

5. Fazit und Empfehlungen

In allen untersuchten großen Themenbereichen (gemäß Postulat Marti) – Zugang zur Gesundheitsversorgung, körperliche Gesundheit, sexuelle Gesundheit, Substanzkonsum und psychische Gesundheit – fanden sich ungleiche Gesundheitschancen der LGB(T)-Population gegenüber der übrigen Schweizer Bevölkerung, wobei die Größe der Unterschiede zwischen und auch innerhalb der Bereiche variierte und sich auch in Unterbereichen zeigte, dass LGB-Personen gegenüber der restlichen Bevölkerung nicht schlechter gestellt sind (z. B. körperliche Aktivität). Gemäß Auftrag BAG und dem Postulat Marti werden im abschließenden Fazit diejenigen (Gesundheits-)Bereiche benannt, in denen LGB(T)-Menschen im Vergleich zur übrigen Schweizer Bevölkerung ungleiche Gesundheitschancen haben, also schlechter gestellt sind, und in denen Maßnahmen ergriffen werden sollten⁶⁶³. Dies sind die folgenden Bereiche:

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

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

bezüglich der 1-Jahresprävalenz von Depressionen waren trans/non-binäre Personen innerhalb der LGBT-Gruppe am meisten betroffen.

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

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

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

Sexuelle Gesundheit: Wie international bekannt, zeigen die Befunde der vorliegenden Studie, dass schwule und bisexuelle Männer⁶⁶⁴ auch in der Schweiz hinsichtlich HIV und STI gegenüber der übrigen Bevölkerung eine vulnerable Gruppe sind. Ein besonderer Fokus auf diese Gruppe wie auch diejenige der trans/non-binären Personen im Bereich der sexuellen Gesundheit ist angesichts der Daten- und Studienlage sehr wichtig und muss in der Schweiz (weiterhin) gezielt erfolgen. Lesbische und bisexuelle Frauen⁶⁶⁵ dürfen dabei aber nicht vergessen gehen. Sie müssen bezüglich HIV/STI, gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen und reproduktiver Gesundheit genügend sensibilisiert werden. Zudem müssen Ärzt*innen, Gynäkolog*innen, Pflegefachpersonen, Hebammen etc. darauf vorbereitet sein, lesbische und bisexuelle Frauen (inkl. FSF) unvoreingenommen zu ihrer sexuellen Gesundheit (inkl. reproduktiver Gesundheit⁶⁶⁶) zu beraten, zu begleiten und zu behandeln. Dass dies nicht immer gelingt, zeigen die wenigen verfügbaren Studien u. a. in der Westschweiz (siehe Kap. 2).

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

Der WHO-Zugang des ›Proportionate Universalism‹ (World Health Organization, 2014), gemäß dem bevölkerungsbezogene universelle Strategien im richtigen Verhältnis zum Bedarf angewendet werden sollen (um den

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

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

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

sozialen Gradient von Gesundheit zu begradigen), bedeutet auch für die Schweiz, dass große Anstrengungen und auch ein großer Ressourceneinsatz für sozial und gesundheitlich benachteiligte und marginalisierte Gruppen erfolgen müssen. Wie dieser Bericht aufzeigt, gehören trotz politischer und gesellschaftlicher Entwicklungen auch in der Schweiz LGBT-Personen immer noch zu diesen Gruppen. Die relevantesten Gesundheitsbereiche in denen Maßnahmen erforderlich sind, das *Was* also, wurden benannt. Damit ist das *Wie*, mit welchen konkreten Maßnahmen die (gesundheitliche) Situation von LGBT-Menschen in der Schweiz verbessert werden kann, noch nicht beantwortet. Im vorliegenden Bericht können keine detaillierten nach Gesundheitsbereich und Untergruppe (L, G, B und T) aufgeschlüsselten Empfehlungen zu konkreten Maßnahmen abgegeben werden. Dies ist ein nächster Arbeitsschritt, der zu leisten ist. Angelehnt an internationale Strategien der Reduktion gesundheitlicher Chancenungleichheit (z. B. «Proportionate universalism», «Health in All Policies») und das hier verwendete «Health Equity Promotion Model» (Fredriksen-Goldsen et al., 2014), empfehlen die Studienautor*innen insbesondere an den Strukturen und der Umwelt⁶⁶⁷ anzusetzen, dem Multi-Level-Kontext im HEP-Modell. Dabei muss auch ein besonderes Augenmerk auf gesundheitliche Erfassungssysteme, das gesundheitliche Monitoring in der Schweiz gelegt werden (u. a. SGB). Darin sind LGB-Personen ungenügend inkludiert und trans und non-binäre Personen – wie wir gesehen haben, eine der am stärksten belasteten Gruppen – gar nicht erfasst. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde werden die folgenden Empfehlungen abgegeben:

