

LGBTIQ+ Gesundheitsbericht 2022



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen und Autoren:

Sylvia Gaiswinkler, Johanna Pfabigan, Richard Pentz, Lukas Teufl, Roman Winkler (Gesundheit Österreich GmbH)

Begleitende Expert:innengruppe (alphabetisch):

Courage – Österr. Institut für Beziehungs- und Sexualforschung (courage-beratung.at)

FH Vorarlberg, Andrea KUCKERT-WÖSTHEINRICH

FH Technikum Wien, Mariella MÜLLER

HOSI Salzburg (hosi.or.at), Conny FELICE

TransX (transx.at), Eva FELS

ÖGPH-Kompetenzgruppe Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt, Igor GRABOVAC

Gender Medicine & Diversity Unit (Medizinische Universität Innsbruck), Nikola KOMLENAC

Queer Base – Anlaufstelle für lesbische, schwule, bisexuelle, inter*, Trans*Gender und queere Flüchtlinge (queerbase.at)

Venib - Verein Nicht-Binär (venib.at)

VIMÖ - Verein Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (vimoe.at)

Fachliche Begleitung:

BMSGPK, Abteilung VII/A/3 – Mutter-, Kind- und Gendergesundheit, Ernährung

Ansprechpartnerin: Ines STAMM

Copyright Titelbild: © istockphoto.com/Alessandro Biascioli

Wien, 2023

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Gaiswinkler, Sylvia; Pfabigan, Johanna; Pentz, Richard; Teufl, Lukas; Winkler, Roman (2023): LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Vorwort



Johannes Rauch
© Marcel Kulhanek

Sehr geehrte Leser:innen!

Nach wie vor werden trans- und intergeschlechtliche Menschen sowie homo- und bisexuelle Menschen aufgrund von gesellschaftlichen Normvorstellungen benachteiligt. Besonders verheerend sind die Folgen dieser Form der Diskriminierung im Gesundheitsbereich. Auch in Österreich gab es bisher kaum Daten und Informationen zur medizinischen Versorgung von LGBTIQ+-Personen. Wir wissen allerdings aus internationalen Studien, dass Diskriminierungen von LGBTIQ+-Personen zu Ungleichheiten bei Zugang, Qualität und Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen führen. Verschärft wird diese Situation oft durch Gesetze, die gleichgeschlechtliche Beziehungen kriminalisieren oder trans, intergeschlechtliche bzw. nicht-binäre Personen aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder ihres Geschlechtsausdrucks herabwürdigen. Diese Form der Diskriminierung erhöht das Risiko für LGBTIQ+-Personen für physische und psychische Erkrankungen. Denn die Angst vor möglichen Diskriminierungen führt dazu, dass LGBTIQ+-Personen keine Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, was sich wiederum negativ auf die Gesundheit auswirkt.

Mit dem LGBTIQ+-Gesundheitsbericht stellen wir in Österreich erstmal gesundheitsrelevante Informationen zu LGBTIQ+-Personen zur Verfügung. Der Bericht liefert eine wissenschaftlich basierte Grundlage für weitere Maßnahmen, um LGBTIQ+-Personen in Österreich im Gesundheitssystem besser adressieren zu können.

Kein Mensch sollte aufgrund der geschlechtlichen Identität oder der sexuellen Orientierung diskriminiert werden. Eine offene und moderne Gesellschaft, in der eine ausreichende medizinische Versorgung von LGBTIQ+-Personen selbstverständlich ist, muss unser aller Ziel sein. Der erste LGBTIQ+-Gesundheitsbericht leistet einen erheblichen Beitrag dazu, um das Bewusstsein für LGBTIQ+-Personen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zu stärken.

Johannes Rauch
Bundesminister

Kurzfassung

Hintergrund

Im Gesundheitsbereich gab es in Österreich bislang kaum Daten und Informationen zu Gesundheit und Versorgung von LGBTIQ+-Personen. Für Österreich sind im vorliegenden LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022 erstmals Informationen zur gesundheitlichen Situation von LGBTIQ+-Personen in einem Bericht zusammengefasst.

Methode

Zur Verortung von LGBTIQ+-Gesundheitsthemen wurde in der ersten Projektphase eine umfassende Recherche zu Literatur, Gesundheitsbefragungen und Aktionsplänen im europäischen Kontext durchgeführt. Darauf aufbauend wurde für eine quantitative Erhebung in Abstimmung mit einer begleitenden Expert:innengruppe ein Fragebogen erstellt. Die Erhebung mit einer Nettostichprobengröße von 1.047 Personen wurde von einem extern beauftragten Sozialwissenschaftsinstitut durchgeführt und fand zwischen 8. Juni und 11. Juli 2022 statt. Im September und Oktober 2022 wurden ergänzend 10 vertiefende Einzelinterviews geführt. Die Daten wurden nach Häufigkeiten ausgewertet und im Bericht, ergänzt durch Interviewergebnisse, deskriptiv dargestellt.

Ergebnisse

Detaillierte Resultate liegen zu Gesundheitszustand, Diskriminierungserfahrungen, Gesundheitsversorgung und gesundheitsförderlichen Faktoren vor. Besonders das psychische Wohlbefinden von LGBTIQ+-Personen zeigt sich als durch Belastungen beeinträchtigt. In den Bereichen Diskriminierungserfahrungen und Gesundheitsversorgung lässt sich ein Bedarf an sensibilisiertem und geschultem Gesundheitspersonal sowie der Wunsch nach einer Vielzahl von Maßnahmen für eine adäquate Gesundheitsversorgung von LGBTIQ+-Personen feststellen.

Empfehlungen

Anknüpfend an den Bericht sollten möglichst zeitnah Maßnahmen zur Sensibilisierung des Gesundheitspersonals bzw. der Gesundheitsberufe sowie ein Gesundheitsförderungsprogramm für Coming-out-Prozesse und Transitionsprozesse konzipiert und pilotiert werden. Mit den Maßnahmen sollte auch innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems Bewusstsein für die gesundheitliche Situation von LGBTIQ+-Personen geschaffen werden.

Schlüsselwörter

LGBTIQ+, lesbisch, schwul, bisexuell, trans, inter*, queer, Gesundheit

Summary

Background

In the field of healthcare, there has been little data and information on the state of health of LGBTIQ+ persons in Austria so far. For the first time, information on the health conditions of LGBTIQ+ persons is summarised in a report in this LGBTIQ+ Health Report 2022.

Method

To identify LGBTIQ+ health issues, in the first phase of the project comprehensive research on literature, health surveys and action plans in the European context was carried out. Based on this research, a questionnaire was developed for a quantitative survey in consultation with an expert group. The survey with a net sample size of 1,047 persons was conducted by an externally commissioned social science institute and took place between 8 June and 11 July 2022. In September and October 2022, 10 additional in-depth interviews were conducted. The data was analysed by frequency and presented descriptively in the report, in addition with the interview results.

Results

Detailed results are available on the health status, experiences of discrimination, health care and health-promoting factors. The mental well-being of LGBTIQ+ people is particularly affected by stress. In the area of discrimination and healthcare, there is a need for awareness-raising and training of healthcare professionals, as well as a need for a variety of actions to ensure adequate healthcare for LGBTIQ+ people.

Recommendation

Following on the report, measures to increase the awareness of healthcare professionals as well as a health promotion programme for coming-out and transition phases should be designed and piloted as soon as possible. The measures should also raise awareness of the healthcare situation of LGBTIQ+ people within and outside the healthcare system.

Keywords

LGBTIQ+, lesbian, gay, bisexual, trans, inter*, queer, health

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	4
Summary	5
1 Einleitung	8
2 Gesundheitsbefragungen und Aktionspläne für LGBTIQ+–Personen in Europa	11
2.1 RKI-Gesundheitsberichterstattung in Deutschland	11
2.2 Methodisches Vorgehen	13
2.3 Inhaltliche Ergebnisse	14
2.3.1 Europäische Gesundheitsbefragungen	14
2.3.2 Nationale Aktionspläne	20
2.3.3 Fokus Österreich	24
3 LGBTIQ+–Gesundheit in Österreich	26
3.1 Methodik der Datenerhebung	26
3.1.1 Quantitative Erhebung	26
3.1.2 Qualitative Einzelinterviews	28
3.2 Ergebnisse	30
3.2.1 Geschlecht/Geschlechtsidentität der Befragten	31
3.2.2 Sexuelle Orientierung	33
3.2.3 Gesundheitszustand	36
3.2.4 Diskriminierungserfahrungen	54
3.2.5 Gesundheitsversorgung	74
3.2.6 Gesundheitsförderliche Faktoren	81
3.2.7 Soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf Gesundheit ...	85
4 Zusammenfassende Schlussbetrachtung	90
4.1 Ergebnisse	90
4.2 Empfehlungen	93
4.3 Limitationen	95
Tabellenverzeichnis	97
Abbildungsverzeichnis	98
Literaturverzeichnis	101
Abkürzungen	106
Anhang – Rechercheergebnisse	107

Anhang – Fragebogen.....	120
Anhang – Interviewleitfaden	132
Glossar.....	136

1 Einleitung

Im Gesundheitsbereich gab es in Österreich bislang kaum Daten und Informationen zur Versorgung von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans, inter* und queeren (LGBTIQ+) Personen. Internationale Literatur zeigt, dass LGBTIQ+-Personen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vielerorts und regelmäßig stigmatisiert und diskriminiert werden, was zu Ungleichheiten bei Zugang, Qualität und Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen führt. Gesetze, die gleichgeschlechtliche Beziehungen kriminalisieren oder trans, intergeschlechtliche bzw. nicht-binäre Personen aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder ihres Geschlechtsausdrucks herabwürdigen, verschärfen negative gesundheitliche Folgen für LGBTIQ+-Personen, da sie oft aus Angst vor Diskriminierung keine Leistungen in Anspruch nehmen. Diskriminierungen haben häufig ihren Ursprung in heteronormativen Geschlechtervorstellungen und können sich für LGBTIQ+-Personen in Vorurteilen, Mobbing und Übergriffen, einem Ausschluss von rechtlichen Ansprüchen oder auch in der Nichtanerkennung angeborener Variationen der Geschlechtsmerkmale äußern. Für LGBTIQ+-Personen kann sich diese Diskriminierung als Stress bis hin zu einer verinnerlichten Ablehnung, verringerte Selbstakzeptanz sowie Einsamkeit äußern, die allesamt negative Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit nach sich ziehen können. Beispiele für die Diskriminierung im Gesundheitswesen aufgrund der sexuellen Ausrichtung und der Geschlechtsidentität bzw. des Geschlechtsausdrucks wurden in vielen Ländern ausführlich dokumentiert. Diese Diskriminierung kann das Risiko für LGBTIQ+-Personen, körperlich und/oder psychisch zu erkranken, erhöhen. Angesichts überlasteter Gesundheitssysteme aufgrund von Gesundheitskrisen wie u. a. der COVID-19-Pandemie besteht zudem ein Risiko für LGBTIQ+-Personen, dass Behandlungen, einschließlich Hormonbehandlungen und geschlechtsangleichender Behandlungen für trans Personen, unterbrochen oder zurückgestellt werden.

Über klassische Gesundheitsberichte hinausreichend wurde für den vorliegenden Bericht aufgrund bisher fehlender gesundheitsbezogener Daten eine Erhebung zur gesundheitlichen Situation von LGBTIQ+-Personen durchgeführt. Der Bericht wurde aus einer Public-Health-Perspektive erstellt und fokussiert auf sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten. Eine sozioökonomisch differenzierte Erhebung war aufgrund der Ausrichtung auf eine erstmalige Datenerfassung für den vorliegenden Bericht nur bedingt umsetzbar, insbesondere sind beispielsweise ältere und sozioökonomisch benachteiligte Personen in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert. Fragen zur subjektiven Gesundheitseinschätzung, chronischen Gesundheitsproblemen und psychischen Gesundheit wurden für die vorlie-

gende LGBTIQ+-Erhebung mit Fragen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) abgeglichen, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen. Die Vergleiche finden zur Durchschnittsbevölkerung in Österreich statt, nachdem im ATHIS bisher ausschließlich Erhebungen nach dem binären Geschlecht stattgefunden haben.

Ergebnisse liegen von insgesamt 1.047 Teilnehmer:innen zu den Bereichen Gesundheitszustand, Diskriminierungserfahrungen, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderliche Faktoren vor. Der Bericht ist kein medizinischer Bericht. Mit ihm stehen für Entscheidungsträger:innen Ergebnisse zur Verfügung, aus denen in nächsten Schritten Handlungsempfehlungen ableitbar sind, wie und zu welchen Themen LGBTIQ+-Personen in Österreich im Gesundheitssystem zukünftig adressiert werden können. Der Bericht soll zudem zu einem Bewusstseinsbildungsprozess innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zu gesundheitsbezogenen Situationen von LGBTIQ+-Personen beitragen.

Zur Verortung von LGBTIQ+-Gesundheitsaktivitäten im europäischen Kontext sind in Kapitel 2 ausführlich Informationen zu Gesundheitsbefragungen und Aktionsplänen für LGBTIQ+-Personen beschrieben. Das Kapitel bildet den Referenzrahmen für Kapitel 3, in dem die Ergebnisse der Erhebung zur gesundheitlichen Situation von LGBTIQ+-Personen in Österreich berichtet werden. In Kapitel 3.1 wird die Methodik der Erhebung beschrieben. In Kapitel 3.2 werden die Ergebnisse nach folgenden Bereichen im Detail dargestellt: Informationen zu Geschlecht/Geschlechtsidentität der Befragten (siehe Kapitel 3.2.1), Sexuelle Orientierung (siehe Kapitel 3.2.2), Gesundheitszustand (siehe Kapitel 3.2.3), Diskriminierungserfahrungen (siehe Kapitel 3.2.4), Gesundheitsversorgung (siehe Kapitel 3.2.5), Gesundheitsförderliche Faktoren (siehe Kapitel 3.2.6) und Soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf Gesundheit (siehe Kapitel 3.2.7). In Kapitel 4 werden in einer zusammenfassenden Schlussbetrachtung nochmals die zentralen Ergebnisse beschrieben, Empfehlungen angeführt sowie die Limitationen zur vorliegenden Arbeit geschildert. Im Anhang b,efinden sich ein umfassender Überblick über mögliche Maßnahmen hinsichtlich LGBTIQ+-Gesundheit sowie der Fragebogen zur Erhebung und der Interviewleitfaden zu den qualitativen Einzelinterviews. Zur besseren Einordnung von zum Teil komplexen Begriffen findet sich am Ende auch ein Glossar.

Der Bericht richtet sich an Entscheidungsträger:innen im und außerhalb des Gesundheitssystems in Österreich, an das interessierte Fachpublikum sowie an die interessierte Bevölkerung.

Der Bericht ist mit Unterstützung durch ein begleitendes Expert:innenteam entstanden, dem für die wertvolle Beteiligung ein großer Dank ausgesprochen wird!

Hinweis: Der Gesundheitsbericht thematisiert u. a. Themen wie Diskriminierungserfahrungen, suizidale Gedanken, selbstverletzendes und suizidales Verhalten. Falls Sie sich in einer Krisensituation befinden oder falls diese Themen eine Krise auslösen, wenden Sie sich bitte an eine vertraute Person oder jederzeit an die Telefonseelsorge (Telefonnummer 142 oder online auf www.telefonseelsorge.at) oder an das Kriseninterventionszentrum (Telefonnummer 01/4069595 oder online auf <https://kriseninterventionszentrum.at/>).

2 Gesundheitsbefragungen und Aktionspläne für LGBTIQ+–Personen in Europa

Dieses Kapitel widmet sich europäischen Befragungen und Aktionsplänen zur gesundheitlichen Situation von LGBTIQ+-Personen. Eingangs wird hierzu eine Untersuchung des Robert Koch-Instituts (RKI) vorgestellt, die im Jahr 2020 durchgeführt wurde. Diese Gesundheitsberichterstattung soll exemplarisch das methodische Vorgehen, das Themenspektrum und vor allem Kernergebnisse zeigen, die sich auf den Gesundheitszustand von LGBTIQ+-Personen beziehen. Im Anschluss daran werden weitere nationale LGBTIQ+-Gesundheitsbefragungen sowie Aktionspläne in Europa dargestellt. Abgerundet wird das Kapitel mit der fokussierten Darstellung österreichischer Bemühungen. Damit soll gemeinsam mit den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung ein Referenzrahmen für die gesundheitliche Situation von LGBTIQ+-Personen in Österreich bereitgestellt werden.

2.1 RKI-Gesundheitsberichterstattung in Deutschland

Im Jahr 2020 erstellte das Robert Koch-Institut (RKI) in Deutschland ein narratives Review (Übersichtsarbeit) (Pöge et al. 2020), welches sich der allgemeinen Gesundheit bzw. dem Wohlbefinden, dem Gesundheitsverhalten sowie den Risiko- und Schutzfaktoren von LGBTIQ+-Personen widmete. Besondere Beachtung wurde dabei den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, z. B. der rechtlichen Situation und erlebter Diskriminierung, geschenkt. Das Review basiert auf Literaturrecherchen, die deutsche sowie internationale Reviews, Metaanalysen sowie Befragungen zur gesundheitlichen Lage der LGBTIQ+-Personen einschlossen.

Grundsätzlich basieren Angaben zum Bevölkerungsanteil von LGBTIQ+-Personen in Deutschland ausschließlich auf Schätzungen. Auf Basis der Surveydaten liegt der Anteil von lesbischen Frauen zwischen 1,3 und 3 Prozent, jener von bisexuellen Frauen zwischen 1,8 und 6 Prozent, jener von bisexuellen Männern zwischen 1,4 und 2 Prozent und jener von schwulen Männern zwischen 2,1 und 5 Prozent. Während sich 2,8 Prozent der unter

45-Jährigen als lesbisch, schwul oder bisexuell bezeichnen, liegt der Anteil bei den über 60-Jährigen wesentlich niedriger, nämlich bei unter 1 Prozent. Deutlich schwieriger ist die Schätzung der Bevölkerungsanteile von trans und intergeschlechtlichen Personen in Deutschland, da deutlich weniger Studien bzw. verlässliche Datengrundlagen vorhanden sind. Mit Berufung auf eine internationale Metaanalyse wird im RKI-Review geschätzt, dass 4,6 von 100.000¹ Personen trans sind und 0,02 bis 2,1 Prozent der Bevölkerung mit Variationen der Geschlechtsmerkmale geboren werden.

Die gesundheitlichen Probleme sowie Risiko- und Schutzfaktoren der verschiedenen Personengruppen der LGBTIQ+-Community unterscheiden sich laut Review stark. So haben lesbische Frauen ein höheres Risiko für bestimmte Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen und Belastungen (z. B. Suizidalität), Substanzkonsum und Gewalterfahrungen, während als Schutzfaktor vermehrte sportliche Aktivität aufzufinden ist. Im Fall von Krebserkrankungen werden in den einzelnen internationalen Studien (USA, Dänemark) als Hintergrund verhaltensassoziierte Risikofaktoren diskutiert, v.a. die geringere Inanspruchnahme der Früherkennung. Bei Studien zu schwulen und bisexuellen Männern wurde vor allem ein erhöhtes Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten festgestellt. Das RKI-Review berichtet hierbei höhere Prävalenzen (vor allem auch für HIV). Außerdem ist diese Gruppe häufiger von Angststörungen, Depression sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit betroffen als heterosexuelle Männer. Bisexuelle Frauen neigen häufiger als heterosexuelle Frauen zu stärkerem Alkohol- und Nikotinkonsum sowie zum Konsum von Marihuana und anderen Drogen. Trans Personen leiden häufiger als cis Personen unter depressiven Erkrankungen und auch Suizidversuche sind häufiger zu beobachten. Außerdem werden höhere Prävalenzen in puncto selbstverletzendes Verhalten festgestellt. Zusätzlich zeigen sich aufgrund vorherrschender Geschlechterdichotomien Barrieren bei zahlreichen Sportangeboten. Trans Personen bleibt daher oftmals der Zugang zu Sportaktivitäten verwehrt. Sofern bei intergeschlechtlichen Personen (kurz nach der Geburt) medizinische, schwer reversible Maßnahmen durchgeführt wurden, können Infertilität, chronische Schmerzen, Inkontinenz, sexuelle Funktionsstörungen und psychische Erkrankungen die Folge sein.

Als Begründung für diese gesundheitlichen Probleme werden im Review vor allem Effekte der heteronormativen Ausrichtung der Gesellschaft genannt. Heteronormativität kann

¹ Eine andere Metastudie zeigte, dass der geschätzte Anteil je nach Erhebung und Definition von „trans“ variieren kann. So lag der Anteil von trans Personen beispielsweise in den Studien, die medizinisch-therapeutische Hinweise heranziehen, zwischen 1 und 30 pro 100.000 Personen, bei Studien mit Selbstanfragen zwischen 100 und 700 pro 100.000 Personen. (Collin et al. 2016)

sich in verschiedenen Diskriminierungen äußern (z. B. durch Nichtanerkennung der angeborenen Variationen der Geschlechtsmerkmale, Vorurteile, Mobbing und Übergriffe, Ausschluss von rechtlichen Ansprüchen etc.). Für LGBTQ+-Personen kann sich diese Diskriminierung als Stress bis hin zu verinnerlichter Ablehnung, verringerter Selbstakzeptanz sowie Einsamkeit äußern, die allesamt negative Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit nach sich ziehen.

2.2 Methodisches Vorgehen

Die Analyse internationaler Gesundheitsbefragungen und nationaler LGBTQ+-Aktionspläne basiert auf folgendem methodischem Vorgehen:

- Am 14. Februar 2022 erfolgte eine E-Mail-Anfrage an den Verteiler der „Sexual and Gender Minority Health Section“ der EUPHA (European Public Health Association) mit dem Ersuchen um Informationen zu bzw. Bereitstellung von nationalen LGBTQ+-Gesundheitsbefragungen. Im Zuge dessen wurden von den Mitgliedern auch vereinzelt LGBTQ+-Aktionspläne zurückgemeldet.
- Über die Google-Suchmaschine wurde unter Verwendung der Keywords „LGBTIQ+“, „Policy“, „Survey“, „Action Plan“ und „Equality“ in verschiedenen Kombinationen gesucht (Suchzeitraum: 2. bis 10. Juni 2022). Da einige Aktionspläne nicht in Englisch verfasst wurden, wurden die Begriffe auch in die jeweiligen Landessprachen via Google Translate übersetzt. Außerdem wurden die verschiedenen Begriffe bzw. Akronyme auch in gekürzten (z. B. „LGBT“) und in ausgeschriebenen (z. B. „Transgender“) Varianten eingesetzt.
- Zusätzlich wurde über die Website von ILGA-Europe (European Region of the International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; <https://rainbow-europe.org>) überprüft, ob und inwiefern aktuelle Aktionspläne für die einzelnen Länder vorliegen.

Nach Abschluss der Recherche wurden die Gesundheitsbefragungen auf Surveys im engeren Sinne reduziert und verdichtet. Demzufolge wurden jene, in denen nur qualitative Methoden zur Anwendung kamen, sowie Gesundheitsbefragungen mit sehr kleiner Gesamtstichprobengröße ($n < 300$) ausgeschlossen. Bei den verbliebenen Befragungen handelt es sich somit um nationale Surveys zur Gesundheit und zu Gesundheitsdeterminanten von LGBTQ+-Personen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es sich durch die

Methodik der Handrecherche um keine erschöpfende Darstellung (im Sinne einer systematischen Literaturrecherche) handelt.

Die Gesundheitsbefragungen wurden tabellarisch aufbereitet und 3 Befragungen werden stellvertretend im Detail vorgestellt, um ein tiefergehendes Bild zu den Forschungsarbeiten und zugrunde liegenden Fragestellungen zu erhalten. Die 3 ausgewählten Länderbeispiele (Deutschland, Norwegen und Vereinigtes Königreich) zeichnen sich durch unterschiedliche Schwerpunkte hinsichtlich der Teilnehmenden, der gemessenen Inhalte und der Zielsetzungen aus.

Es wurden jene Aktionspläne ausgeschlossen, die sich im Kern der Gleichstellung von Frauen und Männern widmeten, und auch jene, die LGBTIQ+-Themen nur am Rande (etwa in der Länge eines Absatzes) behandelten, wurden nicht berücksichtigt. Außerdem wurden Aktionspläne, die nur in gewissen Regionen oder nur für gewisse Städte gelten, außer Acht gelassen. Die Aktionspläne wurden hinsichtlich ihrer Struktur und Inhalte detailliert analysiert. So konnten wichtige Bausteine identifiziert und inhaltliche Schwerpunkte, vor allem in Bezug auf die gesetzten Maßnahmen, festgestellt und über die verschiedenen Länder hinweg verglichen werden. Darüber hinaus wurden die Aktionspläne hinsichtlich der geschilderten Rahmenbedingungen und der adressierten LGBTIQ+-Untergruppen untersucht.

2.3 Inhaltliche Ergebnisse

Aus den Antworten der E-Mail-Anfrage an den Verteiler der EUPHA und der Handsuche konnten insgesamt 33 Gesundheitsbefragungen und 15 nationale Aktionspläne identifiziert werden.

2.3.1 Europäische Gesundheitsbefragungen

Die 33 identifizierten Gesundheitsbefragungen wurden in 18 europäischen Ländern durchgeführt (siehe Tabelle 1). Die ältesten Befragungen stammten aus dem Jahr 2009 (Belgien, Dänemark, Irland) und die jüngste Befragung wurde 2022 publiziert (Serbien). Der Großteil der Gesundheitsbefragungen widmete sich mehreren Untergruppen aus der LGBTIQ+-Community, wobei intergeschlechtliche Personen am seltensten adressiert wurden. Inhaltlich fokussieren die Befragungen auf Lebensbedingungen ($n = 11$), Transgender ($n = 8$), Gesundheit und Wohlbefinden ($n = 7$), Diskriminierungserfahrungen ($n = 3$), Ar-

beitskontext ($n = 2$), öffentliche Meinungen ($n = 2$) sowie gesundheitliche Versorgung ($n = 1$) und sexuelle Gesundheit ($n = 1$). Im Weiteren werden 3 Länder (Deutschland, Norwegen und UK) detailliert dargestellt, die sich in der eingesetzten Methodik und den fokussierten Inhalten unterscheiden.

Tabelle 1: Übersicht über die recherchierten Gesundheitsbefragungen

Land	Referenz	Titel	n	Zielgruppe
AT	(Schönherr/Zandonella 2017)	Arbeitssituation von LSBTI-Personen in Österreich	1.200	LGBTIQ
BE	(Motmans et al. 2009)	Being transgender in Belgium. Mapping the social and legal situation of transgender people	300	T
BE	(Motmans et al. 2018)	Being transgender in Belgium. Ten years later	500	T
CZ	(ombudsman. Public Defender of Rights 2019)	Being LGBT+ in the Czech Republic. Experiences of LGBT+ people with prejudices, discrimination, harassment and hate violence	2.200	LGBT
DE	(Frohn et al. 2017)	Out im Office. Sexuelle Identität und Geschlechtsidentität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz	2.900	LGBTQ
DE	(Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2017)	Online Umfrage: Zur aktuellen Situation und Erfahrung von trans* und transsexuellen Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern sowie ihren Angehörigen	1.000	T
DK	(Gransell/Hansen 2009)	Gleich und verschieden? Lebensbedingungen von Homosexuellen, Bisexuellen und Transgender	900	LGBT
DK	(Bindesbol Holm Johansen et al. 2015)	LGBT-Gesundheit. Gesundheit und Wohlbefinden von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen	600	LGBT
EE**	(Human Rights Center Estland 2021)	Öffentliche Meinungsstudie zu LGBT	n. a.	LGBT
FR*	(SOS homophobie 2015)	National survey on bisexuality 2015	6.100	B
FR	(Kraus et al. 2019)	Übersicht der LGBT-Phobien. Die Sichtweise von Franzosen auf Homosexualität und den Platz von LGBT in der Gesellschaft	3.000	LGBT
IE	(Mayock et al. 2009)	Supporting LGBT Lives: A Study of the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender people	1.100	LGBTQ
IE	(Higgins et al. 2016)	The LGBT Ireland Report. National study of the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in Ireland	2.300	LGBTIQ
LT*	(Tamulionytė/Zilvinskis 2019)	Situation of transgender persons in Lithuania. National review	1.000	T
NL	(van Beusekom/Kuyper 2018)	LGBT Monitor 2018. The life situation of lesbian, gay, bisexual and transgender people in the Netherlands	7.600	LGBT
NO	(Anderssen/Malterud 2013)	Sexuelle Orientierung und Lebensbedingungen	1.100	LGB
NO	(Malterud/Anderssen 2014)	Health among lesbian and bisexual women in Norway	600	LB
NO	(Anderssen et al. 2021)	Sexual orientation, gender diversity and living conditions. Results from the survey 2020	1.300	LGBTQ
PL*	(Taylor/Brown 2017)	Public opinion of transgender rights: Poland	500	T

Land	Referenz	Titel	n	Zielgruppe
PL**	(Swider/Winiewski 2019)	Situation of LGBT+ persons in Poland. 2015-2016 report	10.400	LGBTIQ
PL**	(Winiewski/Swider 2021)	Situation of LGBT+ persons in Poland. 2019-2020 report	22.400	LGBTIQ
PT	(ILGA Portugal 2014)	Gesundheit in Gleichheit: Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung und Leistungen für LGBT	600	LGBT
RS*	(Luhur et al. 2021)	Public opinion of transgender rights in Serbia	500	T
SE	(Public Health Agency 2015)	Health and health determinants for transgender people. A report on the health situation among transgender people in Sweden.	800	T
SE	(Public Health Agency 2020)	Sexual and reproductive health and rights among lesbian, gay, bisexual and transgender people - Results from the SRHR2017 Population Survey	800	LGBT
SE	(Public Health Agency 2022)	The development of health and the determinants of health among homo- and bisexual people. Results from the national public health survey health on equal terms	4.800	LGB
SK	(Oyenasova et al. 2017)	Slowenische LGBT-Umfrage. Ergebnisbericht	2.100	LGBT
TR*	(Luhur/Engin 2020)	Public opinion of transgender rights in Turkey	500	T
UK	(McNeil et al. 2012)	Trans Mental Health Study 2012	n. a.	T
UK	(Government Equalities Office 2018)	National LGBT survey. Summary report	108.100	LGBT
UK	(Bachmann/Gooch 2018)	LGBT in Britain. Health report	5.000	LGBT
UK	(James-Hawkins et al. 2019)	National LGBT Survey 2017: Healthcare amongst lesbian and bisexual women. Research report	36.300	LB
UK	(Dinos et al. 2021)	Health and health-related behaviours of lesbian, gay and bisexual adults	1.600	LGB

Die Stichprobengröße wurde, wenn möglich, nur für die interessierenden Zielgruppen angegeben und gerundet.

*Diese Surveys befragten die Gesamtbevölkerung über die interessierende Zielgruppe.

**Diese Berichte wurden nicht in Deutsch oder Englisch verfasst und lassen sich auch nicht via Google Translate übersetzen.

n. a. = nicht ausgewiesen

Quelle: GÖG

2.3.1.1 Deutschland

Die „Online-Umfrage: Zur aktuellen Situation und Erfahrung von trans* und transsexuellen Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern sowie ihren Angehörigen“ aus Deutschland (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017) hatte das Ziel, aktuelle Handlungsbedarfe im Bereich Transgender aufzuzeigen. Die Stichprobe bestand aus 932 erwachsenen trans Personen und deren Angehörigen sowie 117 trans Kindern und Jugendlichen und deren Angehörigen. Die Umfrage wurde mit einem Online-Fragebogen durchgeführt, der 15 Fragen umfasste. Diese Fragen deckten folgende Bereiche ab:

- Demografie
- Bewertung der Gespräche mit Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen
- Medizinische Maßnahmen und Kostenübernahme
- Einschätzung des Fachwissens unterschiedlicher Stellen und Bereiche
- Unterstützungsbedarfe

Die Teilnehmenden berichteten über einen großen Bedarf an Aufklärung über vorhandene Beratungs- und Unterstützungsangebote und an einem leichteren Zugang zu Informationsmaterialien. Außerdem bewerteten sie die Gespräche mit Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen eher positiv in den Dimensionen „einfühlsam“, „unterstützend“ und „fachkundig“. Im Gegenzug zeigte sich eine Unzufriedenheit aufgrund des pathologisierenden Umgangs der beiden Berufsgruppen mit vorliegender Transidentität. Minderjährige trans Personen waren zufriedener mit den Gesprächen mit Psychotherapeut:innen als erwachsene trans Personen, während für die Gespräche mit Ärzt:innen ähnliche Bewertungen vorlagen. Mehr Unterstützungsbedarf sahen die erwachsenen Teilnehmenden vor allem in puncto Krankenversicherung (z. B. Kostenerstattung), aber auch hinsichtlich Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen und Familien- und Freundeskreis. Die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen sahen den größten Unterstützungsbedarf bei Bildungseinrichtungen.

2.3.1.2 Norwegen

Die Gesundheitsbefragung „Sexual orientation, gender diversity and living conditions. Results from the survey 2020“ (Public Health Agency 2020) aus Norwegen schloss neben LGBT²-Personen auch heterosexuelle cis Personen ein, um eine Vergleichsbasis zu schaffen. Die Stichprobe war Teil eines größeren, repräsentativen Surveys, sodass die Probleme der anfallenden Rekrutierung bzw. der Selbstrekrutierung umgangen wurden. Insgesamt wurden Daten von 317 homosexuellen, 186 bisexuellen und 495 heterosexuellen Männern sowie von 196 homosexuellen, 346 bisexuellen und 490 heterosexuellen Frauen eingeschlossen. Außerdem wurden Daten von 129 trans und von 103 nicht-binären Personen berücksichtigt. Der Fragebogen wurde postalisch versendet und enthielt ca. 120 Fragen, die sich zu folgenden Themenbereichen zusammenfassen lassen:

- Demografie
- Wohlbefinden und soziales Netzwerk

² Die Studie untersuchte laut Selbstangabe die Zielgruppe L, G, B, und T Personen. Intergeschlechtliche Personen bzw. Personen mit VdG wurden nicht explizit in die Untersuchung miteingeschlossen.

- Diskriminierung und Gewalt
- Gesundheit
- Freizeit und Vereine
- Offenheit und Bezug zur eigenen sexuellen Orientierung bzw. Geschlechtsidentität

Trans Personen berichteten von häufigen Diskriminierungserfahrungen, während sie punktuell sehr gute Unterstützung erhielten und vor allem den Freundeskreis und die Teilhabe an Vereinen als wichtige Stützen für ihr Wohlbefinden nannten. Homosexuelle Personen berichteten von einer stärkeren Belastung in Bezug auf die psychische Gesundheit als heterosexuelle Personen, wobei Unterschiede eher gering ausfielen. Bisexuelle Personen berichteten über eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres Wohlbefinden als homosexuelle und heterosexuelle Personen.

2.3.1.3 Vereinigtes Königreich (UK)

In UK wurde im Jahr 2018 der Bericht zum „National LGBT survey“ (Government Equalities Office 2018) publiziert. Die 108.100 Teilnehmenden setzten sich aus 61 Prozent homosexuellen, 26 Prozent bisexuellen, 4 Prozent pansexuellen, 2 Prozent asexuellen und 1 Prozent queeren Personen zusammen. Davon waren 13 Prozent trans und 7 Prozent nicht-binäre Personen. Der Online-Fragebogen bestand aus 154 Fragen, die folgende Bereiche abdeckten:

- Demografie
- Lebensbedingungen in UK
- Sicherheit
- Bildung
- Arbeit
- Gesundheitswesen
- Familie und Partnerschaft
- Freund:innen und Bekannte
- Diskriminierung und Hassverbrechen

Die Teilnehmenden berichteten von einer geringeren Lebenszufriedenheit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in UK, wobei trans Personen am unzufriedensten waren. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden verzichtete aus Furcht vor negativen Reaktionen anderer darauf, mit ihren Partner:innen in der Öffentlichkeit Hand in Hand zu gehen und ca. ein Viertel der Teilnehmenden hatte sich in der eigenen Familie nicht geoutet. 2 von 5 Teilneh-

menden hatten im letzten Jahr einen Übergriff (z. B. verbale oder körperliche Gewalt) aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität erfahren. Konversionstherapien wurden 5 Prozent der Teilnehmenden angeboten und 2 Prozent unterzogen sich einer derartigen „Therapie“. Ein großer Anteil an trans Personen (38 %) hatte bereits eine negative Erfahrung im Gesundheitswesen aufgrund der Geschlechtsidentität gemacht.

2.3.2 Nationale Aktionspläne

Es wurden insgesamt 15 nationale Aktionspläne gefunden (siehe Tabelle 2). Die Aktionspläne stammen aus Albanien (Council of Europe 2021), Belgien (Stadt Brüssel 2020), Dänemark (Ministry of Foreign Affairs 2018), Frankreich (Ministry for Gender Equality 2020), Griechenland (NA 2021), Irland (Department of Children Equality 2019), Italien (Dipartimento per le Pari Opportunità 2013), Litauen (LGL 2015), Luxemburg (Ministerium für Familie 2018), Montenegro (Ministerium für Menschen- und Minderheitenrechte 2019), Malta (Human Rights and Integration Directorate 2017), den Niederlanden (Government of the Netherlands 2018), Norwegen (Ministerien Norwegens 2021), Schweden (Ministry of Employment 2022) und UK (Equalities Office 2018).

Tabelle 2: Übersicht über die Kategorien, die in den gefundenen Aktionsplänen behandelt werden

	Länder														
	AL	BE	DK	FR	GR	IE	IT	LT	LU	ME	MT	NL	NO	SE	UK*
Hintergrund und Rahmenbedingungen															
historischer Abriss	X	X	X	X		X	X		X	X	X		X	X	
theoretischer Hintergrund	X	X		X	X	X	X	X	X				X	X	X
Methodik der Erstellung	X	X			X	X	X	X	X				X	X	
beteiligte Institutionen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluationskonzept	X			X		X			X	X	X			X	
Budget	X													X	X
Zielgruppen															
L	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
G	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Länder														
	AL	BE	DK	FR	GR	IE	IT	LT	LU	ME	MT	NL	NO	SE	UK*
T	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
I	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
Q	X		X	X	X	X		X			X			X	
Maßnahmen															
Gesundheit und Gesundheitswesen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bildung und Schulwesen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Arbeitsumfeld und Arbeitsmarkt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X
Gesetze und Rechtsschutz	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Öffentlicher Dienst	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Wissen und Studien	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sport und Sportvereine		X	X	X				X		X	X	X			X
Internationales und Tourismus		X	X	X	X	X		X		X	X		X		X
Asyl und Integration		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X
Gesellschaft und Medien	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Beratungsangebote	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X

* In UK wurde der Aktionsplan im Jahr 2021 von der Regierung abgesetzt bzw. wird dieser nicht mehr verfolgt.

Quelle: GÖG

2.3.2.1 Hintergrund und Rahmenbedingungen

Als politisches Dokument leiten die meisten LGBTIQ+-Aktionspläne mit Vorworten von Minister:innen und Staatssekretär:innen ein. Außerdem präsentieren 11 Aktionspläne auch einen historischen und rechtlichen Abriss der wichtigsten Meilensteine in Bezug auf die Gleichstellung von LGBTIQ+-Personen im jeweiligen Land. Das sind beispielsweise die Einführung oder Überarbeitung von Gesetzen, der Beitritt zu wichtigen internationalen Netzwerken (z. B. Malta) oder auch bahnbrechende Kampagnen oder Veranstaltungen (z. B. Belgien).

In 11 von 15 Plänen wird die Wichtigkeit des jeweiligen Aktionsplans durch einen theoretischen Hintergrund und aktuelle wissenschaftliche Studien untermauert. Einige Aktionspläne behandeln dazu das Thema Gleichstellung und Diskriminierung in einem einführen-

den Kapitel (z. B. Belgien, Frankreich), während sich andere Länder dazu entschlossen haben, die relevanten Forschungsergebnisse nach Themen zu bündeln und direkt vor den einzelnen Maßnahmen zu platzieren (z. B. Italien, Luxemburg). Damit wird eine kompaktere Ableitung der jeweiligen Maßnahme sichtbar.

Der Erstellungsprozess der Aktionspläne wurde in 5 Ländern nicht dargestellt (Dänemark, Frankreich, Montenegro, Malta und Niederlande). Die restlichen Länder stellen die jeweiligen Teilschritte und Abstimmungen dar. So wurde zumeist mit der Festlegung der übergeordneten Ziele gestartet, um diese dann in Abstimmungsrunden mit den entsprechenden Ministerien, NGOs und/oder LGBTIQ+-Vertreter:innen zu verfeinern und entsprechende Maßnahmen abzuleiten.

In allen Aktionsplänen finden sich Abhandlungen darüber, welche Institutionen, Organisationen und politischen Vertretungen die jeweiligen Maßnahmen durchführen sollen. In einigen Aktionsplänen wurde dies sehr detailliert angegeben, indem für jede Maßnahme explizit eine verantwortliche Organisation genannt wurde (z. B. Belgien, Frankreich und Irland).

Die Evaluationskonzepte wurden in jedem zweiten Aktionsplan vorgestellt. Dabei gibt es große Variabilität in Hinblick darauf, ob die Evaluation intern und/oder extern vollzogen wird und wie häufig dies geschehen soll. Ebenfalls unterschiedlich fällt der Detailgrad der Indikatoren zur Überprüfung des Umsetzungsgrades aus. Häufig werden interne Berichte in regelmäßigen Abständen zum aktuellen Stand der Umsetzung erstellt (monatliche bis jährliche Intervalle), um daraus Vorschläge für notwendige Adaptionen zu formulieren. Die Berichtslegung der externen Evaluator:innen findet in größeren Abständen statt (jährliche Intervalle bis hin zu einem großen Endbericht). Einige Aktionspläne liegen bereits in der zweiten oder dritten Version (z. B. Albanien, Belgien und Schweden) vor, sodass diese auch Abschnitte zu den Ergebnissen aus der Vorperiode inkludieren.

Lediglich 3 Länder (Albanien, Schweden und UK) führen das vorgesehene Budget für die Umsetzung der Aktionspläne an. Albanien hat für die Umsetzung ein Budget von ca. 400.000 Euro pro Jahr, Schweden von ca. 1.300.000 Euro pro Jahr mit einem Schwerpunkt in den Jahren 2021 und 2022 mit jeweils 2.000.000 Euro. Im Aktionsplan in UK wird ein Gesamtbudget von ca. 5.200.000 Euro veranschlagt (ohne Laufzeitangaben).

Zusammenfassend behandeln die Aktionspläne aus Albanien und Schweden alle Kategorien der Rahmenbedingungen, gefolgt von Irland und Luxemburg, die lediglich die Anga-

ben zum Budget nicht inkludieren. Die Niederlande behandeln die wenigsten Kategorien, was allerdings auch der Tatsache geschuldet ist, dass ihr Aktionsplan sowohl die Gleichstellung der Frauen als auch der LGBTIQ+-Personen adressiert. Am seltensten werden Angaben zum Budget transparent dargestellt und auch das Evaluationskonzept wird nur in jedem zweiten Aktionsplan präsentiert.

2.3.2.2 Zielgruppen

Die Feststellung der adressierten Zielgruppen erfolgte über den Titel, über die geschilderte Absicht, die mit einem Aktionsplan verfolgt wird, und über die gesetzten Maßnahmen. In allen Aktionsplänen wird die Verbesserung der Gleichstellung von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans Personen mit heterosexuellen cis Personen verfolgt. Intergeschlechtliche Personen werden in den Plänen von Italien und UK nicht explizit angesprochen. Queere Personen werden in jedem zweiten Aktionsplan bedacht. Allerdings gibt es keine expliziten Maßnahmen für diese Personengruppe. Stattdessen werden sie durch die Nutzung des Buchstabens „Q“ im Titel oder den Texten berücksichtigt.

2.3.2.3 Maßnahmen

Die gesetzten Maßnahmen wurden in 11 verschiedene Bereiche inklusive Subbereiche kategorisiert (siehe Tabelle 2). Im Anhang befindet sich die detaillierte Liste aller Maßnahmen. Im Folgenden wird jedoch nur der Bereich „Gesundheit und Gesundheitswesen“ und dessen Subbereich beschrieben. Alle Aktionspläne setzen Maßnahmen in diesem Bereich, die sich folgendermaßen bündeln lassen:

- **Schulungen der Fachkräfte:** z. B. Sensibilisierung und Schulung der Fachkräfte in Gesundheitseinrichtungen, Schulungen zum Sexual Health Adviser für DGKP, Leitlinien zum respektvollen Vokabular für Fachkräfte etc.
- **Sexuelle Gesundheit:** z. B. Verbesserung der Versorgung und Gesundheitspolitik in Bezug auf HIV, AIDS und PrEP, Erweiterung der Verteilung von Gratiskondomen etc.
- **Psychische Gesundheit:** z. B. Verbesserung der Suizidprävention, Bekämpfung schädlicher Körperelbstbilder für junge LGBTIQ+-Personen etc.
- **Trans Personen im Gesundheitswesen:** z. B. Implementierung eines Wissenszentrums für Transgender-Themen, Überarbeitung und Verbesserung des Angebots für den Transitionsprozess, Kostenerstattung bei spezifischen Gesundheitsleistungen (Hormonbehandlung, Operationen) für trans Personen etc.

- **Intergeschlechtliche Personen im Gesundheitswesen:** z. B. Erstellung von Listen für Gesundheitsdienstleister:innen für Inter*-Themen, Informationsmaterial für Eltern von intergeschlechtlichen Kindern, Monitoring und Protokollierung von medizinischen Eingriffen bei intergeschlechtlichen Personen etc.

