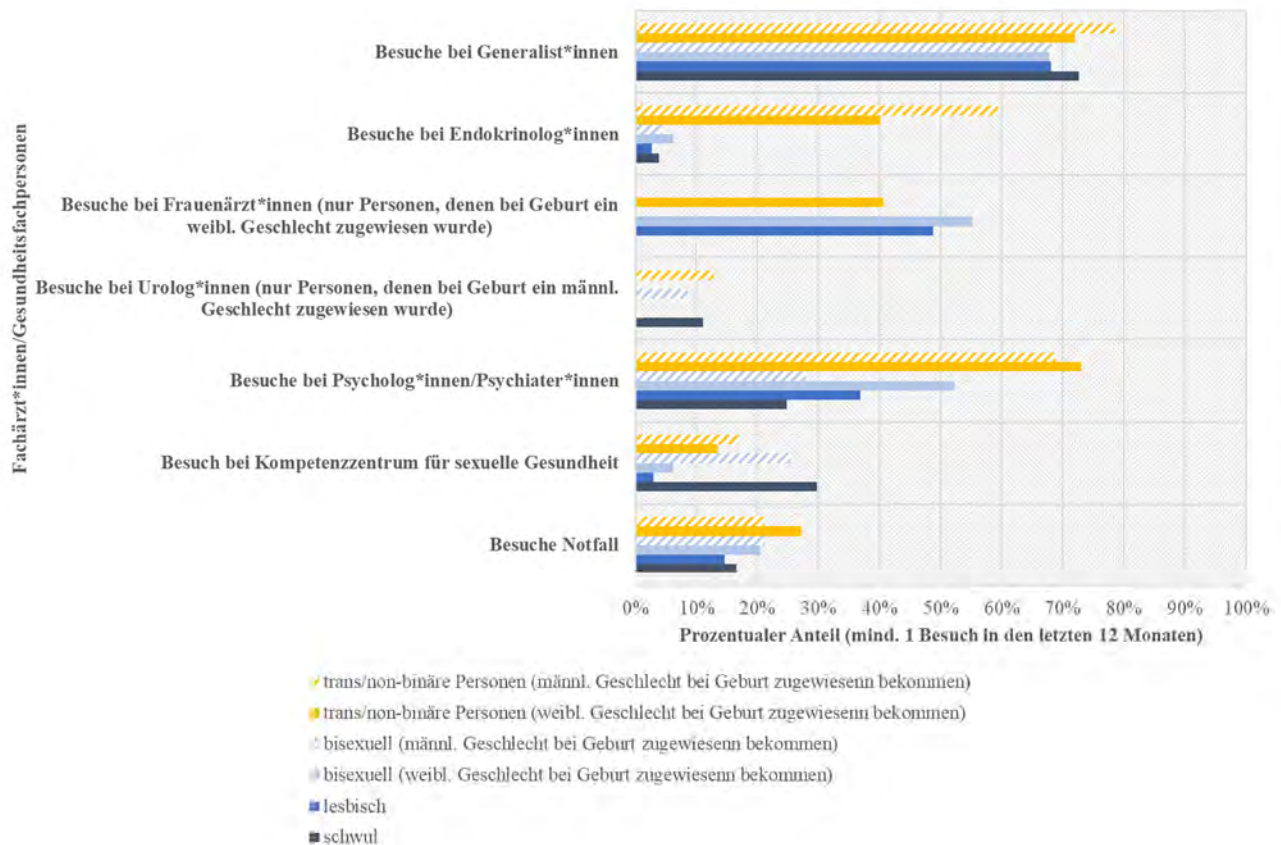


Abbildung 24: Besuche bei verschiedenen Fachärzt*innen/Gesundheitsfachpersonen im letzten Jahr vor der Befragung, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

44 Prozent im Rahmen der «LGBT Health» Befragten haben im letzten Jahr aufgrund eines psychischen Problems eine*n **Psycholog*in** (35,9 %) **und/oder einen Psychiater** (24,6 %) aufgesucht.²⁹⁵ Dabei haben dies deutlich mehr trans/non-binäre Personen (71,0 %) getan als LGB cis Personen (24,8-47,5 %) (vgl. Abb. 24).²⁹⁶ Dieser Zusammenhang zwischen sexueller bzw. Geschlechtsidentität und Besuch bei Psycholog*innen/Psychiater*innen zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten sowie von Veränderungen des Gesundheitszustandes seit der Corona-Pandemie. Dabei hatten im Vergleich zu trans/non-binären Personen schwule cis Männer ($OR=0,16$), lesbische cis Frauen ($OR=0,22$) und bisexuelle cis Personen ($OR=0,30$) eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit,²⁹⁷ im Jahr vor der Befragung Psycholog*innen oder Psychiater*innen aufgesucht zu haben.²⁹⁸ Es zeigte sich zudem, dass ältere Personen über 50 Jahre

²⁹³ $p=.001$

²⁹⁴ $p < .001$

²⁹⁵ Insgesamt haben 1'913 Personen diese Frage beantwortet.

²⁹⁶ $\chi^2(3)=245,384, p < .001$

²⁹⁷ Jeweils $p < 001$

²⁹⁸ Jeweils $p < 001$

($OR=0,43$) im Vergleich zu jüngeren Personen (15-29 Jahre) sowie Personen mit einem seit der Pandemie unveränderten Gesundheitszustand ($OR=0,64$) gegenüber Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand ebenfalls eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten,²⁹⁹ im letzten Jahr ein*e Psycholog*in oder Psychiater*in aufgesucht zu haben. Die Unterschiede zwischen trans/non-binären Personen im Vergleich zu LGB cis Personen sind vermutlich mit geplanten oder laufenden Massnahmen zur Geschlechtsangleichung der befragten trans/non-binären Personen zu erklären, die eine Konsultation bei einem bzw. einer Psycholog*in bzw. Psychiater*in voraussetzen. Dies unterstreicht auch ein Vergleich nach Geschlechtsidentität der Befragten: So hatten im Vergleich zu cis Personen (33,5 %) deutlich mehr trans (71,7 %) und non-binäre (70,0 %) Personen angegeben, dass sie psychologische oder psychiatrische Leistungen im Jahr vor der Erhebung in Anspruch genommen haben. Und unter zusätzlicher Berücksichtigung der Planung von medizinischen Massnahmen zur Geschlechtsangleichung war der Zusammenhang zwischen den LGB cis Gruppen und den trans/non-binären Personen auch nicht mehr statistisch signifikant. Allein die befragten schwulen cis Männer hatten im Vergleich zu trans/non-binären Personen noch eine tendenziell signifikant geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,12$),³⁰⁰ ein*e Psycholog*in bzw. Psychiater*in im letzten Jahr aufgesucht zu haben. Trans und non-binäre Personen gehen demnach nicht häufiger aufgrund psychischer Probleme zu Psycholog*innen bzw. Psychiater*innen, sondern aufgrund geplanter Massnahmen zur Geschlechtsangleichung.³⁰¹ Entsprechend hatten Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung medizinische Massnahmen zur Geschlechtsangleichung geplant haben, eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=2,27$),³⁰² ein*e Psycholog*in bzw. Psychiater*in im letzten Jahr aufgesucht zu haben, als Personen, die keine solchen Massnahmen geplant haben. Insgesamt wurden Psycholog*innen bzw. Psychotherapeut*innen (35,4 %) häufiger als Psychiater*innen (24,6 %) von den befragten LGBT Personen besucht. Dies zeigte sich auch für trans und non-binäre Personen. Von ihnen hatten 56 bzw. 61 Prozent psychologische oder psychotherapeutische Dienste in Anspruch genommen und jeweils weniger als die Hälfte psychiatrische (47,5 % bzw. 42,5 %).

Im Vergleich zur LGB-Stichprobe der SGB hat in der «LGBT Health» ein deutlich höherer Anteil an Personen eine*n Psycholog*in oder Psychiater*in aufgesucht. Dieser Unterschied lässt sich durch verschiedene Faktoren erklären. Zum einen dürfte die höhere psychische Belastung durch die Corona-Pandemie eine Rolle gespielt haben. Daneben wurde in der SGB nach einer *Behandlung* bei Psychotherapeut*innen bzw. Psychiater*innen gefragt, während in der «LGBT Health» gefragt wurde, ob die Befragten bei einer solchen Fachperson gewesen sind, was Beratungen miteinschliessen würde. Entscheidender dürfte aber der hohe Anteil an trans/non-binären Personen in der Stichprobe der «LGBT Health» sein. Eine Personengruppe, die im Rahmen einer Transition eine*n Psychotherapeut*in oder Psychiater*in aufsuchen muss.

Dieser Effekt zeigte sich ebenso bei Besuchen von **Endokrinolog*innen**. Insgesamt hatten 15 Prozent der Teilnehmer*innen der «LGBT Health» im letzten Jahr eine*n Endokrinologen/-in besucht.³⁰³ Allerdings traf dies nur auf 3-6 Prozent der befragten LGB cis Personen zu, während fast die Hälfte der befragten trans/non-binären Personen eine*n Endokrinologen/-in aufgesucht hatten (47,0 %) (vgl. Abb. 24).³⁰⁴ Dieser Zusammenhang zwischen sexueller bzw. Geschlechtsidentität und dem Besuch einer bzw. eines Endokrinologen/-in war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei der Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten sowie der Einnahme von Hormonpräparaten und des Gesundheitszustands der Befragten im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie signifikant. So hatten lesbischen cis Frauen ($OR=0,06$), schwule cis Männer ($OR=0,10$) und bi-

²⁹⁹ Jeweils $p < 001$

³⁰⁰ $p = .064$

³⁰¹ Zwar wurde explizit nach Besuchen bei Psycholog*innen/Psychiater*innen aufgrund von psychischen Problemen gefragt, dies schliesst jedoch nicht aus, dass Befragte, die aufgrund der gesetzlichen Vorgaben eine*n Psychiater*in aufsuchen, diese Besuche hier angegeben haben.

³⁰² $p < 001$

³⁰³ Insgesamt haben 1'869 Personen diese Frage beantwortet.

³⁰⁴ $\chi^2(3)=519,342, p < .001$

sexuelle cis Personen ($OR=0,15$) im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich geringe Wahrscheinlichkeit,³⁰⁵ im Jahr vor der Befragung eine*n Endokrinologen/-in aufgesucht zu haben. Es zeigte sich erwartungsgemäss zudem deutlich, dass Personen, die Hormonpräparate einnahmen, eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=7,20$)³⁰⁶ hatten, im letzten Jahr ein*e Endokrinologen/-in aufgesucht zu haben, als Personen, die keine solchen Präparate einnahmen. Dass die gefundenen Unterschiede weniger auf die sexuelle Identität der Befragten zurückzuführen ist, sondern auch deren Geschlechtsidentität, zeigt auch ein Vergleich der Inanspruchnahme von Endokrinolog*innen von cis, trans und non-binären Personen. Dabei zeigte sich, dass – unter Berücksichtigung der genannten Merkmale –, dass trans ($OR=20,75$) und non-binäre ($OR=4,45$) gegenüber cis Personen eine 20-mal bzw. fast 5-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, im letzten Jahr vor der Erhebung eine*n Endokrinologen/-in aufgesucht zu haben.³⁰⁷

16 Prozent aller befragten LGBT Personen haben im letzten Jahr mindestens einmal ein **Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit** besucht.³⁰⁸ Am häufigsten hatten die befragten schwulen cis Männer (29,7 %) dies im Jahr vor der Befragung getan. Von den befragten trans/non-binären und bisexuellen cis Personen hatten 15 bzw. 10 Prozent ein solches Zentrum aufgesucht. Am seltensten hatten dies lesbische cis Frauen (3,0 %) getan (vgl. Abb. 24).³⁰⁹ Der Unterschied zwischen den schwulen cis Männern zu den trans/non-binären und bisexuellen cis Personen scheint jedoch in erster Linie durch die Einnahme einer PrEP erklärt zu werden. So hatten – unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungs- und Beziehungsstatus und der Nationalität der Befragten – Personen, die eine PrEP eingenommen hatten, im Vergleich zu Personen, die dies nicht getan hatten, eine 10-mal höhere Wahrscheinlichkeit, ein solches Zentrum aufgesucht zu haben ($OR=9,90$).³¹⁰ Im Vergleich zu trans/non-binären Personen hatten einzig lesbische cis Frauen unter Berücksichtigung der genannten Faktoren (inkl. PrEP) eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ein Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit aufgesucht zu haben ($OR=0,32$).³¹¹ Auch Personen, die sich in einer festen Partnerschaft befanden, hatten gegenüber Personen ohne feste Partnerschaft eine geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,55$),³¹² ein Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit aufgesucht zu haben. Hingegen hatten Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=2,13$)³¹³ für einen Besuch eines Kompetenzzentrums im letzten Jahr.

Von den befragten cis Frauen und trans/non-binären Personen hatte etwas weniger als die Hälfte (45,5 %) im letzten Jahr vor der Erhebung ein*e **Frauenarzt/-ärztin** besucht.³¹⁴ Dabei gingen signifikant mehr bisexuelle (58,1 %) und lesbische cis Frauen (49,0 %) im letzten Jahr zu einem bzw. einer Frauenarzt bzw. -ärztin als trans/non-binäre Personen (34,5 %).³¹⁵ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten zeigte sich, dass bisexuelle cis Frauen gegenüber trans/non-binären Personen eine fast 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten ($OR=1,90$),³¹⁶ im letzten Jahr vor der Erhebung bei eine*r Frauenarzt/-ärztin gewesen zu sein. Schliesst man trans und non-binäre Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugeordnet war, aus den Analysen aus, dann zeigt sich weiterhin ein Unterschied in der Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen, wobei lesbische (48,8 %) und bisexuelle cis Frauen (55,3 %) deutlich häufiger eine*n Frauenarzt/-ärztin im Jahr vor der Befragung aufgesucht hatten als trans und non-binäre Personen (40,7 %).³¹⁷ Unter Be-

³⁰⁵ Jeweils $p < 001$

³⁰⁶ $p < 001$

³⁰⁷ Jeweils $p < 001$

³⁰⁸ Hierzu zählen Checkpoints, Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit, AIDS-Hilfezentren etc.; diese Frage haben 1'881 Personen beantwortet.

³⁰⁹ $\chi^2(3)=158,091, p < .001$

³¹⁰ $p < .001$

³¹¹ $p=.025$

³¹² $p < .001$

³¹³ $p=.025$

³¹⁴ Hierzu lagen Angaben von 1'195 cis Frauen und trans/non-binären Personen vor.

³¹⁵ $\chi^2(2)=42,554, p < .001$

³¹⁶ $p < .001$

³¹⁷ $\chi^2(2)=12,948, p=.002$

rücksichtigung des Alters, Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten hatten bisexuelle cis Frauen im Vergleich zu trans/non-binären Personen immer noch eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im letzten Jahr bei einer bzw. einem Frauenarzt/-ärztin gewesen zu sein ($OR=1,69$).³¹⁸

Von denjenigen cis Frauen und trans/non-binären Personen, die im letzten Jahr *nicht* bei eine*r Gynäkolog*in gewesen waren,³¹⁹ haben mehr lesbische (51,8 %) und bisexuelle cis Frauen (55,7 %) als trans/non-binären Personen (35,4 %) angegeben, dass ihr letzter Frauenarztbesuch nicht länger als 1-2 Jahre her ist.³²⁰ Im Vergleich zu lesbischen (15,5 %) und bisexuellen (26,1 %) cis Frauen hatten hingegen signifikant mehr trans/non-binäre Personen (38,3 %) angegeben, dass sie noch nie bei eine*r Frauenarzt/-ärztin waren.³²¹ Die Unterschiede waren jedoch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten statistisch nicht mehr signifikant.

Für den Besuch bei **Urolog*innen** zeigt sich ein anderes Bild: So waren im letzten Jahr vor der Erhebung etwas mehr schwule (11,0 %) und bisexuelle (9,4 %) cis Männer als trans/non-binäre Personen (7,2 %) bei einem bzw. einer Urologen/-in gewesen.³²² Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 24).³²³ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten. Es zeigte sich unter Berücksichtigung der genannten Merkmale auch kein Zusammenhang zwischen der Geschlechtsidentität der Befragten und dem Besuch von Urolog*innen.

19 Prozent der Studienteilnehmer*innen der «LGBT Health» waren in den letzten 12 Monaten vor der Befragung notfallmässig auf einer **Notfallstation eines Spitals, Gesundheitszentrums oder Poliklinik** gewesen.³²⁴ Hierbei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 24). So hatten deutlich mehr trans/non-binäre Personen (24,8 %) eine Notfallstation aufgesucht als bisexuelle cis Personen (20,5 %), schwule cis Männer (16,6 %) und lesbische cis Frauen (15,0 %).³²⁵ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten sowie einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Corona-Pandemie hatten lesbische cis Frauen im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, in den letzten 12 Monaten eine Notfallstation aufgesucht zu haben ($OR=0,55$)³²⁶. Für schwule cis Männer ($OR=0,70$)³²⁷ galt dies tendenziell ebenso. Zudem zeigte sich, dass Personen über 50 Jahre gegenüber jüngeren Personen (15-29 Jahre) ($OR=0,66$)³²⁸ eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, im letzten Jahr notfallmässig auf einer Notfallstation eines Spitals, Gesundheitszentrums oder Poliklinik gewesen zu sein.

Krebsvorsorge

In der SGB (2012, 2017) hat die Mehrheit (87,2 %) der Frauen (Geschlecht laut Register) ab 20 Jahren mindestens einmal im Leben ein **Gebärmutterhalsabstrich** machen lassen.³²⁹ Dabei zeigten sich leichte Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 25), die allerdings statistisch nicht signifikant waren.³³⁰ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der befragten Frauen (Geschlecht laut Register) zeigte sich, dass lesbische im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits einen Gebärmutterhalsabstrich gemacht zu haben ($OR=0,51$).³³¹ Eine **Mammografie**

³¹⁸ $p=.002$

³¹⁹ Insgesamt konnten Angaben von 516 Personen berücksichtigt werden

³²⁰ $\chi^2(4)=33,905, p < .001$

³²¹ $\chi^2(2)=26,949, p < .001$

³²² Hierzu lagen Angaben von 1'103 cis Männern und trans/non-binäre Personen vor.

³²³ $p=.120$

³²⁴ Zu dieser Frage lagen Angaben von 1'950 Personen vor.

³²⁵ $\chi^2(3)=18,483, p < .001$

³²⁶ $p=.002$

³²⁷ $p=.068$

³²⁸ $p=.039$

³²⁹ Insgesamt haben 13'668 Frauen (ab 20 Jahren) (gewichtet) diese Frage beantwortet.

³³⁰ $p=.158$

³³¹ $p=.024$

hatten im Vergleich zum Gebärmutterhalsabstrich weniger der befragten Frauen (ab 20 Jahren) gemacht (46,3 %).³³² Zwar hatten im Vergleich zu heterosexuellen Frauen (46,8 %) deutlich weniger bisexuelle (32,0 %) und lesbische (34,7 %) Frauen eine Mammografie machen lassen (vgl. Abb. 25).³³³ Dieser Zusammenhang scheint aber auf andere Einflussgrößen zurückzuführen zu sein. So war er denn unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten statistisch nicht mehr signifikant.³³⁴ Hingegen hatten im Vergleich zu jüngeren Frauen (16-29 Jahre) Frauen zwischen 30 und 49 Jahren eine 5-mal ($OR=5,56$)³³⁵ so hohe Wahrscheinlichkeit, eine Mammografie gemacht zu haben, Frauen ab 50 Jahren sogar eine fast 60-mal so hohe ($OR=59,75$).³³⁶ Dies überrascht nicht vor dem Hintergrund, dass eine Mammografie ab einem Alter von 50 Jahren empfohlen wird.

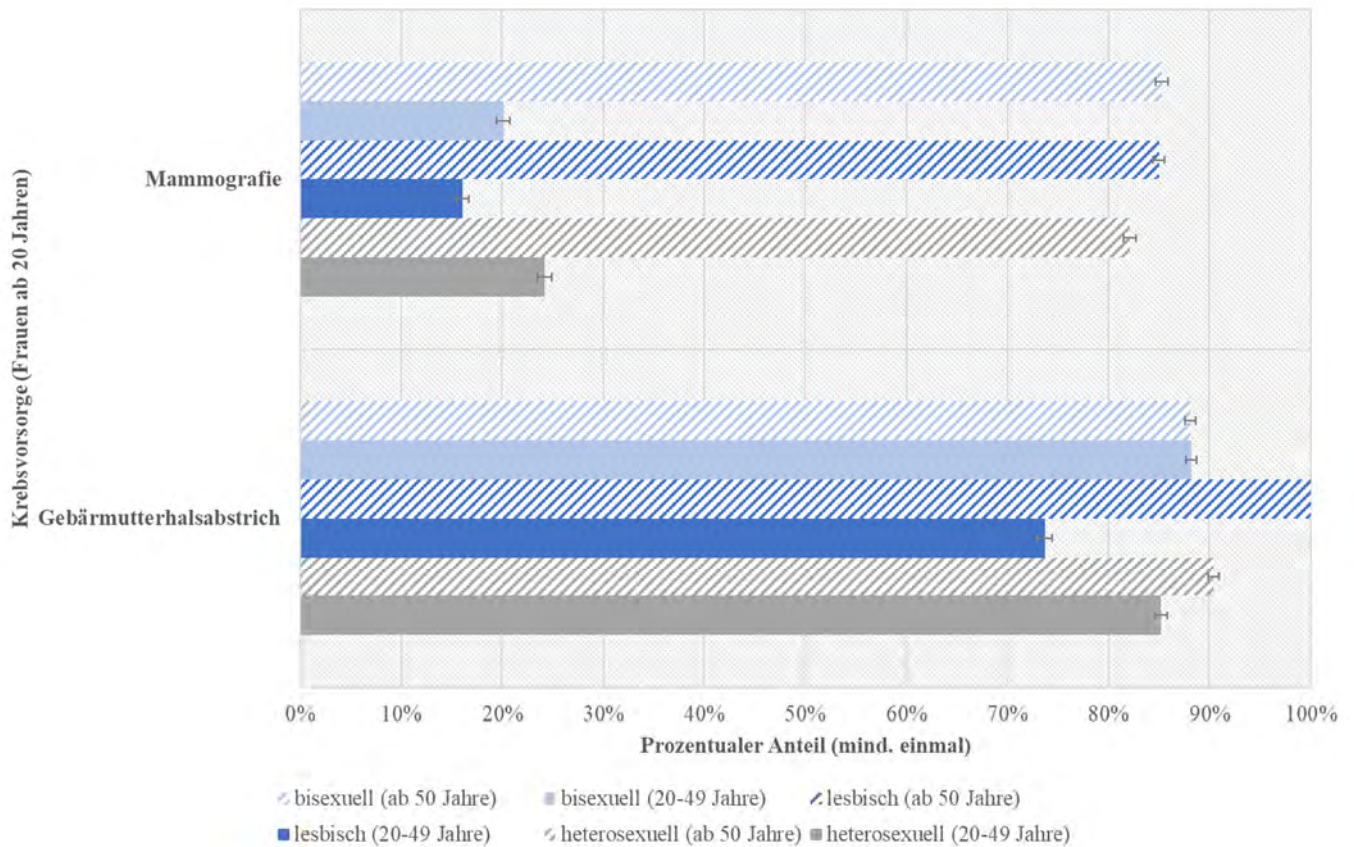


Abbildung 25: Krebsvorsorge (Gebärmutterhalsabstrich, Mammografie) (Lebenszeitprävalenz; Personen ab 20 Jahren mit weiblichen Geschlecht laut Registereintrag), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

³³² Hierzu lagen Angaben zu 13'808 Frauen (ab 20 Jahren) (gewichtet) vor.

³³³ $\chi^2(2)=36,349, p < .001$

³³⁴ Lesbische Frauen; $p=.340$; bisexuelle Frauen: $p=.784$

³³⁵ $p < .001$

³³⁶ $p=.000$

In der «LGBT Health» haben mehr als drei Viertel der Personen (79,9 %), denen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugeordnet worden war und die mindestens 20 Jahre alt waren, angegeben, dass sie bereits einmal im Leben einen **Gebärmutterhalsabstrich** gemacht haben.³³⁷ Bisexuelle cis Frauen (84,1 %) und lesbische cis Frauen (82,9 %) haben dabei deutlich häufiger als trans/non-binäre Personen (69,1 %) angegeben, dass bei ihnen bereits mindestens einmal ein Gebärmutterhalsabstrich gemacht worden ist (vgl. Abb. 26).³³⁸ Unter Berücksichtigung des Alters, Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten hatten bisexuelle cis Frauen im Vergleich zu trans/non-binäre Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, bereits einen Gebärmutterhalsabstrich gemacht zu haben als nicht ($OR=2,28$).³³⁹ Darüber hinaus hatte das Alter der Befragten einen signifikanten Einfluss auf das Vornehmen eines Gebärmutterhalsabstriches. So hatten fast alle befragten Frauen (Geschlecht bei Geburt zugeordnet) der Alterskohorten «30-49 Jahre» und «ab 50 Jahre» (92,0 % bzw. 92,1 %) bereits einen solchen Abstrich machen lassen. Von den 20-29-Jährigen waren es hingegen nur knapp zwei Drittel (66,1 %). Werden die Vergleichsgruppen nach Geschlechtsidentität betrachtet, so zeigte sich, dass trans (65,6 %) Personen signifikant seltener als cis (84,5 %) und non-binären Personen (71,2 %) angegeben haben, dass bei ihnen bereits ein Gebärmutterhalsabstrich gemacht worden ist. Die Unterschiede blieben auch unter Berücksichtigung des Alters, Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten signifikant ($OR=0,45$).³⁴⁰

Knapp ein Viertel (23,4 %) der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Frauen ab 20 Jahren (zugeordnetes Geschlecht bei Geburt) hatte bereits einmal im Leben eine **Mammografie** machen lassen.³⁴¹ Es haben etwas mehr lesbische (28,6 %) als bisexuelle cis Frauen (17,9 %) und trans/non-binäre Personen (19,2 %) eine Mammografie machen lassen (vgl. Abb. 26).³⁴² Unter Berücksichtigung des Alters, Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten war der Zusammenhang zwischen sexueller bzw. Geschlechtsidentität und einer Mammografie jedoch statistisch nicht signifikant. Wieder hatten ältere Frauen diese Untersuchung häufiger vornehmen lassen. So hatten Frauen ab 50 Jahren im Vergleich zu den 20-29-Jährigen eine 33-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, bereits einmal eine Mammografie gemacht zu haben ($OR=33,19$), 30-49-Jährige eine knapp 3-mal so hohe ($OR=2,70$).³⁴³ Auch Personen mit einer Schweizer Staatsangehörigkeit hatten im Vergleich zu Personen mit keiner oder einer ausländischen Staatsangehörigkeit eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,94$),³⁴⁴ bereits einmal eine Mammografie in Anspruch genommen zu haben.

³³⁷ Insgesamt haben 953 Personen ab 20 Jahren, denen bei der Geburt ein weibliches Geschlecht zugewiesen worden war, diese Frage beantwortet. Im Unterschied zur SGB (2012, 2017) wurde den Teilnehmer*innen zwei Fragen zum Gebärmutterhalsabstrich gestellt. So wurden die Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt), die auf die erste Frage hin angegeben hatten, dass dies noch nie bei ihnen gemacht worden sei oder die sich diesbezüglich unsicher waren, darüber aufgeklärt, dass dies in der Regel Teil der jährlichen Kontrolluntersuchungen ist. Daraufhin wurden sie noch einmal gefragt, ob ein Abstrich bei ihnen gemacht worden ist.

³³⁸ $\chi^2(2)=22,320, p < .001$

³³⁹ $p < .001$

³⁴⁰ $p = .003$

³⁴¹ Insgesamt haben 953 Personen ab 20 Jahren, denen bei Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen worden war, diese Frage beantwortet.

³⁴² $\chi^2(2)=13,769, p = .001$

³⁴³ Jeweils $p < .001$

³⁴⁴ $p = .012$

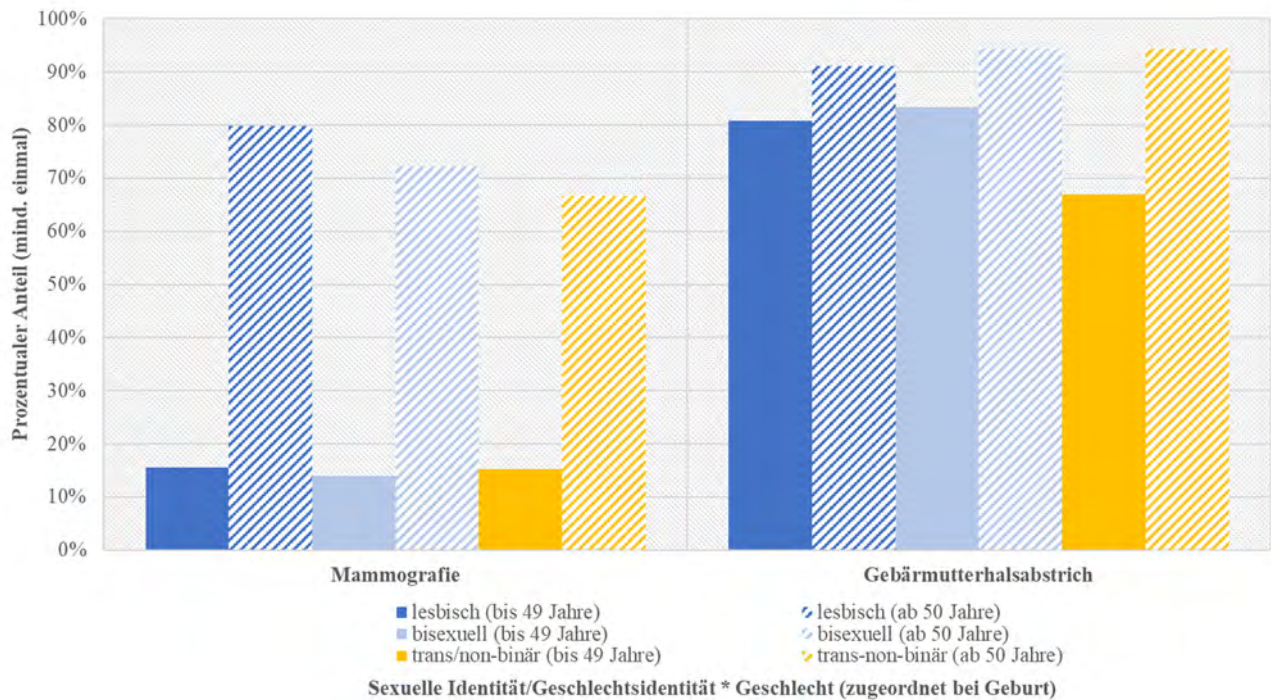


Abbildung 26: Krebsvorsorge (Gebärmutterhalsabstrich, Mammografie) (Personen ab 20 Jahren, denen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugeordnet worden war), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Gut die Hälfte (51,1 %) der über 40-jährigen Männer (Geschlecht laut Register) hat in der SGB (2012, 2017) angegeben, dass sie mindestens einmal in ihrem Leben eine **Prostatauntersuchung** haben machen lassen.³⁴⁵ Im Vergleich zu heterosexuellen (50,9 %) hatten mehr bisexuelle Männer (61,9 %) aber in etwa ebenso viele schwule Männer (50,4 %) bereits eine Prostatauntersuchung gemacht (vgl. Abb. 27).³⁴⁶ Dieser Zusammenhang zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres sowie des Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten, wobei bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Männern eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits eine Prostatakrebsvorsorge wahrgenommen zu haben ($OR=1,66$).³⁴⁷ Ausserdem zeigte sich – wie bei der Krebsvorsorge durch die befragten Frauen (Geschlecht laut Register) – ein starker Alterseffekt, wobei Männer ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Männern (40-49 Jahre) eine 6-mal höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits eine Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben ($OR=6,09$).³⁴⁸

³⁴⁵ Insgesamt haben 9'035 der Männer (Geschlecht laut Register) ab 40 Jahren (gewichtet) diese Frage beantwortet.

³⁴⁶ $\chi^2(2)=7,080, p=.029$

³⁴⁷ $p=.014$

³⁴⁸ $p < .001$

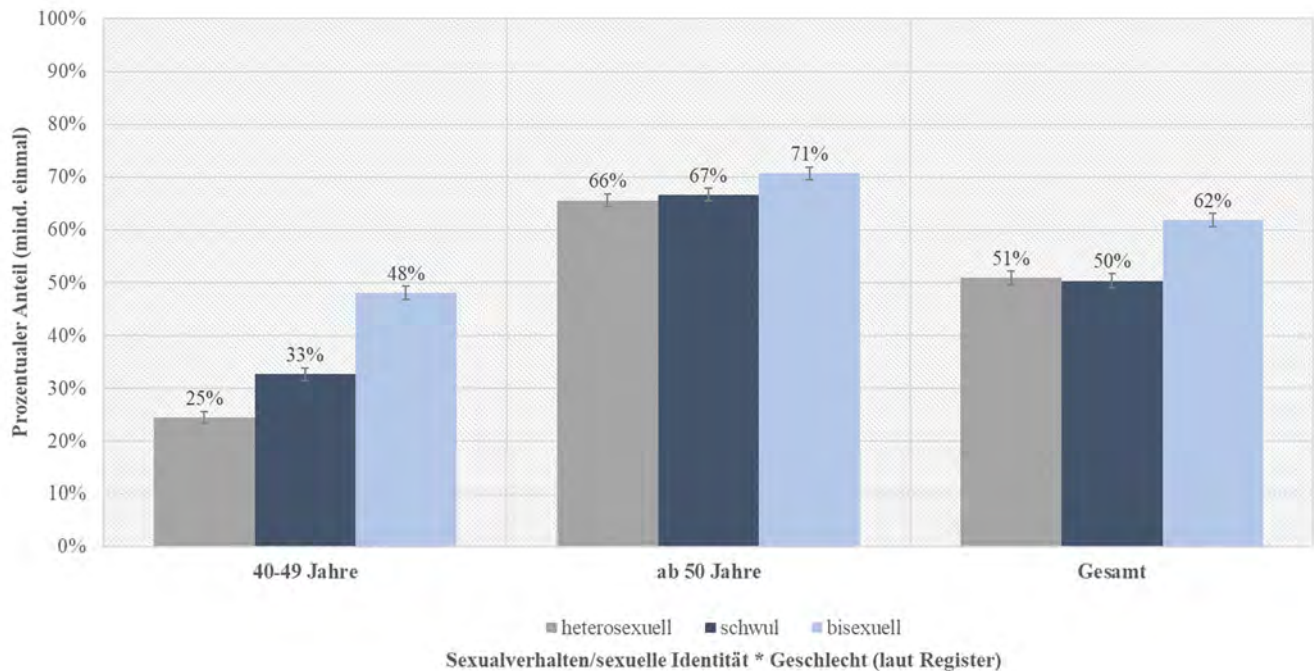


Abbildung 27: Krebsvorsorge (Prostatauntersuchung) (Lebenszeitprävalenz; Männer ab 40 Jahren [Geschlecht laut Register]), differenziert nach Erhebung, Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Im Rahmen der «LGBT Health» wurden alle Personen ab 40 Jahren, denen bei Geburt das männliche Geschlecht zugeordnet worden war, bezüglich Prostata-, Hoden- und Analkrebsvorsorgeuntersuchungen befragt. Insgesamt hatten 45 Prozent bereits mindestens einmal eine Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung wahrgenommen,³⁴⁹ eine Vorsorgeuntersuchung bezüglich Hodenkrebs (32,7 %)³⁵⁰ und Analkrebs (27,1 %)³⁵¹ hatten nochmal weniger Befragte wahrgenommen. Im Vergleich zu bisexuellen cis Männern (63,6 %) hatten weniger schwule cis Männer (46,0 %) und trans/non-binäre Personen (40,7 %) bereits eine Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung gemacht.³⁵² Das Gleiche galt für Hoden- und Analkrebsvorsorgeuntersuchungen. Auch hier hatten schwulen cis Männer (35,2 % bzw. 30,6 %) und trans/non-binäre Personen (20,8 % bzw. 14,3 %) signifikant seltener als bisexuelle cis Männer (54,5 % bzw. 40,0 %) eine solche wahrgenommen (vgl. Abb. 28).³⁵³ Dieser Zusammenhang zwischen der sexuellen bzw. Geschlechtsidentität und der Inanspruchnahme einer Prostata-, Anal- oder Hodenkrebsvorsorgeuntersuchung war auch unter Berücksichtigung des Alters, Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten statistisch signifikant. So hatten schwule und bisexuelle cis Männer gegenüber trans/non-binären Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, bereits mindestens einmal eine Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung ($OR=1,87$ bzw. $OR=6,38$),³⁵⁴ Analkrebsvorsorgeuntersuchung ($OR=3,09$ bzw. $OR=6,00$)³⁵⁵ und Hodenkrebsvorsorgeuntersuchung ($OR=2,30$ bzw. $OR=5,24$)³⁵⁶ wahrgenommen zu haben. Wie bei den Frauen scheint auch bei den Männern (Geschlecht laut Register) das Alter der Befragten einen grösseren Einfluss auf die Frage nach dem Wahrnehmen von Krebsvorsorgeuntersuchungen zu haben. So hatten unter Berücksichtigung der genannten Merkmale sowie des Sexualverhaltens bzw. der sexuellen Identität Männer ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Männern (40-49 Jahre) eine knapp 9-

³⁴⁹ Insgesamt haben 369 Personen ab 40 Jahren, denen bei der Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen worden war, diese Frage beantwortet.

³⁵⁰ Insgesamt haben 352 Personen ab 40 Jahren, denen bei der Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen worden war, diese Frage beantwortet.

³⁵¹ Insgesamt haben 362 Personen ab 40 Jahren, denen bei der Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen worden war, diese Frage beantwortet.

³⁵² $p=.321$

³⁵³ Hodenkrebs: $\chi^2(2)=8,127$, $p=.017$; Analkrebs: $\chi^2(2)=9,489$, $p=.009$ (Jeweils eine Zelle hatte erwartete Häufigkeiten kleiner 5)

³⁵⁴ $p=.032$ (schwule cis Männer); $p=.014$ (bisexuelle cis Männer)

³⁵⁵ $p=.001$ (schwule cis Männer); $p=.017$ (bisexuelle cis Männer)

³⁵⁶ $p=.010$ (schwule cis Männer); $p=.016$ (bisexuelle cis Männer)

mal so hohe Wahrscheinlichkeit, bereits eine Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben ($OR=8,70$).³⁵⁷ Darüber hinaus hatten sie im Vergleich zu den jüngeren Männern eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, eine Hodenkrebs- ($OR=2,31$)³⁵⁸ oder Analkrebsvorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben ($OR=3,16$)³⁵⁹.

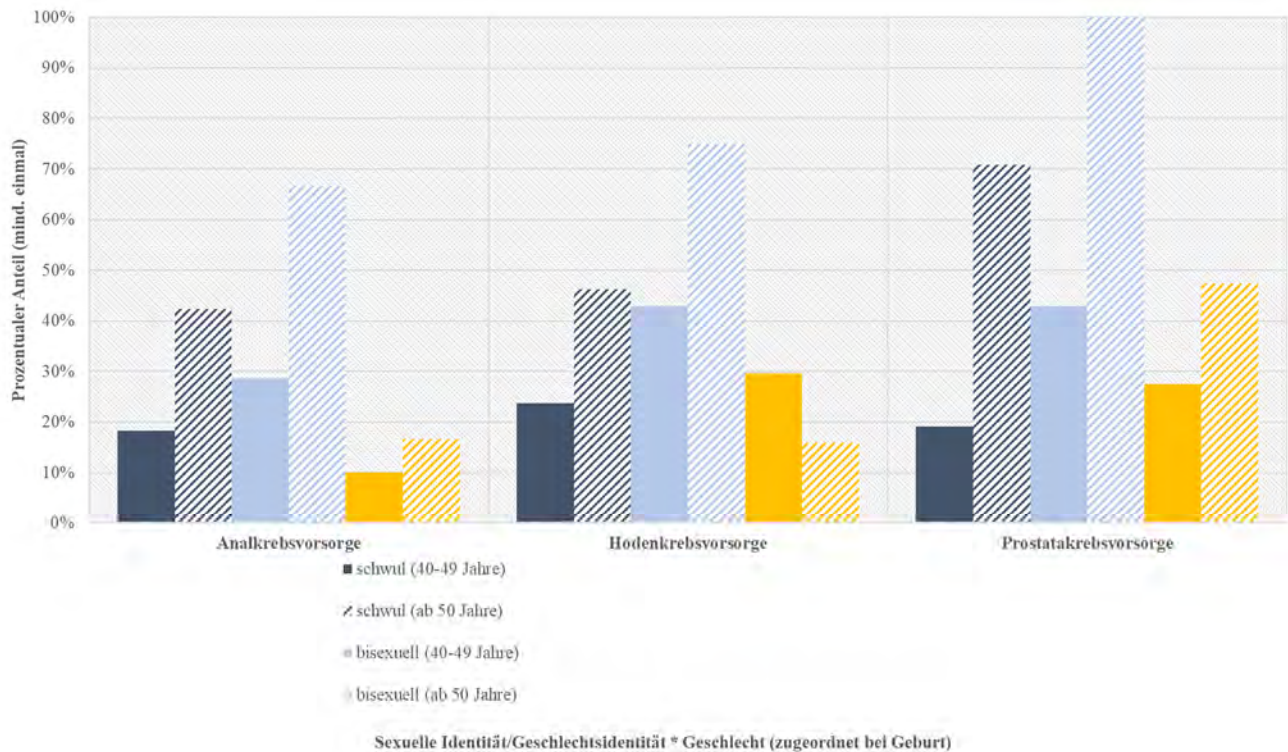


Abbildung 28: Krebsvorsorge (Prostata-, Hoden- und Analkrebs) (Personen ab 40 Jahren, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen worden war), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Corona-Test

79 Prozent aller Befragten der «LGBT Health» hatte bereits mindestens einen Corona-Test gemacht.³⁶⁰ Gut die Hälfte (52,3 %) dieser Personen hatte sich bereits mehr als dreimal auf das Coronavirus testen lassen.³⁶¹ Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.³⁶² So hatten schwule cis Männer (81,4 %) und lesbische cis Frauen (80,7 %) etwas häufiger als bisexuelle cis (78,4 %) und trans/non-binäre (73,7 %) Personen angegeben, dass sie bereits einmal einen Corona-Test gemacht haben. Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten sowie dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung hatten aber allein die schwulen cis Männer im Vergleich zu den trans/non-binären Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, bereits mindestens einen Corona-Test ($OR=1,74$)³⁶³ gemacht zu haben. Es zeigte sich zudem, dass Personen mit einem höheren Bildungsabschluss gegenüber Personen mit einem geringeren Abschluss ($OR=1,32$)³⁶⁴ eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits mindestens einen Corona-Test gemacht zu

³⁵⁷ $p < .001$

³⁵⁸ $p < .001$

³⁵⁹ $p < .001$

³⁶⁰ Insgesamt haben 2'004 Personen diese Frage beantwortet.

³⁶¹ 1'577 Personen haben Angaben zur Zahl der Corona-Tests gemacht.

³⁶² $\chi^2(3)=11,599, p=.009$

³⁶³ $p=.003$

³⁶⁴ $p=.037$

haben. Bemerkenswert ist, dass obwohl ein höheres Alter als Risikofaktor für einen schwereren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung gilt, Personen ab 50 Jahren im Vergleich zu 15-29-Jährigen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits einen Corona-Test gemacht zu haben ($OR=0,54$).³⁶⁵

Hormonersatzbehandlung und geschlechtsangleichende Massnahmen

9 Prozent der Frauen ab 35 Jahren (Geschlecht laut Register) haben im Rahmen der SGB (2012, 2017) angegeben, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung eine Hormonersatztherapie im Zusammenhang mit den Wechseljahren gemacht haben.³⁶⁶ Dabei berichteten im Vergleich zu heterosexuellen (9,3 %) etwas mehr lesbische (12,2 %) und bisexuelle (11,9 %) Frauen davon (vgl. Abb. 29). Dieser Unterschied war statistisch jedoch nicht signifikant.³⁶⁷ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten homo- und bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen hingegen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, eine Hormonersatztherapie zu machen ($OR=1,81$).³⁶⁸ Das Alter der Befragten hatte jedoch erwartungsgemäss einen stärkeren Einfluss auf die Durchführung einer Hormonersatztherapie im Zusammenhang mit den Wechseljahren, wobei Frauen ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Frauen (35-49 Jahren) eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit hatten ($OR=3,28$), eine Hormonersatztherapie im Zusammenhang mit den Wechseljahren durchzuführen.³⁶⁹

Ein ähnliches Bild zeigte sich auch im Rahmen der «LGBT Health». Hier führten 8 Prozent der befragten Frauen (zugeordnetes Geschlecht bei Geburt) ab 35 Jahren eine Hormonersatzbehandlung im Zusammenhang mit den Wechseljahren durch.³⁷⁰ Wenig erstaunlich erscheint der Befund, dass keine der befragten trans/non-binären Personen eine solche Behandlung durchgeführt hatte. Von den befragten lesbischen (9,1 %) und bisexuellen cis Frauen (10,3 %) taten dies jeweils etwa 10 Prozent.

³⁶⁵ $p < .001$

³⁶⁶ Insgesamt haben 9'908 Frauen (Geschlecht laut Register) (gewichtet) diese Frage beantwortet.

³⁶⁷ $p=.375$

³⁶⁸ $p=.007$; aufgrund der geringen Anzahl wurden lesbische und bisexuelle Frauen für die Analysen zu einer Gruppe zusammengefasst.

³⁶⁹ $p < .001$

³⁷⁰ Insgesamt haben 323 Frauen ab 35 Jahren (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) diese Frage beantwortet.

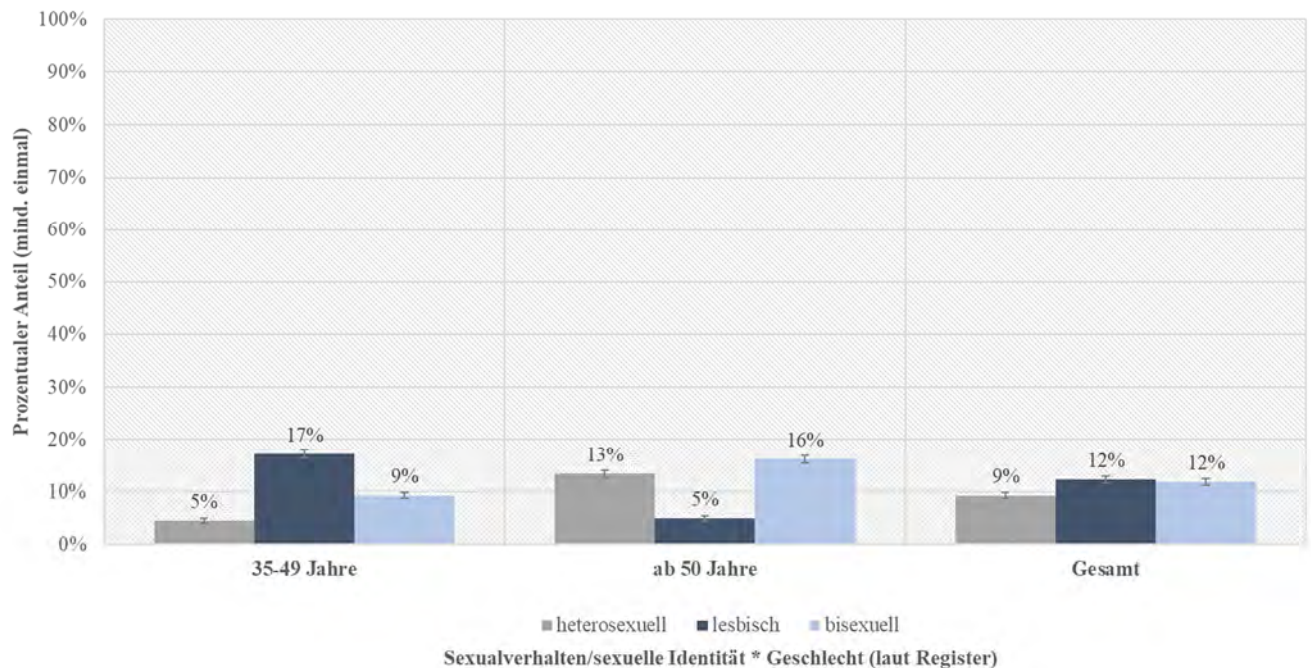


Abbildung 29: Hormonersatzbehandlung im Zusammenhang mit den Wechseljahren (Frauen ab 35 Jahren [Geschlecht laut Register]), differenziert nach Vergleichsgruppen; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Im Rahmen der «LGBT Health» wurde neben einer Hormonersatzbehandlung im Zusammenhang mit den Wechseljahren auch nach einer Hormonersatztherapie im Rahmen einer Transition gefragt. Hier zeigte sich, dass sich 80 Prozent aller trans und 15 Prozent aller non-binären Personen zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Hormonersatzbehandlung im Zusammenhang mit der Transition befanden.³⁷¹ Unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts (zugeordnet bei der Geburt) hatten trans Personen gegenüber non-binären Personen eine 21-mal höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=21,28$),³⁷² sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Hormonersatzbehandlung im Rahmen einer Transition befunden zu haben. Darüber hinaus hatten mehr Personen angegeben, sich in einer Hormonersatzbehandlung im Rahmen einer Transition zu befinden, denen bei der Geburt ein männliches Geschlecht zugeordnet worden war (67,3 %), als Personen, denen ein weibliches Geschlecht zugewiesen worden war (40,0 %). Unter Berücksichtigung des Alters und der Geschlechtsidentität (trans, non-binär) war dieser Zusammenhang aber nur tendenziell statistisch signifikant.³⁷³

Neben einer Hormonersatzbehandlung können weitere medizinische Massnahmen zur Angleichung des Geschlechts durchgeführt werden. Aus diesem Grund wurde nach weiteren durchgeführten und geplanten Massnahmen zur Geschlechtsangleichung gefragt. Etwa die Hälfte der im Rahmen der «LGBT Health» befragten trans Personen hat angegeben, weitere bzw. andere medizinische Massnahmen zur Geschlechtsangleichung durchgeführt (66,4 %) und/oder geplant zu haben (51,7 %).³⁷⁴ Von den befragten non-binären Personen waren es hingegen deutlich weniger, die entsprechende Massnahmen durchgeführt (23,8 %) oder geplant (36,3 %) hatten. Auch unter Berücksichtigung des Alters und bei Geburt zugeordneten Geschlechtes zeigte sich, dass non-binäre Personen im Vergleich zu trans Personen sowohl eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits medizinische Massnahme zur Geschlechtsangleichung durchgeführt ($OR=0,17$) zu haben als auch solche geplant ($OR=0,46$) zu haben.³⁷⁵ Betrachtet man die geplanten und durchgeführten Massnahmen im Einzelnen zeigt sich, dass die Befragten am häufigsten eine Hormontherapie und/oder eine geschlechtsangleichende Operation (ohne Brust, Stimme und Gesicht; z. B. Entfernung

³⁷¹ Insgesamt haben 512 Personen diese Frage beantwortet.

³⁷² $p < .001$

³⁷³ $p = .065$

³⁷⁴ Jeweils 498 trans/non-binäre Personen haben Angaben zu durchgeführten und geplanten Massnahmen zur Geschlechtsangleichung gemacht.

