

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.²⁴ 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).²⁵ 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).²⁶ Tabelle 1 gibt einen Überblick über die sozio-demografischen Merkmale der

24 Die Operationalisierung ausgewählter Indikatoren ist in Anhang 2 in Krüger et al. (2022) zusammengefasst.

25 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.

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

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› gibt 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.²⁷

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

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

	SGB (2012, 2027) (n = 29 793)*				<LGBT Health> (n = 2 064)				
	Übrige Bevölkerung (n = 28 935)	Schul (n = 165)	Lesbisch (n = 71)	Bisexuelle Personen (n = 622)	Schul/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)

Höchster Bildungsabschluss		«Übrige Bevölkerung» (n = 28 935)	Schul (n = 165)	Lesbisch (n = 71)	Bisexuelle Personen (n = 622)	Schul/gay (cis) (n = 655)	Lesbisch (cis) (n = 501)	Bisexuell (cis) (n = 386)	Trans Perso- nen (n = 279)	Non-binäre Personen (n = 243)
	(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 (beruf. 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										
	Gentferseeregion	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 %)
	Zentral-schweiz	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 %)

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 bei einer HIV-Infektion sowie sozialer Bewegungen ab 1942 verschiedene Zeiträume identifizieren lassen, die LGB(T)-Personen in der Schweiz unterschiedlich geprägt haben dürften.²⁸ Diese sind

- **Kohorte 1:** Vor 1942 Geborene (1942: Einführung Eidg. Strafbuch: 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)

28 Die Fortsetzung dieser Entwicklungen zeigt sich an zwei Gesetzesänderungen, die 2022 in Kraft getreten sind: 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 seit dem 1. Juli 2022 ist die ‹Ehe für alle› in Kraft getreten.

- **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 haben²⁹, 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

29 An der ‹LGBT Health› hatten 50 Personen im Alter von 15 bis 16 Jahren und 2 Personen im Alter von über 78 Jahren teilgenommen.

4. Ergebnisse

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, wobei hier das durchschnittlich geringere Alter der befragten bisexuellen und trans/non-binären Personen bedacht werden muss (vgl. Tab. 1). 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 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. 4.3.1.8).

86 Prozent der im Rahmen der SGB Befragten hatte einen **persönlichen Hausarzt bzw. eine persönliche Hausärztin**, wobei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Befragungswellen bestanden.³⁰ 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 %).³¹ Darüber hinaus waren es häufiger Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht oder mittelmäßig beurteilt haben (92,2 %).³² 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.³³

30 Die Frage haben 18 567 Personen (gewichtet) beantwortet.

31 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.

32 85 Prozent der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut beurteilt haben, gaben an, eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin zu haben.

33 $p = .106$; eine Zelle hatte erwartete Häufigkeiten kleiner 5, so dass die Ergebnisse fehlerhaft sein können.

4. Ergebnisse

Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und Nettoeinkommens 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 ($OR = 1,56$)³⁴.

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 %),³⁵ wobei sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen (L, G, B, T) zeigten³⁶, 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 Gesundheitsfachpersonen³⁷ 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.

Zwar hatte die überwiegende Mehrheit eine*n persönliche*n Hausarzt/-ärztin, diese sind aber nicht zwangsläufig für LGBT-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 Ansprech-

34 $p < .001$

35 2 048 Personen haben diese Frage beantwortet.

36 $p = .537$

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

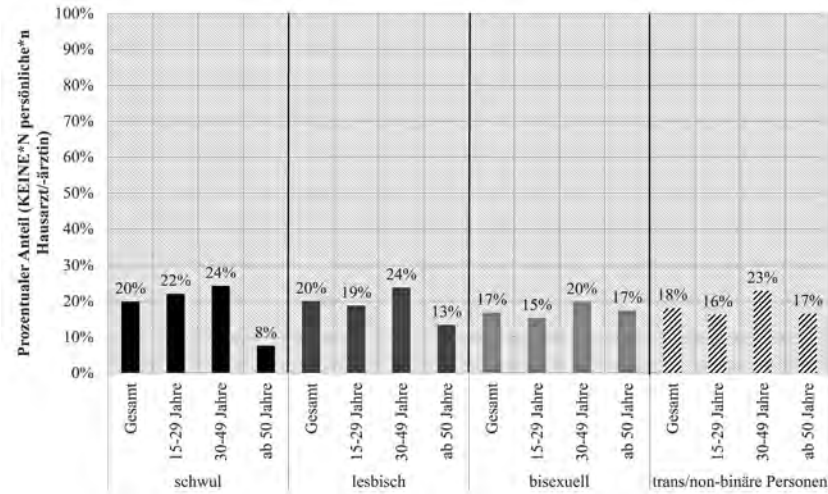


Abbildung 2: Persönliche*r Hausarzt/-ärztin (keinen), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

partner*in zu haben, der bzw. die für LGB-Themen sensibilisiert ist.³⁸ 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 weniger.^{39,40} Selbst unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus

38 Diese Frage haben 1 830 Personen beantwortet.

39 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: $\chi^2(3) = 110,850; p < .001$.

40 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 ($\chi^2(4) = 71,119; p < .001$).

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.⁴¹ Bemerkenswert ist, dass für die befragten LGB cis Personen mehrheitlich der Hausarzt bzw. die Hausärztin (Allgemeinmediziner*innen, Familienärzt*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 %).⁴²

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.⁴³ 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.⁴⁴ 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/Hausärzte/-ärztinnen (24,2 %).⁴⁵ Der hohe Anteil an Personen, die über eine für LGB/trans Themen sensibilisierte Fachperson verfügten, 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 Transi-

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

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

43 447 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

44 $\chi^2(2) = 110,057$; $p < .001$

45 231 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

tion unterzogen.⁴⁶ 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.⁴⁷

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 allein verschwindet. Zu den anderen häufiger genannten Gründen zählten:

- keine medizinische Behandlung benötigt (43,0 %);
- zu hohe Kosten für die Untersuchung bzw. Behandlung (30,1 %);
- Angst, was die Gesundheitsfachpersonen sagen könnte (27,6 %);
- aus beruflichen Gründen keine Zeit gehabt (24,8 %);
- keine*n gute*n Arzt bzw. Ärztin kennen (21,0 %).⁴⁸

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.⁴⁹ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und des subjektiven Gesundheitszustands der Befragten hatten schwule cis Männer

46 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.

47 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.

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

49 $\chi^2(3) = 34,865; p < .001$

im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit, aus Kostengründen auf eine Gesundheitsleistung verzichtet zu haben ($OR = 0,67$).⁵⁰ 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 Diskri-

50 $p = .024$

minierungs- 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:

- aus Angst vor dem, was die Gesundheitsfachperson sagen könnte (41,1 % vs. 18,6 %-33,6 %) ⁵¹,
- aus mangelndem Vertrauen Gesundheitsfachpersonen, Spitälern etc. gegenüber (26,7 % vs. 7,6 %-20,8 %) ⁵²,
- weil sie keine*n gute*n Arzt bzw. Ärztin kennen (33,1 % vs. 15,4 %-21,7 %) ⁵³ oder
- aus Sorge, aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität diskriminiert zu werden (35,6 % vs. 7,8 %-10,1 %) ⁵⁴.

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

4.2.1.2 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 Medizinstudieren-

51 $\chi^2(3) = 76,589; p < .001$

52 $\chi^2(3) = 82,743; p < .001$

53 $\chi^2(3) = 52,276; p < .001$

54 $\chi^2(3) = 184,686; p < .001$

de 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. 4.2.2). 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 (inkl. Zwischenfazit)

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.⁵⁵ Dabei wurde jeweils nach

55 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 Erin-

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 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.⁵⁶ 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.⁵⁷ Bemerkenswert ist, dass – unabhängig vom Kontext – gut zwei Drittel der Befragten (67,6 %),⁵⁸ 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 Pro-

nerung 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 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]).

56 1 966 Personen haben Angaben zu dieser Frage gemacht.

57 1 944 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

58 Hier konnten die Antworten von 1 888 Personen eingeschlossen werden.

zent (zudem) in anderen Situationen.⁵⁹ 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.⁶⁰

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).⁶¹ 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.⁶² Dieser Zusammenhang zwischen sexueller bzw. Geschlechtsidentität und Diskriminierungs-/Gewalterlebnissen war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und Nettoeinkommens 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.⁶³ Darüber hinaus zeigten sich ein signifikanter Geschlechter- und Alterseffekt, wobei Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) ($OR = 2,02$)⁶⁴ und ältere (30-49 Jahre [$OR = 1,84$]; ab 50 Jahre [$OR = 1,55$])⁶⁵ 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;

59 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.

60 Hierzu konnten Angaben von 1 271 Personen eingeschlossen werden.

61 $\chi^2(3) = 110,396; p < .001$

62 $\chi^2(3) = 117,183; p < .001$

63 Jeweils $p < .001$

64 $p < .001$

65 $p < .001$ bzw. $p = .020$

vgl. Anhang 1) zeigten sich hingegen keine bedeutenden Unterschiede.⁶⁶ 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.⁶⁷ Das Gleiche galt für trans/non-binäre Personen, die mit mindestens einer Gesundheitsfachperson über ihre Geschlechtsidentität gesprochen hatten.⁶⁸

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 ($OR = 4,93$).⁶⁹

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

66 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.

67 $\chi^2(3) = 33,452; p < .001$

68 $\chi^2(3) = 16,390; p < .001$

69 Jeweils $p < .001$

4. Ergebnisse

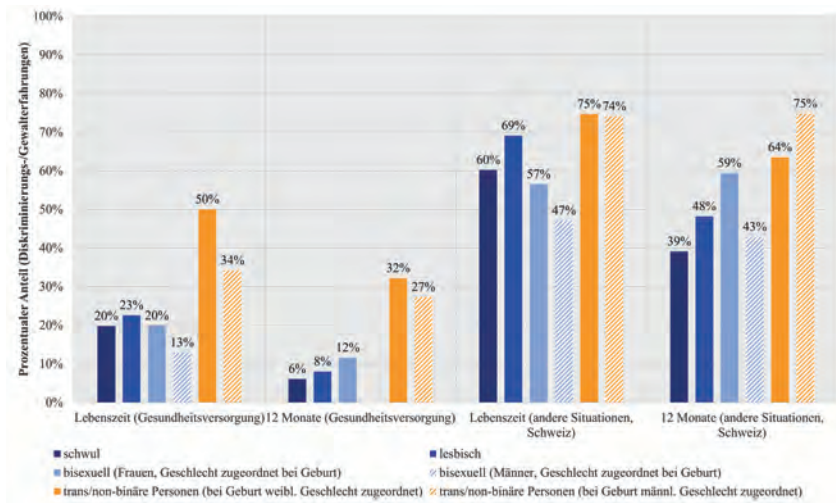


Abbildung 3: Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen in der Schweizer Gesundheitsversorgung und in anderen Situationen in der Schweiz (Lebenszeit, letzte 12 Monate), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

ihre Folgen, die Durchführung von aus Sicht der Patient*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 Promiskuität⁷⁰ 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 Personen 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.⁷¹ Bei diesen Personen hatte es sich mehrheitlich um Ärzt*innen (57,9 %) sowie Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen (15,5 %) gehandelt.⁷² 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 %).⁷³

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

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

72 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.

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

4. Ergebnisse

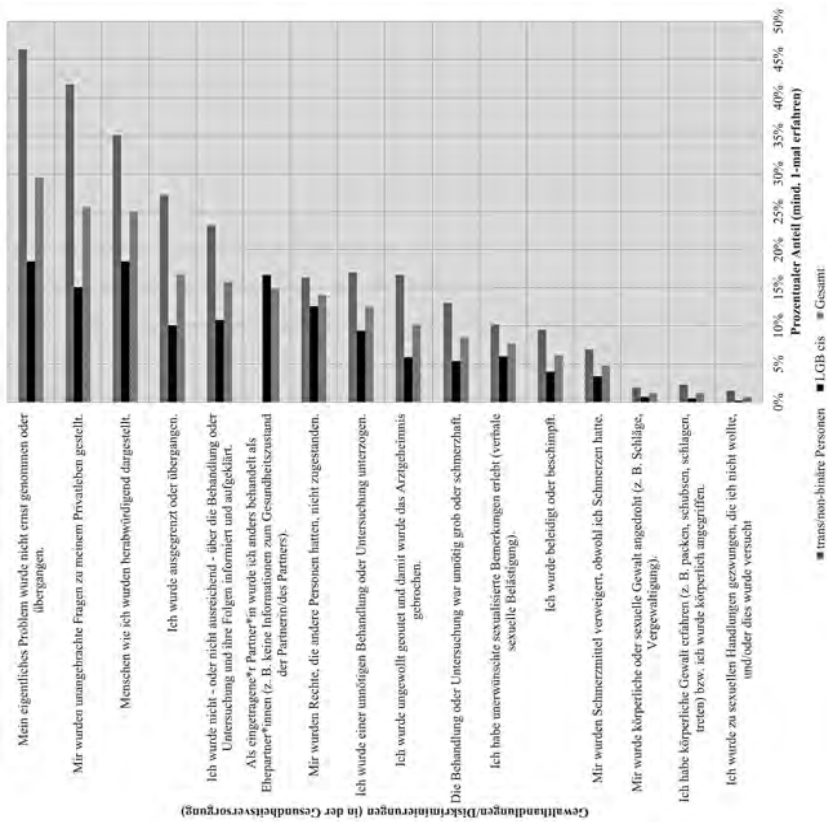


Abbildung 4: Art der letzten Diskriminierungs- und Gewalterfahrung in der Schweizer Gesundheitsversorgung (Daten: <LGBT Health>)⁷⁴

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,

74 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.

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.

Zwischenfazit: Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen

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 ungeollt 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).⁷⁵ 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 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.

75 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.

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).⁷⁶ 2017 legten 56 Prozent Wegstrecken im Alltag (auch) mit

⁷⁶ Insgesamt haben 29 849 Personen (gewichtet) diese Frage beantwortet.

4. Ergebnisse

dem Velo oder zu Fuß zurück.^{77,78} 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.⁷⁹ 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.⁸⁰ 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.⁸¹ Bezüglich des Zurücklegens von Wegstrecken im Alltag zu Fuß oder mit dem Velo zeigten sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.⁸² 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 ($OR = 1,27$)⁸³ im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) sowie Personen zwischen 30 und 49 Jahren ($OR = 1,09$)⁸⁴ und ab 50 Jahren ($OR = 1,35$)⁸⁵ im Vergleich zu jüngeren Personen (16-29 Jahre) eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich zu Fuß oder mit dem Velo fortzubewegen.

77 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.

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

79 $p = .512$

80 $p = .002$

81 Jeweils $p < .001$

82 $p = .267$

83 $p < .001$

84 $p = .056$

85 $p < .001$

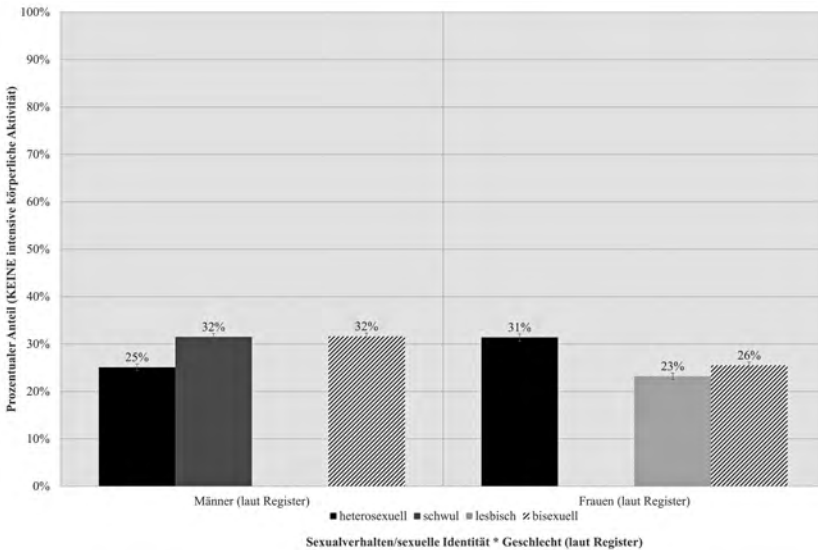


Abbildung 5: Häufigkeit intensiver körperlicher Aktivität (keine), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

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.⁸⁶ Wurde dieser Zusammenhang auf Alter, Bildungsstatus und persönliches Nettoeinkommen kontrolliert, war er jedoch statistisch nur noch tendenziell (bisexuelle Frauen) bzw. nicht mehr statistisch signifikant.⁸⁷ 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.⁸⁸ Unter Berücksichtigung des Erhebungszeit-

86 $\chi^2(2) = 8,882; p = .012$

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

88 $\chi^2(2) = 10,170; p = .006$

punkts, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten schwule ($OR = 0,62$)⁸⁹ und bisexuelle Männer ($OR = 0,66$)⁹⁰ 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 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.⁹¹ Fast alle Befragten legten im Alltag (auch) Wege mit dem Velo und/oder zu Fuß zurück (95,3 %).⁹² 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 %).^{93,94} 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.⁹⁵ 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.⁹⁶ 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

89 $p = .001$

90 $p = .006$

91 Hierzu haben insgesamt 1 925 Personen Angaben gemacht.

92 Hierzu hatten 2 023 Personen Angaben gemacht.

93 Hierzu haben 2 003 eindeutige Angaben gemacht.

94 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/>).

95 $\chi^2(3) = 10,411; p = .001$

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

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-binäre 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.

4.3.1.2 Tabakkonsum

Insgesamt 30 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen rauchten zumindest gelegentlich Tabak.⁹⁷ 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 %).⁹⁸ Mehrheitlich rauchten die Befragten ausschließlich Zigaretten (80,1 % der Raucher*innen).⁹⁹ Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei LGB-Personen (36,1-46,9 %) signifikant häufiger Tabak rauchten als die übrige Bevölkerung (29,6 %) (vgl. Abb. 6).¹⁰⁰ 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 Nettoein-

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

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

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

100 $\chi^2(3) = 100,024; p < .001$

kommens der Befragten statistisch signifikant. So hatten im Vergleich zu heterosexuellen Personen lesbische Frauen ($OR = 2,01$)¹⁰¹ und bisexuelle Personen ($OR = 2,23$)¹⁰² 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 Geschlechts (laut Register) statistisch signifikant.¹⁰³ 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.¹⁰⁴ Hinsichtlich des Wunsches, künftig mit dem Tabakkonsum aufzuhören, 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 %).¹⁰⁵

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 %).^{106,107} Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten jedoch einzig die bisexuellen Männer im Vergleich

101 $p = .003$

102 $p < .001$

103 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.

104 $p = .152$

105 $p = .564$

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

107 $\chi^2(2) = 8,096$; $p = .017$



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

zu den heterosexuellen Männern eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, zumindest gelegentlich Tabak zu rauchen ($OR = 1,53$).¹⁰⁸ Auch die befragten lesbischen (39,0 %) und bisexuellen Frauen (49,9 %) rauchten deutlich häufiger als heterosexuelle Frauen (25,4 %).^{109,110} 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 ($OR = 2,00$)¹¹¹ und bisexuelle Frauen ($OR = 2,73$)¹¹² im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten, zumindest gelegentlich zu rauchen.