2.3.3 Fokus Österreich

Obwohl es in Österreich bislang etwa noch keinen nationalen Aktionsplan für LGBTIQ+-Personen gibt, wurden politische, gesellschaftliche und wissenschaftliche Aktivitäten gesetzt, um die Lebensbedingungen von LGBTIQ+-Personen positiv zu beeinflussen:

- **Rainbow Cities Network:** Wien ist Gründungsmitglied des Netzwerks und wirkte an 6 internationalen Fotoausstellungen mit. Linz ist seit 2020 Mitglied des Netzwerks und organisierte aus dieser Rolle heraus eine Ausstellung. Gesundheitsbezogene Maßnahmen wurden allerdings noch nicht gesetzt.
- **Wien als Regenbogenhauptstadt:** Die aktuelle Landesregierung Wiens plante zudem einige Aktivitäten zur Stärkung der LGBTIQ+-Community bzw. setzte sie auch um (Stadt Wien o. J.). Gesundheitsbezogene Aktivitäten umfassen beispielsweise die Verankerung von LGBTIQ+-Themen in der Pflegeausbildung, das Verbot von medizinischen Eingriffen bei Kindern mit Variationen der Geschlechtsmerkmale und die Aufhebung des Blutspendeverbots für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Die umfangreiche Liste aller (geplanten) Aktivitäten befindet sich Anhang – .
- **Aktionsplan Bregenz:** Bregenz erarbeitete einen städtischen Aktionsplan zur Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Darin werden auch gesundheitsbezogene Ziele verfolgt, wie die Förderung und Entwicklung von Beratungsangeboten für LGBTIQ+-Personen und deren Angehörige sowie die Unterstützung und Umsetzung von Sensibilisierungsmaßnahmen. Die umfangreiche Liste aller Ziele befindet sich im Anhang.
- **Aktionsplan Vorarlberg:** Im 2022 veröffentlichten Aktionsplan Vorarlberg finden sich Abhandlungen über den rechtlichen Kontext und den Erstellungsprozess. Die gesetzten Maßnahmen wurden auch unter Rückgriff auf eine Onlineumfrage im Sinne einer Bürgerbeteiligung abgeleitet und befinden sich im Anhang - Maßnahmen.
- **IGLYO Europe** (International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Intersex Youth & Student Organisation): Die Homosexuelle Initiative (HOSI) Wien repräsentiert Österreich in diesem über 40 Länder umfassenden Netzwerk. Dieses Netzwerk hat das Ziel, junge LGBTIQ+-Menschen zu stärken und deren Gleichstellung und Inklusion in der Gesellschaft voranzutreiben.

- **ILGA-Europe** (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association): In diesem Verband sind über 600 Organisationen aus 54 Ländern Europas Mitglied, darunter auch 17 österreichische Organisationen (z. B. Austrian Gay Professionals, HOSI Salzburg, VIMÖ etc.). Der Verband hat sich zum Ziel gesetzt, dass künftig jede LGBTIQ+-Person ihr Leben frei, gleichberechtigt und sicher verbringen kann. Er organisiert zahlreiche Veranstaltungen, vernetzt Aktivist:innen, entwickelt Standards und Benchmarks und beteiligt sich an der Entwicklung von Policies und Kommunikationskanälen.
- **OII Europe** (Organisation Intersex International Europe): OII Europe beschreibt sich als Schirmorganisation der europäischen Organisationen, die die Rechte von intergeschlechtlichen Personen fördern. Zu den Hauptaufgaben zählen die Erarbeitung von Policies, Advocacy-Arbeit, Sensibilisierungsarbeit, Vernetzungsaktivitäten sowie Trainings und Workshops für Fachkräfte. Das erste OII Europe Community Event fand im Jahr 2017 in Wien statt.
- **TGEU** (Transgender Europe): Die Vision von TGEU ist eine diskriminierungsfreie Welt, in der Diversität gefeiert wird und trans Personen mit Wertschätzung begegnet wird. Dazu sollen die Rechtslage und die Lebensqualität für trans Personen verbessert werden. Mitglieder sind 48 Länder mit starkem Fokus auf Europa, darunter auch Österreich mit der Organisation TransX.

3 LGBTIQ+-Gesundheit in Österreich

Das primäre Ziel dieses Berichts war es, durch eine quantitative Datenerhebung eine erste breite Informationsbasis zu LGBTIQ+-Gesundheit zu schaffen und durch qualitative Interviews erste ergänzende Informationen bereitzustellen, die durch Fragebogenerhebungen nicht abgedeckt werden können.

3.1 Methodik der Datenerhebung

Methodisch wurde die Datenerhebung im Mixed-Methods-Design quantitativ und qualitativ angelegt. Im Zeitraum Februar bis September 2022 wurde die Erhebungsphase mittels Erstellung eines Fragebogens sowie eines Interviewleitfadens und der entsprechenden Erhebungen umgesetzt. Sowohl der Fragebogen als auch der Interviewleitfaden (siehe Anhang) wurden in Abstimmung mit einer begleitenden Expert:innengruppe erstellt. Der Fragebogen wurde zudem in enger Abstimmung mit dem mit der quantitativen Erhebung beauftragten Sozialwissenschaftsinstitut SORA erstellt. Rückmeldungen der begleitenden Expert:innengruppe, in der LGBTIQ+-Interessen- und Selbstvertretungen und (Peer-)Beratungsstellen (mit Fokus auf LGBTIQ+) repräsentiert sind, wurden jeweils einmal eingeholt und fanden bei der Erstellung des Fragebogens und des Interviewleitfadens besondere Berücksichtigung. Die finale Fassung wurde in Hinblick auf die übergeordneten Ziele des LGBTIQ+-Gesundheitsberichts vom Projektteam inhaltlich ausgerichtet.

3.1.1 Quantitative Erhebung

Die quantitative Erhebung wurde von der Gesundheit Österreich GmbH in Auftrag gegeben und vom Sozialwissenschaftsinstitut SORA durchgeführt. Die Umfrage umfasste fünf Themenblöcke (Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, Gesundheitszustand, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderliche Faktoren, Soziodemografie) mit insgesamt 36 geschlossenen Fragen (siehe Anhang – Fragebogen) und fand zwischen 8. Juni und 11. Juli 2022 über die Plattform www.fragebogen.at/lgbtiq statt. Die durchschnittliche Dauer für das Ausfüllen des Fragebogens lag bei rund 22 Minuten. Die Fragen wurden auf Basis einer vorangegangenen Literaturrecherche und in Abstimmung mit einer begleitenden Expert:innengruppe erstellt. Die Gesundheitsbefragung (ATHIS) findet in Österreich in regelmäßiger Frequenz statt, zuletzt im Jahr 2019 (davor im Jahr 2014). Sie wird vom

BMSGPK in Auftrag gegeben und von der Statistik Austria durchgeführt. ATHIS ist repräsentativ für die österreichische Gesamtbevölkerung ab einem Alter von 15 Jahren, wobei Geschlecht/Geschlechtsidentität ausschließlich binär (Mann/Frau) erfasst wird. Auch die sexuelle Vielfalt wird nicht erhoben. Die Erhebung 2019 basiert auf der dritten Welle des European Health Survey (EHIS), welcher von den EU-Mitgliedsstaaten gesetzlich verpflichtend umzusetzen ist. Ziel des EHIS ist es, eine harmonisierte Gesundheitsbefragung auf europäischer Ebene zu realisieren. Wo möglich, wurden für die vorliegende LGBTIQ+-Erhebung Fragen mit der österreichischen Gesundheitsbefragung abgeglichen, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen. Dies trifft auf Fragen zur subjektiven Gesundheitseinschätzung, chronischen Gesundheitsproblemen und der psychischen Gesundheit zu.

Da die Grundgesamtheit der in Österreich lebenden LGBTIQ+-Personen nicht bekannt ist, konnte keine repräsentative Zufallsstichprobe für die Erhebung gezogen werden. Die Umfrage wurde vor und während des Erhebungszeitraums in Print- und Hörfunkmedien sowie Onlinemedien beworben. Zudem wurden mehr als 100 LGBTIQ+(-nahe)-Organisationen, -Einrichtungen, -Netzwerke und -Vereine kontaktiert und um eine Verbreitung der Umfrage gebeten.

Von 1.584 Personen, die mit der ersten Frage begonnen hatten, füllten 1.106 (70 %) den Fragebogen vollständig aus. 59 ausgefüllte Fragebögen mussten nachträglich entfernt werden, primär deshalb, weil die betroffenen Befragten nicht Teil der Zielgruppe (sondern heterosexuelle cis Personen bzw. Personen unter 15 Jahren) waren. Die Nettostichprobengröße lag schließlich bei 1.047 LGBTIQ+-Personen, die für die Auswertungen herangezogen wurden.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung zur LGBTIQ+-Gesundheitsbefragung

Stichprobe LGBTIQ+- Gesundheitsbefragung ³		<i>n</i>	%
Geschlecht /Geschlechtsidentität (GI)⁴	Gesamt	1.047	100 %
	trans	195	19 %
	inter	12	1 %
	nicht-binär	165	16 %
	cis	675	65 %
sexuelle Orientierung (SO)⁵	lesbisch	227	22 %
	schwul	278	26 %
	bi-/pansexuell	312	29 %
	Queer/weitere	167	21 %
	heterosexuell	18	2 %
Alter	15 bis 19 Jahre	130	12 %
	20 bis 29 Jahre	408	39 %
	30 bis 44 Jahre	338	32 %
	45 Jahre und älter	171	16 %
höchster Bildungsabschluss	kein akademischer Abschluss	491	47 %
	akademischer Abschluss	548	52 %
Staatsbürgerschaft	österreichische Staatsbürgerschaft	930	89 %
	ausländische Staatsbürgerschaft	117	11 %
Krankenversicherung	nur gesetzliche	775	74 %
	gesetzliche und private	262	25 %
Wohnregion	ländlich (bis 5.000 EW)	114	14 %
	mittelstädtisch (bis 500.000 EW)	306	29 %
	großstädtisch (>500.000 EW)	562	54 %
Erwerbsstatus	erwerbstätig	651	62 %
	in Ausbildung	276	26 %
	arbeitslos / Out of Labour Force	119	11 %
Einkommensquartil	bis 1.500 Euro	368	35 %
	bis 2.000 Euro	176	17 %
	bis 3.000 Euro	259	25 %
	über 3.000 Euro	91	9 %
	kein eigenes Einkommen	123	12 %
Haushaltsform	Singlehaushalt	334	32 %
	Partner:innen-Haushalt	363	35 %
	anderes (WG, bei Eltern, alleinerziehend)	350	33 %

Quelle: GÖG

3.1.2 Qualitative Einzelinterviews

Mit ergänzenden qualitativen Interviews wurden Informationen dazu erhoben, welche hinderlichen und förderlichen Faktoren für LGBTIQ+-Personen auf Systemebene im österreichischen Gesundheitssystem vorhanden sind. Darüber hinaus sollten anhand der Inter-

³ Eine nähere Beschreibung der Stichprobe, auch die Differenzierung nach Geschlecht/Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung findet sich in Kapitel 2

⁴ siehe Kapitel 3.2.1

⁵ siehe Kapitel 3.2.2

views Erfahrungen und Probleme erfasst werden, die bisher in der Regel wenig wahrgenommen werden.

Die qualitativen Einzelinterviews wurden mit insgesamt 10 Personen online via ZOOM durchgeführt. Als potenzielle Interviewpartner:innen wurden Personen, die sich bei der quantitativen Erhebung zu einer weiteren Kontaktaufnahme bereit erklärt hatten, angefragt. An den Interviews nahmen letztlich die 10 Personen teil. Eine gezieltere bzw. weitere Rekrutierung war im Rahmen des aktuellen Projekts aus Zeit- und Ressourcengründen nicht möglich. Die Dauer der Interviews lag bei durchschnittlich 61 Minuten. Der Interviewleitfaden wurde auf Basis der vorangegangenen Literaturrecherchen, der Zwischenergebnisse der quantitativen Erhebung und unter Einbindung der Expertise der begleitenden Expert:innengruppe erstellt (siehe Anhang – Interviewleitfaden). Inhaltlich wurden Informationen zu den Themenblöcken a) Hilfesuchverhalten in Bezug auf die Gesundheit, b) Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, c) Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem und d) Handlungsempfehlungen mit insgesamt 12 halboffenen Fragen erhoben. Die Interviews wurden schriftlich protokolliert und anonymisiert zusammengefasst. Im Anschluss an jedes Interview erhielten die interviewten Personen das Protokoll zur Abklärung, ob die von ihnen getätigten Angaben korrekt wiedergegeben wurden. Alle Interviewprotokolle wurden von den Interviewpersonen geprüft und gegebenenfalls ergänzt und/oder korrigiert. Die Angabe des Geschlechts bzw. der Geschlechtsidentität beruhte auf Selbstbezeichnungen, somit waren Mehrfachnennungen möglich. In den meisten Fällen wählten die interviewten Personen eine Kombination der in Tabelle 4 angegebenen Bezeichnungen. Das durchschnittliche Alter der interviewten Personen lag bei 40,7 Jahren (24-56 Jahre). Vor allem hinsichtlich einer gleichen Verteilung von LGBTIQ+-Personen und intersektionalen⁶ Kriterien wie Alter oder sozioökonomischer Benachteiligung konnte mit den Interviews keine ausreichende Abdeckung der Zielgruppen erreicht werden. Anhand der vorhandenen Interviews lassen sich dennoch Herausforderungen und Handlungsfelder aufzeigen, die im folgenden Ergebniskapitel (siehe Kapitel 3.2) zu den jeweiligen Themenschwerpunkten ergänzt werden.

⁶ siehe Glossar „Intersektionalität“

Tabelle 4: Charakteristika der Interviewpartner:innen nach Alter, Geschlechtsangabe und Wohnregion

Charakteristika	n = 10
Alter	24-56 Jahre (Ø 40,7)
Geschlecht <i>Mehrfachnennungen durch Selbstbezeichnung der interviewten Personen</i>	
Frau	n = 4
Mann	n = 2
intergeschlechtlich/VdG	n = 1
nicht-binär	n = 4
trans	n = 8
queer	n = 2
Wohnregion	
großstädtisch (>500.000 EW)	n = 6
mittelstädtisch (bis 500.000 EW)	n = 2
ländlich (bis 5.000 EW)	n = 2

Quelle: GÖG

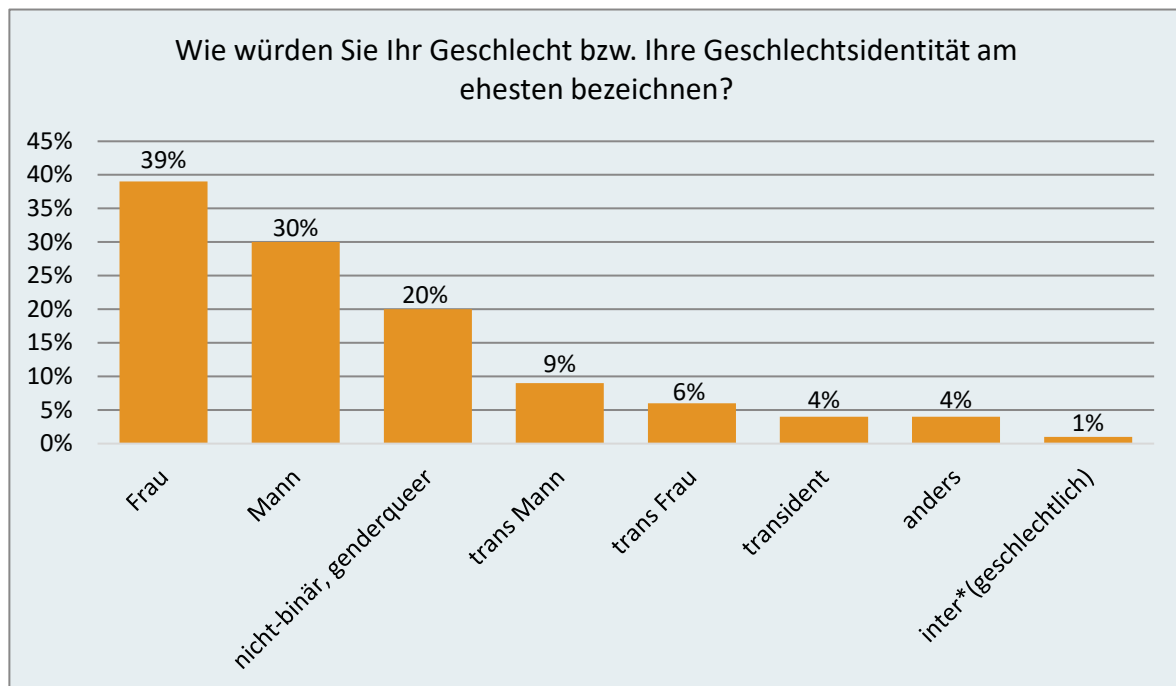
3.2 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der LGBTIQ+-Gesundheitsbefragung dargestellt. Die vertiefenden, ergänzenden Informationen aus den qualitativen Einzelinterviews sind in den jeweiligen Abschnitten extra ausgeführt. Für einen ersten Überblick werden in Kapitel 3.2.1 die Ergebnisse zum angegebenen Geschlecht sowie zur Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung der Teilnehmenden beschrieben. In Kapitel 2 werden die Ergebnisse zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand der Befragten gezeigt. Dies umfasst die subjektive Gesundheitseinschätzung, chronische Gesundheitsprobleme, psychische Gesundheit, Suchtverhalten sowie selbstverletzendes und suizidales Verhalten. In Kapitel 3.2.4 werden Diskriminierungserfahrungen, insbesondere Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem, dargestellt. In Kapitel 3.2.5 werden die Ergebnisse in Bezug auf die Gesundheitsversorgung beschrieben. Die relevanten Aspekte sind dabei die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung, das Hilfesuchverhalten sowie die trans- und transitionsspezifische Gesundheitsversorgung. In Kapitel 3.2.6 als letztem gesundheitsbezogenem Teil geht es um gesundheitsförderliche Faktoren wie soziale Beziehungen, Netzwerke und Selbstwirksamkeit. Abschließend werden in Kapitel 2 die soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmale der Teilnehmenden dargestellt.

3.2.1 Geschlecht/Geschlechtsidentität der Befragten

Für die Beantwortung der Frage nach dem Geschlecht bzw. der Geschlechtsidentität (Q2) waren Mehrfachangaben möglich. Wenn die Antwortmöglichkeiten einzeln betrachtet werden, bezeichnen sich 406 (39 %) der befragten Personen als Frau, 312 (30 %) als Mann, 68 (7 %) als trans Frau, 98 (9 %) als trans Mann, 41 (4 %) als transident, 12 (1 %) inter*/intergeschlechtlich⁷ und/oder 205 (20 %) als nicht-binär bzw. genderqueer.

Abbildung 1: Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität der Befragten



Quelle: GÖG

Das Freitextfeld⁸ für die Bezeichnung oder Ergänzung ihres Geschlechts bzw. ihrer Geschlechtsidentität nutzten 37 Personen (4 %). Im Sinne der Sichtbarmachung der Selbstbezeichnungen für das Geschlecht bzw. die Geschlechtsidentität werden diese in der Folge gelistet: „agender“ (weniger als 20 Nennungen), „Demigirl“, „Frau und nicht-binär“, „genderfluid“, „greygender“, „nicht-binär, cis agender“, „nicht-binär trans*“, „nicht-binär transmaskulin“, „nonbinary Transmann“, „ohne Label“, „Person mit Variationen der Ge-

⁷ 2 (0,2 %) intergeschlechtliche Frauen, 3 (0,3 %) intergeschlechtliche Männer, 7 (0,7 %) inter*/intergeschlechtliche Personen

⁸ Die Erklärungen der Begriffe befinden sich im Anhang im Glossar.

schlechtsmerkmale“, „queer“, „queer-männlich“, „Tomboy“, „trans*“, „transgender“, „transgeschlechtlich“, „transmaskulin“ (alle weniger als 5 Nennungen).

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden Geschlecht bzw. Geschlechtsidentitäten der Teilnehmenden in diesem Bericht zu 4 Gruppen zusammengefasst⁹:

Tabelle 5: Gruppierungen der Geschlechtsidentitäten

G/GI	Beschreibung	n	%
cis¹⁰	Personen, die ihr Geschlecht bzw. ihre Geschlechtsidentität ausschließlich binär (entweder als Frau oder Mann) und nicht auch noch mit zusätzlichen Kategorien angegeben haben	675	65 %
trans	Frauen, Männer und nicht-binäre/genderqueere Personen bzw. Personen, die das Freitextfeld gewählt haben und zusätzlich „trans Frau“, „trans Mann“ und/oder „transident“ oder eine trans Identität im Freitextfeld angegeben haben	195	19 %
inter¹¹	Personen, die bei der Frage nach ihrem Geschlecht bzw. ihrer Geschlechtsidentität „(intergeschlechtliche) Frau“, „(intergeschlechtlicher) Mann“ und/oder „inter*/intergeschlechtlich“ für sich gewählt haben	12	1 %
nicht-binär	Personen, die im Fragebogen die Bezeichnung „nicht-binär, genderqueer“ bzw. (zusätzlich oder ausschließlich) das Freitextfeld gewählt haben und keine der inter- oder transspezifischen Bezeichnungen für sich angegeben haben	165	16 %
Gesamt		1.047	100 %

Quelle: GÖG

⁹ zur vereinfachten Darstellung von Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität siehe Kapitel 3.2.1

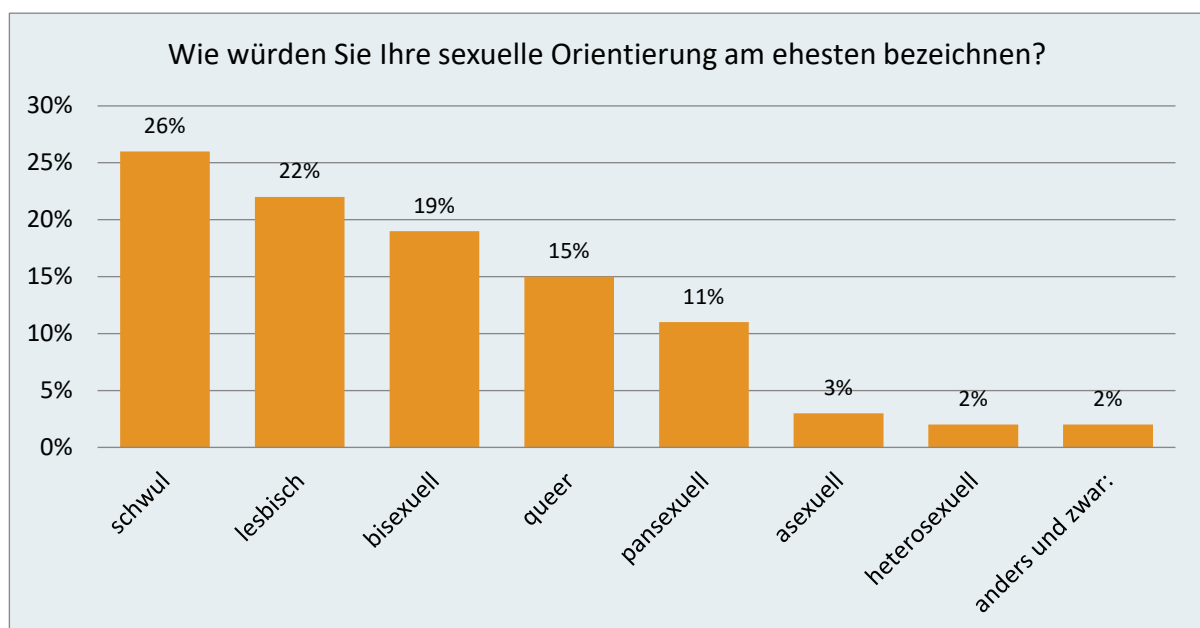
¹⁰ „cis“ wurde im Fragebogen nicht explizit erfasst und ist somit eine Fremdbezeichnung für Personen, die sich ausschließlich binär zugeordnet haben (siehe 4.3 Limitationen).

¹¹ In Bezug auf Inter-Identität, d.h. wenn Menschen mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale auch eine intergeschlechtliche Identität haben, gibt es eine Überschneidung mit nicht-binären Identitäten. Wenn es um die körperlichen Aspekte von Intergeschlechtlichkeit bzw. um Variationen der Geschlechtsmerkmale (VdG) geht, ist wichtig, inter* nicht als Identitätskategorie für alle zu überschreiben, da es hier um angeborene Körpermerkmale geht, die nicht in die gesellschaftlichen Normvorstellungen des ausschließlich Weiblichen oder ausschließlich Männlichen passen. Einige Menschen mit VdG bezeichnen sich nicht als inter/intergeschlechtlich und streben auch keinen alternativen Geschlechtseintrag an, d. h. sie sind Frauen oder Männer mit Variationen der Geschlechtsmerkmale (oder verwenden die medizinische Bezeichnung „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ für sich oder eine jeweilige medizinische Einzeldiagnose). Aus diesen Gründen ist es wichtig, inter*/VdG auch separat zu LGBTQ* betrachten zu können (VIMÖ 2022).

3.2.2 Sexuelle Orientierung

Bei der Frage nach der sexuellen Orientierung war im Gegensatz zu der Frage nach dem Geschlecht bzw. der Geschlechtsidentität keine Mehrfachantwort möglich. Auf die Frage, wie sie ihre sexuelle Orientierung am ehesten bezeichnen würden, antworteten 276 (26 %) der Teilnehmenden mit „schwul“, 227 (22 %) mit „lesbisch“, 196 mit „bisexuell“ (19 %), 162 (15 %) mit „queer“, 110 (11 %) mit „pansexuell“, 35 (3 %) mit „asexuell“, 18 (2 %) mit „heterosexuell“¹² und 23 (2 %) wählten für die Bezeichnung ihrer sexuellen Orientierung das Freitextfeld (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Sexuelle Orientierung der Befragten



Quelle: GÖG

Das Freitextfeld ¹³ (siehe Abbildung 2) wurde von einigen Teilnehmenden genutzt, um die sexuelle und romantische Orientierung auszdifferenzieren (z. B. panromantisch/asexuell, grau asexuell/biromantisch), um mehrere Bezeichnungen anzugeben (z. B. bi-/pansexuell und queer oder lesbisch/asexuell) und/oder um eine Bezeichnung anzugeben, die nicht angegeben war (z. B. omnisexuell oder polysexuell). Im Freitextfeld wurden folgende se-

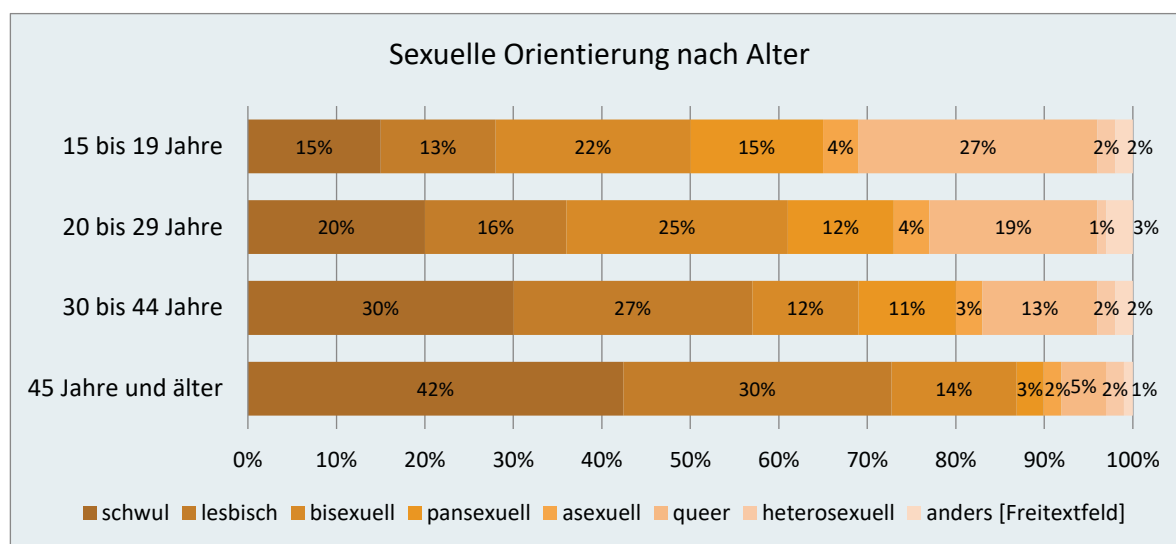
¹² Heterosexuelle Personen wurden aufgrund der geringen Fallzahl nicht in die Analyse nach der sexuellen Orientierung miteinbezogen. Die Antworten wurden jedoch bei der Analyse nach Geschlechtsidentität berücksichtigt.

¹³ Die Erklärungen der Begriffe befinden sich im Anhang im Glossar.

xuellen Orientierungen angegeben, wobei die Anzahl der Nennungen bis auf „androphil“ jeweils unter 5 lag: „androphil“, „androsexuell“, „bi gray ace“, „bisexuell, pansexuell und queer“, „bisexuell/asexuell“, „demisexuell“, „grau-asexuell/biromantisch“, „greysexuell“, „gynophil“, „heteroflexibel“, „kein Label“, „lesbisch/asexuell“, „mehrere, am ehesten queer“, „omnisexuell“, „panromantisch asexuell“.

Ältere Teilnehmende wählten für ihre sexuelle Orientierung eher die Bezeichnungen „schwul“ (15 % der 15- bis 19-Jährigen und 42 % der über 45-Jährigen) oder „lesbisch“ (13 % der 15- bis 19-Jährigen und 30 % der über 45-Jährigen). Gegenläufig dazu bezeichneten sich jüngere Teilnehmende eher als „queer“: Dies taten 27 Prozent der 15- bis 19-Jährigen und 5 Prozent der über 45-Jährigen (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Sexuelle Orientierung der Befragten nach Alter¹⁴

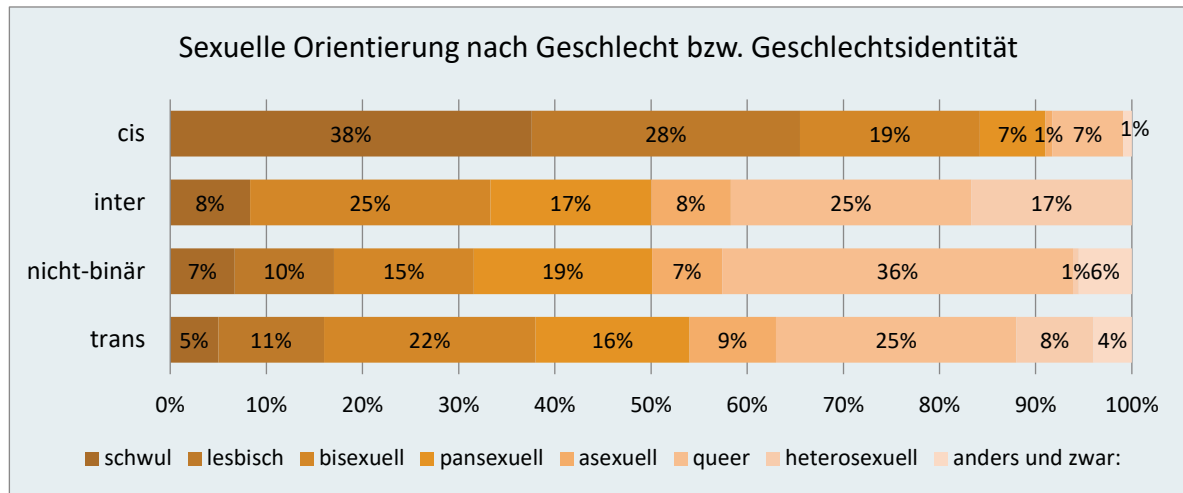


Quelle: GÖG

Werden sexuelle Orientierung und Geschlecht/Geschlechtsidentität der Personen gemeinsam betrachtet, ergibt sich ein Muster aus unterschiedlichen Erfahrungen und Lebensrealitäten (siehe Abbildung 4).

¹⁴ 15 bis 19 Jahre: n = 130; 20 bis 29 Jahre: n = 408; 30 bis 44 Jahre: n = 338; 45 Jahre und älter: n = 171

Abbildung 4: Sexuelle Orientierung der Befragten nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität



Quelle: GÖG

Für die weitere Auswertung der Ergebnisse nach sexueller Orientierung werden die Gruppen wie folgt zusammengefasst:

Tabelle 6: Sexuelle Orientierung der Befragten

Sexuelle Orientierung	n	%
	1.047	100 %
lesbisch	227	22 %
schwul	276	26 %
bi-/pansexuell ¹⁵	306	29 %
queer / weitere SO	220	21 %
Gesamt	1.029	100 %

Quelle: GÖG

¹⁵ Selbstbezeichnungen haben für Personen eine individuelle Bedeutung, die sehr unterschiedlich sein kann. So kann bisexuell zu sein für manche bedeuten, sich zu zwei Geschlechtern, für andere, sich zu mehreren Geschlechtern sexuell hingezogen zu fühlen. Eine gängige Definition von Pansexualität ist, dass sich Personen zu Menschen unabhängig vom Geschlecht hingezogen fühlen und die Anziehung nicht auf dem Geschlecht basiert. Aufgrund der sich überschneidenden Bedeutung – sich von mehr als einem Geschlecht angezogen zu fühlen bzw. darüber hinaus – werden Personengruppen zusammengefasst, die angegeben haben, bisexuell oder pansexuell zu sein (Queer Lexikon 2017e; Queer Lexikon 2017b).

3.2.3 Gesundheitszustand

Gesundheit ist laut WHO ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit (World Health Organization 2020). Gesundheit kann als ein dynamisch veränderliches Geschehen verstanden werden, das durch biografische Risiko- und Schutzfaktoren („Verhaltensebene“) ebenso beeinflusst wird wie durch strukturelle Rahmenbedingungen („Verhältnisebene“).

Subjektive Gesundheitseinschätzung

Die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands ist ein geeigneter Indikator zur Einordnung des allgemeinen Wohlbefindens einer Bevölkerungsgruppe. Die Frage „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ erfasst implizit sowohl körperliche als auch psychische und soziale Aspekte der Gesundheit (Statistik Austria 2020a). Die Antwortmöglichkeiten umfassen „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“.

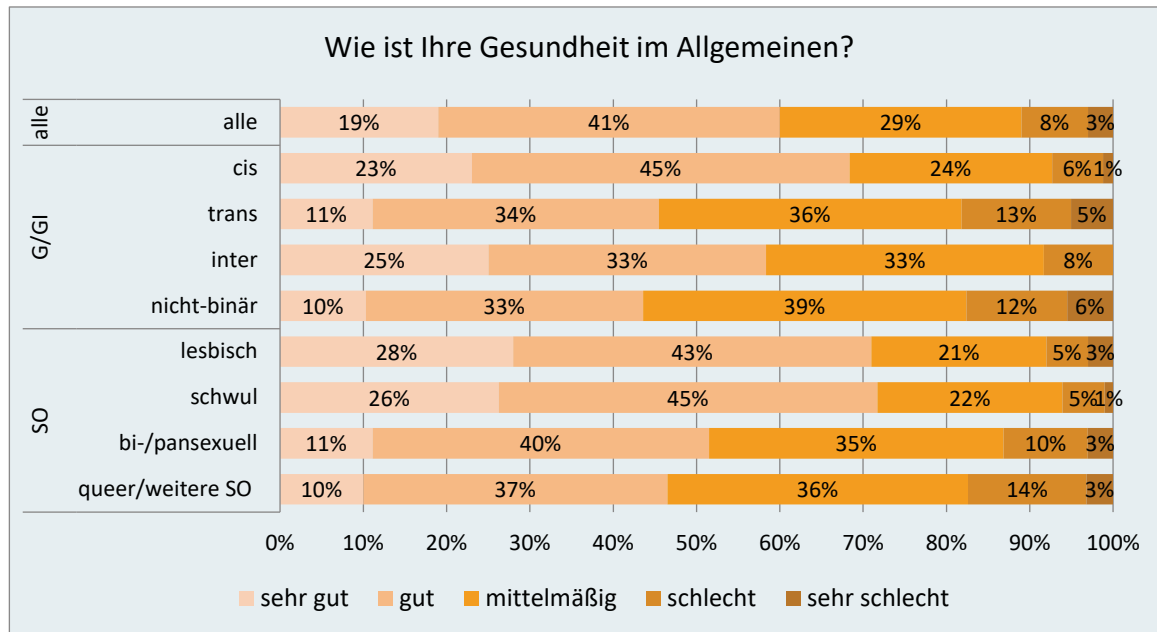
Mehr als die Hälfte (60 %) der teilnehmenden Personen¹⁶ gab an, mit dem allgemeinen Gesundheitszustand zufrieden zu sein. Etwa ein Drittel (29 %) der Befragten bewertete den eigenen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ (siehe Abbildung 5).

Zwei Drittel der cis Personen (68 %) gaben an, eine „sehr gute“ oder „gute“ Gesundheit im Allgemeinen zu haben, 7 Prozent dieser Personengruppe beantworteten die Frage mit „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“. 58 Prozent der inter* Personen gaben eine „sehr gute“ oder „gute“, ein Drittel eine „mittelmäßige“ und 8 Prozent eine schlechte Gesundheit an. Etwas weniger als die Hälfte der trans (45 %) und nicht-binären (43 %) Personen bewerteten ihren Gesundheitszustand mit „gut“ bis „sehr gut“, je 18 Prozent der beiden Gruppen gaben an, eine „schlechte“ oder „sehr schlechte“ Gesundheit zu haben.

Während je 71 Prozent der schwulen und der lesbischen Teilnehmenden die Frage nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand mit „gut“ oder „sehr gut“ beantworteten, tat dies etwa die Hälfte der bi-/pansexuellen Personen (51 %) bzw. der queeren Personen bzw. der Personen mit weiteren sexuellen Orientierungen (SO) (47 %). 8 Prozent der lesbischen, 6 Prozent der schwulen, 13 Prozent der bi-/pansexuellen Teilnehmenden und 17 Prozent der queeren Personen bzw. der Personen mit weiteren SO bewerteten ihren Gesundheitszustand mit „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

¹⁶ n = 1.047

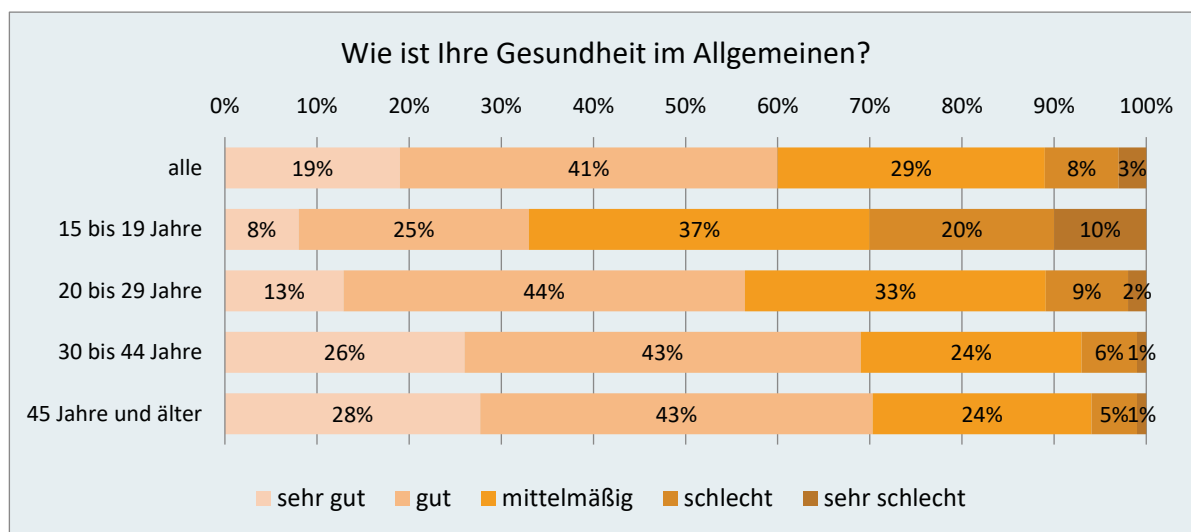
Abbildung 5: Subjektive Gesundheitseinschätzung der Befragten nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung



Quelle: GÖG

Von den jüngeren Personen zwischen 15 und 19 Jahren gaben 10 Prozent einen „sehr schlechten“ und 20 Prozent einen „schlechten“ Gesundheitszustand an. Ein Drittel dieser Altersgruppe bewertete den eigenen Gesundheitszustand mit „gut“ (25 %) oder „sehr gut“ (8 %). Je höher das Alter der Teilnehmenden, desto positiver wurde der allgemeine Gesundheitszustand bewertet. So beantworteten 71 Prozent der Befragten über 45 Jahre die Frage nach dem Gesundheitszustand mit „gut“ (43 %) bzw. „sehr gut“ (28 %) (siehe Abbildung 6).

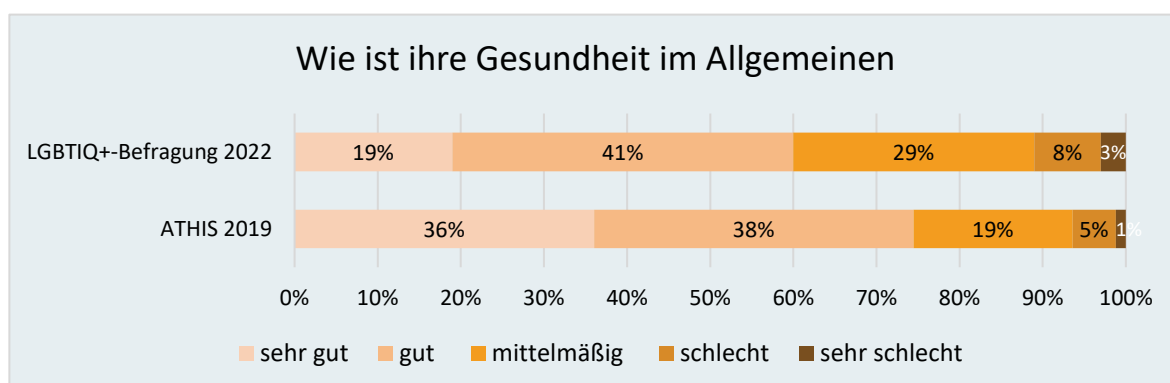
Abbildung 6: Subjektive Gesundheitseinschätzung der Befragten nach Alter



Quelle: GÖG

In Abbildung 7 werden Antworten der Teilnehmenden den Ergebnissen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 gegenübergestellt. So bewerteten 74 Prozent der befragten Personen im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ und 6 Prozent als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Abbildung 7: Subjektive Gesundheitseinschätzung im Vergleich zur österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS)



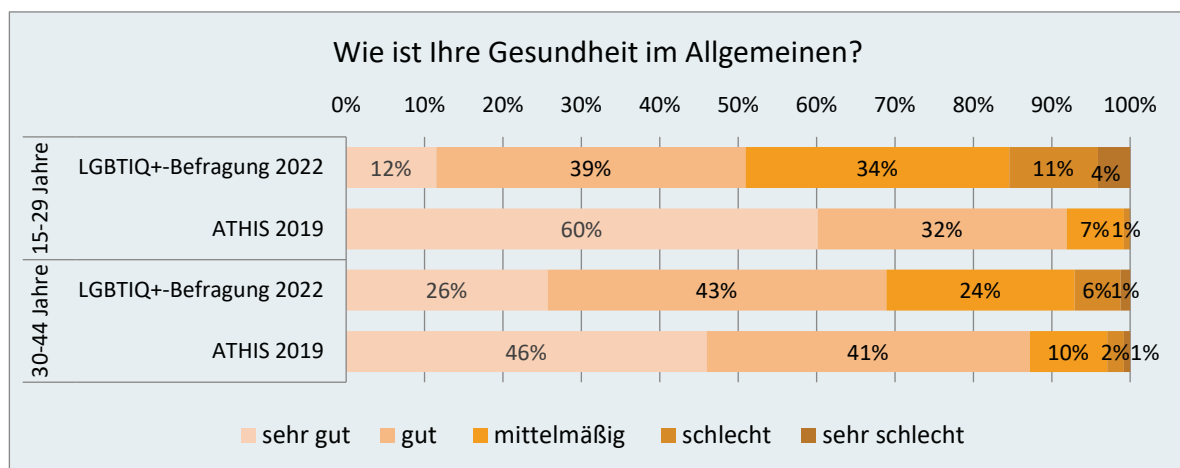
Quelle: GÖG

Bei der Interpretation dieses Vergleichs müssen die unterschiedlichen Befragungszeiträume unbedingt beachtet werden. Die österreichische Gesundheitsbefragung fand im Jahr

2019, also vor der COVID-19-Pandemie, statt. Aufgrund der fehlenden Vergleichsdaten von LGBTIQ+-Personen kann keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit die Pandemiesituation einen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Gesundheit hatte.

Untersuchungen haben bereits gezeigt, dass jüngere Personen im besonderen Maß von der Krisensituation betroffen waren (Andresen et al. 2021; Haas et al. 2021). Deutliche Unterschiede im Vergleich der beiden Befragungen in den Altersgruppen werden darin sichtbar (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Subjektive Gesundheitseinschätzung im Vergleich zur österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS) nach Alter



Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

In den Einzelinterviews wurde gefragt, was Personen brauchen, damit sie sich gesund fühlen bzw. gesund sind. Genannt wurden Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen und der niederschwellige Zugang dazu und generell ein niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Zudem nannten die interviewten Personen in diesem Kontext der eigenen Gesundheit als wichtige Faktoren ein umsorgendes Umfeld sowie eine stabile Lebenssituation. Letztere umfasst stabile Beziehungen zu Partner:innen und Freund:innen sowie ein sicheres Arbeitsverhältnis. Auch Bewältigungsstrategien, auf die bei psychischen Problemen zurückgegriffen werden kann, und genügend Zeit für Selbstfürsorge waren für mehrere Befragte wichtige Aspekte, um sich gesund zu fühlen bzw. gesund zu sein.