³⁷⁵ Jeweils $p < .001$

der Gebärmutter, Eierstöcke, Hoden, Penis) geplant hatten. Dies galt sowohl für Personen, denen bei Geburt ein weibliches (33,0 % bzw. 33,9 %) als auch für Personen, denen ein männliches Geschlecht zugewiesen worden war (22,7 % bzw. 62,5 %) (vgl. Abb. 30, 31). Auch bei den bereits durchgeführten medizinischen Massnahmen zur Geschlechtsangleichung zählten eine Hormontherapie und geschlechtsangleichende Operationen zu den häufigsten genannten Massnahmen.³⁷⁶

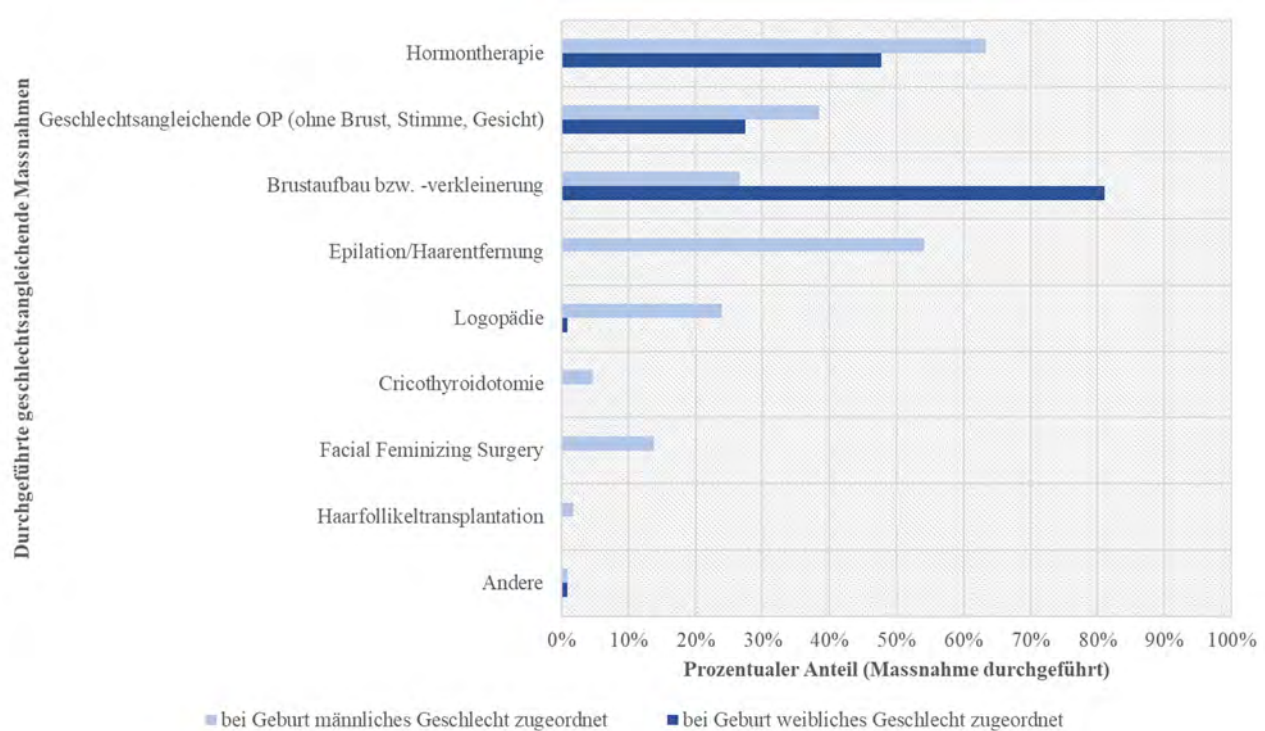


Abbildung 30: Durchgeführte geschlechtsangleichende medizinische Massnahmen (trans/non-binäre Personen), differenziert nach Massnahme und bei Geburt zugeordnetem Geschlecht; unadjustierte Schätzungen (Mehrfachnennungen möglich) (Daten: «LGBT Health»)

Ein Grossteil der befragten trans und non-binären Personen,³⁷⁷ denen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugewiesen worden war, hatte eine Brustverkleinerung (Mastektomie) entweder durchgeführt (81,4 %) oder plante (77,4 %) diese. Darüber hinaus zählten eine Hormontherapie (durchgeführt: 47,8 %; geplant: 33,0 %) und weitere geschlechtsangleichende Operationen (durchgeführt: 27,4 %; geplant: 33,9 %) zu den am häufigsten genannten Massnahmen. Trans und non-binäre Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen worden war, haben hingegen mehr geplante und/oder durchgeführte medizinische Massnahmen zur Geschlechtsangleichung genannt. Hier zählten zu den am häufigsten genannten geplanten oder durchgeführten Massnahmen: Hormontherapie, Epilation, Brustaufbau mit Hilfe von Implantaten, weitere geschlechtsangleichende Operationen, Logopädie, «Facial Feminizing Surgery» (FFS; «verweiblichende Gesichtsoption») sowie eine «Cricothyroidotomie».³⁷⁸ Eher wenige Befragte hatten eine Haarfollikeltransplantation durchführen lassen oder planten dies (vgl. Abb. 30, 31).

³⁷⁶ Insgesamt haben 222 trans/non-binäre Personen Angaben zu bereits durchgeführten medizinischen Massnahmen zur Geschlechtsangleichung gemacht. Daneben haben 203 trans/non-binären Personen Angaben zu geplanten Massnahmen gemacht (Mehrfachantworten waren in beiden Fällen möglich).

³⁷⁷ Insgesamt lagen zu der Frage der medizinischen Massnahmen Angaben von 113 (durchgeführt) bzw. 115 (geplant) Personen mit weiblichem Geschlecht (zugeordnet bei Geburt) vor. 109 bzw. 88 Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugeordnet war, haben Angaben zu durchgeführten bzw. geplanten Massnahmen gemacht.

³⁷⁸ Larynxreduktionsplastik zur Stimmerhöhung/Reduktion des Adamsapfels.

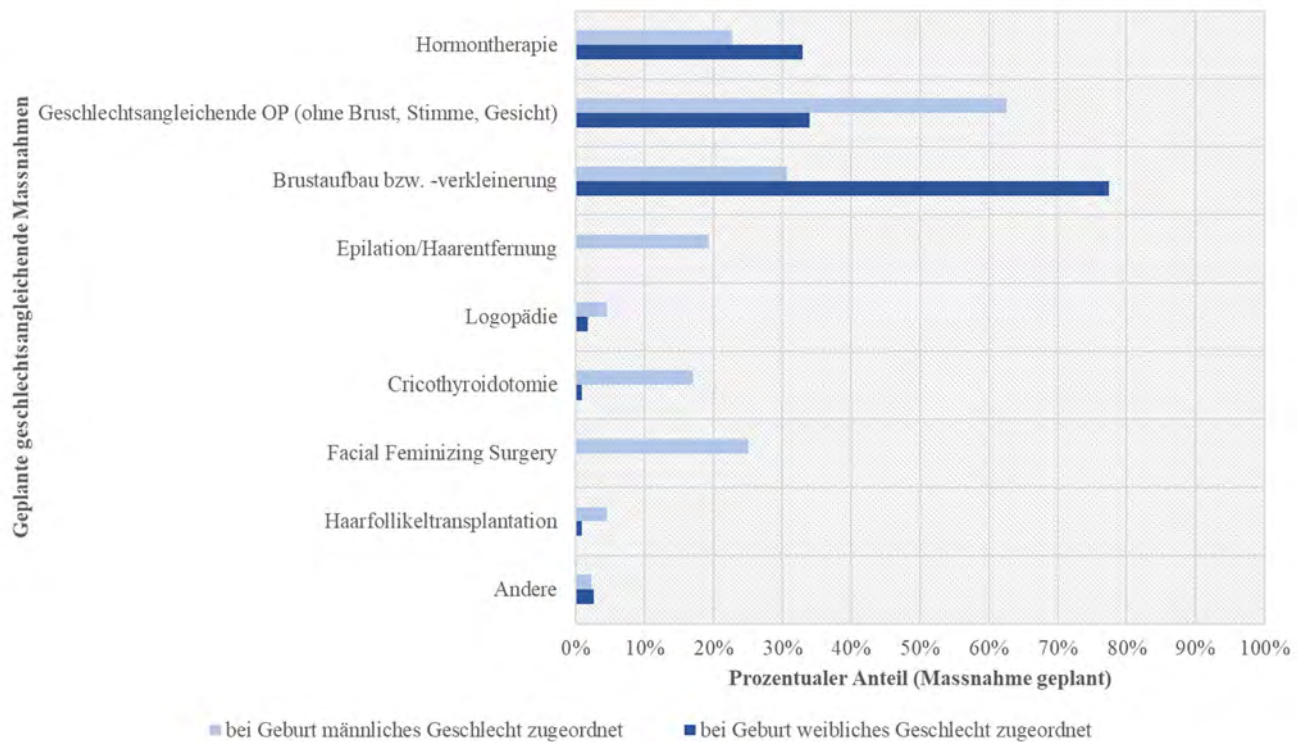


Abbildung 31: Geplante geschlechtsangleichende medizinische Massnahmen (trans/non-binäre Personen), differenziert nach Massnahme und bei Geburt zugeordnetem Geschlecht; unadjustierte Schätzungen (Mehrfachnennungen möglich) (Daten: «LGBT Health»)

Zwischenfazit: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung haben LGB Personen deutlich häufiger Allgemeinmediziner*innen, Spezialist*innen, Psycholog*innen und/oder Psychiater*innen aufgesucht. Die «LGBT Health» zeigt zudem deutliche Unterschiede zwischen LGBT Personen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen durch Spezialist*innen, die die verschiedenen Bedarfe widerspiegeln. So suchten die befragten trans/non-binären Personen deutlich häufiger als die befragten LGB cis Personen Endokrinolog*innen sowie Psycholog*innen und/oder Psychiater*innen auf. Hintergrund waren häufig geplante oder laufende geschlechtsangleichende Massnahmen (z. B. Hormonersatzbehandlung). Das heisst, alleine aufgrund der häufigeren Inanspruchnahme von Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen durch trans/non-binäre Personen kann nicht auf eine stärkere psychische Belastung derselben geschlossen werden. Hierauf wird in Kapitel 4.4.2 weiter eingegangen. Auch das häufigere Aufsuchen von Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit durch schwule cis Männer verweist auf einen spezifischen Bedarf: So hingen diese Besuche häufig mit der Einnahme einer PrEP zur HIV-Prophylaxe zusammen, eine Schutzstrategie, die vor allem von schwulen Männern genutzt wird (vgl. Kap. 4.3.1.5).

Zwar hängt das Wahrnehmen von Krebsvorsorgeuntersuchungen in erster Linie mit dem Alter einer Person zusammen, wobei ältere Personen häufiger zur Krebsvorsorge gehen als jüngere. Dennoch zeigten sich auch hier deutliche Unterschiede zwischen LGBT Personen und der übrigen Bevölkerung sowie zwischen LGB cis Männern und cis Frauen auf der einen und trans/non-binären Personen auf der anderen Seite. Dabei fällt auf, dass bisexuelle Personen häufiger zur Krebsvorsorge gehen – dies galt insbesondere für die Inanspruchnahme einer Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung bei Männern (Geschlechts laut Register bzw. bei Geburt). Die «LGBT Health» zeigte zudem, dass trans/non-binäre Personen gegenüber cis Personen deutlich weniger oft geschlechtsspezifische Krebsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen.

Insgesamt widersprechen die vorliegenden Befunde damit den Erkenntnissen anderer Studien, wonach LGBT Personen grundsätzlich seltener Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als die übrige Bevölkerung (vgl. Kap. 2.1).

Hält man sich jedoch die höhere gesundheitliche Belastung der LGBT Bevölkerung vor Augen, wird deutlich, dass dies nicht zwingend bedeutet, dass sie seltener auf Gesundheitsleistungen verzichten. Dies insbesondere auch aufgrund von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen in der Gesundheitsversorgung (vgl. Kap. 4.2.1, 4.2.2). Zusammen mit vorliegenden Befunden zu eben diesen Diskriminierungserfahrungen und den Verzichtgründen zeigen die Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vielmehr den Bedarf an entsprechenden Weiterbildungen für Gesundheitsfachpersonen sowie an weiterer Forschung zu LGBT-spezifischen Behandlungsansätzen.

Ein besonderer Aspekt ergibt sich durch den eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen während der Corona-Pandemie. Auch hier besteht ein besonderes Risiko für trans und non-binäre Personen, die geschlechtsangleichende medizinische Massnahmen während einer solchen Situation planen oder durchführen. So zeigt eine aktuelle deutsche Studie, dass viele der befragten 1'101 trans Personen, die zum Befragungszeitpunkt medizinische Massnahmen zur Geschlechtsangleichung wahrnahmen, aufgrund der Corona-Massnahmen nur eingeschränkten Zugang zu diesen Massnahmen hatten (z. B. Epilation, Nachsorge nach geschlechtsangleichender Operation, Hormonersatztherapie). Gut die Hälfte der 1'392 befragten trans Personen, die derartige Massnahmen planten oder in Anspruch nahmen, machten sich Sorgen über zukünftige Einschränkungen aufgrund der Pandemie (Szücs et al., 2021). Eine Situation, die eine zusätzliche Belastung darstellt, und die es bei der Planung von Massnahmen zur Pandemiebekämpfung zu berücksichtigen gilt.

4.3.2 Soziale und Gemeinschaftsebene: Risiko- und Schutzfaktoren

Auf sozialer und Gemeinschaftsebene wurden Informationen zu ausgewählten Schutz- und Risikofaktoren erhoben. Das heisst Faktoren, die sich auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen auswirken, indem sie das Risiko für Erkrankungen erhöhen oder indem sie das Risiko senken können. Im Einzelnen wurden in beiden Befragungen (SGB, «LGBT Health») die folgenden Indikatoren erfasst:

- Einsamkeitsgefühle
- Soziale Unterstützung³⁷⁹
- Zivilstand

Im Rahmen der «LGBT Health» wurde zudem die **Beziehungsform** erfasst sowie danach gefragt, inwieweit die Befragten mit verschiedenen Personengruppen über ihre sexuelle Orientierung und/oder Transgeschlechtlichkeit bzw. non-binäre Geschlechtsidentität gesprochen haben (**äusseres Coming-Out**). Sofern die Befragten angegeben haben, dass sie sich Gesundheitsfachpersonen gegenüber geoutet haben, wurden ihnen weitere Fragen zum **offenen Umgang** mit ihrer sexuellen Orientierung bzw. Geschlechtsidentität gestellt.

4.3.2.1 Einsamkeitsgefühle

63 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatte nie Einsamkeitsgefühle.³⁸⁰ Knapp ein Drittel (32,6 %) hatte gelegentlich solche Gefühle, und die restlichen 4 Prozent fühlten sich ziemlich bzw. sehr häufig einsam. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei heterosexuelle Personen (36,4 %) am seltensten zumindest manchmal Einsamkeitsgefühle verspürten, schwule Männer (45,1 %) und bisexuelle Personen (47,3 %) etwas häufiger und lesbische Frauen am häufigsten (53,7 %) (vgl. Abb. 32).³⁸¹ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahrs, Alters, Geschlechts (laut Register) und Bildungsstatus der Befragten. Demnach hatten schwule Männer ($OR=1,84$) und bisexuelle Personen ($OR=1,46$) im Vergleich zur

³⁷⁹ Diese wurde mit Hilfe der sog. Oslo-Skala erfasst (u. a. Dalgard, Bjørk & Tambs, 1995); da die drei dem Index zugrunde liegenden Fragen 2017 modifiziert wurden, wurden die Daten der SGB 2012 und 2017 separat ausgewertet.

³⁸⁰ Insgesamt haben 29'882 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

³⁸¹ $\chi^2(3)=50,035; p < .001$

übrigen Bevölkerung eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, zumindest manchmal Einsamkeitsgefühle zu empfinden als nie.³⁸² Lesbische Frauen hatten im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine tendenziell höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,50$).³⁸³

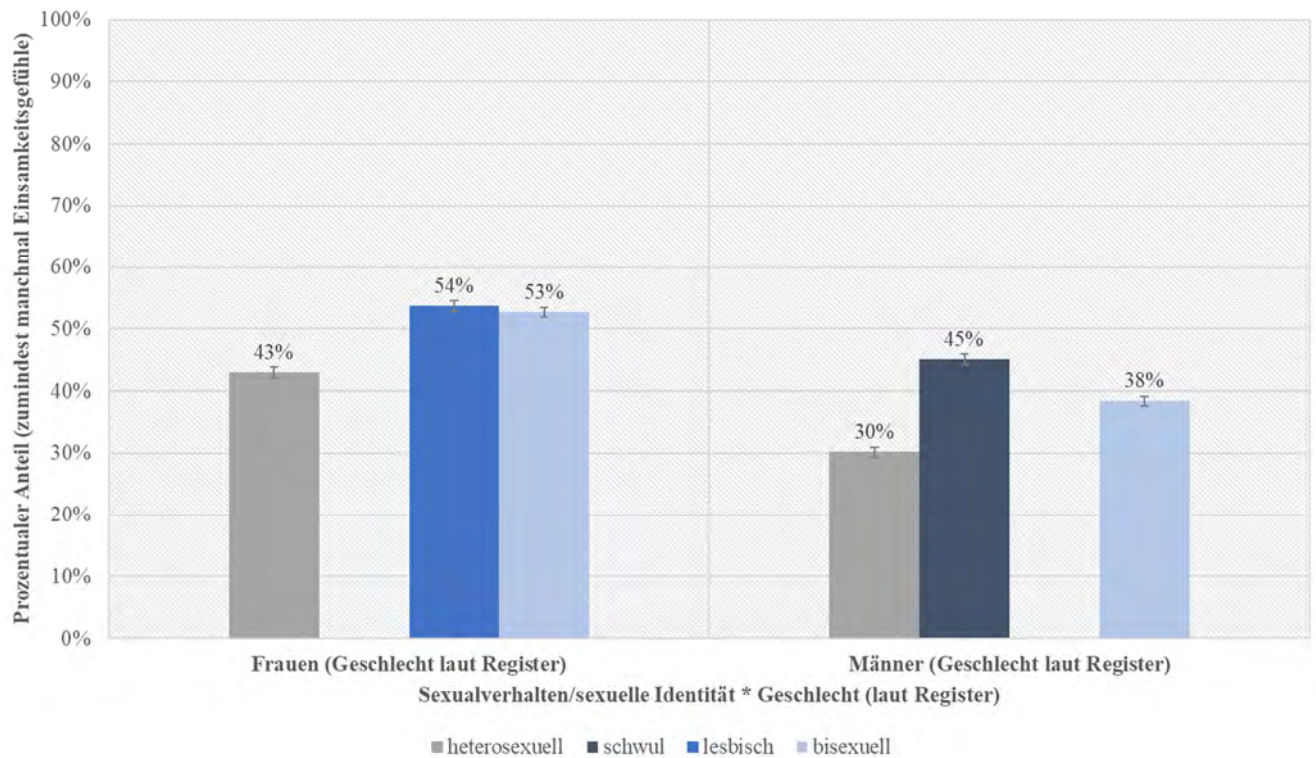


Abbildung 32: Einsamkeitsgefühle (zumindest manchmal), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Registereintrag); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Die «LGBT Health» zeichnet ein anderes Bild: Hier hatten 84 Prozent der befragten LGBT Personen zumindest manchmal Einsamkeitsgefühle.³⁸⁴ Dabei hatten trans/non-binäre Personen (46,2 %) und bisexuelle cis Personen (36,9 %) deutlich häufiger ziemlich bis sehr häufig Einsamkeitsgefühle als lesbische cis Frauen (21,4 %) und schwule cis Männer (26,1 %) (vgl. Abb. 33).³⁸⁵ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlecht (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten. Demnach hatten lesbische cis Frauen ($OR=0,49$), schwule cis Männer ($OR=0,46$) und bisexuelle cis Personen ($OR=0,71$) im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit,³⁸⁶ sich ziemlich bis sehr häufig einsam zu fühlen als nie bzw. manchmal. Darüber hinaus hatte das persönliche Nettoeinkommen der Befragten einen signifikanten Einfluss auf die empfundenen Einsamkeitsgefühle, wobei Personen mit einem höheren persönlichen Nettoeinkommen (mehr als 4'500 SFr./Monat) gegenüber Personen mit einem tieferen Nettoeinkommen (weniger als 4'500 SFr./Monat) ($OR=0,46$)³⁸⁷ eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, sich (sehr/ziemlich) häufig einsam zu fühlen als nie bzw. manchmal. Hingegen hatten Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,77$)³⁸⁸ hierfür. Die Befunde der «LGBT Health» zeigen somit, dass die stärkere Belastung der befragten LGBT Personen zum einen mit ihrer sexuellen Identität bzw. ihrer Geschlechtsidentität verknüpft ist. Zum anderen ist bei der Interpretation der Ergebnisse jedoch zu berücksichtigen, dass die

³⁸² Jeweils $p < .001$

³⁸³ $p=.073$

³⁸⁴ Hierzu lagen Angaben von 2'061 Personen vor.

³⁸⁵ $\chi^2(6)=108,052; p < .001$

³⁸⁶ Jeweils $p < .001$

³⁸⁷ $p < .001$

³⁸⁸ $p < .001$

Befragung zu einem Zeitpunkt stattfand, in der sich mehr Menschen aufgrund der Massnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie häufig einsam fühlten (vgl. COVID-19 Social Monitor)³⁸⁹.

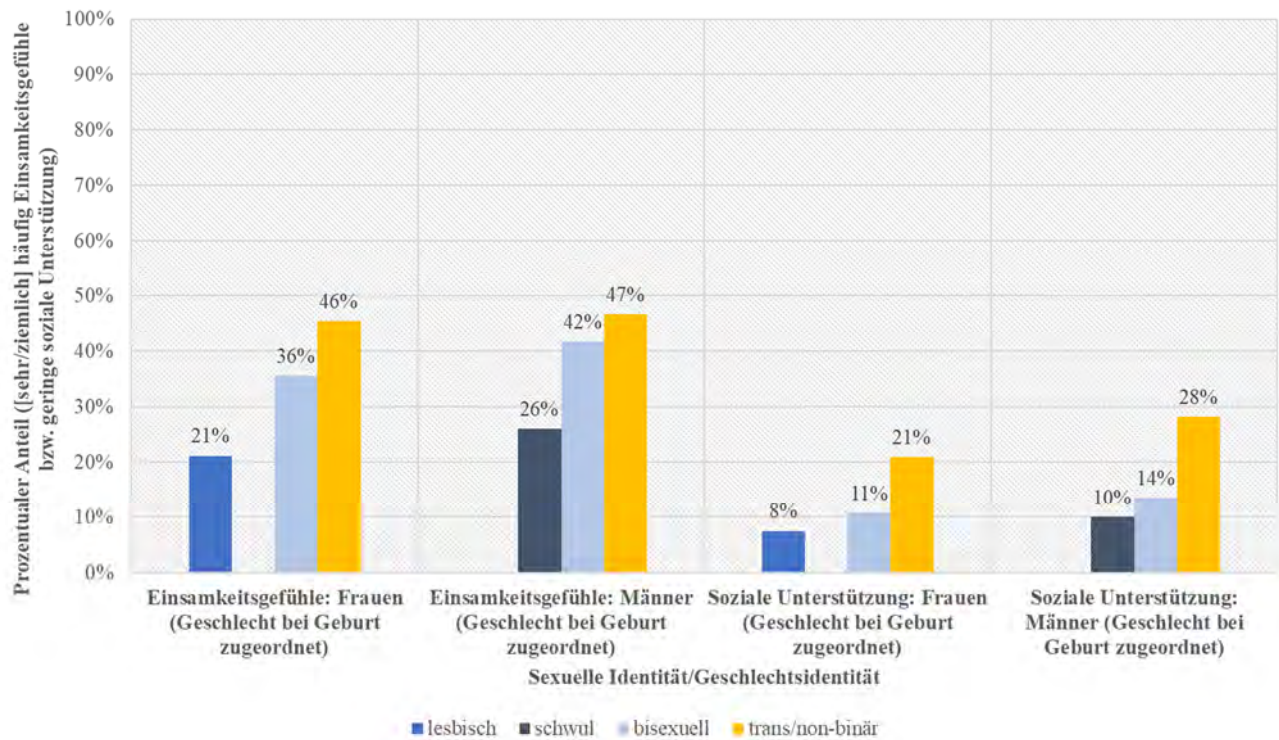


Abbildung 33: Einsamkeitsgefühle ([sehr/ziemlich] häufig) und soziale Unterstützung (geringe), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Registereintrag bzw. zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: «LGBT Health»)

4.3.2.2 Soziale Unterstützung

Sowohl 2012 als auch 2017 verfügte die Mehrheit der Befragten über eine mittlere bis starke soziale Unterstützung (90,1 % bzw. 91,1 %).³⁹⁰ Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.³⁹¹ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register) und Bildungsstatus der Befragten,³⁹² zeigte sich jedoch sowohl 2012 als auch 2017, dass bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit hatten, auf eine mittlere bis starke soziale Unterstützung zurückgreifen zu können (2012: $OR=0,73$; 2017: $OR=0,62$).³⁹³ Zu beiden Zeitpunkten zeigte sich jedoch ein signifikanter Alterseffekt, wobei Personen ab 50 Jahren deutlich häufiger nur auf eine geringe soziale Unterstützung zählen konnten (2012: 12,0 %; 2017: 12,0 %) als Personen zwischen 15 und 49 Jahren (2012: 8,9 %; 2017: 6,8 %).³⁹⁴

Auch die Mehrheit, der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen, konnte auf eine mittlere bis starke soziale Unterstützung zählen (86,9 %).³⁹⁵ Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So verfügten trans/non-binäre Personen deutlich seltener über starke soziale Unterstützung (25,6 %) als die befragten LGB cis Personen (45,5-47,9 %) (vgl. Abb. 33).³⁹⁶ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters,

³⁸⁹ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

³⁹⁰ 2012 lagen Angaben zu insgesamt 12'874 Personen vor (gewichtet), 2017 zu 16'052 Personen (gewichtet).

³⁹¹ 2012: $p=.161$, wobei eine Zelle erwartete Häufigkeiten von weniger als 5 hatte, so dass die Ergebnisse fehlerbehaftet sein können. Allerdings waren die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen auch 2017 statistisch nicht signifikant ($p=.120$).

³⁹² Aufgrund der geringen Zellohäufigkeiten wurden schwule Männer und lesbische Frauen zu einer Gruppe zusammengenommen.

³⁹³ 2012: $p=.036$; 2017: $p=.020$

³⁹⁴ 2012: $\chi^2(1)=31,482$; $p < .001$; 2017: $\chi^2(1)=131,099$; $p < .001$

³⁹⁵ Insgesamt lagen Angaben zu 1'956 Personen vor.

³⁹⁶ $\chi^2(6)=102,888$; $p < .001$

Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten. So hatten lesbische cis Frauen ($OR=2,70$),³⁹⁷ schwule cis Männer ($OR=2,68$)³⁹⁸ und bisexuelle cis Personen ($OR=1,93$)³⁹⁹ im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, über eine mittlere bis starke soziale Unterstützung zu verfügen. Darüber hinaus zeigten sich ein signifikanter Alters- und Geschlechtereffekt, wobei Männer im Vergleich zu Frauen ($OR=0,62$) und ältere (ab 50-Jährige: $OR=0,57$)⁴⁰⁰ im Vergleich zu 15-29-Jährigen eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, über eine mittlere bis starke soziale Unterstützung zu verfügen.

4.3.2.3 Zivilstand und Beziehungsform

53 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen waren verheiratet, 35 Prozent waren ledig bzw. unverheiratet und 10 Prozent waren geschieden.⁴⁰¹ Von den restlichen zwei Prozent waren die meisten Personen verwitwet (1,8 %), nur wenige Personen waren in einer eingetragenen oder aufgelösten Partnerschaft (0,4 %). Erwartungsgemäss zeigten sich dabei deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen: Während gut die Hälfte der heterosexuellen Personen verheiratet war (54,5 %), war die Mehrheit der LGB Personen ledig bzw. unverheiratet (57,0-70,8 %). Allerdings waren auch 26 Prozent der bisexuellen Personen verheiratet sowie jeweils 2 Prozent der schwulen Männer und lesbischen Frauen. In einer eingetragenen Partnerschaft waren 22 Prozent der lesbischen Frauen, 23 Prozent der schwulen Männer und 4 Prozent der bisexuellen Personen. Ein Prozent der schwulen Männer war in einer aufgelösten Partnerschaft.

Ein ähnliches Bild zeigte sich in der «LGBT Health». Hier war ebenfalls die Mehrheit der befragten Personen ledig (77,4 %).⁴⁰² Etwa 12 Prozent waren in einer eingetragenen Partnerschaft (11,5 %) und knapp 2 Prozent in einer aufgelösten Partnerschaft. Drei Prozent waren verheiratet und knapp fünf Prozent geschieden oder verwitwet. Auch hier zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So waren bisexuelle cis Personen (83,7 %) im Vergleich zu den befragten LG cis und trans/non-binären Personen häufiger ledig (72,4-77,9 %). Schwule cis Männer (17,9 %) und lesbische cis Frauen (17,8 %) waren hingegen häufiger in einer eingetragenen Partnerschaft als bisexuelle cis (4,9 %) und trans/non-binäre Personen (2,3 %). In einer aufgelösten Partnerschaft waren mehr lesbische cis Frauen (3,4 %) als schwule cis Männer (1,5 %), trans /non-binäre (1,2 %) und bisexuelle cis Personen (0,5 %). Es fällt auf, dass trans/non-binäre Personen (7,1 %) häufiger verheiratet waren als bisexuelle cis Personen (3,9 %), schwule cis Männer (1,4 %) und lesbische cis Frauen (1,2 %). Das Gleiche traf auf den Status «geschieden oder verwitwet» zu. Dies waren 9 Prozent der trans/non-binäre Personen und jeweils unter 5 Prozent der befragten LGB cis Personen (1,9-4,4 %).

Zwar waren 77 Prozent der befragten LGBT Personen ledig, 60 Prozent aller Befragten lebte jedoch zum Zeitpunkt der Erhebung in einer festen Beziehung,⁴⁰³ wobei knapp 7 Prozent dieser Personen mit mehreren Partner*innen in einer Beziehung war.⁴⁰⁴ Weitere 35 Personen lebten in einer offenen oder polyamourösen Beziehung und 31 Befragte waren in einer anderen Beziehungsform (z. B. «Beziehungsanarchie», «Freundschaft+»). 38 Prozent waren hingegen in keiner festen Beziehung. Der Grossteil der befragten lesbischen cis Frauen befand sich in einer festen Partnerschaft (71,4 %). Dies traf auf weniger als zwei Drittel der schwulen cis Männer (63,1 %) und bisexuellen cis Personen (62,7 %) zu. Trans/non-binäre Personen befanden sich am seltensten in einer festen Partnerschaft

³⁹⁷ $p < .001$

³⁹⁸ $p < .001$

³⁹⁹ $p=.003$

⁴⁰⁰ $p=.022$ bzw. $p=.017$

⁴⁰¹ Zu 29'911 Personen (gewichtet) lag diese Information vor (Zivilstand laut Register).

⁴⁰² 2'062 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

⁴⁰³ Insgesamt haben 1'989 Personen diese Frage beantwortet.

⁴⁰⁴ Insgesamt waren 1'198 Personen in einer festen Partnerschaft mit einem bzw. einer oder mehreren Partner*innen.

(44,0 %). Diese Unterschiede blieben auch unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts (zugeordnet bei Geburt) signifikant. Insgesamt hatten trans/non-binäre Personen gegenüber cis Personen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,42$),⁴⁰⁵ sich in einer festen Partnerschaft zu befinden.

4.3.2.4 Äusseres Coming-Out und offener Umgang

In Bezug auf das äussere Coming-Out wurden alle Teilnehmer*innen der «LGBT Health» danach gefragt, wie vielen Personen aus verschiedenen Bereichen ihres Lebens (z. B. Familie, Freundeskreis, Arbeit, Gesundheitsfachpersonen) sie von ihrer sexuellen Orientierung erzählt haben.⁴⁰⁶ Trans und non-binäre Personen wurden zudem gefragt, mit wie vielen Personen sie über ihre Transgeschlechtlichkeit bzw. ihre non-binäre Geschlechtsidentität gesprochen haben.⁴⁰⁷ Dabei ist bemerkenswert, dass die Mehrheit mit einigen wenigen Personen aus den verschiedenen Lebensbereichen über ihre sexuelle Orientierung gesprochen haben (59,2 %), weitere 39 Prozent hatten mit den meisten oder sogar allen Personen darüber gesprochen. Somit hatten sich nur zwei Prozent niemandem gegenüber geoutet. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten bisexuelle cis (15,5 %) und trans/non-binäre Personen (22,4 %) deutlich seltener mit den meisten oder allen Personen aus den verschiedenen Lebensbereichen über ihre sexuelle Orientierung gesprochen als die befragten lesbischen cis Frauen (46,2 %) und schwulen cis Männer (49,5 %).⁴⁰⁸ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus, Nationalität und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten lesbische cis Frauen ($OR=2,14$) und schwule cis Männer ($OR=2,48$) im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, sich den meisten Personen gegenüber geoutet zu haben als nur gegenüber wenigen.⁴⁰⁹ Bisexuelle cis Personen hatten hingegen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,55$) dies getan zu haben.⁴¹⁰ Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Alterseffekt, wobei ältere im Vergleich zu jüngeren Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, mit den meisten oder allen Personen über ihre sexuelle Orientierung gesprochen zu haben.⁴¹¹

69 Prozent der befragten trans und non-binären Personen hatten mit einigen wenigen Personen aus verschiedenen Lebensbereichen über ihre Transgeschlechtlichkeit bzw. ihre non-binäre Geschlechtsidentität gesprochen.⁴¹² Ein Viertel hatte sich gegenüber den meisten oder sogar allen geoutet, 6 Prozent allerdings gegenüber niemandem. Hierbei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen worden war, und denen, denen ein weibliches Geschlecht zugewiesen worden war. So hatten Erstere (33,0 %) sich deutlich häufiger den meisten oder allen Personen aus den verschiedenen Lebensbereichen anvertraut als Letztere (19,2 %). Dieser Zusammenhang war unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus, Nationalität und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten jedoch statistisch nicht signifikant.

Die Personen, die mit Gesundheitsfachpersonen (medizinisches und Pflegepersonal) über ihre sexuelle Orientierung und/oder non-binäre Geschlechtsidentität gesprochen hatten, wurden zu ihrer Einschätzung dieses offenen Umgangs befragt. 94 Prozent der Befragten, die sich einer Gesundheitsfachperson gegenüber geoutet hatten, haben die Information freiwillig geteilt,⁴¹³ wobei die Information bei 74 Prozent der Befragten relevant für die Behandlung gewesen war.⁴¹⁴ Die meisten befragten LGBT Personen waren mit der Reaktion der jeweiligen Gesundheitsfachperson

⁴⁰⁵ $p < .001$

⁴⁰⁶ Insgesamt haben 1'634 Personen diese Frage beantwortet.

⁴⁰⁷ Insgesamt haben 446 der befragten trans/non-binären Personen diese Frage beantwortet.

⁴⁰⁸ $\chi^2(6)=138,371$; $p < .001$

⁴⁰⁹ Jeweils $p = < .001$

⁴¹⁰ $p = .021$

⁴¹¹ Im Vergleich zu den befragten 15-29-Jährigen hatten 30-49-Jährige ($OR=2,23$) und Personen ab 50 Jahren ($OR=1,98$) eine etwa 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, mit den meisten oder allen Personen über ihre sexuelle Orientierung gesprochen zu haben als mit nur wenigen (jeweils $p < .001$).

⁴¹² Hierzu lagen Angaben von 445 der befragten 522 trans/non-binären Personen vor.

⁴¹³ 1'277 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁴¹⁴ 1'081 Personen haben diese Frage beantwortet.

bzw. der Mehrheit der Gesundheitsfachpersonen (91,3 %) ⁴¹⁵ und den danach gemachten Erfahrungen zufrieden: ihre Behandlung habe sich danach (mehrheitlich) verbessert (62,6 %), ⁴¹⁶ nur bei rund 7 Prozent hatte sich die Behandlung anschliessend (mehrheitlich) verschlechtert. ⁴¹⁷ Acht Prozent wäre es allerdings lieber, die Gesundheitsfachperson(en) hätten nichts von ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität erfahren, ⁴¹⁸ und immerhin knapp sieben Prozent haben anschliessend Diskriminierungen erfahren. ⁴¹⁹ Dabei zeigten sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei trans/non-binäre Personen deutlich negativere Erfahrungen gemacht hatten als die befragten LGB cis Personen. So hatten im Vergleich zu den befragten LGB cis Personen (92,4-94,9 %) deutlich weniger trans/non-binäre Personen (83,2%) angegeben, dass sie zufrieden mit der Reaktion der Gesundheitsfachperson(en) gewesen seien. ⁴²⁰ Entsprechend hatten trans/non-binäre Personen (14,0 %) im Vergleich zu den befragten LGB cis Personen (5,6-8,0 %) häufiger angegeben, es sei ihnen lieber, die Gesundheitsfachperson(en) hätten nichts von ihrer Geschlechtsidentität erfahren, ⁴²¹ und sie gaben auch häufiger an, dass sich ihre Behandlung anschliessend verschlechtert habe (11,6 % vs. 2,4-6,5 %) ⁴²² und/oder sie diskriminiert worden seien (14,9 % vs. 3,3-5,3 %). ⁴²³ Allerdings hatten trans/non-binäre Personen (69,8 %) wie auch schwule cis Männer (65,9 %) im Vergleich zu lesbischen cis Frauen (53,6 %) und bisexuellen cis Personen (56,5 %) häufiger angegeben, dass sich die Behandlung anschliessend verbessert habe. ⁴²⁴

Zwischenfazit: Soziale und Gemeinschaftsebene (Risiko- und Schutzfaktoren)

Die Befunde zeigen, dass LGB Personen über weniger Schutzfaktoren auf sozialer und Gesellschaftsebene verfügen als die übrige Bevölkerung (insb. keine bzw. geringe Einsamkeitsgefühle, soziale Unterstützung). Dies stimmt mit den Ergebnisse von Studien aus anderen Ländern überein (Eres, Postolovski, Thielking & Lim, 2021). Ebenfalls in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand (Misoch, 2017) zeigte sich, dass insbesondere ältere LGB Personen weniger auf soziale Unterstützung zählen können. Darüber hinaus verfügten trans/non-binäre Personen im Vergleich zu LGB cis Personen über die wenigsten Schutzfaktoren auf sozialer Ebene. Dabei zeigen internationale Studien, dass soziale Unterstützung und die Akzeptanz der sexuellen Identität bzw. Geschlechtsidentität vor psychischen Erkrankungen und Suizid schützen kann (vgl. Kap. 2.5). Wie sich diese Schutz- und Risikofaktoren auf sozialer Ebene – sowie Schutz- und Risikofaktoren auf psychologischer Ebene (vgl. Kap. 4.3.3) – auf die psychische Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz auswirken, wird in den Kapiteln 4.4.2 untersucht und diskutiert.

⁴¹⁵ 1'251 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁴¹⁶ 687 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁴¹⁷ 775 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁴¹⁸ 1'106 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁴¹⁹ 1'015 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁴²⁰ $\chi^2(3)=20,881; p < .001$

⁴²¹ $\chi^2(3)=13,107; p=.004$

⁴²² $\chi^2(3)=10,309; p=.016$

⁴²³ $\chi^2(3)=25,153; p < .001$

⁴²⁴ $\chi^2(3)=11,759; p=.008$

4.3.3 Psychologische Ebene: Risiko- und Schutzfaktoren

Auch auf psychologischer Ebene wurden verschiedene bekannte Schutzfaktoren erfasst, die einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Menschen haben. Im Einzelnen wurden in beiden Befragungen (SGB, «LGBT Health») die folgenden Faktoren untersucht:

- Wichtigkeit der eigenen Gesundheit
- Kontrollüberzeugungen⁴²⁵
- Resilientes Coping-Verhalten⁴²⁶
- Allgemeine Selbstwirksamkeit⁴²⁷

Im Rahmen der «LGBT Health» wurde zudem die Internalisierte Homonegativität (Meyer, 2003) sowie – bei den befragten trans/non-binären Personen – die internalisierte Geschlechtsidentitätsnegativität bzw. Genderidentität-Selbststigmatisierung erforscht (Inderbinen, Schaefer, Schneeberger, Gaab & Garcia Nuñez, 2021).

4.3.3.1 Wichtigkeit der eigenen Gesundheit

87 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen haben angegeben, dass Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit ihren Lebensstil beeinflussen oder gar weitgehend bestimmen.⁴²⁸ Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Vielmehr wird die Einstellung in Bezug auf die Wichtigkeit der eigenen Gesundheit vom Geschlecht (laut Register) und Alter beeinflusst. Dabei hatten – unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus, persönlichen Nettoeinkommens sowie des Sexualverhaltens bzw. der sexuellen Identität der Befragten – Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,73$),⁴²⁹ dass Gedanken an die Erhaltung an ihre Gesundheit ihren Lebensstil zumindest beeinflussen. Das Gleiche galt für Personen zwischen 30 und 49 Jahren ($OR=1,47$) und ab 50 Jahren ($OR=2,21$) im Vergleich zu den 16-29-Jährigen.⁴³⁰

Ein ähnliches Bild zeigte sich in der «LGBT Health». Auch hier hat die Mehrheit (85,6 %) angegeben, dass Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit ihren Lebensstil beeinflussen oder gar weitgehend bestimmen.⁴³¹ So gaben lesbische cis Frauen (89,2 %) und schwule cis Männer (86,5 %) häufiger als bisexuelle cis (83,8 %) und trans/non-binäre Personen (82,2 %) an, dass Gedanken an die Erhaltung ihrer Gesundheit ihren Lebensstil zumindest beeinflussen.⁴³² Diese Unterschiede waren aber unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten nicht mehr statistisch signifikant.

4.3.3.2 Kontrollüberzeugungen

78 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatte mittel bis hoch ausgeprägte Kontrollüberzeugungen.⁴³³ Diese Personen haben demnach oft bis sehr oft das Gefühl, die Kontrolle über die Geschehnisse in ihrem Leben zu haben. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So wiesen heterosexuelle Personen (78,4 %) deutlich häufiger mittel bis hoch ausgeprägte Kontrollüberzeugungen auf als LGB

⁴²⁵ Das sind mentale Prozesse zur Einschätzung der Einflussmöglichkeiten mit Blick auf das Erreichen eines Zielzustandes; die Quellen dieser Kontrolle können dabei in der Person liegen (internal) oder in äusseren Umständen (external) Heinecke-Müller (2019a).

⁴²⁶ Resilientes Coping-Verhalten bezieht sich auf die Tendenz, trotz Stress effektiv Probleme zu lösen. Die zugrunde liegende Skala wurde von Sinclair und Wallston (2004) entwickelt.

⁴²⁷ Allgemeine Selbstwirksamkeit bezieht sich auf die Überzeugung oder Erwartung, «mit dem eigenen Verhalten erwünschte Ergebnisse zu befördern» (Heinecke-Müller, 2019b).

⁴²⁸ Insgesamt haben 29'612 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁴²⁹ $p < .001$

⁴³⁰ Jeweils $p < .001$

⁴³¹ Insgesamt haben 2'032 Personen diese Frage beantwortet.

⁴³² $\chi^2(3)=11,515; p=.009$

⁴³³ Insgesamt lagen Angaben zu 29'040 Personen (gewichtet) vor.

Personen (65,9-70,2 %) (vgl. Abb. 34).⁴³⁴ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten.⁴³⁵ Die Ergebnisse zeigten zudem einen signifikanten Geschlechter- und Bildungseffekt. Frauen hatten gegenüber Männern (Geschlecht laut Register) eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit,⁴³⁶ über mittlere bis hohe Kontrollüberzeugungen zu verfügen, ebenso wie geringer gebildete Personen im Vergleich zu höher gebildeten ($OR=0,50-0,77$)⁴³⁷.

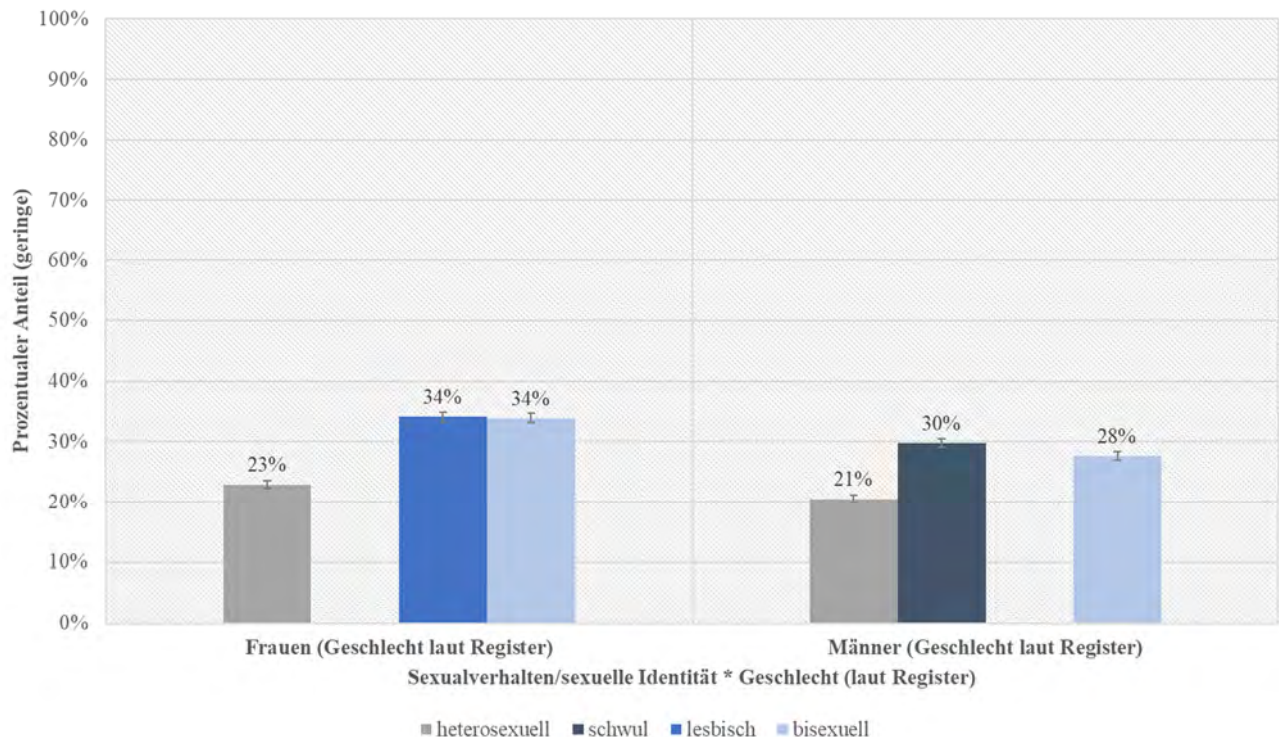


Abbildung 34: Kontrollüberzeugungen (geringe), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Die Ergebnisse der «LGBT Health» zeigen ein etwas anderes Bild als die SGB (2012, 2017). Hier verfügte nur knapp die Hälfte der Befragten (48,1 %) über mittel bis hoch ausgeprägte Kontrollüberzeugungen.⁴³⁸ Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 35). So hatten trans/non-binäre Personen (27,7 %) deutlich seltener mittel bis hoch ausgeprägte Kontrollüberzeugungen als bisexuelle cis Personen (40,6 %), lesbische cis Frauen (54,6 %) und schwule cis Männer (63,7 %).⁴³⁹ Auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten zeigte sich, dass schwule cis Männer ($OR=3,55$), lesbische cis Frauen ($OR=2,47$) und bisexuelle cis Personen ($OR=1,90$)⁴⁴⁰ im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten, mittel bis hoch ausgeprägte Kontrollüberzeugungen zu haben. Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Alters- und Bildungseffekt, wobei ältere Befragte (ab 50 Jahren) ($OR=1,86$)⁴⁴¹ und höher gebildete Personen im Vergleich zu jüngeren (15-29 Jahre) bzw. geringer gebildete eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, mittel bis hoch ausgeprägte Kontrollüberzeugungen aufzuweisen.⁴⁴² Dass die befragten LGBT Personen im Vergleich zu den im Rahmen der SGB befragten Personen weniger häufiger über mittlere bis hohe Kontrollüberzeugungen verfügten, hängt zum einen mit ihrer

⁴³⁴ $\chi^2(3)=51,989$; $p < .001$

⁴³⁵ Schwule Männer: $OR=0,60$; $p < .001$; lesbische Frauen: $OR=0,57$; $p=.016$; bisexuelle Personen: $OR=0,59$; $p < .001$

⁴³⁶ $OR=0,90$, $p < .001$

⁴³⁷ Jeweils $p < .001$

⁴³⁸ Insgesamt lagen Angaben zu 2'021 Personen vor.

⁴³⁹ $\chi^2(3)=164,082$; $p < .001$

⁴⁴⁰ Jeweils $p < .001$

⁴⁴¹ $p < .001$

⁴⁴² $OR=1,34$; $p=.014$

sexuellen Identität bzw. Geschlechtsidentität zusammen, zum anderen muss hier auch der Zeitpunkt der Befragung (Corona-Pandemie) und somit ein möglicher Corona-Effekt bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

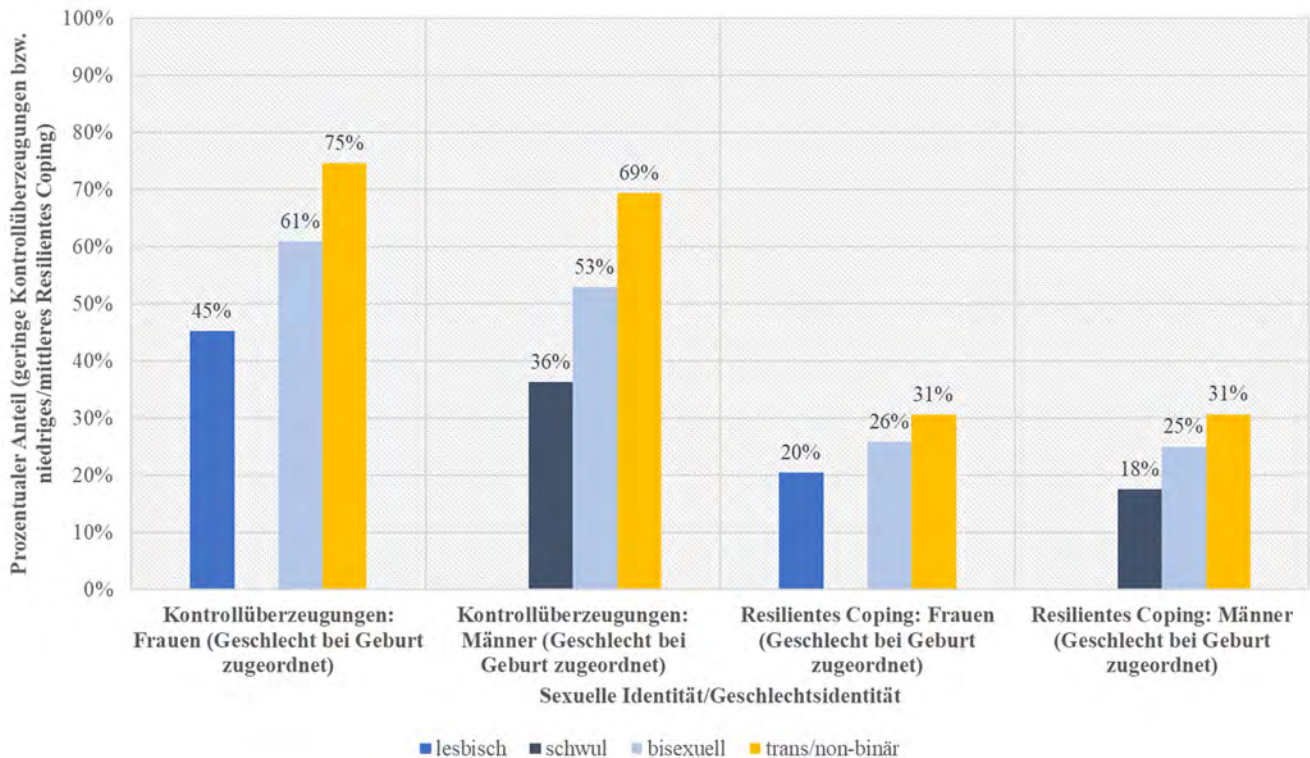


Abbildung 35: Kontrollüberzeugungen (geringe) und Resilientes Coping (niedriges-mittleres), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

4.3.3.3 Allgemeine Selbstwirksamkeit

Fast alle (97,7 %) im Rahmen der SGB (2017) befragten Personen verfügte über eine mittlere bis hohe Selbstwirksamkeit.⁴⁴³ Sie waren somit überzeugt, sich in schwierigen Situationen auf ihre Fähigkeiten verlassen zu können. Dabei zeigten sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten allerdings bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine tendenziell geringere Wahrscheinlichkeit, eine mittel bis hohe Allgemeine Selbstwirksamkeit aufzuweisen ($OR=0,53$).⁴⁴⁴

Auch die Mehrheit der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen verfügte über eine mittlere bis hohe Selbstwirksamkeit (95,5 %).⁴⁴⁵ Dabei zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei trans/non-binäre (68,4 %) und bisexuelle cis Personen (73,1 %) deutlich seltener eine hohe allgemeine Selbstwirksamkeit aufwiesen als lesbische cis Frauen (80,0 %) und schwule cis Männer (87,9 %).⁴⁴⁶ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten jedoch alleine schwule cis Männer ($OR=2,19$)⁴⁴⁷ im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, eine hohe Selbstwirksamkeit aufzuweisen als eine geringe. Insgesamt hatten trans/non-binäre Personen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,66$),⁴⁴⁸ über eine hohe Selbstwirksamkeit zu verfügen als cis Personen.

⁴⁴³ Insgesamt lagen Angaben zu 16'384 Personen (gewichtet) vor, die im Rahmen der SGB 2017 befragt worden waren.

⁴⁴⁴ $p=.066$

⁴⁴⁵ Insgesamt lagen Angaben zu 2'062 Personen vor.