Die «LGBT Health» zeichnet ein ähnliches Bild. Auch hier gab die überwiegende Mehrheit (68,3 %) an, nicht (mehr) Tabak zu rauchen.¹¹³ Von

108 $p = .003$

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

110 $\chi^2(2) = 131,422; p < .001$

111 $p = .003$

112 $p < .001$

113 Hierzu hatten 2 060 Personen Angaben gemacht.

4. Ergebnisse

den Raucher*innen der ‹LGBT Health› rauchten 63 Prozent täglich.¹¹⁴ Die überwiegende Mehrheit der Raucher*innen rauchte ausschließlich Zigaretten.¹¹⁵ 8 Prozent der Raucher*innen rauchten *mehr* und ein Fünftel rauchten *bis zu* 10 Zigaretten am Tag.¹¹⁶ 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.¹¹⁷ 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 %).

4.3.1.3 Alkoholkonsum

Nur 14 Prozent der Bevölkerung war laut SGB (2012, 2017) abstinent.¹¹⁸ 81 Prozent zeigten einen regelmäßigen Alkoholkonsum mit geringem Risiko, die restlichen 5 Prozent wiesen ein chronisch risikohaftes Trink-

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

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

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

117 Diese Fragen haben 611 Raucher*innen beantwortet.

118 Zum chronischen Alkoholkonsum lagen Angaben von 29 916 Personen (gewichtet) vor.

verhalten 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 %).¹¹⁹ 17 Prozent taten dies mindestens einmal im Monat. In Bezug auf beide risikohaften Konsumformen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 7, 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 %).¹²⁰ 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.¹²¹

Für bisexuelle Personen zeigte sich dieser Zusammenhang zwischen Sexualverhalten bzw. sexueller Identität und chronischem Trinkverhalten auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten. Danach hatten bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit, chronisch ($OR = 2,29$) und episodenhaft ($OR = 1,57$) risikohaftes Trinkverhalten zu zeigen.¹²² Für

119 Insgesamt haben 16 571 Personen der SGB 2017 (gewichtet) diese Frage beantwortet.

120 $\chi^2(3) = 39,587; p < .001$; hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Zelle erwartete Häufigkeiten von weniger als 5 aufwies, die Ergebnisse können somit fehlerhaft sein.

121 $\chi^2(3) = 15,881; p < .001$

122 $p < .001$ bzw. $p = .006$

4. Ergebnisse

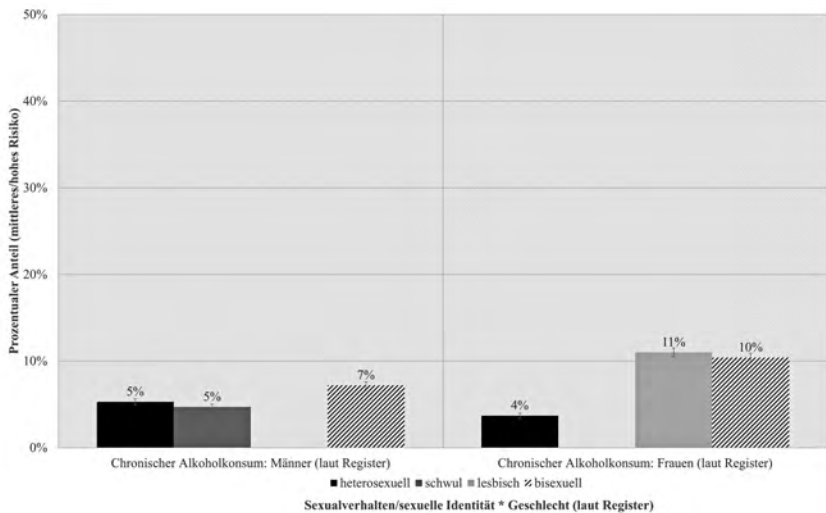


Abbildung 7: Chronisch risikohaftes Alkoholkonsum (mittleres-hohes Risiko), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, SGB 2017)

homosexuelle Personen zeigte sich dieser Zusammenhang jedoch nicht.¹²³ 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 ($OR = 1,44$)¹²⁴ als auch episodisch risikohaft Alkohol (SGB 2017) zu konsumieren ($OR = 1,96$).¹²⁵ 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.¹²⁶ Ebenso sah es beim episodisch risikohaften Trinkverhalten (SGB 2017)

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

124 $p < .001$

125 $p < .001$

126 $p = .360$

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).¹²⁷ 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. $2,70$).¹²⁸ Dieser Alterseffekt konnte auch in anderen Studien gezeigt werden (Gmel et al., 2017).



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

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.

127 $p = .436$

128 Jeweils $p < .001$

Abb. 7).¹²⁹ Aufgrund der geringen Anzahl lesbischer Frauen wurden 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 ($OR = 2,95$).¹³⁰ Der gleiche Zusammenhang zeigte sich beim episodisch risikohaften 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).¹³¹ 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 ($OR = 1,65$).¹³² 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 ($OR = 2,65$)¹³³ eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, episodisch risikohaft zu trinken.

Elf Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen tranken *keinen* Alkohol.¹³⁴ Fünf Prozent (4,8 %) tranken jedoch täglich Alkohol. 53 Prozent tranken (eher) selten vier bzw. fünf Gläser Alkohol bei einem Anlass («Rauschtrinken»),¹³⁵ 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.¹³⁶ Dies galt vor allem für bisexuelle cis Personen (35,3 % vs. 24,8-27,9 %). Bemerkenswert ist, dass die befrag-

129 $\chi^2(2) = 57,390; p < .001$; hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Zelle erwartete Häufigkeiten von weniger als 5 hatte; die Ergebnisse können somit fehlerhaft sein.

130 $p < .001$; aufgrund der geringen Fallzahlen wurden die befragten lesbischen und bisexuellen Frauen für die Analysen zu einer Gruppe zusammengenommen.

131 $\chi^2(2) = 20,885; p < .001$

132 $p < .001$

133 Jeweils $p < .001$

134 Insgesamt haben 2 063 Personen hierzu Angaben gemacht.

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

136 Diese Frage haben 1 783 Personen beantwortet.

ten trans/non-binären Personen (19,3 %) im Vergleich zu den LGB cis Personen (7,9 %) insgesamt deutlich häufiger keinen Alkohol tranken¹³⁷ und auch seltener episodisch risikohaft tranken¹³⁸ (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.



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.¹³⁹ Bei 22 Prozent

137 $\chi^2(2) = 51,857; p < .001$

138 $\chi^2(2) = 57,292; p < .001$

139 29 877 Personen hatten hierzu Angaben gemacht.

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»¹⁴⁰ (z. B. Kokain, Heroin) hatten 6 Prozent bereits mindestens einmal im Leben konsumiert.¹⁴¹ 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).¹⁴² 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 ($OR = 1,38$)¹⁴³ im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, bereits Drogen konsumiert zu haben, bisexuelle Personen hatten hingegen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hierfür ($OR = 4,36$)¹⁴⁴. Lesbische Frauen hatten im Vergleich zu heterosexuellen Personen tendenziell eine höhere Wahrscheinlichkeit, bereits Drogen konsumiert zu haben ($OR = 1,53$).¹⁴⁵ 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.¹⁴⁶ Bezüglich des Konsums weiterer illegaler Drogen (ohne Cannabis) hatten schwule Männer ($OR = 2,38$)¹⁴⁷, lesbische Frauen ($OR = 3,24$) und bisexuelle Personen ($OR = 5,54$) im Vergleich zur übrigen Bevölkerung ebenfalls eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 2,52$),¹⁴⁸ die

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

141 29 881 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

142 $\chi^2(3) = 359,071$; $p < .001$

143 $p = .023$

144 $p < .001$

145 $p = 0.77$

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

147 $p < .001$

148 Jeweils $p < .001$

se 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.¹⁴⁹ 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 ($OR = 1,39$)¹⁵⁰ und bisexuelle Männer ($OR = 2,57$)¹⁵¹ im Vergleich zu heterosexuellen Männern eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits Drogen konsumiert zu haben. Auch in Bezug auf den Cannabiskonsum hatten schwule ($OR = 1,31$)¹⁵² und bisexuelle ($OR = 2,48$)¹⁵³ 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.¹⁵⁴

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 ($OR = 5,97$).¹⁵⁵ Der Unterschied zwischen heterosexuellen und lesbischen Frauen war hingegen unter Berücksichtigung dieser Merkmale statistisch nicht mehr signifikant.¹⁵⁶ In Bezug auf den Cannabiskonsum zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Während bisexuelle Frauen eine signifikante und deutlich

149 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: $OR = 4,18$; $p = .000$

150 $p = .011$

151 $p < .001$

152 $p = .057$ (tendenziell statistisch signifikant)

153 $p < .001$

154 Jeweils $p < .001$

155 $p < .001$

156 $p = .139$

4. Ergebnisse

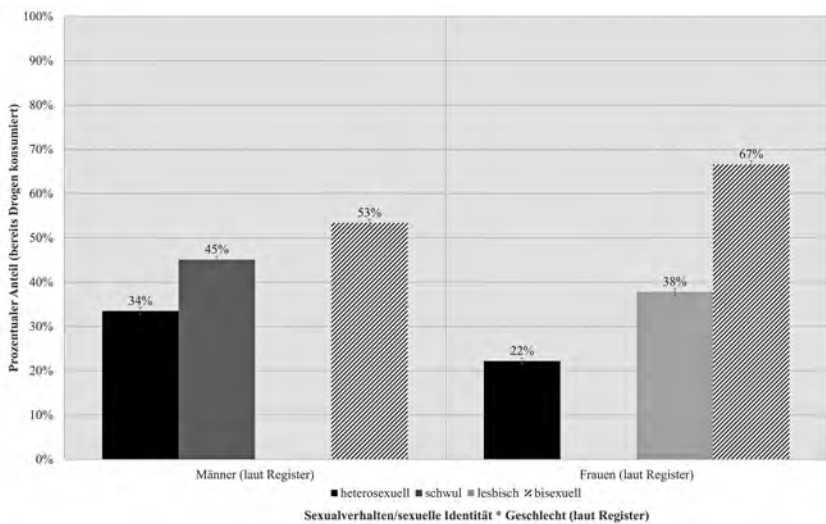


Abbildung 10: Drogenkonsum (Lebenszeit), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 5,93$)¹⁵⁷ hatten, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben, als heterosexuelle Frauen, war der Unterschied zwischen lesbischen und heterosexuellen Frauen statistisch nicht mehr signifikant¹⁵⁸, 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.¹⁵⁹ Zu berücksichtigen ist hierbei aber die eher geringe Zahl von befragten lesbischen und bisexuellen Frauen.

Mehr als die Hälfte der im Rahmen der <LGBT Health> befragten Personen hatte bereits einmal im Leben Drogen konsumiert (57,0%).¹⁶⁰ 56 Prozent hatten bereits Cannabis,¹⁶¹ 27 Prozent andere illegale Drogen kon-

157 $p < .001$

158 $p = .131$

159 Jeweils $p < .001$

160 2 057 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

161 2 003 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

sumiert.¹⁶² 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.¹⁶³ Bezüglich des Drogenkonsums zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei schwule cis Männer am häufigsten angegeben hatten, bereits einmal Drogen insgesamt (63,6 %),¹⁶⁴ Cannabis (61,4 %)¹⁶⁵ oder «harte» Drogen (45,1 %)¹⁶⁶ 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 ($OR = 1,66$)¹⁶⁷ und bisexuelle cis Personen ($OR = 1,41$)¹⁶⁸ 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 ($OR = 0,47$)¹⁶⁹, hatten schwule cis Männer eine deutlich höhere ($OR = 2,59$).¹⁷⁰

4.3.1.5 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

162 1 818 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

163 834 Personen haben diese Frage beantwortet.

164 $\chi^2(3) = 22,754; p < .001$

165 $\chi^2(3) = 16,672; p < .001$

166 $\chi^2(3) = 162,237; p < .001$

167 $p = .002$

168 $p = .025$

169 $p < .001$

170 $p < .001$

4. Ergebnisse

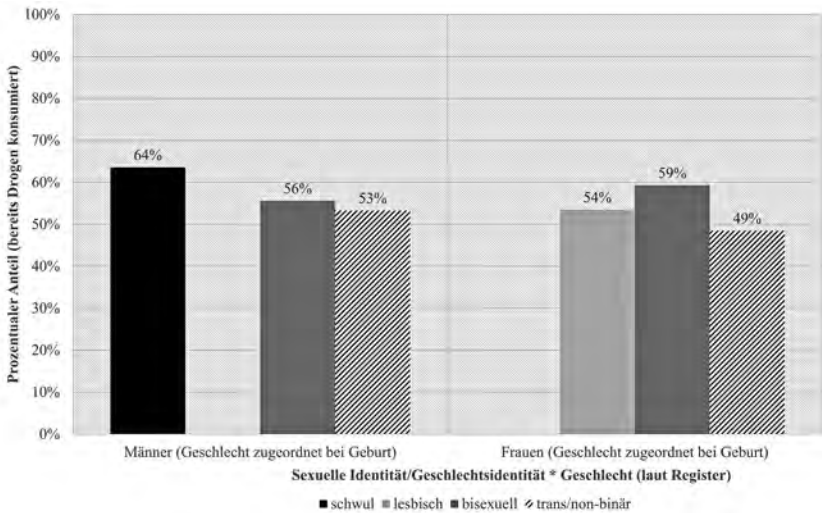


Abbildung 11: Drogenkonsum (Lebenszeit), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

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.

4. Ergebnisse

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.

4.3.1.6 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 wird 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.¹⁷¹

Sexualverhalten

Von den im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatten fast alle in ihrem Leben schon einmal Sex gehabt (97,2 %).¹⁷² Von diesen Personen hatten 93 Prozent im letzten Jahr vor der Befragung Sex.¹⁷³ Die überwiegende Mehrheit hatte im Jahr vor der Befragung Sex mit einer Person gehabt (89,8 %), weitere 8 Prozent 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.¹⁷⁴ Hinsichtlich der Anzahl der Sexualpartner*innen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.¹⁷⁵ 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).

171 ‹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.

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

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

174 $M = 1,29$; $Md = 1,00$; $SD = 1,71$

175 $\chi^2(3) = 516,120$; $p < .001$

4. Ergebnisse



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)¹⁷⁶

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 ($OR = 4,83$).¹⁷⁷ Lesbische Frauen hatten im Vergleich zu heterosexuellen Personen hingegen eine 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit ($OR = 3,13$).¹⁷⁸ 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

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

177 Jeweils $p < .001$

178 $p = .001$

Vergleich zu jüngeren Befragten (16-29 Jahre) (30-49-Jährige: $OR = 0,22$; ab 50-Jährige: $OR = 0,12$).¹⁷⁹ 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 ($OR = 0,89$)¹⁸⁰.

In der «LGBT Health» hatten von allen LGB-Befragten (cis, trans/non-binär), die zum Befragungszeitpunkt bereits mindestens einmal im Leben Sex gehabt hatten,¹⁸¹ 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.¹⁸² 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 %).¹⁸³ 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).¹⁸⁴ 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 ($OR = 2,03$)¹⁸⁵ oder sogar mehr als einer Person ($OR = 2,32$)¹⁸⁶ 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

179 Jeweils $p < .001$

180 $p = .023$

181 «LGBT Health»: Aufgrund der vergleichsweise geringen Zahl heterosexueller trans/non-binärer Personen ($n = 52$) wurden diese bei den folgenden Analysen ausgeschlossen. 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 somit die Antworten von 1 765 Befragten.

182 1 450 Personen, die im Jahr vor der Befragung Sex gehabt hatten, haben Angaben zur Zahl ihrer Sexualpartner*innen gemacht.

183 Hierzu lagen Angaben von 1 450 Personen vor.

184 $\chi^2(4) = 142,523, p < .001$

185 $p = .004$

186 $p < .001$

4. Ergebnisse

vor der Befragung Sex gehabt zu haben als mit keiner ($OR = 0,47$)¹⁸⁷. 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 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.

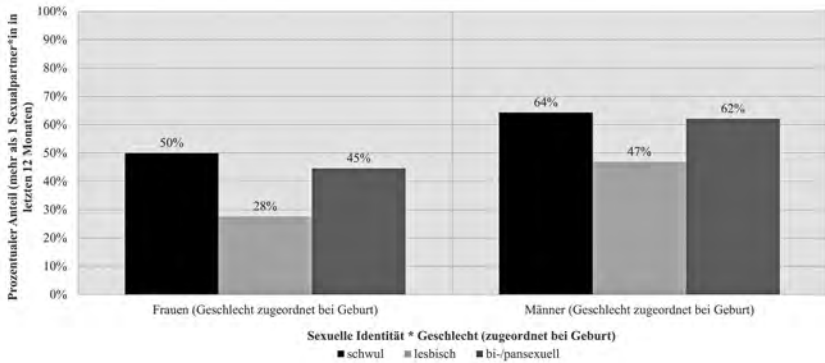


Abbildung 13: Anzahl Sexualpartner*innen in den letzten 12 Monaten (mehr als eine*n), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)¹⁸⁸

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 %).¹⁸⁹ Vergleicht man die Angaben der befragten 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» (Sex-

187 $p < .001$

188 <LGBT Health>: Hier wurden nur die Personen eingeschlossen, die mind. 1 Sexualpartner*in in den letzten 12 Monaten hatten.

189 29 035 Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Sex hatten, haben zu dieser Frage Angaben gemacht.

arbeiter*in)¹⁹⁰ gewesen sei. Und auch wenn man Sex mit Gelegenheitspartner*innen und «Prostituierten» zusammennimmt, zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 14).¹⁹¹ 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 ($OR = 3,81$).¹⁹² 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: $OR = 0,18$).¹⁹³ 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.

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 %).¹⁹⁴ 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 %). Insgesamt zeigten

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

191 $\chi^2(3) = 323,627, p < .001$

192 Jeweils $p < .001$

193 Jeweils $p < .001$

194 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.