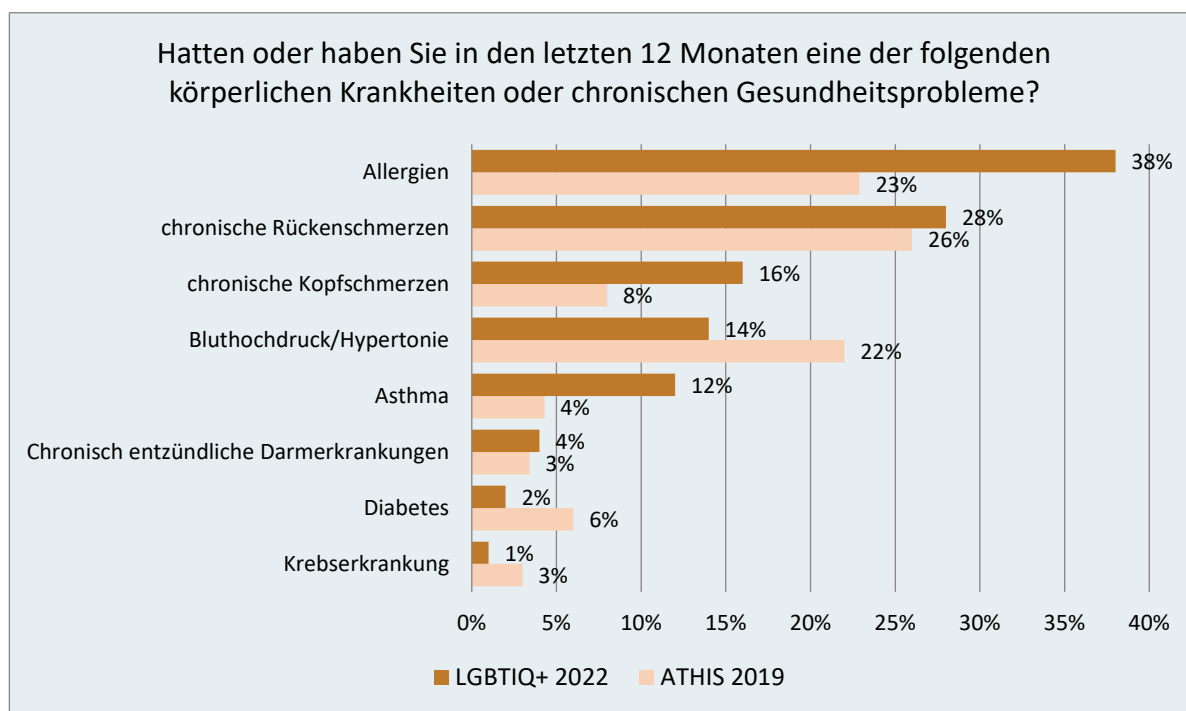
Chronische Gesundheitsprobleme

Ein wichtiges Beurteilungskriterium für den allgemeinen Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist das Auftreten eines chronischen Gesundheitsproblems bzw. einer anhaltenden Krankheit. Angelehnt an ATHIS 2019 wurde die Prävalenz von selbst wahrgenommenen chronischen Erkrankungen erfasst, wobei auch bei der LGBTIQ+-Befragung darauf hingewiesen wurde, dass damit Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint sind, die sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden. Auf die Frage nach dem Vorliegen von dauerhaften Krankheiten bzw. chronischen Gesundheitsproblemen, also von Krankheiten und/oder gesundheitlichen Problemen, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden, antworteten 45 Prozent aller Befragten mit „Ja“. Bei der Spezifizierung der dauerhaften Erkrankung bzw. des chronischen Gesundheitsproblems wurde neben den Erkrankungen, die in Folgefragen standardisiert abgefragt wurden, am häufigsten Hashimoto (Autoimmunerkrankung) (4 %) genannt, an zweiter Stelle der Nennungen von dauerhaften Erkrankungen bzw. chronischen Gesundheitsproblemen war ADHS (3 %). Je 2 Prozent antworteten auf die Frage mit Chronischer Gastritis, Endometriose, Gelenksproblemen (Arthritis/Arthrose), Allergien/Intoleranzen sowie Autismus/Asperger-Syndrom. Mehrfachnennungen von je 1 Prozent aller Befragten waren Adipositas, Bandscheibenprobleme, Autoimmunerkrankungen, HIV sowie Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ). Weitere Erkrankungen und Einschränkungen, die mehrfach genannt wurden, jedoch nicht mehr als 0,5 Prozent bezogen auf die Gesamtstichprobe ausmachten, waren: Long COVID, Hypercholesterinämie, Sucht, Adenomyose (gynäkologische Erkrankung), Bipolare affektive Störung und Geschlechtsdysphorie¹⁷.

¹⁷ Wichtig zu erwähnen ist, dass es sich bei „Geschlechtsdysphorie“ als Antwort um eine Selbstangabe handelt. Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) wird Geschlechtsdysphorie als Diag-

Nach Vorgabe einer Liste chronischer Erkrankungen, die aus dem ATHIS entnommen wurde, berichteten die Teilnehmenden am häufigsten von Allergien (38 %). Chronische Rückenschmerzen (28 %) wurden am zweithäufigsten angegeben. An dritter Stelle folgten mit 16 Prozent chronische Kopfschmerzen. Abbildung 9 zeigt die 12-Monats-Prävalenz der chronischen Erkrankungen sortiert nach Häufigkeit im Vergleich mit den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Schlaganfall und Herzinfarkt wurden aufgrund fehlender Nennungen (0 %) in der LGBTIQ+-Gesundheitsbefragung aus der Liste entfernt.

Abbildung 9: 12-Monats-Prävalenz chronischer Erkrankungen (ohne Schlaganfall und Herzinfarkt)



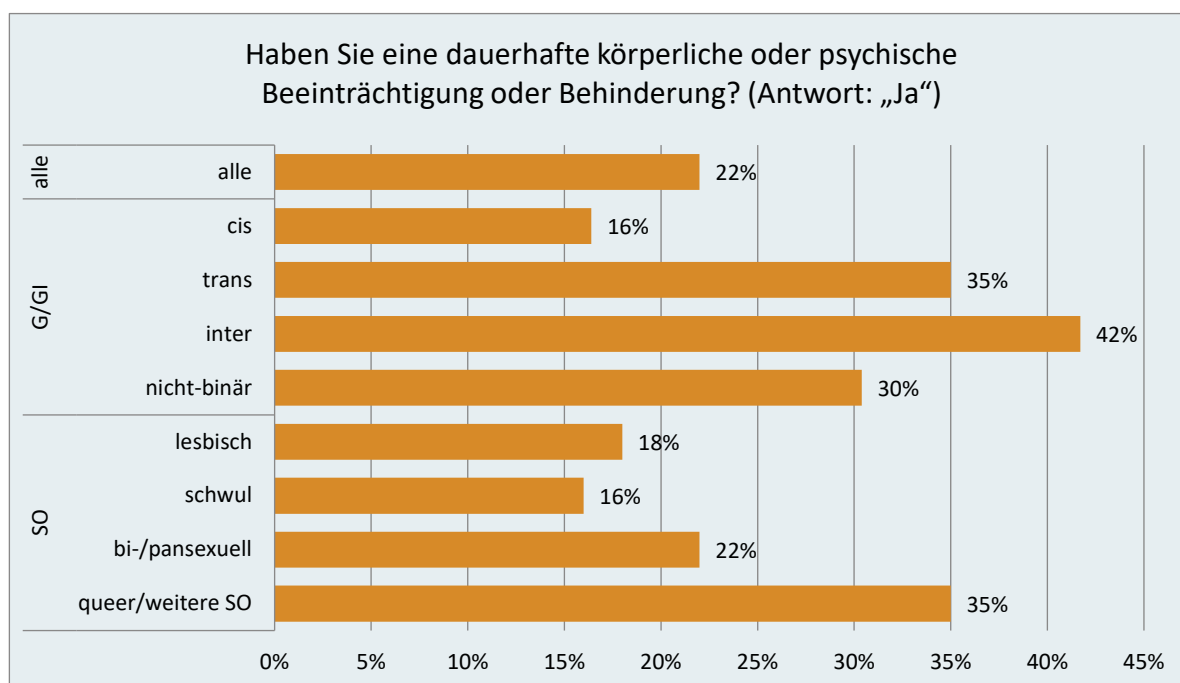
Quelle: GÖG

Etwas weniger als ein Drittel der Befragten (27 %) gab an, keine der angeführten chronischen körperlichen Erkrankung zu haben. Etwa zwei Drittel gaben 2 bis 3 der angeführten Erkrankungen und etwa jede zwanzigste Person (5 %) 4 oder mehr Erkrankungen an.

nose angeführt, jedoch wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um Leidensdruck im Zusammenhang mit Geschlechtsinkongruenz handelt.

Die Frage nach dauerhaften körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen bejahten 22 Prozent aller Teilnehmenden, 42 Prozent der inter/intergeschlechtlichen Menschen, 35 Prozent der trans, 30 Prozent der nicht-binären Personen und 16 Prozent der cis Personen. Vor dem Hintergrund der sexuellen Orientierung wurde die Frage von den Teilnehmenden folgendermaßen beantwortet: 35 Prozent der queeren Personen bzw. der Personen mit anderen sexuellen Orientierungen, 22 Prozent der bi-/pansexuellen, 18 Prozent der lesbischen sowie 16 Prozent der schwulen Personen gaben an, eine dauerhafte körperliche oder psychische Beeinträchtigung oder Behinderung zu haben.

Abbildung 10: Dauerhafte körperliche oder psychische Erkrankung nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung



Quelle: GÖG

Im Freitextfeld für die Beschreibung der dauerhaften körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigung oder Behinderung wurde am häufigsten Depression genannt (5 % aller Befragten). Je 3 Prozent nannten ADHS, Autismus-Spektrum-Störung und Angst-/Panikstörungen. Chronische Schmerzen und PTSD/PTBS wurden von 2 Prozent aller Befragten angegeben. Mehrfach angegeben (zu je 1 %) wurden auch Sehbeeinträchtigungen (weitsichtig/kurzsichtig/blind), Gelenksprobleme (Arthritis/Arthrose) und Probleme mit Magen-, Darm- oder Harnwegserkrankungen sowie Essstörungen und Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ).

Als weitere körperliche oder psychische Beeinträchtigungen oder Behinderungen wurden genannt (alle unter 1 %): Asthma, HIV, Hashimoto bzw. andere Erkrankungen der Schilddrüse, Migräne, Diabetes, chronische Gastritis, Long COVID, Endometriose, Probleme mit den Bandscheiben, Hypercholesterinämie, Sucht, Andemeyose, Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. -intoleranzen, Zwangsstörung, Krebs, Autoimmunerkrankungen, bipolare Störungen, Erkrankungen von Blut, Herz und Arterien, Adipositas und Dysphorie.

Psychische Gesundheit

In der Literatur ist der Zusammenhang von u. a. Minderheitenstress von LGBTIQ+-Personen und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit ¹⁸ vielfach belegt (Pellicane/Ciesla 2022; Silveri et al. 2022). „Minderheitenstress“ beschreibt hierbei jene Belastungen und Erfahrungen, die durch Stigmatisierung, Vorurteile und Diskriminierung negative Folgen für die Gesundheit von LGBTIQ+-Personen haben (Meyer 2003). Besonders die Auswirkungen auf ein erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko werden im Minderheitenstress-Modell betont (Pellicane/Ciesla 2022). Anhand von 7 psychischen Erkrankungen, bzw. chronischen Gesundheitsproblemen, wie in Tabelle 7 dargestellt, sind diese Auswirkungen auch in der vorliegenden Studie ersichtlich.

Die Hälfte der befragten Personen gab an, in den letzten 12 Monaten eine Depression gehabt zu haben, mit ärztlicher Diagnose waren es 29 Prozent. Im Jahr 2019 betrug die Prävalenz von Depression in der österreichischen Gesamtbevölkerung nach ATHIS 2019 8 Prozent (mit ärztlicher Diagnose 6 %). 39 Prozent aller Befragten der gegenständlichen LGBTIQ+-Befragung gaben an, eine Angststörung zu haben. Ein Drittel hatte in den letzten Monaten ein Burnout/Ausgebranntsein¹⁹. Jede fünfte Person gab an, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu haben, 19 Prozent eine Essstörung. Andere psychische Erkrankungen wurden von 15 Prozent genannt und 12 Prozent gaben an, eine Zwangsstörung zu haben. Tabelle 7 zeigt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen bzw.

¹⁸ Methodisch wurden Fragen zur psychischen Gesundheit zusätzlich zu den dauerhaften körperlichen Erkrankungen erhoben. Die Fragen zur psychischen Gesundheit wurden aus internationalen und nationalen Erhebungsbögen sowie Literatur zu psychischer Gesundheit abgeleitet. Die Fragen wurden mit Expert:innen mit dem Ziel abgestimmt, die relevantesten Erkenntnisse für einen ersten LGBTIQ+-Gesundheitsbericht zu erhalten.

¹⁹ Nach ICD-10- und ICD-11 Klassifizierung handelt es sich bei Burnout/Ausgebranntsein nicht um eine Erkrankung, sondern um einen Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst (World Health Organization 2019a).

chronischer Gesundheitsprobleme nach Geschlecht/Geschlechtsidentität sowie sexueller Orientierung der Befragten.

Tabelle 7: Psychische Erkrankungen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung (mit und ohne Diagnose durch med. Personal)

	n	Depression	Angststörung	Burn-out / Ausgebranntsein	PTBS	Essstörung	Andere psych. Erkrankungen	Zwangsstörung	
Gesamt	1.047	53 %	39 %	34 %	20 %	19 %	15 %	12 %	
Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität	cis	675	43 %	31 %	30 %	14 %	14 %	10 %	9 %
	inter	12	75 %	46 %	64 %	27 %	9 %	34 %	18 %
	trans	195	67 %	48 %	40 %	29 %	26 %	24 %	18 %
	nicht-binär	165	76 %	58 %	42 %	35 %	32 %	29 %	21 %
sexuelle Orientierung	lesbisch	227	44 %	33 %	31 %	15 %	15 %	10 %	7 %
	schwul	278	41 %	27 %	31 %	10 %	10 %	7 %	10 %
	bi-/pansexuell	312	62 %	45 %	37 %	28 %	25 %	22 %	17 %
	queer/andere SO	167	66 %	51 %	38 %	26 %	28 %	24 %	17 %

Quelle: GÖG

Geschlechtszuweisende Maßnahmen

Viele intergeschlechtliche Menschen / Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale (VdG) sind mit schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen konfrontiert (Oii Europe). Dazu gehören u. a. die Pathologisierung ihres Körpers, medizinische Eingriffe ohne persönliche, vorherige, dauerhafte und vollständig informierte Zustimmung sowie die Verletzung ihrer körperlichen Unversehrtheit. Geschlechtsnormierende und kosmetische Eingriffe an intergeschlechtlichen Menschen können zu Folgeoperationen, lebenslanger Hormonbehandlung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (Oii Europe). Das

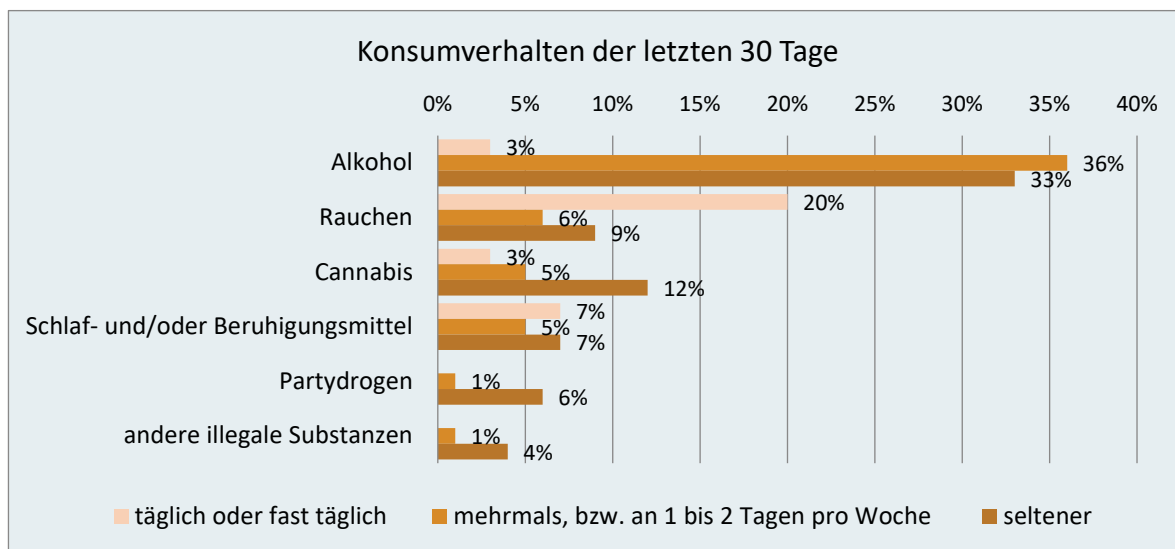
heißt, viele intergeschlechtliche Menschen haben gesundheitliche Bedarfe, die erst durch normative Eingriffe hervorgebracht wurden (TrIQ/VIMÖ 2020).

Im Rahmen der Onlinebefragung antworteten 53 Prozent der befragten inter*/intergeschlechtlichen Personen bzw. Personen mit VdG auf die Frage „Wurden an Ihnen geschlechtsverändernde medizinische Eingriffe unternommen?“ mit „Ja“, wobei 38 Prozent angaben, dass diese Eingriffe ohne die Zustimmung der Teilnehmenden vorgenommen wurden. Die offene Frage „Hatte dies [die Eingriffe] gesundheitliche Folgen für Sie?“ beantwortete die Hälfte der intergeschlechtlichen Personen, teilweise mit der Nennung mehrerer Folgen. 2 Personen gaben eine PTBS als Folge der Eingriffe an. Als weitere Folgen wurden Schmerzen, Funktionsstörungen der Blase und Orgasmusunfähigkeit genannt. 2 Personen gaben an, lebenslang auf Hormone angewiesen zu sein, dies aufgrund der operativen Entfernung der Keimdrüsen, wie eine Person ausführt. 1 Person gab an, dass sie eine Kostenübernahme der durch den Eingriff notwendigen Hormonersatztherapie erst bewilligen lassen musste. Folgen der Hormonbehandlung wurden mit einer irreversiblen Veränderung der äußeren Erscheinung, aggressivem Verhalten, Übermut und Depression beschrieben.

Suchtverhalten

Neben Alkohol, Rauchen und rezeptpflichtigen Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln wurden die Teilnehmenden nach ihrem Konsum von Cannabis, Partydrogen und anderen illegalen Substanzen gefragt. Abbildung 11 zeigt das Konsumverhalten der Befragten nach Suchtmittel und Häufigkeit des Konsums in den letzten 30 Tagen.

Abbildung 11: Konsumverhalten nach Suchtmittel und Häufigkeit des Konsums in den



letzten 30 Tagen

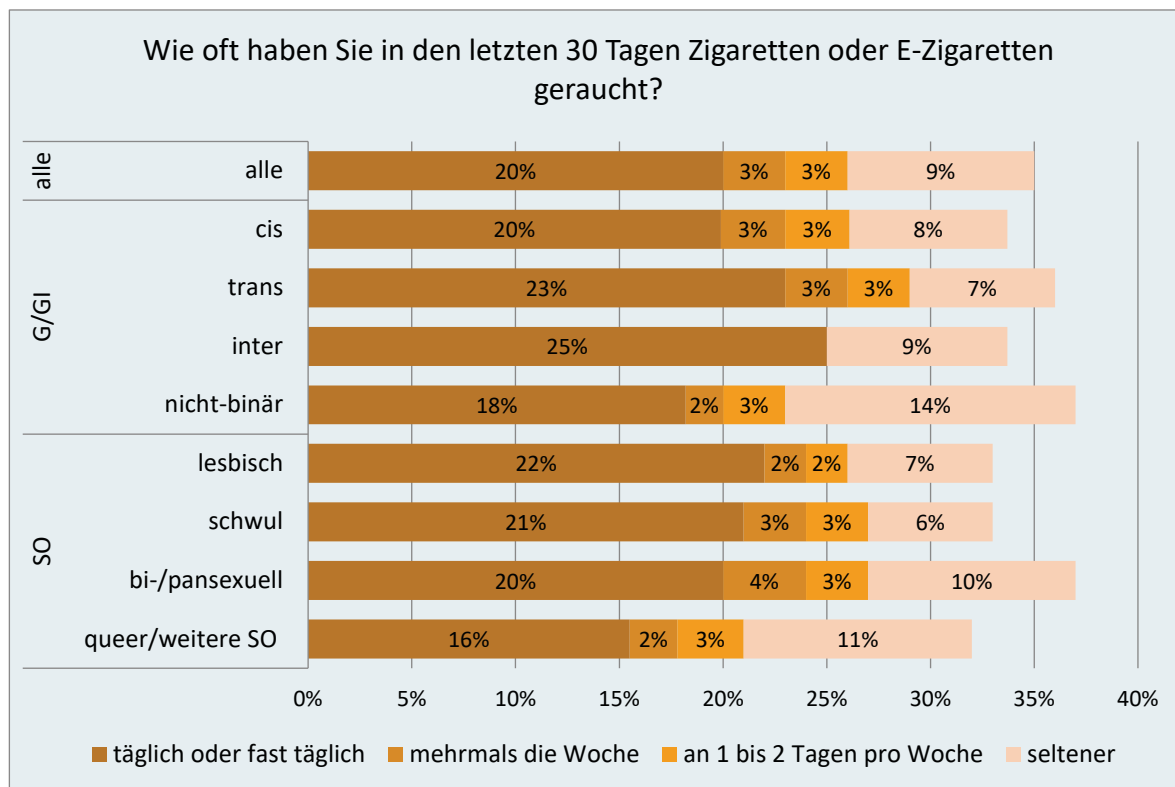
Anmerkung: ohne die Antwortkategorie „nie“

Quelle: GÖG

Der Raucherstatus wurde mit der Frage „Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Zigaretten oder E-Zigaretten geraucht?“ abgefragt. Die Antwortmöglichkeiten umfassten „täglich oder fast täglich“, „mehrmals die Woche“, „an 1 bis 2 Tagen pro Woche“, „seltener“ und „nie“.

Zwei Drittel aller Befragten (66 %) gaben an, in den letzten 30 Tagen keine Zigaretten oder E-Zigaretten geraucht zu haben, 20 Prozent gaben an, im selben Zeitraum täglich oder fast täglich geraucht zu haben. Letzteres entspricht den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019, wonach 21 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung ab 16 Jahren täglich geraucht hat (Statistik Austria 2020a). Abweichend von der österreichischen Gesundheitsbefragung wurde bei der LGBTIQ+-Befragung Zigarettenkonsum und der Konsum von elektronischen Rauchprodukten in einer Frage erhoben.

Abbildung 12: Häufigkeit des Zigaretten- bzw. E-Zigarettenkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung



Anmerkung: ohne die Antwortkategorie „nie“

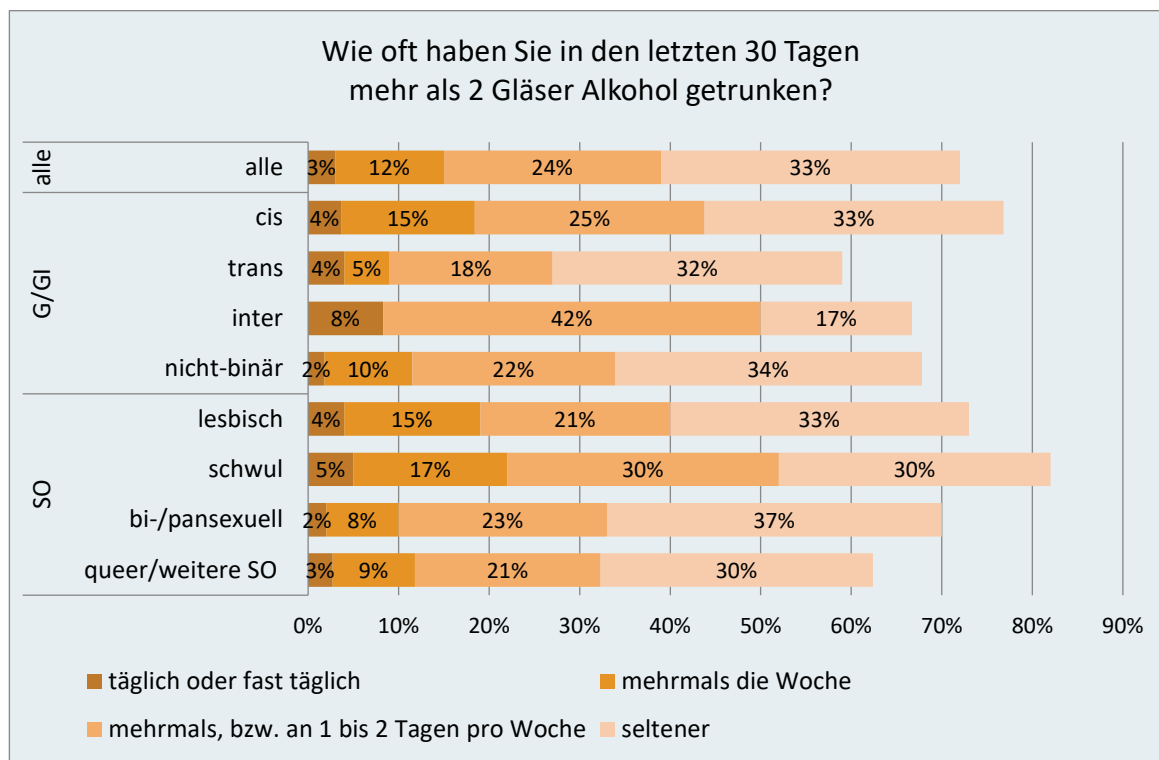
Quelle: GÖG

Alkohol ist in Österreich ein weitverbreitetes Genussmittel und fester Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens (Strizek et al. 2021). Vor diesem Hintergrund werden die gesundheitlichen und sozialen Risiken, die der Alkoholkonsum verursacht oder zu denen er beiträgt, leicht übersehen oder verharmlost. Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum zählt weltweit zu den fünf wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, Beeinträchtigungen und Todesfälle und wird als Mitverursacher für eine Vielzahl von Krankheiten angesehen (World Health Organization 2019b). Erhoben wurde der Alkoholkonsum der letzten 30 Tage mit der Frage „Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen mehr als 2 Gläser Alkohol getrunken?“. Die Antwortmöglichkeiten umfassten „täglich oder fast täglich“, „mehrmals die Woche“, „an 1 bis 2 Tagen pro Woche“, „seltener“ und „nie“.

Bezogen auf die gesamte Stichprobe gaben 3 Prozent der Befragten an, täglich oder fast täglich mehr als 2 Gläser Alkohol getrunken zu haben. Etwa ein Drittel (36 %) beantwortete die Frage mit „mehrmals die Woche“ bzw. mit „an 1 bis 2 Tagen pro Woche“. Ein weite-

res Drittel gab an, in den letzten 30 Tagen seltener Alkohol konsumiert zu haben. 28 Prozent der Befragten beantworteten die Frage mit „nie“.

Abbildung 13: Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung



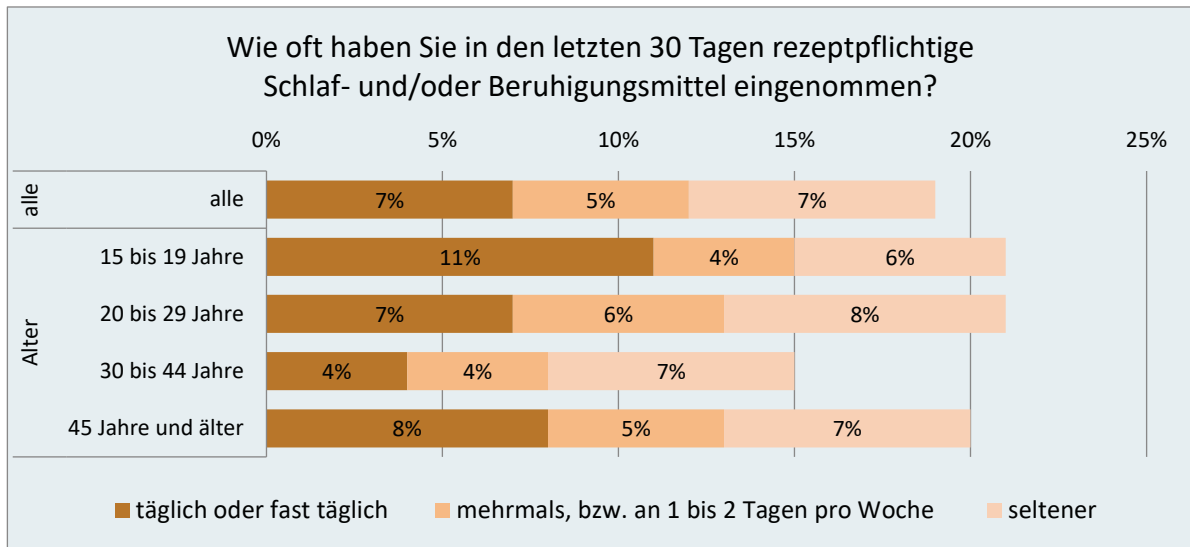
Anmerkung: ohne die Antwortkategorie „nie“

Quelle: GÖG

Weiters wurde nach der Häufigkeit der Einnahme von rezeptpflichtigen Schlaf- und Beruhigungsmitteln gefragt. Diese Frage beantworteten 7 Prozent aller Befragten mit „täglich oder fast täglich“, 5 Prozent mit „mehrmals die Woche“ bzw. „an 1 bis 2 Tagen pro Woche“ und 7 Prozent gaben an, seltener rezeptpflichtige Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel einzunehmen.

In den Altersgruppen gab es Unterschiede bei der täglichen Einnahme (siehe Abbildung 14, die Antwortkategorien „mehrmals die Woche“ und „an 1 bis 2 Tagen pro Woche“ wurden zusammengefasst): Während 11 Prozent der 15- bis 19-Jährigen angaben, täglich rezeptpflichtige Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel einzunehmen, lag der Anteil bei den 30- bis 44-Jährigen bei 4 Prozent.

Abbildung 14: Konsumverhalten hinsichtlich rezeptpflichtiger Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel nach Alter



Anmerkung: ohne die Antwortkategorie „nie“

Quelle: GÖG

Selbstverletzendes und suizidales Verhalten

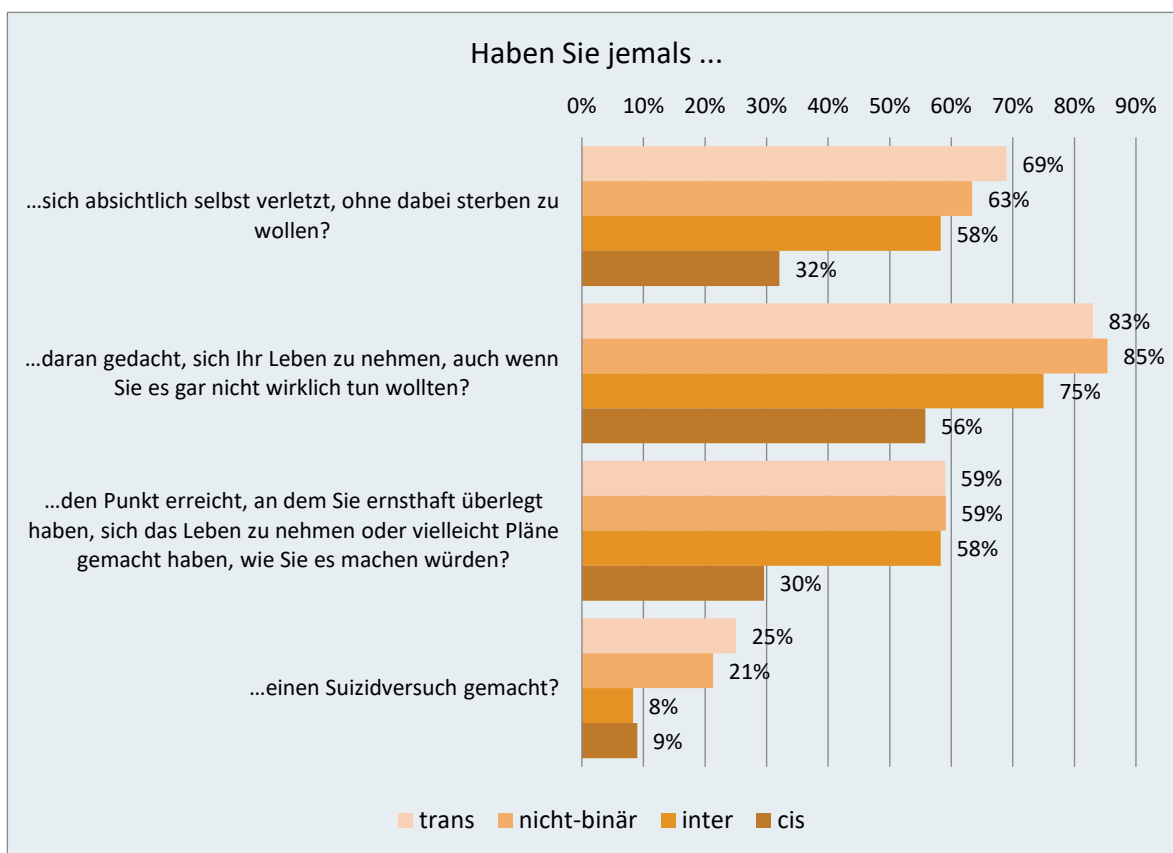
Hinweis: Dieses Kapitel thematisiert suizidale Gedanken, selbstverletzendes und suizidales Verhalten. Falls Sie sich in einer Krisensituation befinden oder diese Themen eine Krise auslösen, wenden Sie sich bitte an eine vertraute Person oder jederzeit an die Telefonseelsorge (Telefonnummer 142 oder online auf www.telefonseelsorge.at) oder an das Kriseninterventionszentrum (Telefonnummer 01/4069595 oder online auf <https://kriseninterventionszentrum.at/>).

Zu den Risikofaktoren für suizidale Gedanken gehören laut WHO u. a. Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und bei der Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen, Diskriminierung, Isolationsgefühle, Gewalt und konfliktreiche Beziehungen (World Health Organization 2014). Zu den Risikofaktoren auf individueller Ebene gehören u. a. vorangegangene Suizidversuche, psychische Belastungen, schädlicher Alkoholkonsum, finanzielle Verluste, chronische Schmerzen und Suizidfälle in der Familie.

In der Onlinebefragung wurden die Teilnehmenden anhand von 4 Situationen nach selbstverletzendem Verhalten bzw. nach suizidalen Gedanken und suizidalem Verhalten gefragt. 69 Prozent der befragten trans Personen und 63 Prozent der nicht-binären Personen sowie 32 Prozent der cis Personen gaben an, sich bereits absichtlich selbst verletzt zu haben, ohne dabei sterben zu wollen. In Bezug auf suizidale Gedanken waren die Anteile der trans, nicht-binären und intergeschlechtlichen Personen besonders hoch, 83 Prozent der trans, 75 Prozent der inter bzw. 85 Prozent der nicht-binären Personen gaben an, bereits einmal an Suizid gedacht zu haben, ohne Suizid wirklich begehen zu wollen. Bei cis Personen waren es mehr als die Hälfte, die bereits Suizidgedanken hatten. Mehr als die Hälfte der trans, der nicht-binären und der intergeschlechtlichen Personen hatten bereits einmal in ihrem Leben den Punkt erreicht, an dem sie ernsthaft überlegten, Suizid zu begehen, oder sie hatten Pläne dafür gemacht - bei cis Personen war es in etwa jede dritte Person. Ein Viertel der trans Personen und jede fünfte nicht-binäre Person machte laut eigenen Angaben bereits einen Suizidversuch. 9 Prozent der cis und 8 Prozent der inter Personen gaben an, bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben.

Interpretationshinweis in Bezug auf die COVID-19-Pandemie: Laut WHO (World Health Organization 2022) zeigt sich im Rahmen einer Metaanalyse seit Beginn der COVID-19-Pandemie ein erhöhtes suizidales Verhalten bei Jugendlichen im Vergleich zu Daten aus Studien vor der Pandemie. Aufgrund der Datenerhebung zum vorliegenden Bericht während der Pandemie unterliegen Interpretationen hinsichtlich der Ergebnisse einer entsprechenden Limitation.

Abbildung 15: Selbstverletzendes und suizidales Verhalten nach Geschlecht/Geschlechtsidentität

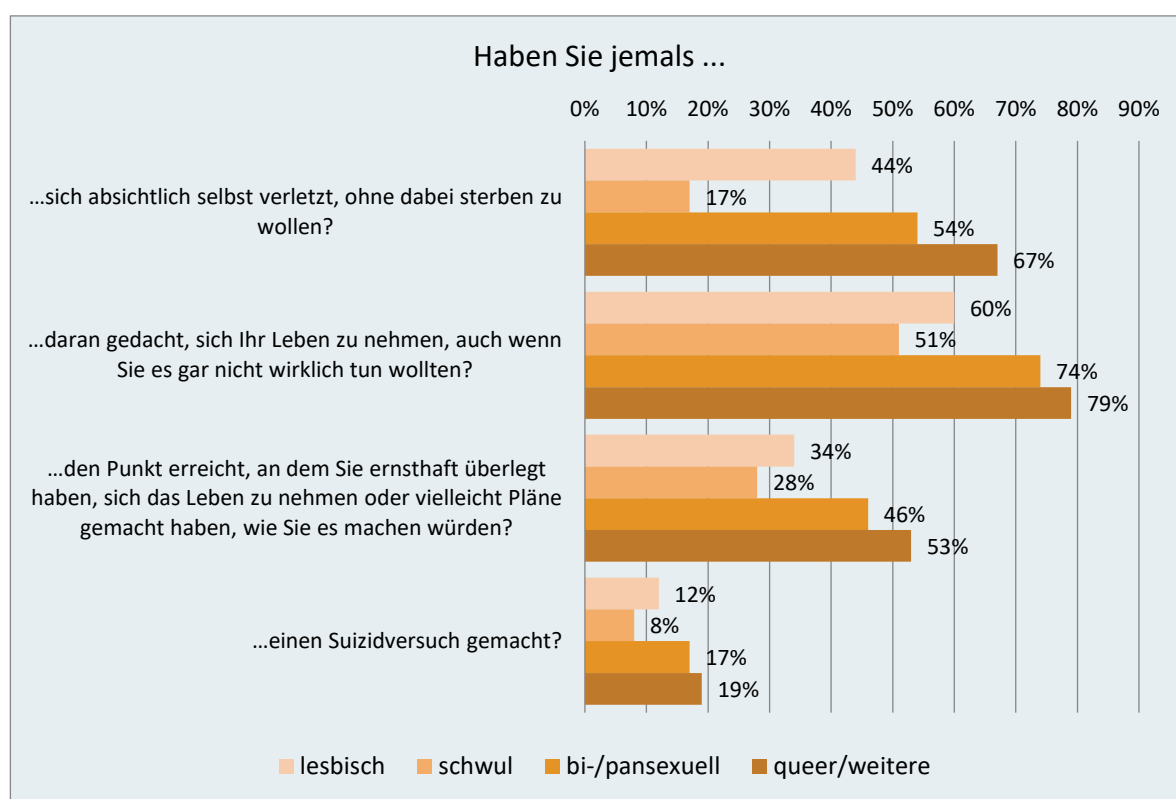


Quelle: GÖG

67 Prozent der Personen mit anderen sexuellen Orientierungen (queer, asexuell u. a.) und 54 Prozent der bi-/pansexuellen, 44 Prozent der lesbischen sowie 17 Prozent der schwulen Personen gaben an, sich bereits absichtlich selbst verletzt zu haben, ohne dabei sterben zu wollen. Je drei Viertel der Personen mit anderen sexuellen Orientierungen und der bi-/pansexuellen Personen gaben an, bereits einmal an Suizid gedacht zu haben, ohne Suizid wirklich begehen zu wollen. 60 Prozent der lesbischen und mehr als die Hälfte der schwu-

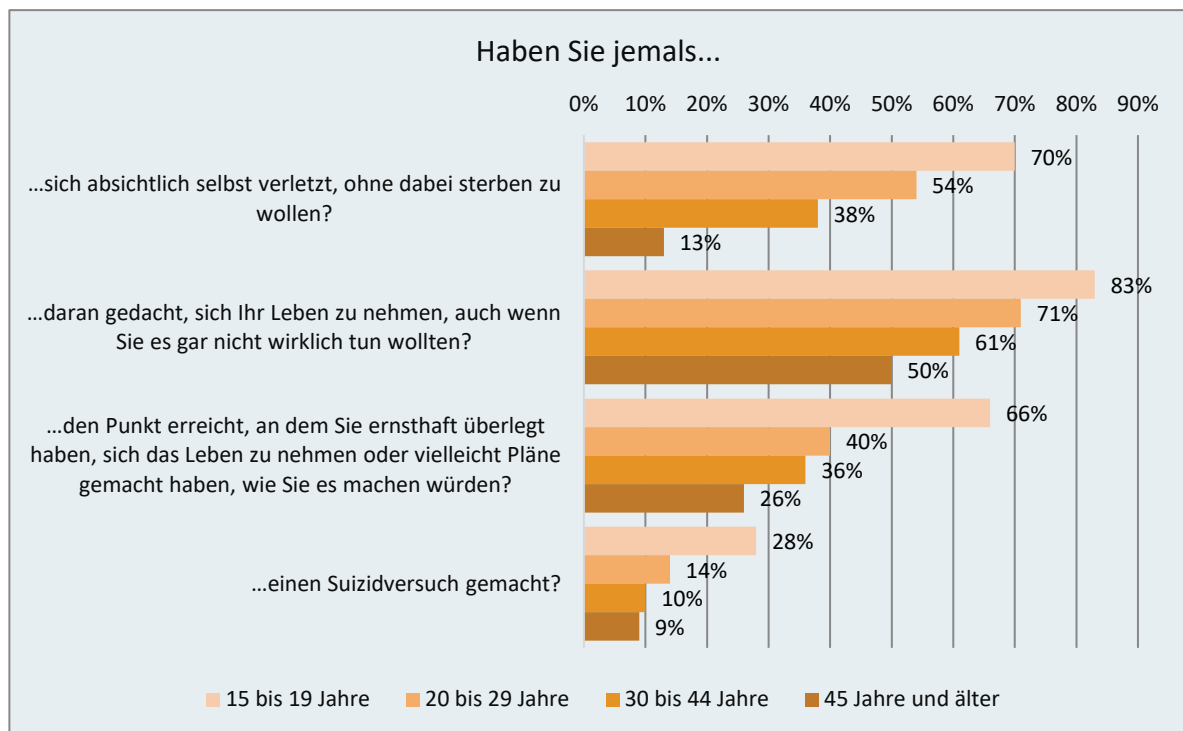
len (53 %) Teilnehmenden hatten laut eigenen Angaben bereits Suizidgedanken. Etwa die Hälfte der queeren Personen bzw. Personen mit anderen SO, 46 Prozent der bi-/pansexuellen, ein Drittel der lesbischen und 28 Prozent der schwulen Personen gaben an, bereits einmal den Punkt erreicht zu haben, an dem sie ernsthaft überlegt hatten, Suizid zu begehen, bzw. Pläne dafür gemacht hatten. 18 Prozent der Personen mit anderen sexuellen Orientierungen, 17 Prozent der bi-/pansexuellen, 12 Prozent der lesbischen und 8 Prozent der schwulen Personen begingen laut eigenen Angaben bereits einen Suizidversuch.

Abbildung 16: Selbstverletzendes und suizidales Verhalten nach sexueller Orientierung



Quelle: GÖG

Abbildung 17: Selbstverletzendes und suizidales Verhalten nach Alter

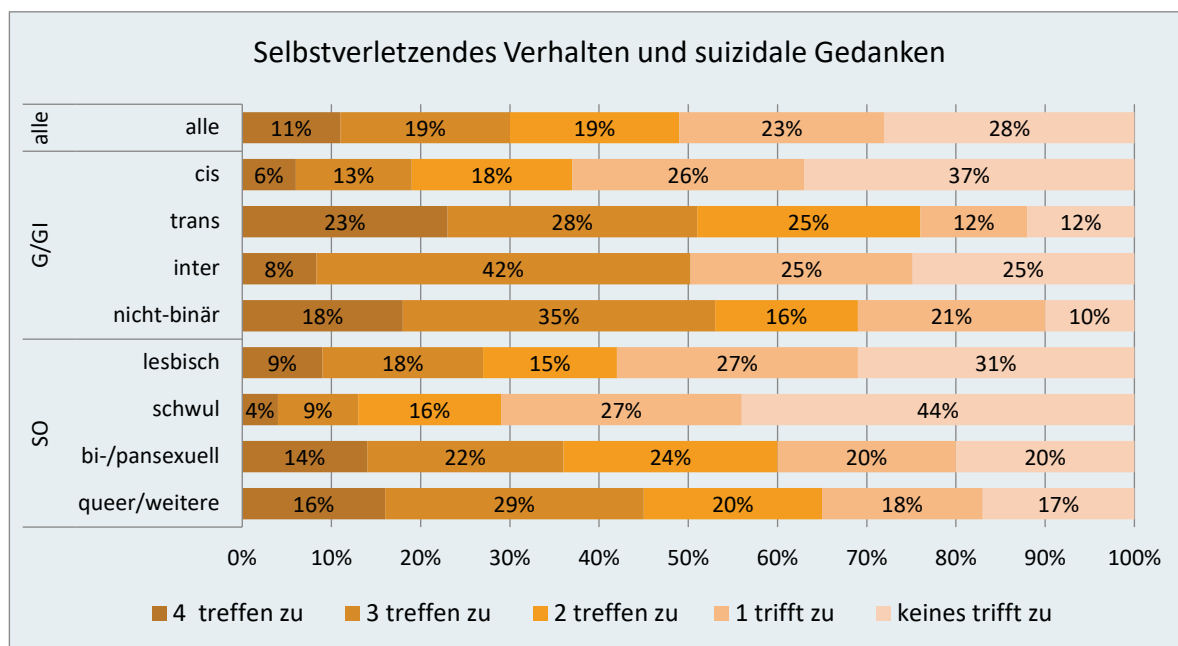


Quelle: GÖG

Ausgewertet nach Altersgruppen wird deutlich, dass besonders jüngere Personen selbstverletzendes Verhalten und suizidale Gedanken aufweisen bzw. in ihrem Leben bereits mit den angegebenen Situationen und Gedanken konfrontiert waren (siehe Abbildung 17).

