

2. Forschungsstand: Ergebnisse des Literaturreviews

Dem Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit entsprechend, 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.⁵ Das Review (inkl. Berichterlegung) 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 LGBT-Organisationen, validiert und aufgrund der Feedbacks ergänzt (v. a. graue schweizerische Literatur/Umfragen zu lesbischen und bisexuellen Frauen)⁶. Im Folgenden werden zentrale Befunde des Reviews zusammengefasst.

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 Suchsystematik vgl. Anhang in Krüger et al. (2022)

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 daher im nachfolgenden Text nicht berichtet werden.

2. Forschungsstand: Ergebnisse des Literaturreviews

Dabei wird in jedem Themenblock im Grundsatz folgender Berichtsstruktur gefolgt:

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

2.1 Zugang zu Medizin

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

2.1.1 Zugang zu Medizin: LGBT (Schweiz)

Zum Thema Zugang zu Medizin von LGBT-Personen wurden bis anhin nur wenige Schweizer Studien publiziert. In einer Studie aus dem Jahr 2007 wurde die Nutzung der Gesundheitsversorgung von homosexuellen Männern aus Genf und heterosexuellen Männern aus der gesamten Schweiz verglichen (Wang, Häusermann, Vounatsou, Aggleton & Weiss, 2007). Laut der Befunde nehmen schwule Männer signifikant häufiger Gesundheitsdienste in Anspruch als heterosexuelle Männer, sind jedoch weniger zufrieden mit den Leistungserbringer*innen (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 würden. Die lesbischen Frauen äußerten zudem, 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 Resul-

tate einer aktuellen quantitativen Westschweizer Umfrage. FSF suchten hiernach u. a. gynäkologische Untersuchungen nicht auf, weil sie den Eindruck hatten, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität verurteilt zu werden. Weiter berichteten die Befragten von sexuellen Gewalterfahrungen im medizinischen Kontext (Béziante, Anex, Le Pogam & Künzle, 2020). Vergleichbare Studien spezifisch zu bisexuellen oder trans Personen in der Schweiz wurden im Rahmen der durchgeführten Literaturrecherche nicht gefunden.

Zum Thema Zugang zu Psychotherapie für LGBT-Personen gibt es im Schweizer Kontext ebenfalls nur wenige Publikationen. Hinsichtlich der Erfahrungen und Zufriedenheit von LGBT-Personen in der psychologischen Beratung oder Betreuung konnten im Rahmen der Recherche keine Schweizer Studien identifiziert werden. Es findet sich in der Literatur jedoch der Hinweis, 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). Rauchfleisch (2016a) hält zudem fest, dass für eine psychologische Beratung und Behandlung eine Unvoreingenommenheit gegenüber sexueller Orientierung und Identität seitens der Therapeut*innen eine Voraussetzung sei. Bei der Suche nach unvoreingenommenen qualifizierten Fachpersonen könnten LGBT-Organisationen hilfreich sein, wie beispielsweise das Transgender Network Switzerland (TGNS), die Lesbenorganisation Schweiz (LOS) oder Pink Cross (Rauchfleisch, 2016a). Rauchfleisch stellte 2017 zudem Missstände in der psychotherapeutischen Betreuung von trans Personen fest und plädierte dafür, die Transidentität zu entpathologisieren und als Variante menschlicher Identitätsentwicklung anzuerkennen. Mit dem neuen ICD-11 ist dies seit 2022 der Fall, ‹Geschlechtsinkongruenz› fällt jetzt unter ‹conditions related to sexual health›, die bisherige Kategorie ‹Transsexualismus› (F64) entfällt. Dies wird dem Umstand gerecht, dass trans Personen nicht unter einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung leiden, die empfundene Diskrepanz zwischen der angeborenen Anatomie und dem wahrgenommenen Geschlecht jedoch oftmals zu einem hohen Leidensdruck führt, 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 derartigen geschlechtsangleichenden Operationen liegen ebenfalls Schweizer Studien

vor, auf die an dieser Stelle lediglich verwiesen werden kann (Bauquis, 2011, 2014; Mijuskovic, Schaefer & Garcia Núñez, 2020).

Ein weiterer relevanter Befund zur Situation in der Schweiz ist, dass LGBT-spezifische und gesundheitsrelevante Themen in der Schweiz nur sporadisch in der medizinischen Ausbildung aufgegriffen werden (Bize et al., 2011). Den Autoren zufolge könnten Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung angegangen werden, indem Fachpersonen in ihrer Ausbildung für LGBT-Themen sensibilisiert werden, so dass sie adäquat auf die Bedürfnisse der Klient*innen eingehen können (Bize et al., 2011). Dies unterstreichen auch die Befunde einer qualitativen Studie aus der Romandie, wonach Gynäkolog*innen die sexuelle Orientierung ihrer Patient*innen in Konsultationen nur selten Beachtung schenken würden. Es sei daher wichtig, das Thema weibliche Homosexualität in gynäkologische Weiterbildungen zu integrieren (Berrut, 2016). Entsprechend dieser Forderungen wurde an der Universität Lausanne eine Studie mit Medizinstudent*innen durchgeführt (Wahlen, Bize, Wang, Merglen & Ambresin, 2020). Die Studie zeigt zwar, dass bereits ein gewisses Wissen hinsichtlich LGBT-Gesundheitsthemen bei den Medizinstudent*innen vorhanden ist, dieses Wissen jedoch durch eine spezifische Vorlesung zu entsprechenden Themen noch verbessert werden kann.