4. Ergebnisse

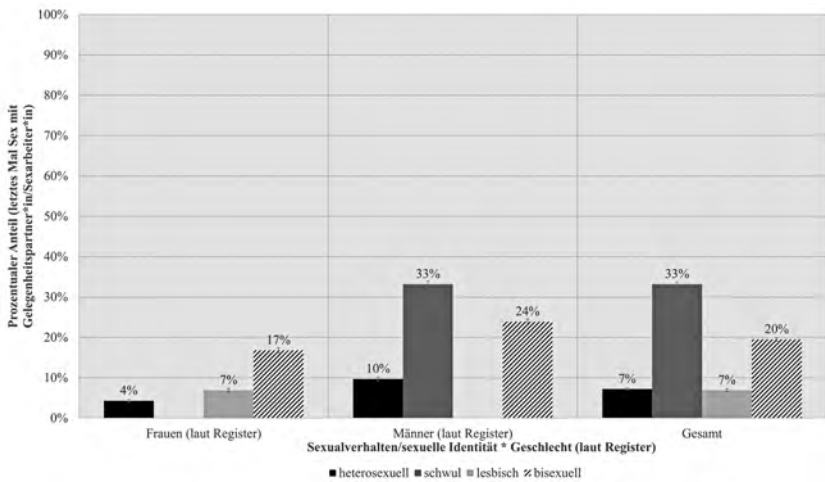


Abbildung 14: Sexualpartner*innen beim letzten Mal Sex (Gelegenheitspartner*in/Sexarbeiter*in), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen:¹⁹⁵ 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 Personen (28,9 %), aber knapp die Hälfte der schwulen Männer (46,2 %) das letzte Mal Sex (auch) mit einem bzw. einer Gelegenheitspartner*in gehabt (vgl. Abb. 15).¹⁹⁶ 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

195 $\chi^2(2) = 128,407, p < .001$

196 $\chi^2(2) = 135,161, p < .001$

Partnerin gehabt zu haben, und eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, dass das letzte Mal (auch) mit einer Gelegenheitspartnerin war ($OR = 0,52$).¹⁹⁷ 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 ($OR = 0,63$)¹⁹⁸ und eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass dies (auch) mit einem Gelegenheitspartner war ($OR = 1,46$)¹⁹⁹. 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 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 gewesen war ($OR = 1,95$) (vgl. Abb. 15).²⁰⁰

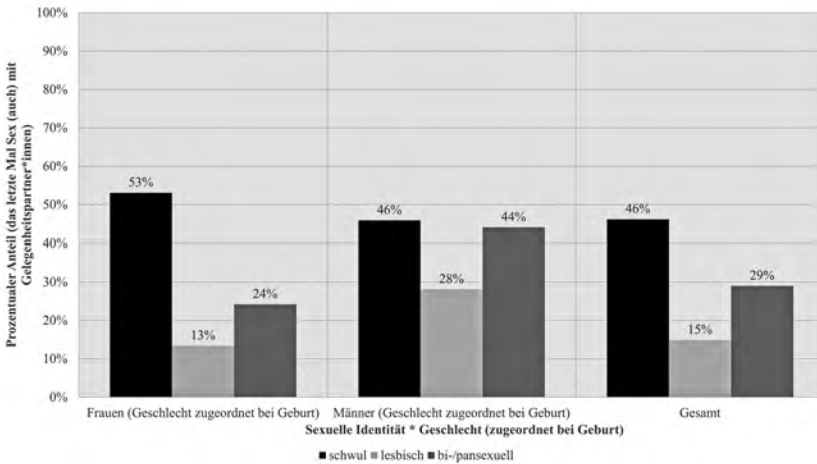


Abbildung 15: Sexualpartner*innen beim letzten Mal Sex (Gelegenheitspartner*innen), differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>) (Mehrfachnennungen möglich)

197 Jeweils $p < .001$

198 $p = .006$

199 $p = .027$

200 Jeweils $p < .001$

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.²⁰¹ Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.²⁰² 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 ($OR = 1,84$).²⁰³

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 können.

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 %).²⁰⁴ 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.²⁰⁵ Nicht erstaunlich ist, dass insbesondere Personen

201 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.

202 $\chi^2(2) = 155,165, p < .001$

203 Jeweils $p < .001$

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

205 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.

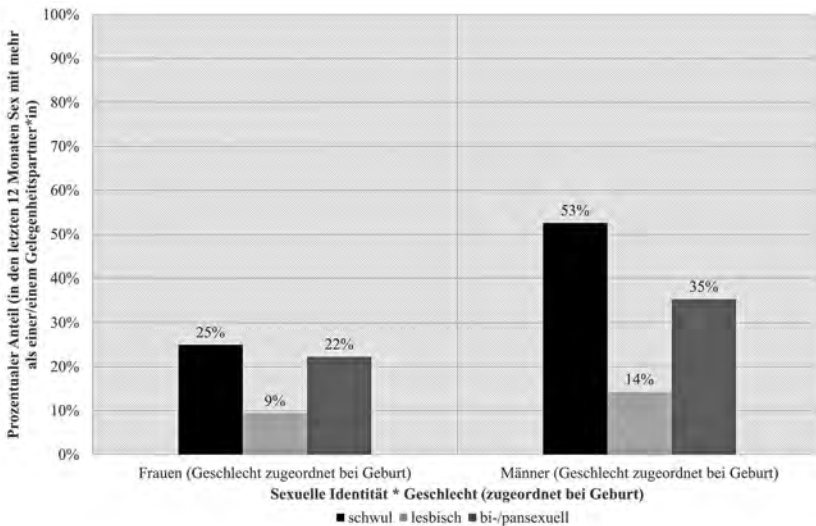


Abbildung 16: Anzahl Gelegenheitspartner*innen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (mit mehr als einem/einer Gelegenheitspartner*in), differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

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).²⁰⁶ 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

206 $\chi^2(3) = 140,581, p < .001$

4. Ergebnisse

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 ($OR = 2,00$).²⁰⁷ 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 ($OR = 0,78$).²⁰⁸ 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: $OR = 0,10$).²⁰⁹ Den größten Einfluss auf die Verwendung eines Kondoms hatte jedoch die 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 ($OR = 13,14$).²¹⁰

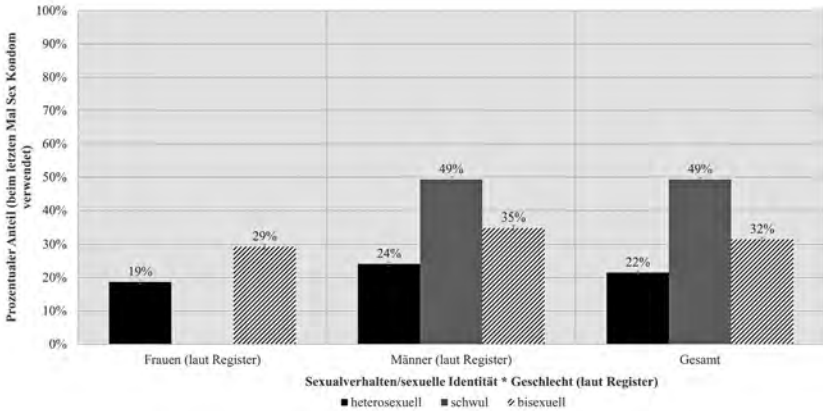


Abbildung 17: Verwendung eines Präservativs beim letzten Mal Sex, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); un-adjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

207 $p < .001$

208 $p < .001$

209 $p < .001$ bzw. $p = .000$

210 $p = .000$

- 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 %).²¹¹ 18 Prozent haben darauf geachtet, dass kein Menstruationsblut und/oder Sperma in Körperöffnungen gelangt, 32 Prozent haben angegeben, keine entsprechende Sexualpraktik angewandt zu haben.²¹² 15 Prozent hatten ein Kondom bzw. Femidom beim Vaginal-, Anal- und/oder Oralverkehr genutzt, 12 Prozent hatten keine entsprechende Sexualpraktik angewandt.²¹³ Seltener genutzte Schutzstrategien in der Partnerschaft waren:

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

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

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

4. Ergebnisse

- die Nutzungen einer Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) (2,5 %),²¹⁴
- das Tragen eines Handschuhs beim eindringenden Verkehr mit den Händen (1,7 %),²¹⁵
- die Benutzung eines ›Lecktuchs‹ (*dental dam*) bei oraler Stimulation der Vulva oder des Anus (0,7 %).²¹⁶

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).²¹⁷ 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.²¹⁸ 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).²¹⁹

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

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

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

217 $\chi^2(2) = 65,626, p < .001$

218 $\chi^2(2) = 12,642, p = .002$

219 $\chi^2(2) = 75,123, p < .001$

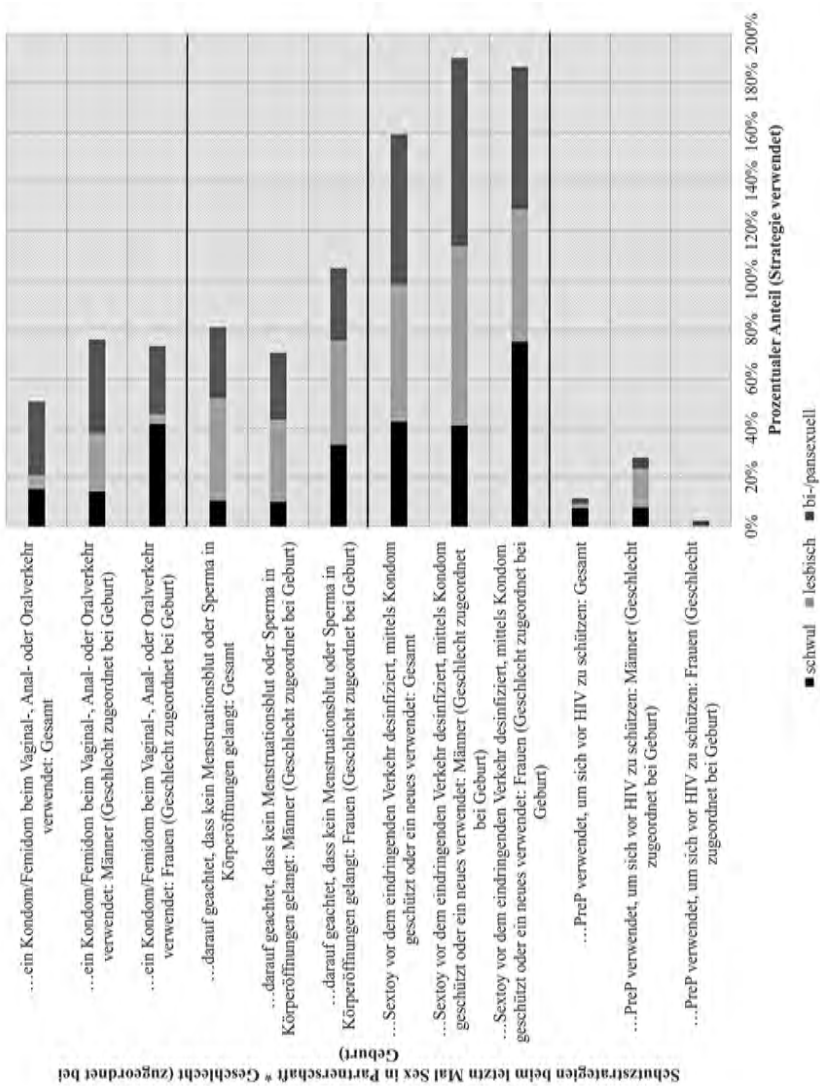


Abbildung 18: Verwendung der am häufigsten genannten Schutzstrategien beim letzten Mal Sex mit festem bzw. fester Partner*in, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

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.²²⁰

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 allein 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 %).²²¹ Das Gleiche galt für die Verwendung eines desinfizierten, mit Kondom geschützten oder neuen

-
- 220 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 verwandt 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 ($OR = 1,84; p = .017$).
- 221 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.

Sextoys beim eindringenden Verkehr (68,2%)²²² sowie für die Strategie, darauf zu achten, dass kein Menstruationsblut oder Sperma in Körperöffnungen gelangt (60,5%)²²³. Gut ein Fünftel verwendete eine PrEP zum Schutz vor HIV (21,2%),²²⁴ etwa 11 Prozent verwendeten Handschuhe beim eindringenden Verkehr mit den Fingern, der Hand oder Faust,²²⁵ und 2 Prozent nutzten ein Lecktuch bei der oralen Stimulation von Vulva oder Anus.²²⁶ 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.²²⁷ 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).²²⁸ 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%).²²⁹ Die häufigere Nutzung einer PrEP durch schwule Personen ist jedoch vor dem Hintergrund erklärlich, dass dies vor allem dieser Gruppe als Schutzstrategie

222 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.

223 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.

224 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.

225 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.

226 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.

227 $\chi^2(2) = 136,446, p < .001$

228 $\chi^2(2) = 6,076, p = .048$

229 $\chi^2(2) = 66,022, p = .044$

empfohlen wird. Hinsichtlich der Nutzung desinfizierter, mit Kondom geschützter oder neuer Sextoys zeigten sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.²³⁰ 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.²³¹

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 ($OR = 0,12$)²³² oder darauf zu achten, dass beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen kein Menstruationsblut oder Sperma in Körperöffnungen gelangt ($OR = 0,60$)²³³. 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 (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) eine tendenziell signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, diese Strategie beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen genutzt zu haben ($OR = 1,61$).²³⁴

230 $p = .856$

231 $\chi^2(2) = 8,691$, $p = .013$; hier konnten die Angaben von 458 LGB-Personen eingeschlossen werden.

232 $p < .001$

233 $p = .044$

234 $p = .081$

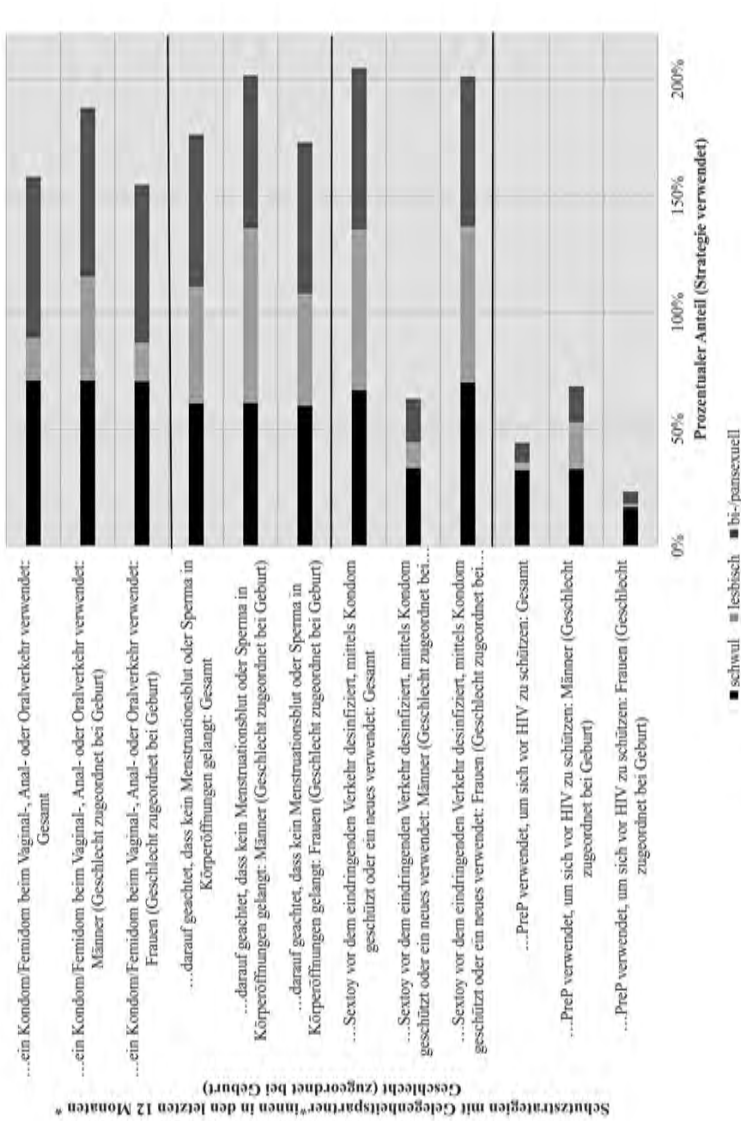


Abbildung 19: Verwendung ausgewählter Schutzstrategien beim Sex mit Gelegenheitspartner*innen im letzten Jahr vor der Befragung, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Alterseffekt: So hatten im Vergleich zu den befragten 15-29-Jährigen sowohl die 30-49-Jährigen ($OR = 0,59$)²³⁵ als auch die Personen ab 50 Jahren ($OR = 0,56$)²³⁶ 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,²³⁷ wobei sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigten.²³⁸ 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 ($OR = 2,81$).²³⁹ 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.²⁴⁰

Im Vergleich zu den 15-29-Jährigen hatten die 30-49-Jährigen ($OR = 2,76$)²⁴¹ und die Personen ab 50 Jahren ($OR = 2,17$)²⁴² eine etwa 3- bzw. 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, in ihrem Leben bereits eine PrEP verwendet zu haben.

235 $p = .006$

236 $p = .022$

237 Die Frage haben 890 Personen beantwortet.

238 $\chi^2(2) = 66,976, p < .001$

239 $p = .016$

240 $\chi^2(2) = 27,110, p < .001$

241 $p < .001$

242 $p = .032$

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 %).²⁴³ Dabei zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede zwischen den LGB-Personen und der übrigen Bevölkerung.²⁴⁴ 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 %). 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 ($OR = 7,31$)²⁴⁵, bereits mindestens einen HIV-Test gemacht zu haben als noch nie. Bisexuelle Personen hatten eine knapp 3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit ($OR = 2,83$).²⁴⁶ 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 ($OR = 1,24$)²⁴⁷ (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 ($OR = 0,78$).²⁴⁸ 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

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

244 $\chi^2(6) = 689,541, p < .001$

245 $p < .001$

246 $p < .001$

247 $p < .001$

248 Jeweils $p < .001$

4. Ergebnisse

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 ($OR = 4,85$)²⁴⁹. Ein Befund, der vermutlich durch das höhere HIV-Risiko für schwule Männern zu erklären ist (vgl. Kap. 2.3).

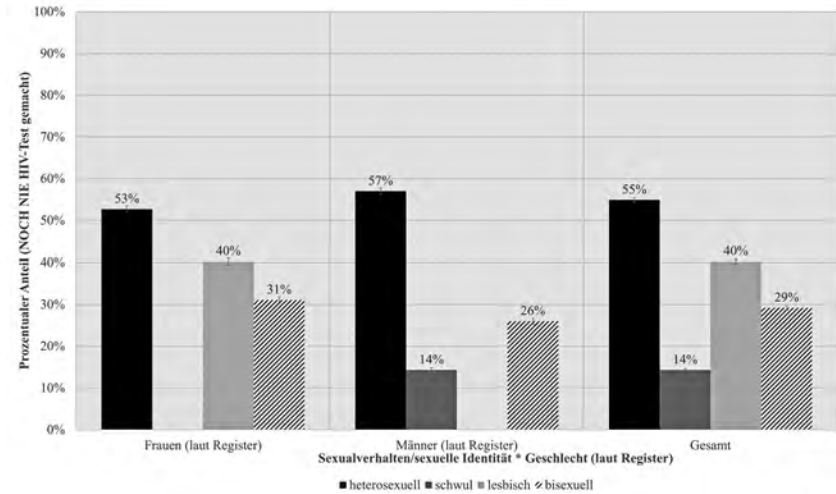


Abbildung 20: HIV-Testung (noch nie), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Im Rahmen der «LGBT Health» haben insgesamt 59 Prozent angegeben, dass sie bereits einmal im Leben mindestens einen HIV-Test gemacht haben.²⁵⁰ Die Befragten hatten in ihrem bisherigen Leben zwischen einem und geschätzten 601 Tests gemacht.²⁵¹ 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.²⁵² So hatten

249 $p < .001$

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

251 $M = 9,84$; $Md = 3,00$; $SD = 34,79$

252 $\chi^2(2) = 314,775$, $p < .001$

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 ($OR = 0,45$)²⁵³. Schwule Personen hatten hingegen eine 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit ($OR = 2,25$)²⁵⁴. Darüber hinaus zeigten sich sowohl ein signifikanter Alters- als auch Geschlechtereffekt, wobei – wie in der SGB – Angehörige der Alterskohorte <30-49 Jahre> ($OR = 1,95$)²⁵⁵ 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 ($OR = 4,19$).²⁵⁶ 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.²⁵⁷

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.²⁵⁸ 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

253 $p = .004$

254 $p = .011$

255 $p = .006$

256 $p < .001$

257 $p = .006$

258 $\chi^2(2) = 78,430$, $p < .001$; hier wurden nur die Personen eingeschlossen, die bereits einmal einen HIV-Test gemacht haben ($n = 1\ 114$).