In Abbildung 18 ist das Antwortverhalten nach Anzahl der erlebten Situationen (Situationen „treffen zu“) gruppenweise zusammengefasst.

Abbildung 18: Selbstverletzendes Verhalten und suizidale Gedanken nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Anzahl der erlebten oben genannten Situationen



Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

Schwere Depression und damit zusammenhängende suizidale Gedanken sowie suizidales Verhalten wurden auch in den Einzelinterviews von einigen Interviewpersonen thematisiert. Die Themen wurden insbesondere mit Zeitpunkten vor dem (inneren) Coming-out bzw. dem Transitionsbeginn (sozial, juristisch und/oder medizinisch) in Verbindung gebracht: Mehrere Interviewpersonen, die von suizidalen Gedanken berichteten, gaben an, dass sich die psychische Situation ab dem Zeitpunkt des Coming-out bzw. der Transition verbesserte.

3.2.4 Diskriminierungserfahrungen

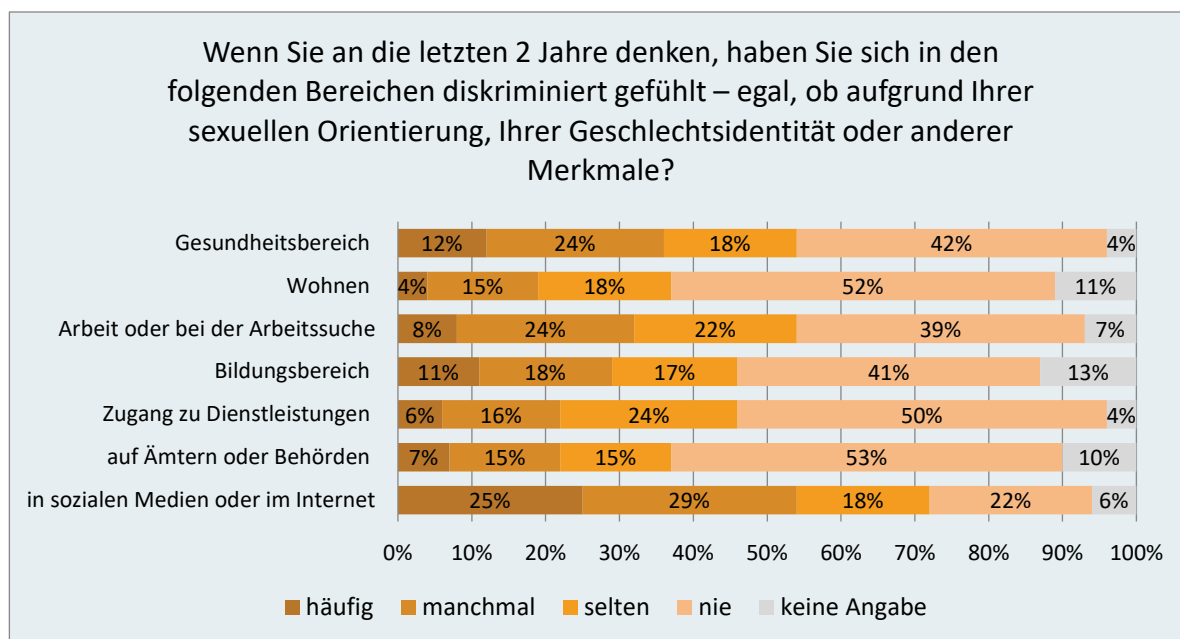
Diskriminierungserfahrungen wirken sich mehrfach auf die Gesundheit der betroffenen Personen aus. Personen, die Diskriminierungserfahrungen machen, sind innerhalb einer sozialen Hierarchie in unterschiedlichem Maße akuten und chronischen sozialen Stresso-

ren ausgesetzt, die der eigenen Gesundheit schaden können (Allen 2019). Neben den akuten und chronischen sozialen Stressoren, die der eigenen Gesundheit schaden können, kann Diskriminierung zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen, da der Zugang zu Ressourcen in verschiedenen Lebensbereichen durch Diskriminierung erheblich eingeschränkt wird (Allen 2019).

Diskriminierungserfahrungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit oder Arbeitssuche, Gesundheit, Bildung, Zugang zu Dienstleistungen, Ämtern oder Behörden und im Internet bzw. den sozialen Medien wurden anhand folgender Frage erhoben: „Wenn Sie an die letzten 2 Jahre denken, haben Sie sich in den folgenden Bereichen diskriminiert gefühlt – egal, ob aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung, Ihrer Geschlechtsidentität oder anderer Merkmale?“

Insgesamt gaben 89 Prozent der Personen, die auf diese Frage antworteten, an, in mindestens einem der abgefragten Lebensbereiche diskriminiert worden zu sein. 12 Prozent gaben an, sich in den letzten 2 Jahren in allen Bereichen diskriminiert gefühlt zu haben.

Abbildung 19: Diskriminierungserfahrungen nach Häufigkeit und Lebensbereichen

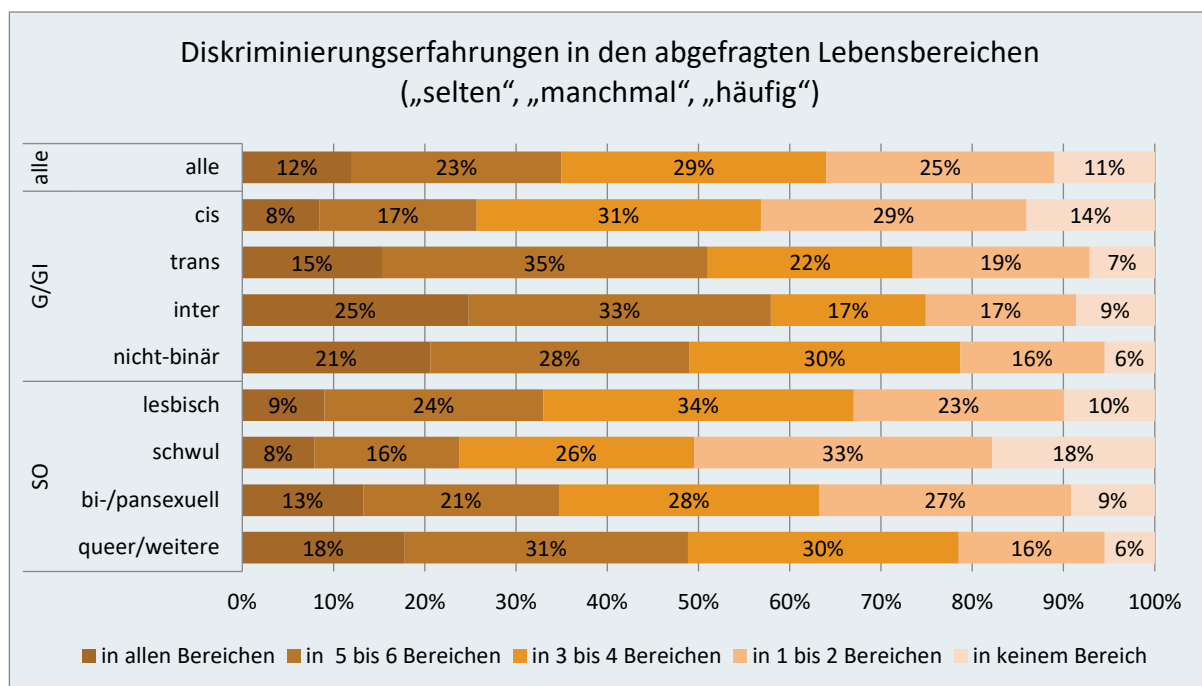


Quelle: GÖG

Ein Viertel der inter* Personen, jede fünfte nicht-binäre Person, 15 Prozent der trans Personen und 8 Prozent der cis Personen gaben an, in allen abgefragten Bereichen („selten“, „manchmal“ oder „häufig“) diskriminiert worden zu sein.

In den letzten 2 Jahren machten 18 Prozent der queeren Personen bzw. Personen mit anderen SO, 13 Prozent der bi-/pansexuellen, 9 Prozent der lesbischen und 8 Prozent der schwulen Personen in allen Lebensbereichen Diskriminierungserfahrungen.

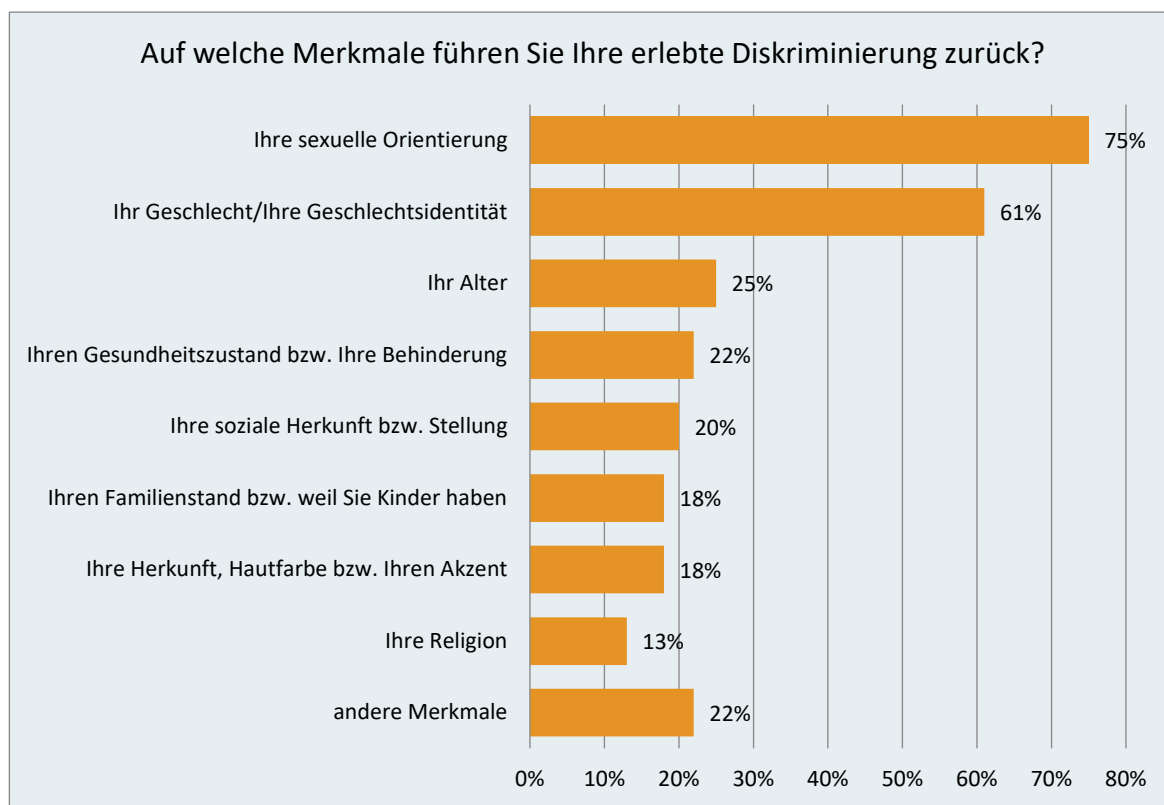
Abbildung 20: Diskriminierungserfahrungen in den abgefragten Lebensbereichen („selten“, „manchmal“, „häufig“)



Quelle: GÖG

Drei Viertel der Personen (75%), die sich zumindest in einem der genannten Bereiche diskriminiert fühlten, gaben an, die erlebte Diskriminierung auf ihre sexuelle Orientierung zurückzuführen, 61 Prozent auf ihr Geschlecht bzw. ihre Geschlechtsidentität. Ein Viertel der Personen erlebte die Diskriminierung aufgrund des Alters. Je etwa ein Fünftel der Teilnehmenden, die Diskriminierung erlebten, führten diese Erfahrung auf ihren Gesundheitszustand bzw. ihre Behinderung (22%), ihre soziale Herkunft (20%), ihren Familienstand (18%) und/oder ihre Herkunft, ihre Hautfarbe bzw. ihren Akzent (18%) zurück.

Abbildung 21: Diskriminierungserfahrung nach Merkmalen



Anmerkung: inkl. Mehrfachnennungen

Quelle: GÖG

Ein sehr hoher Anteil der schwulen (92 %) und der lesbischen (80 %) Personen führte die Diskriminierungserfahrungen auf die sexuelle Orientierung zurück. Diskriminierung aufgrund ihres Geschlechts bzw. ihrer Geschlechtsidentität erlebten, nach eigenen Angaben, 98 Prozent der trans, 84 Prozent der nicht-binären und 67 Prozent der intergeschlechtlichen Personen.

Tabelle 8: Merkmale der Diskriminierung nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung, in Prozent

n	Sexuelle Orientierung	Geschlecht/Geschlechtsidentität	Alter	Herkunft, Hautfarbe und/oder Akzent	Religion	Gesundheitszustand und/oder eine Behinderung	Soziale Herkunft und/oder Stellung	Familienstand/ weil Sie Kinder haben	andere Merkmale

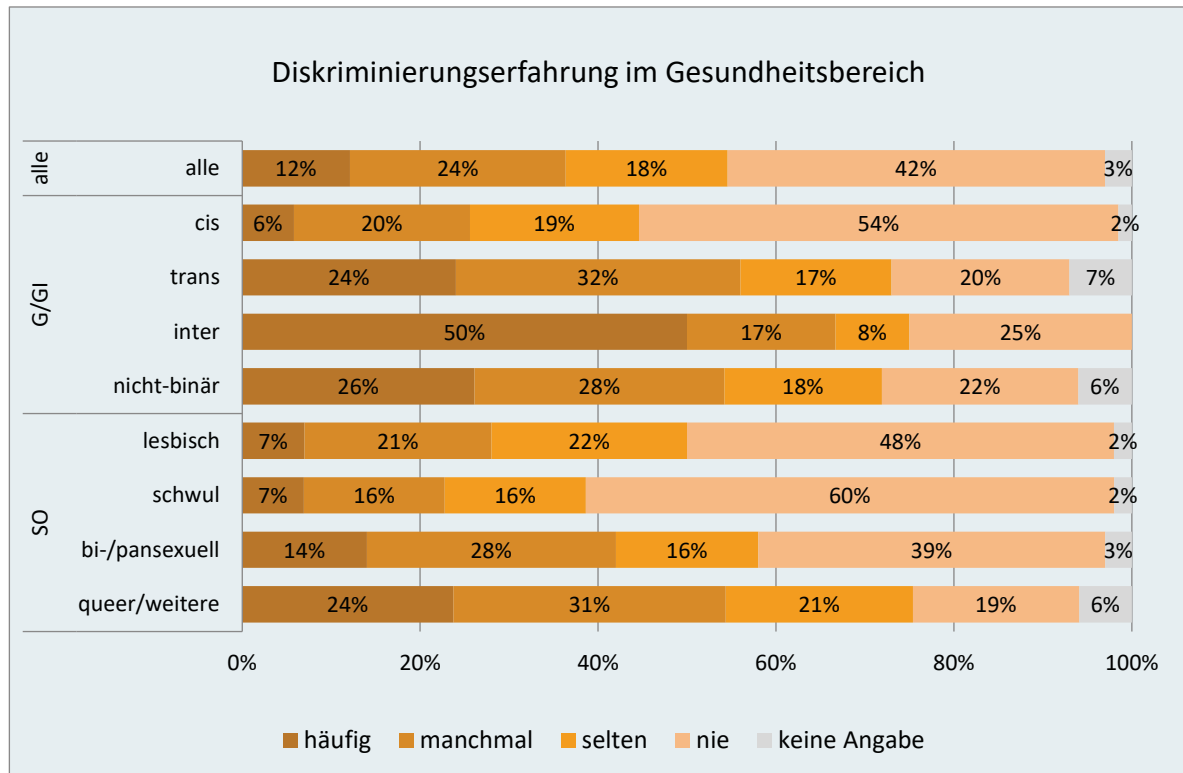
	n	Sexuelle Orientierung	Geschlecht/Geschlechtsidentität	Alter	Herkunft, Hautfarbe und/oder Akzent	Religion	Gesundheitszustand und/oder eine Behinderung	Soziale Herkunft und/oder Stellung	Familienstand/weil Sie Kinder haben	andere Merkmale
Gesamt	1.047	75 %	61 %	25 %	18 %	13 %	22 %	20 %	18 %	22 %
Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität	cis	675	85 %	44 %	29 %	20 %	16 %	20 %	22 %	23 %
	inter	12	42 %	67 %	33 %	8 %	8 %	33 %	8 %	25 %
	trans	195	48 %	98 %	15 %	15 %	8 %	24 %	15 %	9 %
	nicht-binär	165	66 %	84 %	21 %	14 %	12 %	25 %	19 %	11 %
sexuelle Orientierung	lesbisch	227	80 %	60 %	22 %	15 %	12 %	16 %	16 %	21 %
	schwul	278	92 %	27 %	28 %	25 %	19 %	24 %	26 %	22 %
	bi-/pansexuell	312	62 %	73 %	26 %	17 %	12 %	21 %	19 %	16 %
	queer/weitere	167	68 %	84 %	20 %	15 %	8 %	25 %	16 %	11 %

Quelle: GÖG

Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich

Im Rahmen der Onlinebefragung gaben 54 Prozent der Befragten an, sich zumindest „selten“ im Gesundheitsbereich diskriminiert gefühlt zu haben. Besonders häufig von Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung betroffen waren intergeschlechtliche und trans Teilnehmende: Drei Viertel der inter* Personen sowie der trans Personen gaben an, „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ diskriminiert worden zu sein. Der Anteil der cis Personen, die sich im Gesundheitsbereich „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ diskriminiert fühlten, liegt bei 45 Prozent.

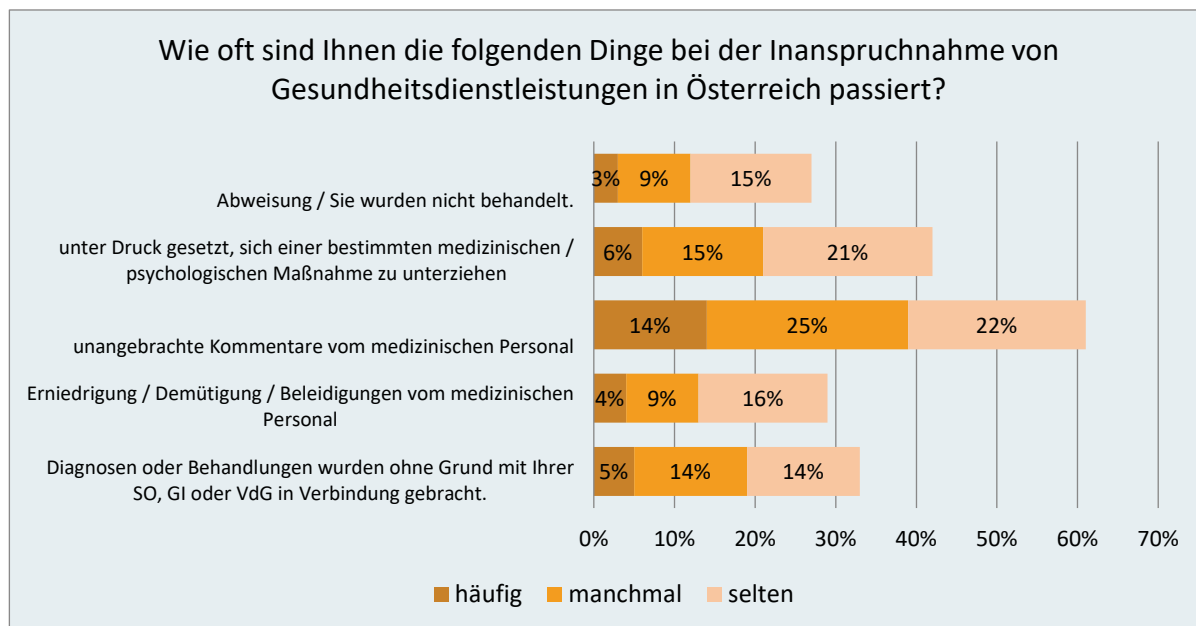
Abbildung 22: Diskriminierungserfahrung im Gesundheitsbereich nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung



Quelle: GÖG

Spezifische Diskriminierungserfahrungen, die sich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bezogen, wurden anhand einer Liste von Situationen und deren Häufigkeit erhoben. Abbildung 23 zeigt das Antwortverhalten aller Teilnehmenden.

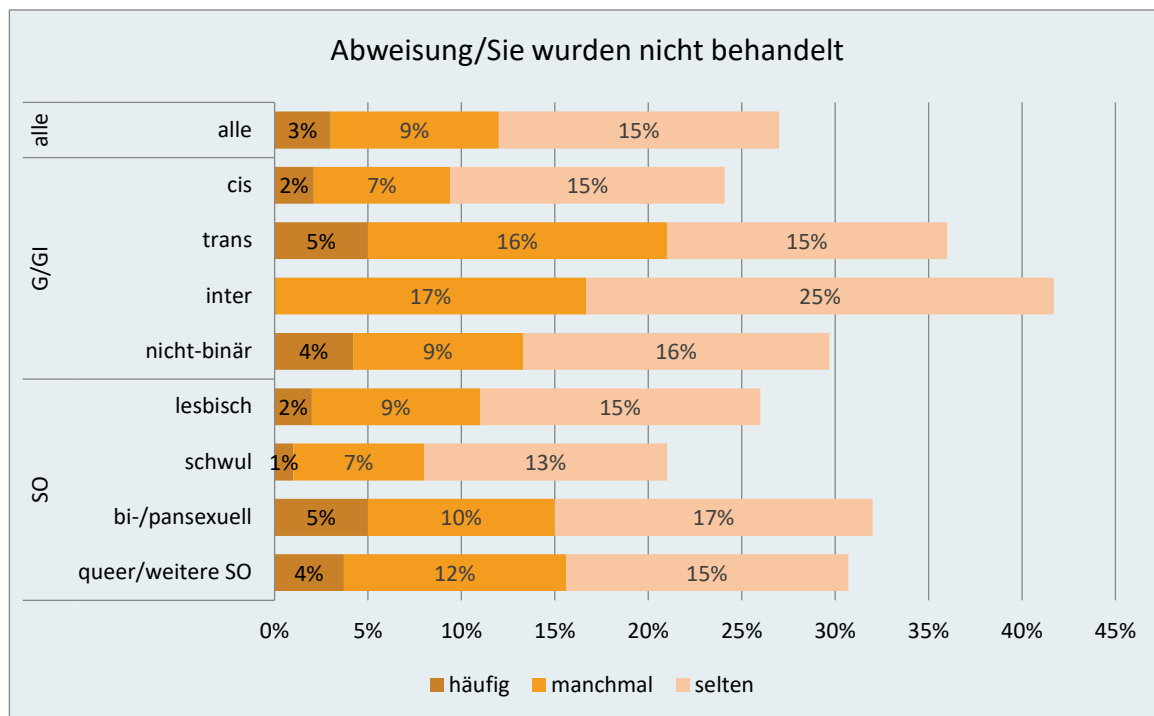
Abbildung 23: Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)



Quelle: GÖG

Insgesamt wurden 27 Prozent aller Befragten bereits abgewiesen bzw. nicht behandelt. Diese Erfahrung machten nach eigenen Angaben 42 Prozent der befragten intergeschlechtlichen Personen, je etwa ein Drittel der trans (36 %) und nicht-binären (30 %) Personen und ein Viertel der cis Personen. Betrachtet nach sexueller Orientierung machten je etwa ein Drittel der queeren Personen bzw. Personen mit anderen SO und der bi-/pansexuellen, ein Viertel der lesbischen Personen und jede fünfte schwule Person bereits die Erfahrung, abgewiesen oder nicht behandelt zu werden.

Abbildung 24: Abweisung / keine Behandlung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)

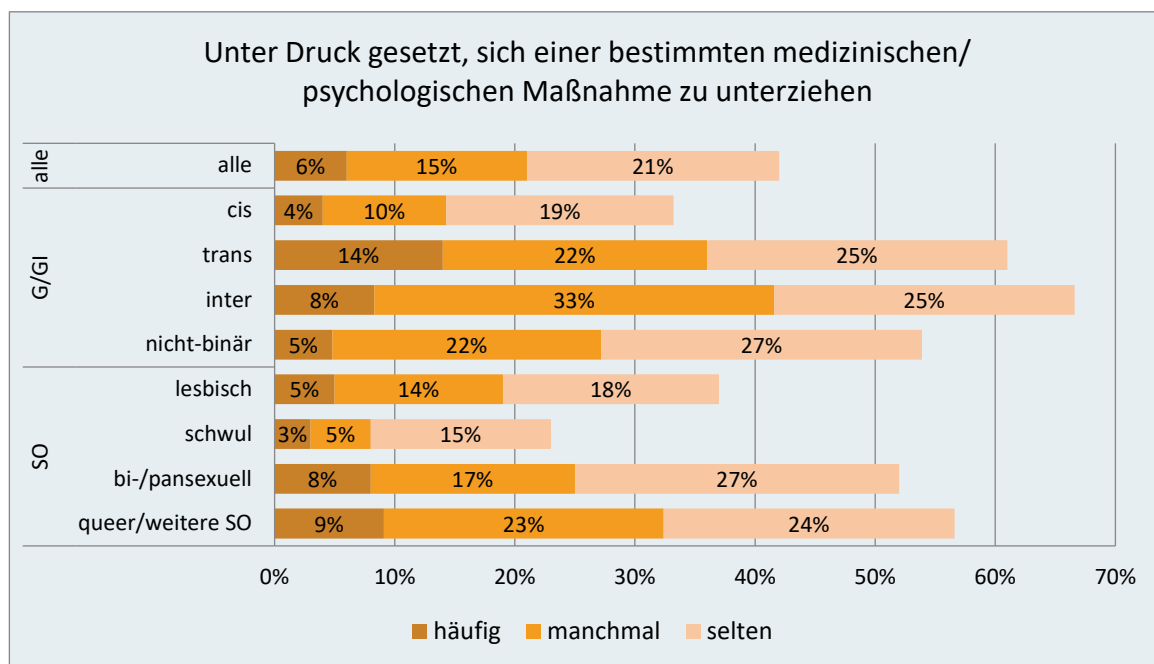


Quelle: GÖG

Etwa zwei Drittel der intergeschlechtlichen und trans sowie 54 Prozent der nicht-binären und ein Drittel der cis Teilnehmenden wurden bereits unter Druck gesetzt, sich einer bestimmten medizinischen/psychologischen Maßnahme zu unterziehen.

Nach sexueller Orientierung der Teilnehmenden betrachtet, machte mehr als die Hälfte der queeren Personen/Personen mit anderen SO (57 %) und der bi-/pansexuellen Personen, mehr als ein Drittel der lesbischen und ein Viertel der schwulen Personen bereits die Erfahrung, unter Druck gesetzt zu werden, sich einer bestimmten medizinischen/psychologischen Maßnahme zu unterziehen.

Abbildung 25: Druck, sich bestimmten Maßnahmen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zu unterziehen, nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)

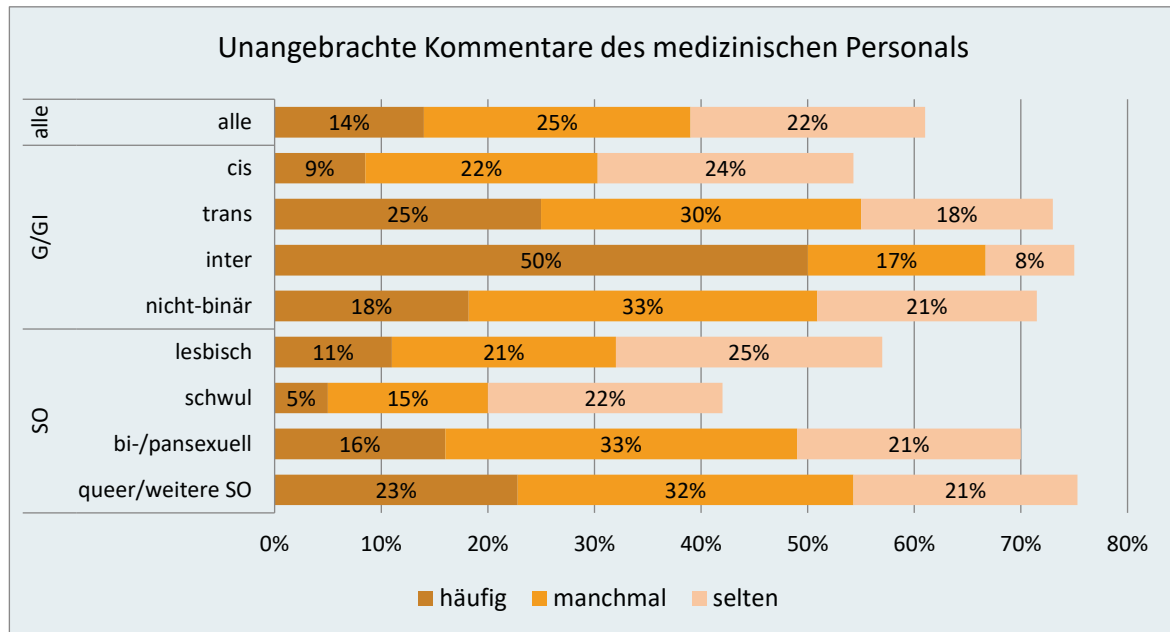


Quelle: GÖG

Am häufigsten waren die Teilnehmenden mit unangebrachten Kommentaren (z. B. mit abwertenden, verletzenden Äußerungen oder Fragen) des medizinischen Personals konfrontiert. 61 Prozent der Teilnehmenden gaben an, dass ihnen diese Situation „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ passiert(e). Hier gibt es deutliche Unterschiede, wenn die Gruppen hinsichtlich ihres Geschlechts bzw. ihrer Geschlechtsidentität betrachtet werden. Cis Personen erlebten unangebrachte Kommentare des medizinischen Personals vergleichsweise am seltensten. Dennoch gab mehr als die Hälfte dieser Gruppe an, unangebrachte Kommentare erlebt zu haben. Drei Viertel der intergeschlechtlichen (75 %), der nicht-binären (73 %) sowie der trans (72 %) Personen erlebten unangebrachte Kommentare des medizinischen Personals zumindest „selten“.

Ausgewertet nach sexueller Orientierung ergibt sich folgendes Bild: 75 Prozent der queeren Personen/Personen mit anderen SO, 70 Prozent der bi-/pansexuellen, 57 Prozent der lesbischen und 42 Prozent der schwulen Personen erlebten „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ unangebrachte Kommentare des medizinischen Personals.

Abbildung 26: Unangebrachte Kommentare des medizinischen Personals bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)

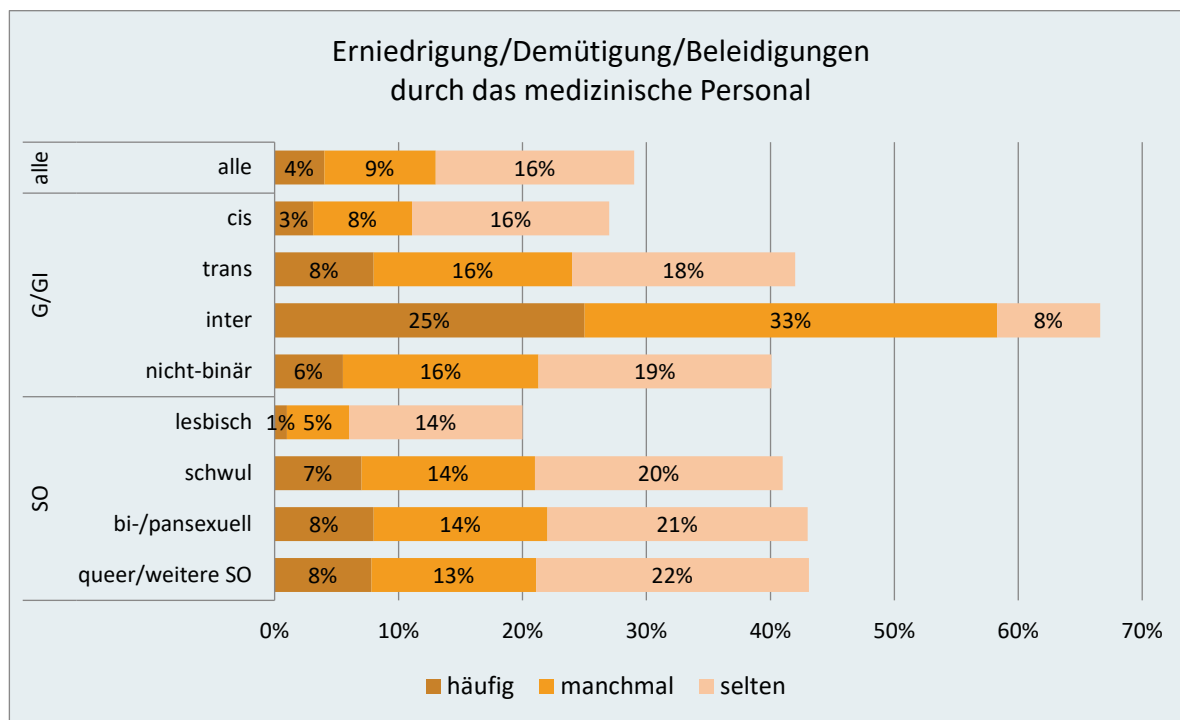


Quelle: GÖG

Erniedrigung, Demütigung oder Beleidigungen durch das medizinische Personal erlebten 29 Prozent der Teilnehmenden. Ein großer Anteil der befragten inter Personen erlebte Erniedrigung, Demütigung oder Beleidigungen durch das medizinische Personal: So antworteten zwei Drittel auf diese Frage mit „selten“, „manchmal“ oder „häufig“. 42 Prozent der trans, 41 Prozent der nicht-binären Personen und 27 Prozent der cis Personen erlebten bereits Erniedrigung, Demütigung oder Beleidigungen durch das medizinische Personal.

Das Antwortverhalten von schwulen, bi-/pansexuellen und queeren Personen bzw. Personen mit anderen SO war in dieser Frage sehr ähnlich. So gaben etwas mehr als 40 Prozent der Personen dieser Gruppen an, „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ vom medizinischen Personal erniedrigt, gedemütigt oder beleidigt worden zu sein. Jede fünfte lesbische Person gab an, diese Situation „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ erlebt zu haben.

Abbildung 27: Erniedrigung/Demütigung/Beleidigungen durch das medizinische Personal bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Geschlecht /Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)

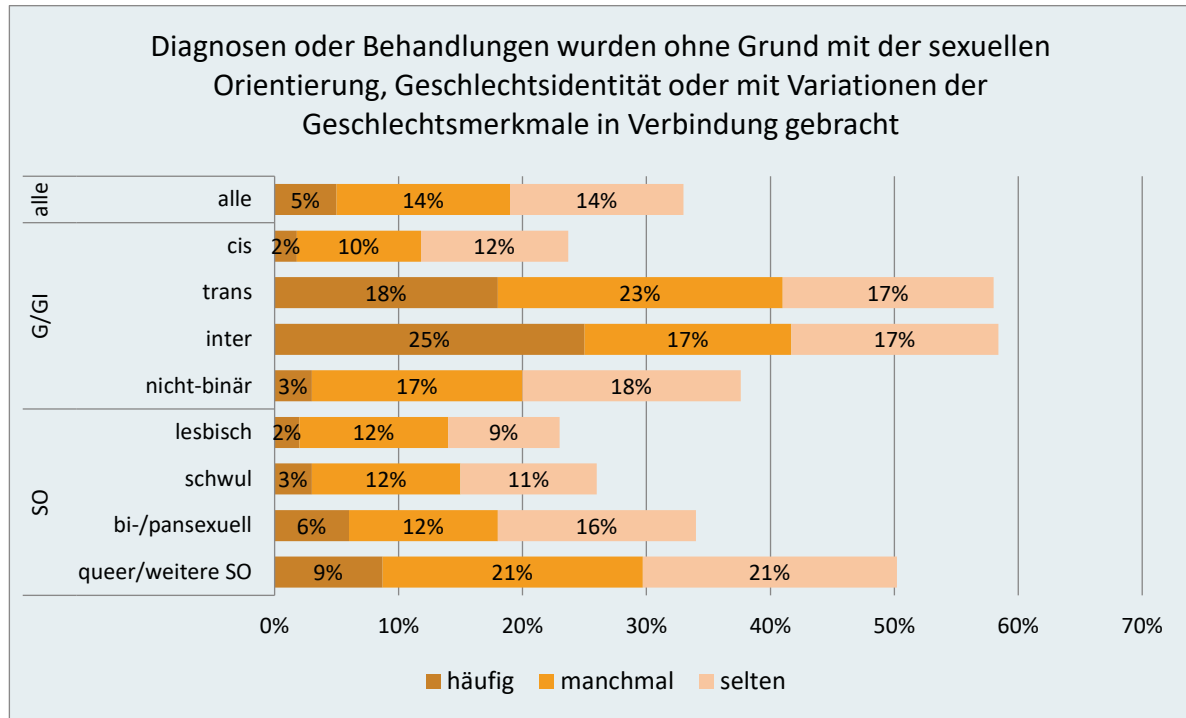


Quelle: GÖG

Je 58 Prozent der inter und der trans Personen gaben an, dass „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ Diagnosen und Behandlungen ohne Grund mit ihrer sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität oder mit Variationen der Geschlechtsmerkmale in Verbindung gebracht wurden. Ein Viertel der inter Personen und 18 Prozent der trans Personen gaben an, dass dies „häufig“ passiert(e). Mehr als ein Drittel der nicht-binären und 18 Prozent der cis Personen beantworteten diese Frage mit „selten“, „manchmal“ oder „häufig“.

Die Hälfte der queeren Personen bzw. Personen mit anderen SO gab an, dass ihnen die genannte Situation „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ passiert. Ein Drittel der bi-/pansexuellen und rund ein Viertel der schwulen und der lesbischen Personen erlebten nach eigenen Angaben „selten“, „manchmal“ oder „häufig“, dass Diagnosen und Behandlungen ohne Grund mit ihrer sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität oder mit Variationen der Geschlechtsmerkmale in Verbindung gebracht wurden.

Abbildung 28: Verbindung von Diagnosen/Behandlungen mit GI, SO oder VdG ohne Grund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)



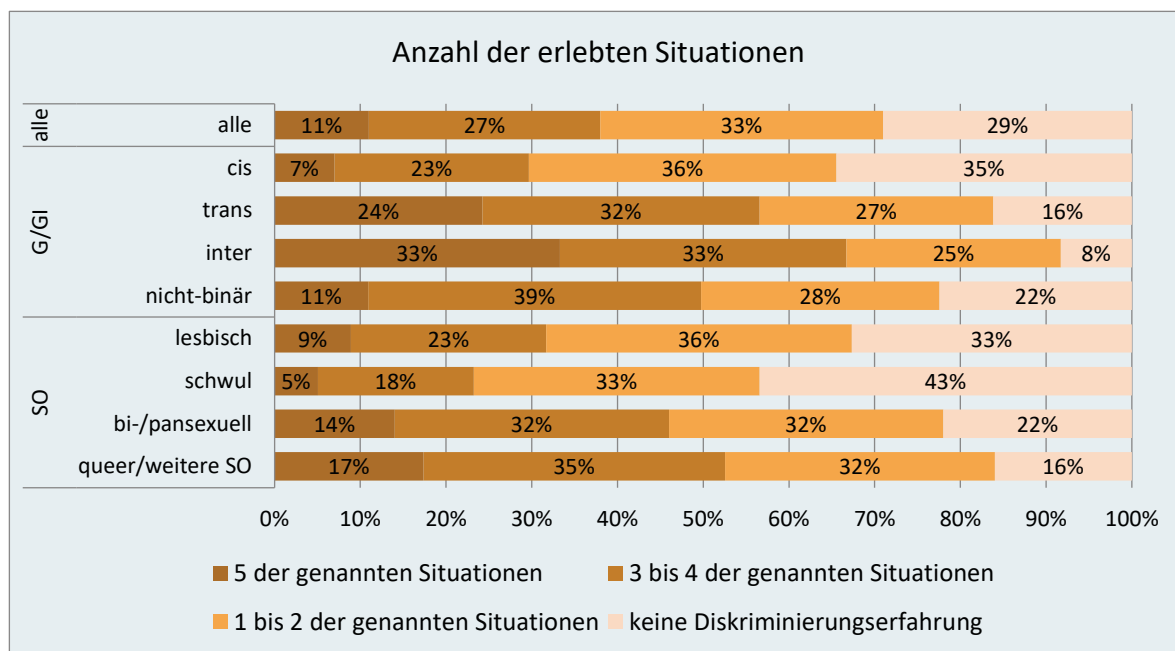
Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

In den Interviews erzählten einige Personen, dass sie schon erlebt hatten, dass Diagnosen mit ihrer Geschlechtsidentität, ihrem Geschlecht und/oder mit ihren VdG in Verbindung gebracht wurden. Beispielsweise wurden Symptome eines grippalen Infekts, Migräne oder Allergien in einen Zusammenhang mit der Hormontherapie oder aber auch mit der geschlechtlichen Identität gebracht. Als weiteres Beispiel wurde ein Knoten in der Brust als Symptom genannt, welches mit der Hormonersatztherapie in Verbindung gebracht wurde, ohne jedoch beispielsweise nach der Dosierung zu fragen oder andere Ursachen dafür in Betracht zu ziehen.

Im Rahmen der Onlinebefragung gaben insgesamt 71 Prozent der Personen an, mindestens eine der genannten Diskriminierungserfahrungen „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ gemacht zu haben.

Abbildung 29: Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (mindestens „selten“)



Quelle: GÖG

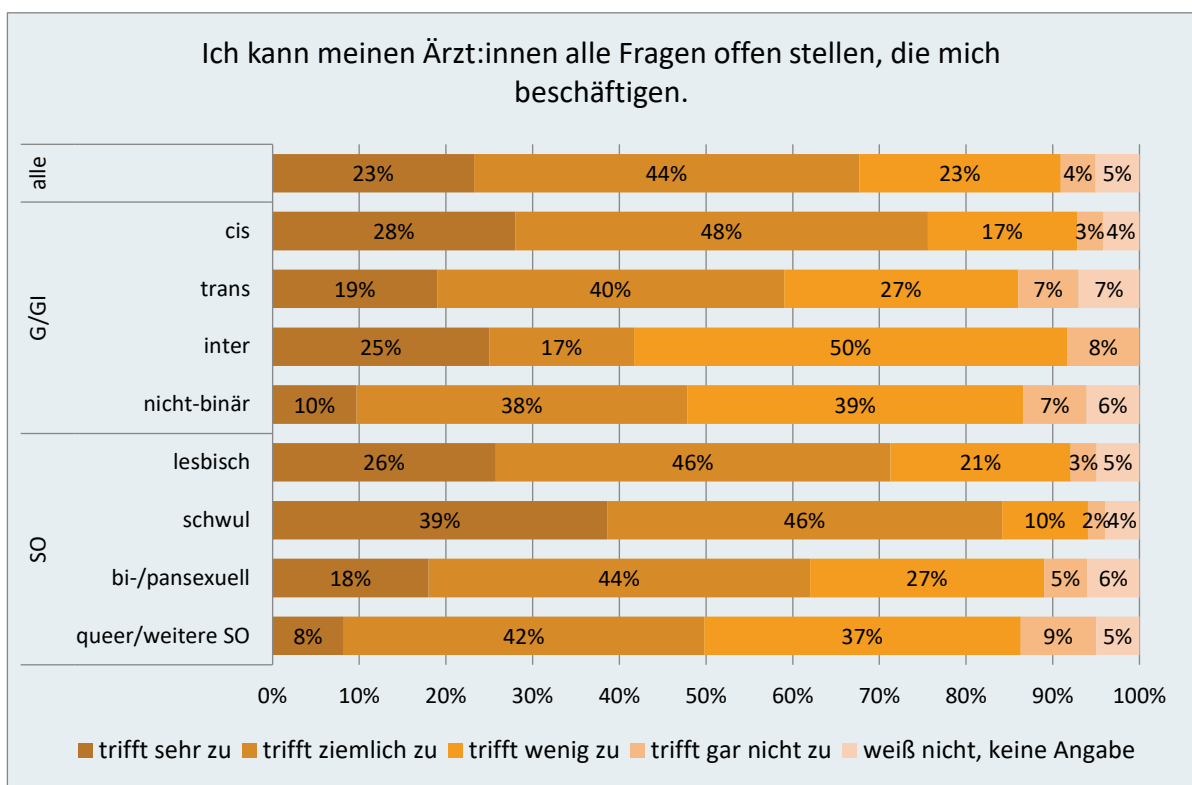
Ergänzung aus den Einzelinterviews

In den Einzelinterviews berichteten einige der Interviewpersonen von weiteren Diskriminierungserfahrungen in der Gesundheitsversorgung. Eine Person erzählte, dass sie öfter intime Fragen vonseiten des medizinischen Personals gestellt bekomme, die nichts mit ihrer Gesundheit zu tun haben (z. B. identitätsbezogene Fragen). 2 andere Personen berichteten von Verletzungen der Privatsphäre durch laute Besprechungen des Gesundheitszustandes in offenen Räumen der Gesundheitsdienstleister:innen. Diskriminierung könne auch sehr subtil sein, wie einige der Interviewten berichteten, z. B. wenn sie im Warteraum von anderen Personen länger angeschaut würden oder mitbekämen, dass Personen über

Betroffene hinter ihrem Rücken redeten. Negative und diskriminierende Erfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen können nach Angaben der interviewten Personen dazu führen, dass Angst im Vorfeld potenziell unsicherer Situationen entstehe, die sich folglich auch auf ihre psychische Gesundheit auswirke, oder dass bestimmte Orte vermieden werden.