⁴⁴⁶ $\chi^2(6)=83,657; p < .001$

⁴⁴⁷ $p < .001$

⁴⁴⁸ $p=.002$

4.3.3.4 Resilientes Coping-Verhalten

81 Prozent der im Rahmen der SGB (2017) befragten Personen hatten ein mittel bis stark ausgeprägtes resilientes Coping-Verhalten.⁴⁴⁹ Das heisst, sie können selbstbestimmt und reflektiert mit schwierigen Ereignissen umgehen und sich dadurch persönlich weiterentwickeln (vgl. Kap. 2.5). Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei das resiliente Coping-Verhalten von lesbischen Frauen (74,3 %) und bisexuellen Personen (72,8 %) seltener mittel bis stark ausgeprägt war als bei den schwulen Männern (84,8 %) und heterosexuellen Personen (80,7 %) (vgl. Abb. 36).⁴⁵⁰ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register) und Bildungsstatus der Befragten hatten die bisexuellen Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, mittel bis stark ausgeprägtes resilientes Coping-Verhalten aufzuweisen ($OR=0,65$).⁴⁵¹ Tendenziell zeigte sich dies auch für lesbische Frauen ($OR=0,62$).⁴⁵²

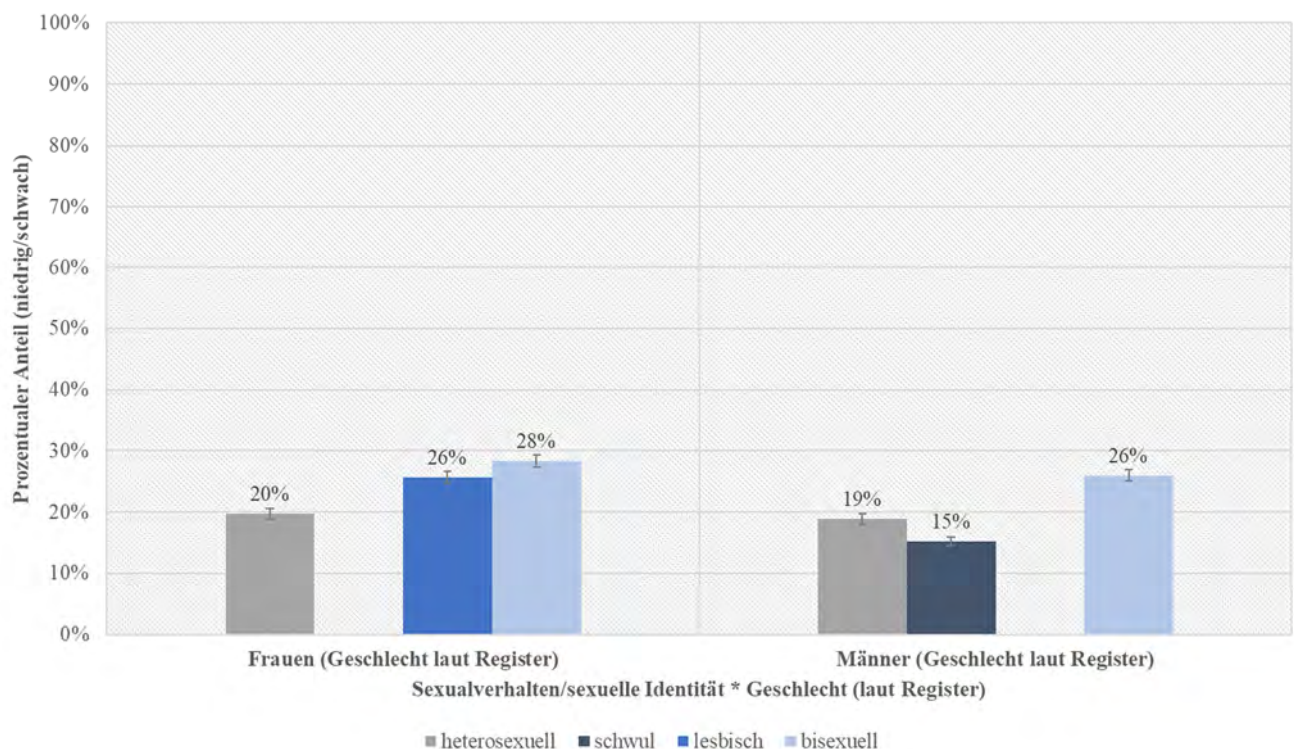


Abbildung 36: Resilientes Coping-Verhalten, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); un-adjustierte Schätzungen (95 %) KI (Daten: SGB 2017)

97 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGBT Personen hatte ein mittel bis hoch ausgeprägtes resilientes Coping-Verhalten.⁴⁵³ Hierbei zeigten sich nur geringe Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 35). Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten zeigte sich aber, dass schwule cis Männer ($OR=1,61$)⁴⁵⁴ im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, ein hoch ausgeprägtes resilientes Coping-Verhalten aufzuweisen als ein niedriges bis mittleres. Dabei scheint sowohl die Geschlechtsidentität als auch die sexuelle Identität bzw. sexueller Orientierung eine Rolle zu spielen: So zeigte sich unter Berücksichtigung der ge-

⁴⁴⁹ Insgesamt lagen Angaben zu 16'332 Personen (gewichtet) vor, die im Rahmen der SGB 2017 befragt worden waren.

⁴⁵⁰ $\chi^2(3)=12,541$; $p=.006$

⁴⁵¹ $p=.004$

⁴⁵² $p=.083$

⁴⁵³ Insgesamt lagen Angaben zu 2'061 Personen vor.

⁴⁵⁴ $p=.011$

nannten Merkmale, dass trans/non-binäre Personen im Vergleich zu cis Personen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit hatten, über ein hoch ausgeprägtes resilientes Coping-Verhalten zu verfügen ($OR=0,75$).⁴⁵⁵ Ausserdem hatten MSM* im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen (vgl. Anhang 3) eine höhere Wahrscheinlichkeit, über ein stark ausgeprägtes resilientes Coping-Verhalten zu verfügen ($OR=1,50$).⁴⁵⁶

4.3.3.5 Internalisierte Homonegativität und internalisierte Transnegativität

Übernehmen LGB Menschen negative Zuschreibungen und Bewertungen von Individuen, Beziehungen, Verhalten und Gemeinschaften, die nicht der heterosexuellen Norm entsprechen, wird von internalisierter Homonegativität gesprochen (z. B. Meyer, 2003). Diese zumeist unbewusste Internalisierung negativer Zuschreibungen ist als Reaktion auf heteronormative soziale Normen zu verstehen und entsprechenden Stigmatisierungen und Diskriminierungen. Internalisierte Homonegativität ist ein zentrales Element im in Kapitel 2.5 beschriebenen «Minoritäten-Stress-Modell». In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass sie sich negativ auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von LGB Personen auswirkt. Die gleichen Prozesse lassen sich für trans Personen und Personen mit einer non-binären Geschlechtsidentität beschreiben. Entsprechend lässt sich von einer internalisierten Transnegativität sprechen, wenn trans/non-binäre Personen negative Zuschreibungen und Bewertungen von Individuen, Beziehungen, Verhalten und Gemeinschaften übernehmen (Garcia Nuñez & Schneeberger, 2018). Und auch diese wirkt sich negativ auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von trans bzw. non-binären Menschen aus (Garcia Nuñez & Schneeberger, 2018).

Die Mehrheit, der im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGB Personen hatte eine eher gering ausgeprägte **Internalisierte Homonegativität** (91,1 %).⁴⁵⁷ Neun Prozent wiesen jedoch eine mittel bis hoch ausgeprägte Internalisierte Homonegativität auf. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede je nach sexueller Identität der Befragten (unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität). So hatten schwule (11,3 %) und bi-/pansexuelle Personen (9,5 %) deutlich häufiger als die befragten lesbischen Personen (5,4 %) eine mittlere bis hohe Internalisierte Homonegativität.⁴⁵⁸ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt) und der Geschlechtsidentität der Befragten sowie von Diskriminierungserfahrungen in der Gesundheitsversorgung und anderen Situationen in der Schweiz zeigte sich allerdings allein für das Geschlecht (zugeordnet bei Geburt) ein signifikanter Zusammenhang mit dem Grad der Internalisierten Homonegativität. So hatten Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, eine mittlere bis hohe Internalisierte Homonegativität aufzuweisen ($OR=3,39$) (vgl. Abb. 37).⁴⁵⁹

⁴⁵⁵ $p=.030$

⁴⁵⁶ $p=.036$

⁴⁵⁷ Hierzu lagen Angaben von 1'379 Befragten vor.

⁴⁵⁸ $\chi^2(2)=11,772; p=.003$; für den Vergleich wurde die Frage nach der sexuellen Identität der Befragten verwendet, nicht getrennt nach Geschlechtsidentität.

⁴⁵⁹ $p < .001$

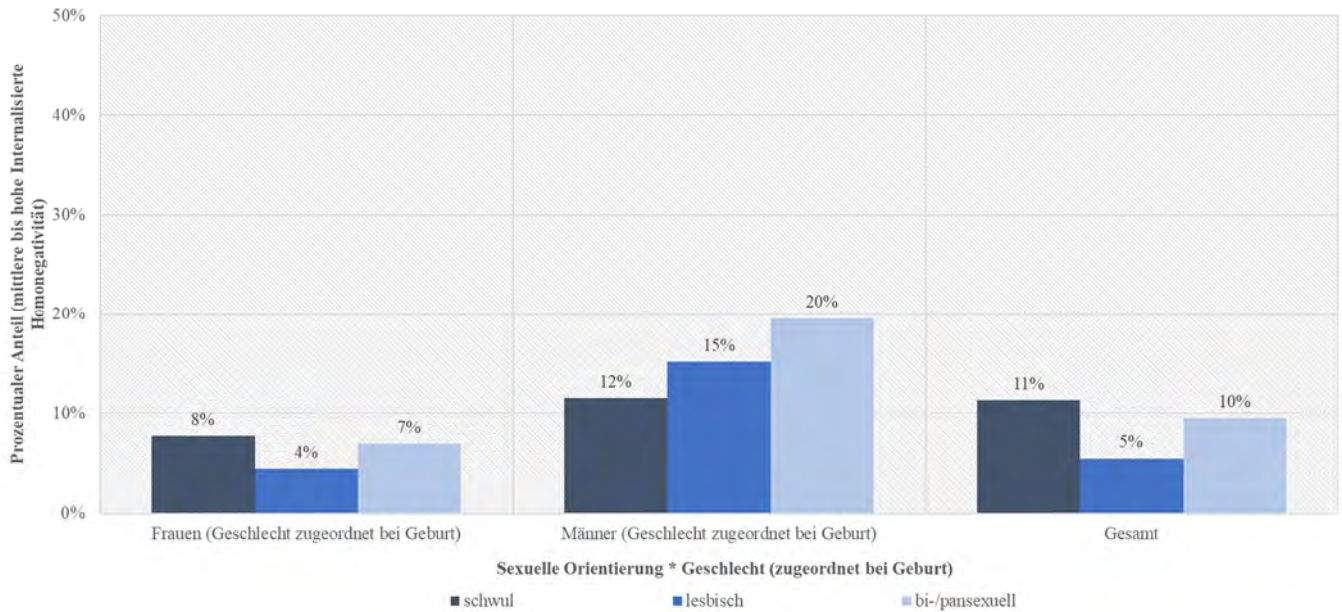


Abbildung 37: Internalisierte Homonegativität, differenziert nach sexueller Orientierung und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Gut die Hälfte der befragten trans/non-binären Personen hatte eine geringe **Internalisierte Transnegativität** (52,0 %).⁴⁶⁰ 35 Prozent hatten eine mittel ausgeprägte Internalisierte Transnegativität und 13 Prozent eine hohe. Dabei wiesen non-binäre Personen häufiger eine mittel bis hoch ausgeprägte Internalisierte Transnegativität auf als trans Personen (vgl. Abb. 38). Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt) und der sexuellen Identität der Befragten sowie Diskriminierungserfahrungen in der Gesundheitsversorgung und anderen Situationen in der Schweiz zeigte sich jedoch weder für die Geschlechtsidentität (trans vs. non-binär) noch für eines der anderen berücksichtigten Merkmale ein signifikanter Zusammenhang mit der Internalisierten Transnegativität. Auffällig ist jedoch, dass die Internalisierte Transnegativität bei den befragten trans und non-binären Personen stärker ausgeprägt war als die Internalisierte Homonegativität bei den befragten LGB Personen insgesamt. Dies überrascht vor dem Hintergrund der höheren Stigmatisierung und der höheren Rate an Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen jedoch nicht. So ist für trans und non-binäre Personen aufgrund der höheren Belastung wahrscheinlicher, dass sie diese negativen Zuschreibungen und Bewertungen internalisieren.

⁴⁶⁰ Von 344 trans/non-binären Personen lagen hierzu Angaben vor.

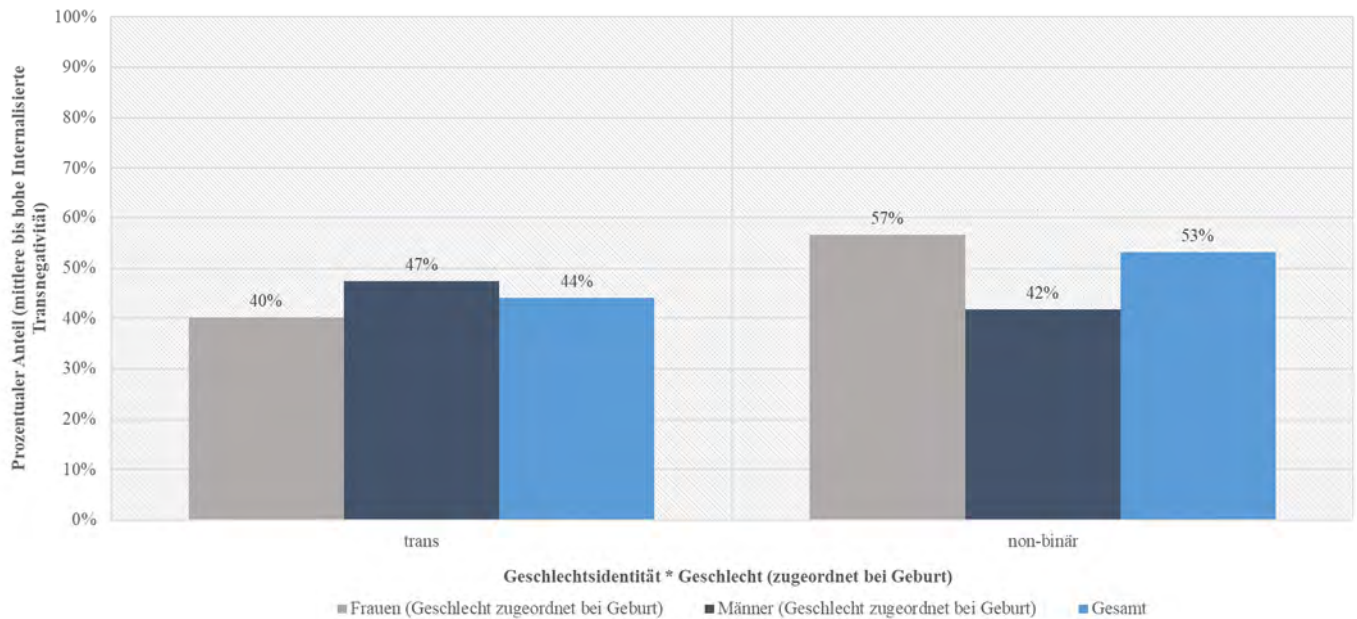


Abbildung 38: Internalisierte Transnegativität, differenziert nach Geschlechtsidentität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Zwischenfazit: Psychologische Ebene (Risiko- und Schutzfaktoren)

Wie schon bei den Schutzfaktoren auf sozialer und Gemeinschaftsebene (vgl. Kap. 4.3.2) verfügten LGB Personen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung der Schweiz zum Teil über deutlich weniger Schutzfaktoren auf psychologischer Ebene. Dies war insbesondere hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen sowie dem resilienten Coping-Verhalten der Fall. Darüber hinaus zeigen sich bedeutsame Unterschiede innerhalb der LGBT-Gruppe, wobei bei den befragten trans/non-binären und bisexuellen Personen die hier berücksichtigten psychischen Schutzfaktoren weniger stark ausgeprägt waren als bei den LGB cis Personen. Dies galt auch mit Blick auf die Internalisierung negativer Zuschreibungen und Bewertungen aufgrund der sexuellen Orientierung bzw. Geschlechtsidentität. So zeigen die Befunde der «LGBT Health», dass nur wenige der befragten LGBT Personen eine hohe Internalisierte Homonegativität bzw. Transnegativität aufweisen. Allerdings wies ein höherer Anteil der trans/non-binären Personen eine mittlere bis hohe Internalisierte Transnegativität auf als die befragten LGB Personen eine mittlere bis hohe Internalisierte Homonegativität. Dies passt jedoch zur hohen Rate an Diskriminierungserfahrungen bei trans/non-binären Personen. Diskriminierungserfahrungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, negative Zuschreibungen und Bewertungen zu internalisieren und führen auch zur höheren psychischen Belastung der trans/non-binären Personen. Studien zeigen in Bezug auf das Minoritäten-Stress-Modell, dass dies zu einer schlechteren psychischen Gesundheit führen kann (vgl. Kap. 2.5). Auf den Einfluss dieser Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit der befragten LGBT Personen wird im Kapitel 4.4.2 näher eingegangen.

4.4 Gesundheitszustand

Es wurden zum einen Indikatoren mit Blick auf den körperlichen Gesundheitszustand der Befragten erfasst, zum anderen zur psychischen Gesundheit. Im Folgenden wird zunächst auf die körperliche Gesundheit der Befragten eingegangen (Kap. 4.4.1) und im Anschluss auf die psychische Gesundheit (vgl. Kap. 4.4.2), wobei hinsichtlich der depressiven Symptome und Suizidversuchen die Auswirkungen der in den beiden vorherigen Kapiteln diskutierten Risiko- und Schutzfaktoren untersucht wird.

4.4.1 Körperliche Gesundheit

Mit Blick auf die körperliche Gesundheit wurden im Rahmen beider Befragungen (SGB, «LGBT Health») die folgenden Indikatoren erfasst:

- Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand
- Körperliche Beschwerden (z. B. Kopf- und Rückenschmerzen)
- Ausgewählte Krankheiten (erhöhter Blutdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes, Krebs)
- Einschränkungen oder Beeinträchtigungen im Alltag
- Body-Mass-Index (BMI)
- Chronische Erkrankungen

Im Rahmen der «LGBT Health» wurde zudem gefragt, ob bei den Befragten jemals eine Corona-Infektion festgestellt worden ist.

4.4.1.1 Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand

Die grosse Mehrheit der Personen, die im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragt wurden, würden ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstufen (87,9 %), nur wenige Personen (2,5 %) bezeichneten ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht.⁴⁶¹ Lesbische Frauen (87,8 %) und heterosexuelle Personen (87,9 %) haben ihren Gesundheitszustand etwa gleich häufig als (sehr) gut eingeschätzt, aber etwas weniger häufig als schwule Männer (91,8 %). Bisexuelle Personen (86,4 %) haben ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu den anderen Gruppen etwas seltener als (sehr) gut einschätzten (vgl. Abb. 39). Dieser Zusammenhang zwischen Sexualverhalten/sexueller Identität und dem selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand war unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus sowie des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten allein für bisexuelle Personen ($OR=0,66$) signifikant.⁴⁶² Darüber hinaus zeigte sich sowohl ein signifikanter Alters- als auch Geschlechtereffekt, wobei Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht laut Register) ($OR=1,11$)⁴⁶³ und jüngere Personen (16-49 Jahre) im Vergleich zu älteren Personen (ab 50 Jahre) ($OR=2,93$)⁴⁶⁴ eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einzuschätzen. Laut den Ergebnissen vorheriger Studien unterscheiden sich schwule und heterosexuelle Männer nicht bezüglich der Einschätzung ihres Gesundheitszustands (vgl. Kap. 2.2). Unsere Ergebnisse zeigen dies auch für die Schweiz. So hatten schwule (91,8 %) und bisexuelle Männer (88,7 %) im Vergleich zu heterosexuellen Männern (88,4 %) ihren Gesundheitszustand etwas häufiger als (sehr) gut eingeschätzt.⁴⁶⁵ Dieser Zusammenhang war allerdings auch unter Berücksichtigung der genannten Merkmale statistisch nicht signifikant.

⁴⁶¹ Insgesamt haben 29'900 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁴⁶² $p < .001$

⁴⁶³ $p = .016$

⁴⁶⁴ $p < .001$

⁴⁶⁵ $p = .269$

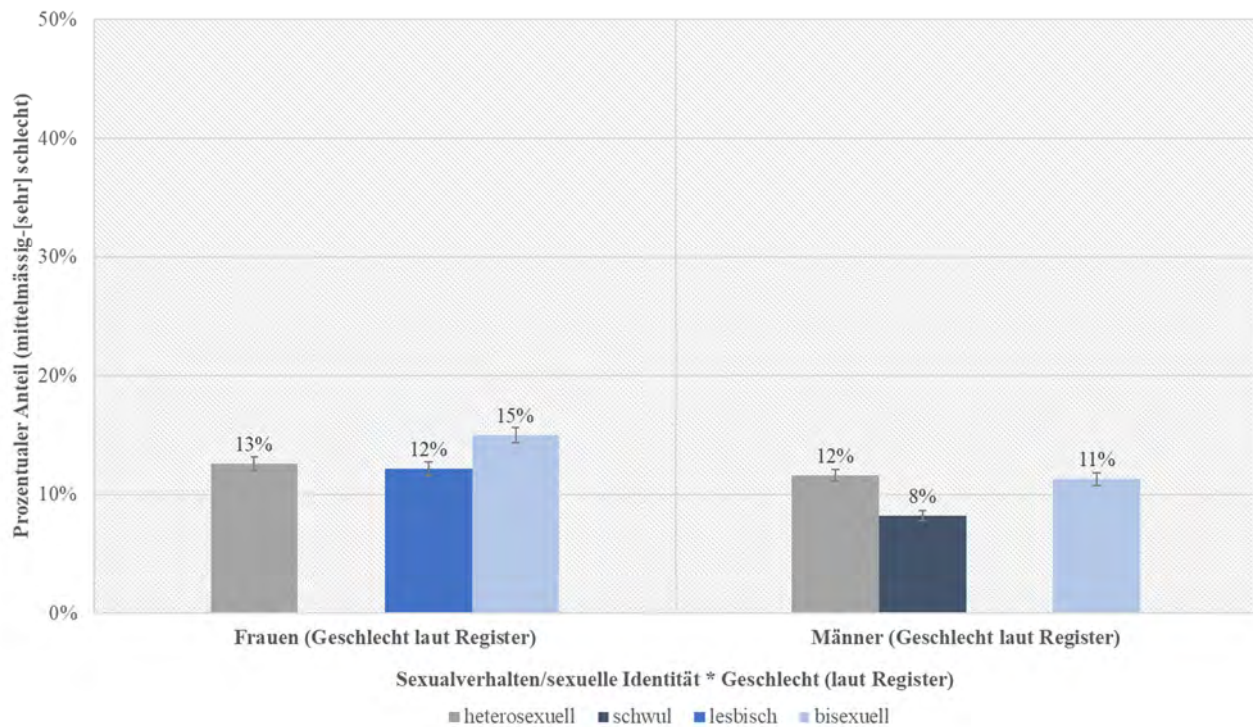


Abbildung 39: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (mittelmässig-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Auch die Mehrheit der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hat ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut eingeschätzt (75,6 %). Jede fünfte Person (19,8 %) würde den eigenen Gesundheitszustand als weder gut noch schlecht bezeichnen, 5 Prozent als (sehr) schlecht.⁴⁶⁶ Im Vergleich zwischen den Subgruppen zeigte sich, dass trans/non-binäre Personen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter als die befragten LGB cis Personen beurteilt haben. Während nämlich 71 Prozent der bisexuellen cis Personen und über 80 Prozent der lesbischen cis Frauen und schwulen cis Männern ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut bezeichnet haben, haben dies nur 63 Prozent der trans/non-binären Personen getan (vgl. Abb. 40).⁴⁶⁷ Dieser Zusammenhang zwischen sexueller Identität bzw. Geschlechtsidentität und Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie einer Veränderung des aktuellen Gesundheitszustands im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie statistisch signifikant. Dabei hatten im Vergleich zu trans/non-binären Personen lesbische cis Frauen ($OR=2,72$), schwule cis Männer ($OR=2,07$) und bisexuelle cis Personen ($OR=1,46$) eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut zu beurteilen.⁴⁶⁸ Hierbei spielte jedoch nicht allein die Geschlechtsidentität der Befragten eine Rolle. So zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Personen mit einer unterschiedlichen sexuellen Orientierung (vgl. Anhang 3). Unter Berücksichtigung der genannten Merkmale hatten FSF* ($OR=1,51$)⁴⁶⁹ und MSM* ($OR=1,87$)⁴⁷⁰ im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einzustufen. Darüber hinaus hatten das Alter, persönliche Nettoeinkommen und der Bildungsstatus einen signifikanten Einfluss auf den selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand der Befragten, wobei

⁴⁶⁶ Insgesamt haben 2'058 Personen diese Frage beantwortet.

⁴⁶⁷ $\chi^2(6)=91,737$; $p < .001$

⁴⁶⁸ Lesbische cis Frauen und schwule cis Männer: jeweils $p < .001$; bisexuelle cis Personen: $p=.026$

⁴⁶⁹ $p=.006$

⁴⁷⁰ $p=.001$

erwartungsgemäss ältere Personen, Personen mit einem geringeren Nettoeinkommen und solche mit einem geringeren Bildungsabschluss eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einzustufen.⁴⁷¹

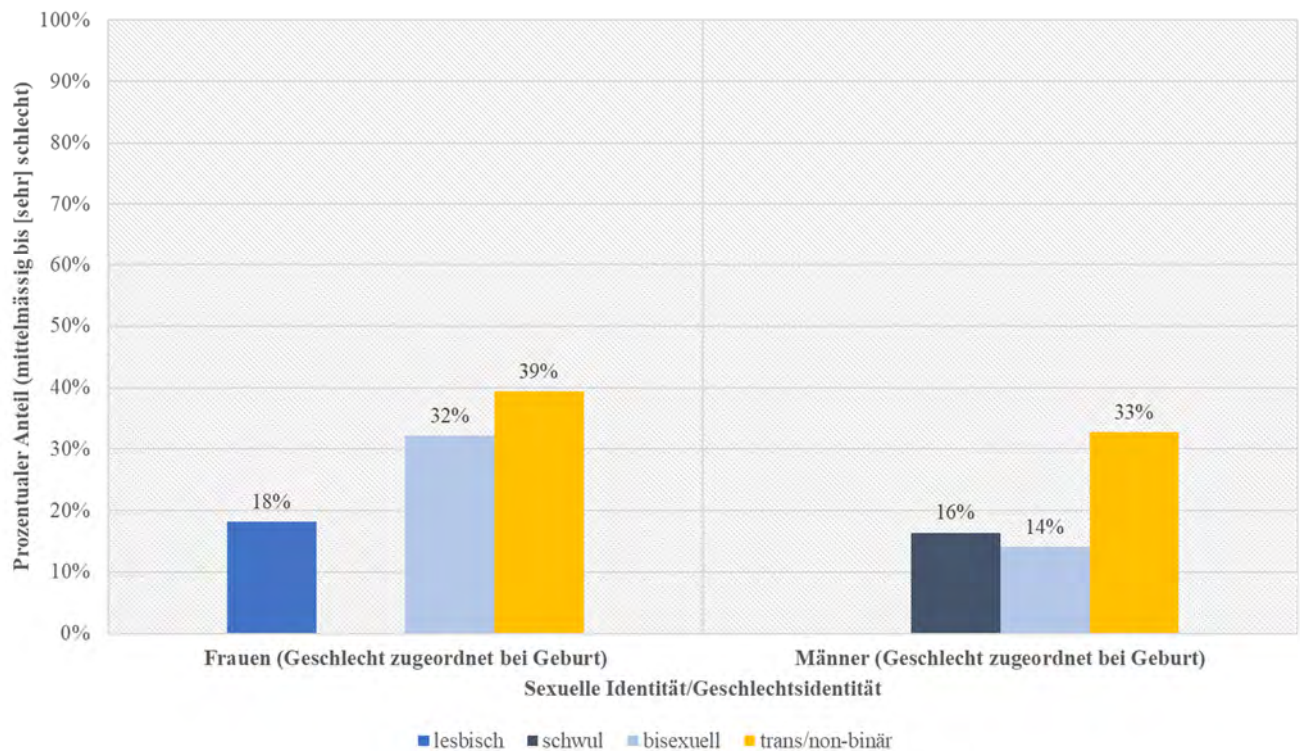


Abbildung 40: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (mittelmässig-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Auch die Wahrnehmung von Veränderungen des eigenen Gesundheitszustandes seit Beginn der COVID-19-Pandemie hatten einen Einfluss auf die Einschätzung desselben. Insgesamt hat etwas mehr als ein Viertel der Befragten (28,7 %) ⁴⁷² angegeben, dass sich ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie verschlechtert hatte. Zwischen den Vergleichsgruppen waren die Unterschiede hierbei jedoch sehr gering. Nur schwule cis Männer hatten im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit dafür, ⁴⁷³ eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands seit Beginn der Pandemie wahrgenommen zu haben. Erwartungsgemäss hatten Personen, die ihren Gesundheitszustand als unverändert ($OR=2,93$) oder sogar als besser ($OR=2,83$) wahrgenommen haben, eine etwa 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, den aktuellen Gesundheitszustand als (sehr) gut zu beurteilen. ⁴⁷⁴ Dass die Pandemie sich negativ auf den subjektiven Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung allgemein ausgewirkt hat, zeigt zum Beispiel der COVID-19 Social Monitor. ⁴⁷⁵ Dabei zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Umfrage ein deutlich geringerer Teil der Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut bezeichnet hat. Dies ist bei der Interpretation der vorliegenden Befunde zu berücksichtigen.

⁴⁷¹ Personen über 50 Jahre hatten im Vergleich zu 15-29-Jährigen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einzustufen ($OR=0,53$; $p=.002$). Personen mit einem Nettoeinkommen von 4'500 SFr./Monat und Personen mit einem Nettoeinkommen über 4'500 SFr./Monat haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einzustufen als Personen mit einem Nettoeinkommen von unter 4'500 SFr./Monat ($OR=3,01$, $p=.003$; $OR=2,29$, $p < .001$). Personen mit einer (eher) hohen Bildung haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einzustufen als Personen mit einer (eher) tiefen Bildung ($OR=1,43$; $p=.008$).

⁴⁷² Insgesamt haben 2'058 Personen diese Frage beantwortet.

⁴⁷³ $OR=0,66$, $p=.025$

⁴⁷⁴ Jeweils $p < .001$

⁴⁷⁵ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

4.4.1.2 Körperliche Beschwerden

Etwas weniger als die Hälfte aller befragten Personen der SGB (2012, 2017) haben angegeben, dass sie in den letzten vier Wochen unter keinen bzw. kaum unter körperlichen Beschwerden, wie Kopf- und Rückenschmerzen, Ein- und Durchschlafstörungen, Verdauungsbeschwerden oder Herzklopfen,⁴⁷⁶ gelitten haben (45,9 %).⁴⁷⁷ Ein Drittel (33,8 %) der Befragten hatte in den letzten vier Wochen einige körperliche Beschwerden und jede fünfte Person (20,4 %) starke körperliche Beschwerden verspürt. Dabei hatten heterosexuelle Personen (20,0 %) und schwule Männer (21,1 %) deutlich seltener angegeben, unter *starken* Beschwerden in den letzten vier Wochen gelitten zu haben, als die befragten lesbischen Frauen (34,2 %) und bisexuellen Personen (33,6 %) (vgl. Abb. 41).⁴⁷⁸ Dies ist jedoch vermutlich mehrheitlich auf das Geschlecht (laut Register) der Befragten zurückzuführen. Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten nämlich schwule Männer ($OR=1,87$)⁴⁷⁹ und bisexuelle Personen ($OR=1,96$)⁴⁸⁰ im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine etwas *höhere* Wahrscheinlichkeit, in den letzten vier Wochen vor der Befragung unter starken körperlichen Beschwerden gelitten zu haben als unter keinen oder geringen. Darüber hinaus hatten Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, unter starken Beschwerden gelitten zu haben ($OR=2,24$).⁴⁸¹

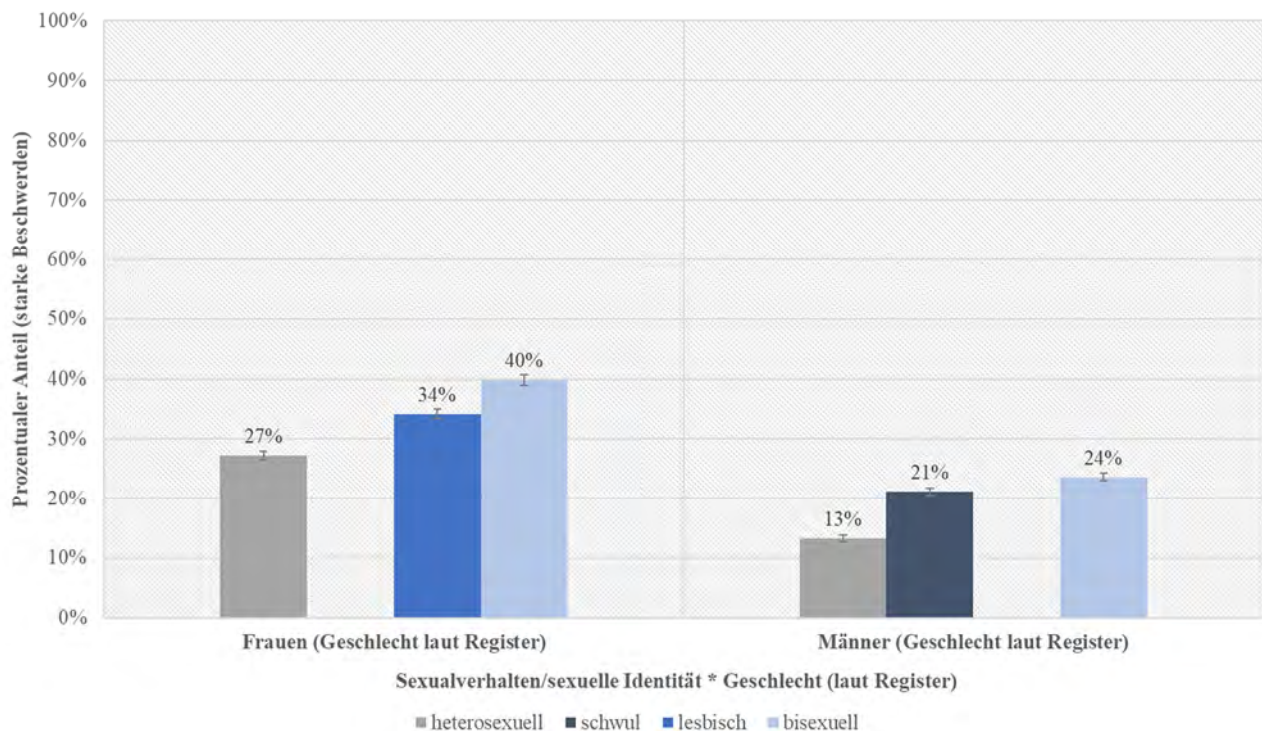


Abbildung 41: Körperliche Beschwerden (starke), differenziert nach Vergleichsgruppe und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Gut jede zehnte der im Rahmen der «LGBT Health» befragte Person (10,8 %) hat angegeben, dass sie keine bzw. kaum körperliche Beschwerden hat. Gut ein Viertel aller Befragten (26,1 %) hatte einige körperliche Beschwerden und mehr als die Hälfte (63,1 %) war von starken körperlichen Beschwerden betroffen (vgl. Abb. 42).⁴⁸² Dabei zeigten sich deutlich Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei lesbische cis Frauen (61,6 %) und

⁴⁷⁶ Fieber wurde dabei nicht berücksichtigt.

⁴⁷⁷ Insgesamt haben 29'919 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁴⁷⁸ $\chi^2(6)=93,078; p < .001$

⁴⁷⁹ $p < .001$

⁴⁸⁰ $p < .001$

⁴⁸¹ $p < .001$

⁴⁸² Insgesamt haben 1'969 Personen diese Frage beantwortet.

schwule cis Männer (50,8 %) deutlich seltener starke Beschwerden hatten als bisexuelle cis (71,3 %) und trans/non-binäre Personen (74,3 %).⁴⁸³ Dieser Zusammenhang erwies sich zumindest bei lesbischen cis Frauen im Vergleich zu trans/non-binären Personen auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens sowie des Gesundheitszustands der Befragten als statistisch signifikant. Dabei hatten lesbische cis Frauen ($OR=0,54$) im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit, starke Beschwerden zu haben als geringe bis mittlere.⁴⁸⁴ Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass trans/non-binäre Personen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,47$)⁴⁸⁵ haben, unter starken Beschwerden zu leiden als cis Personen. Und auch der Unterschied zwischen homo- und bisexuellen Personen bestätigte sich, wenn man die körperlichen Beschwerden von Personen mit einer unterschiedlichen sexuellen Orientierung (vgl. Anhang 3) anschaut. So zeigte sich unter Berücksichtigung der genannten Merkmale, dass FSF* ($OR=0,62$) und MSM* ($OR=0,70$) im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, unter starken Beschwerden zu leiden. Dass die befragten LGBT Personen sehr viel häufiger unter starken Beschwerden litten, hängt somit zum einen mit ihrer sexuellen Identität bzw. Geschlechtsidentität zusammen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die sexuelle Identität bzw. Geschlechtsidentität an sich nicht Ursache für die Beschwerden ist. Zum anderen zeigen Studien, dass die Schweizer Bevölkerung insgesamt zum Zeitpunkt der Befragung deutlich häufiger von starken Beschwerden berichteten als noch zu Beginn der Pandemie (vgl. COVID-19 Social Monitor).⁴⁸⁶ Darüber hinaus ist aufgrund der Werbungsstrategie der Studie (vgl. Kap. 3.2) nicht auszuschliessen, dass vermehrt Personen gewonnen werden konnten, die gesundheitlich belasteter sind. Und letztlich muss berücksichtigt werden, dass trans/non-binäre Personen in der Stichprobe der «LGBT Health» überrepräsentiert sind und damit eine Gruppe, die besonders stark belastet ist.

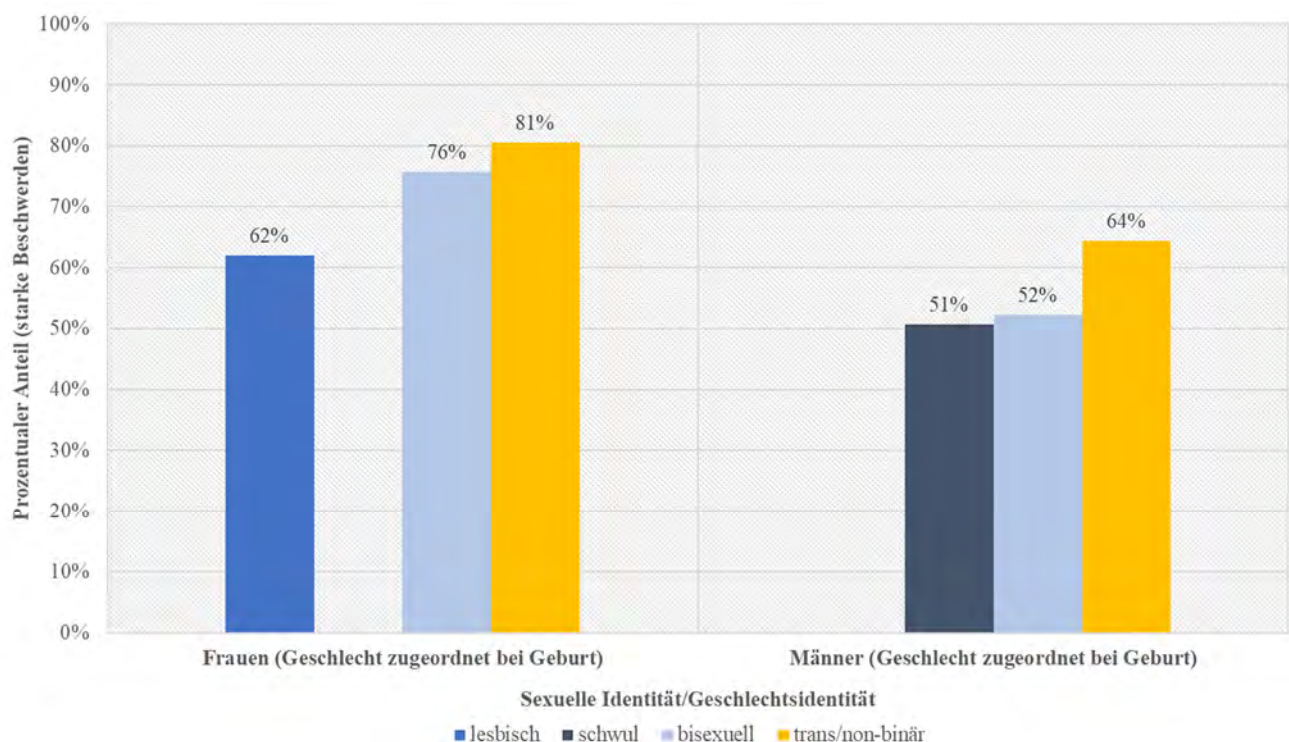


Abbildung 42: Körperliche Beschwerden (starke), differenziert nach Vergleichsgruppe und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

⁴⁸³ $\chi^2(3)=78,761; p < .001$

⁴⁸⁴ $p < .001$

⁴⁸⁵ $p=.005$

⁴⁸⁶ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

4.4.1.3 Ausgewählte Krankheiten: Bluthochdruck, Cholesterin, Diabetes und Krebs

Im Rahmen der SGB (2012, 2017) wird erhoben, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung unter zu hohem Blutdruck litten, zu hohe Cholesterolverte hatten, von Diabetes⁴⁸⁷ oder von Krebs betroffen waren. Für die ersten drei Krankheitsbilder wurde hierfür auf Grundlage der Frage nach der 1-Jahresprävalenz sowie der Einnahme entsprechender Medikamente in den letzten sieben Tagen vor der Befragung ein Index gebildet.

13 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatten im Jahr vor der Befragung einen zu **hohen Bluthochdruck**.⁴⁸⁸ Dabei waren lesbische Frauen (5,0 %) und bisexuelle Personen (7,9 %) deutlich seltener betroffen als schwule Männer und heterosexuelle Personen (12,7 % bzw. 13,2 %).⁴⁸⁹ Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens sowie des Erhebungsjahres zeigte sich dieser Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und Bluthochdruck jedoch nicht mehr.⁴⁹⁰ Ein starker Zusammenhang zeigte sich hingegen zwischen zu hohem Blutdruck und dem Alter. So hatten Personen ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Personen (16-49 Jahre) eine 9-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, einen zu hohen Blutdruck zu haben ($OR=8,99$).⁴⁹¹ Darüber hinaus zeigte sich ein statistisch signifikanter Geschlechtereffekt, wobei Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit hatten, an Bluthochdruck zu leiden ($OR=0,56$).⁴⁹² Laut den Ergebnissen vorheriger Studien haben schwule im Vergleich zu heterosexuellen Männer häufiger einen erhöhten Blutdruck (vgl. Kap. 2.2). Unsere Ergebnisse zeigen für die Schweiz jedoch genau das Gegenteil. So litten schwule (12,7 %) und bisexuelle Männer (13,2 %) im Vergleich zu heterosexuellen Männern (15,7 %) etwas seltener an Bluthochdruck.⁴⁹³ Dieser Zusammenhang war jedoch auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten statistisch nicht signifikant.⁴⁹⁴ In Übereinstimmung mit vorherigen Studien litten die im Rahmen der SGB befragten Frauen (Geschlecht laut Register) unabhängig von ihrem Sexualverhalten bzw. ihrer sexuellen Identität gleich häufig unter zu hohem Blutdruck. Zwar hatten LB Frauen (4,8 %) seltener als heterosexuelle Frauen (10,6 %) Bluthochdruck.⁴⁹⁵ Dieser Zusammenhang zeigte sich jedoch unter Berücksichtigung der genannten Merkmale nicht mehr.⁴⁹⁶ Hingegen zeigte sich auch hier ein starker Alterseffekt, wobei ältere (ab 50 Jahren) im Vergleich zu jüngeren Frauen (16-49 Jahre) eine gut 9-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, unter Bluthochdruck zu leiden ($OR=9,29$).⁴⁹⁷

18 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatten im letzten Jahr vor der Befragung Bluthochdruck.⁴⁹⁸ Dabei hatten im Vergleich zu den anderen Gruppen (11,8-16,5 %) deutlich mehr schwule cis Männer angegeben (24,8 %) unter Bluthochdruck zu leiden.⁴⁹⁹ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten war dieser Zusammenhang jedoch statistisch nicht signifikant. Entscheidender scheint wieder das Alter der Befragten zu sein. So hatten Personen ab 50 Jahren im Vergleich zu den befragten 15-29-Jährigen eine 6-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, unter Bluthochdruck zu leiden ($OR=6,23$).⁵⁰⁰

⁴⁸⁷ Weder im Rahmen der SGB noch in der «LGBT Health» wurde erfasst, ob die Befragten unter einem Diabetes Typ I oder Typ II litten.

⁴⁸⁸ Insgesamt haben 29'112 Personen (gewichtet) diese Fragen beantwortet.

⁴⁸⁹ $\chi^2(3)=19,991$; $p < .001$

⁴⁹⁰ $p=.160$; aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten mussten die befragten LGB Personen zu einer Gruppe zusammengenommen werden.

⁴⁹¹ $p=.000$

⁴⁹² $p < .001$

⁴⁹³ $p=.274$

⁴⁹⁴ $p=.359$

⁴⁹⁵ $\chi^2(1)=16,748$; $p < .001$

⁴⁹⁶ $p=.122$; aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten mussten für die Analysen lesbische und bisexuelle Frauen zu einer Gruppe zusammengenommen werden.

⁴⁹⁷ $p < .001$

⁴⁹⁸ Insgesamt haben 1'233 Personen diese Frage beantwortet.

⁴⁹⁹ $\chi^2(3)=22,112$; $p < .001$

⁵⁰⁰ $p < .001$

Von einem **zu hohen Cholesterinspiegel** in den letzten 12 Monaten vor der Befragung waren rund zehn Prozent der Befragten der SGB (2012, 2017) betroffen.⁵⁰¹ Heterosexuelle (9,8 %) und bisexuelle Personen (6,9 %) sowie schwule Männer (10,1 %) hatten dabei etwas seltener zu hohe Cholesterinwerte als lesbische Frauen (17,9 %).⁵⁰² Dieser Zusammenhang zwischen dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität (LGB vs. heterosexuell) und zu hohen Cholesterinwerten war jedoch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten statistisch nicht signifikant. Stattdessen zeigte sich auch hier ein starker Alters- und ein schwacher Geschlechtereffekt, wobei Personen ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Personen (16-49 Jahre) eine 7-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, zu hohe Cholesterinwerte zu haben ($OR=7,42$).⁵⁰³ Frauen hatten im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) hingegen eine geringere Wahrscheinlichkeit, zu hohe Cholesterinwerte zu haben ($OR=0,59$).⁵⁰⁴

Während andere Studien zeigen, dass schwule im Vergleich zu heterosexuellen Männern häufiger einen zu hohen Cholesterinspiegel haben (vgl. Kap. 2.2), konnte dies im Rahmen der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Im Gegenteil: Im Vergleich zu heterosexuellen Männern (11,9 %) hatten etwas weniger schwule und bisexuelle Männer (10,1 % bzw. 9,9%) angegeben, zu hohe Cholesterinwerte zu haben. Dieser Zusammenhang war allerdings unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten statistisch nicht signifikant.⁵⁰⁵ Das Gleiche galt für die befragten Frauen (Geschlecht laut Register). So wiesen lesbische und bisexuelle Frauen (7,5 %) im Vergleich zu heterosexuellen Frauen (7,5 %) gleich häufig einen zu hohen Cholesterinspiegel auf. Unter Berücksichtigung des Alters der Befragten zeigte sich jedoch, dass LB Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit hatten, einen hohen Cholesterinspiegel zu haben ($OR=1,85$).⁵⁰⁶

14 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatte zu hohe Cholesterinwerte.⁵⁰⁷ Wie beim Bluthochdruck waren auch hier vor allem die schwulen cis Männer betroffen (21,9 %) während bisexuelle cis Personen (2,0 %) kaum betroffen waren.⁵⁰⁸ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und Nettoeinkommens der Befragten zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Insgesamt haben aber trans/non-binäre Personen gegenüber cis Personen eine tendenziell signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, zu hohe Cholesterinwerte ($OR=1,50$)⁵⁰⁹ zu haben. Wieder hatte jedoch das Alter der Befragten einen stärkeren Einfluss, wobei Personen ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Personen (15-49 Jahre) eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten, einen zu hohen Cholesterinspiegel zu haben ($OR=3,96$).⁵¹⁰

Drei Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen waren im Jahr vor der Befragung von **Diabetes** betroffen.⁵¹¹ Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.⁵¹² Dies galt auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten. Die Analysen zeigen vielmehr, dass Personen ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Personen (16-49 Jahre) eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten, Diabetes zu haben ($OR=7,28$).⁵¹³ Dies stimmt mit Befunden überein, wonach mit zunehmendem Alter das Risiko für einen Diabetes

⁵⁰¹ Insgesamt haben 26'466 Personen diese Fragen beantwortet.

⁵⁰² $\chi^2(3)=11,040$; $p=.012$

⁵⁰³ $p=.000$

⁵⁰⁴ $p < .001$

⁵⁰⁵ $p=.486$

⁵⁰⁶ $p=.002$

⁵⁰⁷ Insgesamt haben 1'187 Personen diese Frage beantwortet.

⁵⁰⁸ $\chi^2(3)=50,956$; $p < .001$

⁵⁰⁹ $p=.053$

⁵¹⁰ $p < .001$

⁵¹¹ Insgesamt haben 27'549 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁵¹² $p=.548$; eine Zelle hatte erwartete Häufigkeiten von weniger als 5, hierdurch kann das Ergebnis fehlerhaft sein.

⁵¹³ $p < .001$

Typ II steigt (Landgraf et al., 2020). Darüber hinaus hatten Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit, Diabetes zu haben ($OR=0,47$).⁵¹⁴ Wie bereits bei zu hohem Blutdruck und einem zu hohen Cholesterinspiegel konnten die Befunde der vorliegenden Studie die Ergebnisse anderer Studien nicht bestätigen, wonach schwule Männer deutlich häufiger von Diabetes betroffen sind als heterosexuelle Männer (vgl. Kap. 2.2). Stattdessen waren schwule und bisexuelle Männer (4,3 %) ebenso häufig an Diabetes erkrankt wie heterosexuelle Männer (4,2 %). Dies galt auch unter Berücksichtigung der genannten Merkmale. Vielmehr zeigte sich auch hier ein starker Alterseffekt, wobei wieder Männer ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Männern (16-49 Jahre) eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten, an Diabetes zu leiden ($OR=8,75$).⁵¹⁵ Bei den Frauen (Geschlecht laut Register) zeigte sich ebenfalls kein Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und Diabetes, selbst wenn wieder um Einflüsse des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des Nettoeinkommens der Befragten kontrolliert wurde.⁵¹⁶ Dies stimmt mit Befunden vorheriger Studien überein (vgl. Kap. 2.2). Auch bei den Frauen zeigt sich, dass Frauen ab 50 Jahren im Vergleich zu den jüngeren Frauen einen 5-mal so hohe Wahrscheinlichkeit für Diabetes haben ($OR=5,12$).⁵¹⁷

4 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Diabetes.⁵¹⁸ Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.⁵¹⁹ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (bei Geburt), Bildungsstatus und des Nettoeinkommens der Befragten,⁵²⁰ wobei aufgrund der geringen Fallzahlen die befragten LGB cis Personen zu einer Gruppe zusammengefasst werden mussten. Wieder zeigte sich jedoch erwartungsgemäss ein starker Alterseffekt, wobei ältere Befragte (ab 50 Jahren) im Vergleich zu jüngeren Personen (15-49 Jahre) eine 6-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten Diabetes zu haben ($OR=6,10$).⁵²¹

Etwa drei Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen waren in den letzten 12 Monaten an **Krebs** erkrankt.⁵²² Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten LGB Personen (1,8 %) in etwa gleich häufig wie heterosexuellen Personen (1,6 %) eine Krebserkrankung in den letzten 12 Monaten gehabt.⁵²³ Aufgrund der geringen Anzahl Erkrankter wurde auf detailliertere statistische Analysen verzichtet. Bezüglich der Prävalenz von Krebserkrankungen unter Frauen (Geschlecht laut Register) bestätigen die Befunde die Ergebnisse vorheriger Studien, wonach lesbische und bisexuelle Frauen (4,3 %)⁵²⁴ nicht signifikant häufiger als heterosexuelle (2,9 %) Frauen an Krebs erkranken (vgl. Kap. 2.2)⁵²⁵. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

18 der befragten LGBT Personen waren in den letzten 12 Monaten vor der «LGBT Health»-Befragung von Krebs betroffen (0,9 %).⁵²⁶ Von diesen 18 Personen waren 10 schwule cis Männer (1,6 % der befragten schwulen Männer), allerdings liessen die geringen Häufigkeiten keine weiteren statistischen Analysen zu. Die Verteilung der Fälle nach Alter zeigt aber, dass 10 von den 18 Betroffenen über 50 Jahre alt waren und eine Person unter 30 Jahre alt war.

⁵¹⁴ $p < .001$

⁵¹⁵ $p < .001$

⁵¹⁶ $p=.908$

⁵¹⁷ $p < .001$

⁵¹⁸ Insgesamt haben 1'282 Personen diese Frage beantwortet.

⁵¹⁹ $p=.855$

⁵²⁰ $p=.834$

⁵²¹ $p < .001$

⁵²² Insgesamt haben 16'851 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁵²³ $p=.602$

⁵²⁴ Aufgrund der geringen Anzahl Personen wurden lesbische und bisexuelle Frauen zusammengefasst.

⁵²⁵ $p=.227$

⁵²⁶ 2'021 Personen haben diese Frage beantwortet.