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 ($OR = 3,09$)²⁵⁹. 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**).²⁶⁰ 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;²⁶¹ aufgrund der geringen Gruppengrößen konnten jedoch keine differenzierten Analysen durchgeführt werden.

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.²⁶² 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.

259 $p < .001$

260 Insgesamt waren 44 Personen HIV-positiv.

261 $\chi^2(2) = 28,390, p < .001$

262 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.



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

4.3.1.7 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 Sexualekontakt in einer Partnerschaft.

4. Ergebnisse



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

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 Präexpositionsprävention (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.²⁶³ 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

263 Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde, und die sich selbst als <schwul/gay> identifiziert haben.

(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»²⁶⁴, in dem mittlerweile über 4 000 MSM (Stand November 2021) eingeschlossen wurden und PrEP in medizinischer Begleitung einnehmen.²⁶⁵

Sowohl in Bezug auf die letzten 12 Monate als auch länger zurückliegend zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf das HIV-Testverhalten. LSB-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 LSB-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 Prozent²⁶⁶ 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 LSB-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

264 <https://www.swissPrEPaired.ch/>

265 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.

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

4. Ergebnisse

deutlich häufiger eine der drei genannten STI diagnostiziert als bei den anderen Gruppen.

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 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.

4.3.1.8 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.²⁶⁷ 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).²⁶⁸ 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 ($OR = 2,85$).²⁶⁹ 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 ($OR = 1,20$).²⁷⁰

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.²⁷¹ 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).²⁷² Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands zeigte sich, dass bisexuelle Perso-

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

268 $\chi^2(3) = 12,187, p = .007$

269 $p < .001$

270 Jeweils $p < .001$

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

272 $\chi^2(3) = 9,410, p = .024$

nen ($OR = 1,24$)²⁷³ und lesbische Frauen ($OR = 1,69$)²⁷⁴ 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 %).²⁷⁵ Im Vergleich zu heterosexuellen Personen (38,4 %) waren LGB-Personen jedoch deutlich häufiger bei Spezialist*innen gewesen (40,8-58,5 %) (vgl. Abb. 23).²⁷⁶ Dieser Zusammenhang war auch unter Berücksichtigung der genannten Merkmale statistisch signifikant.²⁷⁷ 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 (ab 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.²⁷⁸

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 %).²⁷⁹ 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).²⁸⁰ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie des subjektiven Gesundheitszustands hatten schwule Männer ($OR = 1,75$),²⁸¹ lesbische Frauen ($OR = 2,39$)²⁸² und bisexuelle Personen ($OR = 2,94$)²⁸³ im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine (tendenziell) höhere Wahrscheinlichkeit, eine*n Psychologen*in oder Psychiater*in im

273 $p = .020$

274 $p = .054$ (tendenziell statistisch signifikant)

275 Die Frage haben 29 857 Personen beantwortet.

276 $\chi^2(3) = 23,573, p < .001$

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

278 Jeweils $p < .001$

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

280 $\chi^2(3) = 153,753, p < .001$

281 $p = .077$

282 $p < .001$

283 $p < .001$

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.²⁸⁴ Darüber hinaus hatten Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss im Vergleich zu Personen mit keinem oder obligatorischem Schulabschluss eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 1,49$),²⁸⁵ 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.²⁸⁶ 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).²⁸⁷

Dass lesbische Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen deutlich seltener bei einem bzw. einer Frauenarzt/-ärztin waren, 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 persönlichen Nettoeinkommens der Befragten war dieser Zusammenhang jedoch statistisch nicht mehr signifikant.²⁸⁸

Etwa elf Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen musste im letzten Jahr vor der Befragung **notfallmäßig ins Spital** (10,5 %).²⁸⁹ 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).²⁹⁰ Jedoch war dieser Unterschied unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoein-

284 Jeweils $p < .001$

285 $p < .001$

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

287 $\chi^2(3) = 5,647; p = .059$

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

289 Die Frage haben 29 835 Personen (gewichtet) beantwortet.

290 $\chi^2(3) = 8,221, p = .042$

4. Ergebnisse

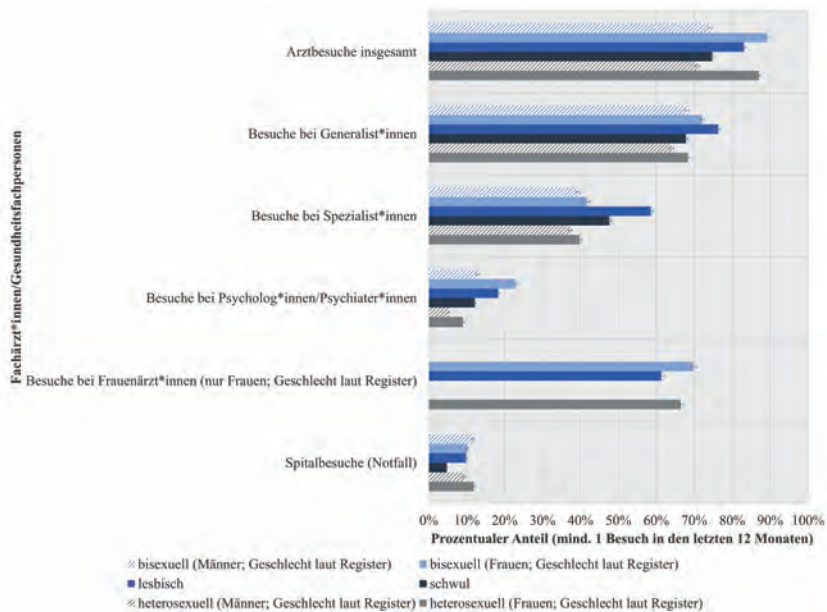


Abbildung 23: Besuche bei verschiedenen Fachärzt*innen/Gesundheitsfachpersonen im letzten Jahr vor der Befragung, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

kommens der Befragten sowie des subjektiven Gesundheitszustands statistisch nur tendenziell signifikant.²⁹¹

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.²⁹² 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).²⁹³ 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 die-

291 $p = .071$

292 Insgesamt haben 2 032 Personen diese Frage beantwortet.

293 $\chi^2(3) = 8,256 p = .041$



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>)

Der Zusammenhang zwischen sexueller Identität bzw. Geschlechtsidentität 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 ($OR = 0,68$)²⁹⁴ 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 (ab 50 Jahre) gegenüber jüngeren Personen (15-29 Jahre) eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 1,77$)²⁹⁵ hatten, im letzten Jahr vor der Erhebung eine*n Allgemeinmediziner*in besucht zu haben.

44 Prozent im Rahmen der <LGBT Health> Befragten haben im letzten Jahr vor der Befragung aufgrund eines psychischen Problems eine*n **Psycholog*in** (35,9 %) und/oder eine*n **Psychiater*in** (24,6 %) aufge-

294 $p = .001$

295 $p < .001$

4. Ergebnisse

sucht.²⁹⁶ Dabei haben dies deutlich mehr trans/non-binäre Personen (71,0 %) getan als LGB cis Personen (24,8-47,5 %) (vgl. Abb. 24).²⁹⁷ 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,²⁹⁸ im Jahr vor der Befragung Psycholog*innen oder Psychiater*innen aufgesucht zu haben.²⁹⁹ Es zeigte sich zudem, dass ältere Personen ab 50 Jahre ($OR = 0,43$) 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,³⁰⁰ 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. 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 ($OR = 0,12$),³⁰¹ ein*e Psycholog*in bzw. Psychiater*in im letzten Jahr aufgesucht zu haben. Trans und non-binäre Personen gehen demnach nicht häufiger aufgrund psychischer

296 Insgesamt haben 1 913 Personen diese Frage beantwortet.

297 $\chi^2(3) = 245,384, p < .001$

298 Jeweils $p < .001$

299 Jeweils $p < .001$

300 Jeweils $p < .001$

301 $p = .064$

Probleme zu Psycholog*innen bzw. Psychiater*innen, sondern aufgrund geplanter Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung.³⁰² Entsprechend hatten Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung medizinische Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung geplant haben, eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 2,27$),³⁰³ 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.³⁰⁴ 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).³⁰⁵ 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

302 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.

303 $p < .001$

304 Insgesamt haben 1 869 Personen diese Frage beantwortet.

305 $\chi^2(3) = 519,342, p < .001$

Nationalität der Befragten sowie der Einnahme von Hormonpräparaten und des Gesundheitszustands der Befragten im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie signifikant. So hatten lesbische cis Frauen ($OR = 0,06$), schwule cis Männer ($OR = 0,10$) und bisexuelle cis Personen ($OR = 0,15$) im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit,³⁰⁶ 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 ($OR = 7,20$)³⁰⁷ 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 sind, sondern auf 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 –, 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.³⁰⁸

16 Prozent aller befragten LGBT-Personen haben im letzten Jahr mindestens einmal ein **Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit** besucht.³⁰⁹ 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).³¹⁰ 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 ($OR = 9,90$).³¹¹ Im Vergleich zu trans/non-binären Personen hatten einzig lesbische cis

306 Jeweils $p < .001$

307 $p < .001$

308 Jeweils $p < .001$

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

310 $\chi^2(3) = 158,091, p < .001$

311 $p < .001$

Frauen unter Berücksichtigung der genannten Faktoren (inkl. PrEP) eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ein Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit aufgesucht zu haben ($OR = 0,32$).³¹² Auch Personen, die sich in einer festen Partnerschaft befanden, hatten gegenüber Personen ohne feste Partnerschaft eine geringere Wahrscheinlichkeit ($OR = 0,55$),³¹³ ein Kompetenzzentrum für sexuelle Gesundheit aufgesucht zu haben. Hingegen hatten Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht zugeordnet bei Geburt) eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 2,13$)³¹⁴ 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.³¹⁵ 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 %).³¹⁶ 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 ($OR = 1,90$),³¹⁷ 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 %).³¹⁸ Unter Berücksichtigung 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 ($OR = 1,69$).³¹⁹

312 $p = .025$

313 $p < .001$

314 $p = .025$

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

316 $\chi^2(2) = 42,554, p < .001$

317 $p < .001$

318 $\chi^2(2) = 12,948, p = .002$

319 $p = .002$

Von denjenigen cis Frauen und trans/non-binären Personen, die im letzten Jahr *nicht* bei eine*r Gynäkolog*in gewesen waren,³²⁰ 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.³²¹ 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 gewesen waren.³²² 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.³²³ Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 24).³²⁴ 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.³²⁵ 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 %).³²⁶ 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

320 Insgesamt konnten Angaben von 516 Personen berücksichtigt werden.

321 $\chi^2(4) = 33,905, p < .001$

322 $\chi^2(2) = 26,949, p < .001$

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

324 $p = .120$

325 Zu dieser Frage lagen Angaben von 1 950 Personen vor.

326 $\chi^2(3) = 18,483, p < .001$

Notfallstation aufgesucht zu haben ($OR = 0,55$)³²⁷. Für schwule cis Männer ($OR = 0,70$)³²⁸ galt dies tendenziell ebenso. Zudem zeigte sich, dass Personen ab 50 Jahre gegenüber jüngeren Personen (15-29 Jahre) ($OR = 0,66$)³²⁹ 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 befragten Frauen (Geschlecht laut Register) ab 20 Jahren mindestens einmal im Leben einen **Gebärmutterhalsabstrich** machen lassen.³³⁰ Dabei zeigten sich leichte Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 25), die allerdings statistisch nicht signifikant waren.³³¹ 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 ($OR = 0,51$).³³² Eine **Mammografie** hatten im Vergleich zum Gebärmutterhalsabstrich weniger der befragten Frauen (ab 20 Jahren) gemacht (46,3 %).³³³ 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).³³⁴ 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.³³⁵ Hingegen hatten im Vergleich zu jüngeren Frauen (16-29 Jahre) Frauen zwischen 30 und 49 Jahren eine 5-mal ($OR = 5,56$)³³⁶ so hohe Wahrscheinlichkeit, eine Mammografie gemacht zu haben, Frau-

327 $p = .002$

328 $p = .068$

329 $p = .039$

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

331 $p = .158$

332 $p = .024$

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

334 $\chi^2(2) = 36,349, p < .001$

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

336 $p < .001$

4. Ergebnisse



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)

en ab 50 Jahren sogar eine fast 60-mal so hohe ($OR = 59,75$).³³⁷ Dies überrascht nicht vor dem Hintergrund, dass eine Mammografie ab einem Alter von 50 Jahren empfohlen wird.

In der <LGBT Health> haben mehr als drei Viertel der Personen (79,9 %), denen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugeworden war und die mindestens 20 Jahre alt waren, angegeben, dass sie bereits einmal im Leben einen **Gebärmutterhalsabstrich** gemacht haben.³³⁸ Bisexuelle cis

³³⁷ $p = .000$

³³⁸ 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) wurden den Teilnehmer*innen zwei Fragen zum Gebärmutterhalsabstrich gestellt. So wurden die Frauen (Geschlecht zugeworden 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

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).³³⁹ Unter Berücksichtigung des Alters, Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten hatten bisexuelle cis Frauen im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, bereits einen Gebärmutterhalsabstrich gemacht zu haben als nicht ($OR = 2,28$).³⁴⁰ 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-binäre 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 ($OR = 0,45$).³⁴¹

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.³⁴² 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).³⁴³ 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

ist. Daraufhin wurden sie noch einmal gefragt, ob ein Abstrich bei ihnen gemacht worden ist.

339 $\chi^2(2) = 22,320, p < .001$

340 $p < .001$

341 $p = .003$

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

343 $\chi^2(2) = 13,769, p = .001$

4. Ergebnisse

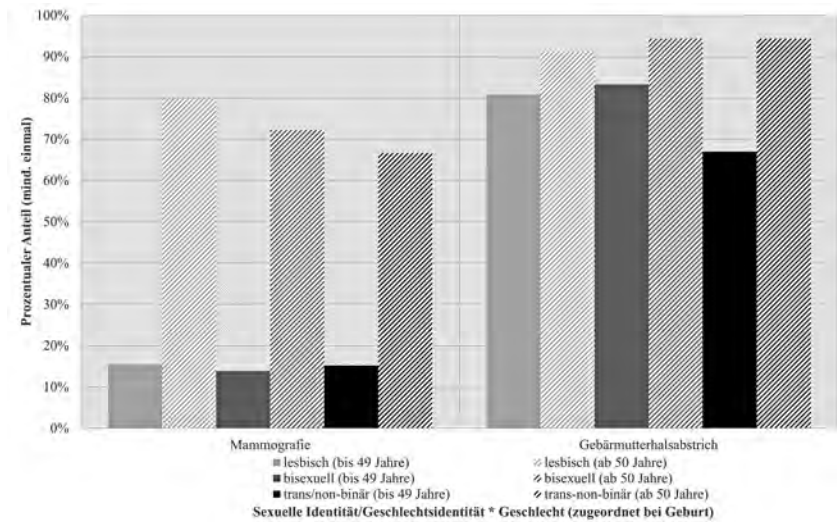


Abbildung 26: Krebsvorsorge (Gebärmutterhalsabstrich, Mammografie) (Personen ab 20 Jahren, denen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugeordnet worden war), differenziert nach Vergleichsgruppen und Alter; unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

knapp 3-mal so hohe ($OR = 2,70$).³⁴⁴ Auch Personen mit einer Schweizer Staatsangehörigkeit hatten im Vergleich zu Personen mit keiner oder einer ausländischen Staatsangehörigkeit eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 1,94$),³⁴⁵ bereits einmal eine Mammografie in Anspruch genommen zu haben.

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.³⁴⁶ 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).³⁴⁷ Dieser Zusammenhang zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres sowie des Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens

344 Jeweils $p < .001$

345 $p = .012$

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

347 $\chi^2(2) = 7,080, p = .029$



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

der Befragten, wobei bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Männern eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits eine Prostatakrebsvorsorge wahrgenommen zu haben ($OR = 1,66$).³⁴⁸ 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 ($OR = 6,09$).³⁴⁹

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,³⁵⁰ eine Vorsorgeuntersuchung be-

348 $p = .014$

349 $p < .001$

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

züglich Hodenkrebs (32,7 %) ³⁵¹ und Analkrebs (27,1 %) ³⁵² 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. ³⁵³ Das Gleiche galt für Hoden- und Analkrebsvorsorgeuntersuchungen. Auch hier hatten schwule 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). ³⁵⁴ 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. $OR = 6,38$), ³⁵⁵ Analkrebsvorsorgeuntersuchung ($OR = 3,09$ bzw. $OR = 6,00$) ³⁵⁶ und Hodenkrebsvorsorgeuntersuchung ($OR = 2,30$ bzw. $OR = 5,24$) ³⁵⁷ wahrgenommen zu haben. Wie bei den Frauen scheint jedoch 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-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, bereits eine Prostatakrebsvorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben ($OR = 8,70$). ³⁵⁸ Darüber hinaus hatten sie im Vergleich zu den jüngeren Männern eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, eine Hodenkrebs-

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

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

353 $p = .321$

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

355 $p = .032$ (schwule cis Männer); $p = .014$ (bisexuelle cis Männer)

356 $p = .001$ (schwule cis Männer); $p = .017$ (bisexuelle cis Männer)

357 $p = .010$ (schwule cis Männer); $p = .016$ (bisexuelle cis Männer)

358 $p < .001$

(OR = 2,31)³⁵⁹ oder Analkrebsvorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben (OR = 3,16)³⁶⁰.



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.³⁶¹ Gut die Hälfte (52,3 %) dieser Personen hatte sich bereits mehr als dreimal auf das Coronavirus testen lassen.³⁶² Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.³⁶³ 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

359 $p < .001$

360 $p < .001$

361 Insgesamt haben 2 004 Personen diese Frage beantwortet.

362 1 577 Personen haben Angaben zur Zahl der Corona-Tests gemacht.