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden die Teilnehmenden im Zusammenhang mit Gesundheitsdienstleister:innen befragt, wie sehr die im Folgenden dargestellten Aussagen über ihre Erfahrungen zutreffen. So gaben zwei Drittel aller Befragten an, ihren Ärzt:innen Fragen offen stellen zu können. Drei Viertel der cis Personen, 59 Prozent der trans Personen, etwa die Hälfte der nicht-binären Personen und 42 Prozent der inter Personen gaben an, dass sie der Aussage „Ich kann meinen Ärzt:innen alle Fragen offen stellen, die mich beschäftigen“ „sehr“ oder „ziemlich“ zustimmen.

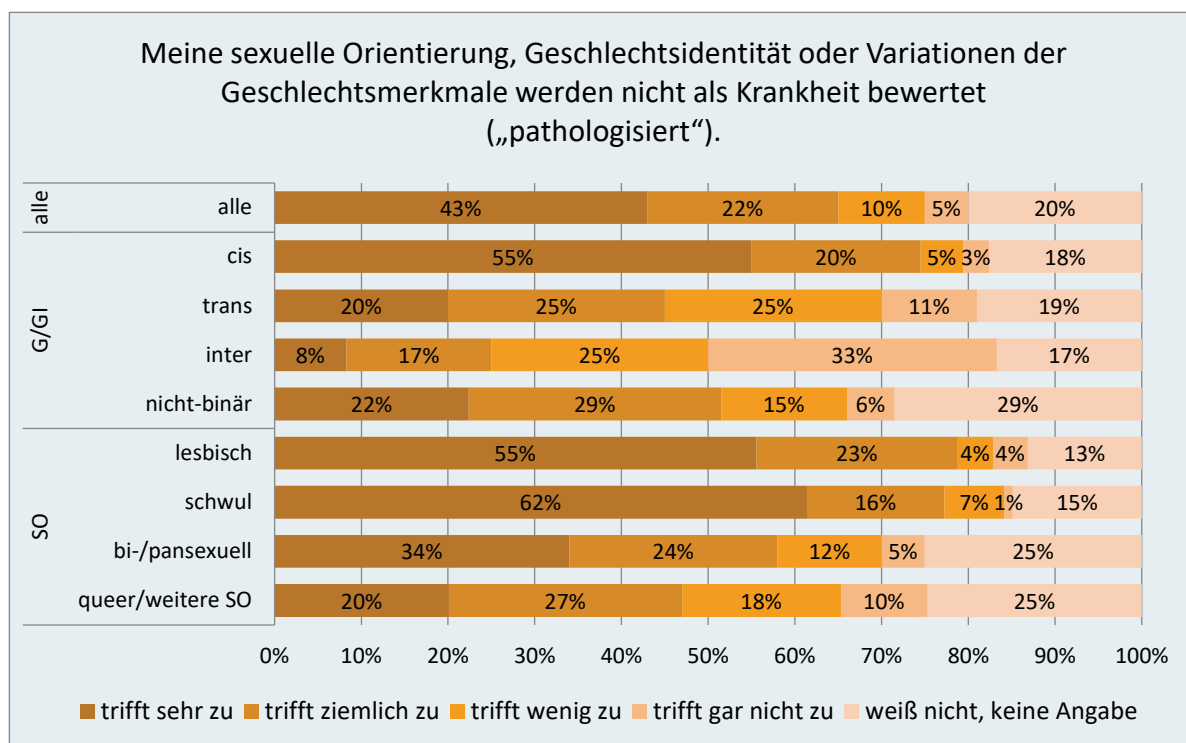
Abbildung 30: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Ich kann meinen Ärzt:innen alle Fragen offen stellen, die mich beschäftigen.



Quelle: GÖG

Rund ein Viertel der befragten Personen gab an, dass die Aussage „Meine sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität oder Variationen der Geschlechtsmerkmale werden nicht als Krankheit bewertet („pathologisiert“)" aus ihrer Erfahrung mit Gesundheitsdienstleister:innen „wenig“ oder „gar nicht“ zutrifft.

Abbildung 31: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Meine SO, GI oder VdG werden nicht als Krankheit bewertet.



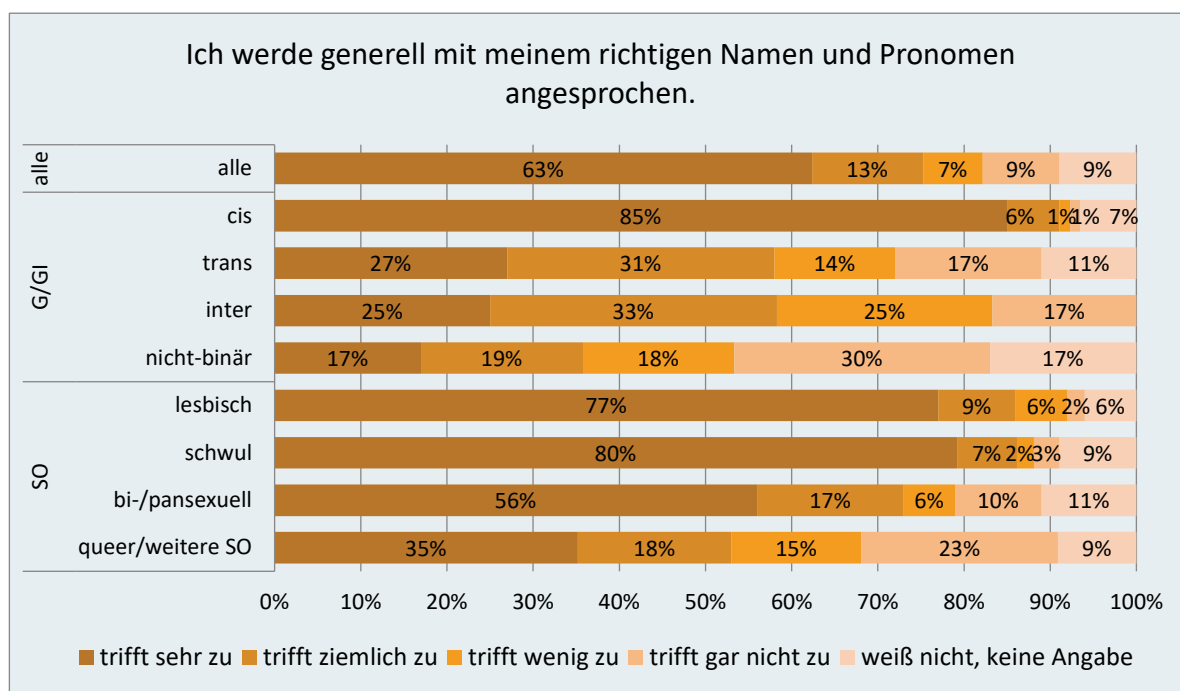
Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

Einige der Interviewpersonen erzählten von Erfahrungen im Zusammenhang mit ihrer trans bzw. inter Identität. Neben den oben angeführten Beispielen wurde davon berichtet, dass Diagnosen hinsichtlich der psychischen Gesundheit mit ihrer Identität in Verbindung gebracht wurden bzw. ihre Identität selbst in Frage gestellt wurde.

Wie Abbildung 32 zeigt, betrifft die Ansprache mit richtigem Namen und Pronomen insbesondere trans, inter und nicht-binäre Personen. So gaben 47 Prozent der nicht-binären, 42 Prozent der inter und 31 Prozent der trans Personen an, dass die Aussage „Ich werde generell mit meinem richtigen Namen und Pronomen angesprochen“ „wenig“ oder „gar nicht“ zutrifft.

Abbildung 32: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Ich werde generell mit meinem richtigen Namen und Pronomen angesprochen.



Quelle: GÖG

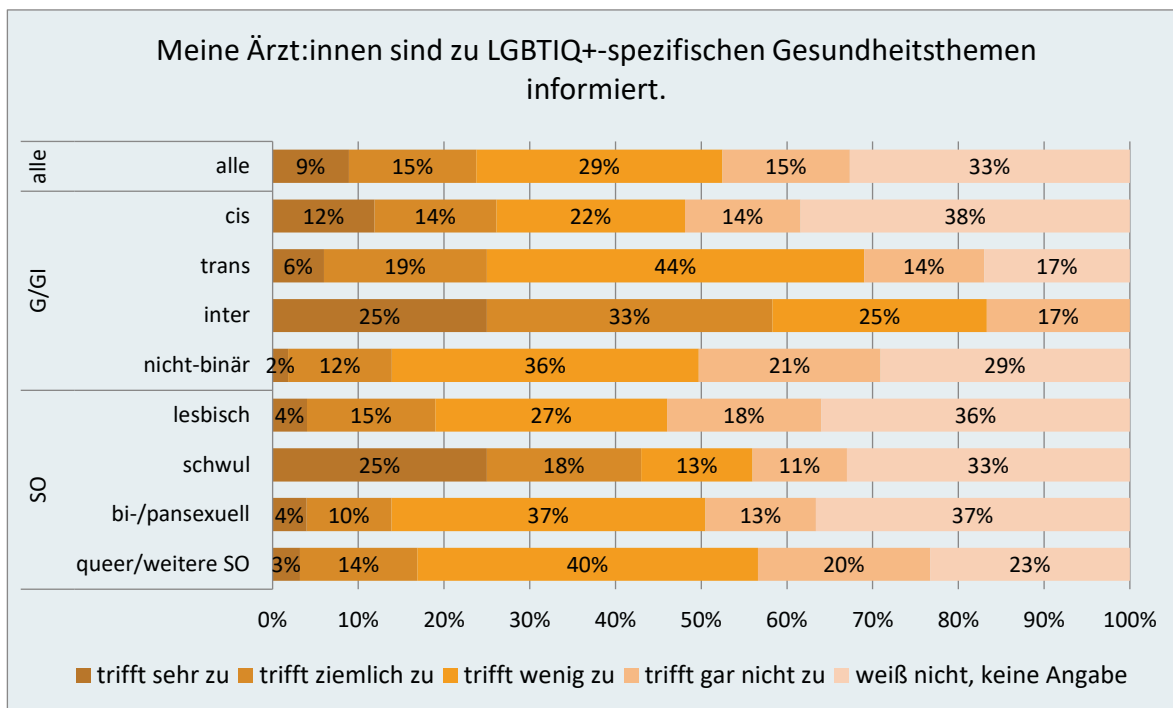
Ergänzung aus den Einzelinterviews

Misgendering, also auf eine Weise angesprochen zu werden, die dem Geschlecht nicht entspricht, und die fehlende Ansprache mit dem gewünschten Namen wurden in einigen Interviews im Zusammenhang mit mehreren Themen genannt. Zum einen beeinflusst die Ansprache das Wohlbefinden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (positiv und negativ). Zum anderen kann die Ansprache bzw. das Aufrufen in der Praxis nach Aussage der interviewten Personen zu Unsicherheiten und folglich auch zu Vermeidungsverhalten führen,

insbesondere am Beginn eines Transitionsprozesses oder wenn noch keine Personenstandsänderung durchgeführt wurde (oder keine angestrebt wird).

Rund ein Viertel der Befragten gab an, dass die Aussage „Meine Ärzt:innen sind zu LGBTQI+-spezifischen Gesundheitsthemen informiert“ „sehr“ bzw. „ziemlich“ zutrifft, für ein Drittel trifft die Aussage „wenig“ oder „gar nicht“ zu.

Abbildung 33: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Meine Ärzt:innen sind zu LGBTQI+-spezifischen Gesundheitsthemen informiert.



Quelle: GÖG

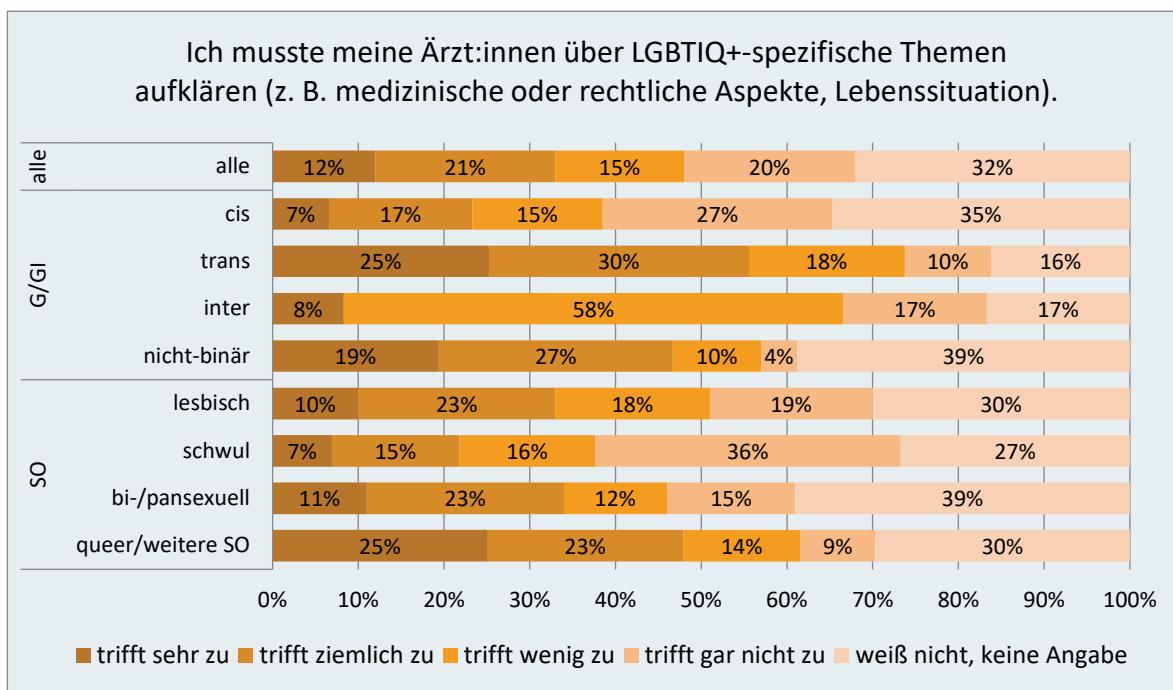
Ergänzung aus den Einzelinterviews

Einige der Personen, die auf Hormone angewiesen sind, berichteten, dass Fachärzt:innen und Endokrinolog:innen im Speziellen, die sich mit trans/inter Themen auskennen, schwierig zu finden seien, u. a. weil diese die Expertise benötigen, wie Hormonwerte zu interpretieren sind, und auch hinsichtlich der

Verschreibung zusätzlicher Hormone einschätzen können, welche Auswirkungen diese auf den Körper haben. Viele der interviewten Personen nehmen die Leistungen von Ärzt:innen, die sich mit LGBTIQ+-spezifischen Themen auskennen, privat in Anspruch.

Ein Drittel der Befragten stimmte der Aussage „Ich musste meine Ärzt:innen über LGBTIQ+-spezifische Themen aufklären (z. B. medizinische oder rechtliche Aspekte, Lebenssituation)“ „sehr“ oder „ziemlich“ zu. Etwa gleich viele stimmten der Aussage „wenig“ oder „gar nicht“ zu.

Abbildung 34: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Ich musste meine Ärzt:innen über LGBTIQ+-spezifische Themen aufklären (z. B. medizinische oder rechtliche Aspekte, Lebenssituation).



Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

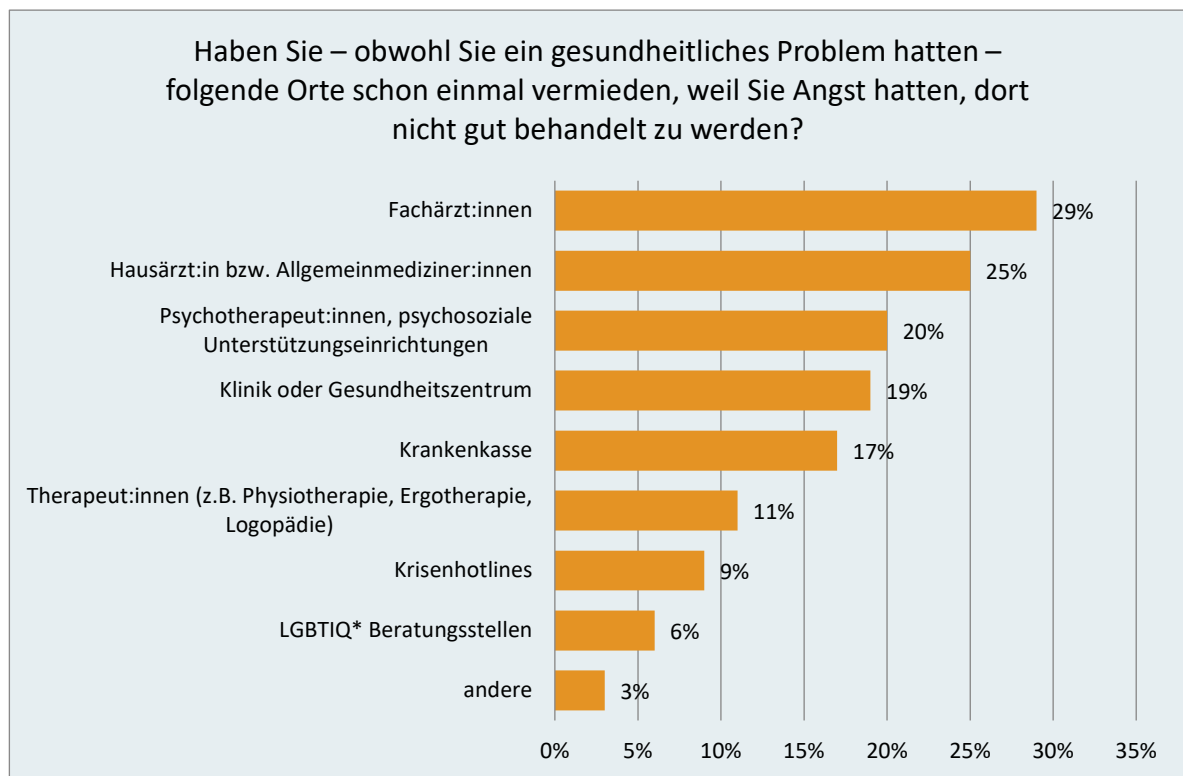
In den Einzelinterviews berichteten die Interviewpersonen, dass sie als Patient:innen bei ihren Ärzt:innen sehr viel Erfahrungswissen einbrächten. Auch

wenn dieses Wissen laut Interviewpersonen überwiegend von den Ärzt:innen angenommen und nicht in Frage gestellt werde, stellen diese Gesprächssituationen insbesondere für die inter und trans Personen auch einen ressourcenintensiven Aufwand dar. Als positiv wurde von den interviewten Personen bewertet, wenn medizinisches Personal sensibilisiert ist, die Personen auch als Expert:innen ernst zu nehmen, und nachfragt, wie Behandlungswege aussehen könnten. Ärzt:innen, die bei Unklarheiten z. B. in Hinblick auf Begriffe bei den Betroffenen nachfragen, anstatt Annahmen zu treffen, und/oder sich zu LGBTIQ+-spezifischen Themen weiterbilden, wurden als weitere positive Beispiele genannt.

Vermeidungsverhalten

In der Onlinebefragung wurde erhoben, ob die Teilnehmenden bestimmte Orte aufgrund einer Angst vor schlechter Behandlung vermieden hatten. Insgesamt gaben 49 Prozent der Personen an, einen der genannten Bereiche trotz gesundheitlichen Bedarfs vermieden zu haben. Etwas mehr als ein Viertel der Befragten gab an, Fachärzt:innen vermieden zu haben aus Angst, nicht gut behandelt zu werden. Jede vierte Person hatte bereits Allgemeinmediziner:innen vermieden, jede fünfte Psychotherapeut:innen bzw. psychosoziale Unterstützungseinrichtungen sowie Kliniken oder Gesundheitszentren.

Abbildung 35: Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit Gesundheitsdienstleistungen



Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

In den Einzelinterviews gaben einige der interviewten Personen an, Ärzt:innen oder Therapeut:innen nicht aufgesucht oder das Aufsuchen hinausgezögert zu haben, obwohl es einen gesundheitlichen Bedarf gab. Gründe dafür waren ein unwohles Gefühl in puncto Genderrepräsentation, Geschlechtsdysphorie und/oder eine fehlende Personenstandsänderung. Vor allem die fehlende Personenstandsänderung war mit der Sorge verbunden, mit dem falschen Namen („Deadname“) und/oder falschen Geschlecht angesprochen zu werden. Die falsche Ansprache führte in einigen Fällen zu einer Verstärkung der Geschlechtsdysphorie. Mehrere Interviewpersonen berichteten, dass dies vor allem am Beginn der Transition ein starker Unsicherheitsaspekt war und zu Vermeidungsverhalten geführt habe. Auch Situationen mit neuen Ärzt:innen seien mit Unsicherheiten hinsichtlich der Reaktion verbunden, die zu einem Hinauszögern eines benötigten Termins führen können. Als weiterer Grund wurde die Sorge genannt, sich einer potenziell stressigen Situation auszusetzen,

insbesondere weil es sich hier um Momente handle, in denen Personen aufgrund persönlicher oder gesundheitlicher Probleme keine Ressourcen dafür aufbringen können, mit der Situation umzugehen oder deeskalierend zu wirken.

3.2.5 Gesundheitsversorgung

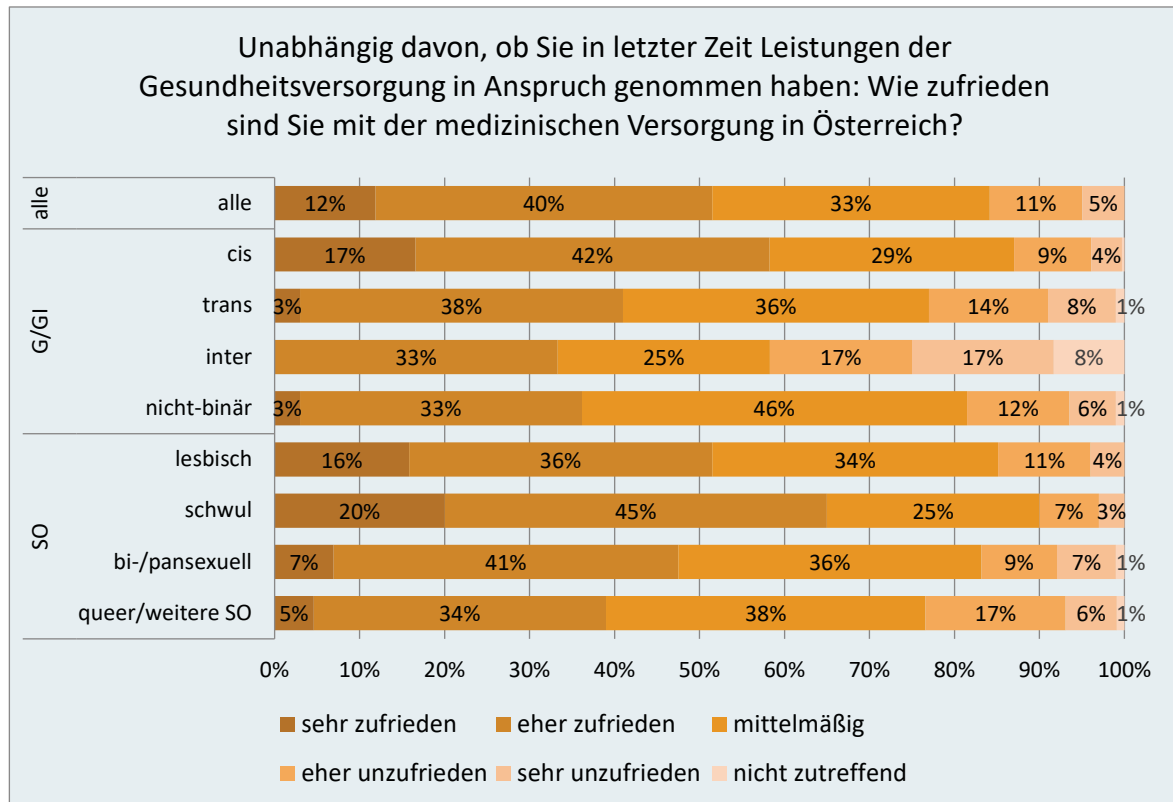
Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich

Im Rahmen der Onlinebefragung wurde nach der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich gefragt. Etwa die Hälfte aller Befragten (52 %) gab an, mit der Gesundheitsversorgung „eher“ (12 %) oder „sehr“ zufrieden (40 %) zu sein, etwa ein Drittel (33 %) der Befragten war „mittelmäßig zufrieden“, 11 Prozent waren „eher unzufrieden“ und 5 Prozent „sehr unzufrieden“ mit der Gesundheitsversorgung (siehe Abbildung 36).

Mehr als die Hälfte der cis Personen, 41 Prozent der trans und je ein Drittel der nicht-binären und inter Personen gaben an, mit der Gesundheitsversorgung „eher“ oder „sehr“ zufrieden zu sein. „Eher“ oder „sehr“ unzufrieden waren ein Drittel der inter, 22 Prozent der trans, 18 Prozent der nicht-binären und 13 Prozent der cis Personen.

Nach sexueller Orientierung ausgewertet ergibt sich folgendes Bild: 65 Prozent der schwulen, etwa die Hälfte der lesbischen und der bi-/pansexuellen und 39 Prozent der queeren Personen bzw. Personen mit anderen SO bewerteten ihre Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Österreich mit „sehr“ bzw. „eher“ zufrieden. „Eher“ oder „sehr“ unzufrieden waren 23 Prozent der queeren Personen bzw. Personen mit anderen SO, 16 Prozent der bi-/pansexuellen und 15 Prozent der lesbischen Personen sowie jede zehnte schwule Person.

Abbildung 36: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung



Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

In den Einzelinterviews wurden die interviewten Personen gebeten, ihre Wege durchs Gesundheitssystem für eine gute Versorgung zu skizzieren bzw. zu erzählen, wie sie die Ärzt:innen gefunden haben, bei denen sie sich gut versorgt fühlen. Neben Empfehlungen durch Familie und/oder Freund:innen bzw. Zufallsfunden wurden mehrfach queermed.at und Empfehlungen durch Peers bzw. Online-Communitys genannt. Letztere bieten nach Angaben der interviewten Personen auch die Möglichkeit, Erfahrungen aktiv auszutauschen und im Vorfeld sicherzustellen, dass Ärzt:innen „Safer Spaces“, also sichere Orte für LGBTIQ+-Personen, sind.

Die Fragen nach positiven sowie negativen Erfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wurden offen gestellt und codiert. Etwas weniger als die

Hälfte der Befragten (48 %) teilte positive Erfahrungen, etwas mehr als die Hälfte teilte negative Erfahrungen (53 %), die in folgende Kategorien eingeteilt wurden (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Positive und negative Erfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

Positive Erfahrungen	Häufigkeit	Negative Erfahrungen	Häufigkeit
freundliche/empathische/respektvolle Behandlung durch medizinisches Personal	18 %	unfreundliche/abschätzige/respektlose Behandlung durch medizinisches Personal	19 %
allgemeine positive Nennung / grundsätzliche Akzeptanz	10 %	allgemeine negative Nennung / Angst vor Outing und Folgen	15 %
Sexuelle Orientierung / Geschlechtsidentität spielte keine Rolle (neutrale Behandlung).	7 %	Sexuelle Orientierung / Geschlechtsidentität wurde unangenehm thematisiert.	5 %
positive Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem (kurze Dauer, keine Wartezeit, gute Behandlung, gute Versorgung)	6 %	schlechte Rahmenbedingungen (lange Dauer, lange Wartezeit, schlechte Behandlung, schlechte Versorgung)	14 %
fachliche Kompetenz	5 %	fachliche Inkompetenz (in der Behandlung, ...)	5 %
Ansprache mit dem richtigen Pronomen	4 %	Ansprache mit dem falschen Pronomen/Namen (bzw. keine Frage danach)	5 %
Kostenübernahme der Behandlung durch die Krankenkasse	4 %	keine Kostenübernahme der Behandlung durch die Krankenkasse	8 %
Spezialisierung in Bezug auf LGBTQI+-spezifische Themen	3 %	fehlende Spezialisierung in Bezug auf LGBTQI+-spezifische Themen	7 %
Anliegen wurden ernst genommen.	2 %	Anliegen wurden nicht ernst genommen.	11 %

Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

Auf die Frage, was förderlich für ihr Wohlbefinden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen ist, antworten mehrere der interviewten Personen, dass ein unkomplizierter Umgang mit Namen und Geschlechtsmarkern hilfreich sei sowie in der Identität ernst genommen und gefragt zu werden, wie die Aufsuchenden angesprochen werden wollen. Als weitere zentrale Aspekte wurden genannt: als Mensch wahrgenommen zu werden, offene Kommunikation und gemeinsames Finden von Behandlungswegen. Vertrauen zwischen Ärzt:innen und Aufsuchenden kann nach Aussage der interviewten Personen u. a. hergestellt werden, wenn Ärzt:innen die eigene Wahrnehmung sowie andere Welten reflektieren und verstehen, dass es andere Körper und Identitäten gibt bzw. dass Personen und Körper nicht schlecht oder krank sind, sondern einfach anders als ein Normwert oder als der gesellschaftliche Durchschnitt.

Hilfesuchverhalten

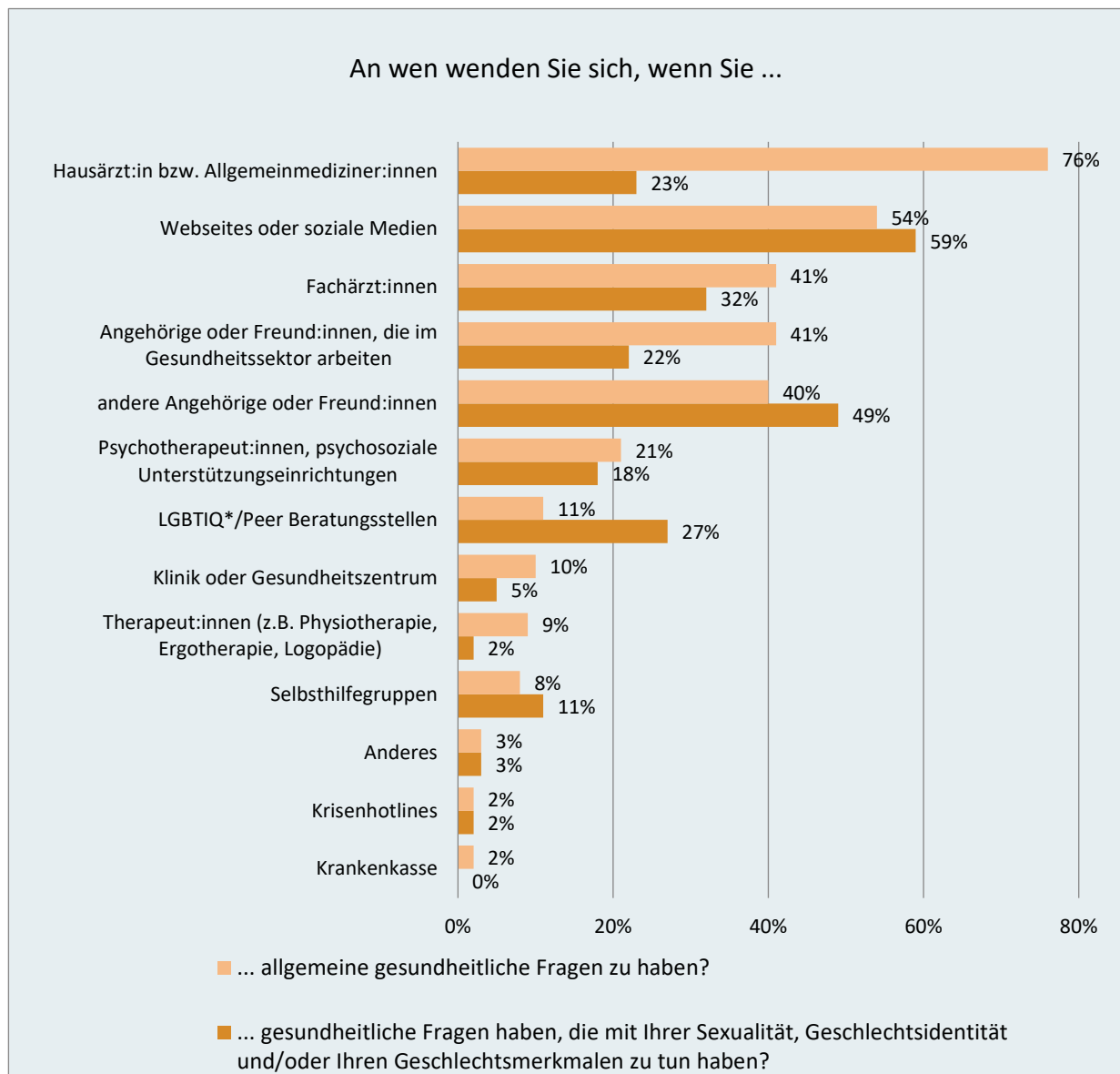
Das Hilfesuchverhalten der Teilnehmenden wurde anhand von 2 Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten inkl. Freitextfeld erhoben. Die erste Frage bezog sich auf allgemeine gesundheitliche Themen. Bei der zweiten Frage ging es um das Hilfesuchverhalten hinsichtlich gesundheitlicher Themen im Zusammenhang mit der Sexualität, der Geschlechtsidentität und/oder den Geschlechtsmerkmalen der Befragten.

Drei Viertel der befragten Personen gaben an, sich bei allgemeinen gesundheitlichen Fragen an ihre Hausärzt:innen bzw. an Allgemeinmediziner:innen zu wenden, jedoch nur ein Viertel bei LGBTQI+-spezifischen Gesundheitsfragen. 40 Prozent wenden sich an Fachärzt:innen bei allgemeinen gesundheitlichen Fragen. Die Kategorie „andere“ bei allgemeinen gesundheitlichen Fragen wurde im Freitextfeld spezifiziert. Mehrfachnennungen waren hier die eigene Expertise als Ärzt:in, Mediziner:in oder im Gesundheitsbereich tätige Person sowie Apotheken, Fachliteratur/-bücher und/oder nicht LGBTQI+-spezifische Beratungsstellen.

Wie Abbildung 37 zeigt, spielen das Internet und soziale Medien eine große Rolle hinsichtlich des Hilfesuchverhaltens bei gesundheitlichen Fragen: 54 Prozent der Befragten nutzen bei allgemeinen gesundheitlichen Fragen bzw. 59 Prozent bei gesundheitlichen Fragen, welche die Sexualität, die Geschlechtsidentität und/oder die Geschlechtsmerkmale betreffen, Websites bzw. soziale Medien. In den jüngeren Altersgruppen betragen die Anteile der Personen, die sich an sozialen Medien oder Websites orientieren, 67 Prozent bei allgemeinen gesundheitlichen Fragen, 77 Prozent bei gesundheitlichen Fragen hinsichtlich

der Sexualität, Geschlechtsidentität und/oder Geschlechtsmerkmale. Das soziale Umfeld, wie Angehörige und Freund:innen – innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors -, und LGBTIQ+/-Peer-Beratungsstellen sind weitere wichtige Akteur:innen für die befragten Personen in Bezug auf Gesundheitsfragen.

Abbildung 37: Hilfesuchverhalten bei gesundheitlichen Fragen



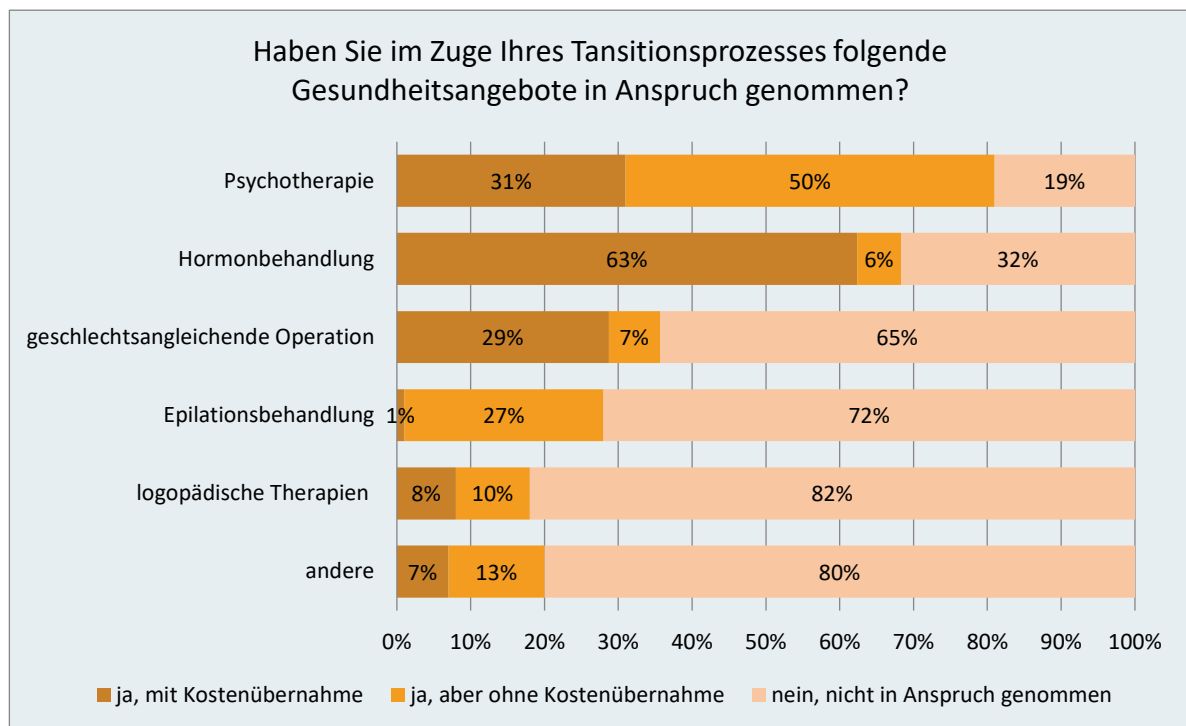
Quelle: GÖG

Auf das soziale Umfeld, Peer-Beratung sowie Online-Communitys wird in Kapitel 3.2.6 weiter eingegangen.

Trans- und transitionsspezifische Gesundheitsversorgung

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden Personen, die die Frage nach dem Geschlecht bzw. der Geschlechtsidentität mit trans Frau, trans Mann oder transident beantworteten, befragt, welche Gesundheitsangebote im Zuge des Transitionsprozesses in Anspruch genommen wurden und ob diese mit Kostenübernahme in Anspruch genommen wurden (siehe Abbildung 38)²⁰.

Abbildung 38: Inanspruchnahme transitionsspezifischer Gesundheitsangebote²¹



Quelle: GÖG

Ergänzung aus den Einzelinterviews

²⁰ Nicht-binäre Personen, die nicht auch zusätzlich eine trans-spezifische Kategorie gewählt haben, konnten diese Frage nicht beantworten. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass einige nicht-binäre Personen auch Bedarf an einer transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung haben.

²¹ Eine Aufschlüsselung in feminisierende und maskulinisierende Maßnahmen bzw. Eingriffe kann an dieser Stelle aufgrund der Frage nach dem Geschlecht / der Geschlechtsidentität nicht geleistet werden. Zu bedenken ist jedoch, dass hier die Bedarfe sehr unterschiedlich sein können, z. B. kann Logopädie für transfeminine Personen sehr wichtig sein, während für transmaskuline Personen die Einnahme von Testosteron zum Stimmbruch führt und ein logopädisches Training für eine tiefere Stimme nicht unbedingt notwendig sein muss (Rückmeldung Expert:innen).

In den Einzelinterviews berichteten alle Personen mit Transitionserfahrung von einer besonders prekären Lage in der Gesundheitsversorgung. Oftmals seien nur wenige Ärzt:innen in der Umgebung vorhanden, welche die für Behandlungen und für die Personenstandsänderung benötigten Gutachten ausstellen oder über ausreichende Kenntnisse über trans-spezifische Gesundheitsthemen verfügen. Durch Fluktuation, beispielsweise Pensionierung der Ärzt:innen, spitze sich die Lage zu. Operationstermine für geschlechtsaffirmative Operationen seien aufgrund der wenigen Möglichkeiten sehr begrenzt. Folglich beträgt die Wartezeit auf Termine laut Interviewpersonen mehrere Jahre (2 bis 3 Jahre). Sie berichteten von verlängerten Wartezeiten auf Termine aufgrund der Coronapandemie. Zudem berichteten die Interviewpersonen von langen Wartezeiten auch auf den Transambulanzen²² und von zeitweise generellen Aufnahmestopps.

Generell wurde in den Einzelinterviews deutlich, dass die Transition ein (finanziell, zeitlich und emotional) überaus ressourcenintensiver Prozess ist, der im Falle einer juristischen und medizinischen Transition unweigerlich mit dem Kontakt zu Gesundheitsdienstleister:innen verbunden ist. Dies ist auch in den Behandlungsempfehlungen²³ des BMSGPK ersichtlich. Geschlechtsaffirmative (juristische und medizinische) Maßnahmen sowie die dafür benötigten Gutachten sind mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden. Am deutlichsten wurde dies in den Einzelinterviews hinsichtlich einer psychotherapeutischen Begleitung. Nach Aussagen mehrerer Interviewpersonen sind in Österreich die „Kassenplätze“ für Psychotherapie stark begrenzt und decken den Bedarf der österreichischen Gesamtbevölkerung²⁴ nicht ab. Wie in den Interviews auch ersichtlich wurde, bestehen für trans Personen noch weitere Barrieren bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie, beispielsweise weil bei Kassenplätzen nicht sichergestellt ist, dass Therapeut:innen mit trans-spezifischen und/oder queeren Themen vertraut sind. Unter anderem ist das ein Grund dafür, dass Psychotherapie – sofern von den interviewten Personen in Anspruch genommen – privat bezahlt wird. Einige der Interviewpersonen nehmen zusätzlich auch Leistungen anderer privater (Fach-

²² Transambulanzen gibt es in Wien, Graz, Linz, Innsbruck und Klagenfurt.

²³ Behandlungsempfehlungen des BMSGPK: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5f11808e-71d3-434d-bc2c-566910ad1167/empfehlungen_transsexualismus2017.pdf [Zugriff am 21.02.2023]

²⁴ Laut Barbara Haid, Präsidentin des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie, stehen in Österreich etwa 70.000 Therapieplätze zur Verfügung, deren Kosten zur Gänze von der staatlichen Krankenversicherung übernommen werden. Dieser Zahl stehen 135.000 Bedürftige gegenüber. <https://www.diepresse.com/6227044/psychotherapie-und-die-sache-mit-dem-geld> [Zugriff am 21.02.2023]

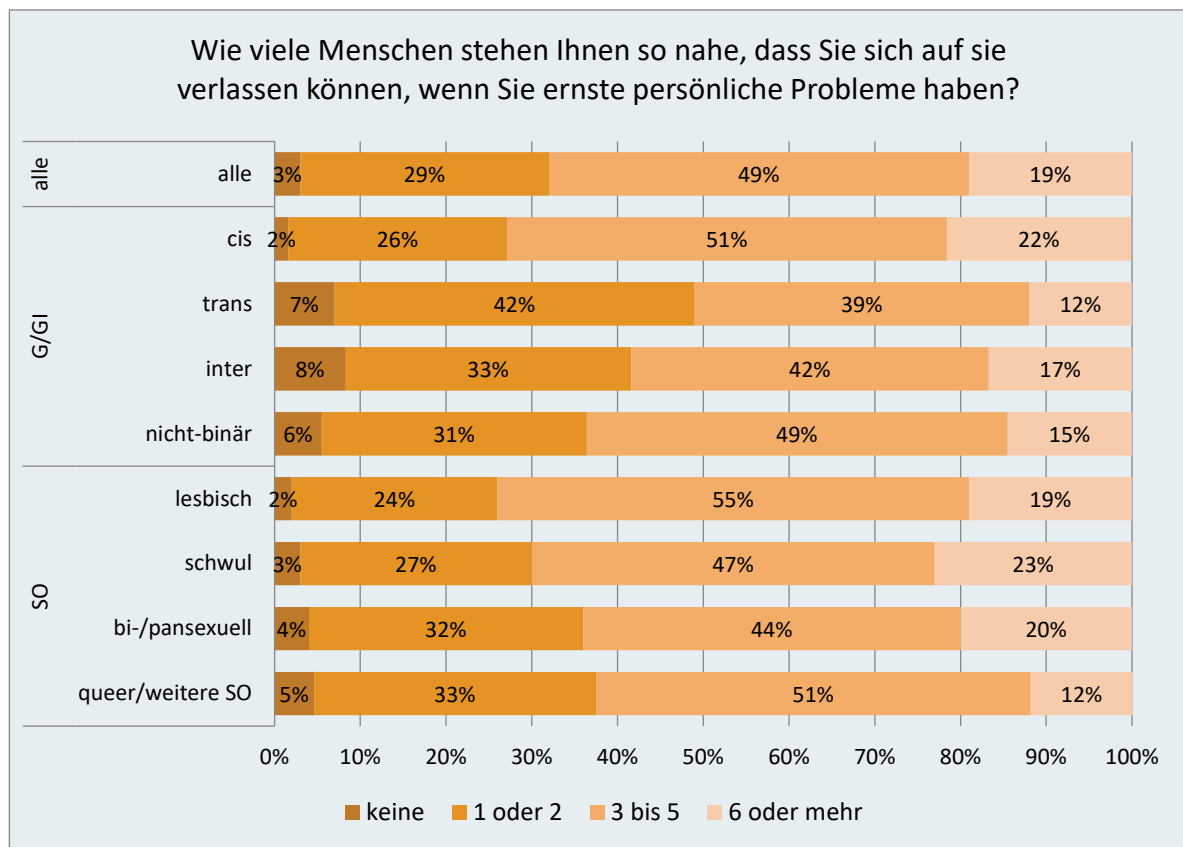
) Ärzt:innen/Wahlärzt:innen in Anspruch, da sie sich lt. eigener Aussage im öffentlichen Gesundheitssystem nicht gut versorgt fühlen. Über die Qualität geschlechtsaffirmativer Operationen in Österreich äußerten sich einige Betroffene eher misstrauisch. Lange Wartezeiten und mangelnde Wahlmöglichkeiten wurden als Gründe genannt, eher private Leistungen in Anspruch zu nehmen. Mehrere interviewte Personen berichteten, dass bestimmte transitionsspezifische Eingriffe zwar bewilligt werden, dass es jedoch keine Ärzt:innen gebe, die diese Eingriffe als Kassenleistung durchführen, z. B. eine Nadelepilation. Haarentfernung wurde mehrfach thematisiert, da die Kosten dafür laut Betroffenen in den seltensten Fällen übernommen werden. Die interviewten Personen berichteten, dass es nicht transparent sei, welche Behandlungen und Therapien in welchem Rahmen bewilligt werden. Einige gaben an, dass im Austausch untereinander Unterschiede bei der Kostenübernahme deutlich werden und dass es keine für sie klaren Richtlinien zur Kostenübernahme bei geschlechtsaffirmativen Eingriffen gebe.