2.1.2 Zugang zu Medizin: LGB (international)

Auch 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 aufgrund des Unwissens 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). Dies gilt auch für den Zugang zu HIV- und AIDS-Interventionen für homosexuelle und bisexuelle Männer. Auch in diesem Kontext stellen Stigma und Diskriminierung Barrieren dar (Wao, Aluoch, Odondi, Tenge & Iznaga, 2016). Entsprechend weisen Studien nach wie vor auf bestehende Lücken in der medizinischen Ausbildung bezüglich LGBT-spezifischen Themen hin (McCann & Brown, 2018). In der Versorgung zur psychischen Gesundheit weisen Studien zwar auf der einen Seite ebenfalls auf verschiedene negativ erlebte Verhaltensweisen der Fachpersonen gegenüber LGB-Personen hin (z. B. Diskriminierung, fehlende Akzeptanz der sexuellen Orientierung seitens Therapeut*innen oder mangelndes Wissen über LGBT-relevante Themen), die eine Barriere für den Zugang darstellen können (McNamara & Wilson, 2020). Auf der anderen Seite zeigt sich jedoch, dass in der Psychotherapie beispielsweise erkannt wurde, dass zum Beispiel LGBT-Jugendliche häufiger unter psychischen Problemen wie Depressionen leiden. Eine Erkenntnis, die zu evidenzbasierten Anpassungen der Behandlung depressiver Symptome für diese Zielgruppe geführt hat. Erste Ergebnisse zu diesen Behandlungen sind erfolgsversprechend (Sheinfil, Foley, Ramos, Antshel & Woolf-King, 2019). Studien zum Zugang zur Gynäkologie, Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, Notfallmedizin oder zur Endokrinologie konnten im Rahmen der Recherchen nicht gefunden werden.

2.1.3 Zugang zu Medizin: 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, Fachpersonal, das 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). Auch der Zugang zur psychologischen und psychiatrischen Versorgung ist für trans Personen erschwert

2. Forschungsstand: Ergebnisse des Literaturreviews

(Snow, Cerel, Loeffler & Flaherty, 2019). Hier 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 weisen Studien darauf hin, dass trans Personen bei der HIV-Versorgung und -Prävention benachteiligt sind (Vaites Fontanari et al., 2019). Studien bezüglich des Zugangs von trans Personen zur Gynäkologie, Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, Notfallmedizin oder zur Endokrinologie konnten nicht identifiziert werden.

2.1.4 Zwischenfazit: Forschungsstand zum Zugang zur Gesundheitsversorgung

In der Schweiz wurden nur wenige Studien zum Zugang zur Gesundheitsversorgung 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 erstere jedoch unzufriedener mit der Gesundheitsversorgung seien. Barrieren im Zugang zur medizinischen Versorgung und insbesondere zur Gynäkologie in der Schweiz zeigen sich auch für FSF. 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. Bemerkenswert ist, dass im Rahmen der Recherchen keine Studien spezifisch zum Zugang von LGBT-Personen zu Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, zur Notfallmedizin, Hausarztmedizin oder zur Endokrinologie identifiziert werden konnten.

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.

2.2.1 Körperliche Gesundheit: LGB (Schweiz)

Zum Thema körperliche Gesundheit von LGB-Personen gibt es kaum Schweizer Studien. In einer älteren Studie wurde die Gesundheit von homosexuellen und 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 zweibis 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 insgesamt. Die schwulen Männer hatten jedoch 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 gaben 88 Prozent an, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand aufzuweisen, lediglich zwei Prozent schätzten ihn als schlecht ein (Béziane et al., 2020). Vergleichbare Studien für weitere LGB-Personengruppen waren in der Schweiz nicht vorhanden, neue Studien fehlten ebenfalls.

2.2.2 Körperliche Gesundheit: T (Schweiz)

Hingegen wurden in der Schweiz einige gesundheitsbezogene Studien bei trans Personen durchgeführt, welche sich 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 untersucht (Ruetsche, Kneubuehl, Birkhaeuser & Lippuner, 2005). Weitere Schweizer Studien haben mögliche medizinische Folgen einer geschlechtsanpassenden Operation analysiert. Demnach kann eine solche Operation das Risiko für Blasenentleerungsstörungen (Kuhn, Hilde-

brand & Birkhäuser, 2007) und Krebs erhöhen (Grosse et al., 2017). Letzteres sei auf häufiger auftretende Läsionen nach geschlechtsangleichenden Operationen zurückzuführen, weshalb ein häufigeres Screening bei dieser Population notwendig sei (Grosse et al., 2017). In einer weiteren Studie wurden mögliche Probleme im Beckenboden beschrieben, die nach einer geschlechtsangleichenden Operation bei trans Personen auftreten können (Kuhn, Santi & Birkhäuser, 2011).