363 $\chi^2(3) = 11,599, p = .009$

4. Ergebnisse

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 ($OR = 1,74$)³⁶⁴ gemacht zu haben. Es zeigte sich zudem, dass Personen mit einem höheren Bildungsabschluss gegenüber Personen mit einem geringeren Abschluss ($OR = 1,32$)³⁶⁵ eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits mindestens einen Corona-Test gemacht zu 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 ($OR = 0,54$).³⁶⁶

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.³⁶⁷ 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.³⁶⁸ 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 ($OR = 1,81$).³⁶⁹ 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.³⁷⁰

Ein ähnliches Bild zeigte sich auch im Rahmen der «LGBT Health». Hier führten 8 Prozent der befragten Frauen (zugeordnetes Geschlecht bei Ge-

364 $p = .003$

365 $p = .037$

366 $p < .001$

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

368 $p = .375$

369 $p = .007$; aufgrund der geringen Anzahl wurden lesbische und bisexuelle Frauen für die Analysen zu einer Gruppe zusammengenommen.

370 $p < .001$

burt) ab 35 Jahren eine Hormonersatzbehandlung im Zusammenhang mit den Wechseljahren durch.³⁷¹ 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.

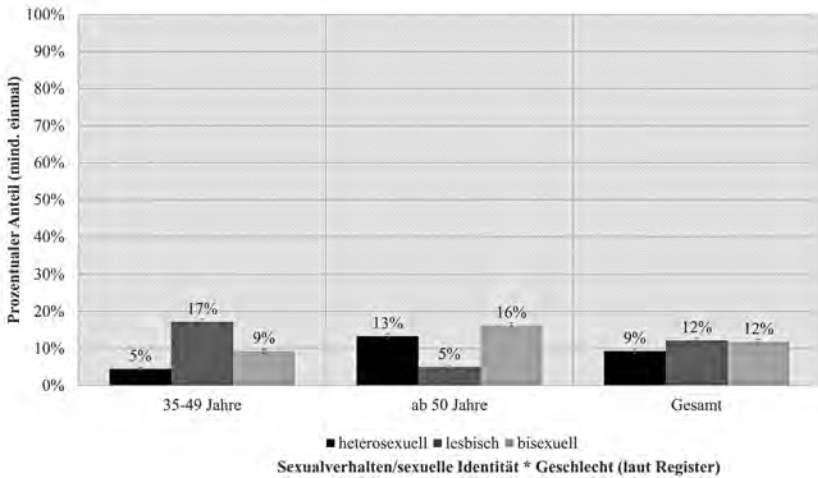


Abbildung 29: Hormonersatzbehandlung im Zusammenhang mit den Wechseljahren (Frauen ab 35 Jahren [Geschlecht laut Register]), differenziert nach Vergleichsgruppen; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

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.³⁷² Unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts (zugeordnet bei der Geburt) hatten trans Personen gegenüber non-binären Personen eine 21-mal höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 21,28$),³⁷³ sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Hor-

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

372 Insgesamt haben 512 Personen diese Frage beantwortet.

373 $p < .001$

monersatzbehandlung 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.³⁷⁴

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 %).³⁷⁵ 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 Geschlechts zeigte sich, dass non-binäre Personen im Vergleich zu trans Personen sowohl eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, bereits medizinische Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung durchgeführt ($OR = 0,17$) zu haben als auch solche geplant ($OR = 0,46$) zu haben.³⁷⁶ 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 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.³⁷⁷

374 $p = .065$

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

376 Jeweils $p < .001$

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

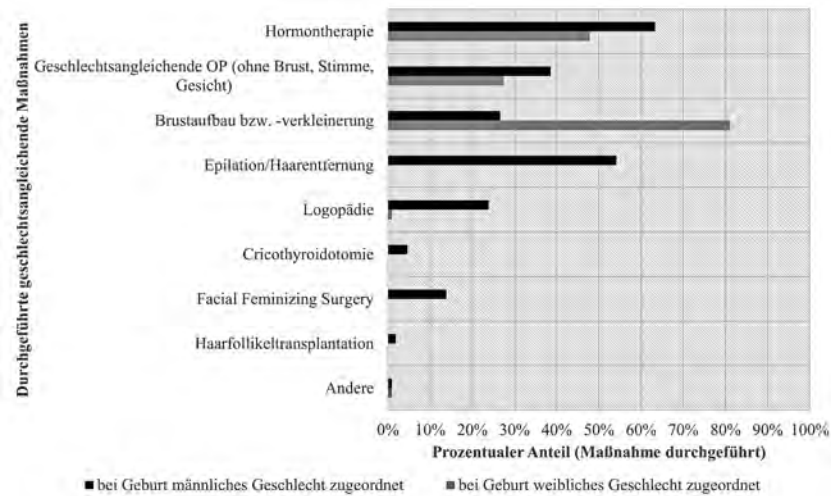


Abbildung 30: Durchgeführte geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen (trans/non-binäre Personen), differenziert nach Maßnahme und bei Geburt zugeordnetem Geschlecht; unadjustierte Schätzungen (Mehrfachnennungen möglich) (Daten: «LGBT Health»)

Ein Großteil der befragten trans und non-binären Personen,³⁷⁸ 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 Surge-

378 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.

4. Ergebnisse

ry) (FFS; <verweiblichende Gesichtsoption>) sowie eine <Cricothyroidotomie>.³⁷⁹ Eher wenige Befragte hatten eine Haarfollikeltransplantation durchführen lassen oder planen dies (vgl. Abb. 30, 31).



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>)

4.3.1.9 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

379 Larynxreduktionsplastik zur Stimmerhöhung/Reduktion des Adamsapfels.

(z. B. Hormonersatzbehandlung). Das heißt, allein 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. 4.3.1.6).

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 LGB-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 Verzichtsründen 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 Befragungszeit-

punkt medizinische Maßnahmen zur Geschlechtsangleichung wahrnehmen, 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 Unterstützung³⁸⁰
- 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.

380 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.

4.3.2.1 Einsamkeitsgefühle

63 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatte nie Einsamkeitsgefühle.³⁸¹ 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).³⁸² 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 übrigen Bevölkerung eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, zumindest manchmal Einsamkeitsgefühle zu empfinden als nie.³⁸³ Lesbische Frauen hatten im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine tendenziell höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 1,50$).³⁸⁴

Die ‹LGBT Health› zeichnet ein anderes Bild: Hier hatten 84 Prozent der befragten LGBT-Personen zumindest manchmal Einsamkeitsgefühle.³⁸⁵ 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).³⁸⁶ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (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,³⁸⁷ 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

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

382 $\chi^2(3) = 50,035; p < .001$

383 Jeweils $p < .001$

384 $p = .073$

385 Hierzu lagen Angaben von 2 061 Personen vor.

386 $\chi^2(6) = 108,052; p < .001$

387 Jeweils $p < .001$

4. Ergebnisse

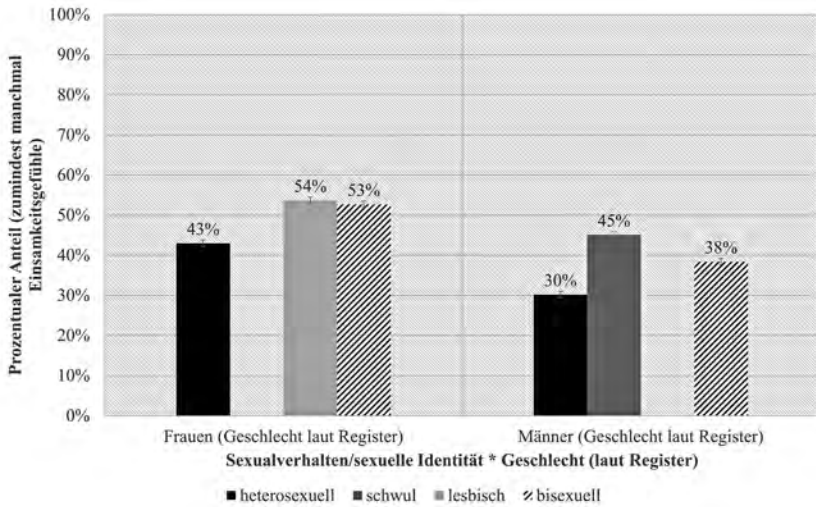


Abbildung 32: Einsamkeitsgefühle (zumindest manchmal), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Registereintrag); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

tiefere Nettoeinkommen (weniger als 4 500 SFr./Monat) ($OR = 0,46$)³⁸⁸ 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 ($OR = 1,77$)³⁸⁹ 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 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)³⁹⁰.

388 $p < .001$

389 $p < .001$

390 <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

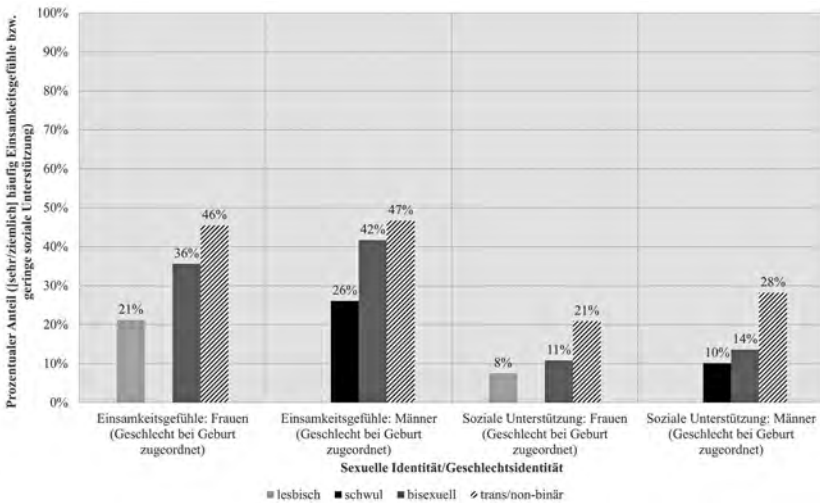


Abbildung 33: *Einsamkeitsgefühle ([sehr/ziemlich] häufig) und soziale Unterstützung (gering), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)*

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 %).³⁹¹ Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.³⁹² Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (laut Register) und Bildungsstatus der Befragten,³⁹³ 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;

391 2012 lagen Angaben zu insgesamt 12 874 Personen vor (gewichtet), 2017 zu 16 052 Personen (gewichtet).

392 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 ($p = .120$).

393 Aufgrund der geringen Zellhäufigkeiten wurden schwule Männer und lesbische Frauen zu einer Gruppe zusammengefasst.

2017: $OR = 0,62$).³⁹⁴ Zu beiden Zeitpunkten zeigte sich außerdem 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 %).³⁹⁵

Auch die Mehrheit, der im Rahmen der ‹LGBT Health› befragten Personen, konnte auf eine mittlere bis starke soziale Unterstützung zählen (86,9 %).³⁹⁶ 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).³⁹⁷ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten. So hatten lesbische cis Frauen ($OR = 2,70$),³⁹⁸ schwule cis Männer ($OR = 2,68$)³⁹⁹ und bisexuelle cis Personen ($OR = 1,93$)⁴⁰⁰ 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: $OR = 0,57$)⁴⁰¹ 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.⁴⁰² 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

394 2012: $p = .036$; 2017: $p = .020$

395 2012: $\chi^2(1) = 31,482$; $p < .001$; 2017: $\chi^2(1) = 131,099$; $p < .001$

396 Insgesamt lagen Angaben zu 1 956 Personen vor.

397 $\chi^2(6) = 102,888$; $p < .001$

398 $p < .001$

399 $p < .001$

400 $p = .003$

401 $p = .022$ bzw. $p = .017$

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

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 %).⁴⁰³ 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-binären Personen und jeweils weniger als 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,⁴⁰⁴ wobei knapp 7 Prozent dieser Personen mit mehreren Partner*innen in einer Beziehung war.⁴⁰⁵ 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

403 2 062 Personen haben hierzu Angaben gemacht.

404 Insgesamt haben 1 989 Personen diese Frage beantwortet.

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

4. Ergebnisse

(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 (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 ($OR = 0,42$),⁴⁰⁶ 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.⁴⁰⁷ Trans und non-binäre Personen wurden zudem gefragt, mit wie vielen Personen sie über ihre Transgeschlechtlichkeit bzw. ihre non-binäre Geschlechtsidentität gesprochen haben.⁴⁰⁸ 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 %).⁴⁰⁹ 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

406 $p < .001$

407 Insgesamt haben 1 634 Personen diese Frage beantwortet.

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

409 $\chi^2(6) = 138,371; p < .001$

gegenüber geoutet zu haben als nur gegenüber wenigen.⁴¹⁰ Bisexuelle cis Personen hatten hingegen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit ($OR = 0,55$) dies getan zu haben.⁴¹¹ 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.⁴¹²

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.⁴¹³ 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, 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,⁴¹⁴ wobei die Information bei 74 Prozent der Befragten relevant für die Behandlung gewesen war.⁴¹⁵ Die meisten befragten LGBT-Personen waren mit der Reaktion der jeweiligen Gesundheitsfachperson bzw. der Mehrheit der Gesundheitsfachpersonen (91,3 %)⁴¹⁶ und den danach gemachten Erfahrungen zufrieden: ihre Behandlung habe sich da-

410 Jeweils $p < .001$

411 $p = .021$

412 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 $p < .001$).

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

414 1 277 Personen haben diese Frage beantwortet.

415 1 081 Personen haben diese Frage beantwortet.

416 1 251 Personen haben diese Frage beantwortet.

nach (mehrheitlich) verbessert (62,6 %),⁴¹⁷ nur bei rund 7 Prozent hatte sich die Behandlung anschließend (mehrheitlich) verschlechtert.⁴¹⁸ Acht Prozent wäre es allerdings lieber, die Gesundheitsfachperson(en) hätte(n) nichts von ihrer sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität erfahren,⁴¹⁹ und immerhin knapp sieben Prozent haben anschließend Diskriminierungen erfahren.⁴²⁰ Dabei zeigten sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei trans/non-binäre Personen deutlich häufiger negative 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.⁴²¹ 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) hätte(n) nichts von ihrer Geschlechtsidentität erfahren,⁴²² und sie gaben auch häufiger an, dass sich ihre Behandlung anschließend verschlechtert habe (11,6 % vs. 2,4-6,5 %)⁴²³ und/oder sie diskriminiert worden seien (14,9 % vs. 3,3-5,3 %).⁴²⁴ 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.⁴²⁵

4.3.2.5 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. stärkere Einsamkeitsgefühle, geringere soziale Unterstützung). Dies stimmt mit den Ergebnisse von Studien aus anderen Ländern überein (Eres, Postolovski, Thielking & Lim, 2021). Ebenfalls in Übereinstimmung

417 687 Personen haben diese Frage beantwortet.

418 775 Personen haben diese Frage beantwortet.

419 1 106 Personen haben diese Frage beantwortet.

420 1 015 Personen haben diese Frage beantwortet.

421 $\chi^2(3) = 20,881; p < .001$

422 $\chi^2(3) = 13,107; p = .004$

423 $\chi^2(3) = 10,309; p = .016$

424 $\chi^2(3) = 25,153; p < .001$

425 $\chi^2(3) = 11,759; p = .008$

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.

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
- Kontrollüberzeugungen⁴²⁶
- Resilientes Coping-Verhalten⁴²⁷
- Allgemeine Selbstwirksamkeit⁴²⁸

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 erfragt (Inderbinen, Schaefer, Schneeberger, Gaab & Garcia Nuñez, 2021).

426 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).

427 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.

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

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.⁴²⁹ 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 ($OR = 1,73$),⁴³⁰ 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.⁴³¹

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.⁴³² Dabei 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.⁴³³ 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.⁴³⁴ Diese Personen haben demnach oft bis sehr oft das Gefühl, die Kontrolle über die

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

430 $p < .001$

431 Jeweils $p < .001$

432 Insgesamt haben 2 032 Personen diese Frage beantwortet.

433 $\chi^2(3) = 11,515; p = .009$

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

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-Personen (65,9-70,2 %) (vgl. Abb. 34).⁴³⁵ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten.⁴³⁶ Die Ergebnisse zeigten zudem einen signifikanten Geschlechter- und Bildungseffekt. Frauen hatten gegenüber Männern (Geschlecht laut Register) eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit,⁴³⁷ über mittlere bis hohe Kontrollüberzeugungen zu verfügen, ebenso wie geringer gebildete Personen im Vergleich zu höher gebildeten (OR = 0,50-0,77)⁴³⁸.



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

435 $\chi^2(3) = 51,989; p < .001$

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

437 OR = 0,90, $p < .001$

438 Jeweils $p < .001$

4. Ergebnisse

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.⁴³⁹ 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 %).⁴⁴⁰ 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 ($OR = 1,90$)⁴⁴¹ 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) ($OR = 1,86$)⁴⁴² und höher gebildete Personen im Vergleich zu jüngeren (15-29 Jahre) bzw. geringer gebildete eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, mittel bis hoch ausgeprägte Kontrollüberzeugungen aufzuweisen.⁴⁴³ 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 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.

439 Insgesamt lagen Angaben zu 2 021 Personen vor.

440 $\chi^2(3) = 164,082; p < .001$

441 Jeweils $p < .001$

442 $p < .001$

443 $OR = 1,34; p = .014$



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.⁴⁴⁴ 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 ($OR = 0,53$).⁴⁴⁵

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

445 $p = .066$

4. Ergebnisse

Auch die Mehrheit der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen verfügte über eine mittlere bis hohe Selbstwirksamkeit (95,5 %).⁴⁴⁶ 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 %).⁴⁴⁷ Unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten hatten jedoch alleine schwule cis Männer ($OR = 2,19$)⁴⁴⁸ 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 ($OR = 0,66$),⁴⁴⁹ über eine hohe Selbstwirksamkeit zu verfügen als cis Personen.

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.⁴⁵⁰ 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).⁴⁵¹ 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-

446 Insgesamt lagen Angaben zu 2 062 Personen vor.

447 $\chi^2(6) = 83,657; p < .001$

448 $p < .001$

449 $p = .002$

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

451 $\chi^2(3) = 12,541; p = .006$

Verhalten aufzuweisen ($OR = 0,65$).⁴⁵² Tendenziell zeigte sich dies auch für lesbische Frauen ($OR = 0,62$).⁴⁵³



Abbildung 36: Resilientes Coping-Verhalten, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte 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.⁴⁵⁴ 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 ($OR = 1,61$)⁴⁵⁵ 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. sexuelle Orientierung eine Rolle zu spielen: So zeigte sich unter Berücksichtigung der

452 $p = .004$

453 $p = .083$

454 Insgesamt lagen Angaben zu 2 061 Personen vor.

455 $p = .011$

genannten 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 ($OR = 0,75$).⁴⁵⁶ Außerdem hatten MSM* im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen (vgl. Anhang 1) eine höhere Wahrscheinlichkeit, über ein stark ausgeprägtes resiliente Coping-Verhalten zu verfügen ($OR = 1,50$).⁴⁵⁷

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 Minoritätenstress-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 %).⁴⁵⁸ 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

456 $p = .030$

457 $p = .036$

458 Hierzu lagen Angaben von 1 379 Befragten vor.

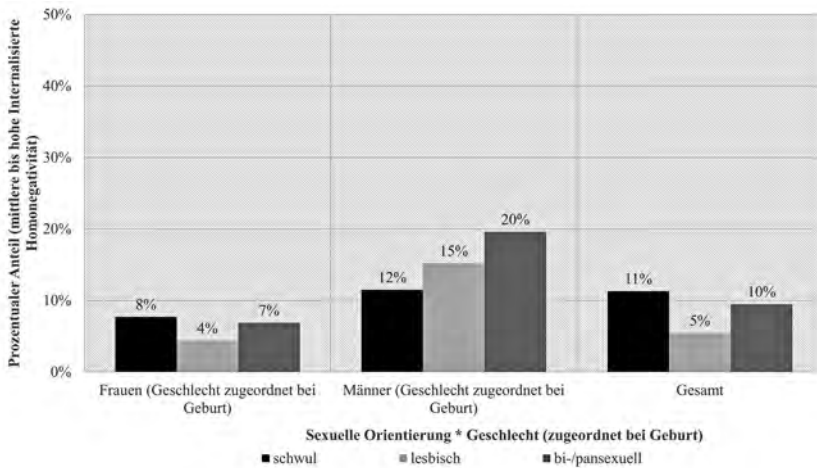


Abbildung 37: Internalisierte Homonegativität, differenziert nach sexueller Identität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

(5,4 %) eine mittlere bis hohe Internalisierte Homonegativität.⁴⁵⁹ 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).⁴⁶⁰

Gut die Hälfte der befragten trans/non-binären Personen hatte eine geringe **Internalisierte Transnegativität** (52,0 %).⁴⁶¹ 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

459 $\chi^2(2) = 11,772$; $p = .003$; für den Vergleich wurde die Frage nach der sexuellen Identität der Befragten verwendet, nicht getrennt nach Geschlechtsidentität.