4.4.1.4 Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme

Gut drei Viertel aller Befragten der SGB (2012, 2017) haben angegeben, *nicht* seit mindestens sechs Monaten durch ein gesundheitliches Problem in ihrem Alltag eingeschränkt gewesen zu sein (79,2 %).⁵²⁷ 18 Prozent wurden hingegen seit mindestens sechs Monaten durch ein Gesundheitsproblem bei Alltagsaktivitäten eingeschränkt, jedoch nicht stark, und die restlichen 3 Prozent waren stark durch ein gesundheitliches Problem im Alltag eingeschränkt gewesen. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 43).⁵²⁸ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten zeigte sich hingegen ein statistisch signifikanter Zusammenhang, wobei aufgrund der geringen Häufigkeiten für die Analysen alle LGB Personen zusammen mit der übrigen Bevölkerung verglichen wurden. Danach hatten LGB Personen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, durch Gesundheitsprobleme im Alltag stark eingeschränkt zu sein ($OR=1,59$).⁵²⁹ Während dieser Effekt sehr gering war, zeigte sich ein höherer Alterseffekt. So hatten Personen ab 50 Jahren im Vergleich zu jüngeren Personen (16-49 Jahre) eine fast 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, in den sechs Monaten vor der Befragung im Alltag durch ein gesundheitliches Problem stark eingeschränkt gewesen zu sein ($OR=2,70$).⁵³⁰ Frauen hatten hingegen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine geringere Wahrscheinlichkeit, stark eingeschränkt gewesen zu sein ($OR=0,64$).⁵³¹

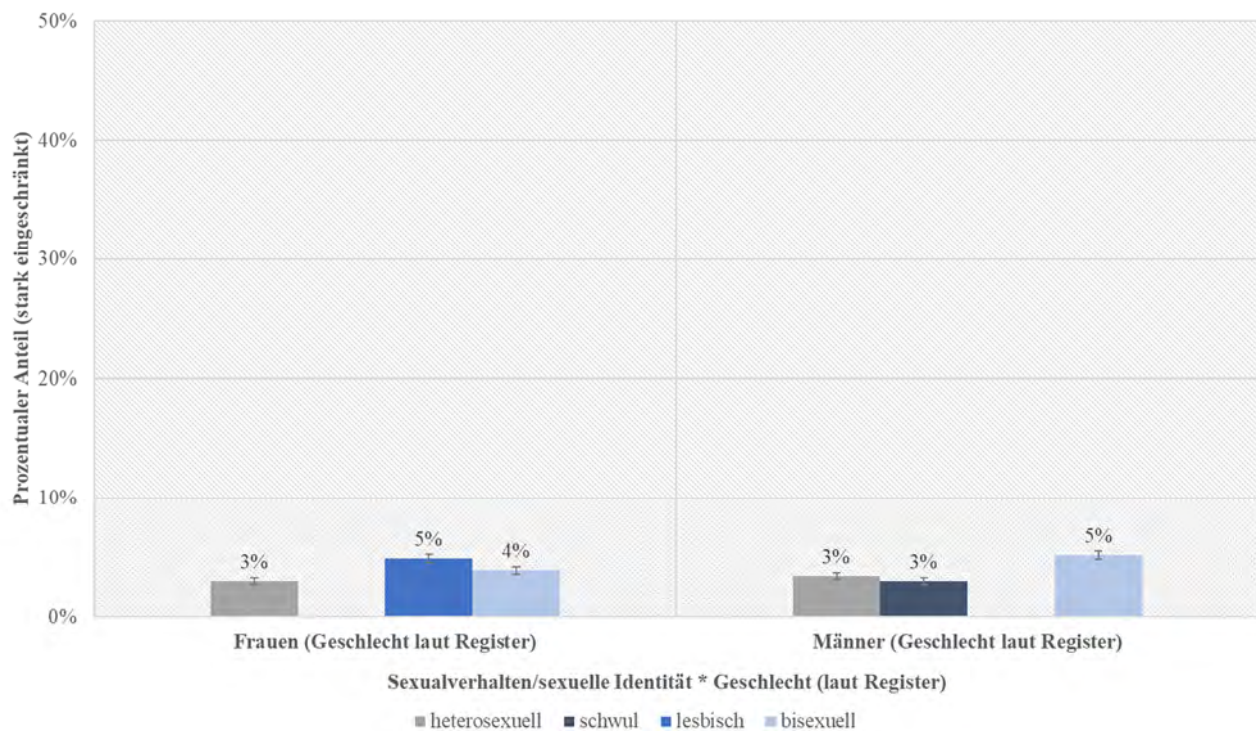


Abbildung 43: Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

⁵²⁷ Insgesamt haben 29'862 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁵²⁸ $p=.325$; allerdings hatte eine Zelle erwartete Häufigkeiten kleiner 5, dies kann zu fehlerhaften Befunden führen. Ein Vergleich zwischen LGB Personen und der übrigen Bevölkerung bestätigte jedoch den Befund ($p=.083$).

⁵²⁹ $p=.010$

⁵³⁰ $p < .001$

⁵³¹ $p < .001$

Mehr als die Hälfte (57,6 %) aller im Rahmen der «LGBT-Health» befragten Personen waren überhaupt nicht durch ein gesundheitliches Problem seit mindestens sechs Monaten eingeschränkt.⁵³² 42 Prozent waren jedoch eingeschränkt, 34 Prozent davon nicht stark, 8 Prozent hingegen stark. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei bisexuelle cis (45,5 %) und trans/non-binäre Personen (54,4 %) häufiger eingeschränkt (stark, nicht stark) waren als lesbische cis Frauen (39,2 %) und schwule cis Männer (33,6 %) (vgl. Abb. 44).⁵³³ Auch unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts (zugeordnet bei Geburt) hatten lesbische Frauen ($OR=0,44$),⁵³⁴ schwule Männer ($OR=0,64$)⁵³⁵ sowie bisexuelle Personen ($OR=0,62$)⁵³⁶ im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit, in den letzten sechs Monaten durch ein gesundheitliches Problem stark eingeschränkt gewesen zu sein als leicht oder gar nicht. Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Geschlechtereffekt, wobei Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, eingeschränkt gewesen zu sein ($OR=0,60$).⁵³⁷

Im Vergleich zu den Befunden der SGB wirkt es so, als seien die im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGB Personen deutlich stärker betroffen als die, die im Rahmen der SGB befragt worden sind. Dabei ist jedoch nicht nur ein möglicher Corona-Effekt zu bedenken, sondern insbesondere auch die Überrepräsentanz von trans/non-binären Personen in der Stichprobe der «LGBT Health», die zu einem höheren Belastungsgrad der Gesamtstichprobe führt.

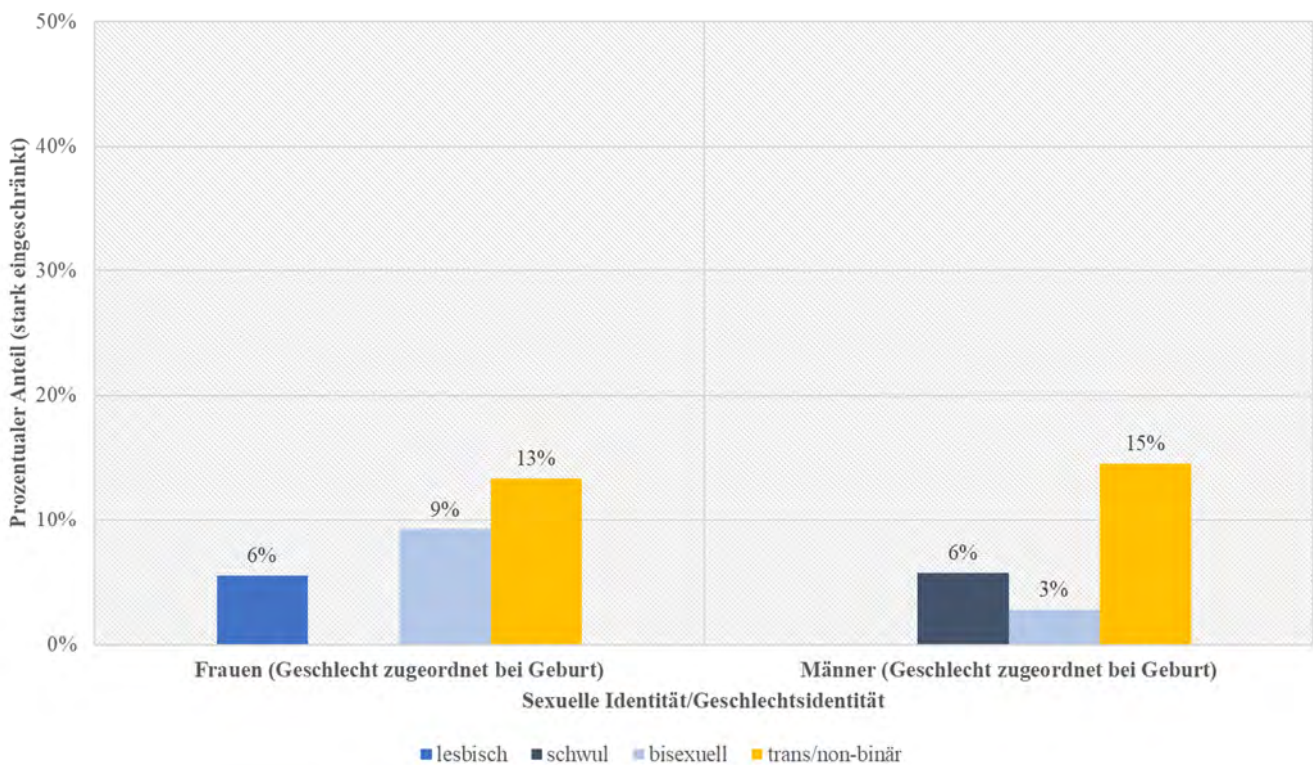


Abbildung 44: Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme (stark eingeschränkt), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

⁵³² Insgesamt haben 1'997 Personen diese Frage beantwortet.

⁵³³ $\chi^2(3)=53,582$; $p < .001$

⁵³⁴ $p < .001$

⁵³⁵ $p=.007$

⁵³⁶ $p=.002$

⁵³⁷ $p=.002$

4.4.1.5 Chronische Erkrankungen und langandauernde Gesundheitsprobleme

29 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen haben angegeben, eine chronische Erkrankung oder ein langandauerndes Gesundheitsproblem zu haben.⁵³⁸ Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 45).⁵³⁹ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten zeigte sich, dass bisexuelle Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit hatten, eine chronische Erkrankung oder ein langandauerndes Gesundheitsproblem zu haben ($OR=1,49$).⁵⁴⁰ Tendenziell galt dies auch für lesbische Frauen ($OR=1,31$).⁵⁴¹ Mit Blick auf schwule Männer bestätigen die Befunde jedoch die Ergebnisse vorheriger Studien, wonach schwule Männer nicht häufiger unter chronischen Erkrankungen leiden als heterosexuelle Männer (vgl. Kap. 2.2). Obwohl etwas mehr schwule Männer (30,6 %) angegeben haben, unter chronischen Krankheiten zu leiden, als heterosexuelle Männer (27,3 %), war der Effekt – unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten – nur tendenziell signifikant ($OR=1,32$).⁵⁴² Allerdings hatten bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Männern unter Berücksichtigung der genannten Merkmale eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, chronisch erkrankt zu sein ($OR=1,56$).⁵⁴³

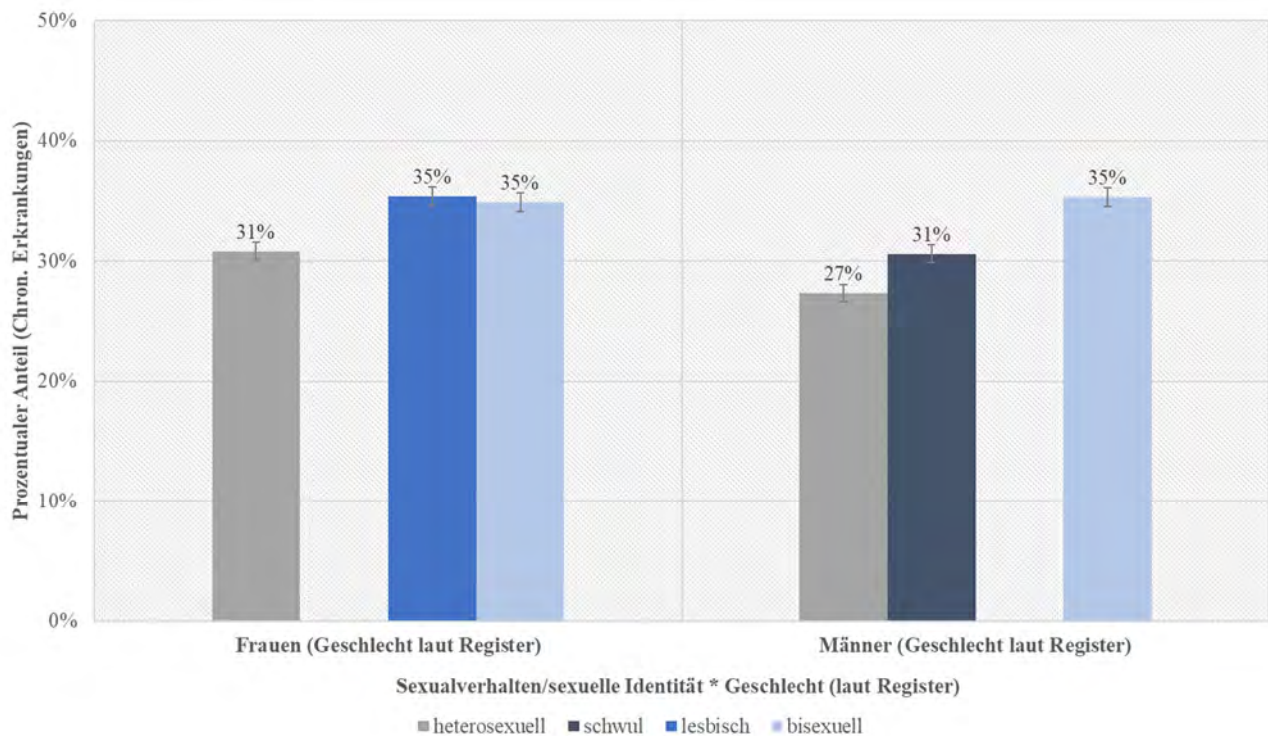


Abbildung 45: Chronische Erkrankung und langandauernde Gesundheitsprobleme, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

⁵³⁸ Ein Gesundheitsproblem, das mindestens seit sechs Monaten besteht oder voraussichtlich noch mindestens sechs Monate andauert; insgesamt haben 29'861 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁵³⁹ $\chi^2(3)=13,264$; $p=.004$

⁵⁴⁰ $p < .001$

⁵⁴¹ $p=.070$

⁵⁴² $p=.064$

⁵⁴³ $p=.003$

47 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatten seit mindestens sechs Monaten eine chronische Krankheit oder ein langandauerndes Gesundheitsproblem.⁵⁴⁴ Dabei waren besonders trans/non-binäre Personen (56,9 %) betroffen (vgl. Abb. 46).⁵⁴⁵ Dieser Zusammenhang zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten.⁵⁴⁶ Insgesamt hatten trans/non-binäre Personen gegenüber cis Personen – unter Berücksichtigung der genannten Merkmale – eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR=1,73$),⁵⁴⁷ an einer chronischen Krankheit oder einem langandauerndem Gesundheitsproblem zu leiden. Erwartungsgemäss zeigte sich ausserdem ein starker Alterseffekt, wonach insbesondere Personen über 50 Jahren im Vergleich zu 15-29-Jährigen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten ($OR=3,76$),⁵⁴⁸ an einer chronischen Krankheit oder einem langandauerndem Gesundheitsproblem zu leiden.

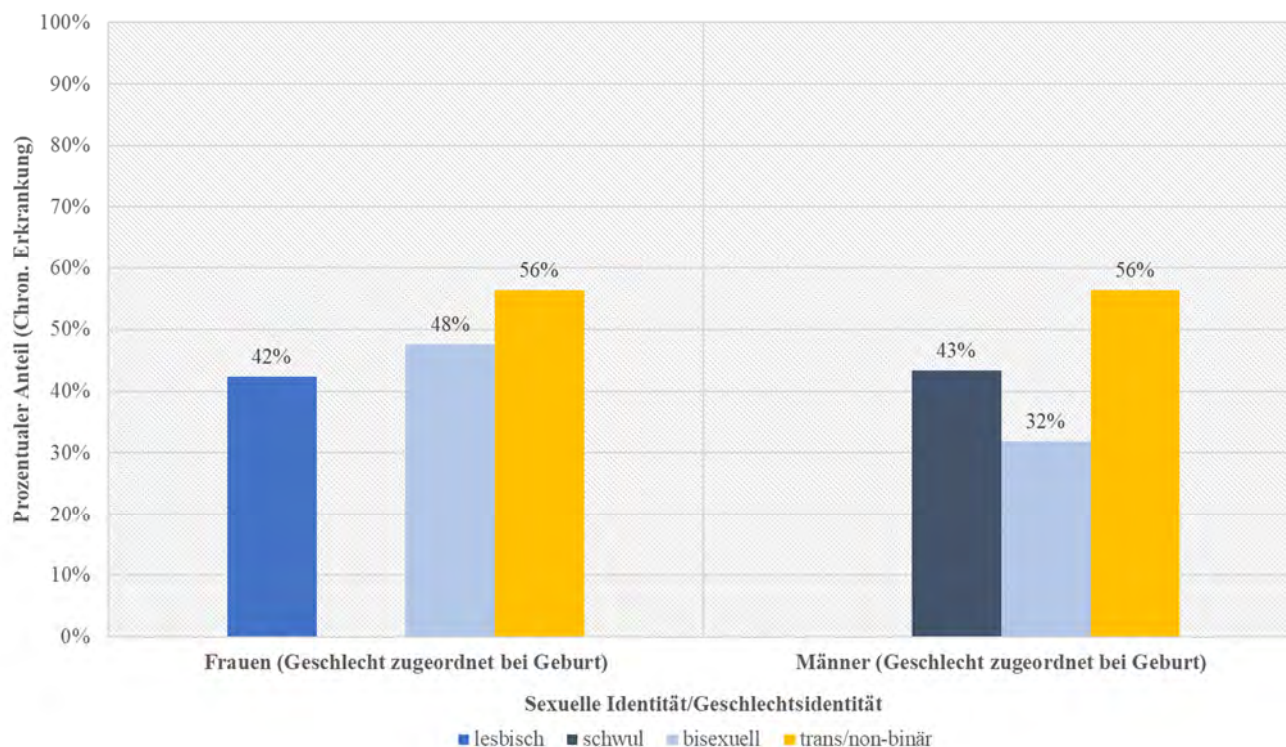


Abbildung 46: Chronische Erkrankung und langandauernde Gesundheitsprobleme, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

4.4.1.6 Corona- Infektion

88 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen war bis zum Zeitpunkt der Umfrage noch nie mit dem Coronavirus infiziert gewesen.⁵⁴⁹ Dies entspricht in etwa dem Anteil in der Gesamtbevölkerung, wenn man die Zahlen zum Zeitpunkt der Berichtslegung zugrunde legt.⁵⁵⁰ Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten sich die befragten trans/non-binären Personen (7,4 %) deutlich seltener mit dem Coronavirus infiziert als die anderen Vergleichsgruppen (11,5-15,2 %). Dieser Zusammenhang war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie der Zahl der durchgeführten Coronatests statistisch signifikant. Dabei hatten im Vergleich

⁵⁴⁴ Ein Gesundheitsproblem, das mindestens seit sechs Monaten besteht oder voraussichtlich noch mindestens sechs Monate andauert; die Frage haben 1'974 Personen beantwortet.

⁵⁴⁵ $\chi^2(3)=27,582$; $p < .001$

⁵⁴⁶ Lesbische Frauen: $OR=0,46$; $p < .001$; schwule Männer: $OR=0,70$; $p=.032$; bisexuelle Personen: $OR=0,63$; $p=.003$

⁵⁴⁷ $p < .001$

⁵⁴⁸ $p < .001$

⁵⁴⁹ 1'573 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁵⁵⁰ Vgl. <https://www.covid19.admin.ch/de/overview?time=total> (Stand: 12.12.2021)

zu den befragten trans/non-binären Personen lesbische cis Frauen ($OR=2,17$)⁵⁵¹ und bisexuelle cis Personen ($OR=2,23$)⁵⁵² eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, bereits mit dem Coronavirus infiziert gewesen zu sein. Auch insgesamt betrachtet, erwies sich dieser Zusammenhang zwischen Geschlechtsidentität und einer Corona-Infektion unter Berücksichtigung der genannten Merkmale als statistisch signifikant. So hatten trans/non-binäre Personen im Vergleich zu cis Personen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,54$)⁵⁵³ sich mit Corona infiziert zu haben.

4.4.1.7 Body-Mass-Index (BMI)

57 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen, hatte einen BMI im Bereich des Normalgewichts.⁵⁵⁴ Während nur sehr wenige Personen untergewichtig waren (3,2 %), waren 30 Prozent übergewichtig und jede zehnte Person war adipös (10,0 %). Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So waren im Vergleich zu heterosexuellen Personen (40,5 %) insbesondere lesbische Frauen (29,5 %), aber auch bisexuelle Personen (32,2 %) und schwule Männer (34,3 %), deutlich seltener übergewichtig oder adipös (vgl. Abb. 47).⁵⁵⁵ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten allerdings allein schwule Männer im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, übergewichtig oder adipös zu sein ($OR=0,56$).⁵⁵⁶ Einen etwas stärkeren Einfluss auf den BMI hatten das Geschlecht (laut Register) sowie das Alter der Befragten, wobei Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, übergewichtig oder adipös zu sein ($OR=0,41$).⁵⁵⁷ Das Gleiche traf auf jüngere Personen (16-49 Jahre) im Vergleich zu älteren Personen zu (ab 50 Jahre) ($OR=0,46$).⁵⁵⁸

Studien zeigen, dass schwule Männer im Vergleich zu heterosexuellen Männern einen geringeren BMI haben. Hin-gegen haben lesbische im Vergleich zu heterosexuellen Frauen häufiger Adipositas (vgl. Kap. 2.2). Den ersten Befund konnte die vorliegende Studie bestätigen, insofern schwule Männer (34,3 %) deutlich seltener übergewichtig oder adipös waren als heterosexuelle Männer (50,8 %) oder auch bisexuelle Männer (46,0 %).⁵⁵⁹ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten schwule im Vergleich zu heterosexuellen Männern eine geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,55$),⁵⁶⁰ übergewichtig oder adipös zu sein. Hinsichtlich der befragten Frauen (Geschlecht laut Register) widersprechen die Befunde jedoch den Ergebnissen anderer Studien (vgl. Kap. 2.2). So waren bisexuelle Frauen (24,1 %) in der Schweiz deutlich seltener übergewichtig oder adipös als heterosexuelle Frauen (29,6 %), und lesbische Frauen waren *nicht* häufiger übergewichtig oder adipös als heterosexuelle (29,5 %).⁵⁶¹ Der Unterschied war tendenziell statistisch signifikant. Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten zeigte sich der Zusammenhang zwischen dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität und dem BMI jedoch nicht mehr.

⁵⁵¹ $p=.014$

⁵⁵² $p=.006$

⁵⁵³ $p=.011$

⁵⁵⁴ Insgesamt konnten Angaben zu 29'762 Personen (gewichtet) berücksichtigt werden.

⁵⁵⁵ $\chi^2(3)=25,926; p < .001$

⁵⁵⁶ $p < .001$

⁵⁵⁷ $p < .001$

⁵⁵⁸ $p < .001$

⁵⁵⁹ $\chi^2(2)=26,694; p < .001$

⁵⁶⁰ $p < .001$

⁵⁶¹ $\chi^2(2)=5,610; p=.061$

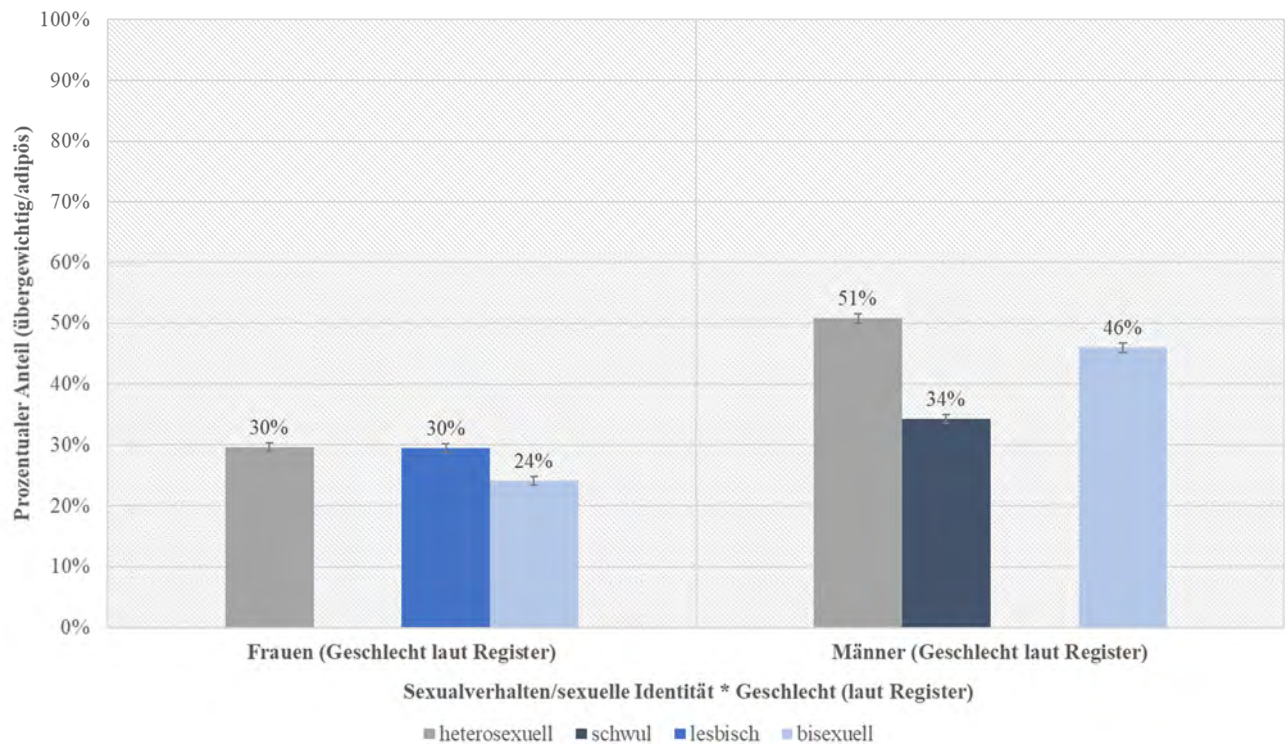


Abbildung 47: Body-Mass-Index (Übergewicht/Adipositas), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Auch die Mehrheit der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatte Normalgewicht (63,8 %).⁵⁶² Gut jede fünfte Person (20,8 %) war jedoch übergewichtig und gut jede zehnte Person hatte Adipositas (11,2 %). 4 Prozent der Befragten waren untergewichtig. Bisexuelle Personen (27,1 %) waren dabei tendenziell seltener übergewichtig oder adipös als die anderen Vergleichsgruppen (30,1-35,3 %).⁵⁶³ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten war dieser Zusammenhang jedoch statistisch nicht mehr signifikant. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der sexuellen Orientierung der Befragten (vgl. Anhang 3) und dem BMI zeigte sich, dass FSF* im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit ($OR=0,68$)⁵⁶⁴ hatten, übergewichtig oder adipös zu sein.

Zwischenfazit: Körperliche Gesundheit

Wenn auch nicht in allen Bereichen gleich stark, weisen die Befunde in Übereinstimmung mit dem internationalen Forschungsstand (vgl. Kap. 2.2) auf Ungleichheiten zwischen LGB Personen und der übrigen Bevölkerung sowie innerhalb der LGB-Vergleichsgruppe hin. In Übereinstimmung mit dem Befund, dass LGB Personen deutlich häufiger körperlich aktiv sind als heterosexuelle Personen (vgl. Kap. 4.3.1.1), bildet der BMI hier jedoch eine Ausnahme. So konnten für Männer (Geschlecht laut Register) Erkenntnisse anderer Studien bestätigt werden, wonach schwule Männer seltener übergewichtig oder adipös sind als heterosexuelle Männer (vgl. Kap. 2.2). Im Gegensatz zu Befunden internationaler Studien waren lesbische im Vergleich zu heterosexuellen Frauen in der Schweiz jedoch nicht häufiger übergewichtig oder adipös. Studien mit einer grösseren repräsentativen LGB Stichproben müssen zeigen, inwieweit es sich hierbei um einen Stichprobeneffekt handelt, oder die Situation in der Schweiz tatsächlich eine andere ist. Da die Befunde zur körperlichen Aktivität in dieselbe Richtung zeigen, kann dies jedoch angenommen werden (vgl. Kap. 4.3.1.1).

⁵⁶² Insgesamt konnten 1'850 Personen für die Berechnung des BMI berücksichtigt werden.

⁵⁶³ $\chi^2(3)=7,736; p=.052$

⁵⁶⁴ $p=.012$

Besonders deutlich werden die Ungleichheiten, wenn man sich die Befunde der «LGBT Health» anschaut. Dies ist wohl auch dann der Fall, wenn man einen anzunehmenden Coronaeffekt berücksichtigt sowie den Umstand, dass auch über Fachpersonen und Institutionen aus dem Gesundheitssystem Teilnehmer*innen gewonnen wurden. Die Unterschiede zur SGB sind dabei nämlich wohl in erster Linie auf die – auch in anderen Studien nachgewiesenen (vgl. Kap. 2) – deutlich stärkere gesundheitliche Belastung von trans/non-binären Personen zu erklären. Eine Gruppe, die in der SGB bisher nicht berücksichtigt wurde und die in der Stichprobe der «LGBT Health» deutlich überrepräsentiert ist. So beurteilten trans/non-binäre Personen ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich schlechter und wiesen deutlich häufiger starke Beschwerden in den letzten vier Wochen vor der Befragung auf. Darüber hinaus waren trans/non-binäre Personen häufiger von Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme betroffen und litten häufiger an chronischen oder langandauernden Krankheiten. Hier braucht es dringend weitere Studien, die diese Befunde mit Hilfe einer grösseren Zufallsstichprobe von LGBT Personen überprüfen.

4.4.2 Psychische Gesundheit

Hinsichtlich der psychischen Gesundheit wurden in beiden Befragungen (SGB, «LGBT Health») die folgenden Indikatoren einbezogen:

- Lebensqualität
- Energie und Vitalität
- Psychische Belastung
- Depressionen
- Einnahme von Psychopharmaka
- Suizidgedanken und Suizidversuche

Im Rahmen der «LGBT Health» wurde darüber hinaus nach weiteren psychischen Erkrankungen (Essstörungen, AD[H]S), selbstverletzendem Verhalten sowie nach dem Hilfesuchverhalten bei Suizidgedanken gefragt.

4.4.2.1 Lebensqualität

93 Prozent der Personen, die im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragt wurden, haben ihre Lebensqualität als (sehr) gut eingestuft; die restlichen 6 Prozent haben sie als weder gut noch schlecht (5,9 %) oder (sehr) schlecht (1,1 %) eingestuft.⁵⁶⁵ Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 48).⁵⁶⁶ Unter Berücksichtigung des Erhebungszeitpunktes, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus, Nationalität sowie des subjektiven Gesundheitszustands der Befragten hatten LGB Personen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung jedoch eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit, ihre Lebensqualität als (sehr) hoch einzuschätzen ($OR=0,70$).⁵⁶⁷ Darüber hinaus hatten Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut wahrnahmen, im Vergleich zu denen, die dies nicht taten, eine 12-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, ihre Lebensqualität als (sehr) hoch einzustufen ($OR=11,65$).⁵⁶⁸

⁵⁶⁵ Insgesamt lagen Angaben zu 29'896 Personen (gewichtet) vor.

⁵⁶⁶ $p=.160$

⁵⁶⁷ $p=.005$

⁵⁶⁸ $p=.000$

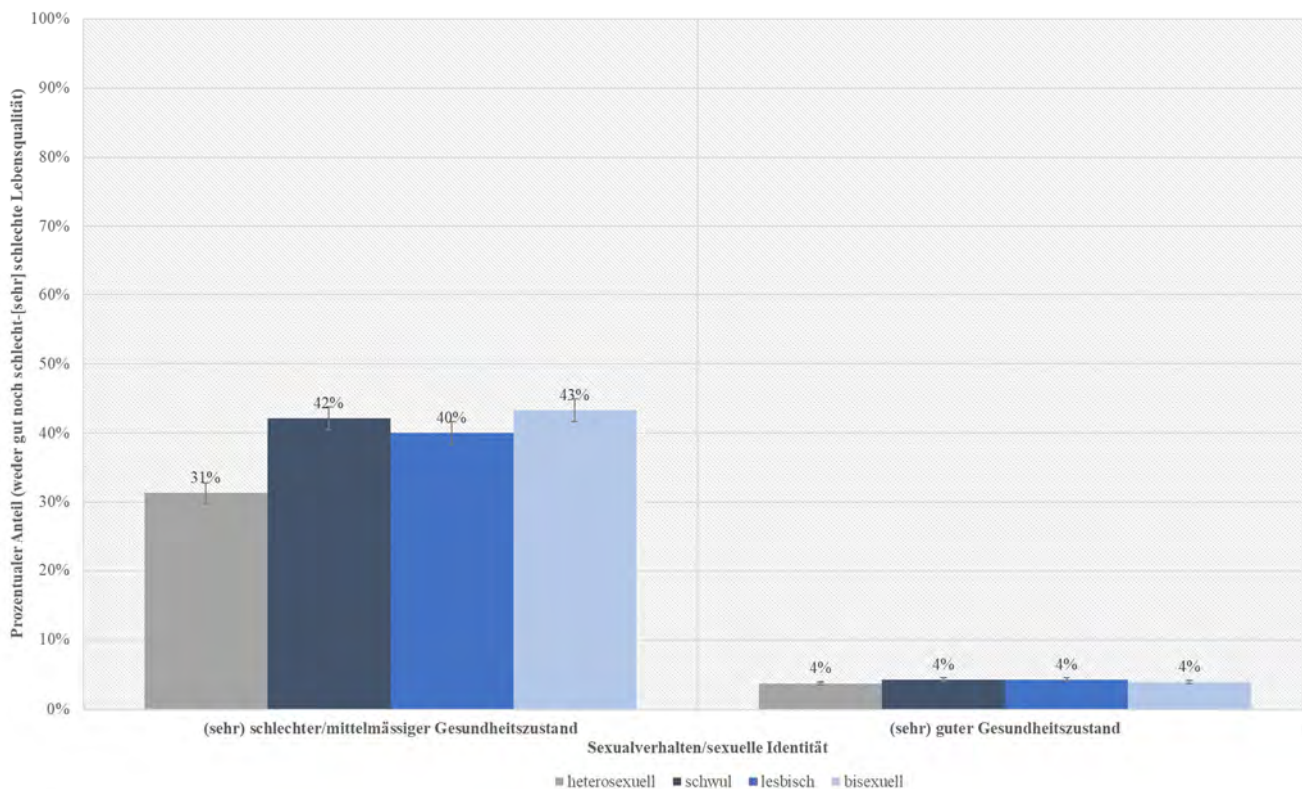


Abbildung 48: Lebensqualität (weder gut noch schlecht-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und subjektivem Gesundheitszustand; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Die «LGBT Health» zeichnet ein etwas anderes Bild: Hier schätzten 78 Prozent der Befragten ihre Lebensqualität als (sehr) gut ein, von den restlichen 22 Prozent schätzten 5 Prozent ihre Lebensqualität als (sehr) schlecht ein.⁵⁶⁹ Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So schätzten LGB cis Personen (80,0-86,0 %) ihre Lebensqualität deutlich häufiger als (sehr) gut ein als die befragten trans/non-binären Personen (61,8 %) (vgl. Abb. 49).⁵⁷⁰ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus, der Nationalität und des selbstwahrgenommenen Gesundheitszustands der Befragten war im Vergleich zu trans/non-binären Personen die Wahrscheinlichkeit für schwule cis Männer ($OR=3,03$), lesbische cis Frauen ($OR=2,26$) und bisexuelle cis Personen ($OR=2,15$) signifikant höher, ihre Lebensqualität als (sehr) gut zu bezeichnen.⁵⁷¹ Darüber hinaus hatten Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht zugewiesen bei Geburt) eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ihre Lebensqualität als (sehr) gut einzustufen ($OR=0,55$)⁵⁷². Wie bei der SGB hatte jedoch auch hier der selbstwahrgenommene Gesundheitszustand den stärksten Effekt auf die Einschätzung der Lebensqualität ($OR=6,92$) (vgl. Abb. 49).⁵⁷³ Bei der Interpretation dieser Befunde ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die Corona-Pandemie bzw. die Massnahmen zu ihrer Bekämpfung negativ auf die Lebensqualität der Allgemeinbevölkerung in der Schweiz ausgewirkt hat. Zum Zeitpunkt der «LGBT Health» lag das Niveau von Personen, die ihre Lebensqualität als (sehr) schlecht eingestuft haben, sogar über dem Niveau vom Frühjahr 2020, das heisst dem Zeitpunkt des ersten Lockdowns (vgl. COVID-19 Social Monitor⁵⁷⁴). Dies kann jedoch höchstens den Unterschied zwischen den im Rahmen der SGB und der «LGBT Health» befragten LGB Personen erklären, nicht jedoch die Unterschiede zwischen den beiden Befragungen insgesamt. Diese sind vermutlich wieder auf die Überrepräsentanz der trans/non-binären Personen in der «LGBT Health» und ihrer stärkeren Belastung zu erklären. Zwar waren

⁵⁶⁹ Hierzu lagen Angaben von 2'059 Personen vor.

⁵⁷⁰ $\chi^2(3)=115,227; p < .001$

⁵⁷¹ Jeweils $p < .001$

⁵⁷² $p=.002$

⁵⁷³ $p < .001$

⁵⁷⁴ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

trans und non-binäre Personen mit Blick auf die Durchführung geschlechtsangleichender Massnahmen noch einmal auf besondere Weise durch die Corona-Massnahmen betroffen, dennoch ist nicht davon auszugehen, dass Unterschiede in der Belastung durch die Pandemie alleine die gefundenen Unterschiede erklären.

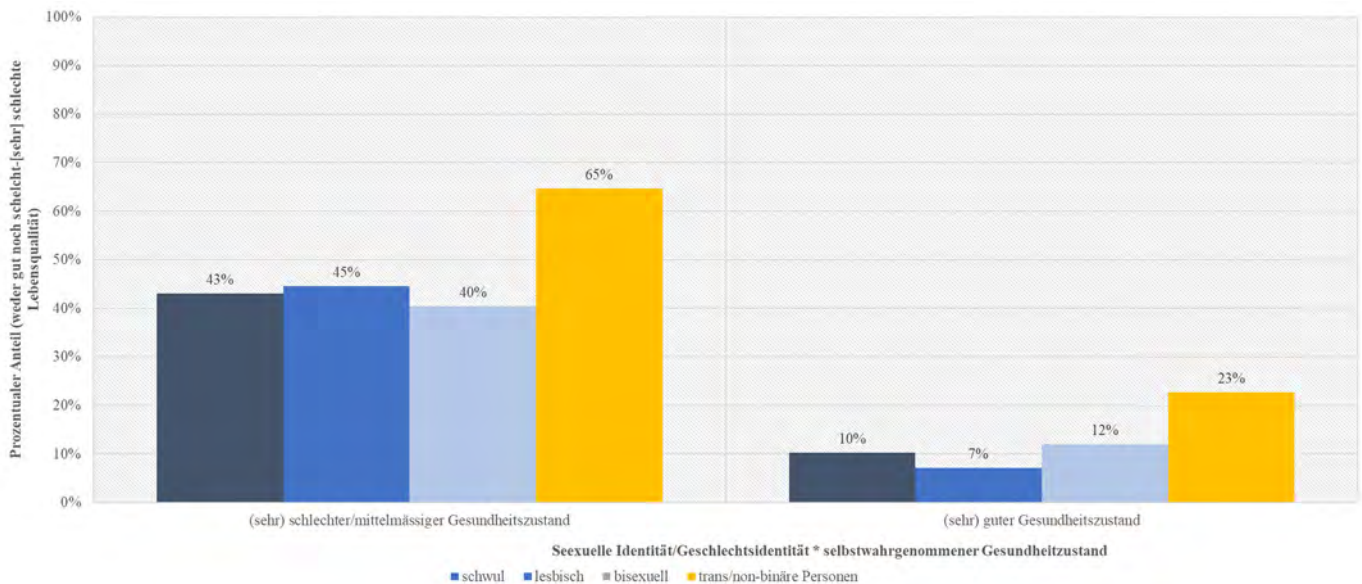


Abbildung 49: Lebensqualität (weder gut noch schlecht-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und subjektivem Gesundheitszustand; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

4.4.2.2 Energie und Vitalität

Im Rahmen beider Befragungen wurde das Energie- und Vitalitätsniveau der Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung mit Hilfe des Energie- und Vitalitätsindex (EVI)⁵⁷⁵ eingeschätzt. Knapp die Hälfte der im Rahmen der SGB (2017) Befragten hatte in den letzten vier Wochen vor der Befragung ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau (48,9 %).⁵⁷⁶ 29 Prozent hatten ein tiefes Energie- und Vitalitätsniveau und die restlichen 22 Prozent ein «mittleres». Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten schwule Männer (42,7 %), lesbische Frauen (38,6 %) und bisexuelle Personen (38,1 %) seltener ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau in den letzten vier Wochen als heterosexuelle Personen (49,2 %) (vgl. Abb. 50).⁵⁷⁷ Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität⁵⁷⁸ und dem Energie- und Vitalitätsniveau zeigte sich ebenfalls unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus, Nationalität und subjektiven Gesundheitszustands der Befragten. Hiernach hatten LGB Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, in den letzten vier Wochen vor der Befragung ein mittleres bis hohes ($OR=0,66$)⁵⁷⁹ Energie- und Vitalitätsniveau zu haben. Dies galt auch für Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) ($OR=0,72$)⁵⁸⁰ (Abb. 50).

⁵⁷⁵ Ist eine Subskala des SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992).

⁵⁷⁶ Insgesamt lagen Angaben zu 16'028 Personen (gewichtet) vor.

⁵⁷⁷ $\chi^2(6)=25,081; p < .001$

⁵⁷⁸ Wegen der geringen Zelhäufigkeiten wurden wieder alle LGB Personen zu einer Gruppe zusammengenommen und mit der übrigen Bevölkerung verglichen.

⁵⁷⁹ $p < .001$

⁵⁸⁰ $p < .001$

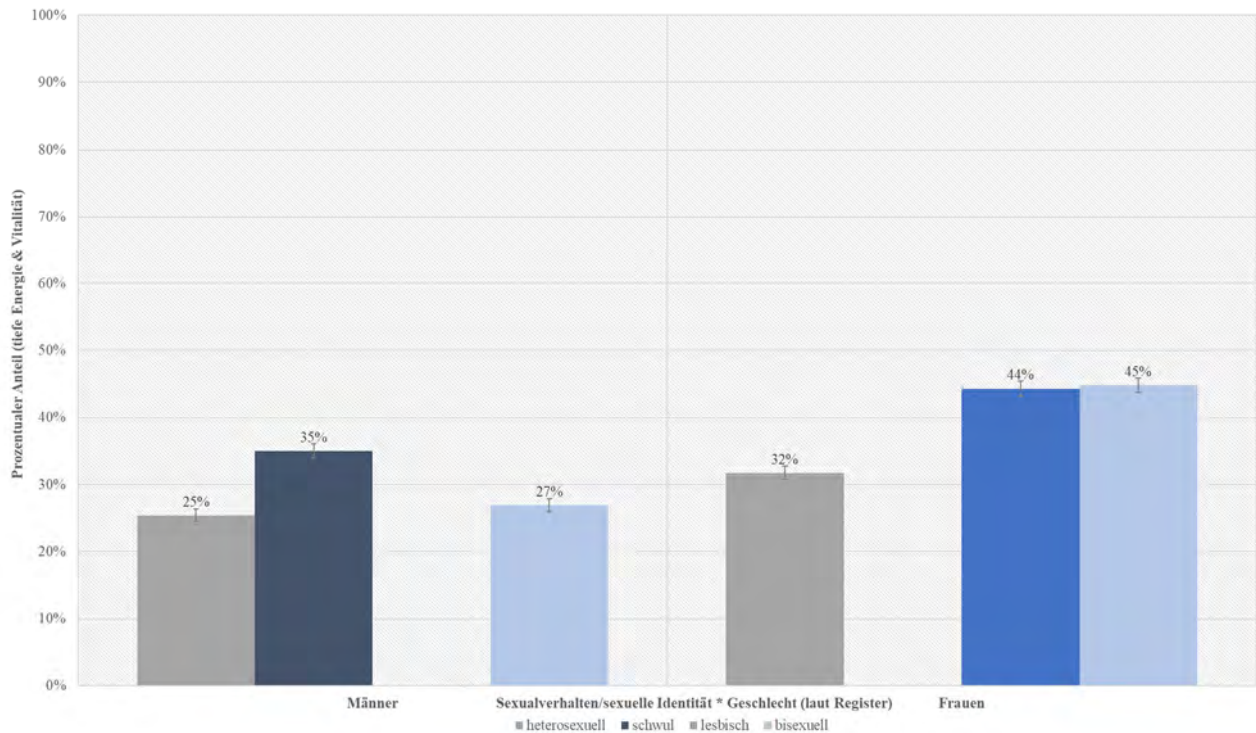


Abbildung 50: Energie und Vitalität (tief), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2017)

In der «LGBT Health» zeigte sich auch hier ein anderes Bild: Hier wiesen 64 Prozent der befragten LGBT Personen in den letzten vier Wochen vor der Befragung ein tiefes Energie- und Vitalitätsniveau auf.⁵⁸¹ Hierbei ist davon auszugehen, dass dies zu einem Teil durch die Corona-Pandemie bedingt war. Wie bei anderen Indikatoren zuvor, liegt die Erklärung für die grossen Unterschiede zwischen der SGB-Stichprobe und der der «LGBT Health» jedoch vermutlich in erster Linie in der Überrepräsentanz der stark belasteten trans/non-binären Personen. Gut ein Fünftel hatte ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau (20,9 %), die restlichen Befragten ein mittleres (15,0 %). Auch hier zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten trans/non-binäre (11,4 %) und bisexuelle cis Personen (15,4 %) deutlich seltener ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau in den letzten vier Wochen gehabt als die befragten schwulen cis Männer (30,5 %) und lesbischen cis Frauen (22,3 %) (vgl. Abb. 51).⁵⁸² Dieser Unterschied war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten signifikant. Danach hatten lesbische cis Frauen ($OR=3,59$)⁵⁸³, bisexuelle cis Personen ($OR=2,31$)⁵⁸⁴ und schwule cis Männer ($OR=1,84$)⁵⁸⁵ im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, in den letzten vier Wochen ein hohes Energie- und Vitalitätsniveau gehabt zu haben als ein tiefes oder mittleres.

⁵⁸¹ Hierzu lagen Angaben zu 2'038 Personen vor.

⁵⁸² $\chi^2(3)=72,237; p < .001$

⁵⁸³ $p <= .001$

⁵⁸⁴ $p=.002$

⁵⁸⁵ $p <= .001$

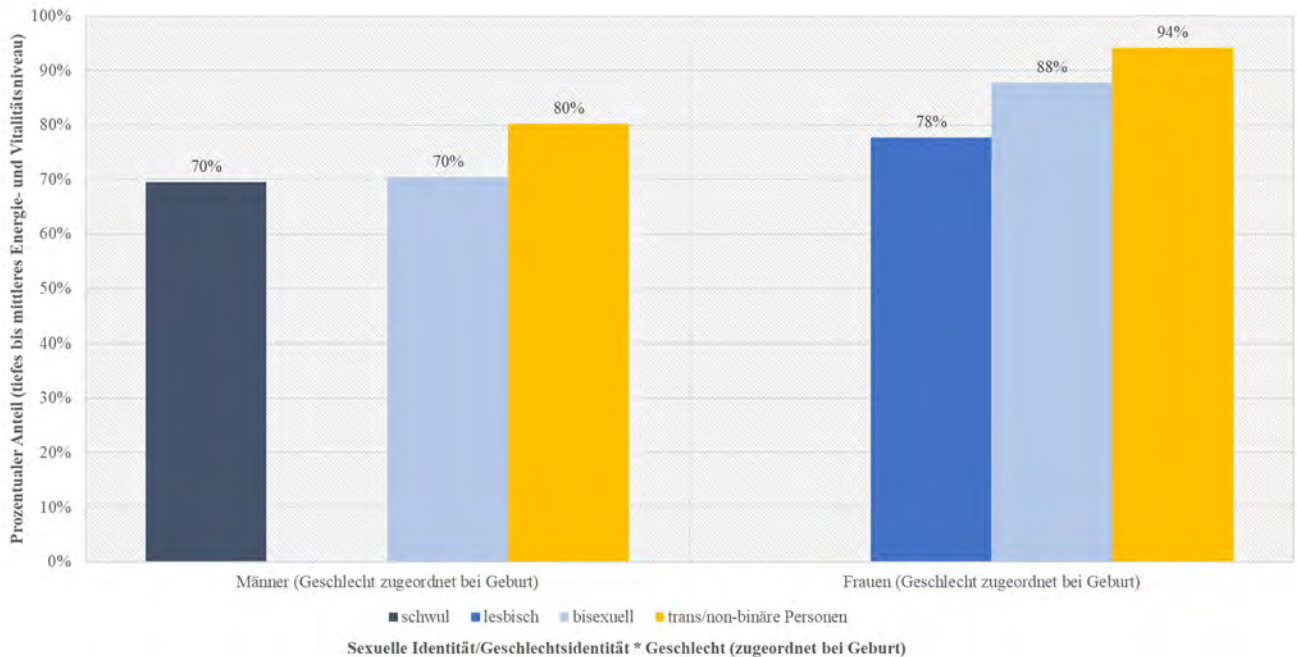


Abbildung 51: Energie und Vitalität (tief-mittel), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

4.4.2.3 Psychische Belastung

In beiden Befragungen wurde zur Messung der psychischen Belastung auf einen Index zurückgegriffen, der auf dem Index zur mentalen Gesundheit MHI-5⁵⁸⁶ beruht. Die Mehrheit der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatte keine oder nur geringe psychische Belastung empfunden (84,5 %).⁵⁸⁷ Vier Prozent waren stark und zwölf Prozent «mittelstark» belastet. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei LGB Personen häufiger mittel bis stark psychisch belastet waren (21,5-29,3 %) als die übrige Bevölkerung (15,2 %).⁵⁸⁸ Der Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und psychischer Belastung war auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus, der Nationalität und des Geschlechts (laut Register) der Befragten signifikant. So hatten schwule Männer ($OR=2,00$), lesbische Frauen ($OR=2,41$) und bisexuelle Personen ($OR=1,71$) im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine höhere Wahrscheinlichkeit, mittel bis stark psychisch belastet gewesen zu sein.⁵⁸⁹ Im Unterschied zu Befunden anderer Studien (vgl. Kap. 2.5) waren LGB Personen ab 50 Jahren – unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten – im Vergleich zu jüngeren LGB Personen *nicht* deutlich stärker psychisch belastet.⁵⁹⁰ Allerdings waren Frauen (28,1 %) im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) (19,5 %) häufiger mittel bis stark belastet (vgl. Abb. 52). Letzteres galt auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten sowie der Gruppenzugehörigkeit ($OR=1,52$).⁵⁹¹

⁵⁸⁶ Dieser Index ist ebenfalls Teil des SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992).

⁵⁸⁷ Hierzu lagen Angaben von 29'653 Personen (gewichtet) vor.

⁵⁸⁸ $\chi^2(3)=57,604$; $p < .001$

⁵⁸⁹ Jeweils $p < .001$

⁵⁹⁰ $p=.524$

⁵⁹¹ $p=.009$

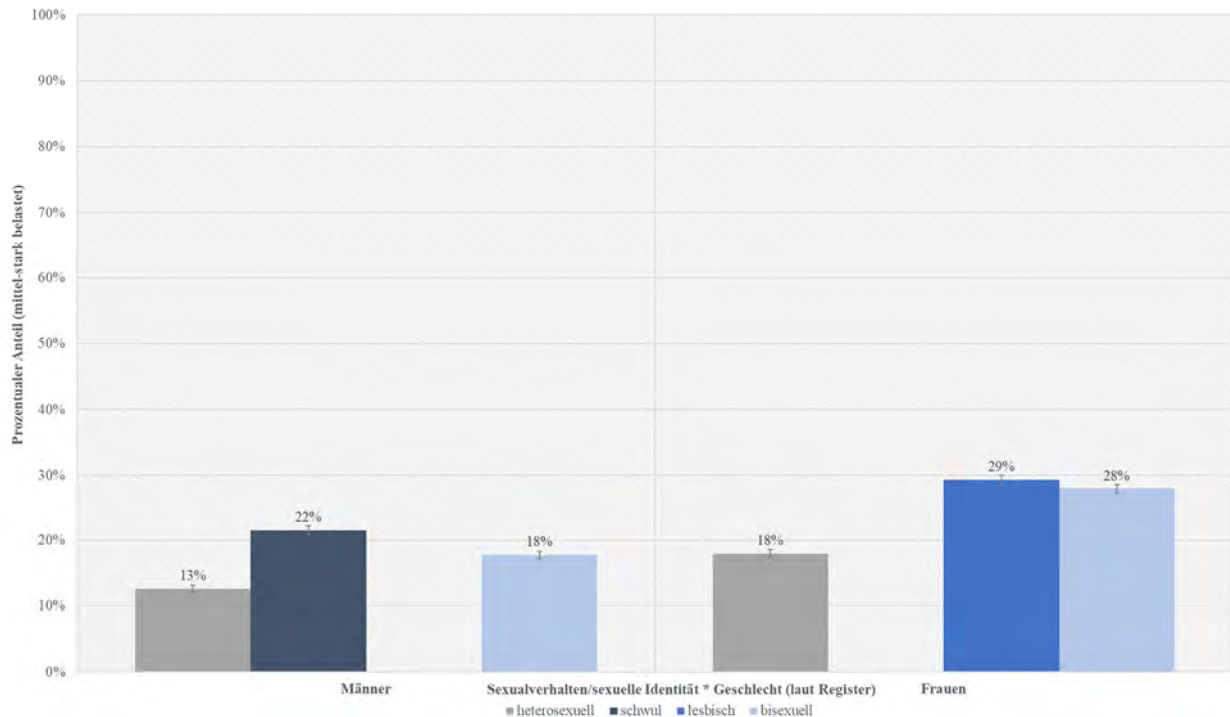


Abbildung 52: Psychische Belastung (mittel-stark), differenziert nach Befragung, Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Mehr als die Hälfte der im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGBT Personen war mittel bis stark psychisch belastet.⁵⁹² Dieser höhere Grad an psychischer Belastung ist vermutlich nicht allein durch die grundsätzlich stärkere Belastung von LGB Personen in der Schweiz zu erklären oder die Überrepräsentanz von trans/non-binären Personen, sondern zumindest zu einem Teil auch durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie. So war zum Befragungszeitpunkt das Belastungsniveau in der Schweizer Allgemeinbevölkerung ähnlich hoch wie während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 (COVID-19 Social Monitor⁵⁹³). Zu diesem Zeitpunkt wiesen mit knapp 8 Prozent deutlich mehr Personen eine starke psychische Belastung auf als noch 2017 (siehe oben).