2.2.3 Chronische Erkrankungen: LGBT (international)

Hinsichtlich chronischer Erkrankungen bei LGBT-Personen gibt es einige internationale Studien zu kardiovaskulären Erkrankungen. Laut einer Übersichtsarbeit sind die bisherigen Befunde jedoch widersprüchlich: 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 daher weitere umfassende Studien benötigt (Caceres et al., 2017; Rosendale & Albert, 2020). In einer weiteren Übersichtsarbeit wurden internationale Ergebnisse zu chronischen Erkrankungen bei lesbischen und bisexuellen Frauen zusammengefasst (Meads, Martin, Grierson & Varney, 2018). Hier nach litten lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen häufiger an Asthma; bezüglich koronarer Herzerkrankungen, Bluthochdruck oder Diabetes konnten hingegen keine Unterschiede gefunden werden. Die Autor*innen weisen jedoch darauf hin, dass bei der gegenwärtigen Datenlage die vorhandenen Unterschiede in der Gesundheit nur schwer erklärt werden können, hierfür bedürfte es größerer epidemiologischer Studien auf Populationsebene, in denen auch die sexuelle Orientierung der Personen erhoben werden müsste (Meads et al., 2018). Laut einer weiteren Übersichtsarbeit litten lesbische und bisexuelle Frauen häufiger unter Asthma, Adipositas und Arthritis als heterosexuelle Frauen. Keine Unterschiede wurden hinsichtlich Krebs, Diabetes, Bluthochdruck und der Cholesterolverwerte der Frauen berichtet (Simoni, Smith, Oost, Lehavot & Fredriksen-Goldsen, 2017). Die Autor*innen heben jedoch hervor, dass nur wenige Studien zu dieser Thematik vorhanden seien und die vorliegenden Studien methodische Mängel aufwiesen, wie zum Beispiel eine geringe Anzahl befragter lesbischer und bisexueller Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen (Simoni et al., 2017).

2.2.4 Body-Maß-Index (BMI) und körperliche Aktivität: LGB (international)

International weisen Studien darauf hin, dass lesbische oder bisexuelle Frauen häufiger einen höheren BMI aufwiesen bzw. häufiger adipös seien als heterosexuelle Frauen (Eliason et al., 2015). Zum BMI von homosexuellen und bisexuellen Männern scheint es bisher hingegen weniger Studien zu geben, zumindest konnten hierzu im Rahmen der Recherchen keine Übersichtsarbeiten gefunden werden. Allerdings gibt es eine systematische Übersichtsarbeit zu ihrer körperlichen Aktivität, deren Ergebnisse zumindest tendenziell darauf hinweisen, dass homo- und bisexuelle Männer höhere körperliche Aktivitäten, homo- und bisexuelle Frauen hingegen geringere körperliche Aktivitäten aufwiesen als ihre jeweilige heterosexuelle Vergleichsgruppe (Herrick & Duncan, 2018).

2.2.5 Körperliche Gesundheit: T (international)

Die Gesundheit von trans Personen erhält erst seit Kurzem größere Beachtung in der Forschung. Die bisher am häufigsten untersuchten Gesundheitsthemen bei trans Personen sind HIV, psychische Gesundheit und Diskriminierung (Sweileh, 2018). Des Weiteren befasst sich eine Vielzahl an internationalen Studien mit den Auswirkungen einer Hormontherapie bei trans Personen (Delgado-Ruiz, Swanson & Romanos, 2019; Dinesh, Franz & Kueth, 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 bisher hingegen nur wenige Studien durchgeführt. Zwei dieser Studien weisen 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 konnten im Rahmen der Recherchen nicht gefunden werden.

2.2.6 Zwischenfazit: Forschungsstand zur körperlichen Gesundheit von LGBT-Personen

In der Schweiz gibt es keine aktuellen Studien zur körperlichen Gesundheit von LGBT-Personen. In einer älteren Studie aus dem Jahr 2007 wur-

de die körperliche Gesundheit von homo- und heterosexuellen Männern verglichen. Hiernach schätzte zwar die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmer beider Gruppen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, homosexuelle Männer schnitten jedoch in vielen Bereichen (z. B. Cholesterol- und Blutzuckerwerte, Häufigkeit von Symptomen wie Müdigkeit oder Kopfschmerzen) im Vergleich zu heterosexuellen Männern schlechter ab. Allerdings wiesen die untersuchten homosexuellen Männer einen geringeren BMI auf. Auch die überwiegende Mehrheit, der in einer aktuelleren Westschweizer Studie befragten FSF, schätzten ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein, lediglich zwei Prozent schätzten ihn als schlecht ein. Für weitere LGB-Personengruppen und deren körperlicher Gesundheit fehlen jedoch Schweizer Studien. Besser sieht die Studienlage bezüglich der körperlichen Gesundheit von trans Personen aus. Die vorliegenden Studien beziehen sich allerdings in der Regel auf für diese Bevölkerungsgruppe spezifische medizinische Aspekte, wie etwa die Folgen von Hormontherapien oder von einer geschlechtsangleichenden Operation.