460 $p < .001$

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

4. Ergebnisse

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.

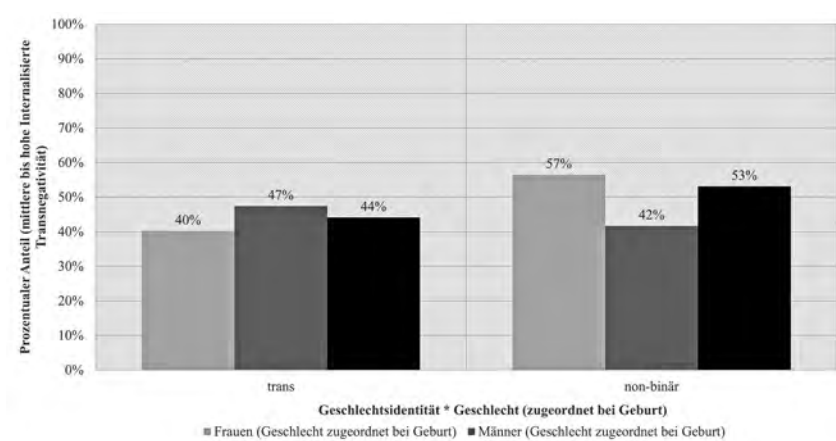


Abbildung 38: Internalisierte Transnegativität, differenziert nach Geschlechtsidentität und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

4.3.3.6 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 zeigten sich bedeutsame Unterschiede innerhalb der LGBT-Grup-

pe, wobei bei den befragten trans/non-binären und bisexuellen Personen die hier berücksichtigten psychischen Schutzfaktoren weniger stark ausgeprägt waren als bei den LG(B) 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 Minoritätenstress-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 der Suizidversuche 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)

4. Ergebnisse

- 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.⁴⁶² 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 eingeschätzt (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.⁴⁶³ Darüber hinaus zeigte sich sowohl ein signifikanter Alters- als auch Geschlechtereffekt, wobei Männer im Vergleich zu Frauen (Geschlecht laut Register) ($OR = 1,11$)⁴⁶⁴ und jüngere Personen (16-49 Jahre) im Vergleich zu älteren Personen (ab 50 Jahre) ($OR = 2,93$)⁴⁶⁵ 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.⁴⁶⁶ Dieser Zusammenhang war

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

463 $p < .001$

464 $p = .016$

465 $p < .001$

466 $p = .269$

allerdings auch unter Berücksichtigung der genannten Merkmale statistisch nicht signifikant.

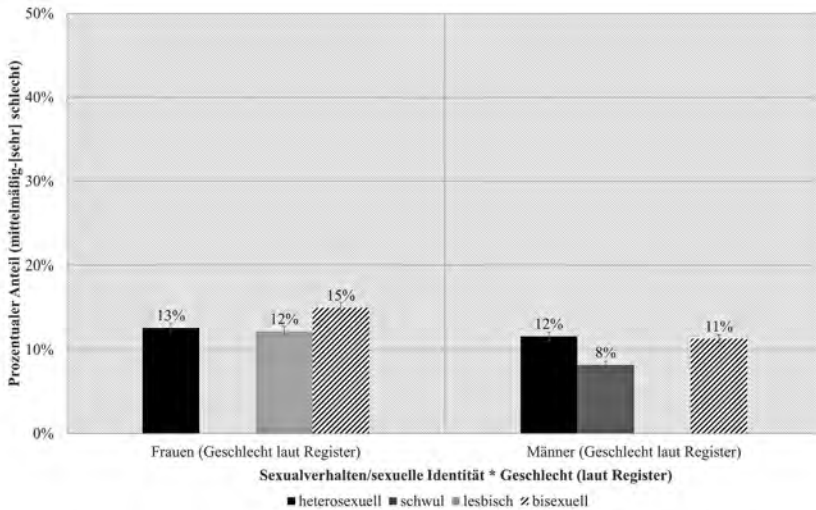


Abbildung 39: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (mittelmäßig-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

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.⁴⁶⁷ 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).⁴⁶⁸ Dieser Zusammenhang zwischen sexueller Identität bzw. Geschlechtsidentität und Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands war

467 Insgesamt haben 2 058 Personen diese Frage beantwortet.

468 $\chi^2(6) = 91,737; p < .001$

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.⁴⁶⁹ 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 1). Unter Berücksichtigung der genannten Merkmale hatten FSF* ($OR = 1,51$)⁴⁷⁰ und MSM* ($OR = 1,87$)⁴⁷¹ 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 erwartungsgemäß ältere Personen, Personen mit einem geringeren Nettoeinkommen und solche mit einem geringeren Bildungsabschluss eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einzustufen.⁴⁷²

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

470 $p = .006$

471 $p = .001$

472 Personen ab 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 hatten 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 ($OR = 1,43$; $p = .008$).

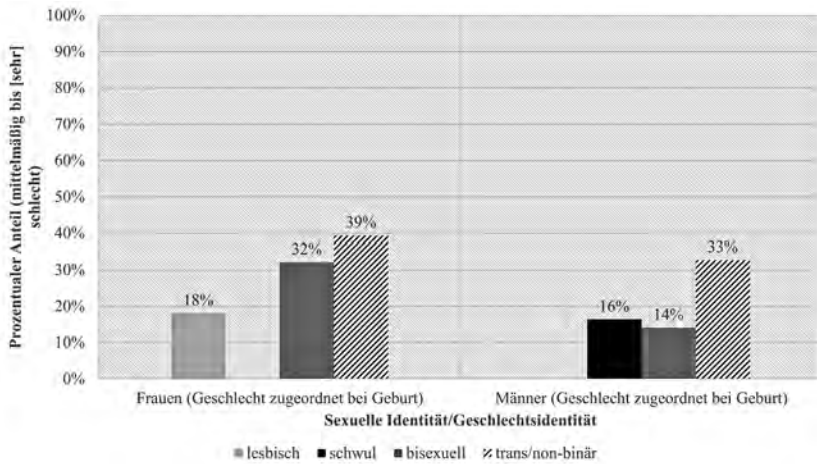


Abbildung 40: Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand (mittelmäßig-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

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 %) ⁴⁷³ 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, ⁴⁷⁴ 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. ⁴⁷⁵ Dass die Pandemie sich negativ auf den subjektiven Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung allgemein ausgewirkt hat, zeigt zum Beispiel der COVID-19

473 Insgesamt haben 2 058 Personen diese Frage beantwortet.

474 $OR = 0,66, p = .025$

475 Jeweils $p < .001$

4. Ergebnisse

Social Monitor.⁴⁷⁶ 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.

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,⁴⁷⁷ gelitten haben (45,9 %).⁴⁷⁸ 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).⁴⁷⁹ 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 ($OR = 1,87$)⁴⁸⁰ und bisexuelle Personen ($OR = 1,96$)⁴⁸¹ 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 ($OR = 2,24$).⁴⁸²

476 <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

477 Fieber wurde dabei nicht berücksichtigt.

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

479 $\chi^2(6) = 93,078; p < .001$

480 $p < .001$

481 $p < .001$

482 $p < .001$

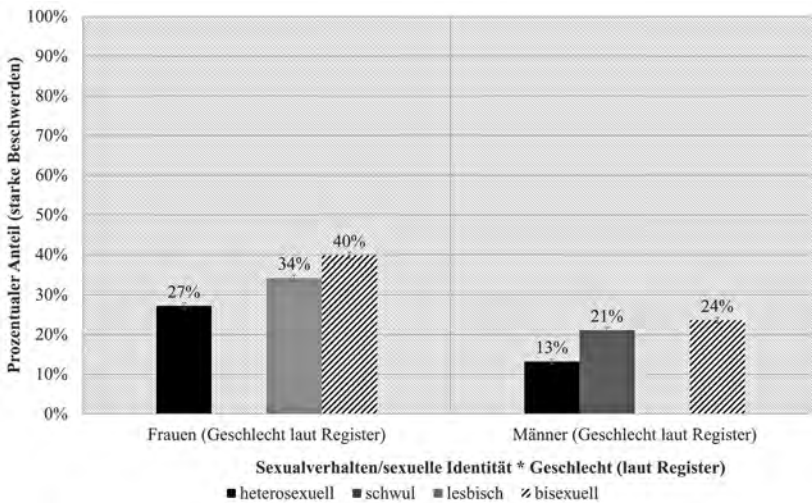


Abbildung 41: Körperliche Beschwerden (starke), differenziert nach Vergleichsgruppe und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

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).⁴⁸³ Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, wobei lesbische cis Frauen (61,6 %) und schwule cis Männer (50,8 %) deutlich seltener starke Beschwerden hatten als bisexuelle cis (71,3 %) und trans/non-binäre Personen (74,3 %).⁴⁸⁴ 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.⁴⁸⁵ Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass trans/non-binäre Per-

483 Insgesamt haben 1 969 Personen diese Frage beantwortet.

484 $\chi^2(3) = 78,761; p < .001$

485 $p < .001$

4. Ergebnisse

sonen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 1,47$)⁴⁸⁶ 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 1) 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).⁴⁸⁷ 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.

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 Diabetes⁴⁸⁸ 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.

486 $p = .005$

487 <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

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

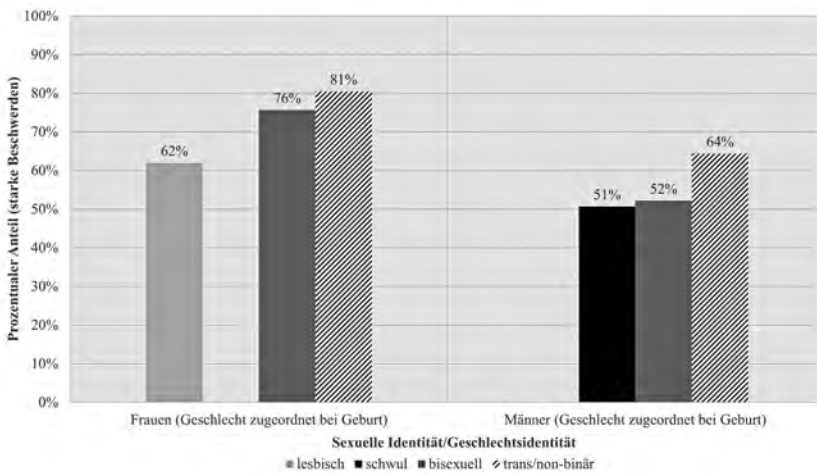


Abbildung 42: Körperliche Beschwerden (starke), differenziert nach Vergleichsgruppe und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: «LGBT Health»)

13 Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatten im Jahr vor der Befragung einen zu **hohen Bluthochdruck**.⁴⁸⁹ 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 %).⁴⁹⁰ 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.⁴⁹¹ 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 ($OR = 8,99$).⁴⁹² 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

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

490 $\chi^2(3) = 19,991; p < .001$

491 $p = .160$; aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten mussten die befragten LGB-Personen zu einer Gruppe zusammengenommen werden.

492 $p = .000$

($OR = 0,56$).⁴⁹³ 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.⁴⁹⁴ Dieser Zusammenhang war jedoch auch unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten statistisch nicht signifikant.⁴⁹⁵ 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.⁴⁹⁶ Dieser Zusammenhang zeigte sich jedoch unter Berücksichtigung der genannten Merkmale nicht mehr.⁴⁹⁷ 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 ($OR = 9,29$).⁴⁹⁸

18 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatten im letzten Jahr vor der Befragung Bluthochdruck.⁴⁹⁹ Dabei hatten im Vergleich zu den anderen Gruppen (11,8-16,5 %) deutlich mehr schwule cis Männer angegeben (24,8 %) unter Bluthochdruck zu leiden.⁵⁰⁰ 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 ($OR = 6,23$).⁵⁰¹

Von einem **zu hohen Cholesterinspiegel** in den letzten 12 Monaten vor der Befragung waren rund zehn Prozent der Befragten der SGB (2012,

493 $p < .001$

494 $p = .274$

495 $p = .359$

496 $\chi^2(1) = 16,748; p < .001$

497 $p = .122$; aufgrund der geringen Zellohäufigkeiten mussten für die Analysen lesbische und bisexuelle Frauen zu einer Gruppe zusammengenommen werden.

498 $p < .001$

499 Insgesamt haben 1 233 Personen diese Frage beantwortet.

500 $\chi^2(3) = 22,112; p < .001$

501 $p < .001$

2017) betroffen.⁵⁰² 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 %).⁵⁰³ 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 ($OR = 7,42$).⁵⁰⁴ Frauen hatten im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) hingegen eine geringere Wahrscheinlichkeit, zu hohe Cholesterinwerte zu haben ($OR = 0,59$).⁵⁰⁵

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.⁵⁰⁶ 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 ($OR = 1,85$).⁵⁰⁷

14 Prozent der im Rahmen der ‹LGBT Health› befragten Personen hatte zu hohe Cholesterinwerte.⁵⁰⁸ Wie beim Bluthochdruck waren auch hier vor allem die schwulen cis Männer betroffen (21,9 %) während bisexuelle

502 Insgesamt haben 26 466 Personen diese Fragen beantwortet.

503 $\chi^2(3) = 11,040; p = .012$

504 $p = .000$

505 $p < .001$

506 $p = .486$

507 $p = .002$

508 Insgesamt haben 1 187 Personen diese Frage beantwortet.

cis Personen (2,0 %) kaum betroffen waren.⁵⁰⁹ 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 ($OR = 1,50$)⁵¹⁰ 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 ($OR = 3,96$).⁵¹¹

Drei Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen waren im Jahr vor der Befragung von **Diabetes** betroffen.⁵¹² Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.⁵¹³ 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 ($OR = 7,28$).⁵¹⁴ Dies stimmt mit Befunden überein, wonach mit zunehmendem Alter das Risiko für einen Diabetes 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 ($OR = 0,47$).⁵¹⁵ 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 Wahr-

509 $\chi^2(3) = 50,956; p < .001$

510 $p = .053$

511 $p < .001$

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

513 $p = .548$; eine Zelle hatte erwartete Häufigkeiten von weniger als 5, hierdurch kann das Ergebnis fehlerhaft sein.

514 $p < .001$

515 $p < .001$

scheinlichkeit hatten, an Diabetes zu leiden ($OR = 8,75$).⁵¹⁶ 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.⁵¹⁷ 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 eine 5-mal so hohe Wahrscheinlichkeit für Diabetes haben ($OR = 5,12$).⁵¹⁸

4 Prozent der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Diabetes.⁵¹⁹ Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.⁵²⁰ Dies galt auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (bei Geburt), Bildungsstatus und des Nettoeinkommens der Befragten,⁵²¹ wobei aufgrund der geringen Fallzahlen die befragten LGB cis Personen zu einer Gruppe zusammengenommen 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 ($OR = 6,10$).⁵²²

Etwa drei Prozent der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen waren in den letzten 12 Monaten an **Krebs** erkrankt.⁵²³ Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So hatten LGB-Personen (1,8 %) in etwa gleich häufig wie heterosexuelle Personen (1,6 %) eine Krebserkrankung in den letzten 12 Monaten gehabt.⁵²⁴ 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 %)⁵²⁵ nicht signifikant häufiger als heterosexuelle (2,9 %)

516 $p < .001$

517 $p = .908$

518 $p < .001$

519 Insgesamt haben 1 282 Personen diese Frage beantwortet.

520 $p = .855$

521 $p = .834$

522 $p < .001$

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

524 $p = .602$

525 Aufgrund der geringen Anzahl Personen wurden lesbische und bisexuelle Frauen zusammengenommen.

Frauen an Krebs erkranken (vgl. Kap. 2.2)⁵²⁶. 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 %).⁵²⁷ 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.

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 %).⁵²⁸ 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).⁵²⁹ 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 ($OR = 1,59$).⁵³⁰ 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

526 $p = .227$

527 2 021 Personen haben diese Frage beantwortet.

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

529 $p = .325$; 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 ($p = .083$).

530 $p = .010$

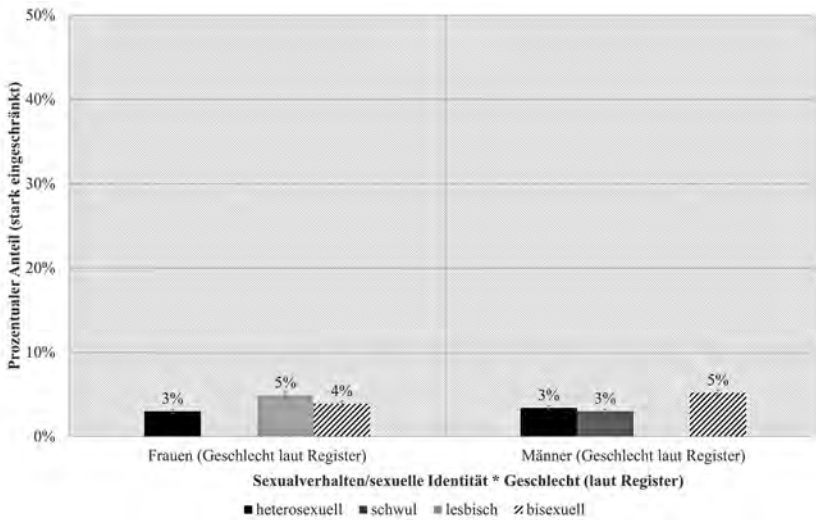


Abbildung 43: Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme (stark eingeschränkt), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

zu sein ($OR = 2,70$).⁵³¹ Frauen hatten hingegen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine geringere Wahrscheinlichkeit, stark eingeschränkt gewesen zu sein ($OR = 0,64$).⁵³²

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.⁵³³ 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).⁵³⁴ Auch unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts (zugeordnet bei Geburt) hat-

531 $p < .001$

532 $p < .001$

533 Insgesamt haben 1 997 Personen diese Frage beantwortet.

534 $\chi^2(3) = 53,582; p < .001$

ten lesbische Frauen ($OR = 0,44$),⁵³⁵ schwule Männer ($OR = 0,64$)⁵³⁶ sowie bisexuelle Personen ($OR = 0,62$)⁵³⁷ 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 ($OR = 0,60$).⁵³⁸

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.

