

3. Theoretische Einbettung und methodisches Vorgehen

3.1 Theoretische Einbettung

Als theoretischer Rahmen der Analysen dient das ‹Health Equity Promotion Model› (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Der Vorteil dieses Modells liegt darin, dass es weniger defizitorientiert ist und erlaubt, zu untersuchen, wie es trotz widriger Umstände LGBT-Personen gelingt, einen guten Gesundheitszustand aufzuweisen. Bisher heben die in der Forschung mehrheitlich zugrunde gelegten Modelle, wie z. B. das genannte Minoritätenstress-Modell (Meyer, 2003), die Probleme und Belastungen von LGBT-Personen hervor (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Mit dem Health Equity Promotion Model (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) (HEP-Modell) legen wir hier hingegen ein intersektionales und lebenslaufbezogenes Verständnis der gesundheitlichen Ungleichheit von LGBT-Personen zugrunde, bei dem auch strukturelle und umweltbezogene Faktoren berücksichtigt werden (z. B. gesellschaftliche Normen). Hierdurch werden nicht nur Unterschiede zwischen, sondern auch innerhalb verschiedener Gruppen berücksichtigt. Das Modell umfasst drei Bereiche, denen verschiedene relevante Faktoren bzw. gesundheitliche ‹Outcomes› zugeordnet werden können: (1) ‹Mehr-Ebenen-Kontext›, (2) gesundheitsförderliche und -schädliche Pfade und (3) (subjektiver) Gesundheitszustand (vgl. Abb. 1). Der ‹Mehr-Ebenen-Kontext› umfasst sowohl individuelle als auch strukturelle und umweltbezogene Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit von LGBT-Personen haben können. Hierzu gehören u. a. gesellschaftliche Normen und Stigmatisierung von LGBT-Personen und auf individueller Ebene insbesondere Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Mit Blick auf den zweiten Bereich unterscheiden Fredriksen-Goldsen et al. (2014) vier gesundheitsförderliche bzw. -schädliche Pfade – auf Verhaltensebene (z. B. Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen, Rauchen, Drogenkonsum), auf sozialer/gemeinschaftlicher Ebene (z. B. soziale Unterstützung), auf psychologischer Ebene (z. B. internalisierte Homonegativität) sowie auf biologischer Ebene (z. B. erhöhter Cortisolspiegel). Diese ‹Pfade› wirken sich – im Zusammenspiel mit den strukturellen, kontextuellen und individuellen Merkmalen sowie der jeweiligen sozialen Position des Individuums (Gender, sozioökonomischer Status, Herkunft, sexuelle Orientierung, Alter etc.) – auf die körperliche und psychische Gesundheit der

3. Theoretische Einbettung und methodisches Vorgehen

Person aus (vgl. Abb. 1). Zusätzlich berücksichtigt das Modell, dass der Gesundheitszustand einer Person vor dem Hintergrund ihres Lebensverlaufs verstanden werden muss («life course»; vgl. Abb. 1). Soziale und historische Marker werden einbezogen. Etwa macht es einen Unterschied, ob eine LGB-Person ihr Coming-out in einer Zeit hatte, als Homosexualität noch als psychiatrische Krankheit galt (z. B. in den 1980er-Jahren) oder in einem gesellschaftlichen Umfeld, in dem die Ehe für alle vom Schweizer Stimmvolk angenommen wurde (2021).

Die folgende Abbildung 1 fasst das Modell zusammen. Dabei sind für die verschiedenen Bereiche Indikatoren aufgeführt, die im Rahmen der vorliegenden Studie berücksichtigt wurden¹⁵.