Der Mangel an Studien zur körperlichen Gesundheit von LGBT-Personen zeigt sich auch international, und die bisher durchgeführten Studien weisen oftmals methodische Mängel auf, weshalb die vorhandenen Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind. Die vorliegenden Befunde deuten darauf hin, dass lesbische und bisexuelle Frauen tendenziell einen höheren BMI aufweisen und körperlich weniger aktiv sind als heterosexuelle Frauen. Bei homo- und bisexuellen Männern ist dies hingegen anders: diese berichten tendenziell von mehr körperlicher Aktivität als heterosexuelle Männer. Zum BMI liegen für diese Gruppen keine Befunde vor. Das Gleiche gilt für den BMI und die körperliche Aktivität von trans Personen.

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.

2.3.1 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 wurden qualitative Studien zu Freiern und Sexarbeitern im Schweizer mann-männlichen Sexgewerbe durchgeführt (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, 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 Romandie ausfindig gemacht werden, die deren sexuelle und reproduktive Gesundheit beleuchten (Berrut, Descuves, Romanens-Pythoud & Jeannot, 2020; Béziane et al., 2020). Zu **trans Menschen** liegt bisher 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 Einbezug 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.

2.3.2 Anzahl der Partnerinnen und Partner: LGB (Schweiz)

FSF – inkl. lesbische und bisexuelle Frauen

Auf Grundlage einer Querschnittsstudie mit 324 FSF aus der Romandie von 2012 schätzen Berrut et al. (2020), dass ungefähr vier Prozent der Frauen in der Schweiz im Verlaufe ihres Lebens mindestens eine weibliche Sexualpartnerin hatten. Dies entspricht ca. 120 000 Frauen im Alter von 16 bis 70 Jahren (Berrut et al., 2020). In der Studie selbst gaben 38 Prozent der befragten FSF an, 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. 16 Prozent der befragten FSF hatten ein oder mehrere Kind/er. Der Wunsch, Eltern zu werden, war bei der jüngeren Generation ausgeprägter als bei der älteren. 29 Prozent sagten, dass sie Gewalt in einer lesbischen Beziehung erlebt haben. Zwar wurden in der Studie lesbische, bisexuelle und andere FSF sowie trans Frauen befragt, auf dem veröffentlichten Poster wurde jedoch nicht auf allfällige Gruppenunterschiede eingegangen. Eine weitere Befragung von Schweizer FSF im Jahr 2019 zeigt, dass 10 Prozent der FSF in den letzten 12 Monaten keine*n Sexualpartner*innen hatten, 83 Prozent hingegen 1 bis 5 Sexualpartner*innen (Béziane et al., 2020). Auch in dieser Studie wurden lesbische, bisexuelle, andere FSF und trans Frauen befragt, ohne dass allfällige Gruppenunterschiede untersucht wurden.

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 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 (Weber et al., 2019). 99 Prozent 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 hierbei zum Beispiel klar, dass sich knapp 82 Prozent der MSM ausschließlich von Männern angezogen fühlten. 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 seien; hierbei zeigten sich nur unwesentliche Unterschiede zwischen HIV-positiven und HIV-negativen MSM. Über die Hälfte der befragten MSM lebte 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 hat in den letzten 12 Monaten Sex mit nicht-festen Partnern gehabt (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

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

solchen Kontakten festgestellt werden konnten als bei den befragten heterosexuellen Männern (Waldis et al., 2020).

2.3.3 Anzahl der Partnerinnen und Partner: T (Schweiz)

Die einzige vorliegende Untersuchung zu Sexualität und Partnerschaft von trans Personen in der Schweiz befragte fünf Paare (trans Mann und cis Frau) und kam zum Schluss, dass (sexuell) befriedigende Beziehungen, Stabilität und Normalität in den Partnerschaften möglich sind. Das männliche Geschlecht des trans Manns werde gegenseitig bestätigt und anerkannt; für die cis Frauen spielten «weibliche» psychologische Attribute des trans Manns eine Rolle; diese seien für sie ein Gewinn, um sich auf die Beziehung einzulassen und sich zu öffnen (was in der Beziehung zu anderen Männern schwieriger gewesen sei) (Kraemer et al., 2010).

2.3.4 Anzahl der Partnerinnen und Partner: LGB + T (international)

Der genannte EMIS-2017-Bericht, dem Daten zu **MSM** in 50 europäischen Ländern zugrunde liegen, zeigt hinsichtlich 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 mit 18 Prozent etwas weniger (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 Sexuelleben 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 (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 von trans Personen gibt jedoch auch diese Studie keine Hinweise. Ein systematisches Review zu sexueller Gesundheit und Reproduktion von 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).