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.⁵³⁹ Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 45).⁵⁴⁰ 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 ($OR = 1,49$).⁵⁴¹ Tendenziell galt dies auch für lesbische Frauen ($OR = 1,31$).⁵⁴² Mit Blick auf schwule

535 $p < .001$

536 $p = .007$

537 $p = .002$

538 $p = .002$

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

540 $\chi^2(3) = 13,264; p = .004$

541 $p < .001$

542 $p = .070$

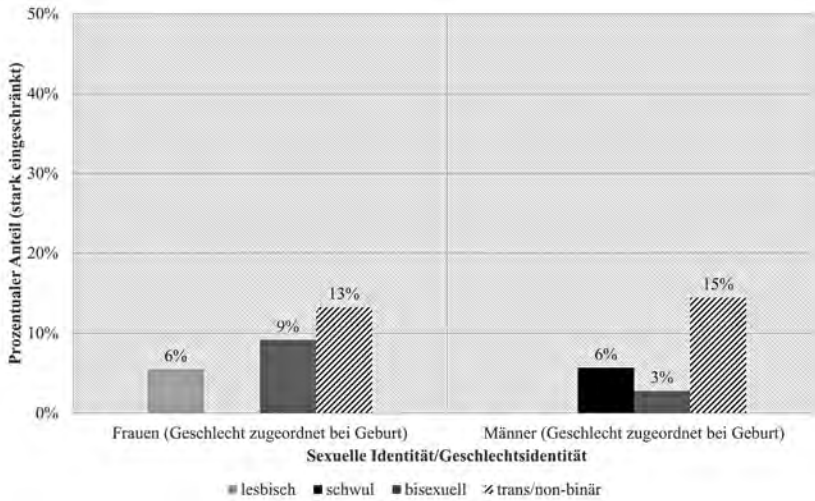


Abbildung 44: Einschränkungen im Alltag durch Gesundheitsprobleme (stark eingeschränkt), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

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 ($OR = 1,32$).⁵⁴³ Allerdings hatten bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Männern unter Berücksichtigung der genannten Merkmale eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, chronisch erkrankt zu sein ($OR = 1,56$).⁵⁴⁴

543 $p = .064$

544 $p = .003$

4. Ergebnisse

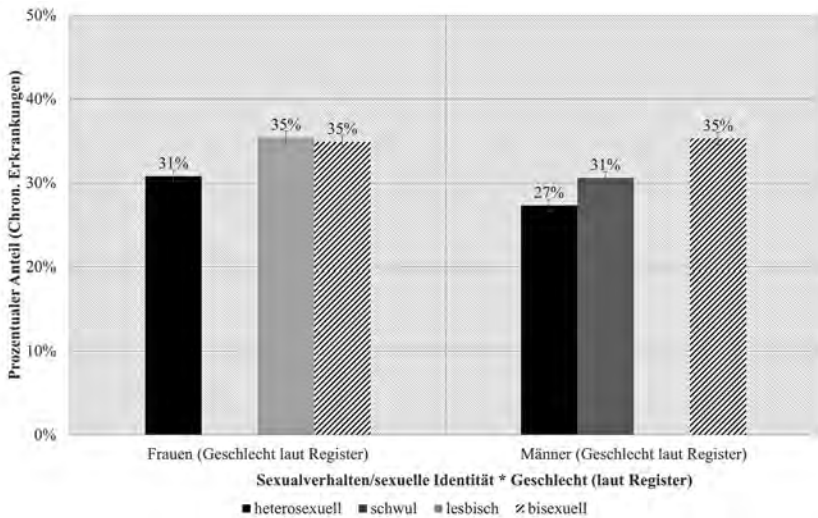


Abbildung 45: Chronische Erkrankung und langandauernde Gesundheitsprobleme, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

47 Prozent der im Rahmen der ‹LGBT Health› befragten Personen hatten seit mindestens sechs Monaten eine chronische Krankheit oder ein langandauerndes Gesundheitsproblem.⁵⁴⁵ Dabei waren besonders trans/non-binäre Personen (56,9 %) betroffen (vgl. Abb. 46).⁵⁴⁶ Dieser Zusammenhang zeigte sich auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugeordnet bei Geburt), Bildungsstatus und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten.⁵⁴⁷ Insgesamt hatten trans/non-binäre Personen gegenüber cis Personen – unter Berücksichtigung der genannten Merkmale – eine höhere Wahrscheinlichkeit ($OR = 1,73$),⁵⁴⁸ an einer chronischen Krankheit oder einem langandauernden Gesundheitsproblem zu leiden. Erwartungsgemäß zeigte sich außerdem ein starker Alterseffekt, wonach insbesonde-

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

546 $\chi^2(3) = 27,582; p < .001$

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

548 $p < .001$

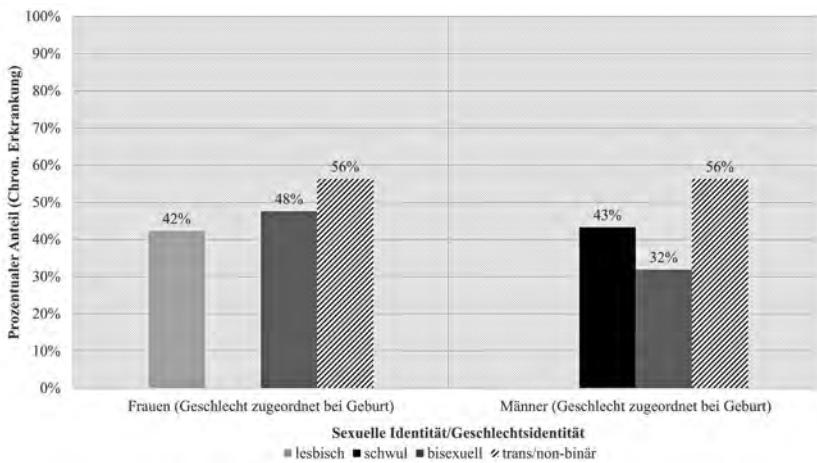


Abbildung 46: Chronische Erkrankung und langandauernde Gesundheitsprobleme, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

re Personen ab 50 Jahren im Vergleich zu 15-29-Jährigen eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit hatten (OR = 3,76),⁵⁴⁹ an einer chronischen Krankheit oder einem langandauerndem Gesundheitsproblem zu leiden.

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.⁵⁵⁰ Dies entspricht in etwa dem Anteil in der Gesamtbevölkerung, wenn man die Zahlen zum Zeitpunkt der Berichtslegung zugrunde legt.⁵⁵¹ 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

549 $p < .001$

550 1 573 Personen haben diese Frage beantwortet.

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

4. Ergebnisse

und des persönlichen Nettoeinkommens der Befragten sowie der Zahl der durchgeführten Coronatests statistisch signifikant. Dabei hatten im Vergleich zu den befragten trans/non-binären Personen lesbische cis Frauen ($OR = 2,17$)⁵⁵² und bisexuelle cis Personen ($OR = 2,23$)⁵⁵³ 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 ($OR = 0,54$),⁵⁵⁴ 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.⁵⁵⁵ 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).⁵⁵⁶ 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 ($OR = 0,56$).⁵⁵⁷ 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

552 $p = .014$

553 $p = .006$

554 $p = .011$

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

556 $\chi^2(3) = 25,926; p < .001$

557 $p < .001$

(OR = 0,41).⁵⁵⁸ Das Gleiche traf auf jüngere Personen (16-49 Jahre) im Vergleich zu älteren Personen zu (ab 50 Jahre) (OR = 0,46).⁵⁵⁹

Studien zeigen, dass schwule Männer im Vergleich zu heterosexuellen Männern einen geringeren BMI haben. Hingegen 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 %).⁵⁶⁰ 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),⁵⁶¹ 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 %).⁵⁶² 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.

Auch die Mehrheit der im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatte Normalgewicht (63,8 %).⁵⁶³ 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 %).⁵⁶⁴ 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.

558 $p < .001$

559 $p < .001$

560 $\chi^2(2) = 26,694; p < .001$

561 $p < .001$

562 $\chi^2(2) = 5,610; p = .061$

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

564 $\chi^2(3) = 7,736; p = .052$

4. Ergebnisse

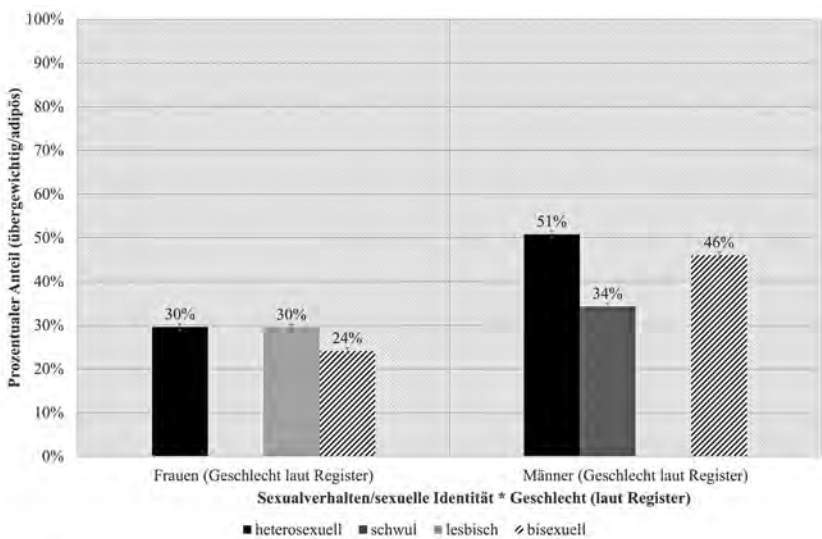


Abbildung 47: Body-Maß-Index (Übergewicht/Adipositas), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Anhang 1) und dem BMI zeigte sich, dass FSF* im Vergleich zu bi-/pansexuellen Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit ($OR = 0,68$)⁵⁶⁵ hatten, übergewichtig oder adipös zu sein.

4.4.1.8 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 Män-

⁵⁶⁵ $p = .012$

ner (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 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).

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 Coroneffekt 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 nachgewiesene (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 7 Prozent haben sie als weder gut noch schlecht (5,9 %) oder (sehr) schlecht (1,1 %) eingestuft.⁵⁶⁶ Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (vgl. Abb. 48).⁵⁶⁷ 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 ($OR = 0,70$).⁵⁶⁸ 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 ($OR = 11,65$)⁵⁶⁹.

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.⁵⁷⁰ 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).⁵⁷¹ 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 bise sexuelle cis Personen ($OR = 2,15$) signifikant höher, ihre Lebensqualität als (sehr) gut zu bezeichnen.⁵⁷² Darüber hinaus hatten Frauen im Vergleich

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

567 $p = .160$

568 $p = .005$

569 $p = .000$

570 Hierzu lagen Angaben von 2 059 Personen vor.

571 $\chi^2(3) = 115,227; p < .001$

572 Jeweils $p < .001$

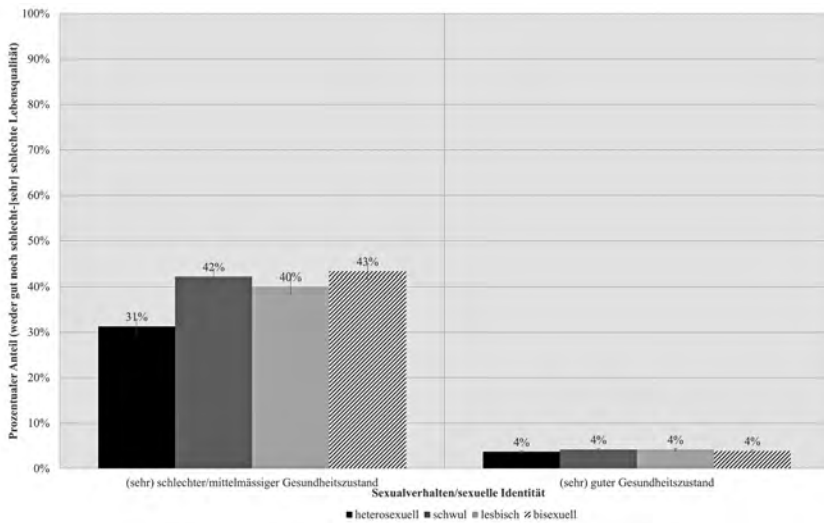


Abbildung 48: Lebensqualität (weder gut noch schlecht-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und subjektivem Gesundheitszustand; unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

zu Männern (Geschlecht zugewiesen bei Geburt) eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit, ihre Lebensqualität als (sehr) gut einzustufen ($OR = 0,55$)⁵⁷³. 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).⁵⁷⁴ 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 Monitor⁵⁷⁵). 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

573 $p = .002$

574 $p < .001$

575 <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

4. Ergebnisse

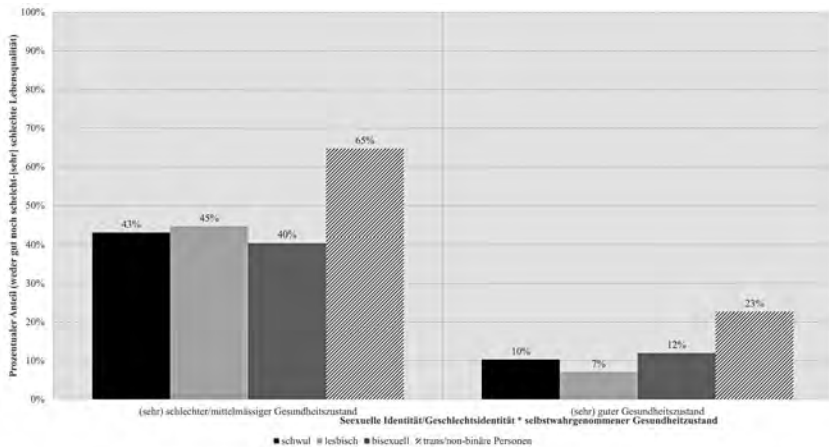


Abbildung 49: Lebensqualität (weder gut noch schlecht-[sehr] schlecht), differenziert nach Vergleichsgruppen und subjektivem Gesundheitszustand; unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

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 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 allein die gefundenen Unterschiede erklären.

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)⁵⁷⁶ 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 %).⁵⁷⁷ 29 Prozent hatten ein tiefes Energie- und Vitalitätsniveau und die restlichen 22 Prozent ein <mittleres>. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede

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

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

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).⁵⁷⁸ Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Sexualverhalten bzw. der sexuellen Identität⁵⁷⁹ 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 ($OR = 0,66$)⁵⁸⁰ Energie- und Vitalitätsniveau zu haben. Dies galt auch für Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) ($OR = 0,72$)⁵⁸¹ (Abb. 50).

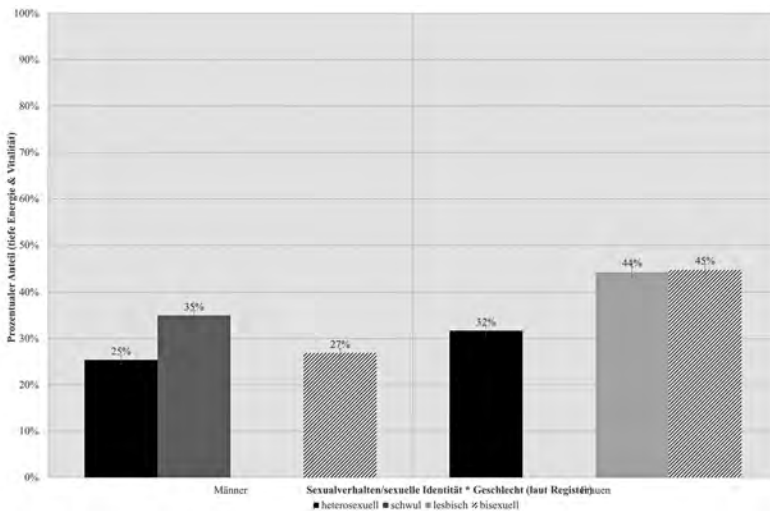


Abbildung 50: Energie und Vitalität (tief), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2017)

578 $\chi^2(6) = 25,081; p < .001$

579 Wegen der geringen Zelhäufigkeiten wurden wieder alle LGB-Personen zu einer Gruppe zusammengefasst und mit der übrigen Bevölkerung verglichen.

580 $p < .001$

581 $p < .001$

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.⁵⁸² 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).⁵⁸³ Dieser Unterschied war auch unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts (zugewiesen bei Geburt), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten signifikant. Danach hatten lesbische cis Frauen ($OR = 3,59$)⁵⁸⁴, bisexuelle cis Personen ($OR = 2,31$)⁵⁸⁵ und schwule cis Männer ($OR = 1,84$)⁵⁸⁶ 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.