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

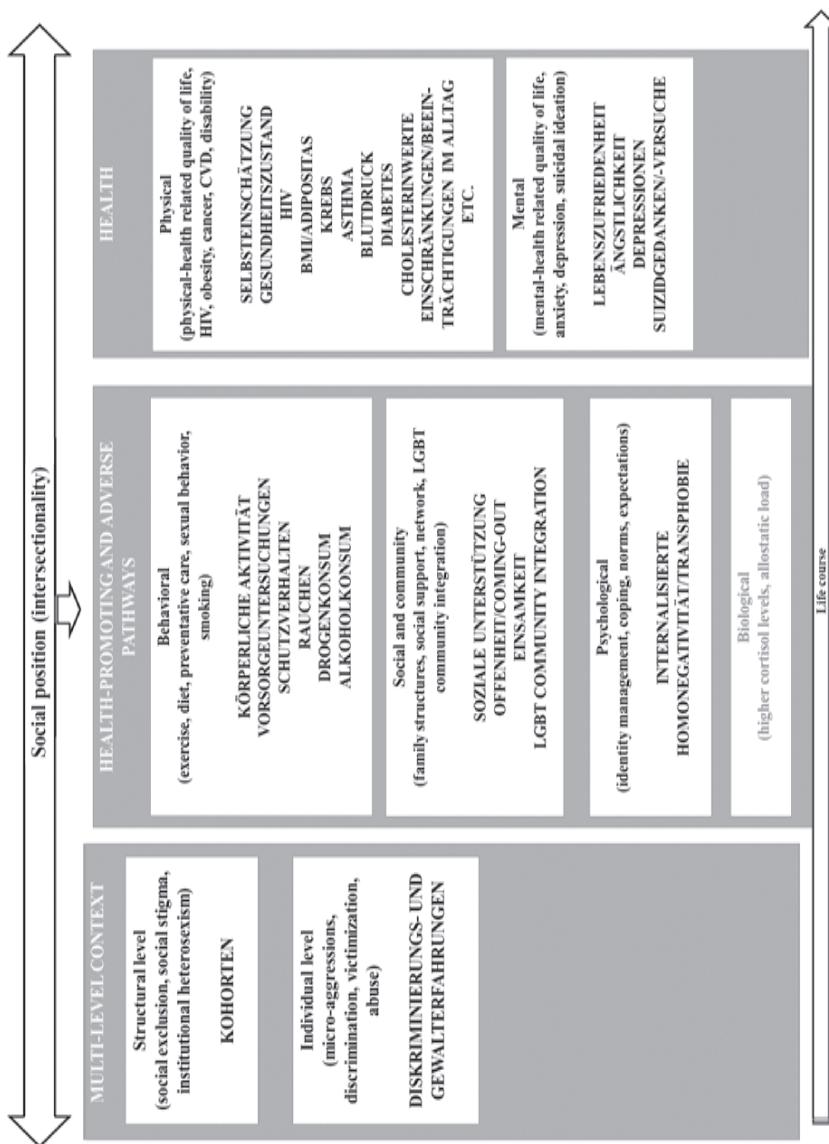


Abbildung 1: *Health Equity Promotion Model, ergänzt um im Rahmen der Studie erhobene Indikatoren (nach Fredriksen-Goldsen et al., 2014)*

3. Theoretische Einbettung und methodisches Vorgehen

3.2 Methodisches Vorgehen

3.2.1 Datenbasis

In die Analysen eingeschlossen wurden die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) von 2012 und 2017¹⁶ sowie die Daten einer von der Hochschule Luzern im Frühjahr/Sommer 2021¹⁷ durchgeführten anonymen Online-Umfrage (‘LGBT Health’, $n = 2\,064$). Letztere wurde zum einen durchgeführt, weil die Zahl der befragten LGB-Personen in den beiden SGB relativ gering war, zum anderen weil in der SGB nicht nach der Geschlechtsidentität der Teilnehmer*innen gefragt wurde und daher mit Hilfe der SGB keine Aussagen über die gesundheitliche Situation von trans/non-binären Personen in der Schweiz möglich sind. Aufgrund der geringen Zahl befragter LGB-Personen im Rahmen der SGB wurde zudem entschieden, die Daten der beiden Wellen zusammenzuführen und bei den Analysen um mögliche Einflüsse durch die verschiedenen Befragungszeitpunkte (2012, 2017) zu kontrollieren.

Die ‘LGBT Health’ wurde eigens für die Studie konzipiert. Der dabei verwendete Fragebogen setzte sich – wo möglich und sinnvoll – aus Fragen der SGB hinsichtlich der interessierenden Indikatoren zusammen. Dies ermöglicht es, Vergleiche zwischen den Befragungen zu ziehen. Zum besseren Verständnis der gesundheitlichen Situation von LGBT-Personen in der Schweiz wurden mit Blick auf das den Analysen zugrunde liegende HEP-Modell zudem zusätzliche Indikatoren erhoben (z. B. internalisierte Homonegativität, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen im Gesundheitswesen und anderen Situationen in der Schweiz). Auch hierbei wurden, sofern vorhanden, standardisierte, psychometrisch validierte Skalen eingesetzt (z. B. ‘Gender Identity Stigma Scale’ von Schmidt, Schondelmayer & Schröder, 2015; Timmins, Rimes & Rahman, 2017). Der Fragebogen wurde sowohl mit dem BAG und der Begleitgruppe als auch mit weiteren Expert*innen des erweiterten Projektteams der Hochschule Luzern diskutiert und in Deutsch, Französisch und Italienisch sowie in einer eng-