2.3.5 Schutz- und Risikoverhalten im Kontext von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) sowie Risikoreduktionsstrategien: LGB (Schweiz)

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 324 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 Romandie große Forschungslücken hinsichtlich des Schutz- und Risikoverhaltens von 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 West-

schweizer Studie befragten FSF der Auffassung, dass es (große) Risiken der STI-Übertragung beim Sex zwischen Frauen gebe (Béziante 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 vor allem im Rahmen einer Routinekontrolle oder aufgrund eines sexuellen Risikokontakts (Béziante 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 hiernach vorwiegend in den größeren städtischen Zentren vor (u. a. Zürich, Genf). In der EMIS-2017-Studie gaben 11 Prozent der Befragten an, mit HIV zu leben (Weber et al., 2019). 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 (Locicero et al., 2012; Locicero & 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 erschweren. Entgegen der in den letzten Jahren aufkeimenden Diskussion zu Sex unter Drogen (sog. Chemsex, vor allem 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 vor allem 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 nach zu HIV/STI-Schutz- und Risikoverhalten in der Schweiz keine Studien vor.

2.3.6 Schutz- und Risikoverhalten im Kontext von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) sowie 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 bzw. 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 Prozent lagen die Schweizer MSM jedoch leicht 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).

2.3.7 Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie: LB (Schweiz)

FSF – inkl. lesbische und bisexuelle Frauen

Nur 69 Prozent der 324 befragten Frauen gaben in der genannten Westschweizer Studie an, im Verlaufe der letzten drei Jahre eine gynäkologische Kontrolle gehabt zu haben (Berrut et al., 2020). Dies erklären die Studienautor*innen mit mangelnder Motivation (Verhütung, Schwangerschaft) sowie homophober oder heterozentrierter Medizin. D. h., das medizinische Personal macht keine oder weniger Abstriche bei FSF und geht fälschlicherweise davon aus, dass bei FSF keine Risiken bezüglich Humanen Papillomaviren (HPV) oder anderen STI bestehen.

Zu trans Menschen liegen unseres Wissens nach keine Studien zu diesen Themen vor.

2.3.8 Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie: LB + T (international)

Ein systematisches Review und explorative Metaanalyse fand, dass bisexuelle Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen häufiger unter chronischem Beckenschmerz («chronic pelvic pain») und Gebärmutterhalskrebs («cervical cancer») litten. Lesbische Frauen hingegen seien seltener von Gebärmutterkrebs («uterine cancer») betroffen als heterosexuelle Frauen (Robinson, Galloway, Bewley & Meads, 2017).

2.3.9 Zwischenfazit: Forschungsstand zur sexuellen Gesundheit von LGBT-Personen

Zur Anzahl der **Partnerinnen und Partner** sowie 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 insgesamt 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 – zeigt sich auch bei den Themen **Gebärmutterhalsabstrich und Mammografie**. 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, ebenso wie

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.

2.4.1 Substanzkonsum: LGB (Schweiz)

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 Methylendioxyamphetamin]) 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 mit dem Konsumverhalten heterosexueller Männer wurde in dieser Studie jedoch nicht vorgenommen, weshalb die Ergebnisse hier nicht berichtet werden. Eine ältere 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). Verschiedene Schweizer Studien zu Rauchstopp-Interventionen für schwule Männer deuten darauf hin, dass spezifische Interventionen die Partizipation der Zielgruppe an solchen Interventionen erhöhen können (Dickson-Spillmann, Sullivan, Zahno & Schaub, 2014; Schwappach, 2008, 2009). Auch FSF in der Romandie weisen im Vergleich zur übrigen weiblichen Population der Schweiz höhere Werte bezüglich des gelegentlichen und regelmäßigen Konsums von psy-

choaktiven Substanzen auf (Alkohol, Tabak, Cannabis, Kokain, Heroin, psychotrope Medikamente) (Béziane et al., 2020).

2.4.2 Substanzkonsum: T (Schweiz)

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.

2.4.3 Substanzkonsum: 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 Substanzen, 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 durchgeführt worden, die auf eine Reduktion des Alkoholkonsums und Konsums weiterer Substanzen bei schwulen und bisexuellen Männern abzielten (Carrico, Zepf, Manley, Batchelder & Stall, 2016; Wray et al., 2016). Wie oben ausgeführt, weisen verschiedene internationale Studien zu Chemsex von schwulen Männern darauf hin, dass Chemsex zwar von einer Minderzahl schwuler Männer praktiziert wird, Chemsex jedoch mit sexuellem Risikoverhalten, wie ungeschütztem Analverkehr, und somit mit 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 offenbar noch nicht vor.