1. Es braucht ein **nationales Programm zur sozialen und gesundheitlichen Gleichstellung von sexuellen und geschlechtlichen Minoritäten**. Damit sollen die Lebensbedingungen dieser Minoritäten verbessert und gesundheitsschädliche Einflüsse auf deren Gesundheitsverhalten (gesundheitsförderliche/-schädliche Pfade gemäß HEP-Modell) und den Gesundheitszustand verringert werden. Empfohlen wird, das Programm breit auszulegen (LGBTIQ+), um etwa auch intergeschlechtliche Personen darin zu erfassen. LGBT-Personen sind zu wenig in die Gesellschaft eingebunden; hier muss das Umfeld inklusiver aufgestellt werden, soziale Ressourcen und Netzwerke müssen gestützt werden, was u. a. über dieses Programm angeregt werden kann. Das Programm stellt Querverbindungen zu den anderen nationalen (Gesundheits-)Strategien und Programmen her, befördert, dass die Dimensionen sexuelle Orien-

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

tierung, Geschlechtsidentität und Intergeschlechtlichkeit dort im Sinne eines intersektionalen Ansatzes auch konsequent implementiert werden. Zugleich sichert die Formulierung eines eigenständigen Programms und Aktionsplans, dass die genannten Dimensionen – und die damit verbundenen Zielgruppen – nicht als «bloßes» Querschnittsthema in den anderen Programmen vergessen gehen.

2. In einem **«Health in All Policies»-Ansatz** (WHO, 2014) sollten Politik und Verwaltung – zusammen mit der nationalen Vernetzungs- und Programmplattform (siehe oben) – über politische Entscheidungen und Politikstrategien das Lebensumfeld von LGBT-Personen verbessern und entsprechende Maßnahmen beschließen. Die Umsetzung in den Kantonen und der Einbezug der Kantone könnte, basierend auf den ausgearbeiteten Zielen im nationalen Programm und Aktionsplan, über kantonale Aktionsprogramme (sog. KAP) erfolgen bzw. in bestehende KAP (z. B. «Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen») integriert werden.
3. In Gesundheitsförderung, Prävention und der (Krankheits-)Behandlung sollten in allen Sektoren (Gesundheit, Soziales etc.) sowohl **LGBT-sensitive/-inklusive** als auch **LGBT-spezifische Zugänge** nicht die Ausnahme, sondern die Regel sein. Mit «*LGBT-sensitiv*» oder «*LGBT-inklusiv*» ist gemeint, dass alle (Versorgungs-)Systeme und Angebote – also z. B. die allgemeine (Gesundheits-)Versorgung der ganzen Bevölkerung – so ausgerichtet sind, dass sich LGBT-Personen darin angesprochen, willkommen und gut behandelt fühlen (und auch tatsächlich gut und mit hoher Qualität behandelt werden!)⁶⁶⁸. *LGBT-spezifisch* meint, dass aufgrund einiger spezifischer Belastungen (und auch Ressourcen) von LGBT-Personen und Communities es selektive Präventions- und Behandlungsangebote und Spezialist*innen braucht, die gezielt LGBT-Personen – oder eine Untergruppe davon – adressieren und deren Bedürfnisse abdecken können⁶⁶⁹. Es braucht also beides – eine universelle Öffnung der Regelstruktur (LGBT-sensible und -inklusive Räume) und spezifische Maßnahmen für LGBT-Personen (spezifische Räume und spezifische Zugänge). Dabei sind folgende Aspekte wichtig:

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

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

- **Diversitätssensible Aus- und Weiterbildung von Professionellen** im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen (Lehrpersonen, Schulsozialarbeitende, Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Hebammen, Psycholog*innen etc.) zu LGBT-Themen. Die jeweiligen Berufsfachverbände (FMH, Avenir Social etc.), die Instanzen der (Hochschul-)Bildung (z. B. Swissuniversities) und die Institutionen und Organisationen in den jeweiligen Sektoren müssen darin unterstützt werden, die Aus- und Weiterbildung konsequent intersektional, unter dem Dach der ganzen Diversität, also auch mit Einschluss von LGBT-Themen, auszurichten.
 - **Niederschwelligkeit, Partizipation und Wirksamkeitsorientierung:** Die Angebote und Maßnahmen sollen für LGBT-Personen mit ganz verschiedenen Hintergründen (z. B. hinsichtlich Bildung, Migrationserfahrung, Sprache, sozioökonomischen Ressourcen) leicht zugänglich sein, sollen – gerade bei LGBT-spezifischen Maßnahmen – wenn immer möglich unter Einbezug der Adressat*innen/Zielgruppen entwickelt werden, sollen sich in der sozialen Umgebung von LGBT-Personen (Zugehstrukturen, Setting-/Lebensweltorientierung) befinden und am neuesten Stand der Wissenschaft ausgerichtet sein (Wirksamkeit).
 - Neben einer **Lebensspannenperspektive** über alle Lebensphasen hinweg, gilt es, besonders die **Kindheit**, die **Jugend** und das **frühe Erwachsenenalter** mittels geeigneter Zugänge und Maßnahmen abzudecken (LGBT-freundliches Umfeld, Stärkung/Information von Eltern, Verwandten, Peer-to-Peer Support etc.). Auch das (höhere) **Alter** ist zu gewichten (z. B. Vereinsamung, soziale Netzwerke).
4. Verlässliche **nationale Melde- und Unterstützungssysteme** (generell und im Gesundheitswesen) für die Meldung von Gewalt aufgrund der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung müssen aufgebaut werden. Diskriminierungen, Gewalt und Delikte müssen konsequent geahndet und ein geeignetes Hilfenetz für LGBT-Gruppen zur Verfügung gestellt bzw. die vorhandenen Strukturen entsprechend LGBT-inklusiv ausgestaltet werden.
5. Das **nationale Gesundheitsmonitoring (Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB)** und **nationale Monitoringsysteme** in anderen Bereichen sind LGBT-inklusiv zu gestalten. Dabei müssen die Operationalisierungen von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität gemäß internationaler Standards erfolgen (vgl. u. a. Patterson et al., 2017; Slade

et al., 2020; Wolff et al., 2017), auch und besonders in der SGB.⁶⁷⁰ Es ist nicht gerechtfertigt, dass eine Population, die gemäß europäischen Schätzungen ca. sieben Prozent⁶⁷¹ ausmacht, in der Schweiz nicht (trans/non-binäre Personen!) oder nur sehr ungenügend (LGB-Personen!) erfasst wird und entsprechend auch die Gesundheitsversorgung (inkl. Prävention und Gesundheitsförderung) für diese Gruppe nicht evidenzbasiert ausgerichtet werden kann. Auch in der vorliegenden Studie gibt es Einschränkungen (siehe Kap. 3.2). Mittels der Daten werden weitere Analysen zu den Unterschieden zwischen Personen mit einer unterschiedlichen Geschlechtsidentität (cis, trans/non-binär) oder einer unterschiedlichen sexuellen Orientierung gemacht. Darüber hinaus braucht es vertiefende Studien – z. B. gerade auch zur gesundheitlich stark belasteten Gruppe der trans und non-binären Personen –, die neben quantitativen auch mit qualitativen/verstehenden und Mixed-Methods-Zugängen das genaue Zustandekommen und die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten für die Schweiz offenlegen.

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

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

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