¹⁶ Der SGB-Datensatz von 2007 wurde nicht einbezogen, da zwischen der SGB 2007 und 2017 zehn Jahre liegen, in denen es zu signifikanten Veränderungen in Bezug auf im Rahmen der Studie relevante Indikatoren gekommen ist. Zusammen mit der ‘LGBT Health’ wäre bei Einbezug der SGB 2007 sogar ein Zeitraum von 14 Jahren abgedeckt worden.

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

lischsprachigen Version zur Verfügung gestellt.¹⁸ Die Befragung wurde in klassischen und sozialen Medien durch die Hochschule Luzern, das BAG sowie Schweizer LGBT-Organisationen (u. a. TGNS, LOS, Les Klamydia's, Pink Cross) beworben. Darüber hinaus wurden gezielt Institutionen aus dem Gesundheitsbereich angefragt, ob sie auf die Befragung auf ihrer Homepage und/oder durch das Auflegen eines Flyers aufmerksam machen (z. B. Kompetenzzentren für sexuelle Gesundheit, Checkpoints, Universitätsspitäler). Am Ende der Umfrage wurden die Befragten gebeten, anzugeben, wie sie auf die Umfrage aufmerksam geworden sind. Hiernach hatten die meisten über Social-Media-Kanäle (z. B. Facebook, Instagram, Twitter) von der Umfrage erfahren (43,4%). Knapp ein Drittel war durch eine E-Mail einer LGBT-Organisation auf die Umfrage aufmerksam geworden (30,5%). Von den 195 Personen, die im Freitextfeld angegeben hatten, wie sie auf die Umfrage aufmerksam geworden sind, haben 54 explizit eine Person oder Institution aus dem Gesundheitswesen angegeben.

Mit Blick auf beide Befragungen sind bei der Interpretation der Befunde bestimmte **Einschränkungen** zu berücksichtigen: Die Stichprobe der SGB wird aus der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz (ab 15 Jahren) gezogen, die in einem Privathaushalt wohnt. Die berechneten Werte werden gewichtet (basierend auf Wohnregion, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Zivilstand und Haushaltsgröße) und sind somit repräsentativ für diese Bevölkerungsgruppe. Damit lässt die SGB Rückschlüsse auf die Schweizer Bevölkerung (in Privathaushalten) zu und kann zur Prüfung von Hypothesen zu Ungleichheiten zwischen LGB-Personen und der übrigen Bevölkerung sowie zum Einfluss gesundheitsförderlicher und -schädlicher Lebensumstände und Verhaltensweisen auf den subjektiven Gesundheitszustand genutzt werden. Dies ist mit Hilfe der Daten der ‹LGBT Health› nicht möglich, da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, die vermutlich nicht repräsentativ für die LGBT-Bevölkerung der Schweiz ist. Die hier präsentierten Analysen der ‹LGBT Health› zu Unterschieden im Gesundheitszustand und gesundheitsförderlichen und -schädlichen Verhaltensweisen sowie zu Zusammenhängen zwischen diesen sind also nicht als Überprüfung statistischer Hypothesen zu verstehen, sondern als

¹⁸ Wo möglich, wurden bereits vorliegende, validierte Übersetzungen übernommen (siehe Krüger et al., 2022, Anhang 2). Wo dies nicht möglich war, wurden die ursprünglichen Fragen vom Projektteam übersetzt und durch professionelle Übersetzerinnen lektoriert. Die im Projekt involvierten Expert*innen aus den verschiedenen Landesteilen hatten zudem die Möglichkeit, Anmerkungen zur Übersetzung zu machen, was auch genutzt wurde.

3. Theoretische Einbettung und methodisches Vorgehen

Hinweis darauf, welche Hypothesen in Folgestudien mit Hilfe einer repräsentativen Stichprobe überprüft werden sollten (Döring & Bortz, 2016).