2.4.4 Substanzkonsum: T (international)

Mehrere internationale Studien zeigen, 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. Die vorhandenen Studien weisen allerdings auf einen höheren Konsum von Alkohol und illegalen Drogen (z. B. Amphetamin, Kokain) von trans Personen im Vergleich zu cis Personen hin; darüber hinaus weisen trans Personen ein höheres Risiko auf, eine Abhängigkeit von Alkohol oder Cannabis zu entwickeln, wie der *Global Drug Survey* zeigt (Connolly & Gilchrist, 2020). In dieselbe Richtung weisen die Ergebnisse der bisher weltweit größten Studie zu trans Personen (James et al., 2016). Auch hier zeigte sich, dass trans Personen häufiger Marihuana, rezeptpflichtige Medikamente ohne Verordnung und illegale Drogen konsumierten als die übrige US Bevölkerung. Beim Tabakkonsum konnte hingegen kein Unterschied festgestellt werden (James et al., 2016). In mehreren Studien wurden auch mögliche Zusammenhänge von transphobischer Diskriminierung oder Gewalt und dem Konsum von illegalen Drogen, Alkohol oder Medikamenten berichtet (Connolly & Gilchrist, 2020). Dabei ist jedoch zu beachten, dass es sich hierbei um Korrelationen handelt. Aufgrund mangelnder Längsschnittstudien können keine Aussagen zu Ursache-Wirkungs-Beziehungen gemacht 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 der USA.

2.4.5 Zwischenfazit: Forschungsstand zum Substanzkonsum

Der Substanzkonsum von homosexuellen und bisexuellen Männern wurde für die Schweiz innerhalb der EMIS-Studie untersucht. Ein Vergleich zu heterosexuellen Männern wurde in dieser Studie jedoch nicht durchgeführt. Eine ältere Studie aus dem Jahr 2007 zeigt allerdings, dass schwule Männer in der Schweiz signifikant häufiger rauchen und illegale Drogen konsumieren als heterosexuelle Männer. Das Gleiche gilt für FSF in der Romandie, auch diese konsumieren häufiger psychoaktive Substanzen und psychotrope Medikamente als heterosexuelle Frauen. Umfassende Studien zum Substanzkonsum von lesbischen und bisexuellen Frauen in der Schweiz fehlen jedoch bisher. Ebenfalls fehlen in der Schweiz Studien zum Substanzkonsum von trans Personen. Internationale Studien weisen jedoch 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 Forschungsbeiträge zur psychischen Gesundheit von LGBT-Personen allgemein eingegangen. Anschließend werden Befunde zur Suizidalität und Depressionen bzw. zu depressiven Symptomen bei LGBT-Personen zusammengefasst.

2.5.1 Psychische Gesundheit: Überblick Schweiz

Die Studienlage zur psychischen Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz ist besser als zu den bisherigen Themenbereichen. Insgesamt konnten 18 Studien im Rahmen der Recherchen identifiziert werden. Die meisten dieser Beiträge beziehen sich auf die psychische Gesundheit von trans Personen, drei Studien auf die psychische Gesundheit von homosexuellen Personen.

Untersuchungen zu Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung von LGBT-Personen auf ihre psychische Gesundheit beziehen sich häufig auf das sog. Minderheitenstress-Modell (*Minority Stress Model*) (Meyer, 2003). Dies gilt auch für den Schweizer Kontext (Garcia Nuñez & Schneeberger, 2018). Aufgrund seiner Relevanz in diesem Zusammenhang wird dieses Modell im Folgenden kurz vorgestellt: Das Minderheitenstress-Modell 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).

2.5.2 Psychische Gesundheit: LGB (Schweiz)

Im Rahmen der Recherchen konnten nur drei Schweizer Studien zum Thema «psychische Gesundheit» bei homosexuellen Personen identifiziert

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

werden, die alle einen unterschiedlichen Forschungsschwerpunkt haben. Wicki, Marmet, Studer, Epaulard und Gmel (2020) untersuchten 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 dabei nicht nur den Kategorien homo-, bi- und heterosexuell zugeordnet, die Studie ließ außerdem eine nicht eindeutige Zuteilung der sexuellen Orientierung wie «eher homosexuell» oder «eher heterosexuell» zu. Diese Aufteilung hat sich als wichtig herausgestellt, um zu vermeiden, dass gruppeninterne Unterschiede vernachlässigt werden. Im Ergebnis identifizierten sich rund 89 Prozent der Teilnehmer als heterosexuell, 7 Prozent als «meistens heterosexuell», 1 Prozent als bisexuell, knapp 1 Prozent als «meistens homosexuell» und 2 Prozent als homosexuell. Die teilnehmenden Männer wurden zu potenziellen psychischen Belastungen (wie Stress, depressive Symptome, allgemeine schlechte psychische Verfassung und allgemeine Lebenszufriedenheit) sowie zu Substanzkonsum und Verhaltenssüchten befragt. Dabei zeigte sich für fast alle dieser Indikatoren für einen schlechten psychischen Gesundheitszustand ein signifikanter Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung der befragten Männer; die einzigen Ausnahmen waren Spielsucht und exzessives Trainieren. Die höchste Belastung durch psychische Probleme zeigten die Männer, die sich als meist heterosexuell, bisexuell oder meist homosexuell identifizierten, 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 Befragung einer Gelegenheitsstichprobe in der Romandie ($n = 409$) von vorwiegend FSF weist in dieselbe Richtung. Hier gaben 13 Prozent der befragten Personen an, sich immer oder meistens mutlos und traurig zu fühlen (Béziane et al., 2020). 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 Vergleiche gezogen (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 subjektiven Empfinden von Diskriminierung auch objektive Variablen enthielt, wie beispielsweise Ausschluss von sozialen Anlässen, Kündigungen oder andere berufliche Benachteiligungen (Schneeberger et al., 2002). Von allen befragten Personen hatte rund ein Drittel bereits subjektive Diskriminierungen am Arbeitsplatz erlebt. Bei den «Hochdiskriminierten» war erwartungsgemäß 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). Letztlich zeigt die Studie, 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).