Auch im Grad der psychischen Belastung zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei wieder trans/non-binäre Personen (72,1 %) deutlich stärker belastet waren als LGB cis Personen (41,7-64,1 %) (vgl. Abb. 53).⁵⁹⁴ Schwule cis Männer waren am wenigstens belastet. Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten. So hatten lesbische cis Frauen ($OR=2,72$), schwule cis Männer ($OR=2,68$) und bisexuelle cis Personen ($OR=1,68$) im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, psychisch nur gering belastet gewesen zu sein.⁵⁹⁵

⁵⁹² Insgesamt haben 2'038 Personen diese Frage beantwortet.

⁵⁹³ <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

⁵⁹⁴ $\chi^2(3)=132,144; p < .001$

⁵⁹⁵ Jeweils $p < .001$

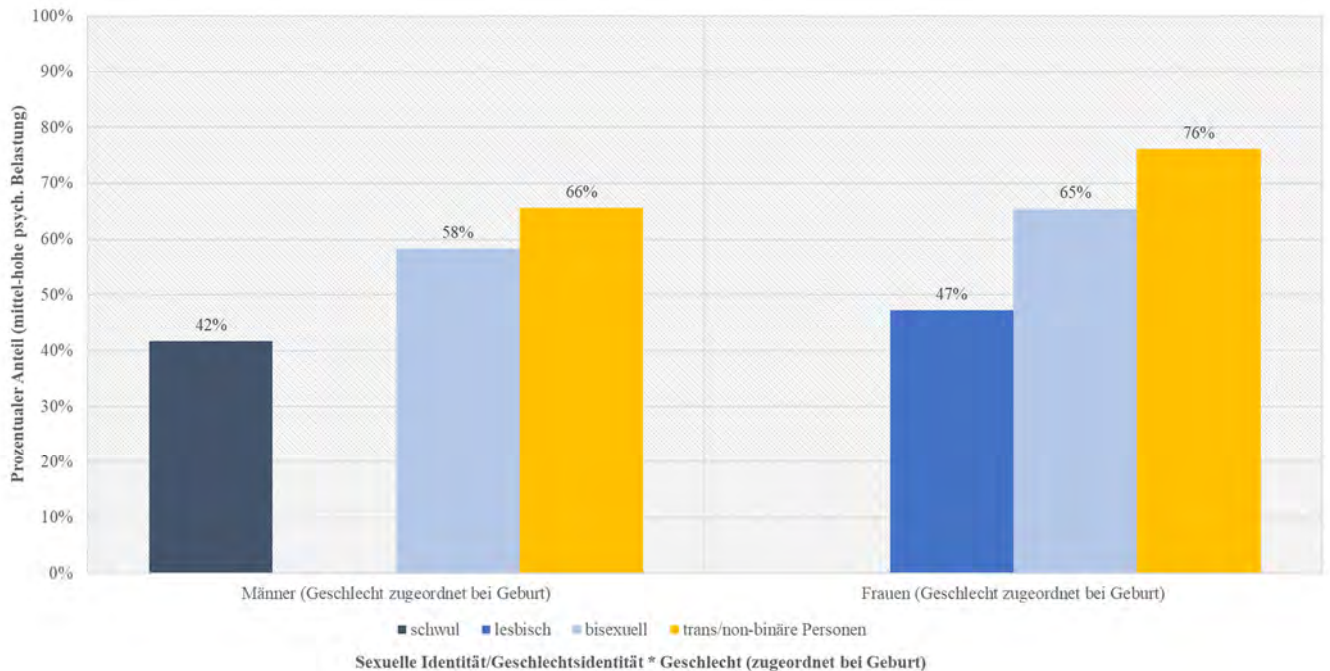


Abbildung 53: Psychische Belastung (mittel-hoch), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

4.4.2.4 Depression

Zur Erhebung depressiver Symptome der Befragten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung wurde in beiden Befragungen der Patient Health Questionnaire (PHQ-9) eingesetzt (Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002). Dieser basiert auf den Kriterien des DSM-IV für eine Major Depression und erlaubt die Bildung eines Indexes zur Einschätzung der berichteten Symptome. Zu bedenken ist dabei jedoch, dass es sich um Selbstausskünfte der Befragten handelt, nicht um eine psychiatrische Diagnose. Von den im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen wiesen 92 Prozent keine oder leichte depressive Symptome auf.⁵⁹⁶ Acht Prozent wiesen hingegen mittlere bis (eher) schwere Symptome auf. Dabei wiesen LGB Personen (14,0-22,2 %) deutlich häufiger mittlere bis (eher) schwere depressive Symptome auf als die übrige Bevölkerung (7,4 %) (vgl. Abb. 54).⁵⁹⁷ Dies zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten. So hatten schwule Männer ($OR=2,14$), lesbische Frauen ($OR=3,50$) und bisexuelle Personen ($OR=2,43$)⁵⁹⁸ im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, mittlere bis (eher) schwere depressive Symptome aufzuweisen als keine bis leichte. Im Unterschied zu Befunden anderer Studien (vgl. Kap. 2.5) wiesen jedoch *nicht* ältere LGB Personen häufiger eine Depression auf als jüngere, sondern umgekehrt: Während 10 Prozent der LGB Personen ab 50 mittel bis (eher) schwere depressive Symptome in den letzten zwei Wochen vor der Befragung aufgewiesen hatten, war dies für 18 Prozent der jüngeren LGB Personen der Fall.⁵⁹⁹ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Geschlechts (laut Register), des Sexualverhaltens bzw. der sexuellen Identität sowie des Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten war der Zusammenhang zwischen Alter und depressiven Symptomen in den letzten zwei Wochen vor der Befragung jedoch nur noch tendenziell statistisch signifikant ($OR=0,62$)⁶⁰⁰.

⁵⁹⁶ Hierzu lagen Angaben zu 29'008 Personen (gewichtet) vor.

⁵⁹⁷ $\chi^2(3)=100,975$; $p < .001$

⁵⁹⁸ Jeweils $p < .001$

⁵⁹⁹ $\chi^2(1)=7,181$; $p=.007$

⁶⁰⁰ $p=.057$

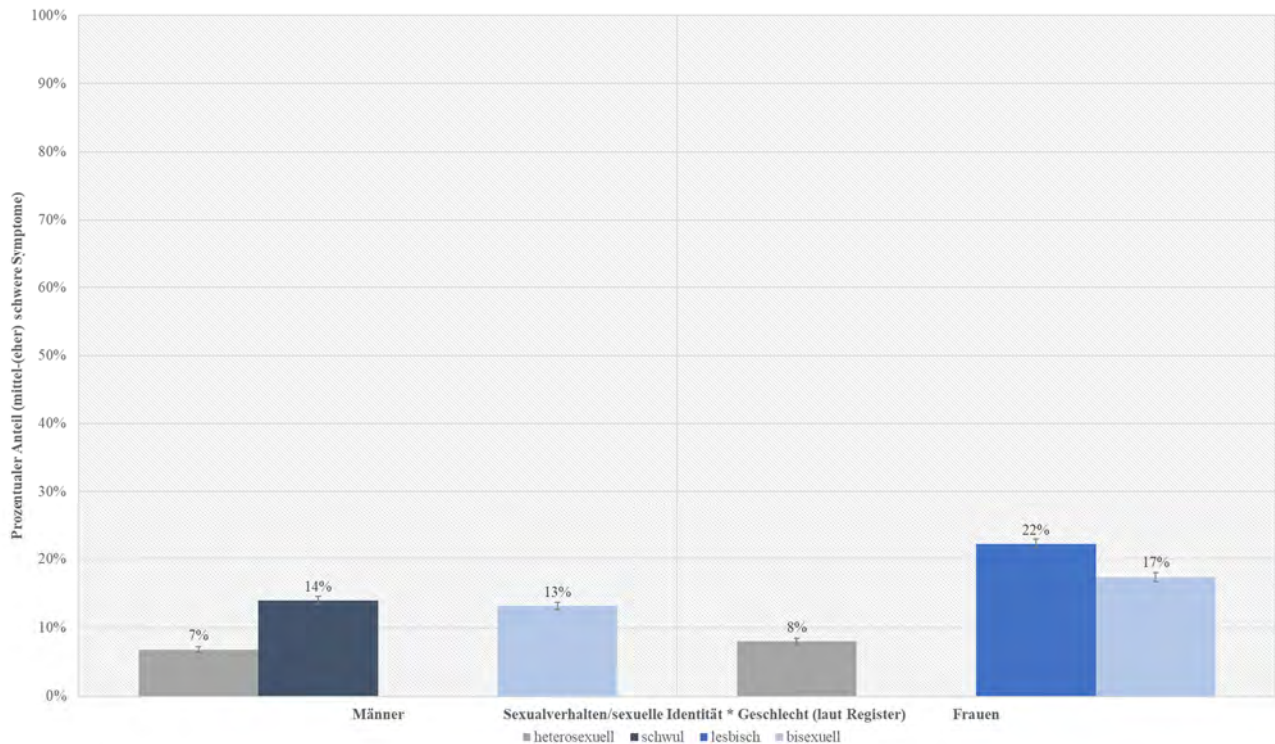


Abbildung 54: Depression (letzte 2 Wochen), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Im Vergleich zur LGB-Stichprobe der SGB (2012, 2017) wiesen deutlich mehr LGBT Personen der «LGBT Health» mittlere bis (eher) schwere depressive Symptome auf. So hatten gut zwei Drittel (68,4 %) aller im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen⁶⁰¹ in den letzten zwei Wochen keine bis leichte depressive Symptome aufgewiesen. 15 Prozent zeigten hingegen (eher) schwere Symptome, 17 Prozent mittelschwere Symptome. Dies ist vermutlich zum einen auf den hohen Anteil von trans/non-binären Personen zurückzuführen, die – in Übereinstimmung mit anderen Studien (vgl. Kap. 2.5) – deutlich häufiger an mittel bis (eher) schweren Depressionen litten als die befragten LGB cis Personen. Zum anderen haben Studien auch für die Schweiz gezeigt, dass die Corona-Pandemie zu einer Zunahme schwerer depressiver Symptome geführt hat (u. a. De Quervain et al., 2020).

In Übereinstimmung mit der SGB und anderen Studien (vgl. Kap. 2.5) zeigen die Ergebnisse deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Während nämlich die Mehrheit der schwulen cis Männer (81,6 %), lesbischen cis Frauen (74,9 %) und bisexuellen cis Personen (61,9 %) keine oder nur geringe depressive Symptome in den letzten zwei Wochen zeigten, war dies nur bei der Hälfte der trans/non-binären Personen der Fall (49,8 %) (vgl. Abb. 55).⁶⁰² Bei mehr als einem Viertel der trans/non-binären Personen (26,9 %) zeigten sich (eher) schwere Symptome einer Depression. Der Zusammenhang zwischen der sexuellen bzw. Geschlechtsidentität und Depression (letzte zwei Wochen) war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten signifikant. Im Vergleich zu trans/non-binären Personen hatten lesbische cis Frauen ($OR=2,51$), schwule cis Männer ($OR=3,25$) und bisexuelle cis Personen ($OR=1,81$) eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, keine bis leichte depressive Symptome in den letzten zwei Wochen aufgewiesen zu haben.⁶⁰³ Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Alterseffekt, wobei 15-29-Jährige im Vergleich zu den anderen beiden Alterskohorten (30-49 Jahre; ab 50 Jahre) eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, keine bis leichte Symptome zu zeigen als mindestens mittelschwere. Das Geschlecht (zugewiesen bei Geburt) hatte hingegen keinen signifikanten Effekt.

⁶⁰¹ Insgesamt haben 1'969 Personen diese Fragen beantwortet.

⁶⁰² $\chi^2(6)=163,441$; $p < .001$

⁶⁰³ Jeweils $p < .001$

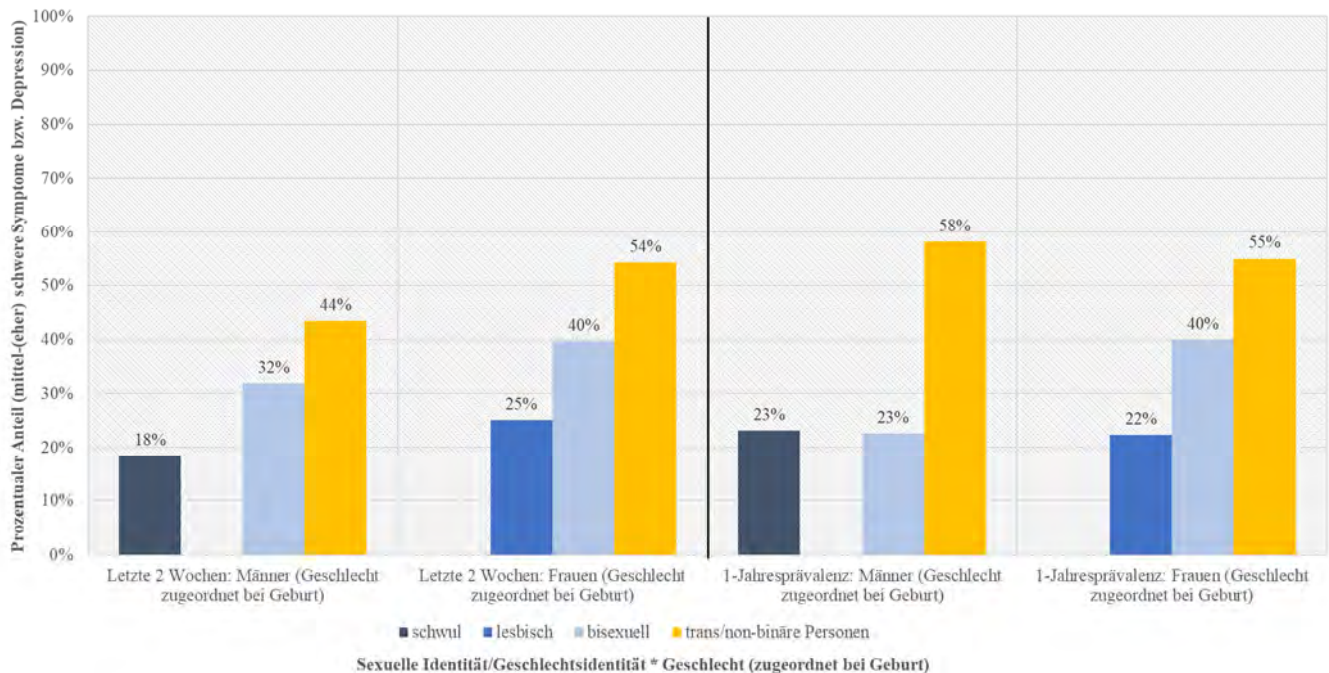


Abbildung 55: Depression (letzte 2 Wochen und 1-Jahresprävalenz), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Im Rahmen der «LGBT Health» lag die 1-Jahresprävalenz einer Depression (nach Angaben der Befragten) bei 34 Prozent.⁶⁰⁴ Dabei zeigten sich die gleichen signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Das heisst, trans/non-binäre Personen (56,5 %) wiesen auch für das letzte Jahr vor der Befragung deutlich häufiger eine Depression auf als die befragten LGB cis Personen (22,5-36,7 %) (vgl. Abb. 55).⁶⁰⁵ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten. Lesbische cis Frauen ($OR=0,28$), schwule cis Männer ($OR=0,28$) und bisexuelle cis Personen ($OR=0,42$) hatten demnach im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, eine Depression im letzten Jahr vor der Befragung gehabt zu haben.⁶⁰⁶ Hierbei zeigte sich der gleiche Alterseffekt wie bei depressiven Symptomen in den letzten zwei Wochen vor der Befragung und ebenfalls kein Geschlechtereffekt.

Um besser zu verstehen, welche Risiko- und Schutzfaktoren einen Einfluss auf eine depressive Symptomatik bei LGBT Personen in der Schweiz haben, wurde eine weitere binäre logistische Regression berechnet, die neben Alter, Geschlecht (zugeordnet bei Geburt) und sexueller bzw. Geschlechtsidentität auch die Risikofaktoren Diskriminierungserfahrungen (in anderen Situationen, Lebenszeitprävalenz) und Internalisierte Homonegativität sowie die Schutzfaktoren soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung einschloss.⁶⁰⁷ Dabei zeigte sich, dass alleine das Geschlecht (zugeordnet bei Geburt) und die Internalisierte Homonegativität keinen signifikanten Einfluss auf das Vorliegen einer depressiven Symptomatik hatte. Erwartungsgemäss stieg jedoch die Wahrscheinlichkeit für Personen, die in ihrem Leben bereits in anderen Situationen als der Gesundheitsversorgung diskriminiert worden sind. Einen protektiven Einfluss hatten hingegen ein höheres Alter (30-49 Jahre bzw. ab 50 Jahre), eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung sowie eine mittlere oder starke sozialen Unterstützung. Allerdings hatte die sexuelle bzw. Geschlechtsidentität unter Berücksichtigung dieser Schutz- und Risikofaktoren noch immer einen signifikanten Einfluss auf das Vorliegen einer depressiven Symptomatik, wobei LGB cis Personen im Vergleich zu trans/non-binären

⁶⁰⁴ Insgesamt haben 1'774 Personen diese Frage beantwortet.

⁶⁰⁵ $\chi^2(3)=157,904; p < .001$

⁶⁰⁶ Jeweils $p < .001$

⁶⁰⁷ Das Regressionsmodell war statistisch signifikant, $\chi^2(10)=241,147, p < .001$, mit einer akzeptablen Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = .277$ (gemäss Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber [2003]). Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 77,7 %, mit einer Sensitivität von 40,3 % und einer Spezifität von 92,1 %.

Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, starke depressive Symptome zu zeigen. Die Modellkoeffizienten und die Effektstärken können der Tabelle A4.1 im Anhang 4 entnommen werden.⁶⁰⁸

4.4.2.5 *Essstörungen und AD(H)S*

Im Rahmen der «LGBT Health» wurden die Teilnehmenden zusätzlich nach weiteren psychischen Erkrankungen gefragt, namentlich Essstörungen und dem Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom (AD[H]S). Die Mehrheit (86,2 %) der Befragten hat angegeben, dass sie im letzten Jahr keine Essstörung hatten.⁶⁰⁹ Trans/non-binäre Personen (24,7 %) waren jedoch auch hier signifikant häufiger von einer Essstörung betroffen als bisexuelle cis Personen (17,5 %), lesbische cis Frauen (8,9 %) und schwule cis Männer (7,3 %).⁶¹⁰ Der Zusammenhang zwischen der sexuellen bzw. Geschlechtsidentität und einer Essstörung blieb selbst unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten bestehen. Lesbische cis Frauen ($OR=0,34$)⁶¹¹, schwule cis Männer ($OR=0,31$)⁶¹² und bisexuelle cis Personen ($OR=0,68$)⁶¹³ hatten somit im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, an einer Essstörung zu leiden. Bemerkenswerterweise zeigte sich hierbei weder ein Geschlechter- noch ein Alterseffekt.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich beim Thema AD(H)S ab. Auch hier haben die meisten Befragten angegeben (86,4 %), *kein* AD(H)S zu haben.⁶¹⁴ Hierbei zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen. Demnach waren trans/non-binäre Personen (28,8 %) signifikant häufiger von AD(H)S betroffen als bisexuelle cis Personen (14,2 %), lesbische cis Frauen (8,4 %) und schwule cis Männer (6,7 %).⁶¹⁵ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten. Entsprechend hatten lesbische cis Frauen ($OR=0,31$), schwule cis Männer ($OR=0,18$) und bisexuelle cis Personen ($OR=0,38$) im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutliche geringere Wahrscheinlichkeit, an AD(H)S zu leiden.⁶¹⁶ Hier zeigte sich zudem ein signifikanter Alterseffekt und tendenziell ein Geschlechtereffekt, wobei Personen ab 50 Jahren eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, an AD(H)S zu leiden, als 15-29-Jährige ($OR=0,32$)⁶¹⁷, und Frauen (Geschlecht zugewiesen bei Geburt) eine etwas höhere ($OR=1,47$).⁶¹⁸

4.4.2.6 *Einnahme von psychotropen Medikamenten in den letzten sieben Tagen*

Die grosse Mehrheit (93,1 %) aller im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatte keine psychotropen Medikamente in den letzten sieben Tage vor der Erhebung eingenommen.⁶¹⁹ Die übrigen Teilnehmenden hatten in den letzten sieben Tagen entweder Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel oder Antidepressiva (5,1 %) eingenommen oder sowohl Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel als auch Antidepressiva (1,8 %). Das heisst, insgesamt hatten sieben Prozent psychotrope Medikamente eingenommen. Im Vergleich der Subgruppen fällt auf, dass der Anteil an Personen, die in der letzten Woche Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva eingenommen hatten, bei den lesbischen Frauen (18,3 %) deutlich höher war als bei den bisexuellen Personen (10,9 %), schwulen Männern (9,4 %) und heterosexuellen Personen (6,8 %).⁶²⁰ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten zeigte sich, dass LGB Personen⁶²¹ im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, in den letzten sieben Tagen

⁶⁰⁸ Im Anhang 4 sind zudem die entsprechenden Analysen mit dem dreidimensionalen Konstrukt «Sexuelle Orientierung» zu finden.

⁶⁰⁹ 1'933 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁶¹⁰ $\chi^2(3)=83,083; p < .001$

⁶¹¹ $p < .001$

⁶¹² $p < .001$

⁶¹³ $p = .038$

⁶¹⁴ 1'795 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁶¹⁵ $\chi^2(3)=116,457; p < .001$

⁶¹⁶ Jeweils $p < .001$

⁶¹⁷ $p < .001$

⁶¹⁸ $p = .060$

⁶¹⁹ Die Frage haben 29'906 Personen (gewichtet) beantwortet.

⁶²⁰ $\chi^2(3)=35,573; p < .001$

⁶²¹ Aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten wurden die LGB Personen zusammengenommen und mit der übrigen Bevölkerung verglichen.

vor der Befragung psychotrope Substanzen (Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva) eingenommen zu haben ($OR=2,05$).⁶²² Insbesondere Frauen (Geschlecht bei Geburt) hatten psychotrope Substanzen konsumiert ($OR=1,60$).⁶²³ Dieser Befund überrascht nicht vor dem Hintergrund der höheren psychischen Belastung der LGB Personen.

In der «LGBT Health» hat ebenfalls die Mehrheit (79,4 %) der Teilnehmenden angegeben, dass sie *keine* psychotropen Medikamente in den letzten sieben Tagen vor der Befragung eingenommen haben. 15 Prozent der Befragten hatte jedoch Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel oder Antidepressiva eingenommen, weitere 6 Prozent hatten sowohl Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel als auch Antidepressiva eingenommen. Aufgrund der höheren psychischen Belastung von trans/non-binäre Personen im Vergleich zu LGB cis Personen erstaunt nicht, dass deutlich mehr trans (31,1 %) als LGB cis Personen (15,2-18,3 %) die genannten psychotrope Medikamente eingenommen haben. Der Zusammenhang zwischen der sexuellen bzw. Geschlechtsidentität und einer Medikamenteneinnahme blieb dabei auch unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts bei Geburt signifikant. Im Vergleich zu trans/non-binären Personen hatten demnach lesbische cis Frauen ($OR=0,40$)⁶²⁴, schwule cis Männer ($OR=0,57$)⁶²⁵ und bisexuelle cis Personen ($OR=0,47$)⁶²⁶ eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva in den letzten sieben Tagen vor der Befragung eingenommen zu haben. Hierbei zeigte sich weder ein Alters- noch ein Geschlechtereffekt.

4.4.2.7 Suizidalität

Die grosse Mehrheit (96,5 %) der im Rahmen der SGB (2017) befragten Personen⁶²⁷ hat *nie* versucht, sich das Leben zu nehmen. Von den Personen, die bereits einmal im Leben einen Suizidversuch begangen haben, haben 13 Prozent angegeben, dass dies in den letzten 12 Monaten geschehen sei.⁶²⁸ Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen: Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung (3,3 %) haben lesbische Frauen (13,9 %), bisexuelle Personen (12,2 %) und schwule Männer (8,1 %) deutlich häufiger angegeben, mindestens einmal in ihrem Leben versucht zu haben, sich das Leben zu nehmen (vgl. Abb. 56).⁶²⁹ Dieser Zusammenhang war auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten signifikant. Danach hatten LGB Personen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine etwa 4-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, bereits mindestens einen Suizidversuch im Leben gegangen zu haben als keinen ($OR=3,90$).⁶³⁰ Dabei hatten Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, bereits einen Suizidversuch begangen zu haben ($OR=1,31$)⁶³¹ (vgl. Abb. 56). Ein solcher Unterschied zeigte sich jedoch nicht für die 1-Jahresprävalenz. So hatten 16 Prozent der LGB Personen, die bereits einen Suizidversuch begangen haben, dies im letzten Jahr vor der Befragung getan. Von der übrigen Bevölkerung waren es 13 Prozent.⁶³²

Personen, die bereits einmal versucht haben, sich das Leben zu nehmen, wurden in der SGB (2017) ebenfalls gefragt, ob sie mit jemandem über ihren Suizidversuch gesprochen haben. Gut drei Viertel der betroffenen Personen hat angegeben, dass sie sich nach dem Suizidversuch Unterstützung gesucht haben (77,7 %).⁶³³ Jeweils etwa die

⁶²² $p < .001$

⁶²³ $p < .001$

⁶²⁴ $p < .001$

⁶²⁵ $p = .002$

⁶²⁶ $p < .001$

⁶²⁷ Insgesamt haben 16'527 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet, die im Rahmen der SGB 2017 befragt worden waren.

⁶²⁸ Insgesamt haben 584 Personen angegeben, in ihrem Leben bereits versucht zu haben, sich das Leben zu nehmen. Von diesen haben 568 die Frage beantwortet, ob sie dies in den letzten 12 Monaten vor der Befragung getan haben.

⁶²⁹ $\chi^2(3)=85,357; p < .001$; zu beachten ist, dass eine Zelle erwartete Häufigkeiten kleiner 5 hatte, die Ergebnisse damit fehlerhaft sein können. Aus diesem Grund wurde zusätzlich ein Vergleich der Lebensprävalenz zwischen LGB Personen und der übrigen Bevölkerung vorgenommen. Auch dieser war signifikant ($\chi^2[1]=78,542; p < .001$).

⁶³⁰ $p < .001$

⁶³¹ $p = .002$

⁶³² $p = .517$

⁶³³ 570 von den 584 Personen, die schon einmal einen Suizidversuch begangen haben, haben diese Frage beantwortet.

Hälfte hat mit Personen aus ihrem privaten Umfeld (46,3 %) und/oder mit einer Gesundheitsfachperson darüber gesprochen (55,0 %). Dabei hatten sich LGB Personen etwas seltener Unterstützung gesucht (68,6 %) als die übrige Bevölkerung (78,5 %). Tendenziell hatten allerdings – unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, der Gruppenzugehörigkeit, des Bildungsstatus, der Nationalität und des Alters der Befragten – Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, sich Unterstützung nach einem Suizidversuch geholt zu haben ($OR=1,47$)⁶³⁴.

Auf die Frage, wie häufig sie in den letzten zwei Wochen vor der Befragung Gedanken hatten, dass sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten, gab die grosse Mehrheit der Befragten an, dass dies *nie* der Fall gewesen sei (93,2 %).⁶³⁵ Dabei zeigten sich auch hier signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten schwule Männer (14,2 %) und bisexuelle Personen (13,3 %) deutlich häufiger als heterosexuelle Personen (6,6 %) und lesbische Frauen (6,1 %) angegeben, in den letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken gehabt zu haben (vgl. Abb. 56).⁶³⁶ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten hatten LGB Personen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, in den letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken gehabt zu haben ($OR=2,22$).⁶³⁷ Im Vergleich zu Männern hatten Frauen (Geschlecht laut Register) eine etwa geringere Wahrscheinlichkeit, in den letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken gehabt zu haben ($OR=0,88$)⁶³⁸ (vgl. Abb. 56).

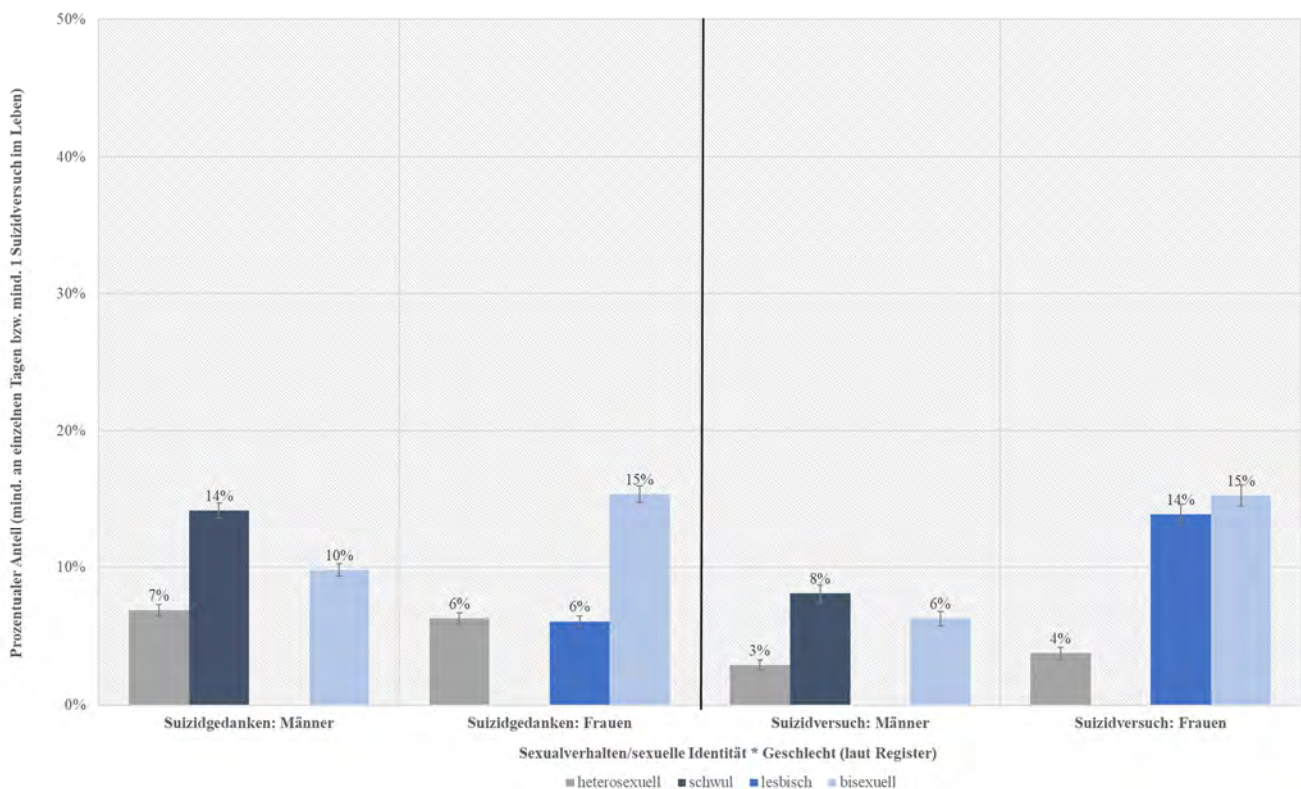


Abbildung 56: Suizidversuch (Lebenszeitprävalenz), Suizidgedanken, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2017 bzw. SGB 2012, 2017)

⁶³⁴ $p=.062$

⁶³⁵ Insgesamt haben 29'489 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

⁶³⁶ $\chi^2(3)=64,612; p < .001$

⁶³⁷ $p < .001$; aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten wurden die LGB Personen als eine Gruppe mit der übrigen Bevölkerung verglichen.

⁶³⁸ $p=.004$

Auch die überwiegende Mehrheit der im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGBT Personen hatten noch nie im Leben versucht, sich das Leben zu nehmen (82,4 %).⁶³⁹ Von den 348 Personen, die in ihrem bisherigen Leben zumindest einen Suizidversuch begangen haben, hatten 15 Prozent dies in den letzten 12 Monaten vor der Befragung getan. Jeweils etwa die Hälfte hatte bisher einen bzw. mehr als einen Suizidversuch überlebt.⁶⁴⁰ Zum Zeitpunkt des ersten Suizidversuchs war die Hälfte der Betroffenen in der Adoleszenz (12-17 Jahre) (52,1 %), 34 Prozent waren im frühen Erwachsenenalter (18-39 Jahre) und 4 Prozent im mittleren Erwachsenenalter (40-64 Jahre). 11 Prozent hatten den ersten Suizidversuch nach eigenen Angaben in der frühen oder mittleren Kindheit (2-5 bzw. 6-11 Jahre) begangen. Im Schnitt waren die Befragten bei ihrem ersten Suizidversuch 16-18 Jahre alt gewesen.⁶⁴¹

Sowohl hinsichtlich der Lebenszeit- als auch der 1-Jahresprävalenz zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten trans/non-binäre Personen (30,6 %) deutlich häufiger in ihrem bisherigen Leben einen Suizidversuch begangen als die befragten LGB cis Personen (10,9-15,6 %) (vgl. Abb. 57).⁶⁴² Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten sowie einer depressiven Erkrankung im letzten Jahr vor der Befragung hatten trans/non-binäre Personen im Vergleich zu den befragten schwulen cis Männern ($OR=1,96$)⁶⁴³ und bisexuellen cis Personen ($OR=1,56$)⁶⁴⁴ eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, mindestens einen Suizidversuch begangen zu haben. Im Vergleich zu Personen, die keine Depression im Jahr vor der Befragung gehabt haben, hatten Personen, bei denen dies der Fall gewesen war, eine gut 5-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, bereits mindestens einen Suizidversuch begangen zu haben ($OR=5,29$)⁶⁴⁵. Bei deutlich mehr trans/non-binären (19,5 %) und bisexuellen cis Personen (19,2 %) war mindestens ein Suizidversuch deutlich häufiger im letzten Jahr vor der Befragung gewesen als bei den befragten lesbischen cis Frauen (10,8 %) und schwulen cis Männern (5,9 %).⁶⁴⁶ Und auch in der Häufigkeit der Suizidversuche zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei trans/non-binäre Personen (16,3 %) deutlich häufiger mehr als einen Suizidversuch begangen hatten als die befragten LGB cis Personen (4,7-5,9 %).⁶⁴⁷

⁶³⁹ 1'967 Personen haben sich explizit dazu entschieden, Angaben zum Thema Suizidalität zu machen, die restlichen 97 Personen haben diesen Frageblock bewusst übersprungen oder die Frage, ob sie Fragen zum Thema Suizidalität beantworten wollen, übersprungen.

⁶⁴⁰ Von den 348 Personen, die bereits einen Suizidversuch begangen haben, haben 278 Personen hierzu Angaben gemacht.

⁶⁴¹ $M=18,08$; $Md=16,00$; $SD=8,54$

⁶⁴² $\chi^2(3)=81,867$; $p < .001$

⁶⁴³ $p=.003$

⁶⁴⁴ $p=.037$

⁶⁴⁵ $p < .001$

⁶⁴⁶ $\chi^2(3)=8,633$; $p=.035$; aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten wurde auf differenziertere Analysen verzichtet.

⁶⁴⁷ $\chi^2(6)=75,670$; $p < .001$; aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten wurde auf differenziertere Analysen verzichtet.

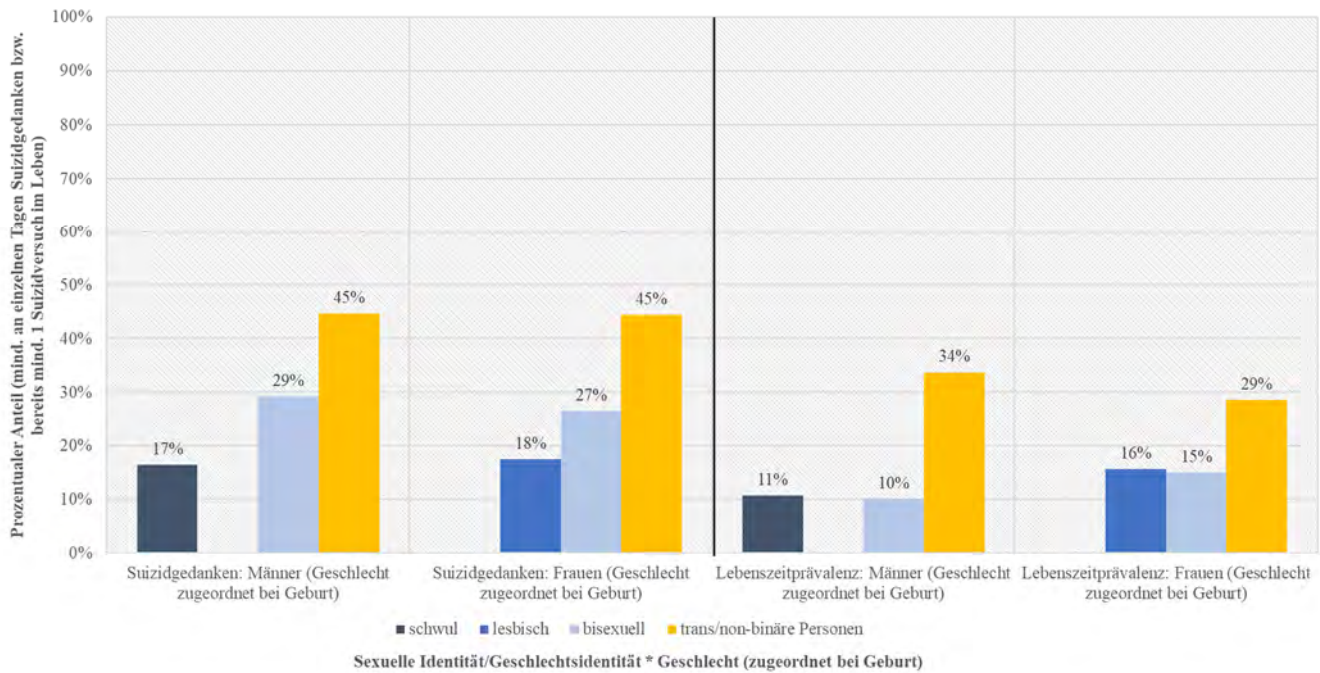


Abbildung 57: Suizidversuch (Lebenszeitprävalenz), Suizidgedanken, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

Um besser zu verstehen, welche Risiko- und Schutzfaktoren einen Einfluss auf das Begehen eines Suizidversuchs haben, wurde eine weitere binäre logistische Regression berechnet, die neben Alter, Geschlecht (zugewiesen bei Geburt) und sexueller bzw. Geschlechtsidentität auch die Risikofaktoren Diskriminierungserfahrungen (in anderen Situationen, Lebenszeitprävalenz), Internalisierte Homonegativität und Depression (letzte 12 Monate) sowie die Schutzfaktoren soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung einschloss.⁶⁴⁸ Dabei zeigte sich, dass weder das Geschlecht (zugeordnet bei Geburt), das Alter oder Internalisierte Homonegativität einen signifikanten Einfluss auf das Begehen eines Suizidversuches hatten. Erwartungsgemäss stieg jedoch die Wahrscheinlichkeit für Personen, die in ihrem Leben bereits in anderen Situationen als der Gesundheitsversorgung diskriminiert worden sind, sowie für Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung unter einer Depression gelitten hatten. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung sowie eine starke im Vergleich zu einer geringen sozialen Unterstützung führten hingegen zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit für einen Suizidversuch. Damit hatte soziale Unterstützung hier einen protektiven Einfluss. Es zeigt sich zudem, dass die sexuelle Identität oder die Geschlechtsidentität an sich nicht die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs erhöhen. So ist die sexuelle bzw. Geschlechtsidentität der Befragten unter Einbezug der genannten Risiko- und Schutzfaktoren statistisch nicht mehr signifikant. Die Modellkoeffizienten und die Effektstärken (OR) können der Tabelle A4.3 im Anhang 4 entnommen werden.⁶⁴⁹

Ein Fünftel der Personen, die bereits einen Suizidversuch begangen hatten, hatten mit niemandem darüber gesprochen.⁶⁵⁰ Jeweils gut die Hälfte hatte mit jemandem aus dem privaten Umfeld über den Suizidversuch gesprochen (58,4 %) und/oder mit einer Gesundheitsfachperson (53,6 %). Mit einer Fachperson aus dem psychosozialen Bereich (z. B. von einem Beratungstelefon, einer Beratungsstelle oder einem bzw. einer Seelsorger*in) hatten 43 Prozent gesprochen und 5 Prozent mit Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe.

⁶⁴⁸ Das Regressionsmodell war statistisch signifikant, $\chi^2(11) = 176,193$, $p < .001$, mit einer akzeptablen Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = .258$ (gemäss Backhaus et al. [2003]). Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 85,7 %, mit einer Sensitivität von 24,7 % und einer Spezifität von 97,0 %.

⁶⁴⁹ Im Anhang 4 sind zudem die entsprechenden Analysen mit dem dreidimensionalen Konstrukt «Sexuelle Orientierung» zu finden.

⁶⁵⁰ Von den 348 Personen, die von einem Suizidversuch berichtet haben, haben 332 hierzu Angaben gemacht.

Gut ein Viertel (25,8 %) aller im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatte in den letzten zwei Wochen vor der Befragung mindestens an einzelnen Tagen Gedanken, dass sie lieber tot wären oder sich selbst Leid zufügen möchten.⁶⁵¹ Dabei zeigten sich wieder deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Trans/non-binäre Personen (44,6 %) hatten deutlich häufiger angegeben, entsprechende Gedanken gehabt zu haben, als die befragten LGB cis Personen (16,5-27,0 %) (vgl. Abb. 57).⁶⁵² Dieser Zusammenhang zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten sowie dem Vorliegen einer Depression im Jahr vor der Befragung. Im Vergleich zu lesbischen cis Frauen ($OR=1,82$)⁶⁵³, schwulen cis Männern ($OR=2,10$)⁶⁵⁴ und bisexuellen cis Personen ($OR=1,50$)⁶⁵⁵ hatten trans/non-binäre Menschen demnach eine jeweils etwa 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, Suizidgedanken in den letzten zwei Wochen vor der Befragung gehabt zu haben. Personen, die im letzten Jahr unter einer Depression gelitten hatten, hatten im Vergleich zu Personen, bei denen dies nicht der Fall war, eine gut 11-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, Suizidgedanken gehabt zu haben als keine ($OR=11,62$).⁶⁵⁶ Im Vergleich zu den befragten 15-29-Jährigen hatten Angehörige der beiden anderen Alterskohorten (30-49 Jahre; ab 50 Jahren) eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, Suizidgedanken in den letzten zwei Wochen vor der Befragung gehabt zu haben ($OR=0,66$ bzw. $0,58$).⁶⁵⁷

4.4.2.8 Selbstverletzendes Verhalten

Knapp ein Drittel (31,7 %) der im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGBT Personen hat angegeben, dass sie sich mindestens einmal im Leben absichtlich selbst verletzt haben.⁶⁵⁸ Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Während mehr als die Hälfte aller trans/non-binären Personen (54,2 %) sich bereits einmal im Leben absichtlich selbst verletzt hatte, traf dies auf 40 Prozent der bisexuellen cis Personen, 30 Prozent der lesbischen cis Frauen und 9 Prozent der schwulen cis Männer zu.⁶⁵⁹ Dieser Zusammenhang zwischen sexueller bzw. Geschlechtsidentität und selbstverletzendem Verhalten war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und Nationalität der Befragten sowie des Vorliegens einer Depression im letzten Jahr vor der Befragung signifikant. Trans/non-binäre Personen hatten demnach im Vergleich zu schwulen cis Männern eine 4-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, sich bereits selbst verletzt zu haben ($OR=4,00$), im Vergleich zu lesbischen cis Frauen ($OR=2,40$) und bisexuellen cis Personen ($OR=2,13$) hatten trans/non-binäre Personen eine gut 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit.⁶⁶⁰ Erwartungsgemäss zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und dem Vorliegen einer Depression, wobei Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung an einer Depression gelitten hatten, im Vergleich zu denen, bei denen dies nicht der Fall gewesen war, eine 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, sich bereits selbst verletzt zu haben ($OR=3,43$).⁶⁶¹ Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Alters- und Geschlechtereffekt, wobei ältere Befragte im Vergleich zu den 15-29-Jährigen eine geringe Wahrscheinlichkeit hatten, sich selbst verletzt zu haben, ebenso wie Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt).

⁶⁵¹ 2'036 Personen haben diese Frage beantwortet.

⁶⁵² $\chi^2(3)=141,556; p < .001$

⁶⁵³ $p=.006$

⁶⁵⁴ $p < .001$

⁶⁵⁵ $p=.054$

⁶⁵⁶ $p < .001$

⁶⁵⁷ Jeweils $p=.016$

⁶⁵⁸ Insgesamt haben 1'974 Personen diese Frage beantwortet.

⁶⁵⁹ $\chi^2(3)=271,234; p < .001$

⁶⁶⁰ Jeweils $p < .001$

⁶⁶¹ $p < .001$

Zwischenfazit: Psychische Gesundheit

Deutlicher als im Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit zeigen die Befunde, dass LGB Personen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung deutlich stärker psychisch belastet sind. Sie wiesen sowohl einen höheren Belastungsgrad auf als auch eine höhere Rate an Depressionen. Entsprechend nahmen LGB Personen häufiger psychotrope Medikamente ein. Die «LGBT Health» zeigt zudem – in Übereinstimmung mit anderen Studien (vgl. Kap. 2.5) – die starke psychische Belastung von trans und non-binären Personen. Zwar ist mit Blick auf die Befunde der «LGBT Health» der negative Einfluss der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit zu berücksichtigen (u. a. De Quervain et al., 2020). Zusammen mit der Überrepräsentanz von trans und non-binären Personen in der Stichprobe der «LGBT Health» ist dies jedoch allein eine mögliche Erklärung für die deutlichen Unterschiede zwischen der SGB und der «LGBT Health», nicht für die Unterschiede innerhalb der LGBT-Vergleichsgruppe.

Insbesondere die hohe Prävalenz von Depressionen in der LGBT Bevölkerung stellt ein hohes Risiko für Suizide dar. Entsprechend zeigen die Analysen, dass LGB Personen in ihrem Leben deutlich häufiger als die übrige Bevölkerung einen Suizidversuch begangen haben. Bei etwa elf Prozent der LGB Personen war dies der Fall. Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung war die Wahrscheinlichkeit für LGB Personen, bereits einen Suizidversuch begangen zu haben, etwa 4-mal so hoch. Entsprechend hatten LGB Personen auch häufiger Suizidgedanken. Die hohe Rate an Suizidversuchen zeigte sich ebenfalls in der «LGBT Health». Dabei hatten die meisten Befragten ihren ersten Suizidversuch in der Adoleszenz begangen. 32 Prozent hatten sich bereits selbst verletzt. Ein Grossteil der Befragten hatte sich Unterstützung nach dem Suizidversuch gesucht – sei dies bei Personen aus dem privaten Umfeld und/oder bei Fachpersonen. Dennoch hatte immerhin ein Fünftel mit niemandem über den Suizidversuch gesprochen. Die «LGBT Health» zeigt zudem eine stärkere Belastung von trans und non-binären Personen im Vergleich zu LGB cis Personen. Dabei hatten trans und non-binäre Personen nicht nur häufiger bereits einen Suizidversuch begangen, sondern dies auch häufiger mehr als einmal getan.

Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, einen Suizidversuch zu begehen, zeigen die Analysen das Zusammenspiel von den ausgewählten Schutz- und Risikofaktoren. Dabei zeigt sich auch, dass die sexuelle bzw. die Geschlechtsidentität an sich nicht die Wahrscheinlichkeit für einen Suizidversuch erhöht. Vielmehr sind es die Erfahrungen, die die Personen in ihrem Umfeld und der Gesellschaft machen, die zur Ausbildung LGBT-spezifischer Stressoren (z. B. Diskriminierung aufgrund der sexuellen Identität oder Geschlechtsidentität) und zu einer geringeren Ausprägung von Schutzfaktoren (z. B. soziale Unterstützung) führen. Diese sind es dann, die sich im Zusammenspiel auf die psychische Gesundheit der LGBT Personen auswirken (vgl. Kap. 2.5).

5 Fazit und Empfehlungen

In allen untersuchten grossen Themenbereichen (gemäss Postulat Marti) – Zugang zur Gesundheitsversorgung, körperliche Gesundheit, sexuelle Gesundheit, Substanzkonsum und psychische Gesundheit – fanden sich ungleiche Gesundheitschancen der LGB(T) Population gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung, wobei die Grösse der Unterschiede zwischen und auch innerhalb der Bereiche variierte und sich auch in Unterbereichen zeigte, dass LGB Personen gegenüber der restlichen Bevölkerung nicht schlechter gestellt sind (z. B. körperliche Aktivität). Gemäss Auftrag BAG und dem Postulat Marti werden im abschliessenden Fazit diejenigen (Gesundheits-)Bereiche benannt, in denen LGB(T) Menschen im Vergleich zur übrigen Schweizer Bevölkerung ungleiche Gesundheitschancen haben, also schlechter gestellt sind, und in denen Massnahmen ergriffen werden sollten⁶⁶². Dies sind die folgenden Bereiche:

Psychische Gesundheit: Wie die internationale Studienlage, weisen auch die Schweizer Daten darauf hin, dass die LGBT Population im Bereich der psychischen Gesundheit gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung deutlich benachteiligt ist. Es besteht ein grosser und dringender Handlungsbedarf. Dies zeigt sich etwa in der deutlich höheren Prävalenz von Depressionen, Suizidgedanken und Suizidversuchen sowie den geringer ausgeprägten sozialen und psychischen Schutzfaktoren bei der Schweizer LGBT Bevölkerung gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung. Die Wahrscheinlichkeit für Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz) ist bei LGB Personen gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung etwa 4-mal höher (SGB). 11 Prozent der Rahmen in der SGB befragten LGB Personen und 18 Prozent der im letzten Jahr befragten LGBT Personen («LGBT Health») haben in ihrem Leben bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen, dies meist in der Lebensphase der Adoleszenz. Trans/non-binäre Personen sind besonders davon betroffen. Sie sind nicht nur stärker psychisch belastet, begingenen nicht nur häufiger, sondern auch häufiger als mehr als einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch als cis LGB Personen. Auch bezüglich der 1-Jahresprävalenz von Depressionen waren trans/non-binäre Personen innerhalb der LGBT Gruppe am meisten betroffen.

Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, Verzicht auf Gesundheitsleistungen und Barrieren des Zugangs zur Gesundheitsversorgung: Wie international breit ausgewiesen (siehe Kap. 2) zeigen auch die Befunde der Zusatzbefragung «LGBT-Health», dass viele Schweizer LGBT Personen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität Diskriminierungs- oder Gewalterfahrungen ausgesetzt sind (67,6 % mindestens einmal in ihrem Leben). Solche Erfahrungen werden auch in der Gesundheitsversorgung erlitten (26,6 % mindestens einmal in ihrem Leben), wobei trans/non-binäre Personen am stärksten betroffen sind. Der Schutz von LGBT Personen vor Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt muss in der Schweiz verstärkt werden, dies generell wie auch im Speziellen in der Gesundheitsversorgung. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der LGBT Population medizinische Leistungen nicht in Anspruch nimmt, wie es auch die internationale Literatur zeigt (siehe Kap. 2). Der Anteil von LGBT Personen, die aus mangelndem Vertrauen in die Ärzteschaft, Krankenhäuser etc. auf Gesundheitsleistungen verzichten ist gegenüber der Schweizer Wohnbevölkerung mehr als doppelt so hoch (16,2 % vs. 6,9 %). Dass es sich hier um einen reinen Stichprobeneffekt handelt, ist angesichts der klaren internationalen Evidenz zu den Barrieren des Zugangs von LGBT Personen zur Gesundheitsversorgung (siehe Kap. 2) wenig wahrscheinlich. Es braucht auch in der Schweiz klare Massnahmen, um die Zugangsbarrieren für LGBT Personen zur Gesundheitsversorgung abzubauen.

Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, illegale Substanzen): Die Befunde zeigen, wie auch der internationale Forschungsstand insgesamt, eine (deutlich) höhere Prävalenz des (gesundheitsschädlichen) Konsums psychoaktiver Substanzen bei LGBT Personen gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung. Mit gut einem Drittel bis fast der Hälfte der LGBT Personen liegt etwa der Anteil der Personen, die Tabak rauchen, deutlich höher als bei der übrigen Schweizer Bevölkerung. Da beispielsweise Tabak- und ein übermässiger Alkoholkonsum grosse gesundheitliche

⁶⁶² Dabei werden nicht nochmals differenziert die Unterschiede zur übrigen Bevölkerung und zwischen den L-G-B-T Gruppen dargelegt. Dies kann in den vorherigen Berichtsteilen nachgelesen werden.

Schäden verursachen, ist der (übermässige) Substanzkonsum ein wichtiges und dringliches gesundheitliches Handlungsfeld, in dem LGBT Personen gegenüber der übrigen Bevölkerung in der Schweiz benachteiligt sind und Massnahmen ergriffen werden müssen. Die im Bericht beschriebenen Gruppen- und Geschlechterunterschiede sind beim Ergreifen gesundheitsförderlicher und (sucht-)präventiver Massnahmen zu berücksichtigen. Während etwa lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen sowohl häufiger chronisch (stetig zu viel Alkohol) als auch episodisch risikohaft (zu viel bei einer Gelegenheit) Alkohol trinken, weisen schwule und bisexuelle Männer im Vergleich zu heterosexuellen Männern etwas häufiger ein episodisch risikohaftes Trinkverhalten auf.

Sexuelle Gesundheit: Wie international bekannt, zeigen die Befunde der vorliegenden Studie, dass schwule und bisexuelle Männer⁶⁶³ auch in der Schweiz hinsichtlich HIV und STI gegenüber der übrigen Bevölkerung eine vulnerable Gruppe sind. Ein besonderer Fokus auf diese Gruppe wie auch diejenige der trans/non-binären Personen im Bereich der sexuellen Gesundheit ist angesichts der Daten- und Studienlage sehr wichtig und muss in der Schweiz (weiterhin) gezielt erfolgen. Lesbische und bisexuelle Frauen⁶⁶⁴ dürfen dabei aber nicht vergessen gehen. Sie müssen bezüglich HIV/STI, gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen und reproduktiver Gesundheit genügend sensibilisiert werden. Zudem müssen Ärzt*innen, Gynäkolog*innen, Pflegefachpersonen, Hebammen etc. darauf vorbereitet sein, lesbische und bisexuelle Frauen (inkl. FSF) unvoreingenommen zu ihrer sexuellen Gesundheit (inkl. reproduktiver Gesundheit⁶⁶⁵) zu beraten, zu begleiten und zu behandeln. Dass dies nicht immer gelingt, zeigen die wenigen verfügbaren Studien u. a. in der Westschweiz (siehe Kap. 2).

Körperliche Gesundheit: Bei der körperlichen Gesundheit werden insbesondere gesundheitliche Ungleichheiten innerhalb der LGBT Population ersichtlich. Trans/non-binäre Personen («LGBT Health») beurteilten ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich schlechter als LGB cis Personen und weisen entsprechend deutlich häufiger starke Beschwerden in den letzten vier Wochen vor der Befragung auf. Darüber hinaus waren trans/non-binäre Personen häufiger von Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme betroffen und litten häufiger an chronischen oder langandauernden Krankheiten. Neben der Stärkung psychischer Gesundheit braucht es – insbesondere bei trans/non-binären Personen – in der Schweiz Massnahmen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit.

Der WHO-Zugang des «Proportionate Universalism» (World Health Organization, 2014), gemäss dem bevölkerungsbezogene universelle Strategien im richtigen Verhältnis zum Bedarf angewendet werden sollen (um den sozialen Gradient von Gesundheit zu begradigen), bedeutet auch für die Schweiz, dass grosse Anstrengungen und auch ein grosser Ressourceneinsatz für sozial und gesundheitlich benachteiligte und marginalisierte Gruppen erfolgen müssen. Wie dieser Bericht aufzeigt, gehören trotz politischer und gesellschaftlicher Entwicklungen auch in der Schweiz LGBT Personen immer noch zu diesen Gruppen. Die relevantesten Gesundheitsbereiche in denen Massnahmen erforderlich sind, das *Was* also, wurden benannt. Damit ist das *Wie*, mit welchen konkreten Massnahmen die (gesundheitliche) Situation von LGBT Menschen in der Schweiz verbessert werden kann, noch nicht beantwortet. Im vorliegenden Bericht können keine detaillierten nach Gesundheitsbereich und Untergruppe (L, G, B und T) aufgeschlüsselten Empfehlungen zu konkreten Massnahmen abgegeben werden. Dies ist ein nächster Arbeitsschritt, der zu leisten ist. Angelehnt an internationale Strategien der Reduktion gesundheitlicher Chancenungleichheit (z. B. «Proportionate universalism», «Health in All Policies») und das hier verwendete «Health Equity Promotion Model» (Fredriksen-Goldsen et al., 2014), empfehlen die Studienautor*innen insbesondere an den Strukturen und der Umwelt⁶⁶⁶ anzusetzen, dem Multi-Level-Kontext im HEP-Modell. Dabei muss auch ein besonderes Augenmerk auf gesundheitliche Erfassungssysteme, das gesundheitliche Monitoring in der Schweiz gelegt werden (u. a. SGB). Darin sind LGB Personen ungenügend inkludiert und trans und non-binäre Personen – wie wir gesehen haben, eine

⁶⁶³ Hier sind auch Männer eingeschlossen, die mit Männern Sex haben, sich aber weder als schwul/gay noch als bisexuell definieren.

⁶⁶⁴ Hier sind auch Frauen eingeschlossen, die mit Frauen Sex haben, sich aber weder als lesbisch noch als bisexuell definieren.

⁶⁶⁵ Die Inanspruchnahme von assistierten Reproduktionstechnologien (ART) wird nach Annahme der Initiative «Ehe für alle» für Frauenpaare zugänglicher. Das Gesundheitswesen muss hier entsprechend gut aufgestellt sein.

⁶⁶⁶ Z. B. mittels verhältnis- und settingorientierter Gesundheitsförderung und Prävention.

der am stärksten belasteten Gruppen – gar nicht erfasst. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde werden die folgenden Empfehlungen abgegeben:

1. Es braucht ein **nationales Programm zur sozialen und gesundheitlichen Gleichstellung von sexuellen und geschlechtlichen Minoritäten**. Damit sollen die Lebensbedingungen dieser Minoritäten verbessert und gesundheitsschädliche Einflüsse auf deren Gesundheitsverhalten (gesundheitsförderliche/-schädliche Pfade gemäss HEP-Modell) und den Gesundheitszustand verringert werden. Empfohlen wird, das Programm breit auszulegen (LGBTIQ+), um etwa auch intergeschlechtliche Personen darin zu erfassen. LGBT Personen sind zu wenig in die Gesellschaft eingebunden; hier muss das Umfeld inklusiver aufgestellt werden, soziale Ressourcen und Netzwerke müssen gestützt werden, was u. a. über dieses Programm angeregt werden kann. Das Programm stellt Querverbindungen zu den anderen nationalen (Gesundheits-)Strategien und Programmen her, befördert, dass die Dimensionen sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und Intergeschlechtlichkeit dort im Sinne eines intersektionalen Ansatzes auch konsequent implementiert werden. Zugleich sichert die Formulierung eines eigenständigen Programms und Aktionsplans, dass die genannten Dimensionen – und die damit verbundenen Zielgruppen – nicht als «blosses» Querschnittsthema in den anderen Programmen vergessen gehen.
2. In einem **«Health in All Policies»-Ansatz** (WHO, 2014) sollten Politik und Verwaltung – zusammen mit der nationalen Vernetzungs- und Programmplattform (siehe oben) – über politische Entscheidungen und Politikstrategien das Lebensumfeld von LGBT Personen verbessern und entsprechende Massnahmen beschliessen. Die Umsetzung in den Kantonen und der Einbezug der Kantone könnte, basierend auf den ausgearbeiteten Zielen im nationalen Programm und Aktionsplan, über kantonale Aktionsprogramme (sog. KAP) erfolgen bzw. in bestehende KAP (z. B. «Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen») integriert werden.
3. In Gesundheitsförderung, Prävention und der (Krankheits-)Behandlung sollten in allen Sektoren (Gesundheit, Soziales etc.) sowohl **LGBT-sensitive/-inklusive** als auch **LGBT-spezifische Zugänge** nicht die Ausnahme, sondern die Regel sein. Mit *«LGBT-sensitiv»* oder *«LGBT-inklusive»* ist gemeint, dass alle (Versorgungs-)Systeme und Angebote – also z. B. die allgemeine (Gesundheits-)Versorgung der ganzen Bevölkerung – so ausgerichtet sind, dass sich LGBT Personen darin angesprochen, willkommen und gut behandelt fühlen (und auch tatsächlich gut und mit hoher Qualität behandelt werden!)⁶⁶⁷. *LGBT-spezifisch* meint, dass aufgrund einiger spezifischer Belastungen (und auch Ressourcen) von LGBT Personen und Communities es selektive Präventions- und Behandlungsangebote und Spezialist*innen braucht, die gezielt LGBT Personen – oder eine Untergruppe davon – adressieren und deren Bedürfnisse abdecken können⁶⁶⁸. Es braucht also beides – eine universelle Öffnung der Regelstruktur (LGBT-sensible und inklusive Räume) und spezifische Massnahmen für LGBT Personen (spezifische Räume und spezifische Zugänge). Dabei sind folgende Aspekte wichtig:
 - **Diversitätssensible Aus- und Weiterbildung von Professionellen** im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen (Lehrpersonen, Schulsozialarbeitende, Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Hebammen, Psycholog*innen etc.) zu LGBT-Themen. Die jeweiligen Berufsfachverbände (FMH, Avenir Social etc.), die Instanzen der (Hochschul-)Bildung (z. B. Swissuniversities) und die Institutionen und Organisationen in den jeweiligen Sektoren müssen darin unterstützt werden, die Aus- und Weiterbildung konsequent intersektional, unter dem Dach der ganzen Diversität, also auch mit Einschluss von LGBT Themen, auszurichten.

⁶⁶⁷ Bsp.: Universelle Programme zur Stärkung psychischer Gesundheit im Schulkontext würden im Rahmen einer intersektionalen Perspektive immer auch die Anliegen und Bedürfnisse von LGBT Jugendlichen mitdenken.

⁶⁶⁸ Bsp.: Gesundheitscheckpoints für MSM und FSF und trans Personen; Peer-/Communitygeführte LGBT (Jugend-)Gruppen in denen sich Jugendliche/junge Erwachsene treffen (Bewältigung Coming-out, gegenseitige Stärkung/Empowerment, Aufbau von Communitystrukturen).

- **Niederschwelligkeit, Partizipation und Wirksamkeitsorientierung:** Die Angebote und Massnahmen sollen für LGBT Personen mit ganz verschiedenen Hintergründen (z. B. hinsichtlich Bildung, Migrationserfahrung, Sprache, sozioökonomischen Ressourcen) leicht zugänglich sein, sollen – gerade bei LGBT-spezifischen Massnahmen – wenn immer möglich unter Einbezug der Adressat*innen/Zielgruppen entwickelt werden, sollen sich in der sozialen Umgebung von LGBT Personen (Zugehörstrukturen, Setting-/Lebensweltorientierung) befinden und am neuesten Stand der Wissenschaft ausgerichtet sein (Wirksamkeit).
 - Neben einer **Lebensspannenperspektive** über alle Lebensphasen hinweg, gilt es, besonders die **Kindheit**, die **Jugend** und das **frühe Erwachsenenalter** mittels geeigneter Zugänge und Massnahmen abzudecken (LGBT-freundliches Umfeld, Stärkung/Information von Eltern, Verwandten, Peer-to-Peer Support etc.). Auch das (höhere) **Alter** ist zu gewichten (z. B. Vereinsamung, soziale Netzwerke).
4. Verlässliche **nationale Melde- und Unterstützungssysteme** (generell und im Gesundheitswesen) für die Meldung von Gewalt aufgrund der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung müssen aufgebaut werden. Diskriminierungen, Gewalt und Delikte müssen konsequent geahndet und ein geeignetes Hilfenetz für LGBT Gruppen zur Verfügung gestellt bzw. die vorhandenen Strukturen entsprechend LGBT-inklusiv ausgestaltet werden.
 5. Das **nationale Gesundheitsmonitoring (Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB)** und **nationale Monitoringsysteme** in anderen Bereichen sind LGBT-inklusiv zu gestalten. Dabei müssen die Operationalisierungen von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität gemäss internationaler Standards erfolgen (vgl. u. a. Patterson et al., 2017; Slade et al., 2020; Wolff et al., 2017), auch und besonders in der SGB.⁶⁶⁹ Es ist nicht gerechtfertigt, dass eine Population, die gemäss europäischen Schätzungen ca. sieben Prozent⁶⁷⁰ ausmacht, in der Schweiz nicht (trans/non-binäre Personen!) oder nur sehr ungenügend (LGB Personen!) erfasst wird und entsprechend auch die Gesundheitsversorgung (inkl. Prävention und Gesundheitsförderung) für diese Gruppe nicht evidenzbasiert ausgerichtet werden kann. Auch in der vorliegenden Studie gibt es Einschränkungen (siehe Kap. 3.2). Mittels der Daten werden weitere Analysen zu den Unterschieden zwischen Personen mit einer unterschiedlichen Geschlechtsidentität (cis, trans/non-binär) oder einer unterschiedlichen sexuellen Orientierung gemacht. Darüber hinaus braucht es vertiefende Studien – z. B. gerade auch zur gesundheitlich stark belasteten Gruppe der trans und non-binären Personen –, die neben quantitativen auch mit qualitativen/verstehenden und Mixed-Methods-Zugängen das genaue Zustandekommen und die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten für die Schweiz offenlegen.

Bei der Planung und Umsetzung der Empfehlungen sind die relevanten Stakeholder in der Schweiz einzubeziehen und bestehende, meist nicht finanzierte Strukturen und Angebote zu berücksichtigen und zu stärken, die von LGBT Organisationen und engagierten Privatpersonen über die letzten Jahrzehnte in den Landesteilen aufgebaut wurden.

⁶⁶⁹ Bis zur SGB 2017 wurden diese Standards sehr wenig eingelöst. Etwa wurde die Geschlechtsidentität nicht erhoben (mittels gefordertem Zwischenschritt: zugeschriebenes Geschlecht bei Geburt, aktuelle Geschlechtszugehörigkeit/-identifikation). Eine Frage nach der sexuellen Identität wurde erst 2017 in die SGB aufgenommen und soll gemäss Konzeptpapier «Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 in Kürze» (2018, S. 10) nur alle 10 Jahre und nur Personen gestellt werden, die gleichgeschlechtliche Sexualkontakte oder noch keinen Sexualverkehr hatten. Bis anhin wurde zudem keine Frage zur sexuellen Anziehung in die SGB aufgenommen. Es ist zu hoffen, dass diesbezüglich in der SGB 2022 Anpassungen erfolgen werden.

⁶⁷⁰ <https://www.statista.com/chart/6466/europes-lgbt-population-mapped/>

6 Literaturverzeichnis

- Ahuja, A., Webster, C., Gibson, N., Brewer, A., Toledo, S., & Russell, S. (2015). Bullying and Suicide: The Mental Health Crisis of LGBTQ Youth and How You Can Help. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 19*(2), 125–144. <https://doi.org/10.1080/19359705.2015.1007417>
- Albuquerque, G. A., Garcia, C. d. L., Da Quirino, G. S., Henrique Alves, M. J., Belem, J. M., dos Santos Figueiredo, Francisco Winter, . . . Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights, 16*. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (10th ed.). Berlin: Springer.
- Baeriswyl, M. (2016). Queering Psychotherapie: Geschlechtervarianz, Geschlechtsidentität und die Ideologie der Zweigeschlechtlichkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft, 6*(2), 109–121. Retrieved from <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/issue/archive>
- Balik, C. H. A., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *International Journal of Health Services, 50*(1), 44–61. <https://doi.org/10.1177/0020731419885093>
- Balthasar, H., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2007). Surveillance des comportements face au VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes—Suisse, 1992-2004. *International journal of public health, 52*(1), 27–38. <https://doi.org/10.1007/s00038-006-5086-6>
- Balthasar, H., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2009). First anal intercourse and condom use among men who have sex with men in Switzerland. *Archives of Sexual Behavior, 38*(6), 1000–1008. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9382-5>
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: a systematic review. *Human Reproduction Update, 25*(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>
- Bartig, S., Kalkum, D., Le, H. M., & Lewicki, A. (2021). *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*. Berlin. Retrieved from https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Bauquis, O. (2011). Operative Geschlechtsumwandlung bei Störungen der Geschlechtsidentität. *Swiss Med Forum, 11*(4), 58-64.
- Bauquis, O. (2014). Geschlechtsangleichende Chirurgie: von der Unkenntnis zum Vorurteil. *Swiss Med Forum, 14*(49), 919-923.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2019). Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006-2017. *American Journal of Public Health, 109*(1), E1-E8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 19*(12), 1408–1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>
- Berrut, S. (2016). *Les lesbiennes en consultation gynécologique*. Genève.

- Berrut, S., Descuves, A., Romanens-Pythoud, S., & Jeannot, E. (2020). La Santé sexuelle et reproductive des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes en Suisse romande. Online-Poster (Swiss Public Health Conference 2020). Retrieved from <https://www.unilu.ch/en/faculties/departement-of-health-sciences-and-medicine/events/swiss-public-health-conference-2020/#section=c95677>
- Besse, M., Lampe, N. M., & Mann, E. S. (2020). Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 517–528.
- Béziane, C., Anex, E., Le Pogam, M.-A., & Künzle, M. (2020). *Enquête sur la santé des femmes* qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) 2019. Rapport préliminaire accompagnant les résultats*. Retrieved from <https://www.profa.ch/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-preliminaire-enquete-info-fouffe.pdf>
- Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S., Medico, D., Balthasar, H., Bodenmann, P., & Makadon, H. J. (2011). *Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21987880>
- Blawert, B., & Dennert, G. (2020). *InTraHealth – Fragebogen*. Dortmund.
- Blondeel, K., Say, L., Chou, D., Toskin, I., Khosla, R., Scolaro, E., & Temmerman, M. (2016). Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: A review of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health*, 15, 16. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0304-1>
- Bouris, A., Everett, B. G., Heath, R. D., Elsaesser, C. E., & Neilands, T. B. (2016). Effects of Victimization and Violence on Suicidal Ideation and Behaviors Among Sexual Minority and Heterosexual Adolescents. *LGBT Health*, 3(2), 153–161. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0037>
- Braun, D. L., Hampel, B., Kouyos, R., Nguyen, H., Shah, C., Flepp, M., . . . Fehr, J. S. (2019). High Cure Rates With Grazoprevir-Elbasvir With or Without Ribavirin Guided by Genotypic Resistance Testing Among Human Immunodeficiency Virus/Hepatitis C Virus-coinfected Men Who Have Sex With Men. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 68(4), 569–576. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy547>
- Braun, D. L., Hampel, B., Martin, E., Kouyos, R., Kusejko, K., Grube, C., . . . Fehr, J. S. (2019). High Number of Potential Transmitters Revealed in a Population-based Systematic Hepatitis C Virus RNA Screening Among Human Immunodeficiency Virus-infected Men Who Have Sex With Men. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 68(4), 561–568. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy545>
- Bryan, A., & Mayock, P. (2017). Supporting LGBT Lives? Complicating the suicide consensus in LGBT mental health research. *Sexualities*, 20(1-2), 65–85. <https://doi.org/10.1177/1363460716648099>
- Bundesamt für Gesundheit (2021a). *BAG-Bulletin* (No. 48). Bern. Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/periodika/bag-bulletin.html>
- Bundesamt für Gesundheit (2021b). *BAG-Bulletin* (No. 30). Bern.
- Caceres, B. A., Brody, A., Luscombe, R. E., Primiano, J. E., Marusca, P., Sitts, E. M., & Chyun, D. (2017). A Systematic Review of Cardiovascular Disease in Sexual Minorities. *American Journal of Public Health*, 107(4), E13-E21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303630>
- Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review. *Gerontologist*, 60(3), E169-E183. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz012>

- Cardom, R., Rostosky, S., & Danner, F. (2013). Does «it get better» for depressed sexual minority youth in young adulthood? *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 53(5), 671–673. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.023>
- Carrico, A. W., Zepf, R., Meanley, S., Batchelder, A., & Stall, R. (2016). When the Party is Over: A Systematic Review of Behavioral Interventions for Substance-Using Men Who Have Sex with Men. *AIDS-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 73(3), 299–306.
- Chapin-Bardales, J., Schmidt, A. J., Guy, R. J., Kaldor, J. M., McGregor, S., Sasse, A., . . . Sullivan, P. S. (2018). Trends in human immunodeficiency virus diagnoses among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 2000–2014. *Annals of Epidemiology*, 28(12), 874–880. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.09.006>
- Chen, H., Cohen, P. & Chen, S. (2010) How Big is a Big Odds Ratio? Interpreting the Magnitudes of Odds Ratios. *Epidemiological Studies, Communications in Statistics – Simulation and Computation*, 39(4), 860–864, doi: [10.1080/03610911003650383](https://doi.org/10.1080/03610911003650383)
- Cicero, E. C., Reisner, S. L., Silva, S. G., Merwin, E. I., & Humphreys, J. C. (2019). Health Care Experiences of Transgender Adults An Integrated Mixed Research Literature Review. *Advances in Nursing Science*, 42(2), 123–138. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000256>
- Clerc, O., Darling, K., Calmy, A., Dubois-Arber, F., & Cavassini, M. (2016). Hepatitis C Virus Awareness Among Men Who Have Sex With Men in Southwest Switzerland. *Sexually Transmitted Diseases*, 43(1), 44–48. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000378>
- Connolly, D., Davies, E., Lynskey, M., Barratt, M. J., Maier, L., Ferris, J., . . . Gilchrist, G. (2020). Comparing intentions to reduce substance use and willingness to seek help among transgender and cisgender participants from the Global Drug Survey. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 112, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.03.001>
- Connolly, D., & Gilchrist, G. (2020). Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 111. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106544>
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29–34.
- Dangerfield, Derek T., II, Smith, L. R., Williams, J., Unger, J., & Bluthenthal, R. (2017). Sexual Positioning Among Men Who Have Sex With Men: A Narrative Review. *Archives of Sexual Behavior*, 46(4), 869–884. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0738-y>
- De Quervain, D., Aerni, A., Amini, E., Bentz, D., Coyne, D., Gerhards, C., . . . Zuber, P. (2020). The Swiss Corona Stress Study. Retrieved from <https://doi.org/10.31219/osf.io/jqw6a>
- Delgado-Ruiz, R., Swanson, P., & Romanos, G. (2019). Systematic Review of the Long-Term Effects of Transgender Hormone Therapy on Bone Markers and Bone Mineral Density and Their Potential Effects in Implant Therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6). <https://doi.org/10.3390/jcm8060784>
- Dickson-Spillmann, M., Sullivan, R., Zahno, B., & Schaub, M. P. (2014). Queer quit: A pilot study of a smoking cessation programme tailored to gay men. *BMC Public Health*, 14, 126. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-126>
- Dinesh, S., Franz, M., & Kuethe, F. (2020). Coronary Embolism and Myocardial Infarction in a Transgender Male Undergoing Hormone Therapy: A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Cardiology*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/4829169>

- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5th ed.). Heidelberg/Berlin: Springer.
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Locicero, S., & Balthasar, H. (2012). Risk reduction practices in men who have sex with men in Switzerland: Serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(5), 1263–1272. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9868-4>
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *39*(5), 662–668. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.04.024>
- Eliason, M. J., Ingraham, N., Fogel, S. C., McElroy, J. A., Lorvick, J., Mauery, D. R., & Haynes, S. (2015). A Systematic Review of the Literature on Weight in Sexual Minority Women. *Womens Health Issues*, *25*(2), 162–175. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.12.001>
- Epprecht, L., Messerli, M., Samuel, R., Seule, M., Weber, J., Fournier, J.-Y., & Surbeck, W. (2018). Sexual dysfunction after good-grade aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *World Neurosurgery*, *111*, 449–453. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.12.091>
- Eres, R., Postolovski, N., Thielking, M., & Lim, M. H. (2021). Loneliness, mental health, and social health indicators in LGBTQIA+ Australians. *American Journal of Orthopsychiatry*, *91*(3), 358–366. <https://doi.org/10.1037/ort0000531>
- European Union Agency for Fundamental Rights (2020). *A long way to go for LGBTI equality*. Wien. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf
- Fan, E. M., Gordner, C., & Luty, J. (2020). Venous Thromboembolism in a Transgender Adolescent on Testosterone Therapy: A Case Report and Literature Review. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, *42*(5), E352–E354. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000001755>
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Being Trans in the European Union*. Wien. Retrieved from https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0_en.pdf
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H.-J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., . . . Muraco, A. (2014). The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, *84*(6), 653–663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>
- Frohn, D., Meinhold, F., & Schmidt, C. (2017). „Out im Office?!“ *Sexuelle Identität und Geschlechtsidentität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz*. Köln. Retrieved from https://www.vlsp.de/sites/default/files/pdf/ida_out_im_office_2018_04_04_web.pdf
- Garcia Núñez, D. (2014). Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie: Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei TransPersonen. *Swiss Med Forum*, *14*(19), 382–387.
- Garcia Nuñez, D., & Schneeberger, A. R. (2018). Trauma unter dem Regenbogen: Stigmatisierung von Gender- und sexuellen Minderheiten. In M. Büttner (Ed.), *Sexualität und Trauma* (S. 167-195). Schattauer.
- Garcia Núñez, D., Sandon, P., Burgermeister, N., Schönbacher, V., & Jenewein, J. (2015b). Protektive und dysfunktionale Internalisierungsprozesse an der Geschlechtergrenze. In Wiebke Driemeyer, Benjamin Gedrose, Armin Hoyer, Lisa Rustige (Ed.), *Grenzverschiebungen des Sexuellen: Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Giannetti, S. (2004). *Transsexualität und Identität. Wenn der Körper das Ich behindert*. Edition Soziothek.
- Gilbert, P. A., Pass, L. E., Keuroghlian, A. S., Greenfield, T. K., & Reisner, S. L. (2018). Alcohol research with transgender populations: A systematic review and recommendations to strengthen future studies. *Drug and Alcohol Dependence*, *186*, 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.016>

- Gilbey, D., Mahfouda, S., Ohan, J., Lin, A., & Perry, Y. (2020). Trajectories of Mental Health Difficulties in Young People Who are Attracted to the Same Gender: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 5(3), 281–293. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00128-8>
- Gmel G., Kuendig H., Notari L., & Gmel C. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Bern. Retrieved from https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_5lbj5rqv9y5i.pdf
- Gredig, D., Uggowitz, F., Hassler, B., Weber, P., & Nideröst, S. (2016). Acceptability and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among HIV-negative men who have sex with men in Switzerland. *AIDS Care*, 28 Suppl 1, 44–47. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146212>
- Grosse, A., Grosse, C., Lenggenhager, D., Bode, B., Camenisch, U., & Bode, P. (2017). Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. *Cytopathology: Official Journal of the British Society for Clinical Cytology*, 28(3), 184–191. <https://doi.org/10.1111/cyt.12417>
- Gumy, C., Jeannin, A., Balthasar, H., Huissoud, T., Jobin, V., Häusermann, M., . . . Dubois-Arber, F. (2012). Five-year monitoring of a gay-friendly voluntary counselling and testing facility in Switzerland: Who got tested and why? *BMC Public Health*, 12, 422. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-422>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., . . . Clayton, P. J. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hafeez, H., Zeshan, M., Tahir, M. A., Jahan, N., & Naveed, S. (2017). Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. *Cureus*, 9(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.1184>
- Hässler, T., & Eisner, L. (2020). *Swiss LGBTIQ+ Panel – 2020 Summary Report*. Retrieved from <https://doi.org/10.31234/osf.io/kdrh4>
- Hässler, T., & Eisner, L. (2019). *Schweizer LGBTIQ+ Umfrage 2019: Abschlussbericht*. Retrieved from <https://osf.io/76waf/>
- Hegna, K., & Wichstrøm, L. (2007). Suicide Attempts among Norwegian Gay, Lesbian and Bisexual Youths: General and Specific Risk Factors. *Acta Sociologica*, 50(1), 21–37.
- Heinecke-Müller, M. (2019a). *Kontrollüberzeugungen, internale vs. externale Kontrolle im Dorsch Lexikon der Psychologie*. Retrieved from <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/kontrollueberzeugungen-internale-vs-externale-kontrolle>
- Heinecke-Müller, M. (2019b). *Wirksamkeitsüberzeugungen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Dorsch Lexikon der Psychologie*. Retrieved from <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/wirksamkeitsueberzeugungen-selbstwirksamkeitsueberzeugungen>
- Heng, A., Heal, C., Banks, J., & Preston, R. (2018). Transgender peoples’ experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 359–378. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1502711>
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 259–261. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.08.010>
- Hepp, U., & Milos, G. (2002). Gender identity disorder and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 473–478. <https://doi.org/10.1002/eat.10090>

- Herrick, S. S. C., & Duncan, L. R. (2018). A Systematic Scoping Review of Engagement in Physical Activity Among LGBTQ plus Adults. *Journal of Physical Activity & Health, 15*(3), 226–232. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0292>
- Hess, K. L., Crepaz, N., Rose, C., Purcell, D., & Paz-Bailey, G. (2017). Trends in Sexual Behavior Among Men Who have Sex with Men (MSM) in High-Income Countries, 1990-2013: A Systematic Review. *AIDS and Behavior, 21*(10), 2811–2834. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1799-1>
- Huang, X., Hou, J., Song, A., Liu, X., Yang, X., Xu, J., . . . Wu, H. (2018). Efficacy and Safety of Oral TDF-Based Pre-exposure Prophylaxis for Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00799>
- Hunt, R., Bates, C., Walker, S., Grierson, J., Redsell, S., & Meads, C. (2019). A Systematic Review of UK Educational and Training Materials Aimed at Health and Social Care Staff about Providing Appropriate Services for LGBT plus People. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph16244976>
- Inderbinen, M., Schaefer, K., Schneeberger, A., Gaab, J., & Garcia Nuñez, D. (2021). Relationship of Internalized Transnegativity and Protective Factors With Depression, Anxiety, Non-suicidal Self-Injury and Suicidal Tendency in Trans Populations: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 636513. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.636513>
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A. R., . . . Garcia Nuñez, D. (2018). Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International, 2018*, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Ma'ayan, A. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC.
- Jones, B. A., Haycraft, E., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2018). The Levels and Predictors of Physical Activity Engagement Within the Treatment-Seeking Transgender Population: A Matched Control Study. *Journal of Physical Activity & Health, 15*(2), 99–107. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0298>
- Jurcek, A., Downes, C., Keogh, B., Urek, M., Sheaf, G., Hafford-Letchfield, T., . . . Higgins, A. (2020). Educating health and social care practitioners on the experiences and needs of older LGBT plus adults: Findings from a systematic review. *Journal of Nursing Management*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jonm.13145>
- Kcomt, L. (2019). Profound health-care discrimination experienced by transgender people: rapid systematic review. *Social Work in Health Care, 58*(2), 201–219. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1532941>
- Kouyos, R. D., Rauch, A., Braun, D. L., Yang, W.-L., Böni, J., Yerly, S., . . . Günthard, H. F. (2014). Higher risk of incident hepatitis C virus coinfection among men who have sex with men, in whom the HIV genetic bottleneck at transmission was wide. *The Journal of Infectious Diseases, 210*(10), 1555–1561. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiu315>
- Kraemer, B., Hobi, S., Rufer, M., Hepp, U., Büchi, S., & Schnyder, U. (2010). Partnerschaft und Sexualität von Frau-zu-Mann transsexuellen Männern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 60*(1), 25–30. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103264>
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhäuser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 131*(2), 226–230. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.03.019>

- Kuhn, A., Santi, A., & Birkhäuser, M. (2011). Vaginal prolapse, pelvic floor function, and related symptoms 16 years after sex reassignment surgery in transsexuals. *Fertility and Sterility*, *95*(7), 2379–2382. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.03.029>
- Künzler-Heule, P., Engberg, S., Battegay, M., Schmidt, A. J., Fierz, K., Nguyen, H., . . . Nicca, D. (2019). Screening HIV-positive men who have sex with men for hepatitis C re-infection risk: Is a single question on condom-use enough? A sensitivity analysis. *BMC Infectious Diseases*, *19*(1), 821. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4456-7>
- Lerner, J. E., & Robles, G. (2017). Perceived Barriers and Facilitators to Health Care Utilization in the United States for Transgender People: A Review of Recent Literature. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *28*(1), 127–152. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0014>
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, *42*(3), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.023>
- Locicero, S., & Bize, R. (2015). Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes: Enquête Gaysurvey 2014. Retrieved from https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_1304865F4ACC.P001/REF
- Locicero, S., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2010). Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes: Résultats de Gaysurvey 2009. Raisons de santé, 163. Retrieved from https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_4D69BEED81C4.P001/REF
- Locicero, S., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2012). Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes: Résultats de l'enquête EMIS 2010. Raisons de Santé, 194. Retrieved from http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emis_nationalreport_switzerland.pdf
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten: Manual Kompletteversion und Kurzform*. Retrieved from https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf
- MacCarthy, S., Poteat, T., Xia, Z., Roque, N. L., Kim, A., Baral, S., & Reisner, S. L. (2017). Current research gaps: a global systematic review of HIV and sexually transmissible infections among transgender populations. *Sexual Health*, *14*(5), 456–468. <https://doi.org/10.1071/SH17096>
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R. [Ron], King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., . . . Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction (Abingdon, England)*, *103*(4), 546–556. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x>
- Marshall, A. (2016). Suicide Prevention Interventions for Sexual & Gender Minority Youth: An Unmet Need. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *89*(2), 205–213.
- Matacotta, J. J., Rosales-Perez, F. J., & Carrillo, C. M. (2020). HIV Preexposure Prophylaxis and Treatment as Prevention – Beliefs and Access Barriers in Men Who Have Sex With Men (MSM) and Transgender Women: A Systematic Review. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, *7*(3), 265–274. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1737>
- Maxwell, S., Gafos, M., & Shahmanesh, M. (2019). Pre-exposure Prophylaxis Use and Medication Adherence Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review of the Literature. *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, *30*(4), E38-E61. <https://doi.org/10.1097/JNC.000000000000105>
- Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, *63*, 74–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>

- McCann, E., & Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT plus health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Education Today*, *64*, 204–214. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.028>
- McDermott, E., Hughes, E., & Rawlings, V. (2017). The social determinants of lesbian, gay, bisexual and transgender youth suicidality in England: A mixed methods study. *Journal of Public Health*, 1–8. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox135>
- McFarlane, T., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2018). Gender-affirming hormone therapy and the risk of sex hormone-dependent tumours in transgender individuals-A systematic review. *Clinical Endocrinology*, *89*(6), 700–711. <https://doi.org/10.1111/cen.13835>
- McNamara, G., & Wilson, C. (2020). Lesbian, gay and bisexual individuals experience of mental health services – a systematic review. *Journal of Mental Health Training Education and Practice*, *15*(2), 59–70. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2019-0047>
- Meads, C., Hunt, R., Martin, A., & Varney, J. (2019). A Systematic Review of Sexual Minority Women’s Experiences of Health Care in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph16173032>
- Meads, C., Martin, A., Grierson, J., & Varney, J. (2018). Systematic review and meta-analysis of diabetes mellitus, cardiovascular and respiratory condition epidemiology in sexual minority women. *BMJ Open*, *8*(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020776>
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Galantino, G. J., & Zufferey, A. (2020). « J’aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d’oppression développementale. *Frontières*, *31*(2). <https://doi.org/10.7202/1070338ar>
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Zufferey, A., Galantino, G., Bosom, M., & Suerich-Gulick, F. (2020). Pathways to gender affirmation in trans youth: A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *25*(4), 1002–1014. <https://doi.org/10.1177/1359104520938427>
- Medico, D., & Zufferey, A. (2018). Un futur pour les enfants et les jeunes transgenres: Que savons-nous sur les besoins et les solutions ? *Revue médicale suisse*, *14*(621), 1765–1769. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-621/Un-futur-pour-les-enfants-et-les-jeunes-transgenres-Que-savons-nous-sur-les-besoins-et-les-solutions>
- Mereish, E. H., O’Cleirigh, C., & Bradford, J. B. (2014). Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychology Health & Medicine*, *19*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.780129>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mijuskovic, B., Schaefer, D. J., & Garcia Nuñez, D. (2020). Optimierung chirurgischer Behandlungen für trans Personen. *Schweizerische Ärztezeitung*. Advance online publication. <https://doi.org/10.4414/saez.2020.18420>
- Misoch, S. (2017). «Lesbian, gay & grey». Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *50*(3), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1030-4>
- Mongelli, F., Perrone, D., Balducci, J., Sacchetti, A., Ferrari, S., Mattei, G., & Galeazzi, G. M. (2019). Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*, *60*(1). <https://doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>

- Moreau-Gruet, F., Jeannin, A., Dubois-Arber, F., & Spencer, B. (2001). Management of the risk of HIV infection in male homosexual couples. *AIDS (London, England)*, *15*(8), 1025–1035. <https://doi.org/10.1097/00002030-200105250-00011>
- Morris, M., Cooper, R. L., Ramesh, A., Tabatabai, M., Arcury, T. A., Shinn, M., . . . Matthews-Juarez, P. (2019). Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review. *BMC Medical Education*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1727-3>
- Muchicko, M. M., Lepp, A., & Barkley, J. E. (2014). Peer victimization, social support and leisure-time physical activity in transgender and cisgender individuals. *Leisure/Loisir*, *38*(3-4), 295–308. <https://doi.org/10.1080/14927713.2015.1048088>
- Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, *42*(3), 437–448. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0013-9>
- Narring, F., Stronski Huwiler, S. M., & Michaud, P. A. (2003). Prevalence and dimensions of sexual orientation in Swiss adolescents: A cross-sectional survey of 16 to 20-year-old students. *Acta Paediatrica*, *92*(2), 233–239. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00532.x>
- Nöstlinger, C., Nideröst, S., Platteau, T., Müller, M. C., Staneková, D., Gredig, D., . . . Colebunders, R. (2011). Sexual protection behavior in HIV-positive gay men: Testing a modified information-motivation-behavioral skills model. *Archives of Sexual Behavior*, *40*(4), 817–827. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9682-4>
- Nussbaum, M.-L. (2019). Geschlechtsinkongruenz im Kindes- und Jugendalter: Theoretische Erkenntnisse und Praxishilfen für Diagnostik und Therapie. *P & E*, *45*(1), 46–53. Retrieved from <http://www.skjp.ch/de/zeitschrift-pe/>
- O'Brien, K. H. M., Putney, J. M., Hebert, N. W., Falk, A. M., & Aguinaldo, L. D. (2016). Sexual and Gender Minority Youth Suicide: Understanding Subgroup Differences to Inform Interventions. *LGBT Health*, *3*(4), 248–251. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0031>
- Ott, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Der Substanzkonsum von trans* Personen aus der Minoritätenstressperspektive. *Suchttherapie*, *19*(04), 193–198. <https://doi.org/10.1055/a-0715-0896>
- Ott, A., Regli, D., & Znoj, H. (2017). Minoritätenstress und soziale Unterstützung: Eine Online-Untersuchung zum Wohlbefinden von Trans*Personen in der Schweiz. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, *30*(2), 138–160. <https://doi.org/10.1055/s-0043-109081>
- Pahud, O. (2020). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich* (OBSAN Bericht No. 12/2020). Neuchâtel. Retrieved from https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_12_2020_bericht_korr.pdf
- Pamfile, D., Soldati, L., Brovelli, S., Pécoud, P., Ducommun, I., Micali, N., . . . Typaldou, S. (2020). Rôle du psychiatre-psychothérapeute dans la prise en charge de la dysphorie de genre. *Revue médicale suisse*, *16*(709), 1877–1880. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33026731>
- Parpan-Blaser, A., Pfister, A., Nideröst, S., & Gredig, D. (2009). Freier im mann-männlichen Sexgewerbe. Beweggründe für den Kauf von Sex. *Neue Praxis*, *39*(6), 565–578. Retrieved from <http://www.fhnw.ch/sozialarbeit>
- Patterson, J. G., Jabson, J. M., & Bowen, D. J. (2017). Measuring Sexual and Gender Minority Populations in Health Surveillance. *LGBT Health*, *4*(2), 82–105. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0026>
- Pauli, D. (2017). Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH Up2date*, *11*(6), 529–543. <https://doi.org/10.1055/s-0043-115159>

- Pauli, D. (2019). Nicht-binäre Geschlechtsorientierung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Herausforderung für die Betroffenen, das Umfeld und die Behandelnden. *Kinderanalyse*, 27(1), 53–64. <https://doi.org/10.21706/ka-27-1-53>
- Peng, P., Su, S., Fairley, C. K., Chu, M., Jiang, S., Zhuang, X., & Zhang, L. (2018). A Global Estimate of the Acceptability of Pre-exposure Prophylaxis for HIV Among Men Who have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 22(4), 1063–1074. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1675-z>
- Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(9), 739–746. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.010>
- Peter, T., Taylor, C., & Campbell, C. (2016). «You can't break ... when you're already broken»: The importance of school climate to suicidality among LGBTQ youth. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(3), 195–213. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1171188>
- Pfister, A. (2009). *Sexarbeiter und HIV, Aids: Karrierewege und HIV-Schutzverhalten im mann-männlichen Sex-gewerbe*. Marburg: Tectum-Verl.
- Pfister, A., & Mikolasek, M. (2019). *Suizidversuche von LGBT-Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Einschätzung der Machbarkeit einer qualitativen Untersuchung in der Schweiz*. Luzern. Retrieved from <https://doi.org/10.5281/zenodo.3527711>
- Pfister, A., Parpan-Blaser, A., Nideröst, S., & Gredig, D. (2008). Mann-männliche Prostitution und HIV / Aids. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 21(2), 105–123. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1076815>
- Plöderl, M. (2016). Out in der Schule? Bullying und Suizidrisiko bei LGBTI Jugendlichen. *Suizidprophylaxe*, 2016(43), 7–13.
- Plöderl, M., Yazdi, K., Kralovec, K., & Fartacek, R. (2007). Geschlechtsrollenkonformität in der Kindheit als Suizidrisikofaktor am Beispiel von homo- und bisexuellen Personen. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3(3), 81–85. <https://doi.org/10.1007/s11326-007-0060-3>
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbuto, D., Lamis, D. A., . . . Girardi, P. (2014). Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903–1913. <https://doi.org/10.1111/jsm.12581>
- Rauch, A., Rickenbach, M., Weber, R., Hirschel, B., Tarr, P. E., Bucher, H. C., . . . Furrer, H. (2005). Unsafe sex and increased incidence of hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men: The Swiss HIV Cohort Study. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 41(3), 395–402. <https://doi.org/10.1086/431486>
- Rauchfleisch, U. (2007). Diskriminierung Transsexueller. In Steger, F. (Hg.), *Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie* (S. 189-196). Giessen.
- Rauchfleisch, U. (2016a). Beziehungsgestaltung in der Begleitung und Therapie von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten. Eine Analyse mit Hilfe der Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(2), 130–139. Retrieved from <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/issue/archive>
- Rauchfleisch, U. (2016b). Leben an Grenzen. Eine Herausforderung für uns alle. *Existenzanalyse*, 33(2), 35–39. Retrieved from <https://www.existenzanalyse.net/>

- Rauchfleisch, U. (2017). «Trans* Menschen», Psychoanalyse und Psychotherapie. Transsexualität, Transidentität, Gender-Dysphorie – und wie weiter? *Forum Der Psychoanalyse*, 33(4), 431–445. <https://doi.org/10.1007/s00451-017-0289-4>
- Robinson, K., Galloway, K. Y., Bewley, S., & Meads, C. (2017). Lesbian and bisexual women’s gynaecological conditions: A systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(3), 381–392. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14414>
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., . . . Janeiro, N. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*, 393(10189), 2428–2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)
- Rosendale, N., & Albert, M. A. (2020). The Intersection of Sexual Orientation, Gender Identity, and Race/Ethnicity on Cardiovascular Health: a Review of the Literature and Needed Research. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 14(10). <https://doi.org/10.1007/s12170-020-00651-7>
- Roth, J. A., Franzeck, F. C., Balakrishna, S., Lautenschlager, S., Thurnheer, M. C., Trelu, L. T., . . . Battegay, M. (2020). Repeated Syphilis Episodes in HIV-Infected Men Who Have Sex With Men: A Multicenter Prospective Cohort Study on Risk Factors and the Potential Role of Syphilis Immunity. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(1), ofaa019. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa019>
- Ruetsche, A. G., Kneubuehl, R., Birkhaeuser, M. H., & Lippuner, K. (2005). Cortical and trabecular bone mineral density in transsexuals after long-term cross-sex hormonal treatment: A cross-sectional study. *Osteoporosis International : A Journal Established as Result of Cooperation Between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 16(7), 791–798. <https://doi.org/10.1007/s00198-004-1754-7>
- Salazar-Vizcaya, L., Kouyos, R. D., Zahnd, C., Wandeler, G., Battegay, M., Darling, K. E. A., . . . Rauch, A. (2016). Hepatitis C virus transmission among human immunodeficiency virus-infected men who have sex with men: Modeling the effect of behavioral and treatment interventions. *Hepatology*, 64(6), 1856–1869. <https://doi.org/10.1002/hep.28769>
- Salazar-Vizcaya, L., Kusejko, K., Schmidt, A. J., Carrillo-Montoya, G., Nicca, D., Wandeler, G., . . . Rauch, A. (2020). Clusters of Sexual Behavior in Human Immunodeficiency Virus-positive Men Who Have Sex With Men Reveal Highly Dissimilar Time Trends. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 70(3), 416–424. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz208>
- Salway, T., Ross, L. E., Fehr, C. P., Burley, J., Asadi, S., Hawkins, B., & Tarasoff, L. A. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of Disparities in the Prevalence of Suicide Ideation and Attempt Among Bisexual Populations. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 89–111. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1150-6>
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2003). Suicide attempts among sexual-minority male youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 32(4), 509–522. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204_3
- Schmidt, A. J., & Altpeter, E. (2019). The Denominator problem: Estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sexually Transmitted Infections*, 95(4), 285–291. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053363>
- Schmidt, A. J., Bourne, A., Weatherburn, P., Reid, D., Marcus, U., & Hickson, F. (2016). Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *The International Journal on Drug Policy*, 38, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.09.007>

- Schmidt, A. J., Falcato, L., Zahno, B., Burri, A., Regenass, S., Müllhaupt, B., & Bruggmann, P. (2014). Prevalence of hepatitis C in a Swiss sample of men who have sex with men: Whom to screen for HCV infection? *BMC Public Health*, *14*, 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-3>
- Schmidt, F., Schondelmayer, A.-C., & Schröder, U. B. (Eds.) (2015). *Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt: Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmuckli, L., & Gross, P. (2016). Der Herr ist nicht Frau in seinem eigenen Hause: Psychoanalytische Fragmente zur Thematik der trans*Identität. *Psychotherapie-Wissenschaft*, *6*(2), 122–129. Retrieved from <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/issue/archive>
- Schneeberger, A. R., Rauchfleisch, U., & Battegay, R. (2002). Psychosomatische Folgen und Begleitphänomene der Diskriminierung am Arbeitsplatz bei homosexuellen Menschen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, *153*(3), 137–143. Retrieved from <https://sanp.ch/>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020* (OBSAN Bericht No. 15/2020). Neuchâtel. Retrieved from <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2020-psychische-gesundheit-der-schweiz>
- Schwappach, D. L. B. (2008). Smoking behavior, intention to quit, and preferences toward cessation programs among gay men in Zurich, Switzerland. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, *10*(12), 1783–1787. <https://doi.org/10.1080/14622200802443502>
- Schwappach, D. L. B. (2009). Queer quit: Gay smokers' perspectives on a culturally specific smoking cessation service. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *12*(4), 383–395. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00550.x>
- Sekoni, A. O., Gale, N. K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A., & Jolly, K. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal of the International Aids Society*, *20*. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21624>
- Sheinfl, A. Z., Foley, J. D., Ramos, J., Antshel, K. M., & Woolf-King, S. E. (2019). Psychotherapeutic depression interventions adapted for sexual and gender minority youth: A systematic review of an emerging literature. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *23*(4), 380–411. <https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1622616>
- Silva, J. F., & Cavalcanti Costa, G. M. (2020). Health care of sexual and gender minorities: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0192>
- Simoni, J. M., Smith, L., Oost, K. M., Lehavot, K., & Fredriksen-Goldsen, K. (2017). Disparities in Physical Health Conditions Among Lesbian and Bisexual Women: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Journal of Homosexuality*, *64*(1), 32–44. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1174021>
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, *11*(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3904–3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>
- Skerrett, D. M., Kolves, K., & Leo, D. de (2016). Factors Related to Suicide in LGBT Populations. *Crisis*, *37*(5), 361–369. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000423>

- Skerrett, D. M., Kölves, K., & Leo, D. de (2017). Pathways to Suicide in Lesbian and Gay Populations in Australia: A Life Chart Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1481–1489. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0827-y>
- Slade, T., Gross, D. P., Niwa, L., McKillop, A. B., & Guptill, C. (2020). Sex and gender demographic questions: improving methodological quality, inclusivity, and ethical administration. *International Journal of Social Research Methodology*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1819518>
- Snow, A., Cerel, J., Loeffler, D. N., & Flaherty, C. (2019). Barriers to Mental Health Care for Transgender and Gender-Nonconforming Adults: A Systematic Literature Review. *Health & Social Work*, 44(3), 149–155. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz016>
- Sobecki-Rausch, J. N., Brown, O., & Gaupp, C. L. (2017). Sexual Dysfunction in Lesbian Women: A Systematic Review of the Literature. *Seminars in Reproductive Medicine*, 35(5), 448–459. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604455>
- Soldati, L., Hischier, M., & Aubry, J.-M. (2016). Réseau de soins pour patients souffrant de dysphorie de genre. *Revue médicale suisse*, 12(531), 1557–1560. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-531/Reseau-de-soins-pour-patients-souffrant-de-dysphorie-de-genre>
- Stocker, D., Schläpfer, S., Németh, P., Jäggi, J., Liechti, L., & Künzi, K. (2021). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht*. Bern.
- Streed, Carl G., Jr., Harfouch, O., Marvel, F., Blumenthal, R. S., Martin, S. S., & Mukherjee, M. (2017). Cardiovascular Disease Among Transgender Adults Receiving Hormone Therapy A Narrative Review. *Annals of Internal Medicine*, 167(4). <https://doi.org/10.7326/M17-0577>
- Sweileh, W. M. (2018). Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900-2017). *BMC International Health and Human Rights*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0155-5>
- Szücs, D., Köhler, A., Holthaus, M. M., Güldenring, A., Balk, L., Motmans, J., & Nieder, T. O. (2021). Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans Personen während der COVID-19-Pandemie: Eine Online-Querschnittstudie in deutschsprachigen Ländern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(11), 1452–1462. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03432-8>
- Takács, J., Szalma, I., & Bartus, T. (2016). Social Attitudes Toward Adoption by Same-Sex Couples in Europe. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1787–1798. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0691-9>
- Tanini, S., Fisher, A. D., Meattini, I., Bianchi, S., Ristori, J., Maggi, M., & Lo Russo, G. (2019). Testosterone and Breast Cancer in Transmen: Case Reports, Review of the Literature, and Clinical Observation. *Clinical Breast Cancer*, 19(2), E271-E275. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.12.006>
- Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman (2017). *Gender Identity Self-Stigma Scale [Measurement instrument]*. Retrieved from <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/psychology/research/researchgroupings/gender-identity-self-stigma-scale.pdf>
- Tomkins, A., George, R., & Kliner, M. (2019). Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 139(1), 23–33. <https://doi.org/10.1177/1757913918778872>
- Utamsingh, P. D., Kenya, S., Lebron, C. N., & Carrasquillo, O. (2017). Beyond Sensitivity. LGBT Healthcare Training in U.S. Medical Schools: A Review of the Literature. *American Journal of Sexuality Education*, 12(2), 148–169. <https://doi.org/10.1080/15546128.2017.1298070>

- Vaitses Fontanari, A. M., Zanella, G. I., Feijo, M., Churchill, S., Rodrigues Lobato, M. I., & Costa, A. B. (2019). HIV-related care for transgender people: A systematic review of studies from around the world. *Social Science & Medicine* (1982), 230, 280–294. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.016>
- Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24–38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>
- Van der Helm, J. J., Prins, M., Del Amo, J., Bucher, H. C., Chêne, G., Dorrucchi, M., . . . Geskus, R. B. (2011). The hepatitis C epidemic among HIV-positive MSM: Incidence estimates from 1990 to 2007. *AIDS*, 25(8), 1083–1091. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283471cce>
- Van Sighem, A., Vidondo, B., Glass, T. R., Bucher, H. C., Vernazza, P., Gebhardt, M., . . . Low, N. (2012). Resurgence of HIV infection among men who have sex with men in Switzerland: Mathematical modelling study. *PloS One*, 7(9), e44819. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044819>
- Wahlen, R., Bize, R., Wang, J., Merglen, A., & Ambresin, A.-E. (2020). Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *PloS One*, 15(7), e0234743. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234743>
- Waldis, L., Borter, N., & Rammsayer, T. H. (2020). The interactions among sexual orientation, masculine and feminine gender role orientation, and facets of sociosexuality in young heterosexual and homosexual men. *Journal of Homosexuality*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1717837>
- Wang, J., Dey, M., Soldati, L., Weiss, M. G., Gmel, G., & Mohler-Kuo, M. (2014). Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(8), 514–522. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.05.001>
- Wang, J., Häusermann, M., Vounatsou, P., Aggleton, P., & Weiss, M. G. (2007). Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. *Preventive Medicine*, 44(1), 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.08.013>
- Wang, J., Häusermann, M., Wydler, H., Mohler-Kuo, M., & Weiss, M. G. (2012). Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 46(8), 980–986. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.04.014>
- Wang, J., Plöderl, M., Häusermann, M., & Weiss, M. G. (2015). Understanding Suicide Attempts Among Gay Men From Their Self-perceived Causes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 499–506. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000319>
- Wao, H., Aluoch, M., Odondi, G. O., Tenge, E., & Iznaga, T. (2016). MSM's Versus Health Care Providers' Perceptions of Barriers to Uptake of HIV/AIDS-Related Interventions: Systematic Review and Meta-Synthesis of Qualitative and Quantitative Evidence. *International Journal of Sexual Health*, 28(2), 151–162. <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1153560>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473–483.
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D. S., Schink, S. B., Marcus, U., & Schmidt, A. J. (2019). *EMIS-2017. The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey: Key findings from 50 countries*. Stockholm.
- Weber, P., Gredig, D., Lehner, A., & Nideröst, S. (2019). *European MSM Internet Survey (EMIS-2017): Länderbericht für die Schweiz*. Olten.