Bei der Interpretation der Daten beider Befragungen ist zu bedenken, dass es sich um Selbstauskünfte der befragten Personen handelt, die bestimmten Verzerrungen unterliegen (z. B. Erinnerungsschwierigkeiten, Scham, soziale Erwünschtheit) und keiner Diagnose durch eine medizinische Fachperson entsprechen. In der SGB wurden keine Personen befragt, die sich länger in betreuten Einrichtungen wie Alters- und Pflegeheimen, Strafvollzugsanstalten o. Ä. aufhielten. Diese wurden wohl auch nicht mit der ‹LGBT Health› erreicht. Der ermittelte Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung (SGB) sowie der befragten LGBT-Personen (‹LGBT Health›) dürfte sich daher positiver darstellen als er in Wirklichkeit ist.¹⁹ Dies auch, weil erkrankte Personen unter Umständen nicht in der Lage oder nicht bereit waren, an den Befragungen teilzunehmen. Dies trifft insbesondere auf Personen mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen zu (vgl. auch Schuler, Tuch & Peter, 2020). Des Weiteren dürften Menschen in sozial prekären Lebensverhältnissen unterrepräsentiert sein (z. B. ohne festen Wohnsitz oder gültigen Aufenthaltstitel). Migrant*innen, die über nur unzureichende Kenntnisse in einer der drei Landessprachen (DE, FR, IT) verfügten, waren ebenfalls von der SGB ausgeschlossen. Bei der ‹LGBT Health› wurde zwar zusätzlich eine englischsprachige Version des Fragebogens zur Verfügung gestellt, dennoch werden auch hier Migrant*innen mit unzureichenden Kenntnissen in den genannten Landessprachen oder des Englischen nicht erreicht worden sein.

Hinsichtlich der Frage nach gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen LGB-Personen und der übrigen Bevölkerung ist eine weitere wichtige Einschränkung bei den Analysen der SGB, dass nur Personen zwischen 16 und 74 Jahren nach ihrem Sexualverhalten gefragt worden sind, die angegeben haben, bereits einmal Sex gehabt zu haben. Von diesen Personen wurde 2017 wiederum nur ein Teil nach ihrer sexuellen Identität (schwul, lesbisch, bisexuell) gefragt. Dies waren Personen, die angegeben hatten, noch keinen Sex gehabt zu haben bzw. die diese Frage nicht beantwortet haben, sowie Personen, die auf die Frage nach dem Sexualverhalten

¹⁹ Vermutlich ist dies auch bei der ‹LGBT Health› der Fall. Allerdings wurde die Umfrage zur Teilnehmer*innen-Gewinnung auch z. B. an Spitäler beworben. Die hier gewonnenen Teilnehmer*innen könnten auch die gegensätzliche Tendenz zeigen und ihren Gesundheitszustand eher schlechter bewerten als er ist. Allerdings haben vergleichsweise wenige Personen angegeben, über Gesundheitsfachpersonen oder entsprechende Institutionen auf die Studie aufmerksam geworden zu sein.

nicht mit «nur mit Frauen» (bei Männern) oder nicht mit «nur mit Männern» (bei Frauen) geantwortet hatten. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Befragten 2012 nach ihrem Sexualverhalten in ihrem gesamten bisherigen Leben gefragt wurden; 2017 wurden sie hingegen nach ihrem Sexualverhalten in den letzten 5 Jahren gefragt. Die Vergleichsgruppen L, G, B und heterosexuelle Personen wurden daher in einem ersten Schritt über das Sexualverhalten gebildet und bei den Befragten der SGB 2017 im zweiten Schritt über die sexuelle Identität. Dieser zweite Schritt wurde durchgeführt, um die Stichprobengröße der LGB-Personen zu erhöhen, obwohl dies zu einer Vermengung verschiedener Konstrukte (Sexualverhalten, sexuelle Identität) führt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Bildung der Vergleichsgruppen über diese beiden Faktoren einen Einfluss auf die Ergebnisse hat. So zeigen Studien, dass die Bildung der Vergleichsgruppen über das dreidimensionale Konstrukt der sexuellen Orientierung oder allein über die Dimension des Sexualverhaltens zu anderen Befunden bezüglich gesundheitlicher Ungleichheiten von LGB-Personen führt (Wolff et al., 2017). Im Rahmen der ‹LGBT Health› wurden die Vergleichsgruppen daher auf drei Wegen gebildet: (1) Zur Beantwortung der Fragen des Postulats wurden unter Berücksichtigung der sexuellen Identität und der Geschlechtsidentität²⁰ der Befragten die vier Gruppen L (cis Personen), G (cis Personen), B (cis Personen) und T (trans/non-binäre Personen) gebildet. (2) Darüber hinaus wurden mit Hilfe der Fragen zur Geschlechtsidentität die Vergleichsgruppen ‹cis Personen› und ‹trans/non-binäre Personen› gebildet. (3) Abschließend wurden Gruppen nach ihrer sexuellen Orientierung unter Berücksichtigung der Dimensionen Sexualverhalten, sexuelle Anziehung und sexuelle Identität gebildet, die Geschlechtsidentität spielte hierbei somit keine Rolle^{21,22} Aufgrund der Fragestellungen des Postulats und dem vorgegebenen Rahmen des Projektes wurden nicht bei