Die internationale Metastudie von Misoch (2017) befasst 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 entstehe ein hohes Risiko für soziale Isolation und Vereinsamung. Es zeigte sich zudem, dass das soziale Netzwerk bei älteren homosexuellen Menschen vor allem aus Freund*innen 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 im Vergleich zu den Männern etwas häufiger auf familiäre Unterstützung im Alter zählen können. Unabhängig vom Geschlecht fühlten 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 gebe einige ältere homosexuelle Menschen, welche sich beispielsweise vor einer Diskriminierung fürchteten, wenn sie einmal pflegebedürftig werden (Misoch, 2017).

2.5.3 Psychische Gesundheit: T (Schweiz)

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, Hischer & 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 im Rahmen der Recherchen identifizierten 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

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.

Geschlechtsidentifikation als Norm gefordert wird, kann dies einen hohen Leistungs- und Anpassungsdruck zur Folge haben, 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 genderysphorischen 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, z. B. für die korrekte Anrede der Kinder, für die Erstellung einer korrekten Diagnose und die therapeutische Begleitung und Unterstützung von trans Kindern. In einer philosophisch-psychoanalytischen Arbeit befassen sich Schmuckli und Gross (2016) mit der Beziehung zwischen cis Therapeut*in und trans Menschen. Dabei halten sie fest, 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 sei diese «Störung» auch im medizinischen Kontext zu wenig erforscht und bekannt, was zu einer diskriminierenden Grundhaltung der Betreuer*innen führen könne 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 betonen 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 Ge-

schlecht von ihrem sozialen Umfeld, den Betreuer*innen sowie von der Gesellschaft akzeptiert würden (Medico & Zufferey, 2018).

Dass es jedoch auch große Unterschiede zwischen 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 litten, da sie sich nicht positionieren konnten. Wiederum andere hatten bis zu Beginn ihrer Pubertät kein problematisches Verhältnis zu ihrem Geschlecht. Auf Grundlage eines qualitativen Vergleichs kamen die Autor*innen zu dem 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).¹⁰

Weitere Forschungsbeiträge zur psychischen Gesundheit bei trans Personen in der Schweiz 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. In ihre 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

10 Auch Giannetti (2004) widmete ihre Diplomarbeit der Erforschung der Identitätsentwicklung bei trans Menschen und berücksichtigte dabei gesellschaftliche, historische und institutionelle Rahmenbedingungen.

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 bildet und nicht zwingend mit schweren psychiatrischen Komorbiditäten zusammenhängt (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. (2015), 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. (2015) 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 begrenzte 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 «schmerzhafte 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 biologischen Geschlecht und ihrer Geschlechtsidentität leiden (Rauchfleisch, 2016b).

2.5.4 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 der Homo- bzw. Bisexualität von Jugendlichen im Alter zwischen 10-25 Jahren und verschiedenen psychischen Problemen befasst haben, 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 das Review von Mongelli et al. (2019) beschäftigt sich mit «Minderheitenstress bei sexuellen Minderheiten und psychischer Gesundheit». Sie konnten hierfür 62 Literaturbeiträge mit dem Schwerpunkt auf Depression, Suizidalität oder Substanzkonsum bei LGBT-Personen einschließen (Mongelli et al., 2019). Dabei haben alle analysierten Studien das ‹Gender-Minority-Stress-Model› verwendet, um das erhöhte Risiko für psychische Belastungen bei LGBT-Personen zu erklären. Ein weiteres systematisches Literaturreview widmete sich der psychischen Gesundheit bei trans und geschlechtsunkonformen Personen (TGNC) (Valentine & Shipherd, 2018). Dafür wurden 77 amerikanische Studien analysiert und da-

rauf geschaut, welche Elemente sie vom Minoritätenstress-Modell zur Erklärung des erhöhten Risikos für psychische Belastung und psychische Erkrankungen bei TGNC-Personen verwendet haben. Die Autor*innen kamen zum Schluss, 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 genannten Schweizer Studien konnten Valentine and Shipherd (2018) soziale Unterstützung und Verbundenheit mit der Gemeinschaft als wichtige Resilienz-faktoren identifizieren.

2.5.5 Suizidalität: Überblick Schweiz

Zum Thema Suizidalität bei LGBT-Personen konnten im Rahmen der Literaturrecherchen sieben Schweizer Studien identifiziert werden, wobei sich nur eine dieser Studien mit der Suizidalität bei trans Personen resp. trans Jugendlichen in der Romandie befasste. Im Einzelnen:

Suizidalität: LGB (Schweiz)

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 beein-

flusst. 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 Multicenter 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 zu 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 Männern¹¹ die Gründe für Suizidversuche, wie sie von den befragten Männern selbst wahrgenommen wurden, und deren Einfluss auf die Schwere der suizidalen 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.