3.2.6 Gesundheitsförderliche Faktoren

Soziale Beziehungen und Netzwerke

Im Rahmen der LGBTIQ+-Gesundheitsbefragung wurden die teilnehmenden Personen nach der Anzahl der Personen gefragt, die diesen so nahestehen, dass sie sich bei ernststen persönlichen Problemen auf sie verlassen können. Soziale Netzwerke gelten als gesundheitlicher Schutzfaktor und können die Resilienz von Menschen mit Ausgrenzungserfahrungen unterstützen. Besonders belastende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit lassen sich durch stabile soziale Netzwerke reduzieren. Hier antworteten 3 Prozent der Befragten, dass sie keine Person haben, auf die sie sich verlassen können. 29 Prozent gaben an, 1 bis 2 ihnen nahestehende Personen zu haben, 49 Prozent gaben 3 bis 5 Personen an und 19 Prozent gaben ein größeres soziales Netz (>6 Personen) an, auf das sie sich bei persönlichen Problemen verlassen können.

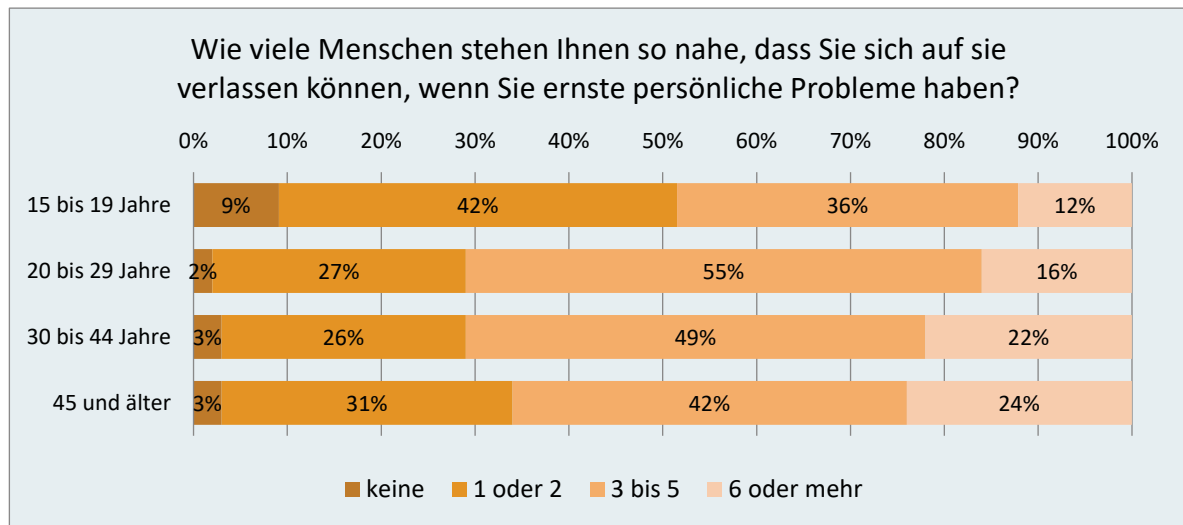
Abbildung 39: Anzahl der nahestehenden Personen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung



Quelle: GÖG

Die jüngste Altersgruppe hatte im Vergleich zu den anderen Altersgruppen eher weniger nahestehende Personen: 42 Prozent dieser Altersgruppe gaben an, 1 bis 2 Personen zu haben, auf die sie sich verlassen können, 9 Prozent gaben an, dass es keine ihnen nahestehende Person in ihrem Umfeld gebe. In den Altersgruppen ist die Anzahl der Personen etwa gleich verteilt. So gaben 2 bis 3 Prozent an, keine Person in ihrem Umfeld zu haben, etwas weniger als die Hälfte gab 3 oder mehr Personen an. Etwa je ein Drittel der Altersgruppen ab 20 Jahren gab an, 1 bis 2 Personen im Umfeld zu haben, auf die sie sich verlassen können. Der Anteil der 20- bis 44-jährigen Personen, die 3 oder mehr ihnen nahestehende Personen anführten, lag bei 71 Prozent, bei den ab 45-jährigen bei 66 Prozent.

Abbildung 40: Anzahl der nahestehenden Personen nach Alter



Quelle: GÖG

Peer-Beratung und Online-Communitys

Ergebnisse aus den Einzelinterviews

In den Einzelinterviews gaben einige Personen an, dass Peer-Beratung eine große Rolle für sie spiele, auch in Bezug auf ihre Gesundheit. Hervorgehoben wurde der Austausch mit Personen, die ähnliche und/oder gleiche Erfahrungen machen. Als wichtig bewertet wurde, dass Personen zuhören, die mit bestimmten Situationen vertraut sind. Auch zu erfahren, dass Erfahrungen nicht immer individuell sind, sondern oftmals mit Unwissen und/oder Unsicherheit sowie systematischer gesellschaftlicher Abwertung zu tun haben, helfe laut Aussage einer interviewten Person, mit Situationen besser zurechtzukommen. Darüber hinaus schaffe das Wissen, dass es Peer-Beratung als Ressource gibt, Sicherheit. Einige der Interviewpersonen waren selbst in der Peer-Beratung tätig und/oder leiteten Selbsthilfegruppen.

Online-Communitys und soziale Netzwerke

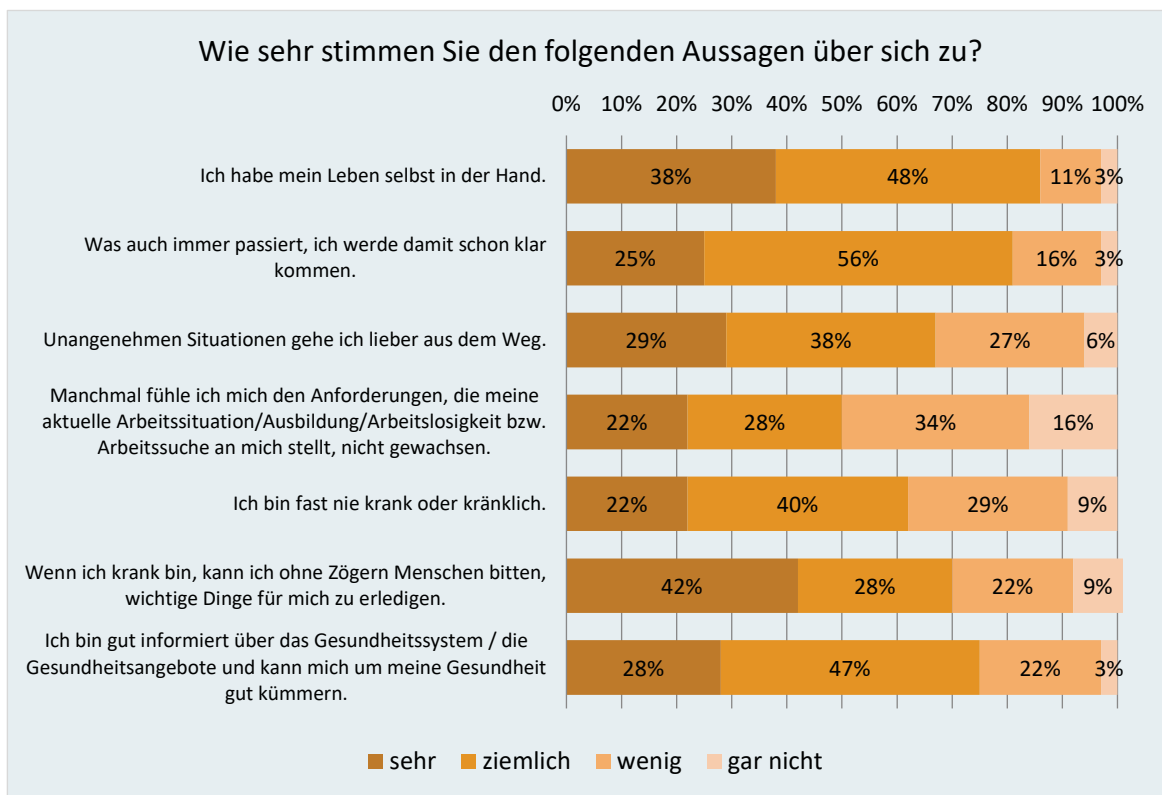
In den Einzelinterviews wurden soziale Medien und insbesondere Online-Communitys als wichtige Ressourcen für die Gesundheit thematisiert. Sie werden als sehr niederschwellige Möglichkeit zur Vernetzung und zum Erfahrungs- sowie

Informationsaustausch gesehen. Auch die mit Online-Aktivitäten verbundene Anonymität bewerteten einige Interviewpersonen als positiv. In den Online-Communitys findet Austausch über Erfahrungen mit sowie Empfehlungen von (LGBTIQ+-freundlichen) Ärzt:innen und für Selbsthilfe, aber auch für Bekleidungs-geschäfte, Frisör:innen, Nagelstudios etc. statt. Darüber hinaus wurde der Informationsaustausch zu Themen rund um Kostenübernahmen und Krankenkasse mehrmals erwähnt. Einige Interviewpersonen wiesen darauf hin, dass die Online-Community und soziale Medien während der Coronapandemie von Bedeutung waren, um sich beispielsweise trotz Einschränkungen nicht einsam zu fühlen.

Selbstwirksamkeit

Ähnlich wie soziale Netzwerke bildet für die psychische Gesundheit eine ausgeprägte Selbstwirksamkeit einen Schutz- bzw. Resilienzfaktor gegenüber belastenden Situationen. Folgende Informationen in Verbindung mit Selbstwirksamkeit wurden von den Befragten angegeben.

Abbildung 41: Zustimmung zu Aussagen in Bezug auf die eigene Selbstwirksamkeit



Quelle: GÖG

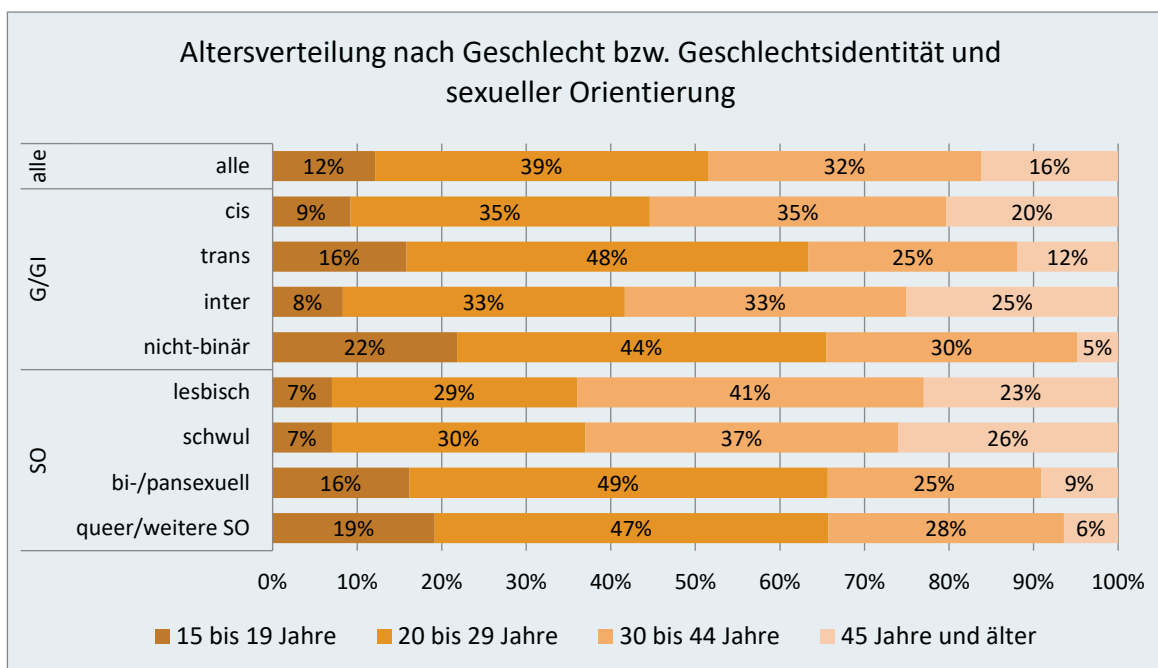
3.2.7 Soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren auf Gesundheit

Soziale Rahmenbedingungen sind in Bezug auf Gesundheit von wesentlicher Bedeutung. So ist soziale Benachteiligung oftmals mit einem schlechteren Gesundheitszustand verbunden (Statistik Austria 2020b). Soziodemografische und sozioökonomische Determinanten der Stichprobe werden im Folgenden beschrieben.

Alter und Staatsbürgerschaft

Bei den Teilnehmenden der Onlinebefragung handelte es sich um eine vorwiegend jüngere Personengruppe. Mehr als zwei Drittel (71 %) der Befragten²⁵ waren zwischen 20 und 44 Jahre alt, 12 Prozent waren zwischen 15 und 19 Jahre alt und 16 Prozent waren über 45 Jahre alt. Die Altersspanne lag bei 15 bis 79 Jahre.

Abbildung 42: Alter nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung



Quelle: GÖG

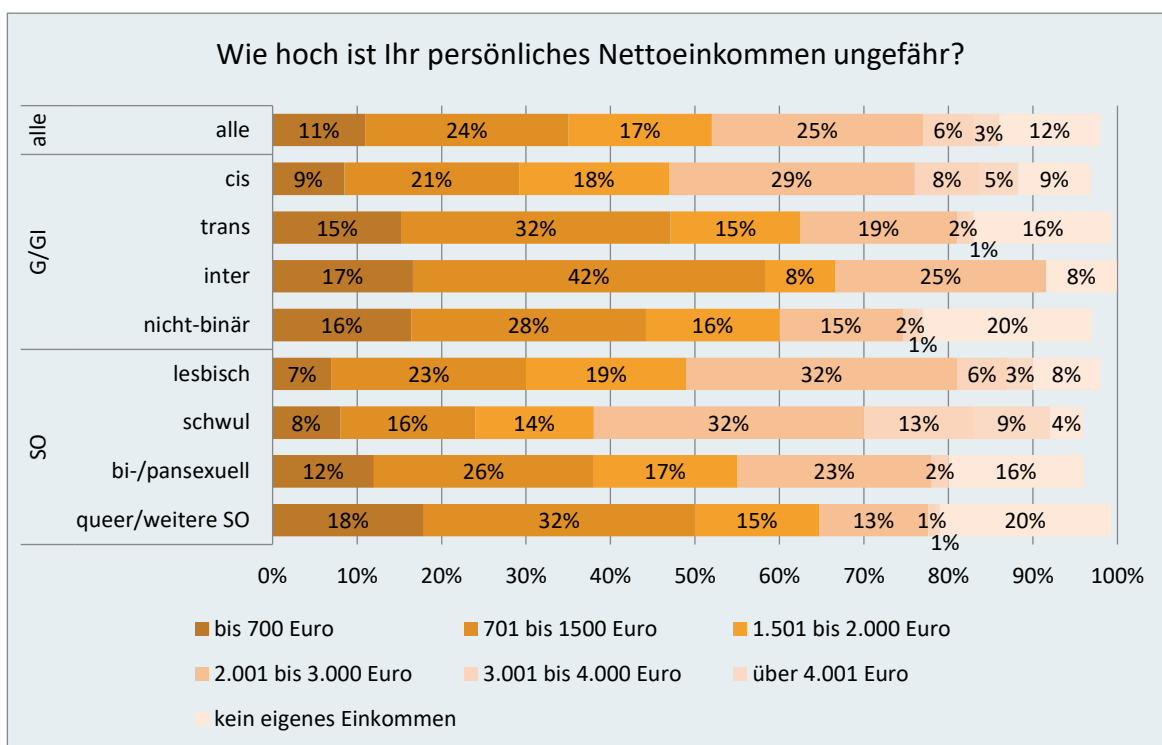
89 Prozent aller Teilnehmenden gaben an, die österreichische Staatsbürgerschaft zu haben. Dies verteilt sich etwa gleichermaßen über alle soziodemografischen Merkmale.

²⁵ n = 1.047

Einkommen

Die ökonomische Situation von Personen beeinflusst die soziale Integration, die soziokulturelle Teilhabe sowie das gesundheitliche Wohlbefinden. Von Armut betroffene Menschen haben häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand und gesundheitliche Beschwerden (Statistik Austria 2020b).

Abbildung 43: Nettoeinkommen nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung

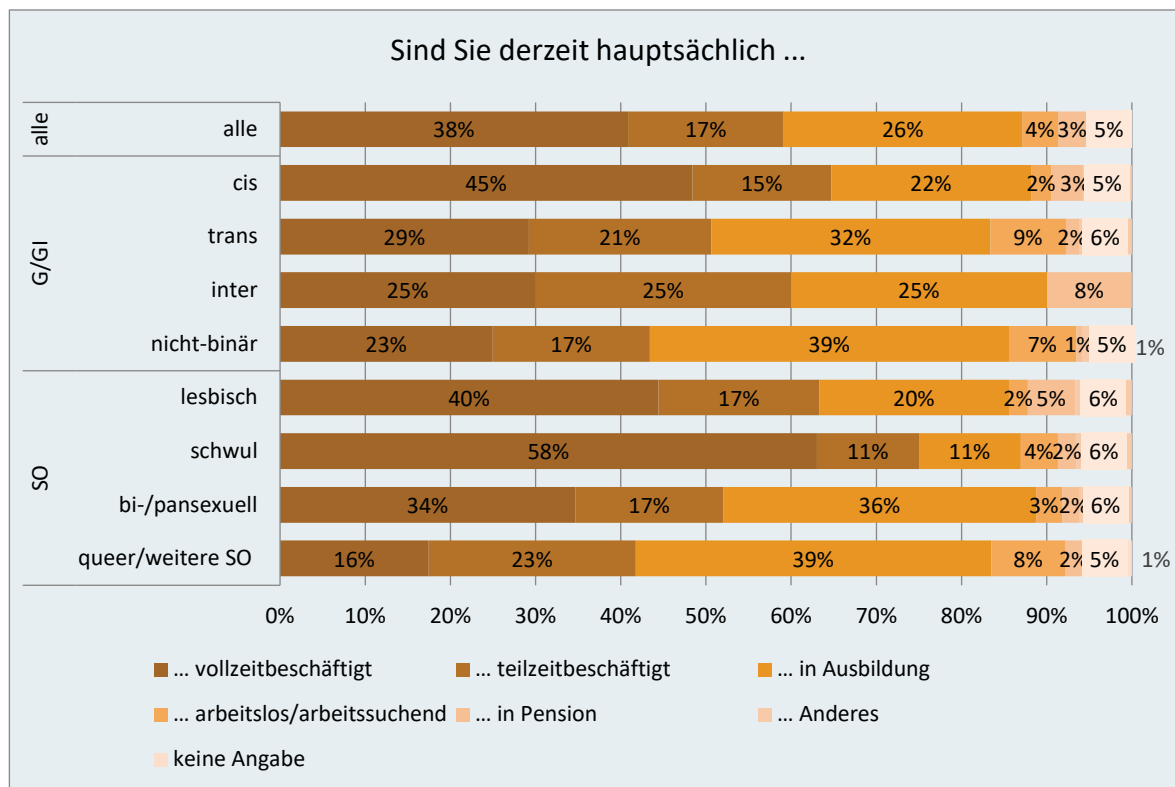


Quelle: GÖG

Erwerbs- und Arbeitssituation

Insgesamt waren 62 Prozent der Befragten erwerbstätig. Etwas mehr als ein Drittel aller Befragten gab an, Vollzeit (mind. 35 Stunden/Woche) zu arbeiten, 17 Prozent waren teilzeitbeschäftigt (weniger als 35 Stunden/Woche) und 7 Prozent selbstständig erwerbstätig. In Ausbildung befanden sich laut eigener Angabe 26 Prozent der Befragten (2 % Lehrausbildung, 24 % Schule, Studium o. Ä.). Einige Teilnehmende waren in Elternkarenz (1 %), arbeitslos (11 %), auf Arbeitssuche (4 %), in Pension (4 %) oder in einer nicht angeführten Erwerbssituation (4 %).

Abbildung 44: Status der Erwerbstätigkeit nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung



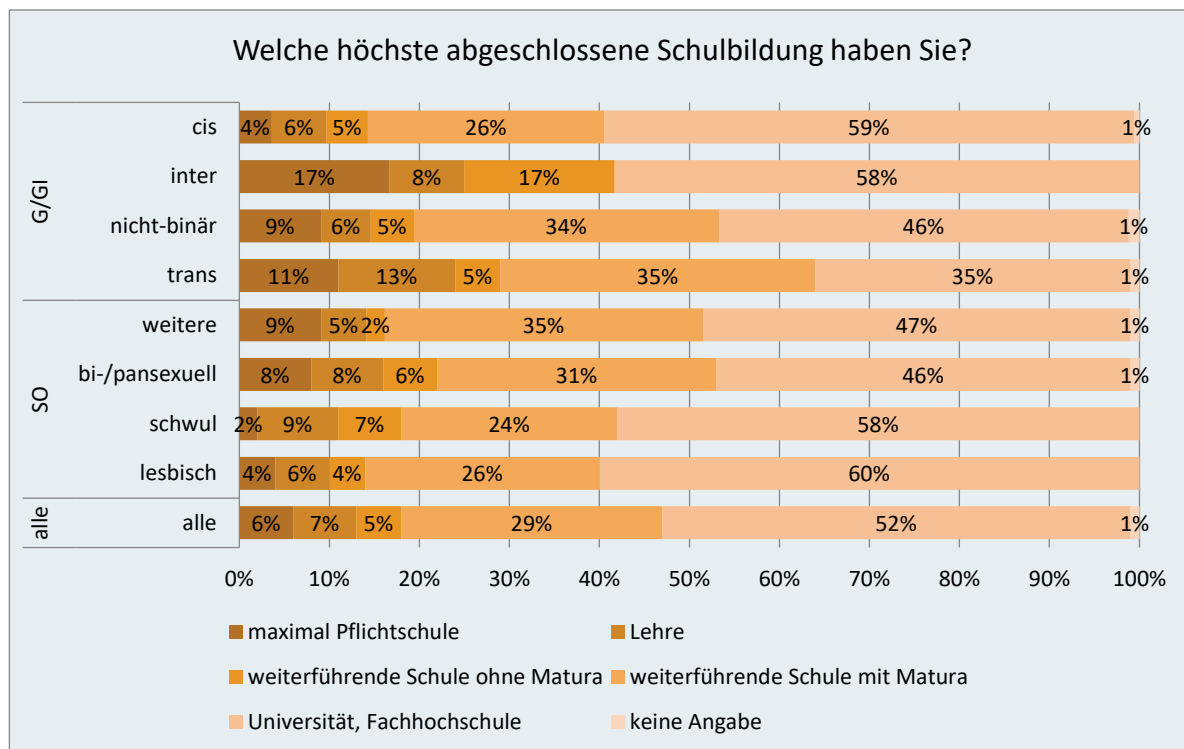
Quelle: GÖG

Höchste abgeschlossene Schulbildung

Bildung ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Darüber hinaus beeinflusst sie die Ermöglichungschancen für soziale, kulturelle und politische Teilhabe. Über Bildung werden zudem gesundheitsrelevante Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen vermittelt, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise prägen. Darüber hinaus beeinflusst die Höhe des Bildungsabschlusses die Chancen am Arbeitsmarkt. Arbeitsbezogene körperliche und psychische Belastungen hängen mit dem Bildungsstatus zusammen (Statistik Austria 2020b).

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (52 %) hatte als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss. Etwas weniger als ein Drittel (29 %) gab eine weiterführende Schule mit Matura an, 5 Prozent eine weiterführende Schule ohne Matura, 7 Prozent eine Lehre und 6 Prozent hatten maximal die Pflichtschule abgeschlossen.

Abbildung 45: Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung



Quelle: GÖG

Wohnsituation und Haushaltzusammensetzung

In Österreich lebt mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Städten. Das Leben in Städten bietet grundsätzlich mehr Möglichkeiten in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung, Anonymität, den Zugang zu verschiedensten Communities, Safer Spaces und weitere Möglichkeiten, die oft unabhängiger von sozialer Kontrolle sind als im ländlichen Raum (Statistik Austria 2020b). An politischen Wahlergebnissen zeigt sich regelmäßig, dass die städtische Bevölkerung tendenziell toleranter ist als die Bevölkerung im ländlichen Raum. Andererseits ist das Leben in der Stadt von Faktoren begleitet, die sich auch negativ auf die Gesundheit auswirken können, wie eine höhere Bevölkerungsdichte, stärkere Umweltverschmutzung, mehr Verkehrslärm sowie eine höhere Feinstaubbelastung (Statistik Austria 2020b).

Mehr als zwei Drittel der Befragten (71 %) leben in urbanen Zentren und städtischen Regionen (ab 100.001 EW). Jede zehnte teilnehmende Person gab an, in einem Raum mit mittlerer Besiedlungsdichte (10.001 bis 100.000 EW) zu leben, jede vierte lebt in dünn besiedelten Regionen bzw. im ländlichen Raum.

Haushaltszusammensetzung

In etwa ein Drittel aller Befragten wohnte zum Zeitpunkt der Befragung allein. Ein weiteres Drittel wohnte in anderen Wohnkonstellationen (z. B. Wohngemeinschaft, mit mehreren Partner:innen, bei den Eltern o. Ä.). Mit Partner:in(-nen) und ohne Kind(-er) lebten 30 Prozent der Teilnehmenden. 5 Prozent der Teilnehmenden gaben an, mit Partner:in und Kind(-ern) zu wohnen, 1 Prozent lebte mit Kind(-ern) und ohne Partner:in(-nen).

Krankenversicherung

Über eine gesetzliche Krankenversicherung verfügen 99 Prozent der Befragten, 25 Prozent haben darüber hinaus eine private Zusatzversicherung und 1 Prozent ist nicht versichert. Je ein Drittel der schwulen (31 %) und der lesbischen (30 %) Personen gaben an, privat Zusatzversichert zu sein. Private Zusatzversicherungen sind mit einem erheblichen finanziellen Aufwand verbunden. Etwa ein Drittel der Personen mit einem Nettoeinkommen zwischen 2.000 und 3.000 Euro und 43 Prozent mit einem Einkommen von über 3.000 Euro gaben an, eine private Zusatzversicherung zu haben. 15 Prozent der Personen mit einem Einkommen unter 1.500 Euro und 23 Prozent der Personen mit einem Einkommen bis 2.000 Euro gaben an, eine private Zusatzversicherung zu haben. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in Österreich Zusatzversicherungen keine Kosten für eine transspezifische Gesundheitsversorgung übernehmen.

4 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Für Österreich sind im vorliegenden LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022 erstmals gesundheitliche Themen von LGBTIQ+-Personen in einem Bericht zusammengefasst. Zur Kontextualisierung im europäischen Raum zu LGBTIQ+-Gesundheitsaktivitäten wurden anhand von Recherchen und E-Mail-Anfragen innerhalb von Europa 33 nationale Gesundheitsbefragungen aus 18 europäischen Ländern und 15 nationale Aktionspläne identifiziert. In insgesamt 9 europäischen Ländern (Belgien, Dänemark, Frankreich, Irland, Litauen, Niederlande, Norwegen, Schweden und UK) liegen sowohl Gesundheitsbefragungen als auch Aktionspläne vor. Die Befragungen wurden in den letzten 15 Jahren durchgeführt, die Anzahl der Teilnehmenden rangierte von 300 bis zu 108.100 Personen. In den Befragungen wurden vorwiegend Informationen über Lebensbedingungen, Transidentität, Gesundheit sowie Wohlbefinden erhoben. In den Aktionsplänen teilten sich die Themen in 11 Bereiche: Gesundheit und Gesundheitswesen, Bildung und Schulwesen, Arbeitsumfeld und Arbeitsmarkt, Gesetze und Rechtsschutz, öffentlicher Dienst, Studien und Wissensgenerierung, Sportbereich, internationale Zusammenarbeit und Tourismus, Asyl und Migration, Gesellschaft und Medien, spezielle Beratungsangebote. In allen Aktionsplänen wurden Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit und Gesundheitswesen sowie Studien und Wissensgenerierung festgehalten, während Bereiche wie Sport und Sportvereine sowie Internationales und Tourismus am seltensten adressiert wurden. In Österreich wurde im Jahr 2017 eine Befragung zur Arbeitssituation von LGBTI-Personen publiziert, in der jedoch Diskriminierung und nicht Gesundheit ein Schwerpunkt war (Markovic et al. 2022; Schönherr/Zandonella 2017). Eine weitere Studie befasste sich mit den Erfahrungen von transgender und nicht-binären Personen mit dem österreichischen Gesundheitssystem, sowie der Beziehung zwischen Patient:in und Ärzt:in (Markovic et al. 2021). Informationen zur gesundheitlichen Situation von LGBTIQ+-Personen liegen nun mit diesem Bericht vor.

4.1 Ergebnisse

Aus den Ergebnissen zeigt sich unter Berücksichtigung potenzieller Einflüsse (COVID-19-Pandemie, junge Teilnehmer:innen an der Erhebung), dass LGBTIQ+-Personen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen als die Bevölkerung im Durchschnitt in

der österreichischen Gesundheitsbefragung. Besonders auffallend ist dieser Unterschied bei den 15- bis 29-Jährigen.

Gesundheitszustand

Mehr als die Hälfte (60 %) der 1.047 an der quantitativen Erhebung teilnehmenden Personen gab an, mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zufrieden zu sein. Etwa ein Drittel (29 %) der Befragten bewertete den eigenen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“. Die Hälfte der befragten Personen führte an, in den letzten 12 Monaten eine Depression gehabt zu haben, mit ärztlicher Diagnose waren es 29 Prozent der Befragten. 53 Prozent der befragten inter*/intergeschlechtlichen Personen bzw. Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale gaben an, dass bei ihnen geschlechtsverändernde medizinische Eingriffe vorgenommen wurden, bei 38 Prozent geschah dies ohne die Zustimmung der Betroffenen. Zwei Drittel aller Befragten (66 %) gaben an, in den letzten 30 Tagen keine Zigaretten oder E-Zigaretten geraucht zu haben, 20 Prozent hatten im selben Zeitraum täglich oder fast täglich geraucht. 3 Prozent der Befragten gaben an, täglich oder fast täglich mehr als 2 Gläser Alkohol getrunken zu haben, etwa ein Drittel (36 %), mehrmals die Woche (1- bis 2-mal pro Woche) Alkohol zu trinken. Ein weiteres Drittel gab an, in den letzten 30 Tagen seltener Alkohol konsumiert zu haben. 28 Prozent der Befragten konsumieren laut eigener Angabe nie Alkohol. 7 Prozent der Befragten gaben an, täglich oder fast täglich rezeptpflichtige Schlaf- und/oder Beruhigungsmittel einzunehmen, 7 Prozent tun dies seltener als 1- bis 2-mal pro Woche. 67 Prozent der Personen mit anderen sexuellen Orientierungen (queer, asexuell u. a.) und 54 Prozent der bi-/pansexuellen, 44 Prozent der lesbischen sowie 17 Prozent der schwulen Personen gaben an, sich bereits absichtlich selbst verletzt zu haben, ohne dabei sterben zu wollen. Je drei Viertel der Personen mit anderen sexuellen Orientierungen und der bi-/pansexuellen Personen hatten bereits einmal an Suizid gedacht, ohne ihn wirklich begehen zu wollen. 60 Prozent der lesbischen und mehr als die Hälfte der schwulen (53 %) Teilnehmenden hatten laut eigenen Angaben bereits Suizidgedanken. 69 Prozent der trans Personen und 63 Prozent der nicht-binären Personen sowie 32 Prozent der cis Personen gaben an, sich bereits absichtlich selbst verletzt zu haben, ohne dabei sterben zu wollen. In Bezug auf suizidale Gedanken sind die Anteile der trans, nicht-binären und intergeschlechtlichen Personen besonders hoch: 83 Prozent der trans, 75 Prozent der inter bzw. 85 Prozent der nicht-binären Personen gaben an, bereits einmal an Suizid gedacht zu haben, ohne Suizid wirklich begehen zu wollen. Mehr als die Hälfte der cis Personen hatte bereits Suizidgedanken.

Diskriminierungserfahrungen

Insgesamt gaben 89 Prozent der Befragten an, in mindestens einem der abgefragten Lebensbereiche diskriminiert worden zu sein. 12 Prozent gaben an, sich in den letzten 2 Jahren in allen Bereichen diskriminiert gefühlt zu haben. 54 Prozent der Befragten fühlten sich im Gesundheitsbereich selten diskriminiert. Besonders häufig von Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung betroffen waren laut eigener Angabe intergeschlechtliche und trans Teilnehmende. Am häufigsten waren die Teilnehmenden im Gesundheitsversorgungskontext mit unangebrachten Kommentaren (z. B. mit abwertenden, verletzenden Äußerungen oder Fragen) des medizinischen Personals konfrontiert. 29 Prozent der Teilnehmenden gaben an, vom medizinischen Personal bereits Erniedrigung, Demütigung oder Beleidigungen erlebt zu haben. Rund ein Viertel der Befragten gab an, dass ihre Ärzt:innen zu LGBTIQ+-spezifischen Gesundheitsthemen informiert seien, ein Drittel verneinte dies jedoch. Insgesamt gaben 49 Prozent der Befragten an, einen Gesundheitsbereich trotz gesundheitlichen Bedarfs vermieden zu haben. Etwas mehr als ein Viertel der Befragten gab an, bereits Fachärzt:innen vermieden zu haben aus Angst, nicht gut behandelt zu werden. Jede vierte Person hatte bereits Allgemeinmediziner:innen vermieden, jede fünfte Person Psychotherapeut:innen bzw. psychosoziale Unterstützungseinrichtungen sowie Kliniken oder Gesundheitszentren.

Gesundheitsversorgung

Etwa die Hälfte aller Befragten (52 %) gab an, mit der Gesundheitsversorgung zufrieden zu sein, etwa ein Drittel (33 %) war „mittelmäßig zufrieden“. 11 Prozent waren „eher unzufrieden“ und 5 Prozent waren „sehr unzufrieden“ mit der Gesundheitsversorgung. Basierend auf Ergebnissen der Einzelinterviews wird der Zugang zum Gesundheitssystem neben Empfehlungen durch Familie und/oder Freund:innen bzw. Zufallsfunden auch mehrfach über queermed.at und Empfehlungen durch Peers bzw. Online-Communitys gesucht. Letztere bieten nach Angaben der interviewten Personen auch die Möglichkeit, Erfahrungen aktiv auszutauschen und im Vorfeld sicherzustellen, dass Arztpraxen Safer Spaces, also sichere Orte für LGBTIQ+-Personen, sind. Drei Viertel der befragten Personen gaben an, sich bei allgemeinen gesundheitlichen Fragen an ihre Hausärzt:innen bzw. an Allgemeinmediziner:innen zu wenden, jedoch nur ein Viertel tut dies bei LGBTIQ+-spezifischen Gesundheitsfragen. 59 Prozent der Befragten nutzen bei gesundheitlichen Fragen, welche die Sexualität, die Geschlechtsidentität und/oder die Geschlechtsmerkmale betreffen, Websites bzw. soziale Medien.

In den Einzelinterviews berichteten alle Personen mit Transitionserfahrung von einer besonders prekären Lage in der Gesundheitsversorgung. Oftmals gibt es in der Umgebung

nur wenige Ärzt:innen, welche die für Behandlungen und für die Personenstandsänderung benötigten Gutachten ausstellen oder über ausreichende Kenntnisse in trans-spezifischen Gesundheitsthemen verfügen. Transition ist ein (finanziell, zeitlich und emotional) überaus ressourcenintensiver Prozess und im Falle einer juristischen und medizinischen Transition ist dieser Prozess unweigerlich mit dem Kontakt zu Gesundheitsdienstleister:innen verbunden.

Gesundheitsförderliche Faktoren

Soziale Netzwerke gelten als gesundheitlicher Schutzfaktor und sie können die Resilienz von Menschen mit Ausgrenzungserfahrungen unterstützen. 29 Prozent der Befragten gaben an, 1 bis 2 ihnen nahestehende Personen zu haben, 49 Prozent gaben 3 bis 5 Personen an und 19 Prozent gaben ein größeres soziales Netz (>6 Personen) an, auf das sie sich bei persönlichen Problemen verlassen können. In den Einzelinterviews merkten einige Personen an, dass Peer-Beratung eine große Rolle für sie spiele – auch in Bezug auf ihre Gesundheit. Hervorgehoben wurde der Austausch mit Personen, die ähnliche und/oder gleiche Erfahrungen machen. Als wichtig bewertet wurde, dass Personen zuhören, die mit bestimmten Situationen vertraut sind. Soziale Medien und insbesondere Online-Communitys wurden als wichtige Ressource für die Gesundheit thematisiert. Sie werden als sehr niederschwellige Möglichkeit zur Vernetzung und zum Erfahrungs- sowie Informationsaustausch gesehen. Auch die mit Online-Aktivitäten verbundene Anonymität bewerteten einige Interviewpersonen als positiv.

Für die Befragten hat ein auf LGBTIQ+-Themen sensibilisiertes und geschultes Personal für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen eine hohe Bedeutung. Dabei sind Kenntnisse zu LGBTIQ+-Themen zwar wichtig, allerdings steht für die Befragten eine generell wertschätzende und respektvolle Haltung gegenüber den Aufsuchenden im Vordergrund.

4.2 Empfehlungen

Ein umfassender Überblick über mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen und lebensbezogenen Situation von LGBTIQ+-Personen findet sich im Anhang. Darin sind, gegliedert nach insgesamt 11 intersektoralen Bereichen, über 250 mögliche Maßnahmen gelistet, die zur Umsetzung gewählt werden könnten (siehe Anhang – Rechercheergebnisse). Es handelt sich dabei um eine sehr umfassende Darstellung der Ergebnis-

se aus der Recherche in Kapitel 2, die in ihrer thematischen Breite weit über den Zuständigkeitsbereich des BMSGPK hinausreichen.

Aufgrund des bislang geringen Datenmaterials aus Österreich weitere Studien zu LGBTIQ+-Themen zur Datengenerierung umgesetzt werden, sodass zukünftig belastbare Evidenz für politische Entscheidungen zur Verfügung steht. Eine LGBTIQ+-konforme Datenerfassung (nach SOGIESC-Kriterien – sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, Geschlechtsmerkmale) sollte vor allem auch in bestehende gesundheitsbezogene Befragungen (u. a. österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS, HBSC, HLS-EU) integriert werden. Vor einem „Follow-Up“ der vorliegenden Befragung sollten nationale Expert:innen und relevante Organisationen bereits in der Konzipierungsphase mit eingebunden werden.

Internationalen Beispielen folgend könnte zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und der Lebensbedingungen von LGBTIQ+-Personen in Österreich ein Aktionsplan angedacht werden. Im Sinne eines Health-in-all-Policies-Ansatzes sollten Maßnahmen für LGBTIQ+-Personen über Politikbereiche hinweg formuliert werden. Eine Grundlage für einen entsprechenden Plan könnten die im Anhang gelisteten Maßnahmen bieten.

Die folgenden Empfehlungen ergeben sich aus der Erhebung, die im Rahmen des LGBTIQ+-Gesundheitsberichtes durchgeführt wurde. Aus der unmittelbar gesundheitsbezogenen Perspektive und anknüpfend an den LGBTIQ+-Gesundheitsbericht sollten möglichst zeitnah kurz- und mittelfristige Maßnahmen zur Sensibilisierung des Gesundheitspersonals bzw. der Gesundheitsberufe sowie ein Gesundheitsförderungsprogramm für Coming-out-Prozesse und Transitionsprozesse konzipiert und pilotiert werden. Die Ergebnisse des Berichts können für die Erarbeitung von Konzepten herangezogen werden. Die Maßnahmen sollten möglichst rasch dazu beitragen, den Prozess voranzutreiben, innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems Bewusstsein für die gesundheitliche Versorgung von LGBTIQ+-Personen zu schaffen, um einen diskriminierungsfreien und gesicherten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Für den Gesundheits- und Sozialbereich ist zudem von Bedeutung, dass die Themen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in die Curricula der Bereiche Medizin, Betreuung und Pflege aufgenommen werden. Darüber hinaus sollte das (Weiter-) Bildungsangebot für alle Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu den Themen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt intensiviert werden.

Des Weiteren wird eine Sensibilisierung in der Medizin sowie in der Öffentlichkeit empfohlen, um ein Bewusstsein für die Trennung von Identitäten und individuellem (Risiko-)Verhalten zu erhöhen. Es wird auch empfohlen, die österreichischen "Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transexualismus nach der Klassi-

fikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung“ (BMGF 2017) evidenzbasiert und nach internationalen Standards entsprechend der ICD-11-Klassifikation anzupassen. Eine Einbindung nationaler Expert:innen sowie Interessenvertretungen betroffener Patient:innen bzw. Bürger:innen wäre im Sinne partizipativer Prozesse förderlich. Dabei sollte sichergestellt werden, dass bürokratische Hürden und medizinisch nicht indizierte Barrieren abgebaut, sowie auch nicht-binäre Personen, die geschlechtsaffirmative Maßnahmen anstreben, berücksichtigt werden.

4.3 Limitationen

Der Bericht wurde mit dem Ziel erstellt, einen ersten Überblick zur gesundheitlichen Situation von LGBTIQ+-Personen zu gewinnen. Er unterliegt jedoch auch methodischen und inhaltlichen Limitationen. Diese sind vor allem auf knappe Zeit- und Kostenressourcen zurückzuführen. Im Prozess der quantitativen Erhebung zeigte sich, dass Kategorisierungen, Abgrenzungen und Gemeinsamkeiten der unter LGBTIQ+ zusammengefassten Personen zu komplexen Diskussionen führte. Damit die Erhebung stattfinden konnte, wurden die Gruppen nach sexueller Orientierung und nach Geschlechtsidentität erstellt. Darin finden jedoch Überschneidungen statt (z. B. Personen, die lesbisch und trans sind), insofern wurden Auswertungen in Hinblick auf die sexuelle Orientierung als auch auf die Geschlechtsidentität vorgenommen. Im Fragebogen der Erhebung wurde das Geschlecht, bzw. die Geschlechtsidentität einstufig erhoben. Die Kategorie „cis“ wurde nicht explizit erfasst und ist somit eine Fremdbezeichnung für Personen, die sich ausschließlich binär zugeordnet haben. Möglicherweise fallen unter diese Kategorie auch Teilnehmende mit Transitionserfahrung oder intergeschlechtliche Personen, die für die Bezeichnung ihres Geschlechts, bzw. ihrer Geschlechtsidentität „Mann“ oder „Frau“ gewählt haben und keine andere Bezeichnung für sich verwenden. Bei nachfolgenden Befragungen sollten sowohl Geschlecht als auch die sexuelle Orientierung mehrstufig erhoben werden. Das Responseverhalten zeigte ebenso eine Limitation. Bestimmte Gruppen (wie zum Beispiel intergeschlechtliche Personen) nahmen an der Erhebung kaum teil: Hier gab es lediglich 14 Teilnehmende. Mit der Kategorisierung besteht das Risiko, dass gruppenspezifische Bedarfe sowie Lebensrealitäten übersehen werden. Die Befragung fand online, nur in deutscher Sprache und auch nicht in einfacher Sprache statt, womit der Zugang für Menschen ohne Onlinezugang/-Affinität, eher bildungsferne Personen und Menschen mit Migrationsgeschichte bzw. Fluchterfahrung nicht ausreichend niederschwellig war. Innerhalb der jeweiligen Gruppen von L, G, B, T und I konnte keine ausreichende Intersektionalität erhoben werden. Die Teilnehmer:innen hatten einen besonders niedrigen Altersschnitt, waren eher gut (aus-)gebildet und ökonomisch abgesichert. Die Ergebnisdarstellung fand

rein deskriptiv statt, es wurden keine statistischen Tests durchgeführt. Vergleiche mit der Gesamtbevölkerung sind nicht zu empfehlen, da die prozentuellen Anteile von LGBTIQ+-Personen in der Grundgesamtheit nicht bekannt sind (z. B. Altersverteilung). Wo Vergleiche (z. B. mit der österreichischen Gesundheitsbefragung) gemacht wurden, sind diese aufgrund möglicher Verzerrungen durch die Pandemie mit hoher Unsicherheit behaftet. An den qualitativen Interviews nahmen letztlich nur 10 Interviewpartner:innen teil. Für eine gezieltere und weitere Suche nach Teilnehmer:innen waren für den vorliegenden Berichtsprozess keine ausreichenden Ressourcen mehr vorhanden.

Inhaltlich wurden die Schwerpunkte auf die in der Literatur besonders häufig als Herausforderung genannten Themen eingegrenzt. Weitere wichtige Themen wie beispielsweise reproduktive und sexuelle Gesundheit, Kinderwunsch, Familie oder Fragen zu sexuell übertragbaren Krankheiten wurden nicht aufgenommen. Darüber hinaus wurde in der vorliegenden Befragung kaum auf gesundheitsförderliche und präventive Aspekte eingegangen. Diese sollten in der Forschung und im Fall von (epidemiologischen) Erhebungen berücksichtigt werden.