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

21 Zur Bildung dieser Gruppen siehe Anhang 1.

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

3. Theoretische Einbettung und methodisches Vorgehen

allen Analysen all diese verschiedenen Vergleichsgruppen untersucht. So wurden zwar mit Blick auf das Postulat bei allen Analysen Unterschiede zwischen LGB(T)-Personen untersucht, Analysen hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen Personen mit einer unterschiedlichen Geschlechtsidentität (cis, trans/non-binär) oder einer unterschiedlichen sexuellen Orientierung wurden jedoch nur bei ausgewählten Indikatoren durchgeführt. Damit ist jedoch bei der Interpretation der Befunde zu Unterschieden in der gesundheitlichen Situation von L, G, B und T Personen in der Schweiz zu berücksichtigen, dass die Zuordnung der Befragten nicht allein aufgrund deren sexueller Identität oder sexuellen Orientierung erfolgte, sondern aufgrund ihrer sexuellen Identität und ihrer Geschlechtsidentität.

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

- **«Übrige Bevölkerung/heterosexuelle Personen (SGB):** Diese Gruppe umfasst Personen, die im Rahmen der SGB 2012 bzw. 2017 angegeben haben, ausschließlich mit Personen des jeweils anderen Geschlechts (Frau, Mann) Geschlechtsverkehr gehabt zu haben oder die im Rahmen der SGB 2017 auf die Frage nach ihrer sexuellen Identität «heterosexuell» angegeben haben. Dies können sowohl cis- als auch transgeschlechtliche Personen sein. Für die Analysen der «LGBT Health» steht diese Vergleichsgruppe nicht zur Verfügung.
- **«Lesbische Frauen» (L) (SGB, «LGBT Health»):** Dies sind hier Personen, denen bei Geburt ein weibliches Geschlecht zugewiesen wurde und die sich als Frau identifizieren («LGBT Health») bzw. deren Registereintrag «weiblich» lautete (SGB), und die angegeben haben, ausschließlich mit anderen Frauen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben (SGB) bzw. die ihre sexuelle Identität als lesbisch definiert haben (SGB 2017, «LGBT Health»). Im Rahmen der SGB fallen in diese Kategorie sowohl cis- als auch transgeschlechtliche und non-binäre Personen, im Rahmen der «LGBT Health» allein cis Personen.
- **«Schwule Männer» (G) (SGB, «LGBT Health»):** Dies sind hier Personen, denen bei Geburt ein männliches Geschlecht zugewiesen wurde und

Orientierung wird dem Umstand gerecht, dass diese viel variabler zu sein scheint als bisher angenommen (Fredriksen-Goldsen et al., 2014).

die sich als Mann identifizieren („LGBT Health“) bzw. deren Register-eintrag „männlich“ lautete (SGB), und die angegeben haben, ausschließlich mit anderen Männern Geschlechtsverkehr gehabt zu haben (SGB) bzw. die ihre sexuelle Identität als schwul/gay definiert haben (SGB 2017, „LGBT Health“). Auch hier fallen im Rahmen der SGB sowohl cis- als auch transgeschlechtliche bzw. non-binäre Personen in diese Kategorie, im Rahmen der „LGBT Health“ allein cis Personen.