11 Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 37 Jahren.

Eine Befragung von 409 FSF in der Romandie 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 ein Drittel der Befragten, die Suizidgedanken hatten oder einen Suizidversuch unternommen hatten, haben eine Fachperson konsultiert, um darüber zu sprechen (Béziane et al., 2020).

Suizidalität: T (Schweiz)

Unsere Literaturrecherche ergab nur eine Studie, die sich mit der Suizidalität bei trans Personen in der Schweiz beschäftigte. In dieser qualitativen Studie untersuchten Medico, Pullen Sansfaçon, Galantino und Zufferey (2020) 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, Suizidgedanken 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 transgender 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 darstelle. 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.

2.5.6 Suizidalität: LGB + T (international)¹²

Die Befunde internationaler Studien weisen in dieselbe Richtung wie die genannten Schweizer Studien. Auch sie zeigen übereinstimmend, dass sexuelle Minoritäten¹³ 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 vielschichtigen 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 Coming-out ein LGBT-spezifischer Risikofaktor (Hegna & Wichstrøm, 2007; Skerrett, Kolves & Leo, 2016), ein niedriges Selbstwertgefühl (Hegna & Wichstrøm, 2007) dagegen ein allgemeiner Risikofaktor.¹⁴ 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).

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

13 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. Weitere Definitionen von (SMY) (sexual minority youth) verweisen auch auf Pansexuelle, Asexuelle, polyamurös Liebende und weitere Spielarten der Sexualität (Yıldız, 2018).

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

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, Kölves & Leo, 2017),
- Unzufriedenheit mit der eigenen Erscheinung (Skerrett et al., 2016),
- psychische Störungen (Cardom, Rostosky & 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).

2.5.7 Depression: Überblick Schweiz

Einige der vorgestellten Studien, die sich mit den Auswirkungen von Diskriminierung und Stigmatisierung von LGBT-Personen auf deren psychische Gesundheit befasst haben, 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 konnten keine Schweizer Studie identifiziert werden, die sich ausschließlich mit Depressionen bei homo- und bisexuellen Personen beschäftigt haben und nur eine Schweizer Studie zu Depressionen bei trans Personen. Im Rahmen

dieser Studie haben Jäggi et al. (2018), ähnlich wie Ott et al. (2017), untersucht, 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 stützen frühere Forschungsbeiträge (Garcia Núñez et al., 2015; Ott et al., 2017;), insofern Jäggi et al. (2018) einen Zusammenhang zwischen internalisierter Transphobie und depressiven Symptomen nachweisen konnten. Zur Internalisierung der Transphobie kommt es dabei durch eine konstante Konfrontation mit diskriminierenden bzw. stigmatisierenden Botschaften aus der Umwelt (Jäggi et al., 2018). Bemerkenswert ist, dass – wie Ott et al. (2017) – die Autor*innen keinen signifikanten Effekt der Resilienzfaktoren Stolz und Gemeinschaftsverbundenheit auf den Umgang mit Diskriminierung bei den betroffenen trans Personen feststellen konnten. Am Beispiel der Gemeinschaftsverbundenheit konnten sie jedoch zeigen, warum es so schwierig ist, signifikante Resilienzfaktoren zu erkennen. So verhielten sich bestimmte Faktoren, wie eben die Gemeinschaftsverbundenheit, 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 Autor*innen beider Studien empfehlen deshalb, weitere Forschung bezüglich der Resilienzfaktoren bei trans Personen im Minoritätenstress-Modell anzustreben (Jäggi et al., 2018; Ott et al., 2017).

2.5.8 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 abgefragten 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 knapp fünf Prozent 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 wurden auch in den systematischen internationalen Reviews Depressionen bei LGBT-Personen häufig mit dem «Gender Minority Stress Model» analysiert (Gilbey et al., 2020; Mongelli et al., 2019; Valentine & Shipherd, 2018).

2.5.9 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.

2.5.10 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 sowohl 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 Eva-

luation und Weiterentwicklung von Interventions- und Präventionsmaßnahmen zur psychischen Gesundheit von LGBT-Personen ermöglichen. Die Literaturanalyse zeigt zudem eine nationale und internationale Forschungslücke bezüglich der Einnahme von Psychopharmaka bei LGBT-Personen auf.

Insgesamt ist hinsichtlich der psychischen Gesundheit von LGBT-Personen wichtig zu beachten, 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 Schikanierungen, Bullying in der Schule oder am Arbeitsplatz, keine Akzeptanz der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität durch Familienmitglieder und Freund*innen, oder internale Faktoren, wie internalisierte Homo-, Bi- oder Transphobie, psychische Erkrankungen oder ein sehr geringes Selbstwertgefühl, die das Risiko für Depressionen und Suizidalität bei LGBT-Personen erhöhen.