Für den Fall weiterführender Arbeiten wird als besonders wichtig erachtet, die unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe der jeweiligen Gruppen von L, G, B, T und I zu berücksichtigen. Sie können in eine LGBTIQ+-Gruppe nur sehr bedingt zusammengefasst werden. Ebenso sollte ein besonderer Fokus auf die Intersektionalität innerhalb der jeweiligen Gruppen gelegt werden, insbesondere ältere und soziökonomisch benachteiligte Personen sind in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die recherchierten Gesundheitsbefragungen	15
Tabelle 2: Übersicht über die Kategorien, die in den gefundenen Aktionsplänen behandelt werden.....	20
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung zur LGBTIQ+-Gesundheitsbefragung.....	28
Tabelle 4: Charakteristika der Interviewpartner:innen nach Alter, Geschlechtsangabe und Wohnregion.....	30
Tabelle 5: Gruppierungen der Geschlechtsidentitäten.....	32
Tabelle 6: Sexuelle Orientierung der Befragten.....	35
Tabelle 7: Psychische Erkrankungen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung (mit und ohne Diagnose durch med. Personal).....	44
Tabelle 8: Merkmale der Diskriminierung nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung, in Prozent	57
Tabelle 9: Positive und negative Erfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.....	76

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität der Befragten.....	31
Abbildung 2: Sexuelle Orientierung der Befragten	33
Abbildung 3: Sexuelle Orientierung der Befragten nach Alter	34
Abbildung 4: Sexuelle Orientierung der Befragten nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität.....	35
Abbildung 5: Subjektive Gesundheitseinschätzung der Befragten nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung	37
Abbildung 6: Subjektive Gesundheitseinschätzung der Befragten nach Alter	38
Abbildung 7: Subjektive Gesundheitseinschätzung im Vergleich zur österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS)	38
Abbildung 8: Subjektive Gesundheitseinschätzung im Vergleich zur österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS) nach Alter.....	39
Abbildung 9: 12-Monats-Prävalenz chronischer Erkrankungen (ohne Schlaganfall und Herzinfarkt).....	41
Abbildung 10: Dauerhafte körperliche oder psychische Erkrankung nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung	42
Abbildung 11: Konsumverhalten nach Suchtmittel und Häufigkeit des Konsums in den letzten 30 Tagen	45
Abbildung 12: Häufigkeit des Zigaretten- bzw. E-Zigarettenkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung	47
Abbildung 13: Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung.....	48
Abbildung 14: Konsumverhalten hinsichtlich rezeptpflichtiger Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel nach Alter.....	49
Abbildung 15: Selbstverletzendes und suizidales Verhalten nach Geschlecht/Geschlechtsidentität	51
Abbildung 16: Selbstverletzendes und suizidales Verhalten nach sexueller Orientierung... 52	
Abbildung 17: Selbstverletzendes und suizidales Verhalten nach Alter	53
Abbildung 18: Selbstverletzendes Verhalten und suizidale Gedanken nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Anzahl der erlebten oben genannten Situationen.....	54
Abbildung 19: Diskriminierungserfahrungen nach Häufigkeit und Lebensbereichen	55
Abbildung 20: Diskriminierungserfahrungen in den abgefragten Lebensbereichen („selten“, „manchmal“, „häufig“).....	56
Abbildung 21: Diskriminierungserfahrung nach Merkmalen.....	57

Abbildung 22: Diskriminierungserfahrung im Gesundheitsbereich nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung	59
Abbildung 23: Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)	60
Abbildung 24: Abweisung / keine Behandlung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)	61
Abbildung 25: Druck, sich bestimmten Maßnahmen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zu unterziehen, nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)	62
Abbildung 26: Unangebrachte Kommentare des medizinischen Personals bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)	63
Abbildung 27: Erniedrigung/Demütigung/Beleidigungen durch das medizinische Personal bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Geschlecht /Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)	64
Abbildung 28: Verbindung von Diagnosen/Behandlungen mit GI, SO oder VdG ohne Grund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (ohne Antwortkategorie „nie“)	65
Abbildung 29: Diskriminierungserfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung und Häufigkeit (mindestens „selten“)	66
Abbildung 30: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Ich kann meinen Ärzt:innen alle Fragen offen stellen, die mich beschäftigen.....	67
Abbildung 31: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Meine SO, GI oder VdG werden nicht als Krankheit bewertet.....	68
Abbildung 32: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Ich werde generell mit meinem richtigen Namen und Pronomen angesprochen.....	69
Abbildung 33: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Meine Ärzt:innen sind zu LGBTIQ+-spezifischen Gesundheitsthemen informiert.....	70
Abbildung 34: Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen: Ich musste meine Ärzt:innen über LGBTIQ+-spezifische Themen aufklären (z. B. medizinische oder rechtliche Aspekte, Lebenssituation).	71
Abbildung 35: Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit Gesundheitsdienstleistungen	73
Abbildung 36: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung	75

Abbildung 37: Hilfesuchverhalten bei gesundheitlichen Fragen	78
Abbildung 38: Inanspruchnahme transitionsspezifischer Gesundheitsangebote	79
Abbildung 39: Anzahl der nahestehenden Personen nach Geschlecht/Geschlechtsidentität bzw. sexueller Orientierung	82
Abbildung 40: Anzahl der nahestehenden Personen nach Alter	83
Abbildung 41: Zustimmung zu Aussagen in Bezug auf die eigene Selbstwirksamkeit.....	84
Abbildung 42: Alter nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung	85
Abbildung 43: Nettoeinkommen nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung	86
Abbildung 44: Status der Erwerbstätigkeit nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung.....	87
Abbildung 45: Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung	88

Literaturverzeichnis

- Allen, Eric (2019): Perceived discrimination and health: Paradigms and prospects. In: *Sociology Compass* 13/8:e12720.
- American Psychological Association (2008): Sexual Orientation & Homosexuality. [Online].
- Anderssen, N; Eggebo, H; Stubberud, E; Holmelid, O (2021): Sexual orientation, gender diversity and living conditions. Results from the survey 2020. [Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekar. Resultater fra sporreundersøkelsen 2020]. Bergen: Universität Bergen.
- Anderssen, N / Malterud, K (2013): Sexuelle Orientierung und Lebensbedingungen. [Seksuell orientering og levekar]. Bergen: uni Research Helse.
- Andresen, Sabine; Heyer, L; Lips, A; Schröer, W; Thomas, S; Wilmes, J (2021): Das Leben von jungen Menschen in der Corona-Pandemie: Erfahrungen, Sorgen, Bedarfe. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Aultman, B. (2014): Cisgender. In: *TSQ: Transgender Studies Quarterly* 1/1-2:61-62.
- Bachmann, C L / Gooch, B (2018): LGBT in Britain. Health report. London: Stonewall.
- Bindesbol Holm Johansen, K; Laursen, B; Juel, K (2015): LGBT-Gesundheit. Gesundheit und Wohlbefinden von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen [LGBT-sundhed. Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner]. Kopenhagen: Statens Institut for Folkesundhed.
- BMGF (2017): Empfehlungen für den Behandlungsprozess bei Geschlechtsdysphorie bzw. Transsexualismus nach der Klassifikation in der derzeit gültigen DSM bzw. ICD-Fassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (2017): Online Umfrage: Zur aktuellen Situation und Erfahrung von trans* und transsexuellen Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern sowie ihren Angehörigen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Collin, L.; Reisner, S. L.; Tangpricha, V.; Goodman, M. (2016): Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. In: *J Sex Med* 13/4:613-626.
- Crenshaw, Kimberle (1989): Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine (pp. 139–167). Chicago, IL: The University of Chicago Legal Forum.
- Degele, Nina (2008): *Gender / Queer Studies*. Brill | Fink, 282
- Dinos, S; Tay, N; Shipsey, F (2021): Health and health-related behaviours of lesbian, gay and bisexual adults. London: NHS Digital.
- Frohn, D; Meinhold, F; Schmidt, C (2017): Out im Office!? Sexuelle Identität und Geschlechtsidentität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz. Köln: Institut für Diversity- & Antidiskriminierungsforschung.
- Government Equalities Office (2018): National LGBT survey. Summary report. London: Government Equalities Office.
- Gransell, L / Hansen, H (2009): Gleich und verschieden? Lebensbedingungen von Homosexuellen, Bisexuellen und Transgender [Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår]. Kopenhagen: Center for Alternativ Samfundsanalyse.

- Haas, Sabine ; Antony, Daniela; Antony, Gabriele ; Sylvia, Gaiswinkler; Griebler, Robert; Marbler, Carina; Weigl, Marion; Winkler, Petra (2021): Soziale Faktoren der Pandemie. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Heidinger, M.; Tuerk, S.; Arbeitsgruppe Varianten der Geschlechtsentwicklung (2019): Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Henderson, Bruce (2019): Queer Studies : Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press, LLC.
- Higgins, A; Doyle, L; Downes, C; Murphy, R; Sharek, D; DeVries, J; Begley, T; McCann, E; Sheerin, F; Smyth, S (2016): The LGBTIreland Report. National study of the mental health and wellbeing of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people in Ireland. Dublin: Gay and lesbian equality network.
- Human Rights Center Estland (2021): Öffentliche Meinungsstudie zu LGBT [LGBT Avaliku Arvamuse Uuring]. Talin: Human Rights Center Estland.
- ILGA Europe (2014): Glossary. [Online].
- ILGA Portugal (2014): Gesundheit in Gleichheit: Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung und Leistungen für LGBT. [Saude em igualdade. Pelo acesso a cuidados de saude adequados e competentes para pessoas lesbicas, gays, bissexuais e trans]. Lissabon: ILGA Portugal.
- James-Hawkins, L; Booker, C; Bao, Y (2019): National LGBT Survey 2017: Healthcare amongst lesbian and bisexual women. Research report. London: Government Equalities Office.
- Kraus, F; Cebille, P; Piron, F (2019): Übersicht der LGBT-Phobien. Die Sichtweise von Franzosen auf Homosexualität und den Platz von LGBT in der Gesellschaft. [Observatoire des LGBT phobies. Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société]. Paris: Institute français d'opinion publique.
- Luhur, W / Engin, C (2020): Public opinion of transgender rights in Turkey. Los Angeles: The Williams Institute.
- Luhur, W; Krstic, I; Shaw, A (2021): Public opinion of transgender rights in Serbia. Los Angeles: The Williams Institute.
- Malterud, K / Anderssen, N (2014): Health among lesbian and bisexual women in Norway. [Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge]. Bergen: uni Research Helse.
- Markovic, L; McDermott, D T; Stefanac, S; Seiler-Ramadas, R; Iabloncsik, D; Smith, L; Yang, L; Kirchheiner, K; Crevenna, R; Grabovac, I (2021): Experiences and Interactions with the Healthcare System in Transgender and Non-Binary Patients in Austria: An Exploratory Cross-Sectional Study. In: Int J Environ Res Public Health 18/13.
- Markovic, L; Schönherr, D ; Zandonella, M ; Gil-Salmeron, A; Smith, L; McDermott, D; Yang, L.; Dorner, T E; Mües, H; Grabovac, I (2022): Associations between workplace characteristics and 'outness' in LGBTI workers in Austria. In: Occupational and Environmental Medicine 79/1:10.
- Mayock, P; Bryan, A; Carr, N; Kitching, K (2009): Supporting LGBT Lives: A Study of the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender people. Dublin: Gay and Lesbian Equality Network.
- McNeil, J; Bailey, L; Ellis, S; Morton, J; Regan, M (2012): Trans Mental Health Study 2012. Edinburgh: Scottish Transgender Alliance.

- Meyer, Ilan H. (2003): Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. In: Psychol Bull 129/:697.
- Motmans, J; de Biolley, I; Debunne, S (2009): Being transgender in Belgium. Mapping the social and legal situation of transgender people. Brüssel: Institute for the equality of women and men.
- Motmans, J; Wyverkens, E; Defreyne, J (2018): Being transgender in Belgium. Ten years later. Brüssel: Institute for the equality of women and men.
- Oii Europe What issues do intersex people face? [Online]. Oii Europe.
- ombudsman. Public Defender of Rights (2019): Being LGBT+ in the Czech Republic. Experiences of LGBT+ people with prejudices, discrimination, harassment and hate violence. Summary in English. Brunn: ombudsman. Public Defender of Rights.
- Oyenasova, Z; Havlicek, C; Makko, M (2017): Slowenische LGBT-Umfrage. Ergebnisbericht. [Celoslovenský LGBT prieskum. Správa o výsledkoch]. Bratislava: Initiative Inakost.
- Paul, Barbara / Tietz, Lüder (2016): Queer as ...: Verhandlungen von Praxen, Wissen und Politiken. In: Queer as - Kritische Heteronormativitätsforschung aus interdisziplinärer Perspektive. Hg. v. Barbara, Paul; Lüder, Tietz. Bielefeld: transcript Verlag 7-24.
- Pellicane, Michael J. / Ciesla, Jeffrey A. (2022): Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. In: Clinical Psychology Review 91/:102113.
- Pöge, K.; Dennert, G.; Koppe, U.; Güldenring, A.; Matthigack, B.; Rommel, A. (2020): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. In: Journal of Health Monitoring.
- Public Health Agency (2015): Health and health determinants for transgender people. A report on the health situation among transgender people in Sweden. [Hälsan och hälsans bestämningfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige]. Östersund: Public Health Agency.
- Public Health Agency (2020): Sexual and reproductive health and rights among lesbian, gay, bisexual and transgender people - Results from the SRHR2017 Population Survey. Östersund: Public Health Agency.
- Public Health Agency (2022): Sexual and reproductive health and rights among lesbian, gay, bisexual and transgender people - Results from the SRHR2017 Population Survey [Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor]. Östersund: Public Health Agency.
- Queer Lexikon (2017a): Agender. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- Queer Lexikon (2017b): Bisexualität. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- Queer Lexikon (2017c): Demigirl. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- Queer Lexikon (2017d): Omnisexualität. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- Queer Lexikon (2017e): Pansexualität. GLOSSAR. [Online] [Zugriff am 05.07.2022].
- Queer Lexikon (2017f): Polysexualität. [Online].
- Queer Lexikon (2019): Deadname. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- Queer Lexikon (2020): Transmaskulinität. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- regenbogenportal.de (2022): Pathologisierung. [Online]. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [Zugriff am 19.12.2022].

- Sauer, Arn (2018): LSBTIQ-Lexikon. Grundständig überarbeitete Lizenzausgabe des Glossars des Netzwerkes Trans*Inter*Sektionalität. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Schönherr, D / Zandonella, M (2017): Arbeitssituation von LSBTI-Personen in Österreich. Wien: SORA.
- Silveri, Giada; Schimmenti, Simone; Prina, Eleonora; Gios, Lorenzo; Mirandola, Massimo; Converti, Manlio; Fiorillo, Andrea; Pinna, Federica; Ventriglio, Antonio; Galeazzi, Gian Maria; Sherriff, Nigel; Zeeman, Laetitia; Amaddeo, Francesco (2022): Barriers in care pathways and unmet mental health needs in LGBTIQ + communities. In: International Review of Psychiatry 34/3-4:215-229.
- SOS homophobie (2015): National survey on bisexuality 2015 [Enquête nationale sur la bisexualité 2015]. Courbevoie: SOS homophobie.
- Stadt Wien (o. J.): Lesbisch, Schwul, Bi, Trans*, Inter*, Queer (LGBTIQ): Wien ist Regenbogenhauptstadt. [Online]. Die Fortschrittskoalition für Wien.
- Statistik Austria (2020a): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
- Statistik Austria (2020b): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Strizek, Julian; Busch, Martin; Puhm, Alexandra; Schwarz, Tanja; Uhl, Alfred (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum□ und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Swider, M / Winiewski, M (2019): Situation of LGBT persons in Poland. 2015-2016 report. Warschau: Campaign Against Homophobia.
- Tamulionytė, E / Zilvinskis, A (2019): Situation of transgender persons in Lithuania: National review. Vilnius: Ante Litteram.
- Taylor, N T / Brown, M P P (2017): Public opinion on transgender rights: Poland. Warschau: The Williams Institute.
- The Asexual Visibility & Education Network (2022a): The Gray Area. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- The Asexual Visibility & Education Network (2022b): Overview. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- TrIQ / VIMÖ (2020): INTER*. Informationen für Ärzt_innen, Therapeut_innen & andere pflegende und medizinische Berufsgruppen.
- TXJ (2020): Greygender. [Online] [Zugriff am 19.12.2022].
- van Beusekom, G / Kuyper, L (2018): LGBT Monitor 2018. The life situation of lesbian, gay, bisexual and transgender people in the Netherlands. Den Haag: The Netherlands Institute of Social Research.
- Walgenbach, Katharina (2014): Intersektionalität als Analyseperspektive heterogener Stadträume. In: Die intersektionelle Stadt. Hg. v. Elli, Scambor; Fränk, Zimmer. Bielefeld: transcript Verlag 81-92.

- WASt (2022): Definition sexueller Orientierungen: Homosexualität, Bisexualität, Heterosexualität. [Online]. Stadt Wien | Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten.
- Winlewski, M / Swider, M (2021): Situation of LGBT persons in Poland. 2019-2020 report. Warschau: Campaign Against Homophobia.
- World Health Organization (2014): Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.
- World Health Organization (2019a): Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. [Online] [Zugriff am 24.04.2023].
- World Health Organization (2019b): Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization.
- World Health Organization (2020): Basic documents. World Health Organization.
- World Health Organization (2022): Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022. In: World Health Organization.
- Zeeman, Laetitia; Sherriff, Nigel; Browne, Kath; McGlynn, Nick; Mirandola, Massimo; Gios, Lorenzo; Davis, Ruth; Sanchez-Lambert, Juliette; Aujean, Sophie; Pinto, Nuno; Farinella, Francesco; Donisi, Valeria; Niedźwiedzka-Stadnik, Marta; Rosińska, Magdalena; Pierson, Anne; Amaddeo, Francesco (2019): A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. In: European journal of public health 29/5:974-980.

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
FRA	Fundamental Rights Agency
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HOSI	Homosexuelle Initiative
IDAHO (BIT)	International Day Against Homophobia (Bi-, Inter- and Transphobia)
ILGA	International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association
IGLYO	International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Intersex Youth and Student Organisation
LGBTIQ	Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Inter*, Queer
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
n	Größe der Stichprobe
OII	Organization Intersex International
PrEP	Präexpositionsprophylaxe
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
s.	siehe
SO	sexuelle Orientierung
VdG	Variationen der Geschlechtsmerkmale
vgl.	vergleiche
WASt	Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten
WHO	World Health Organization

Anhang – Rechercheergebnisse

Die im folgenden gelisteten Rechercheergebnisse aus Kapitel 2 zu möglichen Maßnahmen stellen einen Überblick darüber dar, welche Maßnahmen in Zusammenhang mit LGBTIQ+ Gesundheit in diversen bereits bestehenden Berichten und Aktionsplänen aus einer Public Health Perspektive vorkommen. Der Vollständigkeit halber werden diese Ergebnisse im Anhang dargestellt.

Maßnahmen: Gesundheit und Gesundheitswesen

Schulungen der Fachkräfte

- Sensibilisierung und Schulung der Fachkräfte in Gesundheitseinrichtungen für LGBTIQ+-Themen
- Verbesserung und Erweiterung der Ausbildung der Fachkräfte in Bezug auf LGBTIQ+-Themen
- Fokussierte Sensibilisierung und Schulung der Fachkräfte in Einrichtungen zur psychischen Gesundheit
- Leitlinie zum respektvollen Vokabular für Fachkräfte in Gesundheitseinrichtungen
- Schulung von Pflegepersonal und Ärzt:innen im Bereich der Altenpflege
- Schulungen zum Sexual Health Adviser für DGKP
- Vernetzung und Beratung der Gesundheitsdienstleister:innen in Bezug auf Transgender-Themen
- Schulung von Gesundheitspersonal zu Inter*-Themen und Geschlechtervielfalt

Sexuelle Gesundheit

- Verbesserung der Versorgung und Gesundheitspolitik in Bezug auf HIV, AIDS und PrEP
- Kampagnen zur Verhinderung und Diskriminierung von Personen mit HIV, AIDS und anderen STDs
- Sammlung und Entwicklung von Materialien zur sexuellen und geschlechtlichen Entwicklung für junge LGBTIQ+-Personen
- Erweiterung der Verteilung von Gratiskondomen sowie kostenfreie Schwangerschaftsverhütung

Psychische Gesundheit

- Erstellung eines Ethikkodex im Bereich der psychischen Gesundheit

- Sensibilisierungskampagnen von LGBTIQ+-Personen in Bezug auf psychische Gesundheit
- Verbesserung der Suizidprävention (z. B. Kampagnen)
- Bekämpfung schädlicher Körperelbstbilder für junge LGBTIQ+-Personen

Trans Personen im Gesundheitswesen

- Aufbau eines Wissenszentrums für Transgender-Themen
- Erstellung bzw. Überarbeitung von Leitlinien²⁶ zur Behandlung von trans Personen
- Überarbeitung und Verbesserung des Transitionsprozesses für trans Personen
- Pilotprojekte zu multidisziplinären Begleitprozessen für trans Personen, die sich im Transitionsprozess befinden
- Kostenerstattung für spezifische Gesundheitsleistungen (Hormonbehandlung, Operationen) für trans Personen
- Zugang zu geschlechtsaffirmativen Maßnahmen schaffen, sodass die betroffenen Personen selbstbestimmt und informiert entscheiden können

Intergeschlechtliche Personen im Gesundheitswesen

- Erstellung von Listen sensibilisierter Gesundheitsdienstleister:innen für Inter*-Themen
- Informationsmaterial und Peer-Beratungsstellen für Eltern von intergeschlechtlichen Kindern
- Erstellung bzw. Überarbeitung von Leitlinien zur Behandlung von intergeschlechtlichen Personen unter Einbeziehung menschenrechtsbasierter Interessenvertretungen
- Medizinische Behandlung zur geschlechtlichen Normierung (von Neugeborenen und Kindern) verbieten
- Monitoring und Protokollierung von medizinischen Eingriffen bei intergeschlechtlichen Personen
- Zugang zur Patientenakte für intergeschlechtliche Personen ermöglichen
- Abhaltung einer Konferenz zum Thema Intergeschlechtlichkeit
- Community- und menschenrechtsbasierte Forschung zu Intergeschlechtlichkeit/VdG

Weitere Maßnahmen

- Dialog zwischen Gesundheitseinrichtungen und LGBTIQ+-Organisationen initiieren
- Erstellung von Leitlinien für Gesundheitsdienstleistungen für LGBTIQ+-Personen

²⁶ In Österreich sind dies folgende Empfehlungen für den Behandlungsprozess von trans Personen:
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5f11808e-71d3-434d-bc2c-566910ad1167/empfehlungen_transsexualismus2017.pdf [Zugriff am 22.02.2023]

- Einrichtung einer Person mit nationaler Beratungsfunktion für die Verbesserung der LGBTIQ+-Gesundheitsversorgung
- Verbesserung des Zugangs zu medizinischer Unterstützung bei Kinderwunsch
- Berücksichtigung fertilitätserhaltender Maßnahmen bei medizinischen Leistungen bei trans und inter Personen
- Nationale und internationale Klassifizierung von Transgender und Intergeschlechtlichkeit/VdG hinsichtlich potenzieller Pathologisierungen überprüfen und ggf. anpassen
- Adressierung der Themen von LGBTIQ+-Personen mit Behinderungen
- Gründung einer Gender Wellbeing Clinic (Gesundheitsdienstleistungen und Förderung des Wohlbefindens für transidente, intergeschlechtliche und nicht-binäre Personen)

Rechercheergebnisse zu verschiedensten Bereichen

Im Sinne einer Public Health Perspektive wirken sich Faktoren unterschiedlichster Lebensbereiche und Lebenssituationen auf die Gesundheit von Menschen aus. Das Spektrum reicht von allgemeinen gesellschaftlichen Strukturen bis hin zu konkreten Beratungsfragen. Der Vollständigkeit halber werden im Folgenden auch diese Rechercheergebnisse aus Kapitel 2 dargestellt.

Maßnahmen: Bildung und Schulwesen

Schulungen der Fachkräfte

- Sensibilisierung und Schulung von Fachkräften in Bildungseinrichtungen für LGBTIQ+-Themen
- Verbesserung und Erweiterung der Ausbildung der Fachkräfte im Bildungssystem
- Schulungen zu Regenbogenfamilien für Fachkräfte

Gewalt, Diskriminierung und Vielfalt

- Sensibilisierungskampagnen an Schulen für LGBTIQ+-Themen
- Sensibilisierungskampagnen gegen Gewalt an und Diskriminierung von LGBTIQ+-Personen
- Gewährleistung des Schutzes von LGBTIQ+-Mitarbeiter:innen und -Schüler:innen
- Prävention der sozialen Isolation von LGBTIQ+-Personen
- Erstellung einer Strategie zur Prävention von Bullying und Gewalttaten
- Förderung der inklusiven Sprache an Schulen
- Förderung der LGBTIQ+-Willkommenskultur an Schulen (Leitlinie)
- Einführung eines Qualitätssiegels für Einrichtungen im Bildungsbereich

- Erstellung einer Website mit Informationen über und Prävention von LGBTIQ+-Phobien für Lehrer:innen
- Informationsmaterialien und Website für junge LGBTIQ+-Personen
- Etablierung einer Hate Watch Group in jedem Schulbezirk
- Schulformulare anpassen, sodass geschlechtliche Vielfalt berücksichtigt wird
- Systematische Erkennung von Gewalt und Diskriminierung
- Organisation von Diversity Days in Sekundar- und Tertiärschulen
- Unterstützung von LGBTIQ+-Lehrer:innen
- Unterstützung von LGBTIQ+-Schüler:innen

Unterricht und Projekte

- Erstellung von Unterrichtsmaterialien zu LGBTIQ+-Themen, insbesondere Geschlechtervielfalt
- Prüfung und Überarbeitung der Lehrpläne, insbesondere jener für Gesundheits- und Sexualerziehung
- Erweiterung der LGBTIQ+-Lektüre in Schulbibliotheken
- Unterrichtsprojekte zu LGBTIQ+-Themen

Vernetzung

- Dialog mit Institutionen aus dem tertiären Bildungsbereich
- Vernetzung mit Elternvertretungen
- Vernetzung mit Schulbuchverlagen, um die Diversität in den Büchern zu erhöhen
- Unterstützung von Organisationen, die mit Schulen zusammenarbeiten und Projekte anbieten
- Etablierung einer Dialogstruktur zwischen Schulen und wichtigen Organisationen
- Angebot von Einzel- und Gruppencoachings
- Bekanntmachung der Schulpsychologie als Anlaufstelle für LGBTIQ+-Themen
- Regelmäßige Informationsveranstaltungen

Weitere Maßnahmen

- Förderung von partizipativen Lehr- und Forschungsprogrammen zu LGBTIQ+-Themen an Hochschulen
- Etablierung einer Ansprechperson pro Schule für Schulleiter:innen, Lehrer:innen und Schüler:innen
- Geschützte Räume der Begegnung und des Austauschs für LGBTIQ+-Schüler*innen schaffen
- Inklusion von LGBTIQ+-Themen bei Elternseminaren und -veranstaltungen
- Rekrutierungstage für LGBTIQ+-Personen an Universitäten
- Erstellung eines Masterplans für Vielfalt („Diversität“)

Maßnahmen: Arbeitsumfeld und Arbeitsmarkt

Gewalt, Diskriminierung und Vielfalt

- Externe und interne Sensibilisierungsmaßnahmen für Unternehmen
- Sensibilisierungsmaßnahmen von Gewerkschaften und Ausbildungsstätten
- Schulung von Arbeitsinspektor:innen
- Erstellung von Leitlinien gegen Diskriminierung
- Erstellung von Leitlinien zur Unterstützung von transidenten Personen am Arbeitsplatz
- Erstellung von Leitlinien zur Begleitung neuer LGBTIQ+-Arbeitnehmer:innen
- Erstellung von Leitlinien für ein gutes Diversitätsmanagement
- Inklusion von LGBTIQ+-Themen in Leitlinien zur Verhinderung von Bullying und sexueller Belästigung
- Überarbeitung von Formularen in Hinblick auf geschlechtliche Vielfalt
- Veranstaltungen für bestimmte Sektoren mit hohem Risiko für Diskriminierung und Gewalt (z. B. Taxi, Tourismus)
- Einrichtung einer Gleichstellungsstelle zur Bekämpfung von Diskriminierung
- Analyse möglicher Belohnungssysteme für Unternehmen mit gutem Diversitätsmanagement

Arbeitsvermittlung

- Kapazitätsausbau von Fachkräften in der Arbeitsvermittlung (Kompetenzentwicklung in LGBTIQ+-Themen)
- Verhaltenskodex zum Umgang mit LGBTIQ+-Arbeitssuchenden
- Förderung des Diversitäts- und Inklusionsgedankens beim Human-Resources-Personal
- Regionale Beratungsleistungen
- Adressierung vulnerabler LGBTIQ+-Arbeitssuchender

Vernetzung

- Ermutigung von Unternehmen zur Erarbeitung bzw. Übernahme einer Charta der Vielfalt
- Etablierung einer Dialogstruktur mit Arbeitnehmer:innen- und Arbeitgeber:innen-Vertretungen
- Identifikation von Vorbildern (Unternehmen, LGBTIQ+-Personen)
- Einrichtung eines LGBTIQ+-Arbeitnehmer:innen- und -Allies-Netzwerks
- Platzierung von LGBTIQ+-Themen bei großen Veranstaltungen
- Etablierung eines LGBTIQ+-Mentor:innen-Programms

Weitere Maßnahme

- Schulungen für Akteur:innen in der Aus- und Weiterbildungslandschaft

Maßnahmen: Gesetze und Rechtsschutz

Gesetzes- und Rechtsänderungen

- Revision des Strafgesetzes (Hasskriminalität, Gewalt)
- Adaption des Antidiskriminierungsgesetzes, bzw. Gleichstellungsgesetzes (Geschlechtsmerkmale, Trans- und Geschlechtsidentität)
- Adaption des Familienrechts und Adoptionsgesetzes (Anerkennung von Regenbogenfamilien und sozialer Elternschaft)
- Absicherung der medizinischen Versorgung von trans Kindern und Jugendlichen
- Adaption der Gesetzeslage zur assistierten Reproduktion
- Adaption der Gesetzeslage in Hinblick auf eingetragene Partnerschaft
- Adaption der Gesetzeslage für Medien
- Erstellung eines Gesetzes gegen Mobbing am Arbeitsplatz
- Gesetzliche Verankerung der Ausarbeitung und Umsetzung der Aktionspläne für die LGBTIQ+-Community
- Erleichterung von Personenstands- und Namensänderungen ohne medizinische Gutachten
- Gesetzlicher Rahmen zum Verbot von Konversionstherapien

Begleitprozesse

- Folgeabschätzung der Gesetzesänderungen
- Partizipationsprozesse für Gesetzesänderungen
- Abwägung, ob Pressedelikte zukünftig rechtlich bestraft werden sollen
- Etablierung einer Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Gesetzeslage
- Vernetzung mit NGOs für einen besseren LGBTIQ+-Rechtsschutz

Weitere Maßnahme

- Erarbeitung eines Aktionsplans zur emotionalen und sexuellen Gesundheit

Maßnahmen: Öffentlicher Dienst

Schulungen

- Schulungen von Fachkräften in der Rechtshilfe und -beratung
- Sensibilisierung und Schulung von Polizist:innen

- Überarbeitung der Ausbildung von Polizist:innen
- Sensibilisierung und Schulung von Fachkräften im Strafvollzug
- Sensibilisierung und Schulung von Fachkräften der Kindeswohlfahrt
- Sensibilisierung und Schulung von Politiker:innen
- Sensibilisierung und Schulung der Armee
- Überarbeitung der Ausbildung von Staatsanwält:innen und Richter:innen
- Kapazitätsausbau von Beamt:innen (Kompetenzen in LGBTIQ+-Themen)
- Ausbildung von Offizier:innen zum Thema LGBTIQ+-Rechte
- Informationskampagnen bei Standesämtern (eingetragene Partnerschaft)

Programme und Prozesse

- Verbesserung des Managements von Diskriminierungsbeschwerden
- Entwicklung einer Politik der Chancengerechtigkeit in den Behörden
- Verfolgung von gerichtlichen Entscheidungen hinsichtlich Hasskriminalität
- Überarbeitung der Formulare hinsichtlich Regenbogenfamilien
- Verbesserung der Strukturen zur Bekämpfung von Online-Hasskriminalität
- Präventionsprogramme gegen Vorfälle bei LGBTIQ+-Insassen im Strafvollzug
- Maßnahmen zur Stärkung des Vertrauens von LGBTIQ+-Personen in die Polizei
- Verbesserte Datensammlung zu Hasskriminalität
- Berücksichtigung von LGBTIQ+-Themen bei Leitfäden für den öffentlichen Dienst
- Prüfung und ggf. Verbesserung der LGBTIQ+-Kommunikation in der Regierung
- Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Regierung im Hinblick auf LGBTIQ+-Themenbereiche

Servicierung

- Hilfeleistungen für Opfer von Diskriminierung und Hasskriminalität
- Überprüfung der Reportingsysteme von Diskriminierungsfällen
- Anleitung für transidente Personen hinsichtlich Namens- und Personenstandsänderungen sowie für alternative Geschlechtseinträge für intergeschlechtliche Personen
- Vereinfachung der administrativen Gesetze bei einer Geschlechtsangleichung
- Informationskampagne zu Gesetzesänderungen

Vernetzung

- Regionale Koordinierungsgruppen in der Polizei
- Entwicklung eines Netzwerks von Spezialist:innen zu Diskriminierung und Gewalt
- Etablierung einer Watch Group für Hass im Netz
- Gesprächsrunden zwischen Zivilgesellschaft und offiziellen Stellen zur Bekämpfung von Homo-, Trans- und Interfeindlichkeit
- Studententag für Fachkräfte zum Thema LGBTIQ+

Weitere Maßnahmen

- Den öffentlichen Dienst als Vorbild für LGBTIQ+-Mitarbeiter:innen etablieren
- Implementierung einer geschlechtsneutralen Uniform bei der Polizei
- Leitfaden zum Schutz von sensiblen Daten (vor allem in Hinblick auf trans und intergeschlechtliche Personen)

Maßnahmen: Wissen und Studien

Studien zu Diskriminierung und Gewalt

- Studie zu sexueller Gewalt in den Untergruppen der LGBTIQ+-Community
- Studie zum Einfluss von LGBTIQ+-Feindlichkeit auf das Wohlbefinden von LGBTIQ+-Personen
- Studie zu Stereotypen und Akzeptanz von LGBTIQ+-Personen
- Studie zu Barrieren in der Arbeitswelt für LGBTIQ+-Personen
- Studie zu Barrieren im Sport für LGBTIQ+-Personen
- Studie zur Situation von LGBTIQ+-Personen im Strafvollzug
- Studie zu Konversionstherapie
- Studie über hemmende Faktoren der Hilfesuche bei Opfern von Hasskriminalität

Studien zu Kindern, Jugendlichen und Familien

- Studie zu LGBTIQ+-Feindlichkeit an Schulen
- Studie zur Gesundheit von LGBTIQ+-Schüler:innen
- Studie zum Wohlbefinden von jungen transidenten Personen
- Studie zu Eltern mit LGBTIQ+-Kindern
- Studie zur mentalen Gesundheit junger LGBTIQ+-Personen
- Studie zu den Auswirkungen der Geschlechternormierung bei Kindern und Jugendlichen

Studien zu Transgender- und Inter*-Themen

- Studie zu Lebensbedingungen von transidenten Personen
- Studie zu Opfern von Hasskriminalität unter transidenten und intergeschlechtlichen Personen
- Studie zu Lebensbedingungen von intergeschlechtlichen Personen
- Ländervergleichende Studie zum Impact der Überarbeitung der Rechtslage zur Geschlechtsänderung

Studien zu weiteren Themen

- Studie zu Herausforderungen und Stigmatisierung beim Coming-out

- Studie zu LGBTQ+-Repräsentation in den Medien
- Studie zu ländlichen Lebensbedingungen der LGBTQ+-Community
- Studie zum Arbeitsmarktzugang für LGBTQ+-Personen
- Studie zu Bedarfen von lokalen und internationalen LGBTQ+-Tourist:innen
- Studie zur Qualität von Gesundheitsdienstleistungen für LGBTQ+
- Studie zu geschlechtsspezifischen Folgen der Pandemie
- Studie zur Gesundheitsversorgung älterer LGBTQ+-Personen
- Studie zur Obdachlosigkeit von LGBTQ+-Personen

Nationale Surveys und Statistiken

- Erstellung von Geschlechterstatistiken zur sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität
- Inklusion von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität in nationalen Surveys
- Erfassung von Hasskriminalität und deren Ursachen
- Erfassung von Diskriminierung gegenüber Personen mit HIV/AIDS
- Erfassung von Diskriminierungsbeschwerden bei Transportunternehmen (Reisen)
- Inklusion von Akzeptanz und Einstellungen in Bezug auf LGBTQ+-Personen in nationalen Surveys
- Inklusion von LGBTQ+ in nationalen Opferstudien
- Inklusion von LGBTQ+ in Studien zum Arbeitsumfeld
- Inklusion von LGBTQ+ in Studien zur Gesundheit
- Inklusion von LGBTQ+ im Sportmonitor
- Erfassung von Statistiken zur Einnahme von PrEP

Weitere Maßnahmen

- Etablierung eines Lehrstuhls zu LGBTQ+-Hass und -Diskriminierung an der Universität
- Entwicklung eines umfassenden LGBTQ+-Forschungsprogramms
- Etablierung von jährlichen Forschungsforen
- Identifikation von Forschungs- und Datenlücken
- Erstellung einer Bibliografie von Werken zu LGBTQ+-Themen
- Etablierung eines nationalen Equality Index
- Systematische Sammlung von evaluierten und erfolgreichen Sensibilisierungsmaßnahmen
- Bestandsaufnahme von wissenschaftlichen Instrumenten zur Datensammlung
- Systematische Sammlung von Initiativen zu Geschlechtsdiversität
- Erstellung von Anleitungen, wie man Fragen zur Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung in Fragebögen am besten inkludiert

Maßnahmen: Sport und Sportvereine

Sportvereine

- Schulung und Sensibilisierung des Personals in Sportvereinen
- Etablierung eines Siegels für LGBTIQ+-freundliche Sportvereine
- Unterstützung von Sportbereichen, die LGBTIQ+-freundlich sind
- Erarbeitung von Regeln zum Umgang mit Diskriminierung in Sportvereinen
- Vernetzung von Sportvereinen mit dem Sportministerium und NGOs
- Veranstaltung von EuroGames (LGBTIQ+-Sportwettbewerben)

Leistungssport

- Schulung und Sensibilisierung des Personals
- Nationale Kampagne für LGBTIQ+-Equality im Sport
- Etablierung einer Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer LGBTIQ+-Strategie im Sport
- Vernetzung von Stakeholder:innen im Sportbereich
- Erstellung von Leitfäden zur Bekämpfung von LGBTIQ+-Phobien im Sportbereich
- Veranstaltung einer Konferenz zu Diskriminierung im Sportbereich
- Etablierung eines Dialogs mit Vertreter:innen der nationalen Sportteams
- Bekämpfung der Diskriminierung von LGBTIQ+-Athlet:innen
- Förderung der Teilnahme von LGBTIQ+-Athlet:innen bei Olympia und Paralympics

Maßnahmen: Internationales und Tourismus

Vernetzung und länderübergreifende Maßnahmen

- Unterstützung und Verbesserung der Lebensbedingungen von LGBTIQ+-Personen in anderen Ländern
- Organisation von und Teilnahme an Treffen mit LGBTIQ+-Organisationen aus anderen Ländern
- Internationale Förderung der Menschenrechte und Gleichbehandlung
- Förderung von internationalen Projekten zur Verbesserung der LGBTIQ+-Lebensbedingungen
- Aktive Beteiligung beim Human Rights Council (Diskriminierung von und Gewalt an LGBTIQ+)
- Mitgliedschaft in der Equal Rights Coalition
- Mitgliedschaft in der UN LGBTI Core Group
- Beitritt bzw. Verlängerung der Partnerschaft mit Rainbow Cities
- Teilnahme am IDAHO-Forum
- Aktive Beteiligung bei der Erarbeitung und Fortführung der EU-Strategien

- Teilnahme an europäischen Arbeitsgruppen
- Unterstützung der EU-Landkarte zur Gleichbehandlung
- Ausrichtung einer internationalen Konferenz zu LGBTQ+-Themen

Tourismus

- Richtlinie zur Erhöhung der Sichtbarkeit von LGBTQ+-Personen nach außen
- Ausrichtung einer Europride
- Attraktivierung des Landes als Tourismusziel für LGBTQ+-Personen
- Informationen und Beratung für Reisedestinationen für LGBTQ+-Personen (Sicherheit)
- Erstellung einer Landkarte für LGBTQ+-freundliche Orte²⁷

Maßnahmen: Asyl und Integration

Asyl

- Sensibilisierung und Schulungen der Fachkräfte in den Aufnahmezentren
- Spezielle Strukturen für LGBTQ+-Personen in Asylunterkünften
- Leitfaden für den Umgang mit LGBTQ+-Flüchtlingen für Fachkräfte in den Aufnahmezentren
- Gezielte Unterstützung von LGBTQ+-Flüchtlingen
- Spezielle Programme für junge LGBTQ+-Flüchtlinge
- Evaluierung des Asylprozesses für LGBTQ+-Flüchtlinge
- Verfahren zum Schutz von und Respekt für transidente und intergeschlechtliche Flüchtlinge

Integration

- Förderung der Rechte von LGBTQ+-Personen im Rahmen der Integration
- Etablierung einer LGBTQ+-Arbeitsgruppe
- Identifikation und Beachtung von medizinischen Problemen bei transidenten Personen, die sich gerade in der Transition befinden
- Integration der Rechte von LGBTQ+-Personen in Staatsbürgerschaftskursen
- Erstellung eines Integrationsprogramms für LGBTQ+-Migrant:innen

²⁷ In diesem Fall wäre auch eine Diskussion über eine mögliche Manifestierung von Stigmata relevant.

Maßnahmen: Gesellschaft und Medien

Sensibilisierung und Werte

- Sensibilisierungskampagnen zu Gleichstellung, Antidiskriminierung und Akzeptanz
- Sensibilisierungskampagne für LGBTIQ+-Personen zu ihren Rechten
- Sensibilisierungskampagnen zur Entstigmatisierung von Personen mit HIV
- Sensibilisierungskampagnen zu Regenbogenfamilien
- Sensibilisierungskampagnen zum Thema Intergeschlechtlichkeit/Variationen der Geschlechtsmerkmale
- Aufnahme wichtiger LGBTIQ+-Feiertage in die offizielle Liste wichtiger Feiertage
- Errichtung eines Monuments für LGBTIQ+-Opfer des Zweiten Weltkriegs und LGBTIQ+-Phobien
- Hissen von Regenbogenfahnen an öffentlichen Gebäuden und Orten
- Sammlung an LGBTIQ+-Werken in Büchereien
- Errichtung geschlechtsneutraler Toiletten in öffentlichen Bereichen
- Etablierung von öffentlichen Treffpunkten für junge LGBTIQ+-Personen (z. B. queere Jugendzentren)

Medien

- Schulung und Sensibilisierung von (angehenden) Journalist:innen in Bezug auf diskriminierungsfreie Darstellungen
- Entwicklung von Maßnahmen zur diskriminierungsfreien Darstellung von LGBTIQ+-Personen in den Medien
- Einführung eines Medienpreises für die beste LGBTIQ+-Berichterstattung
- Verbot von Hassreden in sozialen Medien

Unterstützung von Projekten und Veranstaltungen

- Förderungen von Projekten zur Gleichstellung
- Förderung von Projekten für junge LGBTIQ+-Personen
- Unterstützung von lokalen und regionalen Aktivitäten
- Unterstützung von Ausstellungen und Veranstaltungen zu LGBTIQ+
- Unterstützung von LGBTIQ+-Vereinen und -Verbänden
- Unterstützung von LGBTIQ+-Künstler:innen
- Unterstützung von LGBTIQ+-Netzwerken
- Vernetzung von Anbieter:innen, die Schulungen zu LGBTIQ+-Themen anbieten

Maßnahmen: Beratungsangebote

Beratungsstellen

- Etablierung von Beratungsstellen zu LGBTIQ+-Themen in allen Lebenslagen und Lebensphasen
- Förderung von existierenden LGBTIQ+-Beratungsstellen
- Supporthotline für Opfer von Diskriminierung und Gewalt mit entsprechend sensibilisiertem Personal
- Bewerbung der Beratungsservices für LGBTIQ+-Personen
- Beratungsleistungen werden partizipativ mit Mitgliedern der LGBTIQ+-Community erarbeitet.
- Förderung menschenrechtsbasierter und unabhängiger Peer-Beratung, gerade im Bereich Geschlechtervielfalt

Informationsplattformen

- Einrichtung von Informationsplattformen zu LGBTIQ+-Themen in allen Lebenslagen und Lebensphasen
- Erstellung einer digitalen Landkarte von LGBTI*-Beratungsangebote
- Überarbeitung der Websites der Regierung, sodass diese stärker LGBTIQ+-Themen inkludieren

Weitere Maßnahmen

- Notfallunterkünfte für LGBTIQ+-Personen
- Schulung von Personal in Notfallunterkünften
- Entwicklung einer App zur Meldung von Diskriminierungsvorfällen

Anhang – Fragebogen

22090 GÖG: Gesundheit und Gesundheitsversorgung von LGBTIQ+-Personen

Bislang weiß man wenig zu den gesundheitlichen Herausforderungen, mit denen lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intergeschlechtliche und queere Personen (LGBTIQ+) in Österreich zu tun haben. SORA führt deshalb im Auftrag der Gesundheit Österreich GmbH eine **Studie zur gesundheitlichen Situation von LGBTIQ+-Personen und zu ihren Erfahrungen im Gesundheitssystem** durch.