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-5⁵⁸⁷ beruht. Die Mehrheit der im Rahmen der SGB (2012, 2017) befragten Personen hatte keine oder nur geringe psychische Belastung empfunden (84,5 %).⁵⁸⁸ 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

582 Hierzu lagen Angaben zu 2 038 Personen vor.

583 $\chi^2(3) = 72,237; p < .001$

584 $p < .001$

585 $p = .002$

586 $p < .001$

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

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

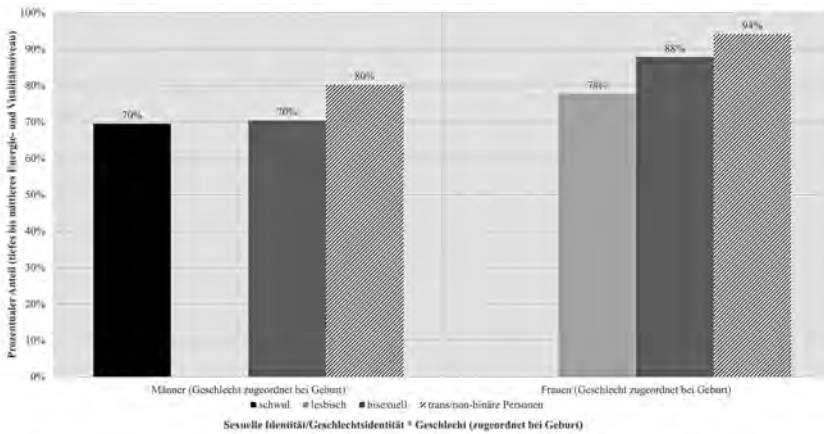


Abbildung 51: Energie und Vitalität (tief-mittel), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

(15,2 %).⁵⁸⁹ 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.⁵⁹⁰ 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.⁵⁹¹ 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 (L, G, B, heterosexuell) ($OR = 1,52$).⁵⁹²

589 $\chi^2(3) = 57,604; p < .001$

590 Jeweils $p < .001$

591 $p = .524$

592 $p = .009$

4. Ergebnisse

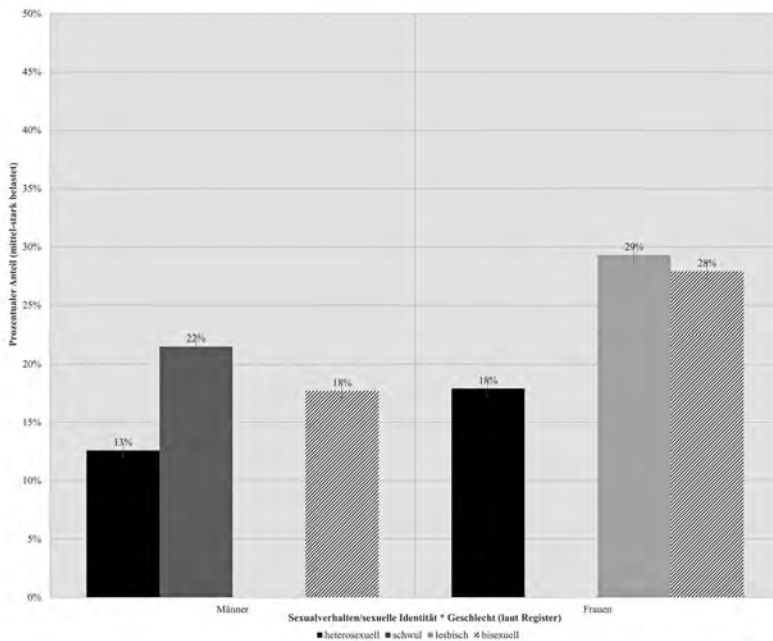


Abbildung 52: Psychische Belastung (mittel-stark), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

Mehr als die Hälfte der im Rahmen der «LGBT Health» befragten LGBT-Personen war mittel bis stark psychisch belastet.⁵⁹³ 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 Monitor⁵⁹⁴). Zu diesem Zeitpunkt wiesen mit knapp 8 Prozent deutlich mehr Personen eine starke psychische Belastung auf als noch 2017 (siehe oben).

593 Insgesamt haben 2 038 Personen diese Frage beantwortet.

594 <https://covid19.ctu.unibe.ch/>

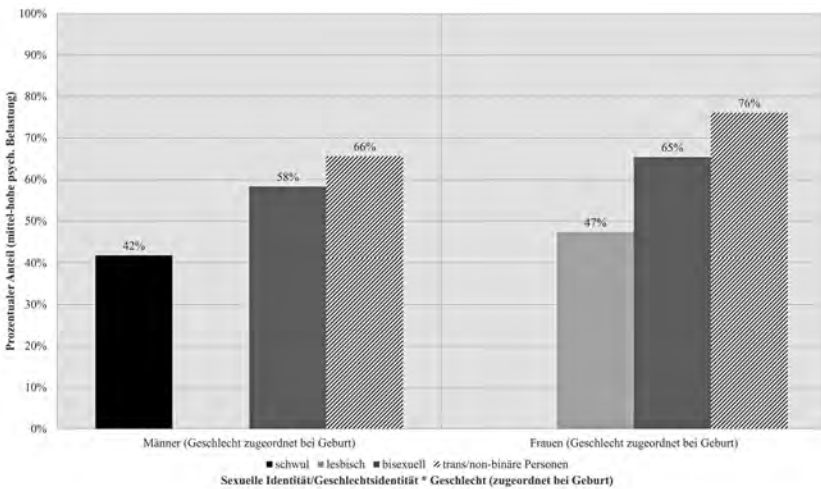


Abbildung 53: Psychische Belastung (mittel-hoch), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

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).⁵⁹⁵ 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.⁵⁹⁶

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 & Her-

⁵⁹⁵ $\chi^2(3) = 132,144; p < .001$

⁵⁹⁶ Jeweils $p < .001$

zog, 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 Selbstauskünfte 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.⁵⁹⁷ 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).⁵⁹⁸ 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 ($OR = 2,43$)⁵⁹⁹ 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.⁶⁰⁰ 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 ($OR = 0,62$)⁶⁰¹.

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 Personen⁶⁰² 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-binä-

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

598 $\chi^2(3) = 100,975; p < .001$

599 Jeweils $p < .001$

600 $\chi^2(1) = 7,181; p = .007$

601 $p = .057$

602 Insgesamt haben 1 969 Personen diese Fragen beantwortet.

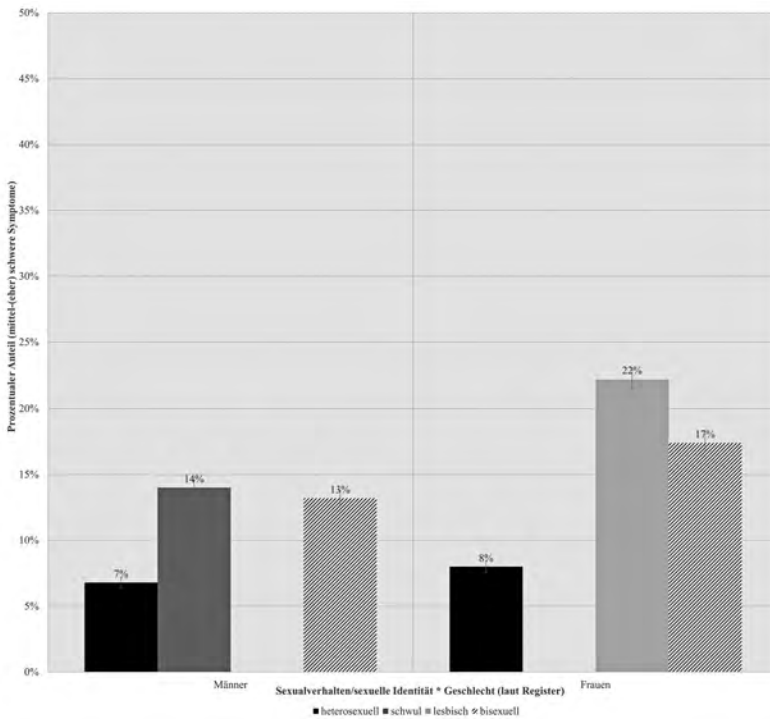


Abbildung 54: Depression (letzte 2 Wochen), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2012, 2017)

ren 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

4. Ergebnisse

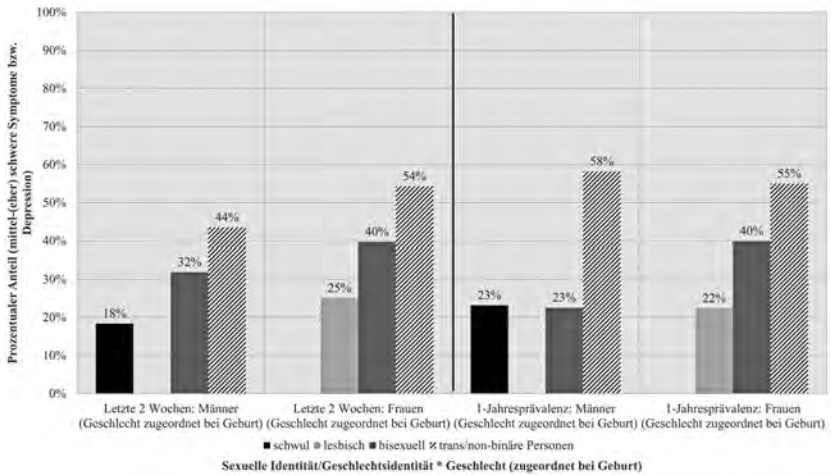


Abbildung 55: Depression (letzte 2 Wochen und 1-Jahresprävalenz), differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

Personen der Fall (49,8 %) (vgl. Abb. 55).⁶⁰³ 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.⁶⁰⁴ 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.

Im Rahmen der <LGBT Health> lag die 1-Jahresprävalenz einer Depression (nach Angaben der Befragten) bei 34 Prozent.⁶⁰⁵ Dabei zeigten sich

603 $\chi^2(6) = 163,441; p < .001$

604 Jeweils $p < .001$

605 Insgesamt haben 1 774 Personen diese Frage beantwortet.

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).⁶⁰⁶ 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.⁶⁰⁷ 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.⁶⁰⁸ 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 soziale 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 Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, starke depressive Symptome zu

606 $\chi^2(3)=157,904; p < .001$

607 Jeweils $p < .001$

608 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 %.

zeigen. Die Modellkoeffizienten und die Effektstärken können der Tabelle A2.1 im Anhang 2 entnommen werden.⁶⁰⁹

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.⁶¹⁰ 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 %).⁶¹¹ 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 ($OR = 0,34$)⁶¹², schwule cis Männer ($OR = 0,31$)⁶¹³ und bisexuelle cis Personen ($OR = 0,68$)⁶¹⁴ 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.⁶¹⁵ 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 %).⁶¹⁶ 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

609 Im Anhang 2 sind zudem die entsprechenden Analysen mit dem dreidimensionalen Konstrukt ‹Sexuelle Orientierung› zu finden.

610 1 933 Personen haben diese Frage beantwortet.

611 $\chi^2(3) = 83,083; p < .001$

612 $p < .001$

613 $p < .001$

614 $p = .038$

615 1 795 Personen haben diese Frage beantwortet.

616 $\chi^2(3) = 116,457; p < .001$

bisexuelle cis Personen ($OR = 0,38$) im Vergleich zu trans/non-binären Personen eine deutliche geringere Wahrscheinlichkeit, an AD(H)S zu leiden.⁶¹⁷ 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 ($OR = 0,32$)⁶¹⁸, und Frauen (Geschlecht zugewiesen bei Geburt) eine etwas höhere ($OR = 1,47$).⁶¹⁹

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.⁶²⁰ 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 %).⁶²¹ Unter Berücksichtigung des Erhebungsjahres, Alters, Geschlechts (laut Register), Bildungsstatus und der Nationalität der Befragten zeigte sich, dass LGB-Personen⁶²² im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine 2-mal so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, in den letzten sieben Tagen vor der Befragung psychotrope Substanzen (Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel und/oder Antidepressiva) eingenommen zu haben ($OR = 2,05$).⁶²³ Insbesondere Frauen (Geschlecht laut Register) hatten psychotrope Substanzen konsu-

617 Jeweils $p < .001$

618 $p < .001$

619 $p = .060$

620 Die Frage haben 29 906 Personen (gewichtet) beantwortet.

621 $\chi^2(3) = 35,573; p < .001$

622 Aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten wurden die LGB-Personen zusammengefasst und mit der übrigen Bevölkerung verglichen.

623 $p < .001$

miert ($OR = 1,60$).⁶²⁴ 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/non-binäre (31,1 %) als LGB cis Personen (15,2-18,3 %) die genannten psychotropen 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 ($OR = 0,40$)⁶²⁵, schwule cis Männer ($OR = 0,57$)⁶²⁶ und bisexuelle cis Personen ($OR = 0,47$)⁶²⁷ 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 Personen⁶²⁸ 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.⁶²⁹ Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen: Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung (3,3 %) haben les-

624 $p < .001$

625 $p < .001$

626 $p = .002$

627 $p < .001$

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

629 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.

bische 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).⁶³⁰ 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 begangen zu haben als keinen ($OR = 3,90$).⁶³¹ Dabei hatten Frauen im Vergleich zu Männern (Geschlecht laut Register) eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, bereits einen Suizidversuch begangen zu haben ($OR = 1,31$)⁶³² (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.⁶³³

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 %).⁶³⁴ Jeweils etwa die 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 ($OR = 1,47$)⁶³⁵.

630 $\chi^2(3) = 85,357$; $p < .001$; 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 ($\chi^2[1] = 78,542$; $p < .001$).

631 $p < .001$

632 $p = .002$

633 $p = .517$

634 570 von den 584 Personen, die schon einmal einen Suizidversuch begangen haben, haben diese Frage beantwortet.

635 $p = .062$

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 %).⁶³⁶ 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).⁶³⁷ 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 ($OR = 2,22$).⁶³⁸ Im Vergleich zu Männern hatten Frauen (Geschlecht laut Register) eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit, in den letzten zwei Wochen vor der Befragung Suizidgedanken gehabt zu haben ($OR = 0,88$)⁶³⁹ (vgl. Abb. 56).

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 %).⁶⁴⁰ 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.⁶⁴¹ 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.

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

637 $\chi^2(3) = 64,612; p < .001$

638 $p < .001$; aufgrund der geringen Zelhäufigkeiten wurden die LGB-Personen als eine Gruppe mit der übrigen Bevölkerung verglichen.

639 $p = .004$

640 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.

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

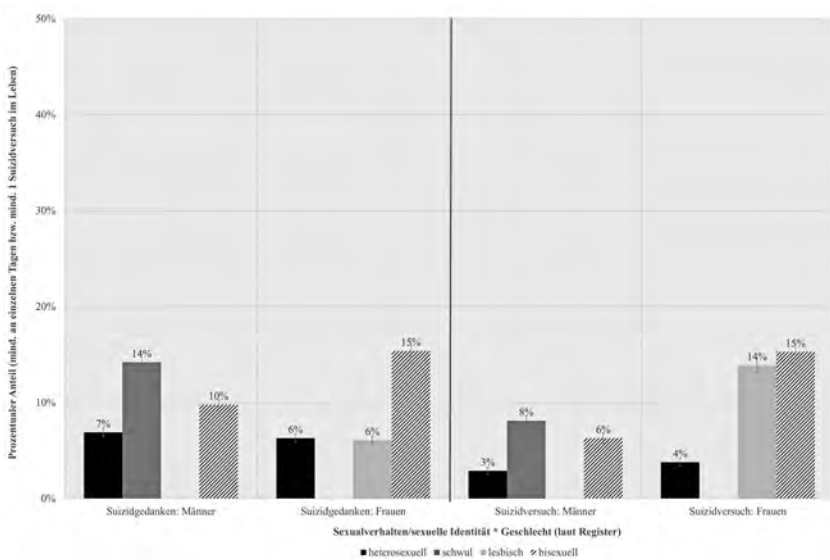


Abbildung 56: Suizidversuch (Lebenszeitprävalenz), Suizidgedanken, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (laut Register); unadjustierte Schätzungen (95 % KI) (Daten: SGB 2017 bzw. SGB 2012, 2017)

6-11 Jahre) begangen. Im Schnitt waren die Befragten bei ihrem ersten Suizidversuch 16-18 Jahre alt gewesen.⁶⁴²

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).⁶⁴³ 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 ($OR = 1,96$)⁶⁴⁴ und bisexuellen cis Personen ($OR = 1,56$)⁶⁴⁵ eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, mindestens einen Suizidversuch begangen zu haben. Im Vergleich zu Personen, die keine

642 $M = 18,08$; $Md = 16,00$; $SD = 8,54$

643 $\chi^2(3) = 81,867$; $p < .001$

644 $p = .003$

645 $p = .037$

4. Ergebnisse

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 ($OR = 5,29$)⁶⁴⁶. 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 %).⁶⁴⁷ 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 %).⁶⁴⁸

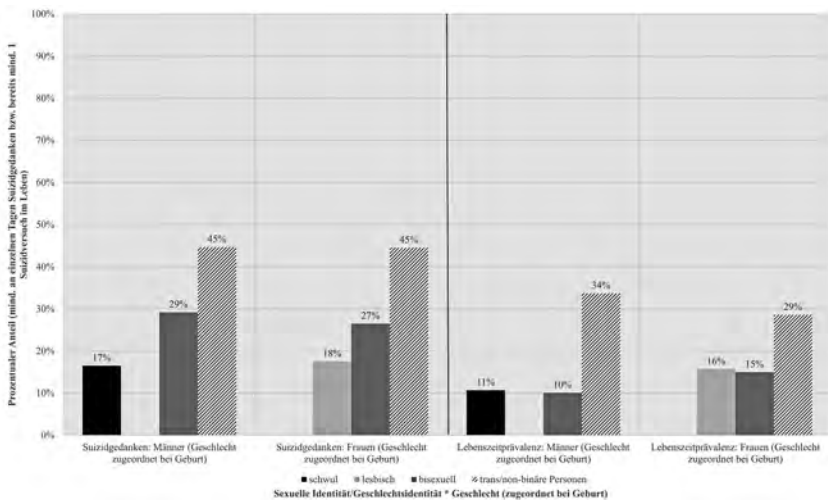


Abbildung 57: Suizidversuch (Lebenszeitprävalenz), Suizidgedanken, differenziert nach Vergleichsgruppen und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt); unadjustierte Schätzungen (Daten: <LGBT Health>)

Um besser zu verstehen, welche Risiko- und Schutzfaktoren einen Einfluss auf das Begehen eines Suizidversuchs haben, wurde eine weitere binäre

646 $p < .001$

647 $\chi^2(3) = 8,633$; $p = .035$; aufgrund der geringen Zellhäufigkeiten wurde auf differenziertere Analysen verzichtet.

648 $\chi^2(6) = 75,670$; $p < .001$; aufgrund der geringen Zellhäufigkeiten wurde auf differenziertere Analysen verzichtet.

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.⁶⁴⁹ 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 A2.3 im Anhang 2 entnommen werden.⁶⁵⁰

Ein Fünftel der Personen, die bereits einen Suizidversuch begangen hatten, hatten mit niemandem darüber gesprochen.⁶⁵¹ 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.

Gut ein Viertel (25,8 %) aller im Rahmen der «LGBT Health» befragten Personen hatte in den letzten zwei Wochen vor der Befragung mindestens

649 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 %.

650 Im Anhang 2 sind zudem die entsprechenden Analysen mit dem dreidimensionalen Konstrukt «Sexuelle Orientierung» zu finden.

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

an einzelnen Tagen Gedanken, dass sie lieber tot wären oder sich selbst Leid zufügen möchten.⁶⁵² 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).⁶⁵³ 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 ($OR = 1,82$)⁶⁵⁴, schwulen cis Männern ($OR = 2,10$)⁶⁵⁵ und bisexuellen cis Personen ($OR = 1,50$)⁶⁵⁶ 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 ($OR = 11,62$).⁶⁵⁷ 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. $0,58$).⁶⁵⁸

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.⁶⁵⁹ 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

652 2 036 Personen haben diese Frage beantwortet.

653 $\chi^2(3) = 141,556; p < .001$

654 $p = .006$

655 $p < .001$

656 $p = .054$

657 $p < .001$

658 Jeweils $p = .016$

659 Insgesamt haben 1 974 Personen diese Frage beantwortet.

schwulen cis Männer zu.⁶⁶⁰ 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.⁶⁶¹ 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 ($OR = 3,43$).⁶⁶² 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).

4.4.2.9 Zwischenfazit: Psychische Gesundheit

Deutlicher als im Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit zeigen die Befunde, dass LSBG-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 LSBG-Personen häufiger psychotrope Medikamente ein. Die «LSBG 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 «LSBG 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 «LSBG Health» ist dies jedoch allein eine mögliche Erklärung für die

660 $\chi^2(3) = 271,234; p < .001$

661 Jeweils $p < .001$

662 $p < .001$

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).