- **„Bisexuelle Personen“ (B) (SGB, „LGBT Health“):** Zu dieser Gruppe gehören Personen jeglichen Geschlechts²³, die ihre sexuelle Identität als „bisexuell“ definiert haben. Im Rahmen der „LGBT Health“ werden hierunter auch Personen gefasst, die ihre sexuelle Identität als „pan-/omnisexuell“ oder „fluid“ definiert haben. Bezuglich der Geschlechtsidentität sind die gleichen Unterschiede zwischen den beiden Befragungen zu berücksichtigen wie bei den lesbischen Frauen und schwulen Männern.
- **„Trans/non-binäre Personen“ (T) („LGBT Health“):** Zu dieser Gruppe gehören hier Menschen, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, darunter zählen trans Personen sowie Personen, die ihre Geschlechtsidentität als „non-binär“, „genderdivers“, „agender“ bezeichnen oder sich selbst als „demi-boy“ bzw. „demigirl“ definieren haben. Im Rahmen der SGB 2012 und 2017 wurden keine Fragen gestellt, die Rückschlüsse auf die Geschlechtsidentität der Befragten zulassen, daher steht diese Gruppe bei den SGB-Analysen nicht zur Verfügung.

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

- FSF* (Frauen*, die mit Frauen* Sex haben): Dies sind hier mehrheitlich cis-geschlechtliche Frauen, die in erster Linie mit anderen Frauen (cis, trans) Sex haben und sich zu diesen hingezogen fühlen (vgl. Anhang 1).
- MSM* (Männer*, die mit Männern* Sex haben): Dies sind hier fast ausschließlich cis-geschlechtliche Männer, die in erster Linie mit anderen Männern (cis, trans) Sex haben und sich zu diesen hingezogen fühlen (vgl. Anhang 1).

²³ Im Rahmen der „LGBT Health“ wurde hier das bei Geburt zugeordnete Geschlecht zugrunde gelegt, im Rahmen der SGB das Geschlecht laut Registereintrag.

3. Theoretische Einbettung und methodisches Vorgehen

- Bi-/pansexuelle Personen: Dies sind hier cis- und transgeschlechtliche bzw. non-binäre Personen, die sich zu Personen verschiedenen Geschlechts hingezogen fühlen (vgl. Anhang 1).

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

3.2.2 Analyseverfahren

Die Daten der einbezogenen Befragungen (SGB 2012, 2017; «LGBT Health») wurden mit Hilfe des Statistikpakets IBM SPSS 28 deskriptiv- und inferenzstatistisch ausgewertet. Um Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zu analysieren, wurden Chi-Quadrat-Tests und Regressionsanalysen durchgeführt (binär logistische Regressionen für binäre Indikatoren [z. B. Vorliegen einer Erkrankung ja/nein], multinomiale Regressionen bei Indikatoren mit mehr als zwei Ausprägungen [z. B. niedrig, mittel, hoch]). Hierdurch war es möglich, bei den Analysen Einflüsse bestimmter relevanter Faktoren zu kontrollieren. So wurde bei den Analysen der SGB grundsätzlich der Einfluss des Erhebungsjahrs berücksichtigt. Bei den Analysen beider Befragungen wurde zudem um Alter und Geschlecht (zugeordnet bei Geburt bzw. laut Registereintrag) kontrolliert sowie – je nach interessierendem Indikator – um weitere mögliche konfundierende Variablen («Störvariablen») (z. B. subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand). Während in den Abbildungen die unadjustierten Schätzungen abgetragen sind, berichten wir im Text neben der statistischen Signifikanz die jeweilige adjustierte Effektgröße (z. B. OR). Diese gibt Aufschluss über die Stärke eines gefundenen Effektes und damit über die praktische Relevanz desselben (u. a. Döring & Bortz, 2016). Dabei gibt es für Odds Ratio – im Gegensatz zu anderen Effektgrößen – bisher keine breit akzeptierte Konvention, wann ein Effekt als gering, moderat oder groß zu verstehen ist. In Anlehnung an existierende Vorschläge kann ein OR ab etwa 1,7

3.2 Methodisches Vorgehen

als (eher) geringer Effekt bezeichnet werden und ein OR über 5,0-6,0 als starker Effekt (u. a. Chen et al., 2010). Neben diesen Gruppenvergleichen wird mit Blick auf depressive Symptome sowie Suizidversuche auf Grundlage des HEP-Modells (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) das Zusammenspiel ausgewählter bekannter Risiko- und Schutzfaktoren (z. B. Diskriminierungserfahrungen, soziale Unterstützung) mit Hilfe einer Regressionsanalyse untersucht.