Jede Ihrer Antworten hilft uns, mehr darüber zu erfahren, wie LGBTIQ+-Personen im Gesundheitssystem besser unterstützt werden können. Der Fragebogen ist anonym, d.h. die Antworten können keiner Einzelperson zugeordnet werden.

Wir möchten die Chance nutzen, um die **Herausforderungen von LGBTIQ+-Personen im Gesundheitssystem aufzuzeigen**. Deshalb **ist jeder vollständige Fragebogen wichtig!** Das Ausfüllen dauert **ca. 20 Minuten** – bitte nehmen Sie sich genügend Zeit dafür.

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen haben, wenden Sie sich bitte an Herrn Mag. Daniel Schönherr von SORA unter lsbti@sora.at.

Schon jetzt vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Hinweis:

Die Fragen thematisieren teilweise schmerzliche und Diskriminierungserfahrungen. Falls Sie sich in einer Krisensituation befinden, oder die Fragen eine Krise auslösen, wenden Sie sich bitte an eine vertraute Person oder jederzeit an die Telefonseelsorge (Tel.: 142, online unter www.telefonseelsorge.at) oder an das Kriseninterventionszentrum (01/4069595, online unter <https://kriseninterventionszentrum.at/>)

SOZIODEMOGRAFIE

Frage 1

Zu Beginn geht es um Sie als LGBTIQ+-Person.

Wie würden Sie Ihre sexuelle Orientierung *am ehesten* bezeichnen?

- Schwul 1
- Lesbisch 2
- Bisexuell 3
- Pansexuell 4
- Asexuell 5
- Queer 6
- Heterosexuell 7
- Ich würde sie anders bezeichnen, und zwar: **(OFFENES FELD)** 8

Frage 2

Wie würden Sie Ihr Geschlecht bzw. Ihre Geschlechtsidentität *am ehesten* bezeichnen? **(MEHR-FACHANTWORTEN MÖGLICH)**

- Frau 1
- Mann..... 2
- trans* Frau 3
- trans* Mann 4
- trans* ident 5
- (intergeschlechtlicher) Mann 6
- (intergeschlechtliche) Frau 7
- intergeschlechtlich/Inter* 8
- nicht-binär, genderqueer 9
- Ich würde mich anders bezeichnen, und zwar: **(OFFENES FELD)**__ 10

Frage 3

Sind Sie gegenüber folgenden Personen in Ihrem Umfeld „out“ bzw. „geoutet“? (Die Frage bezieht sich auf Ihre sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und/oder Variationen der Geschlechtsmerkmale)

	Ja	Ja, bei wenigen ausgewählten	Nein	Nicht zutreffend
1) Kolleg:innen in der Arbeit (<i>wenn noch in Ausbildung: Mitschüler:innen, Mitstudierende, andere Lehrlinge etc.</i>)	1	2	3	4
2) Vorgesetzte in der Arbeit (<i>wenn noch in Ausbildung: Lehrer:innen, Ausbilder:innen etc.</i>)	1	2	3	4
3) Engere Familie, also Eltern oder Geschwister	1	2	3	4
4) Weitere Familie, z. B. Onkel, Tanten, Großeltern	1	2	3	4
5) Partner:in(nen)	1	2	3	4
6) Freund:innen	1	2	3	4

Frage 4

Menschen erleben in ihrem Alltag immer wieder Diskriminierung – also eine Schlechterbehandlung im Vergleich zu anderen Menschen. Wenn Sie an die letzten 2 Jahre denken, haben Sie sich in den folgenden Bereichen diskriminiert gefühlt – egal ob aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung, Ihrer Geschlechtsidentität oder anderer Merkmale?

	häufig	manchmal	selten	nie	keine Angabe
1) Arbeit (oder bei der Arbeitssuche)	1	2	3	4	5
2) Wohnen (z. B. in der Nachbarschaft oder bei der Wohnungssuche)	1	2	3	4	5
3) Gesundheitsbereich (z. B. bei ärztlichen Besuchen)	1	2	3	4	5
4) Bildungsbereich (z. B. in der Schule oder anderen Bildungseinrichtungen)	1	2	3	4	5
5) Zugang zu Dienstleistungen (z. B. bei Lokalbesuchen, in Geschäften usw.)	1	2	3	4	5
6) Auf Ämtern oder Behörden (z. B. beim AMS, Gemeindeamt, Bezirkshauptmannschaft, Magistrate u.ä.)	1	2	3	4	5
7) In den sozialen Medien oder im Internet (z. B. Facebook, Instagram, Twitter, in Foren, Kommentaren, o.ä.)	1	2	3	4	5

Frage 5

(WENN MINDESTENS EINMAL „HÄUFIG“, „MANCHMAL“ ODER „SELTEN“ IN FRAGE DAVOR)

Auf welche Merkmale führen Sie Ihre erlebte Diskriminierung zurück? Sie können auch mehrere Gründe anklicken. **(MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH)**

Ihre sexuelle Orientierung	1
Ihr Geschlecht/Ihre Geschlechtsidentität.....	2
Ihr Alter	3
Ihre Herkunft, Hautfarbe und/oder Ihren Akzent	4
Ihre Religion	5
Ihr Gesundheitszustand und/oder eine Behinderung.....	6
Ihre soziale Herkunft und/oder Stellung	7
Ihr Familienstand und/oder weil Sie Kinder haben.....	8
<u>andere Merkmale.....</u>	<u>9</u>
keine Angabe.....	10

GESUNDHEITZUSTAND

Frage 6

Nun geht es um Ihren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand. Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Ist sie...

sehr gut.....	1
gut.....	2
mittelmäßig	3
schlecht	4
<u>sehr schlecht</u>	<u>5</u>
keine Angabe.....	6

Frage 7

Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem? Das sind Krankheiten und gesundheitliche Probleme, die mindestens sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden. Falls ja, könnten Sie diese kurz beschreiben?

Nein, habe ich nicht 1

Ja, und zwar: 2

(OFFENES FELD ZUR EINGABE)

Frage 8

Hatten oder haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden psychischen Krankheiten oder chronischen Gesundheitsprobleme? Wenn ja, wurde diese durch Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen oder klinische klinische Psycholog:innen diagnostiziert?

	Ja, ohne Diagnose	Ja, mit Diagnose	Nein
1) Angststörung	1	2	3
2) Ausgebranntsein / Burnout	1	2	3
3) Depression	1	2	3
4) Essstörung	1	2	3
5) Zwangsstörung	1	2	3
6) PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung)	1	2	3
7) Andere psychische Krankheiten: (OFFENES FELD)	1	2	3

Frage 9

Hatten oder haben Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden körperlichen Krankheiten oder chronischen Gesundheitsprobleme? Wenn ja, wurde diese durch Ärzt:innen etc. diagnostiziert?

	Ja, ohne Diagnose	Ja, mit Diagnose	Nein
1) Asthma	1	2	3
2) Herzinfarkt	1	2	3
3) Bluthochdruck/Hypertonie	1	2	3
4) Schlaganfall	1	2	3
5) Chronische Rückenbeschwerden	1	2	3
6) Zuckerkrankheit/Diabetes	1	2	3
7) Allergien	1	2	3
8) Chronische Kopfschmerzen	1	2	3
9) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn)	1	2	3
10) Krebserkrankung	1	2	3
11) Andere körperliche Krankheiten: (OFFENES FELD)	1	2	3

Frage 10

Haben Sie eine dauerhafte körperliche oder psychische Beeinträchtigung oder Behinderung? Falls ja, könnten Sie diese kurz beschreiben?

Nein, habe ich nicht 1

Ja, und zwar: 2

(OFFENES FELD ZUR EINGABE)

Frage 11

	Nie	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Fast jeden Tag
1) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	1	2	3	4
2) Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit	1	2	3	4
3) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder umgekehrt mehr Schlafbedarf als üblich	1	2	3	4
4) Müdigkeit oder wenig Energie	1	2	3	4
5) Verminderter Appetit oder umgekehrt stark gesteigerter Appetit	1	2	3	4
6) Schlechte Meinung von sich selbst / das Gefühl, versagt oder jemanden enttäuscht zu haben	1	2	3	4
7) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	1	2	3	4
8) So stark verlangsamte Bewegung oder Sprache, dass es anderen auffiel; oder umgekehrt „zappelig“ oder Rastlosigkeit	1	2	3	4

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

Frage 12

Menschen können in ihrem Leben sehr schwierige und belastende Situationen erfahren. Die folgenden Fragen handeln von selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken. Falls Sie sich derzeit in einer solchen Krisensituation befinden, wenden Sie sich bitte an eine vertraute Person oder jederzeit an die Telefonseelsorge (Tel.: 142, online unter www.telefonseelsorge.at) oder an das Kriseninterventionszentrum (01/4069595, online unter <https://kriseninterventionszentrum.at/>)

Haben Sie jemals...

	Ja	Nein
1) ...sich absichtlich selbst verletzt, ohne dabei sterben zu wollen?	1	2
2) ...daran gedacht, sich Ihr Leben zu nehmen, auch wenn Sie es gar nicht wirklich tun wollten?	1	2
3) ...den Punkt erreicht, an dem Sie ernsthaft überlegt haben, sich das Leben zu nehmen oder vielleicht Pläne gemacht haben, wie Sie es machen würden?	1	2

	Ja	Nein
1) ...sich absichtlich selbst verletzt, ohne dabei sterben zu wollen?	1	2
4) ...einen Suizidversuch gemacht?	1	2

Frage 13

Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen...

	täglich oder fast täglich	mehr- mals die Woche	an 1 bis 2 Tagen pro Woche	selte- ner	nie
1) Zigaretten oder E-Zigaretten geraucht	1	2	3	4	5
2) mehr als 2 Gläser Alkohol getrunken	1	2	3	4	5
3) rezeptpflichtige Schlaf- und/oder Beruhi- gungsmittel eingenommen	1	2	3	4	5
4) Cannabis konsumiert	1	2	3	4	5
5) „Partydrogen“ (z. B. Ecstasy, MDMA, Am- phetamine, Poppers u. ä.) konsumiert	1	2	3	4	5
6) andere illegale Substanzen konsumiert	1	2	3	4	5

GESUNDHEITSVERSORGUNG

Frage 14

Unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch ge-
nommen haben: Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Österreich?

- sehr zufrieden..... 1
- eher zufrieden..... 2
- mittelmäßig 3
- eher unzufrieden..... 4
- sehr unzufrieden..... 5
- nicht zutreffend 6

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Erfahrungen, die Sie im Gesundheitssystem aufgrund Ihrer **sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität oder Variationen der Geschlechtsmerkmale** gemacht haben.

Frage 15

Welche positiven oder negativen Erfahrungen haben Sie bei der Inanspruchnahme von Gesund-
heitsdienstleistungen in Österreich schon erlebt? Bitte beschreiben Sie diese kurz:

Positive Erfahrung (OFFENES FELD)	Negative Erfahrung (OFFENES FELD)
---	---

Frage 16

Wie oft sind Ihnen die folgenden Dinge bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (wie z. B. Ärzt*innen, Therapeut:innen, Psycholog:innen usw.) in Österreich passiert?

	häufig	manchmal	selten	nie	keine Angabe
1) Abweisung / Sie wurden nicht behandelt.	1	2	3	4	5
2) Unter Druck gesetzt, sich einer bestimmten medizinischen / psychologischen Maßnahme zu unterziehen	1	2	3	4	5
3) Unangebrachte Kommentare vom medizinischen Personal	1	2	3	4	5
4) Erniedrigung / Demütigung / Beleidigungen vom medizinischen Personal	1	2	3	4	5
5) Diagnosen oder Behandlungen wurden ohne Grund mit Ihrer <u>sexuellen Orientierung, Geschlechtsidentität oder Variationen der Geschlechtsmerkmale</u> in Verbindung gebracht.	1	2	3	4	5

Frage 17

Haben Sie – obwohl Sie ein gesundheitliches Problem hatten – folgende Orte schon einmal vermieden, weil Sie Angst hatten dort nicht gut behandelt zu werden? (Sie können auch mehrere Punkte anklicken!) **(MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH)**

- Hausärzt:in bzw. Allgemein-Mediziner:innen 1
- Fachärzt:innen 2
- Klinik oder Gesundheitszentrum 3
- Psychotherapeut:innen, psychosoziale Unterstützungseinrichtungen 4
- Therapeut:innen (z. B. Physio, Ergo, Logopädie) 5
- Krisenhotlines 6
- LGBTIQ+ Beratungsstellen 7
- Krankenkasse 8
- Andere, und zwar: **(OFFENES FELD)** 9

Frage 18

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Ihre Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleister:innen zu oder nicht?

	Trifft sehr zu	Trifft ziemlich zu	Trifft wenig zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht, keine Angabe
1) Ich kann meinen Ärzt:innen alle Fragen offen stellen, die mich beschäftigen.	1	2	3	4	5
2) Meine <u>sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität oder Variationen der Geschlechtsmerkmale</u> werden nicht als Krankheit bewertet („pathologisiert“).	1	2	3	4	5

	Trifft sehr zu	Trifft ziemlich zu	Trifft wenig zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht, keine Angabe
3) Ich werde generell mit meinem richtigen Namen und Pronomen angesprochen (z. B. bei der Anmeldung, im Wartezimmer, bei Untersuchungen usw).	1	2	3	4	5
4) Meine Ärzt:innen sind zu LGBTIQ+-spezifischen Gesundheitsthemen informiert.	1	2	3	4	5
5) Ich musste meine Ärzt:innen über LGBTIQ+-spezifische Themen aufklären (z. B. medizinische oder rechtliche Aspekte, Lebenssituation)	1	2	3	4	5

Frage 19

(NUR WENN INTERGESCHLECHTLICH – FRAGE 2 = 6, 7 ODER 8)

Wurden an Ihnen geschlechtsverändernde (z. B. geschlechtsangleichende oder geschlechtszuweisende) medizinische Eingriffe unternommen?

Nein 1
 Ja, mit meiner Zustimmung 2
 Ja, ohne meine Zustimmung 3

Frage 20

(NUR WENN INTERGESCHLECHTLICH – FRAGE 2 = 6, 7 ODER 8)

Hatte dies gesundheitliche Folgen für Sie? Wenn ja, welche?

(OFFENES FELD)

Frage 21

(NUR WENN TRANS – FRAGE 2 = 3 BIS 5)

Haben Sie im Zuge Ihres Tansitionsprozesses folgende Gesundheitsangebote in Anspruch genommen? Wenn ja, hat die Krankenkasse dafür die Kosten übernommen?

	Nein, nicht in Anspruch genommen	Ja, aber ohne Kostenübernahme	Ja, mit Kostenübernahme
1) Psychotherapie	1	2	3
2) Hormonbehandlung	1	2	3
3) Epilationsbehandlung	1	2	3
4) Geschlechtsangleichende Operation	1	2	3
5) Logopädische Therapien	1	2	3
6) Andere: (OFFENES FELD)	1	2	3

Frage 22

(NUR WENN TRANS – FRAGE 2 = 3 BIS 5)

Unabhängig davon, ob Sie im Zuge Ihres Transitionsprozesses Gesundheitsangebote in Anspruch genommen haben: Wie groß waren oder wären die folgenden Hürden?

	Sehr groß	Ziemlich groß	Eher gering	Sehr gering	Weiß nicht, keine Angabe
1) Kosten (z. B. für angleichende Maßnahmen, Gutachten)	1	2	3	4	5
2) Beruf (z. B. keine Freistellung, Angst vor Diskriminierung)	1	2	3	4	5
3) Keinen Behandlungsplatz zu finden (z. B. bei fachlich kompetenten Ärzt:innen, Therapeut:innen usw.)	1	2	3	4	5
4) Diskriminierung im Kontakt mit Gesundheitsdienstleistungen (z. B. Ärzt:innen, Therapeut:innen usw.)	1	2	3	4	5

Frage 23

A) An wen wenden Sie sich, wenn Sie allgemeine gesundheitliche Fragen zu haben? (Sie können auch mehrere Antworten anklicken!) **(MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH)**

B) An wen wenden Sie sich, wenn Sie gesundheitliche Fragen haben, die mit Ihrer Sexualität, Geschlechtsidentität und/oder Ihren Geschlechtsmerkmalen zu tun haben? (Sie können auch mehrere Antworten anklicken!) **(MEHRFACHANTWORTEN MÖGLICH)**

Hausärzt:in bzw. Allgemein-Mediziner:innen	1
Fachärzt:innen	2
Klinik oder Gesundheitszentrum	3
Psychotherapeut:innen, psychosoziale Unterstützungseinrichtungen	4
Therapeut:innen (z. B. Physio, Ergo, Logopädie)	5
Krisenhotlines	6
LGBTIQ+/Peer Beratungsstellen	7
Krankenkasse	8
Angehörige oder Freund:innen, die im Gesundheitssektor arbeiten	9
Andere Angehörige oder Freund:innen	10
Webseiten oder soziale Medien	11
Selbsthilfegruppen	12
Anderes, und zwar: _____ (NOTIEREN)	13

GESUNDHEITSFÖRDERLICHE FAKTOREN, SCHUTZFAKTOREN

Frage 24

Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?

keine	1
1 oder 2	2
3 bis 5	3
6 oder mehr	4

Frage 25

Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen über sich zu?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht	Weiß nicht / keine Angabe
1) Ich habe mein Leben selbst in der Hand.	1	2	3	4	5
2) Was auch immer passiert, ich werde damit schon klar kommen.	1	2	3	4	5
3) Unangenehmen Situationen gehe ich lieber aus dem Weg.	1	2	3	4	5
4) Manchmal fühle ich mich den Anforderungen, die meine aktuelle Arbeitssituation/Ausbildung/Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitssuche an mich stellt, nicht gewachsen.	1	2	3	4	5
5) Ich bin fast nie krank oder kränklich.	1	2	3	4	5
6) Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Menschen bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkäufen) für mich zu erledigen.	1	2	3	4	5
7) Ich bin gut informiert über das Gesundheitssystem / die Gesundheitsangebote und kann mich um meine Gesundheit gut kümmern.	1	2	3	4	5

SOZIODEMOGRAFIE

Frage 26

Über welche Krankenversicherung verfügen Sie?

- Gesetzliche Krankenversicherung..... 1
- Gesetzliche Krankenversicherung PLUS private Zusatzversicherung..... 2
- keine Krankenversicherung 3

Frage 27

Zum Abschluss noch ein paar kurze Fragen zu Ihrer Person:
Wie alt sind Sie?

--	--

Frage 28

Welche höchste abgeschlossene Schulbildung haben Sie?

- Maximal Pflichtschule1
- Lehre.....2
- weiterführende Schule ohne Matura3
- weiterführende Schule mit Matura.....4
- Universität, Fachhochschule5
- keine Angabe.....6

Frage 29

Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft?

- ja1
- nein2

Frage 30

Sind Sie derzeit hauptsächlich...?

Vollzeit berufstätig (mind. 35 Stunden/Woche und mehr).....	1
Teilzeit berufstätig (weniger als 35 Stunden/Woche).....	2
<u>Selbständig erwerbstätig</u>	<u>3</u>
In Lehrausbildung	4
<u>in Ausbildung (Schule, Studium oder ähnliches)</u>	<u>5</u>
In Elternkarenz	6
Arbeitslos bzw. auf Arbeitssuche	7
Im Haushalt tätig (ohne eigenes Einkommen)	8
<u>In Pension.....</u>	<u>9</u>
Anderes	10
keine Angabe.....	11

Frage 31

Wie hoch ist Ihr persönliches Nettoeinkommen pro Monat ungefähr?

unter 480 Euro.....	1
481 bis 700 Euro	2
701 bis 1.000 Euro	3
1.001 bis 1.250 Euro	4
1.251 bis 1.500 Euro	5
1.501 bis 1.750 Euro	6
1.751 bis 2.000 Euro	7
2.001 bis 2.250 Euro	8
2.251 bis 2.500 Euro	9
2.501 bis 3.000 Euro	7
3.001 bis 3.500 Euro	8
3.501 bis 4.000 Euro	9
<u>über 4.000 Euro.....</u>	<u>10</u>
<u>kein eigenes Einkommen</u>	<u>11</u>
keine Angabe.....	12

Frage 32

In welche Kategorie fällt das monatliche Nettoeinkommen Ihres gesamten Haushalts? Rechnen Sie dazu bitte alle Einkommen einschließlich Pensionen und Sozialleistungen wie z. B. die Familienbeihilfe zusammen.

unter 900 Euro.....	1
900 bis 1.200 Euro	2
1.201 bis 1.500 Euro	3
1.501 bis 2.000 Euro	4
2.001 bis 2.500 Euro	5
2.501 bis 3.000 Euro	6
3.001 bis 3.500 Euro	7
3.501 bis 4.000 Euro	8
4.001 bis 4.500 Euro	9
4.501 bis 5.000 Euro	10
5.001 bis 5.500 Euro	11
5.501 bis 6.000 Euro	12
6.001 bis 6.500 Euro	13
6.501 bis 7.000 Euro	14
<u>über 7.000 Euro.....</u>	<u>15</u>
keine Angabe.....	17

Frage 33

Wohnen Sie derzeit...?

Ohne Partner:in und ohne Kind(er)	1
Ohne Partner:in und mit Kind(ern)	2
mit Partner/-in und ohne Kind(er)	3
mit Partner/-in und mit Kind(ern)	4
anderes (z. B. Wohngemeinschaft, mit mehreren Partner:innen, bei den Eltern usw.)	5

Frage 34

Wie viele Einwohner:Innen hat Ihr Wohnort?

bis 1.000	1
1.001 bis 5.000	2
5.001 bis 10.000	3
10.001 bis 20.000	4
20.001 bis 50.000	5
50.001 bis 100.000	6
100.001 bis 200.000	7
200.001 bis 500.000	8
über 500.000	9
keine Angabe.....	999

Frage 35

In welchem Bundesland wohnen Sie?

Burgenland	1
Kärnten	2
Niederösterreich	3
Oberösterreich.....	4
Salzburg	5
Steiermark	6
Tirol.....	7
Vorarlberg.....	8
Wien.....	9
außerhalb Österreichs.....	10

Frage 36

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Würden Sie auch für ein ausführlicheres und persönliches Interview zu Ihren Erfahrungen im Gesundheitssystem zur Verfügung stehen? Dazu müssten Sie eine Kontaktmöglichkeit hinterlassen, unter der wir Sie erreichen können. Ihre bisherigen Antworten bleiben selbstverständlich weiterhin anonym.

Kontaktdaten (E-Mail Adresse oder Telefonnummer):

.....

Nein, ich stehe für kein weiterführendes Interview zur Verfügung.....999

Anhang – Interviewleitfaden

LEITFADEN zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*, inter* und queeren Personen

Leitfaden zum Projekt „LGBTIQ* Gesundheitsbericht“

Datum des Interviews:

Teilnehmer:innen:

Interviewführung:

Interview

Einleitung

- 1) Im Rahmen des LGBTIQ+ Gesundheitsberichts möchten wir Sie zu Ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung als lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter*/VdG²⁸ und/oder queere Personen befragen. Weiters wollen wir mit dem Gesundheitsbericht Erfahrungen und Probleme aufzeigen, die in der Regel wenig wahrgenommen werden. Durch die Erhebung soll die Gesundheitssituation möglichst verbessert werden.
- 2) Das Interview wird ca. 60 Minuten dauern. Ihre Aussagen werden protokolliert und für den Bericht anonymisiert zusammengefasst. Falls die Fragen negative Gefühle bei Ihnen auslösen, können wir auch gerne jederzeit eine Pause machen. Wenn Sie sich in der Interview Situation nicht wohl fühlen, können Sie das Interview jederzeit abbrechen. Bereits gesagtes wird dann auch nicht im Bericht verwendet, außer Sie stimmen ausdrücklich zu.
- 3) In jedem Fall senden wir Ihnen das aufbereitete Protokoll zur Prüfung zu. Uns ist wichtig Missverständnisse zu vermeiden und wir alle für Sie wichtigen Themen erfasst haben.
- 4) Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und es werden im Bericht keine Zusammenhänge zwischen Ihren Aussagen und Ihrem Namen dargestellt. Durch Ihre Teilnahme am Interview leisten Sie einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Gesundheitsversorgung von LGBTIQ+-Personen in Österreich.

²⁸Variationen der Geschlechtsmerkmale

Einstieg

- 5) Wollen Sie mir vielleicht bitte zu Beginn einfach ein bisschen von sich erzählen? Damit ich mir ein Bild machen kann, wen ich vor mir habe.
- 6) Mich würde auch interessieren, wie sieht die Gesundheitsversorgung in Ihrer Lebenssituation aus. Können Sie diese kurz beschreiben?

[Anm.: Es geht hier darum, ob grundsätzlich die benötigte Gesundheitsversorgung vorhanden ist, z. B. am Land, oder wenn bestimmte Bedarfe vorhanden sind, diese abgedeckt werden]

Subjektives Gesundheitsempfinden

- 7) Könnten Sie ein wenig beschreiben, was Ihnen besonders wichtig ist, wenn Sie an Ihre Gesundheit denken?

[gegebenenfalls nachfragen:]

- a. Was brauchen Sie damit Sie sich gesund fühlen bzw. gesund sind?
 - b. Was löst aus, dass Sie sich unwohl fühlen/nicht gesund fühlen, können Sie uns das kurz beschreiben?
 - c. Was hilft Ihnen, dass Sie sich wohl/gesund fühlen?
- 8) Können Sie ein wenig schildern, wie sich die letzten 2,5 Jahre der Corona-Pandemie auf Ihre Gesundheit (*psychisch und physisch*) ausgewirkt haben?

Hilfesuchverhalten

- 9) Können Sie mir ein wenig darüber erzählen, an wen Sie sich wenden, wenn Sie sich körperlich oder psychisch nicht wohl fühlen?

2) [gegebenenfalls nachfragen:]

- a. Welche Rolle spielt Peer-Beratung für Sie persönlich und Ihre Gesundheit? *Peer-Beratung bedeutet Austausch und/oder psycho-soziale Unterstützung mit Personen, die ähnliche Erfahrungen machen, also „Gleiche-beraten-Gleiche“.*
- b. Welche Rolle spielt das Gesundheitssystem dabei?

Inanspruchnahme

- 10) Gab es schon Situationen, in denen Sie Ärzt*innen oder Therapeut*innen nicht aufgesucht haben, obwohl Sie einen gesundheitlichen Bedarf gab? Was waren die Gründe dafür?

3) [gegebenenfalls nachfragen:]

- 11) Können Sie mir davon erzählen, welche Wege Sie im Gesundheitssystem für eine gute Versorgung bereits gemacht haben? Wie haben Sie ihre Ärzt*innen gefunden, bei denen Sie sich gut versorgt fühlen? Wie haben Sie weiteres Gesundheitspersonal gefunden?

- a. Bitte erzählen Sie mir von Ihren Erfahrungen, die Sie entmutigt haben, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen.
 - b. Wenn Sie Symptome haben, werden diese aus Ihrer Sicht ernst genommen?
 - c. Welche Erfahrungen haben Sie ermutigt, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen
 - d. Was ist besonders förderlich für Ihr Wohlbefinden während der Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung?
 - e. Was muss sein, damit Sie sich bei Ärzt*innen oder Therapeut*innen wohl fühlen?
 - f. Wie gehen Sie damit um, wenn Sie sich mit Ärzt*innen oder Therapeut*innen nicht wohl fühlen?
 - g. Können Sie etwas darüber erzählen, welche Erfahrungen sie mit der Krankenkasse gemacht haben?
- 12) Welche Erfahrungen haben Sie in Bezug auf Ihre sexuelle Orientierung/geschlechtliche Identität/Variation der Geschlechtsmerkmale im Kontakt mit Gesundheitsdienstleister*innen gemacht bzw. machen Sie?

4) *[gegebenenfalls nachfragen:]*

- h. Ist es Ihrer Ansicht nach wichtig, dass Sie sich gegenüber Gesundheitsdienstleister*innen outen?
- i. Welche Bedenken oder Sorgen haben Sie hinsichtlich der Reaktion der Gesundheitsdienstleister*innen auf Ihre sexuelle Orientierung/geschlechtliche Identität/Variation der Geschlechtsmerkmale?

Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem

- 13) Welche Ungleichheiten oder Diskriminierung gibt es Ihrer Meinung nach für LGBTIQ+-Personen im Gesundheitswesen?
- 14) Sehen Sie für sich weitere Ungleichheiten in der Versorgung, die nichts mit Ihrer sexuellen Orientierung/geschlechtlichen Identität/Variation der Geschlechtsmerkmale zu tun haben?

Handlungsempfehlungen

- 15) Wenn Sie an Gesundheitsdienstleister*innen denken, welche Ausbildungen und Schulungen bräuchten diese aus Ihrer Sicht für eine professionelle Versorgung von LGBTIQ+-Personen?
- 16) Wenn Sie an die Gesundheitsversorgung von LGBTIQ+-Personen denken, welche Verbesserungen bräuchte es?
- 5) *[gegebenenfalls nachfragen:]*
- a. Fallen Ihnen dazu Beispiele ein?
 - b. Wie könnte der Zugang zu Gesundheitsdienstleister*innen erleichtert werden oder Barrieren abgebaut werden?

Abschluss

Gibt es sonst noch ein Thema hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von LGBTIQ+-Personen, das wir bis jetzt noch nicht angesprochen haben, über das Sie gerne sprechen möchten oder das Ihnen besonders wichtig ist?

Fragen, falls noch nicht oben erwähnt.

Alter: _____

Geschlecht/Geschlechtsidentität: _____

Sexuelle Orientierung: _____

Städtisch/ländlich: _____

Glossar

Bei Definitionen der Geschlechtsidentitäten und sexuellen Orientierungen handelt es sich um verschriftlichte communityorientierte Definitionen. Die subjektiven und individuellen Erfahrungen können sehr ähnlich sein, aber auch voneinander abweichen. Die Erläuterungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Allgemeingültigkeit.

Begriff	Erklärung/Definition
agender	Agender Personen haben kein Geschlecht, fühlen sich keinem Geschlecht zugehörig und/oder können mit dem Konzept von Geschlecht nichts anfangen. (Queer Lexikon 2017a)
Asexualität	Von Asexualität spricht man, wenn eine Person wenig bis keine sexuelle Anziehung zu anderen Menschen fühlt oder kein Verlangen nach sexuellen Handlungen mit anderen Menschen hat. Asexualität bezieht sich nur auf die sexuellen Bedürfnisse. Emotionale Bedürfnisse und Bedürfnisse in Zusammenhang mit romantischen Beziehungen sowie andere Formen der Anziehung müssen getrennt davon betrachtet werden. Asexualität ist als Spektrum zu betrachten. (The Asexual Visibility & Education Network 2022b)
bisexuell	Eine bisexuelle Person fühlt sich emotional und/oder sexuell zu mehr als einem Geschlecht hingezogen. (Queer Lexikon 2017b)
cisgender/cis	Der Begriff „cisgender“ (vom lateinischen „cis“, also „diesseitig“) wird verwendet, um Personen zu beschreiben, deren Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Daher befindet sich die Geschlechtsidentität einer cisgender Person auf der gleichen Seite wie das ihr von Geburt an zugewiesene Geschlecht, während die Geschlechtsidentität einer transgender Person auf der anderen Seite (trans) des ihr von Geburt an zugewiesenen Geschlechts liegt. Cisgender entstand aus trans-aktivistischen Diskursen in den 1990er-Jahren, die viele alltägliche Formen der Beschreibung von Geschlecht kritisierten. Die unmarkierten Begriffe „Mann“ und „Frau“ normalisieren „Cisness“ und verstärken die unausgesprochene Natürlichkeit. „Cis“ ist eine Möglichkeit, trans als kategorisch gleichwertig in die komplexe Art und Weise einzubeziehen, in der wir uns als geschlechtliche und geschlechtsspezifische Menschen identifizieren. (Aultman 2014)
Demigirl	Demigirl ist eine Geschlechtsidentität, bei der sich eine Person nur teilweise als weiblich identifiziert. (Queer Lexikon 2017c)
Deadname	Als „Deadname“ wird ein abgelegter Name bezeichnet, der meist bei der Geburt gegeben wurde. Gerade für trans Personen, die sich einen neuen Namen gegeben haben, kann es eine verletzende Erfahrung sein, mit dem abgelegten Namen angesprochen zu werden. (Queer Lexikon 2019)

Geschlechtsausdruck	Geschlechtsausdruck bezieht sich auf die Art und Weise, wie Menschen ihre Geschlechtsidentität nach außen hin zum Ausdruck bringen, z. B. durch Kleidung, Sprache und Verhaltensweisen. Der Geschlechtsausdruck einer Person kann mit ihrer Geschlechtsidentität / ihren Geschlechtsidentitäten oder dem Geschlecht, das ihr bei der Geburt zugewiesen wurde, übereinstimmen, muss es aber nicht. (ILGA Europe 2014)
Geschlechtsdysphorie	Geschlechtsdysphorie ist die medizinische Bezeichnung für einen mindestens sechs Monate anhaltenden Zustand, in dem ein merklicher Unterschied zwischen dem individuell ausgedrückten/erfahrenen Geschlecht und dem Geschlecht, das Dritte dieser Person zuordnen würden, vorliegt. (Heidinger et al. 2019) Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) wird Geschlechtsdysphorie als Diagnose angeführt, jedoch wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um Leidensdruck im Zusammenhang mit Geschlechtsinkongruenz handelt.
Geschlechtsidentität	Geschlechtsidentität bezieht sich auf das tief empfundene innere und individuelle Erleben des Geschlechts, das mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmen kann oder auch nicht. Geschlechtsidentität umfasst das subjektive Körpergefühl und andere Ausdrucksformen des Geschlechts einschließlich Kleidung, Sprache sowie Verhaltensweisen. Physische und psychische Merkmale tragen zur Entwicklung der Geschlechtsidentität bei. (Heidinger et al. 2019)
Geschlechtsinkongruenz	Geschlechtsinkongruenz bezeichnet das Erleben von Personen, deren Geschlechtsidentität von der Geschlechterrolle und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht. (Heidinger et al. 2019)
Geschlechterrolle	Geschlechterrolle umfasst die Gesamtheit der kulturell erwarteten und zugeschriebenen Fähigkeiten, Interessen und Verhaltensweisen eines bestimmten Geschlechts. Diese verändern sich stetig innerhalb einer und auch innerhalb unterschiedlicher Kulturen. (Heidinger et al. 2019)
greygender	Greygender ist eine Geschlechtsidentität, bei der sich Personen zumindest teilweise außerhalb des binären Geschlechts identifizieren und ambivalent bezüglich ihrer Geschlechtsidentität oder ihres Geschlechtsausdrucks sind. Das bedeutet, dass Personen ein Geschlecht haben sowie den Wunsch, es auszudrücken, es ist jedoch wenig ausgeprägt und/oder unbestimmt, sie fühlen es die meiste Zeit nicht. Greygender Personen sind nicht ganz ohne Geschlecht oder Geschlechtsausdruck, aber sie sind auch nicht ganz „dabei“. (TXJ 2020)
grausexuell/grau-asexuell	Einige Personen, die sich in der Grauzone befinden, haben vielleicht in ihrer Vergangenheit einige sexuelle Erfahrungen gemacht, die jedoch flüchtig waren und nicht ihre aktuellen Erfahrungen und/oder ihr Selbstverständnis widerspiegeln. Andere, die sich als in der Grauzone befindlich bezeichnen, verspüren vielleicht eine vage und seltene sexuelle Anziehung, die aber nicht ausreicht, um sie auszuleben. Dies ist ein sehr subjektives Thema, aber die Gemeinsamkeit ist, dass Menschen, die sich in der Grauzone befinden, eine Art von Sexualität erle-

ben/erlebt haben, die weitaus geringer ist als bei fast allen anderen Menschen, die sich als sexuell identifizieren. (The Asexual Visibility & Education Network 2022a)

Heteronormativität und Heterosexismus

Heteronormativität umfasst Überzeugungen und Praktiken, wonach das Geschlecht eine absolute und nicht hinterfragbare Binärform (Mann/Frau) ist (Zeeman et al. 2019). Demnach gäbe es ausschließlich zwei biologisch und sozial übereinstimmende Geschlechter, die in ihrer sexuellen Orientierung aufeinander bezogen sind (Pöge et al. 2020). Folglich ist Heterosexualität die einzig denkbare Sexualität und die einzige Möglichkeit, „normal“ zu sein (Zeeman et al. 2019). Neben direkter Feindlichkeit gegen LGBTIQ+-Personen umfasst Heteronormativität auch jegliche Normen und Werte, die LGBTIQ+ ignorieren, sowie jegliche diskriminierende Handlungen gegenüber LGBTIQ+-Personen (Paul/Tietz 2016).

inter*/Intergeschlechtlichkeit

Die Begriffe „Intergeschlechtlichkeit“ oder „Variationen der Geschlechtsmerkmale“ werden von menschenrechtsbasierten Organisationen verwendet, um sich vom Begriff der Störung und der Pathologisierung zu lösen. Inter* wird im deutschsprachigen Raum häufig als (emanzipatorische) Selbstbezeichnung verwendet. In Bezug auf Interidentität, d. h. wenn Menschen mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale auch eine intergeschlechtliche Identität haben, gibt es eine Überschneidung mit nicht-binären Identitäten. Wenn es um die körperlichen Aspekte von Intergeschlechtlichkeit bzw. Variationen der Geschlechtsmerkmale (VdG) geht, ist es wichtig, inter* nicht als Identitätskategorie für alle zu überschreiben, da es hier um angeborene Körpermerkmale geht, die nicht in die gesellschaftlichen Normvorstellungen von ausschließlich weiblichen oder ausschließlich männlichen Körpern passen. Einige Menschen mit VdG bezeichnen sich nicht als inter/intergeschlechtlich und streben auch keinen alternativen Geschlechtseintrag an, d. h. sie sind Frauen oder Männer mit Variationen der Geschlechtsmerkmale oder verwenden die medizinische Bezeichnung „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ für sich oder eine jeweilige medizinische Einzeldiagnose. (TrIQ/VIMÖ 2020) (s. a. Variationen der Geschlechtsmerkmale und Pathologisierung)

Intersektionalität

Intersektionalität bezeichnet die Verschränkung(en) unterschiedlicher sozialer Kategorien wie Gender, Ethnizität, Alter, Herkunft, sozialer Status, Bildung, Behinderung und damit einhergehende soziale Ungleichheit. Intersektionalität überwindet additive Perspektiven, indem das gleichzeitige Zusammenwirken sozialer Ungleichheiten in den Fokus gerückt wird (Walgenbach 2014). Der Begriff hat seine Ursprünge im Black Feminism und der Critical Race Theory (s.a. Crenshaw 1989).

LGBTIQ+

Die Abkürzung LGBTIQ+ steht für Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual, Queer (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queers). Der Asterisk („*“) fungiert als Platzhalter für weitere, nicht benannte Identitäten. (Sauer 2018)

Minderheitenstress

Minderheitenstress beschreibt jene Belastungen und Erfahrungen, die durch Stigmatisierung, Vorurteile und Diskriminierung negative Folgen

für die Gesundheit von LGBTIQ+-Personen haben. Besonders die Auswirkungen auf erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko werden im Minderheitenstress-Modell betont. (Pellicane/Ciesla 2022)

omnisexuell	Omnisexuelle Menschen fühlen sich zu Menschen aller Geschlechter hingezogen und/oder haben keine Präferenz für ein bestimmtes Geschlecht. (Queer Lexikon 2017d)
pansexuell	Pansexuell bezeichnet eine sexuelle/romantische Orientierung. Pansexuelle (-romantische) Personen fühlen sich zu Menschen aller Geschlechter und/oder unabhängig vom Geschlecht sexuell (romantisch) hingezogen. (Queer Lexikon 2017e)
Pathologisierung	Pathologisierung bedeutet, dass die Identität, der Körper, die Empfindungen, Wahrnehmungen oder Beziehungen einer Person – entgegen deren eigener Wahrnehmung – als „krankhaft“ oder „gestört“ bezeichnet werden, weil sie von der medizinischen oder gesellschaftlichen Norm abweichen. So wurden und werden zum Teil auch heute noch LGBTIQ+-Personen pathologisiert, indem ihre Identitäten, Körper oder Verhaltensweisen in medizinischen Klassifikationen wie der ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) als psychische oder physische Krankheiten aufgeführt wurden oder werden. Der Begriff „Pathologisierung“ weist darauf hin, dass unter dem Deckmantel der (vermeintlichen) medizinischen Neutralität oder Tatsachenfeststellung negative Bewertungen vorgenommen werden, die eigentlich auf veränderbare – und häufig diskriminierende – gesellschaftliche Normen zurückgehen und diese gleichzeitig stützen. (regenbogenportal.de 2022)
polysexuell	Polysexuell bezeichnet eine sexuelle Orientierung, bei der sich Menschen zu mehreren Geschlechtern hingezogen fühlen. (Queer Lexikon 2017f)
queer	Queer ist ein weitreichender Begriff, dessen Bedeutung und Wert je nach historischer Periode, Zeit und Ort der Verwendung und Intention variiert (Henderson 2019). Im englischsprachigen Raum wurde (und wird teilweise immer noch) „queer“ als Abwertung gegen lesbische und schwule Personen verwendet bzw. gegen Personen, die heteronormativen geschlechtlichen und sexuellen Identifikationen nicht entsprechen (Degele 2008; Paul/Tietz 2016). Der schwierige, von Unangepasstheit, Wut und Stolz gekennzeichnete Prozess der Rückaneignung setzte vor allem in den 1980er-Jahren durch unterschiedliche Personen (u. a. schwarze lesbische Feministinnen und HIV/AIDS-Aktivist:innen) und Kontexte ein, die bis dahin eine Abwertung erfahren hatten. Mit der Zeit setzte sich die positive Besetzung des Begriffs durch und begründet heute neue, je nach Kontext zwar unterschiedliche, aber grundsätzlich nicht länger abwertende Bedeutungen: „Queer“ findet Verwendung als politische, auch affirmativ zu verstehende (Selbst-)Bezeichnung und kann sich auf die sexuelle Orientierung, die Geschlechtsidentität und/oder darüber hinaus beziehen (Paul/Tietz 2016).
sexuelle Orientierung	Sexuelle Orientierung bezieht sich auf ein fortdauerndes Gefühlserle-

ben emotionaler, romantischer und/oder sexueller Anziehung zu anderen Personen. Die sexuelle Orientierung bezieht sich auch auf das Identitätsgefühl einer Person, das auf diesem Begehren, den damit verbundenen Verhaltensweisen und der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, die diese Anziehungen teilt, beruht (American Psychological Association 2008). Die sexuelle Orientierung ist wie auch Geschlechtsmerkmale, die Geschlechtsidentität und die Geschlechterrolle eine Komponente der sexuellen Identität (WASt 2022).

SOGIESC	Sexuelle Orientierung (SO) / Begehren (z. B. homosexuell, bisexuell, asexuell, heterosexuell); Geschlechtsidentität (GI) und Geschlechtsausdruck (GE) (z. B. weiblich, männlich, nicht-binär, trans, intergeschlechtlich oder Kombinationen hiervon); Körperliche Geschlechtsmerkmale (SC) (z. B. intergeschlechtlich, weiblich, männlich)
Tomboy	Tomboy ist eine Bezeichnung für Kinder und Jugendliche oder auch Erwachsene, denen das Geschlecht weiblich zugewiesen wurde, die sich jedoch in ihrem Verhalten und/oder in ihrer Geschlechtspräsentation männlich geben und sich so den an sie gerichteten Rollenerwartungen widersetzen und Geschlechtergrenzen überschreiten. (Queer Lexikon 2017f)
transmaskulin	Transmaskulin bezeichnet Personen, denen bei der Geburt nicht das männliche Geschlecht zugewiesen wurde, die sich jedoch als männlich oder teilweise männlich identifizieren. (Queer Lexikon 2020)
Variationen der Geschlechtsmerkmale	Unter dem Begriff „inter*/intergeschlechtlich“ werden Menschen zusammengefasst, deren Körper nicht in allen Aspekten den gängigen Vorstellungen und medizinischen Normen von „weiblichen“ oder „männlichen“ Körpern entsprechen. Die Begriffe stehen für ein breites Spektrum von angeborenen Variationen der Geschlechtsmerkmale. Variationen der Geschlechtsmerkmale können sich in den primären (u. a. Gonaden, Genitalien, chromosomale Strukturen, Hormonwerte) und sekundären (u. a. Haarverteilung, Muskelmasse, Brüste, Statur) Geschlechtsmerkmalen zeigen. In der medizinischen Praxis und Forschung wird von „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ bzw. in Englisch von „Disorders/Differences of Sex Development“ gesprochen. Die Begriffe „Variationen der Geschlechtsmerkmale“ und „Intergeschlechtlichkeit“ werden von menschenrechtsbasierten Organisationen verwendet, um sich vom Begriff der Störung und der Pathologisierung zu lösen – Intergeschlechtlichkeit / Variationen der Geschlechtsmerkmale sind keine Krankheit. Viele intergeschlechtliche Menschen / Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale sind mit schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen konfrontiert. Dazu gehören u. a. die Pathologisierung ihres Körpers, medizinische Eingriffe ohne persönliche, vorherige, dauerhafte und vollständig informierte Zustimmung sowie die Verletzung ihrer körperlichen Unversehrtheit. Geschlechtsnormierende und kosmetische Eingriffe an intergeschlechtlichen Menschen können zu Folgeoperationen, lebenslanger Hormonbehandlung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Das heißt, viele intergeschlechtliche Menschen / Menschen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale haben gesundheitliche Bedarfe, die erst durch normative Eingriffe hervorgebracht wurden (TrIQ/VIMÖ)

2020).
(s. a. inter*/Intergeschlechtlichkeit)

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at