- Whitaker, K., Shapiro, V. B., & Shields, J. P. (2016). School-Based Protective Factors Related to Suicide for Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 58(1), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.008>
- WHO (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Geneva: World Health Organization.
- Wicki, M., Marmet, S., Studer, J., Epaulard, O., & Gmel Gerhard (2020). *Mental Health Across the Spectrum of Sexual Orientation – a Study Among Young Swiss Men*. Online-Poster (Swiss Public Health Conference 2020). Retrieved from <https://www.unilu.ch/en/faculties/department-of-health-sciences-and-medicine/events/swiss-public-health-conference-2020/#section=c95677>
- Widmer, A., Regli, D., Frei, L., & Znoj, H. (2014). Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Suizidalität bei homo- und bisexuellen Personen. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 27(3), 220–236. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1385057>
- Wirth, M., Inauen, J., & Steinke, H. (2020). Neue Strategien der HIV-Prävention für „Men who have sex with men“ (MSM): Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und eine ethische Evaluierung ihrer Potentiale und Probleme. *Ethik in der Medizin*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00589-9>
- Wolff, M., Wells, B., Ventura-DiPersia, C., Renson, A., & Grov, C. (2017). Measuring Sexual Orientation: A Review and Critique of U.S. Data Collection Efforts and Implications for Health Policy. *Journal of Sex Research*, 54(4-5), 507–531. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1255872>
- World Health Organization (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wozolek, B., Wootton, L., & Demlow, A. (2017). The School-to-Coffin Pipeline: Queer Youth, Suicide, and Living the In-Between. *Cultural Studies-Critical Methodologies*, 17(5), 392–398. <https://doi.org/10.1177/1532708616673659>
- Wray, T. B., Grin, B., Dorfman, L., Glynn, T. R., Kahler, C. W., Marshall, B. D. L., . . . Operario, D. (2016). Systematic review of interventions to reduce problematic alcohol use in men who have sex with men. *Drug and Alcohol Review*, 35(2), 148–157. <https://doi.org/10.1111/dar.12271>
- Yıldız, E. (2018). Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 650–659. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.003>
- Zahnd, C., Salazar-Vizcaya, L., Dufour, J.-F., Müllhaupt, B., Wandeler, G., Kouyos, R., . . . Keiser, O. (2016). Modelling the impact of deferring HCV treatment on liver-related complications in HIV coinfecting men who have sex with men. *Journal of Hepatology*, 65(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.02.030>
- Ziegler, E., Valaitis, R., Carter, N., Risdon, C., & Yost, J. (2020). Primary Care for Transgender Individuals: A Review of the Literature Reflecting a Canadian Perspective. *Sage Open*, 10(3). <https://doi.org/10.1177/2158244020962824>

Anhang

Anhang 1: Literaturreview: Keywords (EN, DE, FR, IT), Suchstrategien und Datenbanken

Zeitraum der Suche: Publikationen ab 2000

Suchkombination: Die allgemeinen Keywords (LGBT etc.) werden jeweils kombiniert mit den fünf im Postulat von Samira Marti genannten Bereichen.

Englische Keywords

Datenbank für die Recherche: [Web of Science](#)

Recherche internationaler und Schweizer Studien.

(für die Berücksichtigung von Amerikanischen und Britischen Begriffen, sowie Begriffen im Singular und Plural werden in der Suche [Wildcards](#) (*, ?, \$) verwendet.)

Allgemeine Keywords

- Sexual and gender minorities
- LGBT
- gender identity*
- sexual orientation, sexual identit*; sexual preference*
- lesbian, bisexual, gay, homosexual, m?n who have sex with m?n, MSM, transgender, transsexual*, trans\$m?n, trans*wom?n, “female*to*male”, FTM, “male*to*female” “wom?n who have sex with wom?n”. queer, non-binary

- Switzerland; Swiss (für eine spezifische Suche nach Schweizer Studien)

Keywords entsprechend den geforderten 5 Bereichen für den vergleichenden Bericht über die Gesundheit von LGB (vgl. [Postulat Samira Marti](#))

1. **Zugang zu Medizin: Hausarzt, Gynäkologie/Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit, Notfallmedizin, Endokrinologie, psychologische und psychiatrische Therapie**
 - (access to) primary care; primary health care; health care/healthcare access; access to care
 - (access to) ;physician; family doctor, general practitioner, family practitioner; primary care physician
 - (access to) gynecology; women’s doctor; obstetrician-gynecologist; ob-gyn; ob/gyn; obgyn
 - (access to) sex education, sexual counseling
 - (access to) emergency medicine; emergency care; emergency medical services; EMS
 - (access to) endocrinology
 - (access to) psychotherapy; psychological therapies; counseling; emergency psychiatry; psychological trauma therapy;
 - (access to) phoniatriy
 - (access to) plastic surgery
 - (access to) dermatology

-

- Health care discrimination; Inequity in access; inequality in access; Barriers to care
- Health Care Quality
- Health prevention
- Pathologization/pathologisation; homophobia/transphobia in health care
- Screening
- Gate-Keeping

2. Selbsteinschätzung der Gesundheit, chronische Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Body-Mass-Index, körperliche Aktivität

- self-evaluation of health, self-assessment of health, self-rated health, health confidence; burden of disease/disease burden;
- Chronic condition; chronic disease; Chronic ailment
- Hypertension; high blood pressure
- Diabetes; diabetes mellitus
- BMI; Body mass index; body weight; obesity; adiposity; overweight;
- Exercise, physical activity, sports, training,
- Physical health; well-being/wellbeing; Public health; Health; Disease; Health status; Non communicable disease/NCD; Mortality

3. Sexuelle Gesundheit: Anzahl der Partnerinnen und Partner, Risikominderungsstrategien, Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie

- Sexual health; Reproductive health
 - Number of (sexual) partners; number of children; Sexual behavior;
 - Sexual risk reduction; Sexual health promotion
 - Cervical screening; mammography
- Sexually transmitted disease/STD; sexually transmitted infection (STI); Sexual dysfunction

4. Substanzkonsum: Tabak, Alkohol, weitere Drogen

- Substance use; Substance use disorder; Substance abuse; Recreational drug use; Drug addiction
- Tobacco; Cigarette use; Smoking
- Alcohol; beer; wine; spirits; alcopops
- Drugs; Cannabis; marijuana; THC; Hallucinogens; Opioids; Cocaine; Narcotics; Methamphetamine; amphetamine; MDMA; Chemsex; sexualised drug use/taking; Poppers

5. **Mentale Gesundheit: psychische Gesundheit, Depression, Suizidalität, Einnahme von Psychopharmaka.**

- mental health; emotional/psychological/social/mental well-being; life satisfaction; quality of life; mental disorder; affective disorder; mood disorder; mental illness; phobia; stress; distress; anxiety; stigmatization/stigma; discrimination
- depression; major depressive disorder; MDD; depressive symptoms
- autism; eating disorder; anorexia*; bulimia nervosa; personality disorder(s);
-
- suicide, suicidal ideation; suicidal behavior; suicide attempt; self-mutilation; self-harm; self-injury; suicidal intention
- psychotropic; tranquilizer; sedative; antidepressant; medication ; hormone* ; HRT ; testosterone ; estrogen*

Deutsche Keywords

Datenbanken für die Recherche: [PubPsych](#), [Swissbib](#)

Allgemeine Keywords

- LGBT
- Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten
- Geschlechtsidentität
- Sexuelle Orientierung*, sexuelle Identität*, sexuelle Präferenz*
- Lesbisch, schwul, bisexuell, homosexuell, Transgender, Transsex*, queer, non-binary

- Schweiz; Schweizer*(für eine spezifische Suche nach Schweizer Studien)

1. **Zugang zu Medizin: Hausarzt, Gynäkologie/Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit, Notfallmedizin, Endokrinologie, psychologische und psychiatrische Therapie**

- (Zugang) Medizinische Grundversorgung; Medizinische Versorgung; Gesundheitswesen
- (Zugang) Hausarzt; Hausärztin
- (Zugang) Gynäkologie; Frauenarzt
- (Zugang) Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit; sexuelle Gesundheit; Sexualaufklärung
- (Zugang) Notfallmedizin; Notfallversorgung; Rettungsdienst
- (Zugang) Endokrinologie
- (Zugang) Psychotherapie; psychologische/psychiatrische Therapie; psychologische Beratung; Notfallpsychiatrie; Traumatherapie
- (Zugang) Phoniatrie
- (Zugang) Plastische Chirurgie
- (Zugang) Dermatologie

- Chancengleichheit/Barrieren/Diskriminierung Gesundheitsversorgung/Gesundheitswesen; Gesundheitliche Ungleichheit
- Qualität der Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Screening

2. **Selbsteinschätzung der Gesundheit, chronische Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Body-Mass-Index, körperliche Aktivität;**
 - Selbsteinschätzung/subjektive Einschätzung der Gesundheit; subjektive Gesundheit
 - Chronische Erkrankungen; chronische Krankheit
 - Bluthochdruck; Hypertonie; Hypertonus; Hypertension
 - Diabetes; Diabetes mellitus; Zuckerkrankheit
 - BMI; Body-Mass-Index; Körpergewicht; Adipositas; Übergewicht; Magersucht;
 - Körperliche Aktivität/Betätigung; Sport; Bewegung; körperliches Training

 - (körperliche) Gesundheit; Wohlbefinden; Gesundheitszustand; Erkrankung*; Krankheit; Öffentliche Gesundheitspflege; Mortalität

3. **Sexuelle Gesundheit: Anzahl der Partnerinnen und Partner, Risikominderungsstrategien, Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie**
 - Sexuelle Gesundheit; Reproduktionsgesundheit
 - Anzahl der (sexuellen) Partner/innen; Sexualverhalten; Anzahl Kinder
 - (Sexuelle) Risikominderungsstrategien / Gesundheitsförderung; Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen
 - Gebärmutterhalsabstrich; Mammographie; Mammografie

 - Sexuell übertragbare Erkrankungen; Sexuelle Dysfunktion/Funktionsstörungen; STD; STI

4. **Substanzkonsum: Tabak, Alkohol, weitere Drogen**
 - Substanzkonsum; Drogenkonsum; Drogenmissbrauch; Substanzmissbrauch; Freizeitkonsum; Substanzgebrauchsstörung; Drogenabhängigkeit
 - Tabak; Tabakkonsum; Rauchen; Zigarettenrauchen
 - Alkohol; Bier; Wein; Spirituosen; Alcopops
 - Drogen; Cannabis; Marihuana; THC; Halluzinogene; Opioide; Kokain; Betäubungsmittel; Suchtstoffe; Methamphetamin; Amphetamin; MDMA; Chemsex; Poppers

5. **Mentale Gesundheit: psychische Gesundheit, Depression, Suizidalität, Einnahme von Psychopharmaka**
 - Mentale/Psychische Gesundheit; emotionales/psychisches/soziales Wohlbefinden; Lebenszufriedenheit; psychische Störung; Psychische Erkrankung, affektive Störung; Affektstörung; Phobie; Stress; Distress; Angst; Stigmatisierung/Stigma; Diskriminierung
 - Depression; Major Depression; depressive Episode/Symptome
 - Suizid; Selbstmord; Suizidalität; suizidale Absicht; Suizidgedanken; suizidales Verhalten; Suizidversuch; Selbstmordversuch; selbstverletzendes Verhalten; Selbstverletzung
 - (Einnahme von) Psychopharmaka; Beruhigungsmittel; Tranquillizer; Sedativ; Antidepressiva/-um

Französische Keywords

Datenbank für die Recherche: [Littérature Scientifique en Santé \(LiSSa\)](#)

Allgemeine Keywords

- LGBT
- Minorité sexuelle et de genre
- Identité de genre
- Orientation sexuelle
- Lesbien/lesbienne; bisexuel/bisexuelle; gay; homosexuel/homosexuelle; transgenre; transsexuel

- Suisse (für eine spezifische Suche nach Schweizer Studien)

Keywords entsprechend den geforderten Bereichen für den vergleichenden Bericht über die Gesundheit von LGB ([vgl. Postulat Samira Marti](#))

- 1. Accès aux soins médicaux: généraliste, gynécologie/centre de compétences pour la santé sexuelle, médecine d'urgence, endocrinologie, thérapies psychologiques et psychiatriques**
 - (Accès) soins médicaux; soins de santé
 - (Accès) généraliste; médecin; praticien/praticienne
 - (Accès) Gynécologie; gynécologue
 - (Accès) centre de compétences pour la santé sexuelle; éducation sexuelle; consultation de santé sexuelle
 - (Accès) médecine d'urgence; aide médicale urgente
 - (Accès) endocrinologie
 - (Accès) thérapies psychologiques et psychiatriques; psychothérapie; aide psychologique ; l'aide psychologique d'urgence; services d'urgences psychiatriques

 - Inégalités de santé ; égalité des chances; barrière; discrimination
 - Qualité des soins médicaux
 - Promotion de la santé; prévention
 - Dépistage

- 2. Autoévaluation de la santé: maladies chroniques, hypertension, diabète, indice de masse corporelle, activité physique**
 - Autoévaluation de la santé; santé subjective
 - Maladie chronique; affection de longue durée; ALD
 - Hypertension; hypertension artérielle; HTA
 - Diabète; diabète sucré
 - Indice de masse corporelle; poids; adiposité; obésité; surpoids; anorexie;
 - Activité physique; exercice physique; sport

 - Santé; bien-être; état de santé; maladie; mortalité

- 3. Santé sexuelle: nombre de partenaires, stratégies de réduction des risques, frottis, mammographies**
 - Santé sexuelle; santé reproductive
 - Nombre de partenaires; comportement sexuel
 - Stratégies de réduction des risques; prévention des infections sexuellement transmissibles
 - Frottis du col de l'utérus; frottis cervical; mammographies

- Infections sexuellement transmissibles; dysfonction sexuelle

- 4. Consommation de substances: tabac, alcool, autres drogues**
 - Consommation de substances; abus de substances; pharmacodépendance; consommation de drogue; toxicomanie
 - Tabac; tabagisme; fumer; consommation de tabac
 - Alcool; bière; vin; spiritueux: prémix; alcopop
 - Drogue; cannabis; marijuana; THC; hallucinogène; opioïde; cocaïne; stupéfiant; méthamphétamine; amphétamine; MDMA; chemsex ; poppers

- 5. Santé mentale: santé psychique, dépression, tendances suicidaires, consommation de psychotropes.**
 - Santé mentale; santé psychique; bien-être émotionnel/psychologique/social; satisfaction dans la vie; trouble psychique; trouble de l'humeur, trouble anxieux; stress; détresse; angoisse; stigmatisation : discrimination
 - Dépression; dépression clinique; dépression majeure
 - Tendances suicidaires; suicide; pensées suicidaires; automutilation
 - Consommation de psychotropes; tranquillisant; sédatif; antidépresseur

Italienische Keywords

Datenbank für die Recherche: Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche (Ilisi)

Allgemeine Keywords

- LGBT
- identità di genere
- Orientamento sessuale
- Lesbico/lesbica; gay; bisessuale; omosessuale, transgender, transessuale; transessualità

- Svizzera; svizzero (für eine spezifische Suche nach Schweizer Studien)

Keywords entsprechend den geforderten Bereichen für den vergleichenden Bericht über die Gesundheit von LGB (vgl. [Postulat Samira Marti](#))

- 1. accesso alla medicina: medico di famiglia, ginecologia/centro di competenza in materia di salute sessuale, medicina d'urgenza, endocrinologia, psicoterapia e terapia psichiatrica;**
 - accesso alla medicina
 - medico di famiglia; medico di base
 - ginecologia; ginecologo/-a

- centro di competenza in materia di salute sessuale; educazione sessuale
- medicina d'urgenza
- endocrinologia
- psicoterapia; terapia psichiatrica

- opportunità nel campo della salute; iniquità di salute
- Promozione della salute & prevenzione

2. autovalutazione della salute, malattie croniche, ipertensione, diabete, indice di massa corporea, attività fisica;

- Autovalutazione della salute
- malattie croniche
- ipertensione; ipertensione arteriosa
- diabete; Diabete mellito
- indice di massa corporea; peso del corpo; adiposità; anoressia
- attività fisica; attività motoria; sport

- stato di salute; condizioni di salute

3. salute sessuale: numero di partner, strategie di riduzione dei rischi, striscio cervico-vaginale e mammografia;

- salute sessuale; salute riproduttiva
- numero di partner; comportamento sessuale
- strategie di riduzione dei rischi
- striscio cervico-vaginale
- mammografia

- Malattia sessualmente trasmissibile; disfunzione sessuale

4. Consumo di sostanze: tabacco, alcol, altre droghe

- Consumo di sostanze/droga; uso di droghe/droga; abuso di stupefacenti/droga; dipendenza da stupefacenti
- Tabacco; fumare
- Alcol; birra; vino; liquori; superalcolici; alcopop
- Droga; cannabis; marijuana; allucinogeno; Oppioide; cocaina; narcotico; metanfetamina; Amfetamina; MDMA

5. Salute mentale: salute psichica, depressione, suicidalità, assunzione di psicofarmaci

- Salute mentale; benessere emotivo/psichico/sociale; disturbo mentale; disturbi dell'umore; stress; ansia; stigmatizzazione; discriminazione
- Depressione; Disturbo depressivo; depressione maggiore/clinica
- Suicidalità; suicidio; tendenza al suicidio; tentativo di suicidio; autolesionismo
- Psicofarmaco; sedativo; antidepressivo

Anhang 2: Ausgewählte Konstrukte/Indikatoren und ihre Operationalisierung

Tabelle A2.1: Konstrukte und Vergleichsgruppen

Konstrukt		SGB	«LGBT Health»	
Sexuelle Orientierung	<i>Sexuelle Identität</i>	x (nur für Teilstichprobe der SGB 2017)	x	Bildung Index «sexuelle Orientierung» (MSM*, FSF*, bi-/pansexuell)
	<i>Sexuelle Attraktion</i>	---	x	
	<i>Sexualverhalten</i>	x	x	
		Vergleichsgruppen: heterosexuell, schwul, lesbisch, bisexuell (2007-2017)		
Geschlechtsidentität	<i>Cis Personen</i>	---	x	Vergleichsgruppe (cis, trans/non-binär)
	<i>Trans/non-binäre Personen</i>	---	x	

Tabelle A2.2: Zentrale sozio-demographische Merkmale der Befragten und ihre Operationalisierung (SGB, «LGBT Health»)

Merkmalsname	Frage in SGB	Verwendete Kategorien SGB	Verwendete Kategorien «LGBT Health»
Geschlecht (laut Register/zugeordnet bei Geburt)	Laut Register	<i>Kategorien:</i> Mann, Frau	Geschlecht (zugeordnet bei der Geburt) – <i>Kategorien:</i> männlich, weiblich, non-binär/trans/genderfluid, intersex
Geschlechtsidentität	Trifft nicht zu	Trifft nicht zu	Geschlechtsidentität – <i>Kategorien:</i> cis, trans, non-binär/fluid, anderes
Sexuelle Orientierung (Dimension: sexuelle Identität)	Frage: «Betrachten Sie sich als...» (nur in SGB 2017 erhoben)	<i>Kategorien:</i> Heterosexuell, schwul/lesbisch, bisexuell, anderes	Sexuelle Identität – <i>Kategorien:</i> schwul/gay, lesbisch, bisexuell/pansexuell, heterosexuell, asexuell, anderes, weiss nicht
Sexuelle Orientierung (Dimension: sexuelle Anziehung)	Trifft nicht zu	Trifft nicht zu	Sexuelle Anziehung: siehe Fragebogen; keine Re-Kategorisierung
Sexuelle Orientierung (Dimension: Sexualverhalten)	Frage: «Haben Sie in den letzten 5 Jahren Sex gehabt...» <i>Antwortmöglichkeiten:</i> nur mit Frauen/nur mit Männern, hauptsächlich mit Männern, aber auch mit mindestens einer Frau, mit gleich viel Männern wie Frauen, hauptsächlich mit Frauen, aber auch mit mindestens einem Mann, nur mit Frauen, Keinen Sexualkontakt in den letzten fünf Jahren (SGB 2012 wurde keine Einschränkung auf letzte 5 Jahre vorgenommen)	<i>Kategorien:</i> Heterosexuell, schwul/gay, lesbisch, bisexuell	Sexualverhalten: siehe Fragebogen; keine Re-Kategorisierung

Anhang

Index: Sexuelle Orientierung	Trifft nicht zu	Trifft nicht zu	3 Gruppen: MSM*, FSF*, bi-/pansexuelle Personen (siehe Anhang 3)
Beziehungsstatus	Trifft nicht zu	Trifft nicht zu	Beziehungsstatus – <i>Kategorien</i> : ohne feste Partner*in; mit feste/n Partner*innen; andere Beziehungsform (hier noch folgende Kategorien ergänzt: offene Beziehung/Polyamorie, Beziehungsanarchie und Freundschaft+)
Zivilstand	Laut Register	<i>Kategorien</i> : ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet (2017: auch eingetragene Partnerschaft)	Zivilstand: siehe Fragebogen; keine Re-Kategorisierung

Tabelle A2.3: Indikatoren «Körperliche Aktivität» und ihre Operationalisierung

Indikator	Fragewortlaut SGB	Verwendete Kategorien SGB	Verwendete Kategorien «LGBT Health»
Intensive körperliche Aktivität	<p>Frage: «Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung zum Schwitzen? z. B. durch Rennen, Velofahren, Sport treiben usw.»</p> <p><i>Antwortmöglichkeiten: ja; nein; keine Antwort</i></p>	<p>Intensive Körperliche Aktivität</p> <p><i>Kategorien: ja, nein</i></p>	<p>Intensive Körperliche Aktivität</p> <p><i>Kategorien: ja; nein</i></p>
Intensive körperliche Aktivität	<p>Frage: «An wie vielen Tagen in der Woche im Durchschnitt?»</p>	<p><i>Kategorien: Seltener als 1 Mal pro Monat; Etwa 1-3 Mal pro Monat; Etwa 1 Mal pro Woche; Mehrmals wöchentlich; Täglich oder beinahe täglich</i></p>	<p>Intensive körperliche Aktivität</p> <p><i>Kategorien: Keine, 1-2 Tage, 3 oder mehr Tage</i></p>
Körperliche Aktivität (COVID-19-Pandemie)	<p>Trifft nicht zu</p>	<p>Trifft nicht zu</p>	<p>«Corona-Kontrollfrage» (siehe Fragebogen)</p> <p><i>Kategorien: seltener; genauso häufig; häufiger</i></p>
Wegstrecke zu Fuss/Velo	<p>Frage: «Wie bewegen Sie sich normalerweise fort, um sich an verschiedene Orte zu begeben (hin und zurück) z. B. zur Arbeit, zur Schule, zum Einkaufen oder zum Markt, zum Ausgehen?»</p> <p>a) Mit öffentlichen Verkehrsmitteln</p> <p>b) Mit einem motorisierten Fahrzeug</p> <p>c) Mit dem Velo</p> <p>d) Zu Fuss</p>	<p>Übliche Fortbewegung: zu Fuss oder mit dem Velo</p> <p>Übliche Fortbewegung: ÖV/motorisiertes Fahrzeug (nicht zu Fuss oder mit dem Velo)</p>	<p><i>Kategorien: motorisiert, zu Fuss/Velo, andere</i></p>

	<p><i>Antwortmöglichkeiten: trifft zu; trifft nicht zu</i></p> <p><i>Hinweis zur Vergleichbarkeit: Der Vergleich zwischen 2012 und 2017 ist nur eingeschränkt möglich.</i></p>		
--	--	--	--

Tabelle A2.4: Indikatoren «Soziale Unterstützung und Einsamkeit» und ihre Operationalisierung

Indikator	Fragewortlaut SGB	Verwendete Kategorien SGB	Verwendete Kategorien «LGBT Health»
Soziale Unterstützung (Oslo-Skala)⁶⁷¹	<p>(1) Frage: «Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ein ernstes persönliches Problem haben?»</p> <p><i>Antwortvorgaben:</i> 0; 1-2; 3-5; 6</p> <p>(2) Frage: «Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie machen?»</p> <p><i>Antwortvorgaben:</i> viel; ziemlich viel; weder viel noch wenig; wenig; kein Interesse (2017)</p> <p><i>Antwortvorgaben:</i> Sehr viel, viel, weder viel noch wenig, wenig, kein Interesse (2012)</p>	<p><i>Indexbildung nach BfS (2020)⁶⁷²</i></p> <p><i>Kategorien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - gering (Werte 3-8) - mittel (Werte 9-11) - stark (Werte 12-14) 	<p><i>Indexbildung nach BfS (2020)⁶⁷³</i></p> <p><i>Kategorien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - gering (Werte 3-8) - mittel (Werte 9-11) - stark (Werte 12-14)

⁶⁷¹ «Dieser Index basiert auf einer Skala, welche aus 3 Fragen (Oslo-3, social support scale) besteht und in internationalen Erhebungen verwendet wird. Die für die Erstellung dieses Index verwendeten Fragen stammen aus dem EHIS (European Health Interview System)» (BfS, 2020, S. 70).

⁶⁷² Für Berechnung Bildung eines Summenscores; verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/7566869/master>

⁶⁷³ Siehe auch: <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0249-9>

	<p>(3) Frage: «Wie einfach wäre es für Sie, Hilfe von Nachbarn zu bekommen, wenn Sie diese benötigen?»</p> <p><i>Antwortvorgaben:</i> sehr leicht; leicht; möglich; schwierig; sehr schwierig</p> <p><i>Hinweis zur Vergleichbarkeit:</i> Der Vergleich zwischen 2012 und 2017 ist wegen einer 2017 unterschiedlich formulierten Frage eingeschränkt</p>		
Einsamkeit	<p>Frage: «Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen? Kommt das... vor?»</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> sehr häufig; ziemlich häufig; manchmal; nie</p>	<i>Kategorien:</i> Nie; manchmal; ziemlich/sehr häufig	<i>Kategorien:</i> Nie; manchmal; ziemlich/sehr häufig

Tabelle A2.5: Indikatoren «Psychologische Ebene» und ihre Operationalisierung

Merkmal	Fragewortlaut SGB	Verwendete Kategorien SGB	Verwendete Kategorien «LGBT Health»
Gesundheitsbedeutung	<p>Frage: «Wie wichtig ist die Gesundheit für Sie? Sie sehen hier 3 verschiedene Meinungen. Geben Sie bitte an, welche mit Ihrer eigenen Meinung am ehesten übereinstimmt.»</p>	<i>Kategorien:</i> Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern; Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil; Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe	<i>Kategorien:</i> Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern; Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil; Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe

<p>Allgemeine Selbstwirksamkeit</p>	<p>Frage: «Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.» (SGB 2017)</p> <p>a) In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.</p> <p>b) Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.</p> <p>c) Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> Trifft überhaupt nicht zu; Trifft eher nicht zu; Teils – teils, Trifft eher zu; Trifft voll und ganz zu</p>	<p>Indexbildung nach BfS (2019):</p> <p><i>Kategorien:</i> niedrig; mittel; hoch</p>	<p>Indexbildung nach BfS (2019):</p> <p><i>Kategorien:</i> niedrig; mittel; hoch</p>
<p>Resilientes Coping</p>	<p>Frage: «Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.» (SGB 2017)</p> <p>a) Ich versuche, mir etwas einfallen zu lassen, wie ich schwierige Situationen meistern kann;</p> <p>b) Egal, was mir passiert, ich glaube, ich habe meine Reaktionen unter Kontrolle;</p> <p>c) Ich glaube, ich kann mich weiterentwickeln, wenn ich mich mit schwierigen Situationen auseinandersetze;</p>	<p><i>Kategorien:</i> niedrig; mittel; hoch</p>	<p><i>Kategorien:</i> niedrig; mittel; hoch</p>

	<p>d) Ich suche aktiv nach Wegen, um die Verluste auszugleichen, die mir in meinem Leben widerfahren sind.</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> Trifft überhaupt nicht zu; Trifft eher nicht zu; Teils – teils, Trifft eher zu; Trifft voll und ganz zu</p>		
<p>Internale und externale Kontrollüberzeugungen</p>	<p>Frage: «Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?»</p> <p>a) Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.</p> <p>b) Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin und hergeworfen.</p> <p>c) Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe.</p> <p>d) Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> stimme voll und ganz zu; stimme eher zu; stimme eher nicht zu; stimme überhaupt nicht zu</p>	<p>Indexbildung nach BfS (2019):</p> <p><i>Kategorien:</i> gering; mittel; hohe</p>	<p>Indexbildung nach BfS (2019):</p> <p><i>Kategorien:</i> gering; mittel; hohe</p>

Tabelle A2.6: Indikatoren «Psychische Gesundheit» und ihre Operationalisierung

Indikator	Fragewortlaut SGB	Verwendete Kategorien SGB	Verwendete Kategorien «LGBT Health»
Lebenszufriedenheit	Frage: «Jetzt möchte ich gerne wissen, wie Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen einschätzen?»	<i>Kategorien:</i> Sehr gut; gut; weder gut noch schlecht; schlecht; sehr schlecht	<i>Kategorien:</i> Sehr gut; gut; weder gut noch schlecht; schlecht; sehr schlecht
Psychisches Wohlbefinden	<p>(1) <i>Energie und Vitalität</i></p> <p>Frage (schriftlicher Fragebogen): «Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt?»</p> <p>a) Voller Leben b) Voller Energie c) Erschöpft d) Müde</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> immer; meistens; manchmal; selten; nie</p> <p>(2) <i>Psychische Belastung</i></p> <p>Frage: «Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Gefühlzustände vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie sich so in den letzten 4 Wochen immer, meistens, manchmal, selten oder nie gefühlt haben:»</p> <p>1) Sehr nervös</p>	<p>Indexbildung nach BfS (2019):</p> <p><i>Kategorien:</i> Tief; mittel; hoch</p> <p>Indexbildung nach BfS (2019):</p> <p><i>Kategorien:</i> keine/gering; mittel; stark</p>	<p>Indexbildung nach BfS (2019):</p> <p><i>Kategorien:</i> Tief; mittel; hoch</p> <p>Indexbildung nach BfS (2019):</p> <p><i>Kategorien:</i> keine/gering; mittel; stark</p>

	<p>2) So niedergeschlagen oder verstimmt, dass Sie nichts hat können aufmuntern</p> <p>3) Ruhig, ausgeglichen und gelassen</p> <p>4) Entmutigt und deprimiert</p> <p>5) Glücklich</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> immer; meistens; manchmal; selten; nie</p>		
<p>Depressionen</p>	<p>(1) Frage: «Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt...»</p> <p>a) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten?</p> <p>b) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit?</p> <p>c) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf?</p> <p>d) Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben?</p> <p>e) Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen?</p> <p>f) Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben?</p> <p>g) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen?</p>	<p>Frage 1: Indexbildung nach BfS (2019)</p> <p>Depressionssymptome (Major Depression)</p> <p>Kategorien: keine/minimal; leicht; mittelschwer; (eher) schwer</p>	<p>Frage 1 (siehe SGB): Depressionssymptome: <i>Kategorien:</i> keine/minimale; leicht; mittelschwer; (eher) schwer</p>

	<p>h) Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?</p> <p>i) Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> Überhaupt nicht; An einzelnen Tagen; An mehr als der Hälfte der Tage; Beinahe jeden Tag</p> <p>(2) Frage: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine von den folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gehabt?»</p> <p>i) Depression</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> Ja; Nein</p>	<p>Frage 2</p> <p><i>Kategorien:</i> ja; nein</p>	<p>Frage 2 (siehe SGB)</p> <p>Depression (letzte 12 Monate): <i>Kategorien:</i> ja, nein</p>
Essstörungen	Trifft nicht zu	Trifft nicht zu	<i>Kategorien:</i> ja, nein
AD(H)S	Trifft nicht zu	Trifft nicht zu	<i>Kategorien:</i> ja, nein
Selbstverletzendes Verhalten	Trifft nicht zu	Trifft nicht zu	<i>Kategorien:</i> ja, nein
Suizidalität	<p>(1) Frage: «Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen?» (SGB 2017)</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> Ja; Nein</p>	<p><i>Kategorien:</i> ja; nein</p>	<p>(1) Suizidversuche (Lebenszeit): <i>Kategorien:</i> ja, nein</p> <p>(2) Anzahl Suizidversuche (Lebenszeit): <i>Kategorien:</i> nie, einmal, mehr als einmal</p>

	<p>(2) Frage: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?» (SGB 2017)</p> <p><i>Antwortvorgabe:</i> Ja; Nein</p> <p>(3) Frage: «Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt...»</p> <p>i) Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?</p>	<p><i>Kategorien:</i> ja; nein</p> <p>Suizidgedanken – <i>Kategorien:</i> überhaupt nicht; an einzelnen Tagen; an mehr als der Hälfte der Tage; beinahe jeden Tag</p>	<p>(3) Suizidversuche (letzte 12 Monate); <i>Kategorien:</i> ja, nein</p> <p>(4) Suizidgedanken: <i>Kategorien:</i> überhaupt nicht; an einzelnen Tagen; an mehr als der Hälfte der Tage; beinahe jeden Tag</p> <p>(5) Alter der Person beim 1. Suizidversuch; <i>Kategorien</i> nach Entwicklungsphasen: frühe Kindheit (2-5 J.), mittlere Kindheit (6-11 J.), Adoleszenz (12-17 J.), frühes Erwachsenenalter (18-39 J.), mittleres Erwachsenenalter (40-64 J.), spätes Erwachsenenalter (ab 65 J.)</p>
<p>Hilfesuchverhalten Suizidversuche</p>	<p>Frage: «Haben Sie nach Ihrem Suizidversuch mit jemandem darüber gesprochen?»</p>	<p><i>Kategorien:</i> mit jemandem aus dem privaten Umfeld, mit einem Arzt/einer Ärztin oder Gesundheitsfachperson; nein, mit niemandem</p>	<p><i>Kategorien:</i> mit niemandem, mit jemandem aus dem privaten Umfeld, mit Arzt/Ärztin/Gesundheitsfachperson, mit Fachperson aus dem psycho-sozialen Bereich, mit Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe</p>

Anhang 3: Gruppenbildung «Sexuelle Orientierung»

Wicki, Marmet, Studer, Epaulard und Gmel Gerhard (2020) konnten in ihrer Studie auch für die Schweiz zeigen, dass es wichtig ist, bei der Erforschung sexueller Minoritäten nicht die Aufteilung in zwei, drei distinkte Gruppen (z. B. heterosexuell, homosexuell, bisexuell) vorzunehmen, da hierdurch Unterschiede innerhalb von Gruppen nicht deutlich werden. So haben sie unter Zuhilfenahme der reduzierten Kinsey-Skala zeigen können, dass die höchste mentale Belastung bei mehrheitlich heterosexuellen, bisexuellen oder mehrheitlich homosexuellen Männern vorlag. Die geringste Belastung wurde bei heterosexuellen Männern festgestellt. Wicki et al. (2020) haben mit Kinsey die Dimension der sexuellen Attraktion gemessen. Eine entsprechende Aufgliederung wurde in der «LGBT Health»-Befragung bei der Frage zur Attraktion nicht vorgenommen («Menschen unterscheiden sich bezüglich ihrer sexuellen Anziehung zu anderen Menschen. Was beschreibt Ihre Gefühle am besten?»), da die Kinsey-Skala auf einem binären Geschlechtersystem fusst und z. B. für non-binäre Menschen nicht passt.

Die Operationalisierung von sexueller Orientierung wird in verschiedenen methodischen Publikationen thematisiert (Bailey et al., 2016; Patterson, Jabson & Bowen, 2017; Savin-Williams, 2016; Schragger, Steiner, Bouris, Macapagal & Brown, 2019; Wolff, Wells, Ventura-DiPersia, Renson & Grov, 2017). Bailey et al. (2016) geben einen Überblick über bisherige Messmöglichkeiten (mit Replik von Savin-Williams, 2016). Die drei zentralen Dimensionen sexueller Orientierung (Identität, Anziehung, Verhalten) werden dort – wie auch bei Fredriksen-Goldsen et al. (2014, S. 2) – hervorgehoben. Allerdings wurden alle drei zentralen Dimensionen sexueller Orientierung bisher nur in einer Minderheit von Studien (14 %) tatsächlich auch erhoben (Patterson et al., 2017). Dies wäre aber wichtig, da sexuelle Identität, sexuelle Anziehung und sexuelles Verhalten nicht immer in einer Linie verlaufen müssen. So kann sich zum Beispiel eine Frau, die mehrheitlich Frauen als Sexualpartnerinnen hat und sich als lesbisch bezeichnet, durchaus ab und zu mit einem Mann Sex haben. Die dreidimensionale Konzeption von sexueller Identität wird dem Umstand gerecht, dass diese viel variabler und komplexer zu sein scheint als bisher angenommen (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Um diesen Umstand Rechnung zu tragen, haben wir in der Zusatzbefragung – in etwas reduzierter Form – Fragen zu allen drei Indikatoren gestellt und mit Hilfe einer Two-Step-Clusteranalyse einen Index «Sexuelle Orientierung» gebildet. Die drei so gebildeten Gruppen lassen sich wie folgt beschreiben:

In **Cluster 1** befinden sich mehrheitlich Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) (86,1%) und mehrheitlich cis Personen (70,9 %). Gut drei Viertel der Personen bezeichnete sich als lesbisch (76,2 %) und 18 Prozent als bisexuell. Entsprechend fühlten sich fast alle Personen des Cluster 1 zu Frauen hingezogen (90,9 %), 21 Prozent fühlten sich (auch) zu trans/non-binären Personen hingezogen. 68 Prozent hatten in den letzten 5 Jahren vor der Befragung auch hauptsächlich oder nur Sex mit Frauen. 16 Prozent hatten keinen Sex in diesem Zeitraum. Da sich in diesem Cluster mehrheitlich Personen befinden, die sich als Frauen definieren, die (auch) mit Frauen Sex haben, wird dieses Cluster als **FSF*** bezeichnet, wobei durch den Asterisk ausgedrückt werden soll, dass nicht nur cis-geschlechtliche Menschen diesem Cluster zugeordnet wurden, sondern ebenso trans und non-binäre Personen.

Im Unterschied dazu befinden sich in **Cluster 2** fast ausschliesslich Männer (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) (93,9 %), die sich auch als Männer definieren (91,1 % cis Personen). 96 Prozent bezeichneten sich als schwul/gay und alle fühlten sich zu Männern hingezogen. 94 Prozent hatten entsprechend in den letzten 5 Jahren hauptsächlich oder nur mit Männern Sex, nur 4 Prozent hatten in diesem Zeitraum keinen Sex. Aufgrund dieser Zusammensetzung des Clusters wird es als **MSM*** bezeichnet.

Das **dritte Cluster** ist im Vergleich zu den ersten beiden diverser zusammengesetzt: Hier befinden sich zu 75 Prozent Frauen und etwa zu einem Viertel Männer (Geschlecht zugeordnet bei Geburt). 64 Prozent waren cis-geschlechtliche Personen und somit mehr als ein Drittel trans und non-binäre Personen. Die Mehrheit bezeichnete sich als bi-/pansexuell, wobei sich fast alle zu Frauen hingezogen fühlten (99,6 %), alle auch zu Männern und 74 Prozent fühlten sich (auch) zu trans/non-binären Menschen hingezogen. Entsprechend hatten die Personen im dritten Cluster in den letzten 5 Jahren mit Frauen, Männern und/oder trans/non-binären Personen Sex gehabt. Vor diesem Hintergrund wurde dieses Cluster als «**Bi-/pansexuelle Personen**» bezeichnet.

Anhang 4: Ergänzende Tabellen

Tabelle A4.1: Depression (1-Jahresprävalenz) (n=1'129): Modellkoeffizienten und Effektstärken

	B	SE	Wald	p	OR	95 %-Vertrauensintervall für OR	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht (männlich) (zugeordnet bei Geburt)	-.107	.303	.125	.724	.898	.496	1.628
Alter (30-49 Jahre)	-.386	.167	5.316	.021	.680	.490	.944
Alter (ab 50 Jahre)	-.894	.229	15.216	< .001	.409	.261	.641
Vergleichsgruppe: Lesbische cis Frauen	-1.404	.260	29.204	< .001	.246	.148	.409
Vergleichsgruppe: Schwule cis Männer	-.998	.290	11.848	< .001	.369	.209	.651
Vergleichsgruppe: bisexuelle Personen	-1.021	.275	13.758	< .001	.360	.210	.618
Diskriminierung (in anderen Situationen, Lebenszeitprävalenz)	.662	.171	15.029	< .001	1.938	1.387	2.708
Internalisierte Homonegativität	-.040	.283	.020	.887	.961	.552	1.673
Soziale Unterstützung (mittel bis stark)	-1.622	.247	43.226	< .001	.198	.122	.320
Allgemeine Selbstwirksamkeit (hoch)	-1.402	.189	54.993	< .001	.246	.170	.357
Konstante	2.531	.435	33.818	< .001	12.571		

Tabelle A4.2: Depression (1-Jahresprävalenz) (n=1'115): Modellkoeffizienten und Effektstärken

	B	SE	Wald	p	OR	95 %-Vertrauensintervall für OR	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht (männlich) (zugeordnet bei Geburt)	.324	.263	1.514	.219	1.382	.825	2.315
Alter (30-49 Jahre)	-.433	.165	6.874	.009	.648	.469	.896
Alter (ab 50 Jahre)	-.932	.227	16.818	< .001	.394	.252	.615
Vergleichsgruppe: FSF*	-.334	.223	2.238	.135	.716	.462	1.109
Vergleichsgruppe: MSM*	-.638	.281	5.173	.023	.528	.305	.916
Diskriminierung (in anderen Situationen, Lebenszeitprävalenz)	.747	.168	19.702	< .001	2.112	1.518	2.937
Internalisierte Homonegativität	-.001	.280	.000	.998	.999	.578	1.730
Soziale Unterstützung (mittel bis stark)	-1.774	.244	52.675	< .001	.170	.105	.274
Allgemeine Selbstwirksamkeit (hoch)	-1.375	.185	55.305	< .001	.253	.176	.363
Konstante	1.823	.408	19.982	< .001	6.188		

Das Regressionsmodell war statistisch signifikant, $\chi^2(9) = 207,268$, $p < .001$, mit einer akzeptablen Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = .245$ (gemäss Backhaus et al. [2003]). Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 77,8 %, mit einer Sensitivität von 39,7 % und einer Spezifität von 92,4 %.

Tabelle A4.3: Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz) (n=1'085): Modellkoeffizienten und Effektstärken

	B	SE	Wald	p	OR	95 %-Vertrauensintervall für OR	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht (männlich) (zugeordnet bei Geburt)	.026	.350	.005	.942	1.026	.516	2.038
Alter (30-49 Jahre)	-.344	.212	2.633	.105	.709	.468	1.074
Alter (ab 50 Jahre)	-.023	.272	.007	.932	.977	.573	1.666
Vergleichsgruppe: Lesbische cis Frauen	-.064	.300	.046	.830	.938	.521	1.687
Vergleichsgruppe: Schwule cis Männer	-.583	.340	2.944	.086	.558	.287	1.086
Vergleichsgruppe: bisexuelle Personen	-.470	.338	1.933	.164	.625	.322	1.213
Diskriminierung (in anderen Situationen, Lebenszeitprävalenz)	.466	.223	4.351	.037	1.594	1.029	2.470
Internalisierte Homonegativität	-.124	.337	.135	.713	.883	.457	1.709
Soziale Unterstützung (mittel bis stark)	-.549	.265	4.297	.038	.578	.344	.971
Allgemeine Selbstwirksamkeit (hoch)	-.627	.217	8.362	.004	.534	.349	.817
Depression (ja, letzte 12 Monate)	1.666	.208	64.306	< .001	5.290	3.521	7.948
Konstante	-1.217	.516	5.554	.018	.296		

Tabelle A4.4: Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz) (n=1'073): Modellkoeffizienten und Effektstärken

	B	SE	Wald	p	OR	95 %-Vertrauensintervall für OR	
						Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht (männlich) (zugeordnet bei Geburt)	.040	.302	.018	.894	1.041	.576	1.881
Alter (30-49 Jahre)	-.443	.214	4.291	.038	.642	.423	.976
Alter (ab 50 Jahre)	-.123	.273	.202	.653	.885	.518	1.511
Vergleichsgruppe: FSF*	.663	.285	4.931	.026	1.883	1.077	3.291
Vergleichsgruppe: MSM*	.035	.354	.010	.921	1.036	.518	2.072
Diskriminierung (in anderen Situationen, Lebenszeitprävalenz)	.501	.222	5.074	.024	1.650	1.067	2.551
Internalisierte Homonegativität	-.105	.336	.098	.754	.900	.466	1.739
Soziale Unterstützung (mittel bis stark)	-.601	.268	5.014	.025	.548	.324	.928
Allgemeine Selbstwirksamkeit (hoch)	-.677	.217	9.751	.002	.508	.332	.777
Depression (ja, letzte 12 Monate)	1.687	.205	67.500	< .001	5.405	3.614	8.084
Konstante	-1.720	.507	11.487	< .001	.179		

Das Regressionsmodell war statistisch signifikant, $\chi^2(10) = 177,554$, $p < .001$, mit einer akzeptablen Varianzaufklärung von Nagelkerkes $R^2 = .263$ (gemäss Backhaus et al. [2003]). Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 86,5 %, mit einer Sensitivität von 22,0 % und einer Spezifität von 98,5 %.

Anhang 5: Fragebogen «LGBT Health» (deutschsprachige Version)

Fragebogen

1 Sprachauswahl (s.1)

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie!

Merci de l'intérêt que vous portez à notre enquête !

Grazie per il suo interesse per il nostro studio!

Thank you for your interest in our study!

Bitte wählen Sie Ihre Sprache:

Choisissez votre langue s'il vous plaît :

Per favore selezioni la sua lingua:

Choose your language please:

- Deutsch
- Français
- Italiano
- English

2 Info Studienteilnahme 1 (s.2 & 3)

Bitte nehmen Sie an dieser Befragung teil, wenn Sie...

...Ihren Lebensmittelpunkt in der Schweiz haben,

...mindestens 15 Jahre alt sind und

...sich als lesbisch, schwul, bisexuell, queer, non-binär und/oder trans identifizieren. Andere Bezeichnungen sind dabei miteingeschlossen.

(Klicken Sie hier für eine Begriffserläuterung)

3 Info Studienteilnahme 2 (s. 4)

Wie lange dauert die Befragung?

Für das Ausfüllen des Fragebogens sollten Sie nicht länger als **etwa 30 Minuten** benötigen.

Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen. Mit dem «Weiter» und «Zurück»-Button können Sie im Fragebogen vor- und zurückspringen. Bitte nutzen Sie hierfür nicht den «Zurück»-Button Ihres Internet-Browsers.

Da im Rahmen der Studie auch ein Vergleich der gesundheitlichen Situation und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung von LGBT-Menschen und der übrigen Bevölkerung gemacht werden soll, sind viele Fragen recht allgemeiner Natur. Wie bitten Sie dennoch, auch diese Fragen zu beantworten.

Was passiert mit meinen Daten?

Die Umfrage ist **anonym** und die Teilnahme ist **freiwillig**. Es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen. Es werden keine Auswertungen auf der Ebene von Einzelpersonen vorgenommen, so dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein werden. Sie haben zudem die Möglichkeit, Ihr Einverständnis zur Ausw 4 Wochen nach Ihrer Teilnahme wieder zurückzuziehen. Ihre Daten werden in diesem Fall aus dem Datensatz gelöscht. Um dies zu ermöglichen, bitten wir Sie auf der nächsten Seite um einen Identifikations-Code, den Sie selbst erstellen.

4 Info Studienteilnahme 3 (s. 5)

Möglichkeit des Widerrufs der Zustimmung der Datenverarbeitung

Sie haben bis zu 4 Wochen nach der Teilnahme an der Studie die Möglichkeit, Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Daten zu widerrufen.

Wenn Sie Ihre Zustimmung widerrufen, löschen wir Ihre Daten aus dem Datensatz der Studie!

Damit wir die Daten finden, die wir löschen müssen, benötigen wir einen Identifikations-Code, den Sie selbst erstellen.

Erstellen des 5-stelligen ID-Codes

Bitte wählen Sie sich selbst einen 5-stelligen ID-Code, den Sie sich gut merken können. Dieser kann sich aus Zahlen und/oder Buchstaben zusammensetzen, z. B. TU67I

Ihr ID-Code

Wenn Sie Ihre Zustimmung zur Datenverarbeitung widerrufen möchten, wenden Sie sich bitte mit diesem Code an das Projektteam von der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (lgbt-health@hslu.ch).

5 Info Studienteilnahme 4 (s. 6)

Der Fragebogen startet, sobald Sie der Studienteilnahme und der anonymisierten Auswertung Ihrer Daten zustimmen.

Mit dem Klicken auf «Ja» erklären Sie, dass Sie mindestens 15 Jahre alt sind und der Studienteilnahme und anonymisierten Auswertung Ihrer Antworten zustimmen.

- ja
- nein

6.1 Ende Keine Einwilligung

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an der Studie. Falls Sie sich umentscheiden sollten und dennoch an der Umfrage teilnehmen möchten, können Sie dies zu einem späteren Zeitpunkt tun.

7.1 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 7)

I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person

Im Folgenden bitten wir Sie um einige anonymisierte Angaben zu Ihrer Person.

1. Wie alt sind Sie (in Jahren)?

Ich bin

Jahre alt.

2. Welches Geschlecht wurde Ihnen bei Ihrer Geburt zugewiesen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus.

- weiblich
- männlich
- anderes, nämlich

3. Heute identifizieren Sie sich als...

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus.

- ...Mann.
- ...Frau.
- ...non-binär.
- ...anderes. Bitte geben Sie an, wie Sie sich identifizieren:
- Ich bin mir nicht sicher.

7.2 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 8)

4. Betrachten Sie sich als...

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus.

- ...schwul, gay.

- ...lesbisch.
- ...bisexuell.
- ...heterosexuell.
- ...anderes, bitte geben Sie an als was
- weiss nicht

5. Menschen unterscheiden sich bezüglich ihrer sexuellen Anziehung zu anderen Menschen. Was beschreibt Ihre Gefühle am besten?

Bitte wählen Sie alle Antworten aus, die auf Sie zutreffen.

Fühlen Sie sich...

- ...zu Frauen hingezogen.
- ...zu Männern hingezogen.
- ...zu non-binären Menschen hingezogen.
- Ich fühle mich zu niemandem sexuell hingezogen.
- Ich bin mir nicht sicher.
- keine Antwort

7.3 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 9)

6. Ich bin zurzeit in einer festen Beziehung mit...

- ...eine/r Partner*in.
- ...mit mehreren Partner*innen.
- Ich bin in einer anderen Beziehungsform, nämlich (bitte beschreiben Sie kurz, in welcher Beziehungsform Sie zurzeit leben)
- trifft nicht zu, ich bin in keiner festen Beziehung.
- keine Antwort

7.4.1 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 10)

6.1 Welche Geschlechtsidentität hat Ihr*e Partner*in bzw. haben Ihre Partner*innen?

*Im Falle, dass Sie in einer Beziehung mit mehreren Partner*innen sind: Bitte geben Sie die Geschlechtsidentität aller Ihrer Partner*innen an.*

(Bitte kreuzen Sie alle passenden Antworten an!)

- cis Frau
- cis Mann
- trans Mann (Frau-zu-Mann)
- trans Frau (Mann-zu-Frau)
- gender queer / nicht binär
- andere Geschlechtsidentität/en, nämlich

7.5 Standardseite I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 11)**7. In den letzten 5 Jahren (2016-jetzt): Haben Sie Sex gehabt...**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus.

- ...nur mit Männern.
- ...hauptsächlich mit Männern, aber auch mit mind. einer Frau.
- ...mit gleich viel Männern wie Frauen.
- ...hauptsächlich mit Frauen, aber auch mit mind. einem Mann.
- ...nur mit Frauen.
- ...hauptsächlich mit non-binären Personen, aber auch mit mind. einer Frau.
- ...hauptsächlich mit non-binären Personen, aber auch mit mind. einem Mann.
- ...nur mit non-binären Personen.
- ...mit gleich viel non-binären Menschen wie mit
- Ich hatte in den letzten 5 Jahren keinen Sexualkontakt.
- keine Antwort

7.6 Standardseite I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 12)**8. Zivilstand: Sind Sie zurzeit...**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus.

- ...ledig.
- ...in einer eingetragenen Partnerschaft.
- ...in einer aufgelösten Partnerschaft (eingetragene Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesetz wurde aufgelöst).
- ...verheiratet.
- ...verwitwet.
- ...geschieden.
- keine Antwort

9. Wie leben Sie zurzeit?

- Ich lebe alleine.
- Ich lebe mit meinem/meiner Partner*in bzw. meinen Partner*innen zusammen (ohne Kinder).
- Ich lebe mit meinem/meiner Partner*in bzw. meinen Partner*innen zusammen (mit Kind bzw. Kindern).
- Ich lebe alleine (mit Kind bzw. Kindern).
- Ich lebe in einer Wohngemeinschaft.
- Meine Familie lebt zusammen mit einer anderen Familie oder anderen Familien in einem Haushalt.
- Mit meinen Eltern / bei einem Elternteil.
- Andere Wohnsituation.
- keine Antwort

7.7 Standardseite I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 13)**10. Höchster Bildungsabschluss: Welche Schule oder Ausbildung haben Sie als letzte abgeschlossen?**

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus.

- Ich habe keine Schule besucht.
- Ich gehe noch zur Schule und habe die obligatorische Schulzeit (noch) nicht abgeschlossen (einschliesslich 9. Klasse, Sekundarstufe I).
- Ich habe ausschliesslich die obligatorische Schulzeit abgeschlossen (einschliesslich 9. Klasse, Sekundarstufe I).
- Ich habe zuletzt eine 1-jährige Ausbildung abgeschlossen, z. B. 10. Schuljahr, Berufswahlschule, Vorlehre, Sprachschule mit Zertifikat, Haushaltslehrgang, Brückenangebote.
- Ich habe zuletzt eine berufliche Grundbildung oder Ausbildung abgeschlossen, die mindestens 2 Jahre dauerte (z. B. Eidg. Berufsattest (EBA)/Anlehre, Handelsschule (2 Jahre), Fachmittelschule FMS, Verwaltungsschule, Eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ), gymnasiale Maturität, Berufs-
- Ich habe zuletzt eine höhere Berufsbildung mit eidg. Fachausweis oder eidg. Diplom (oder Meisterdiplom) oder eine höhere Fachschule (HF) abgeschlossen (z. B. Technikerschule, Ingenieurschule HTL).
- Ich habe zuletzt einen Abschluss einer Fachhochschule (FH), Pädagogischen Hochschule (PH) oder Universität / ETH erworben (z. B. Bachelor, Master, Promotion, Habilitation).
- weiss nicht
- keine Antwort

7.8 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 14)

11. In welchem Kanton leben Sie?

Bitte wählen Sie aus der Liste den Kanton aus, in dem Sie leben.

- AG ▲
- AR
- AI
- BL
- BS
- BE
- FR
- GE
- GL
- GR
- JU
- LU
- NE
- NW
- OW
- SH
- SZ
- SO
- SG
- TI
- TG
- UR
- VD
- VS
- ZG
- ZH ▼

12. Wie lauten die ersten zwei Zahlen Ihrer Postleitzahl?

Bitte wählen Sie aus der Liste die passende Antwort aus!

- 10XX ▲
- 11XX
- 12XX
- 13XX
- 14XX
- 15XX
- 16XX
- 17XX
- 18XX
- 19XX
- 20XX
- 21XX
- 22XX
- 23XX
- 24XX
- 25XX
- 26XX
- 27XX
- 28XX
- 29XX
- 30XX
- 31XX
- 32XX
- 33XX

34XX
35XX
36XX
37XX
38XX
39XX
40XX
41XX
42XX
43XX
44XX
45XX
46XX
47XX
48XX
49XX
50XX
51XX
52XX
53XX
54XX
55XX
56XX
57XX
60XX
61XX
62XX
63XX
64XX
65XX
66XX
67XX
68XX
69XX
70XX
71XX
72XX
73XX
74XX
75XX
76XX
77XX
80XX
81XX
82XX
83XX
84XX
85XX
86XX
87XX
88XX
89XX
90XX
91XX
92XX
93XX
94XX
95XX
96XX
weiss nicht
keine Antwort

7.9 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 15)

12. Welche Staatsangehörigkeit/en haben Sie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus.

- Schweizer Staatsangehörigkeit
- Schweizer und mind. eine andere Staatsangehörigkeit, nämlich
- keine Schweizer Staatsangehörigkeit, sondern - bitte geben Sie Ihre Staatsangehörigkeit bzw. Ihre Staatsangehörigkeiten an
- Ich bin staatenlos.
- Keine Antwort

7.10.1 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 16)

12.1 Welchen Aufenthaltstitel bzw. welche Aufenthaltsbewilligung haben Sie?

- Aufenthaltsbewilligung (B-Bewilligung)
- Niederlassungsbewilligung (C-Bewilligung)

- Aufenthaltsbewilligung mit Erwerbstätigkeit (Ci-Bewilligung)
- Grenzgängerbewilligung (G-Bewilligung)
- Kurzaufenthaltsbewilligung (L-Bewilligung)
- Vorläufig aufgenommene Ausländer*innen (Ausweis F)
- Ausweis N (für Asylsuchende)
- Ausweis S (für Schutzbedürftige)
- keinen Aufenthaltstitel
- keine Antwort

7.11 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 17)**13. Sind Sie in der Schweiz geboren?**

- Ja
- Nein
- Keine Antwort

7.12 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 18)**14. Wie ist Ihre derzeitige Erwerbssituation?**

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus!

Ich bin...

- ...vollzeitbeschäftigt (90-100%).
- ...teilzeitbeschäftigt, zu Stellenprozenten (z. B. 50 Stellenprozent).
- ...selbstständig (ohne Angestellte).
- ...selbstständig (mit Angestellten).
- ...Mitarbeiter*in in Familienbetrieb.
- ...studierend / in Ausbildung.
- ...erwerbslos.
- ...berentet / (Früh-)Pension.
- ...längerfristig krankgeschrieben.
- ...anderes, nämlich
- keine Antwort

7.13 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 19)**15. Wie hoch ist Ihr persönliches Nettoeinkommen *pro Monat* ungefähr (nach Abzug von obligatorischen Sozialversicherungsbeiträgen und den Pensionskassenbeiträgen)?**

- weniger als 4'500 SFr.
- genau 4'500 SFr.
- mehr als 4'500 SFr.
- keine Antwort

16. Aus welchen Quellen beziehen Sie Ihr Einkommen?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus!

- Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit (Arbeit als Angestellte*r)
- Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit
- Bezüge von Pensionskassen
- Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)
- Invalidenversicherung (IV)
- Ergänzungsleistungen
- Familienzulagen
- Entschädigungen und andere Sozialleistungen
- Einkommen aus Vermietung und Vermögenseinkommen (z. B. Dividenden)

- Andere Einkommensquellen, nämlich

- keine Antwort

7.14 I. Teil: Anonymisierte Angaben zur Person (s. 20)**17. Wie beurteilen Sie Ihre Einkommenssituation?****Mein aktuelles Einkommen...**

- ... erlaubt mir ein extrem komfortables Leben.
- ... erlaubt mir ein komfortables Leben.
- ... ist weder besonders gut noch besonders schlecht.
- ... ist knapp bemessen.
- ... reicht nicht aus.
- keine Antwort

7.15 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 21)**II. Teil: Soziales Netzwerk**

Im folgenden Fragenblock geht es um Ihr soziales Netzwerk, d. h. Ihre Familie, Freund*innen, Bekannte etc. und wie Sie diese wahrnehmen.

1. Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ein ernstes persönliches Problem haben?

- keine*r
- 1-2 Personen
- 3-5 Personen
- 6 oder mehr Personen
- weiss nicht
- keine Antwort

keine Antwort

7.16 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 22)

2. Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie machen?

- viel
- ziemlich viel
- weder viel noch wenig
- wenig
- kein Interesse
- weiss nicht
- keine Antwort

3. Wie einfach wäre es für Sie, Hilfe von Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner, Verwandten, Bekannten, Mitbewohner*innen oder Nachbar*innen zu bekommen?

- sehr leicht
- leicht
- möglich
- schwierig
- sehr schwierig
- weiss nicht
- keine Antwort

7.17 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 23)

4. Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich einsam fühlen?

Das kommt...

- ...sehr häufig vor.
- ...ziemlich häufig vor.
- ...manchmal vor.
- ...nie vor.
- keine Antwort

7.18.1 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 24)

5. Mit wem haben Sie über Ihre Homo- oder Bisexualität gesprochen?

Mit wie vielen Personen der folgenden Gruppen haben Sie über Ihre sexuelle Orientierung gesprochen?

Bitte geben Sie für alle aufgeführten Gruppen an, mit wie vielen Personen dieser Gruppen Sie über Ihre sexuelle Orientierung gesprochen haben. Wenn Sie keinen Kontakt zu Personen einer dieser Gruppen haben, kreuzen Sie bitte «trifft nicht zu» an. Zum Beispiel: Besuchen Sie keine Schule oder Hochschule, kreuzen Sie bitte «trifft nicht zu» an.

	keiner Person	einigen wenigen	den meisten	allen	trifft nicht zu	keine Antwort
Familienmitglieder (andere als Partner*in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freund*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potenzielle Sexpartner*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Arbeitskolleg*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klassenkamerad*innen / Mitstudent*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unmittelbare*r Vorgesetzte*r / Abteilungsleiter*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachbar*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kund*innen, Klient*innen etc. bei der Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitsfachpersonen (z. B. Arzt/Ärztin, Physiotherapeut*in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.19.1 II. Teil: Soziales Netzwerk (s. 25)

5. Mit wem haben Sie über Ihre Transgeschlechtlichkeit bzw. Ihre non-binäre Geschlechtsidentität gesprochen?

Mit wie vielen Personen der folgenden Gruppen haben Sie über Ihre Transgeschlechtlichkeit bzw. Ihre non-binäre Geschlechtsidentität gesprochen?

Bitte geben Sie für alle aufgeführten Gruppen an, mit wie vielen Personen dieser Gruppen Sie über Ihre Geschlechtsidentität gesprochen haben. Wenn Sie keinen Kontakt zu Personen einer dieser Gruppen haben, kreuzen Sie bitte «trifft nicht zu» an. Zum Beispiel: Besuchen Sie keine Schule oder Hochschule, kreuzen Sie bitte «trifft nicht «Klassenkamerad*innen / Mitstudent*innen» an.

	keiner Person	einigen wenigen	den meisten	allen	trifft nicht zu	keine Antwort
Familienmitglieder (andere als Partner*in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freund*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potenzielle Sexpartner*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitskolleg*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klassenkamerad*innen / Mitstudent*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unmittelbare*r Vorgesetzte*r / Abteilungsleiter*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachbar*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kund*innen, Klient*innen etc. bei der Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitsfachpersonen (z. B. Arzt/Ärztin, Physiotherapeut*in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.20 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 26)

III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten

Im Folgenden möchten wir Ihnen gerne Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation und Ihrem Gesundheitsverhalten stellen.

1. Wissen Sie, wie gross Sie ohne Schuhe sind (in Zentimetern)?

- Ja, ich bin Zentimeter gross.
- Nein, weiss ich nicht.

keine Antwort

2. Und wie schwer sind Sie ohne Kleider (in Kg)?

Ich wiege Kilos.

Ich weiss es nicht.

keine Antwort

7.21 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 27)

3. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen einschätzen.

Mein Gesundheitszustand ist im Allgemeinen...

...sehr gut.

...gut.

...mittelmässig.

...schlecht.

...sehr schlecht.

weiss nicht

keine Antwort

4. Wenn Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand vergleichen mit Ihrem Gesundheitszustand vor der Corona-Pandemie bzw. vor dem ersten Lockdown, d. h. vor März 2020:

Mein allgemeiner Gesundheitszustand heute ist...

...viel schlechter als vor der Corona-Pandemie.

...schlechter als vor der Corona-Pandemie.

...gleichgeblieben.

...besser als vor der Corona-Pandemie.

...viel besser als vor der Corona-Pandemie.

keine Antwort

7.22 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 28)

5. Jetzt möchten wir gerne wissen, wie Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen einschätzen.

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie Ihre Lebensqualität im Allgemeinen einschätzen.

Meine Lebensqualität ist im Allgemeinen...

...sehr gut.

...gut.

...weder gut noch schlecht.

...schlecht.

...sehr schlecht.

...sehr schlecht.

keine Antwort

7.23.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 29)

6. Im Folgenden finden Sie eine Liste von Beschwerden.

Bitte geben Sie bei jeder dieser Beschwerden an, ob Sie diese in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben.

Wenn Sie zurzeit gegen eine Beschwerde ein Medikament nehmen, heisst dies, dass Sie diese Beschwerde haben.

	überhaupt nicht	ein bisschen	stark	keine Antwort
Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall, Verstopfung oder beides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen oder Druck im Brustbereich, die nicht auf das Tragen von Bindern zurückzuführen sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den Armen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.24.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 30)

6. Im Folgenden finden Sie eine Liste von Beschwerden.

Bitte geben Sie bei jeder dieser Beschwerden an, ob Sie diese in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben.

Wenn Sie zurzeit gegen eine Beschwerde ein Medikament nehmen, heisst dies, dass Sie diese Beschwerde haben.

	überhaupt nicht	ein bisschen	stark	keine Antwort
Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall, Verstopfung oder beides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einschlaf- oder Durchschlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen, Druck im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

oder Gesichtsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen oder Druck im Brustbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den Armen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.25 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 31)

7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine von den folgenden Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen gehabt?

Bitte wählen Sie für jedes der genannten gesundheitlichen Probleme die entsprechende Antwort aus!

	ja	nein	weiss nicht	keine Antwort
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien wie Heuschnupfen, Hautallergien (Dermatitis), Lebensmittelallergie etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhter Cholesterinspiegel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthrose, Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Bronchitis, COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit), Emphysem (Lungenblähung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall (Gehirnblutung, zerebrales Blutgerinsel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AD(H)S	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz (Probleme, die Blase zu kontrollieren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.26 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 31a)

7.1 Wie viele Male haben Sie bisher einen Corona-Test (z.B. PCR-Test oder Antigen-Selbsttest) machen lassen?

- Mal
- nie
- weiss nicht
- keine Antwort

7.27.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 31b)**7.2 Wurde bei diesem/diesen Test/s jemals eine Coronavirus-Infektion festgestellt?**

- ja
- nein
- weiss nicht
- keine Antwort

7.28 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 32)**8. Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, das chronisch und andauernd ist?**

Damit meinen wir Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die schon seit 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch mindestens 6 Monate andauern werden.

- ja
- nein
- weiss nicht
- keine Antwort

7.29 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 33)**9. Seit mindestens 6 Monaten, wie sehr sind Sie eingeschränkt durch ein gesundheitliches Problem bei gewöhnlichen Aktivitäten im täglichen Leben?****Sind Sie...?**

- ...stark eingeschränkt
- ...eingeschränkt, aber nicht stark
- ...überhaupt nicht eingeschränkt
- weiss nicht
- keine Antwort

7.30 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 34)**10. Wie wichtig ist die Gesundheit für Sie?**

Sie sehen hier 3 verschiedene Meinungen. Geben Sie bitte an, welche mit Ihrer eigenen Meinung am ehesten übereinstimmt.

Bitte nur eine einzige Antwort auswählen!

- Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern.
- Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil.
- Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe.
- keine Antwort

7.31 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 35)**11. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen.**

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.

trifft nicht zu trifft eher nicht zu trifft eher zu trifft voll und ganz zu keine

	u berhaupt nicht zu	nicht zu	teil- weise	trifft einer zu	ganz zu	Antwort
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche, mir etwas einfallen zu lassen, wie ich schwierige Situationen meistern kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egal, was mir passiert, ich glaube, ich habe meine Reaktionen unter Kontrolle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, ich kann mich weiterentwickeln, wenn ich mich mit schwierigen Situationen auseinandersetze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich suche aktiv nach Wegen, um Verluste auszugleichen, die mir in meinem Leben widerfahren sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.32 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 36)

Wir kommen jetzt zu Fragen, die das Verhalten im Alltag betreffen.

12. Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal die Woche durch körperliche Betätigung zum Schwitzen? (zum Beispiel durch Rennen, Velofahren, Sport treiben)

- ja
- nein
- keine Antwort

7.33.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 37)

12.1 Schätzen Sie: Wie häufig gehen Sie in Ihrer Freizeit Aktivitäten nach, die Sie zum Schwitzen bringen (z. B. Velofahren, Sport)?

Bitte nur eine einzige Antwort auswählen!

- seltener als 1 Mal pro Monat
- etwa 1-3 Mal pro Monat
- etwa 1 Mal pro Woche
- mehrmals wöchentlich
- täglich oder beinahe täglich
- weiss nicht
- keine Antwort

7.34 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 38)

13. Wenn Sie an Ihren Alltag vor der Corona-Pandemie bzw. vor dem ersten Lockdown (vor März 2020) denken: Haben Sie vor der Corona-Pandemie in der Woche häufiger, gleich häufig oder seltener körperliche Aktivitäten ausgeführt, durch die Sie ins Schwitzen gekommen sind?

Vor der Corona-Pandemie habe ich...

- ...seltener in der Woche körperliche Aktivitäten ausgeübt, durch die ich geschwitzt habe.
- ...genauso häufig in der Woche körperliche Aktivitäten ausgeübt, durch die ich geschwitzt habe.
- ...häufiger in der Woche körperliche Aktivitäten ausgeübt, durch die ich geschwitzt habe.
- Ich bin mir nicht sicher.
- keine Antwort

7.35 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 39)

14. Wie bewegen Sie sich normalerweise fort, um sich an verschiedene Orte zu begeben (hin und zurück), z. B. zur Arbeit, zur Schule, zum Einkaufen oder zum Markt, zum Ausgehen?

Bitte alles Zutreffende auswählen!

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Antwort
Mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Tram)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit einem motorisierten Fahrzeug (z. B. Auto, Töffli, Töff)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Velo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem E-Bike	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit dem Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit einem elektrischen Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Fuss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.36 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 40)

Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren allfälligen Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Drogen.

15. Rauchen Sie, wenn auch nur selten?

(Gemeint sind auch elektronische Zigaretten und iQOS)

- ja
- nein
- keine Antwort

7.37.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 41)

15.1 Rauchen Sie zurzeit täglich?

- ja
- nein
- keine Antwort

15.2 Wie viele Zigaretten, Zigarren oder Ähnliches rauchen Sie zurzeit im Durchschnitt pro Tag?

Bitte geben Sie für jedes Produkt an, wie viel Sie im Durchschnitt in etwa davon am Tag rauchen. Rauchen Sie ein Produkt nicht, kreuzen Sie bitte «trifft nicht zu» an.

	weniger als 1 am Tag	1-2 am Tag	3-5 am Tag	6-10 am Tag	11-15 am Tag	16-20 am Tag	mehr als 20 am Tag	trifft nicht zu	keine Antwort
Zigaretten (inkl. selbstgedrehte Zigaretten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zigarren oder Zigarillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pfeife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wasserpfeife, Shisha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elektronische Zigaretten mit Nikotin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erhitzte Tabakprodukte wie IQOS (Pax etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.38.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 42)

15.3 Haben Sie vor der Corona-Pandemie (vor März 2020) mehr, weniger oder gleich viel geraucht?

Vor der Corona-Pandemie habe ich...

- ...weniger als jetzt geraucht.
- ...gleich viel wie zurzeit geraucht.
- ...mehr als jetzt geraucht.
- Trifft nicht zu, vor der Pandemie habe ich nicht geraucht.
- keine Antwort

7.39.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 43)

15.1 Haben Sie je regelmässig während mehr als 6 Monaten geraucht?

- ja
- nein
- keine Antwort

7.40.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 44)

15.4 Haben Sie in den letzten 12 Monaten ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben, das heisst mindestens 14 Tage nicht geraucht?

- Ja, ich habe versucht aufzuhören.
- nein
- keine Antwort

7.41.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 45)

Möchten Sie gerne aufhören zu rauchen?

- ja
- nein
- keine Antwort

7.42 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 46)

16. Wie häufig trinken Sie normalerweise alkoholische Getränke, also Bier, Wein, Likör, Spirituosen, Schnaps?

- 3 Mal oder mehr pro Tag
- 2 Mal pro Tag (z. B. zu den Mahlzeiten)

- 1 Mal pro Tag
- mehrmals pro Woche
- 1-2 Mal pro Woche
- 1-3 Mal pro Monat
- weniger als 1 Mal im Monat
- nie
- keine Antwort

7.43.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 47)

16.1 Haben Sie früher einmal Alkohol getrunken?

- ja
- nein
- keine Antwort

7.44.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 48)

16.1 Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten alkoholische Getränke getrunken?

	3 Mal oder mehr pro Tag	2 Mal pro Tag (z. B. zu den Mahlzeiten)	1 Mal pro Tag	mehrmals pro Woche	1-2 Mal pro Woche	1-3 Mal pro Monat	weniger als 1 Mal im Monat	nie	keine Antwort
Bier (mit Alkohol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sekt und/oder Prosecco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Likör, Schnaps und/oder andere Spirituosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mixgetränke oder andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.45.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 49)

16.2 In den letzten 12 Monaten: Wie häufig haben Sie 4 oder mehr Gläser alkoholische Getränke (z. B. Bier, Wein, Sekt, Schnaps etc.) bei einem Anlass oder einer Gelegenheit getrunken?

(Gelegenheit meint an einem Abend, an einer Party, einem Fest oder auch alleine.)

- nie
- weniger als 1 Mal pro Monat
- jeden Monat
- jede Woche
- jeden Tag oder fast jeden Tag
- keine Antwort

16.3 Haben Sie vor der Corona-Pandemie (vor März 2020) mehr, weniger oder gleich viel alkoholische Getränke getrunken?

Vor der Corona-Pandemie habe ich...

- ...weniger als jetzt getrunken.
- ...gleich viel wie zurzeit getrunken.
- ...mehr als jetzt getrunken.

Trifft nicht zu, vor der Pandemie habe ich keine alkoholischen Getränke getrunken.

keine Antwort

7.46.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 50)

16.2 In den letzten 12 Monaten: Wie häufig haben Sie 5 oder mehr Gläser alkoholische Getränke (z. B. Bier, Wein, Sekt, Schnaps etc.) bei einem Anlass oder einer Gelegenheit getrunken?

(Gelegenheit meint an einem Abend, an einer Party, einem Fest oder auch alleine.)

nie

weniger als 1 Mal pro Monat

jeden Monat

jede Woche

jeden Tag oder fast jeden Tag

keine Antwort

16.3 Haben Sie vor der Corona-Pandemie (vor März 2020) mehr, weniger oder gleich viel alkoholische Getränke getrunken?

Vor der Corona-Pandemie habe ich...

...weniger als jetzt getrunken.

...gleich viel wie zurzeit getrunken.

...mehr als jetzt getrunken.

Trifft nicht zu, vor der Pandemie habe ich keine alkoholischen Getränke getrunken.

keine Antwort

7.47 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 51)

17. Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal Drogen (z. B. Haschisch, Kokain, Crystal Meth, Heroin, Poppers oder andere Drogen) genommen?

ja

nein

keine Antwort

7.48.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 52)

17.1 Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal die folgenden Drogen konsumiert?

	ja	nein	keine Antwort
Cannabis (Haschisch/Marihuana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crystal Meth/Metamphetamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy/MDMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poppers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GHB/GBL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speed/Amphetamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Drogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.49.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 53)

17.2 Haben Sie in den letzten 12 Monaten die folgenden Drogen genommen?

	Ja	Nein	Keine Antwort
Cannabis (Haschisch/Marihuana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crystal Meth/Metamphetamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy/MDMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poppers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GHB/GBL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speed/Amphetamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Drogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.49.2 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 54)

17.3 Haben Sie vor der Corona-Pandemie (vor März 2020) mehr, weniger oder gleich viel Drogen genommen?

Vor der Corona-Pandemie habe ich...

- ...weniger Drogen als jetzt genommen.
- ...gleich viele Drogen wie zurzeit genommen.
- ...mehr Drogen als jetzt genommen.
- Trifft nicht zu, vor der Pandemie habe ich keine Drogen genommen.
- keine Antwort

7.50.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 55)

Bei den nachfolgenden Fragen geht es um Ihr Sexualeben und um die Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

Selbst wenn Sie denken, dass die Frage Sie nicht betrifft, bitten wir Sie, die Fragen zu beantworten. Alle Antworten sind strikt anonym!

18. Haben Sie schon einmal Sex gehabt?

- ja
- nein
- keine Antwort

7.51.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 56)

19. Mit wie vielen Personen haben Sie in den letzten 12 Monaten Sex gehabt?

*(Feste*r Partner*in, Ehepartner*in zählt auch als eine Person)*

Wenn Sie sich unsicher sind, bitte schätzen Sie!

- Partner*innen
- In den letzten 12 Monaten hatte ich mit keinem/keiner Partner*in Sex.
- weiss nicht

keine Antwort

20. Das letzte Mal, das Sie Sex gehabt haben, ist das mit Ihrem festen Partner/Ihrer festen Partnerin, mit einem/einer Gelegenheitspartner*in und/oder mit einem/einer Sexarbeiter*in gewesen?

Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf das letzte Mal zutreffen, das Sie Sex gehabt haben. Wenn Sie z. B. das letzte Mal zu Dritt Sex hatten, kreuzen Sie alle sexuell dabei beteiligten Partner*innen an.

Feste*r Partner*in

Gelegenheitspartner*in

Sexarbeiter*in

Trifft nicht zu, ich habe noch keinen Sex gehabt.

keine Antwort

7.52.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 57)

20.1 Haben Sie bzw. hat Ihr*e Partner*in beim letzten Mal als Sie Sex gehabt haben, ...

	ja	nein	Praktik wurde nicht ausgeübt
...ein Kondom bzw. Femidom beim Vaginalverkehr verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Kondom beim Analverkehr verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Kondom beim Oralverkehr verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Lecktuch («dental dam») bei oraler Stimulation der Vulva bzw. des Anus verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...darauf geachtet, dass kein Menstruationsblut und/oder Sperma in Körperöffnungen (z. B. Mund, Vagina, Anus) gelangt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Handschuhe für eindringenden Verkehr mit Fingern bzw. der Hand/Faust verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Sextoys vor dem eindringenden Verkehr desinfiziert oder mittels Kondom geschützt oder das Sextoy neu verwendet (erstmaliger Einsatz).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine Prä-Expositions-Prophylaxe (PreP) verwendet, um sich vor HIV zu schützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.53.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 58)

21. Mit wie vielen Gelegenheitspartner*innen hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?

keiner Person

1 Person

- 2 Personen
- 3-5 Personen
- mehr als 5 Personen
- weiss nicht
- keine Antwort

7.54.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 59)

21.1 In den letzten 12 Monaten: Wie häufig haben Sie bzw. Ihr*e Gelegenheitspartner*in(nen) beim gemeinsamen Sex...

	nie	selten	manchmal	oft	immer	Praktik wurde (mehrheitlich) nicht ausgeübt
...ein Kondom bzw. Femidom beim Vaginalverkehr verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Kondom beim Analverkehr verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Kondom beim Oralverkehr verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Lecktuch («dental dam») bei oraler Stimulation der Vulva bzw. des Anus verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...darauf geachtet, dass kein Menstruationsblut und/oder Sperma in Körperöffnungen (z. B. Mund, Vagina, Anus) gelangt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Handschuhe für eindringenden Verkehr mit Fingern bzw. der Hand/Faust verwendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Sextoys vor dem eindringenden Verkehr desinfiziert oder mittels Kondom geschützt oder das Sextoy neu verwendet (erstmaliger Einsatz).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine Prä-Expositions-Prophylaxe (PreP) verwendet, um sich vor HIV zu schützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.54.2 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 60)

22. Haben Sie jemals die Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) eingenommen?

- ja
- nein
- keine Antwort

7.55 Kopie von Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalte

23. Wie viele Male haben Sie bisher einen HIV-Test machen lassen?

- Mal
- nie

- weiss nicht
- keine Antwort

7.56.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 61)
23.1 Und wann das letzte Mal?

- in den letzten 12 Monaten
- vor mehr als 12 Monaten
- weiss nicht
- keine Antwort

7.57.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 62)
Wurde bei diesem/diesen Test/s jemals eine HIV-Infektion festgestellt (HIV-positives Testresultat)?

- ja
- nein
- weiss nicht
- keine Antwort

7.58.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 63)
24. Neben HIV/AIDS gibt es weitere sexuell übertragbare Krankheiten, die weltweit häufig vorkommen. Hierzu zählen insbesondere

- Chlamydien,
- Syphilis («Lues») und
- Gonorrhö (Tripper)

Wurden bei Ihnen jemals die folgenden sexuell übertragbaren Krankheiten festgestellt?

Wurde bei Ihnen noch kein Test auf eine der Krankheiten gemacht, kreuzen Sie dies bitte an. Sind Sie sich nicht sicher, ob eine Krankheit bei Ihnen einmal festgestellt worden ist oder ob Sie darauf getestet wurden, dann kreuzen Sie bitte «weiss nicht» an.

	ja	nein	es wurde nie ein Test bei mir durchgeführt	weiss nicht	keine Antwort
Chlamydien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syphilis / «Lues»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gonorrhö / Tripper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.59.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 64)
24.1 Wann haben Sie sich das letzte Mal auf Chlamydien, Syphilis oder Gonorrhö testen lassen?

- in den letzten 12 Monaten
- vor mehr als 12 Monaten
- weiss nicht
- keine Antwort

7.60.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 65)
25. Im Folgenden geht es um Ihre Gedanken und Gefühle zu Ihrer sexuellen Orientierung.

Bitte geben Sie mit Hilfe der Skala von «stimme überhaupt nicht zu» bis «stimme absolut zu» an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

stimme überhaupt nicht zu stimme eher nicht zu stimme zu stimme absolut zu keine

	überhaupt nicht zu	nicht zu	eher nicht zu	eher zu	stimme zu	absolut zu	Antwort
Ich fühle mich in Schwulenkneipen/-bars wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in Gegenwart von offen schwulen oder bisexuellen Personen unwohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir nichts aus, wenn ich in der Öffentlichkeit mit einer offensichtlich schwulen oder bisexuellen Person gesehen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir nichts aus, in der Öffentlichkeit über Homosexualität oder Bisexualität zu sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wohl als homosexuelle bzw. bisexuelle Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homosexualität bzw. Bisexualität ist für mich moralisch akzeptabel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde meine sexuelle Orientierung nicht ändern, selbst wenn ich es könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.61.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 66)

25. In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Gefühle und Gedanken zu Ihrer sexuellen Orientierung.

Bitte geben Sie mit Hilfe der Skala von «stimme überhaupt nicht zu» bis «stimme absolut zu» an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme absolut zu	keine Antwort
Ich fühle mich in Lesbenkneipen/-bars wohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in Gegenwart von offen lesbischen oder bisexuellen Personen unwohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir nichts aus, wenn ich in der Öffentlichkeit mit einer offensichtlich lesbischen oder bisexuellen Person gesehen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir nichts aus, in der Öffentlichkeit über Homosexualität oder Bisexualität zu sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wohl als homosexuelle bzw. bisexuelle Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homosexualität bzw. Bisexualität ist für mich moralisch akzeptabel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ist für mich moralisch akzeptabel.

Ich würde meine sexuelle

Orientierung nicht ändern, selbst

wenn ich es könnte.

7.62.1 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 67)

26. In den folgenden Aussagen geht es um Ihre Gefühle und Gedanken zu Ihrer Transgeschlechtlichkeit.

Bitte geben Sie mit Hilfe der Skala von «stimme überhaupt nicht zu» bis «stimme absolut zu» an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme eher zu	stimme absolut zu	keine Antwort
Ich habe versucht, mich nicht mehr dem Geschlecht zugehörig zu fühlen, mit dem ich mich identifiziere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn jemand mir die Chance geben würde, meine Geschlechtsidentität zu ändern, würde ich es machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünschte, ich hätte eine andere Geschlechtsidentität.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke, meine Geschlechtsidentität ist mein persönliches Manko.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde gerne professionelle Hilfe bekommen, um meine Geschlechtsidentität zu ändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe versucht, mich mehr dem Geschlecht zugehörig zu fühlen, das mir bei Geburt zugewiesen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir selbst fremd wegen meiner Geschlechtsidentität.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wünschte, ich könnte mich mehr mit dem Geschlecht identifizieren, das mir bei Geburt zugewiesen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.63 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 68)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr psychisches Wohlbefinden.

27. Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt?

Bitte wählen Sie für jede Zeile die entsprechende Antwort aus!

	immer	meistens	manchmal	selten	nie	keine Antwort
voller Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

voller Energie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr nervös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
so niedergeschlagen oder verstimmt, dass Sie nichts hat aufmuntern können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ruhig, ausgeglichen und gelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
entmutigt und deprimiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
glücklich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.64 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 69)

28. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Bitte wählen Sie für jede Zeile die entsprechende Antwort aus!

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	keine Antwort
Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich im Leben gelegentlich hin- und hergeworfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.65 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 70)

29. Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt?

Bitte wählen Sie für jede Zeile die entsprechende Antwort aus!

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag	keine Antwort
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein*e Versager*in zu sein oder die Familie enttäuscht zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

haben.

Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen.

Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde?

Oder waren Sie im Gegenteil «zappelig» oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?

Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.

7.66 Standardseite III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 71)

Im Folgenden geht es um Fragen zu selbstverletzendem Verhalten und möglichen Versuchen, sich selbst das Leben zu nehmen.

Uns ist bewusst, dass es sich um sehr sensible Themen handelt. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns die Fragen beantworten. Wenn Sie die Fragen jedoch lieber überspringen möchten, ist dies auch möglich.

Ich möchte die Fragen beantworten.

Ich möchte die Fragen lieber überspringen.

7.67.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 72)

31. Haben Sie sich jemals selbst verletzt, z. B. Schnittwunden zugefügt?

ja

nein

keine Antwort

32. Haben Sie jemals versucht, sich das Leben zu nehmen?

Das heisst, haben Sie etwas gemacht, das Ihnen zumindest potenziell Schaden zufügen kann, und hatten Sie dabei zumindest zu einem gewissen Grad den Wunsch, durch diese Handlung zu sterben?

ja

nein

keine Antwort

7.68.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 73)

32.1 Wie oft haben Sie versucht, sich das Leben zu nehmen?

Mal

weiss nicht

keine Antwort

32.2 Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?

ja

nein

keine Antwort

32.3 Wie alt waren Sie als Sie das 1. Mal versucht haben, sich das Leben zu nehmen?

- Jahre
- weiss nicht
- keine Antwort

7.69.1 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 74)**32.4 Haben Sie nach Ihrem Suizidversuch mit jemandem darüber gesprochen?**Bitte alles Zutreffende auswählen!

	trifft zu	trifft nicht zu	keine Antwort
Ja, mit jemandem aus meinem privaten Umfeld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja, mit einem Arzt/einer Ärztin oder einer Gesundheitsfachperson.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja, mit einer Fachperson aus dem psycho-sozialen Bereich (z. B. bei einem Beratungstelefon, einer Beratungsstelle, Seelsorger*in).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja, mit Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nein, mit niemandem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.70 III. Teil: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten (s. 75)**IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung**

Im folgenden Fragenblock geht es darum, inwieweit Sie Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen bzw. genommen haben.

1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen irgendein Medikament genommen?

- ja
- nein
- keine Antwort

7.71.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 76)**1.1 Im Folgenden finden Sie eine Liste von Medikamenten. Bitte geben Sie bei jedem Medikament an, wie oft Sie es in den letzten 7 Tagen genommen haben:**Bitte geben Sie für alle aufgeführten Medikamente an, ob Sie diese täglich, mehrmals, etwa 1-mal in den letzten 7 Tagen oder nie eingenommen haben.

	täglich	mehrmals	etwa 1 Mal in den letzten 7 Tagen	nie	keine Antwort
Mittel gegen Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafmittel (z. B. Imovane, Sonata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittel gegen Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruhigungsmittel (z. B. Valium, Ativan, Xanax, Temesta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein (z. B. Ritalin, Medikinet, Concerta, Modasomil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente gegen zu hohes Cholesterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente gegen Depression (z. B. Prozac, Paxil, Effexor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittel gegen Diabetes oder wegen Diabetes Insulin gespritzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittel gegen Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormonpräparate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.72 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 77)

2. Sind Sie in den letzten 12 Monaten bei einem der folgenden Mediziner*innen bzw. Fachpersonen gewesen?

Gemeint sind alle Besuche in einer Praxis mit Untersuchungen, Beratungen und Therapien. Gemeint sind auch Hausbesuche von Ärzten bzw. Ärztinnen. Konsultationen ausschliesslich per Telefon oder Internet sind hingegen nicht gemeint.

	ja	nein	trifft nicht zu	keine Antwort
Zahnarzt/Zahnärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeinmediziner*in/Hausarzt/-ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauenarzt/-ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urologe/-in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reproduktionsmediziner*in (z. B. Kinderwunschlinik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokrinologe/-in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiotherapeut*in/Chiropraktiker*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologe/Psychologin, Psychotherapeut*in (wegen eines psychischen Problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiater*in (wegen eines psychischen Problems)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heilpraktiker*in/Naturheiler*in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit (z. B. Checkpoint, Beratungsstelle sexuelle Gesundheit, Aids-Hilfe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notfall (von einem Spital, einem Gesundheitszentrum oder einer Poliklinik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.73.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 78)

2.1 Wann sind Sie zum letzten Mal bei einem Frauenarzt bzw. einer Frauenärztin gewesen?

Vor 1 Jahr bis weniger als 2 Jahren

- Vor 2 Jahren bis weniger als 3 Jahren
- Vor 3 Jahren oder mehr
- Vor 5 Jahren oder mehr
- Nie
- Weiss nicht
- Keine Antwort

7.74.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 79)

2.2 Wie viel Mal sind Sie in den letzten 12 Monaten notfallmässig in einer Notfallstation von einem Spital, in einem Gesundheitszentrum oder in einer Poliklinik gewesen?

- Mal
- weiss nicht
- keine Antwort

7.75 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 80)

3. Haben Sie einen persönlichen Hausarzt oder eine persönliche Hausärztin?

Mit Hausarzt/Hausärztin ist ein Arzt bzw. eine Ärztin gemeint, zu dem/der Sie mit den meisten Gesundheitsproblemen gehen können.

- ja
- nein
- keine Antwort

7.76.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 81)

3.1 Haben Sie eine*n Arzt/Ärztin, die/der für lesbische, schwule, bisexuelle oder queere Lebenswelten sensibilisiert ist und die/den Sie für medizinische Anliegen aufsuchen können?

- Ja, habe ich - bitte geben Sie an, um was für eine*n Arzt/Ärztin es sich handelt (z. B. Hausärztin, Endokrinologen):
- Nein, ich habe keine feste medizinische Ansprechperson.
- Habe keinen Bedarf, weil
- Keine Antwort

7.77.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 82)

3.2 Haben Sie eine*n Arzt/Ärztin, die/den Sie mit spezifischen medizinischen Anliegen bezogen auf Ihre Transgeschlechtlichkeit bei Bedarf aufsuchen können?

- Ja, habe ich - bitte geben Sie an, um was für eine*n Arzt/Ärztin es sich handelt (z. B. Hausärztin, Endokrinologen):
- Nein, ich habe keine feste medizinische Ansprechperson.
- Habe keinen Bedarf, weil
- Keine Antwort

7.78 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 83)

4. Haben Sie gegenwärtig eine Hormonersatzbehandlung?

- Ja, mit weiblichen oder männlichen Hormonen im Rahmen der Transition.
- Ja, mit weiblichen Hormonen während oder nach den Wechseljahren (Aufhören der Regelblutungen, meist zwischen dem 47. und 52. Lebensjahr).
- nein

- weiss nicht
- keine Antwort

7.79.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 84)
5. Haben Sie schon einmal einen Gebärmutterhalsabstrich (PAP-Test) machen lassen?

- ja
- nein
- trifft nicht zu, ich habe keine Gebärmutter
- weiss nicht
- keine Antwort

7.79.2.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 85)
5.1 Einige wissen nicht, dass der PAP-Test in der Regel Teil der jährlichen Kontrolluntersuchungen beim Frauenarzt/der Frauenärztin ist. Vor diesem Hintergrund möchten wir Ihnen die Frage vorsichtshalber noch einmal stellen: Wurde schon einmal ein Gebärmutterhalsabstrich (PAP-Test) bei Ihnen gemacht?

- ja
- nein
- weiss nicht
- keine Antwort

7.80.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 86)
6. Haben Sie schon einmal eine Mammographie machen lassen?

(Eine Mammographie ist eine Röntgenaufnahme der weiblichen Brust.)

- ja
- nein
- trifft nicht zu
- weiss nicht
- keine Antwort

7.81.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 87)
7. Sind Sie schon einmal bei einer der folgenden Untersuchung zur Früherkennung von Krebs gewesen?

Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Sie bereits eine solche Untersuchung haben machen lassen, dann kreuzen Sie bitte «weiss nicht» an. Haben Sie keine Prostata und/oder keine Hoden, kreuzen Sie bitte «trifft nicht zu» an.

	ja	nein	trifft nicht zu	weiss nicht	keine Antwort
Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung (Bluttest und/oder Abtasten durch den Darm, Gewebeentnahme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hodenkrebsuntersuchung (Abtasten der Hoden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analkrebsuntersuchung (Untersuchung des Anus, Abstrich)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.82.1 IV. Teil: Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung (s. 88)
8. Haben Sie selbst medizinische Massnahmen zur Veränderung Ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale in Anspruch genommen und/oder planen bzw. überlegen Sie, dies in Zukunft zu tun?

Diese medizinischen Massnahmen können z. B. eine Hormontherapie oder Epilation sein oder eine Genitaloperation, Operation der Brust, Stimmbandverkürzung, Haartransplantation, Logopädie, Entfernung der Gebärmutter und/oder der Eierstöcke.

Haben Sie bereits Massnahmen durchführen lassen und planen noch weitere, dann kreuzen Sie bitte beide Antworten an!

Ja, ich habe derartige medizinische Massnahmen in Anspruch genommen. Bitte geben Sie an, welche Massnahmen Sie haben durchführen lassen:

Ja, ich plane derartige medizinische Massnahmen in Anspruch zu nehmen oder würde dies gerne tun. Bitte geben Sie an, welche Massnahmen Sie geplant haben oder gerne vornehmen lassen würden:

nein

trifft nicht zu

keine Antwort

7.83 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 89)

Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Im Folgenden möchten wir gerne wissen, welche Erfahrungen Sie mit der Gesundheitsversorgung in der Schweiz gemacht haben.

1. Sind Sie wegen einem der folgenden Gründe nicht zum Arzt bzw. zur Ärztin gegangen oder haben Sie auf eine medizinische Behandlung verzichtet?

Bitte beantworten Sie jeden möglichen Grund mit «Ja» oder «Nein». Wenn Sie sich nicht sicher sind, können Sie «weiss nicht» ankreuzen.

Haben Sie verzichtet, weil...

	ja	nein	weiss nicht	keine Angabe
... Sie abwarten wollten, ob das gesundheitliche Problem von selbst verschwinden würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Kosten zu hoch waren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie nicht weitere Kosten im Gesundheitswesen für die Allgemeinheit verursachen wollten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie Angst davor hatten, was der Arzt bzw. die Ärztin Ihnen sagen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihnen das Vertrauen in Ärzte/Ärztinnen, Krankenhäuser, Untersuchungen oder allgemein in Behandlungen fehlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie keinen guten Arzt bzw. keine gute Ärztin kennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie keinen Termin bekommen haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie aus beruflichen Gründen keine Zeit hatten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie Sorge hatten, aufgrund Ihrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sexuellen Orientierung und/oder Ihrer Geschlechtsidentität diskriminiert zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Sie keine medizinische Behandlung benötigt haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe aus anderen Gründen auf eine Behandlung oder Untersuchung verzichtet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.84.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 90)

2. Sie haben angegeben, dass Sie im Kontakt mit zumindest einigen Gesundheitsfachpersonen offen mit Ihrer sexuellen Orientierung oder Ihrer Geschlechtsidentität umgehen.

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	kann ich nicht beurteilen	trifft nicht zu	keine Angabe
Ich habe diese Information freiwillig mit der/den Gesundheitsfachperson/en geteilt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin zufrieden mit der Reaktion der Gesundheitsfachperson bzw. Mehrheit der Gesundheitsfachpersonen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es wäre mir lieber gewesen, die Gesundheitsfachperson/en hätte/n nichts davon erfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Information war von Bedeutung für meine Behandlung bzw. dies war mehrheitlich der Fall.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Behandlung hat sich daraufhin verbessert bzw. dies war mehrheitlich der Fall.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Behandlung hat sich daraufhin verschlechtert bzw. dies war mehrheitlich der Fall.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe daraufhin Diskriminierung erlebt bzw. dies war mehrheitlich der Fall.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.85 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 91)

Negative Erfahrungen allgemein und in der Gesundheitsversorgung der Schweiz

Einige Menschen machen Erfahrungen, die Ihnen als negativ oder belastend in Erinnerung bleiben oder in denen sie diskriminiert wurden. Uns interessiert, ob Sie solche Erfahrungen gemacht haben.

Wir verstehen unter **Diskriminierung**, dass Personen aufgrund bestimmter Merkmale einer Gruppe zugeordnet werden (z. B. Frauen, homosexuelle Menschen) und sie deshalb benachteiligt werden, indem sie z. B. beschimpft, beleidigt, ausgegrenzt oder sexuell belästigt werden (z. B. sexistische Bemerkungen oder Witze, aufdringliche BI Berührungen). Diskriminierung kann sich aber auch in Form von körperlicher oder sexueller **Gewalt** darstellen.

Es handelt sich auch um Diskriminierung, wenn Menschen aufgrund ihrer (vermeintlichen) Gruppenzugehörigkeit etwas nicht erhalten, was andere bekommen (Respekt, gleiche Bezahlung u.a.m.). Auch können Regeln und Rahmenbedingungen dazu führen, dass Menschen benachteiligt werden.

3. Haben Sie jemals aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität eine Situation erlebt, in der Sie...

...Diskriminierung oder eine herabwürdigende Behandlung erlebt haben,

**...körperlicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren,
 ...sexuell belästigt wurden,
 oder die Sie als negativ oder belastend empfunden haben?**

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie in etwa eine solche Situation in Ihrem bisherigen Leben erlebt haben – in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung und/oder in anderen Situationen.

	noch nie	einmal	2-10-mal	mehr als 10-mal	weiss nicht	keine Angaben
in der Schweizer Gesundheitsversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in anderen Situationen (in der Schweiz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.86.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 92)

3.1 Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine solche Situation aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung und/oder Ihrer Geschlechtsidentität erlebt?

	ja	nein	weiss nicht	keine Angaben
in der Schweizer Gesundheitsversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in anderen Situationen (in der Schweiz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.87.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 93)

3.2 Welche dieser Situationen haben Sie in den letzten 12 Monaten in der Schweizer Gesundheitsversorgung und/oder in anderen Situationen aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung und/oder Ihrer Geschlechtsidentität erlebt?

Bitte kreuzen Sie für alle Aussagen an, wie häufig Sie diese in den letzten 12 Monaten in der Schweizer Gesundheitsversorgung oder in anderen Situationen erlebt haben.

	in der Gesundheitsversorgung	in anderen Situationen (in der Schweiz)
Ich wurde ausgegrenzt oder übergangen.	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort
Ich wurde beleidigt oder beschimpft.	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort
Menschen wie ich wurden herabwürdigend dargestellt.	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort
Mein eigentliches Problem wurde nicht ernst genommen oder übergangen.	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort
Mir wurden unangebrachte Fragen zu meinem Privatleben gestellt.	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort
Als eingetragene*r Partner*in wurde ich anders behandelt als Ehepartner*innen (z. B. keine Informationen über Gesundheitszustand der Partnerin/des Partners).	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort
Mir wurden Rechte, die andere Personen hatten, nicht	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-mal <input type="radio"/> mehr als 1 Mal <input type="radio"/> keine Antwort

zugestanden.	<input type="text" value="keine Antwort"/>	<input type="text" value="keine Antwort"/>
Ich habe unerwünschte sexualisierte Bemerkungen erlebt (verbale sexuelle Belästigung).	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>
Mir wurde körperliche oder sexuelle Gewalt angedroht (z. B. Schläge, Vergewaltigung).	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>
Ich habe körperliche Gewalt erfahren (z. B. packen, schubsen, schlagen, treten) bzw. ich wurde körperlich angegriffen.	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>
Ich wurde zu sexuellen Handlungen gezwungen, die ich nicht wollte, und/oder dies wurde versucht.	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>
Anderes (bitte im Freitextfeld unten ausführen)	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>	<input type="text" value="nie"/> <input type="text" value="1-mal"/> <input type="text" value="mehr als 1 Mal"/> <input type="text" value="keine Antwort"/>

Andere diskriminierende Erfahrung/en, und zwar

7.88.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 94)

3.3 Die folgenden Situationen beziehen sich ausschliesslich auf die Gesundheitsversorgung in der Schweiz: Welche dieser Situationen haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung und/oder Ihrer Geschlechtsidentität erlebt?

Bitte kreuzen Sie wieder für alle Aussagen an, wie häufig Sie diese in den letzten 12 Monaten erlebt haben.

	nie	1-mal	mehr als 1 Mal	keine Antwort
Ich wurde ungewollt geoutet und damit wurde das Arztgeheimnis gebrochen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde einer unnötigen Behandlung oder Untersuchung unterzogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Behandlung oder Untersuchung war unnötig grob oder schmerzhaft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir wurden Schmerzmittel verweigert, obwohl ich Schmerzen hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde nicht – oder nicht ausreichend – über die Behandlung oder Untersuchung und ihre Folgen informiert und aufgeklärt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes (bitte im Freitextfeld unten ausführen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere diskriminierende Erfahrung/en, und zwar

7.89.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 95)

3.4 Wenn Sie an die letzte Situation denken, in der Sie Diskriminierung, eine herablassende Behandlung und/oder Gewalt in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz erfahren haben:**Ging die Situation von einer Person aus?**

- Ja, sie ging von einer Person aus.
- Nein, sie ging von mehreren Personen aus.
- Trifft nicht zu, es war keine Person beteiligt.
- keine Antwort

7.90.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 96)**Von wem ging die Situation (hauptsächlich) aus?**

- Ärztin / Arzt (ohne Psychiater*innen)
- Psychotherapeut*in oder Psychiater*in
- Physiotherapeut*in
- Pflegekraft
- Praxisangestellte*r
- Andere*r Patient*in
- Besucher*in bei Mitpatient*innen
- Andere Personen und zwar
- keine Antwort

7.91.1 Teil V: Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung in der Schweiz (s. 97)**3.5 Was haben Sie später in Folge dieser Situation unternommen?**

Bitte markieren Sie alle zutreffenden Antworten.

- Ich habe die / den Behandler*in gewechselt.
- Ich habe mir professionelle Beratung geholt.
- Ich habe mir bei Freund*innen, Angehörigen oder Bekannten Unterstützung geholt.
- Ich habe mich bei einer offiziellen Stelle beschwert (z. B. Ombudsstelle).
- Ich habe Anzeige bei der Polizei erstattet.
- Ich habe nichts (weiter) unternommen.
- Anderes, und zwar

- weiss nicht
- keine Antwort

7.92 Ende (s. 98)

Wir sind am Ende unserer Umfrage angekommen!

Vielen Dank!

Wenn Sie Anmerkungen zum Thema Gesundheit und LGBT und/oder zur Umfrage machen möchten, haben Sie hier die Gelegenheit dafür:

Abschliessend würde uns interessieren, wie Sie auf unsere Umfrage aufmerksam geworden sind.

Sie können bis zu 3 Möglichkeiten auswählen!

- Durch einen Zeitungs- oder Zeitschriftenartikel.
- Ich habe eine E-Mail von einer LGBT-Organisation oder einem Online-Netzwerk erhalten.
- Ich habe eine E-Mail von einer anderen Organisation oder Online-Netzwerk erhalten.
- Jemand hat mir von der Studie erzählt.
- Über Social Media-Kanäle (z. B. Facebook, Instagram, Twitter).
- Ich habe online eine Werbung für die Umfrage gesehen.
- Ich habe eine Werbung für die Umfrage auf einer Dating-App gesehen.
- Ich bin anders auf die Umfrage aufmerksam geworden, nämlich

- keine Antwort

8 Endseite

Haben Sie Fragen rund um Homo- oder Bisexualität oder rund um Transgeschlechtlichkeit/trans Identität oder brauchen Sie Unterstützung? In diesem Fall können Sie sich unter anderem an die **LGBT+ Helpline**: <https://www.lgbt-helpline.ch/> wenden.

Die Dargebotene Hand bietet ebenfalls anonym Beratung an, zum Beispiel auch beim Thema Suizidalität: <https://www.143.ch/>

147.ch bietet Beratung und Hilfe für Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre an. Hier gibt es auch einen Peer-Chat: <https://www.147.ch/de/>

<Noch eine Bitte...

In einer Studie wird derzeit untersucht, wie es zu Suizidversuchen bei LGBT-Jugendlichen in der Deutsch- und der Westschweiz kommt. Ziel ist es, mit den Ergebnissen die Suizidprävention für LGBT-Jugendliche zu verbessern. Haben Sie einen Suizidversuch im Alter von 14 bis 25 Jahren hinter sich und v Interview Auskunft zu geben? Mehr Informationen finden Sie unter: [hslu.ch/studie-suizidversuch](https://www.hslu.ch/studie-suizidversuch). Die Studie wird von der Hochschule Luzern in Kollaboration mit dem Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV durchgeführt.

Sie können das Fenster jetzt schliessen!

FENSTER SCHLIESSEN!