

5 Männliche Homosexualität

Martin Plöderl

„Für mich macht es keinen Unterschied, ob ein Patient schwul ist oder heterosexuell“. Diese unter Fachleuten durchaus gängige Äußerung signalisiert zwar Toleranz, ist aber eigentlich unprofessionell, denn homosexuelle und bisexuelle Männer müssen sich spezifischen Herausforderungen im Leben stellen und weisen andere Risiken und Ressourcen auf als heterosexuelle Männer. „Gleich und doch anders“ ist als professionelle Einstellung eher angezeigt (Rauchfleisch et al. 2002) und soll im folgenden Kapitel verständlich gemacht werden. In der Praxis ergeben sich außerdem fast zwangsläufig Fragen zur Homosexualität: Wie spreche ich jemanden auf seine sexuelle Orientierung an? Ist ein Mann, der Sex mit Männern hat, schwul, auch wenn er selbst das anders sieht? Wenn „schwul“ auch als Schimpfwort benutzt wird, kann ich es dann überhaupt in der Dokumentation verwenden? Was hat Transsexualität mit Homosexualität zu tun? Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Basiswissen und Grundhaltungen, deren Kenntnis nötig ist, damit sich homo- und bisexuelle Männer in der medizinischen oder psychosozialen Praxis gut betreut fühlen.

5.1 Basiswissen: Begriffe

Homosexualität ist die sexuelle Ausrichtung auf Personen des gleichen Geschlechts bezüglich des sexuellen Verhaltens, des Empfindens oder der Identität. Die Definition von Homosexualität ist, wie noch gezeigt wird, schwierig und man könnte deshalb auch von verschiedenen Homosexualitäten sprechen. Homosexualität war bis in die 90er-Jahre als psychische Krankheit klassifiziert, weshalb der Begriff für manche immer noch mit einem pathologisierenden Stigma behaftet ist.

Schwul bezeichnet eine homosexuelle Identität. Die Verwendung des Begriffes, etwa in der Dokumentation, ist politisch korrekt, auch wenn er vielfach als Schimpfwort verwendet wird. Auch die Frage „Sind Sie schwul?“ ist völlig in Ordnung, jedoch wollen sich nicht alle homosexuell empfindenden Männer als schwul bezeichnen. Häufig hört oder liest man in den Medien von „Schwulen“, es ist aber besser, von schwulen Männern zu sprechen, da die sexuelle Orientierung nur ein Teilaspekt des Menschen ist.

Bisexualität ist die sexuelle Ausrichtung auf Männer *und* Frauen. Bisexualität ist eine gleichwertige sexuelle Orientierung wie Homo- oder Heterosexualität. Dies soll betont werden, da bisexuell empfindende Männer oft als „verkappt schwul“ diskriminiert werden, auch von homosexuellen Menschen.

Transsexualität ist ein Begriff für eine Geschlechtsidentität, die nicht dem biologischen Geschlecht entspricht, so etwa bei biologischen Männern, die eine weibliche Identität erleben. Viele bevorzugen anstelle von Transsexualität die Begriffe **Transidentität**, **Transgender** oder einfach nur „**Trans**“, da es um Identität und nicht um Sexualität geht. Transidentität ist als eigenes Phänomen unabhängig von der sexuellen Orientierung zu betrachten.

Die **sexuelle Orientierung** klassifiziert Menschen hinsichtlich ihrer sexuellen Ausrichtungen. Die gängige Praxis, Menschen entweder als heterosexuell oder homosexuell zu klassifizieren, ist abzulehnen, weil sie der Vielfalt und der graduellen Abstufung menschlicher Sexualität nicht entspricht.

Die sexuelle Orientierung umfasst zumindest die **Verhaltens-, Erlebens-, Identitätsdimension**. Diese Dimensionen müssen nicht immer übereinstimmen. Zum Beispiel können Männer eindeutig homosexuell empfinden, ohne jemals mit einem anderen Mann Sex erlebt zu haben. Umgekehrt gibt es nicht wenige homosexuell aktive Männer, die sich als heterosexuell bezeichnen. Daher sollen immer alle drei Dimensionen der sexuellen Orientierung berücksichtigt werden. Ein zusätzlicher Aspekt ist die soziale Konstruktion von Homosexualität: So werden in Lateinamerika Männer, die andere Männer anal oder oral penetrieren, nicht unbedingt als homosexuell wahrgenommen, im Gegensatz zu Männern die sich penetrieren lassen.

5.2 Wie viele und warum?

Ursachenforschung

Warum jemand homosexuell oder heterosexuell wird, kann auch nach Jahrzehnten intensiver wissenschaftlicher Bemühungen nicht eindeutig beantwortet werden. Es gibt Hinweise für biologische Faktoren, aber die Zusammenhänge sind komplex (Le-Vay 2010) und viele der Untersuchungen konnten nicht repliziert werden. Widerlegt sind mittlerweile psychoanalytische Erklärungsmodelle wie die umgekehrte Lösung des Ödipuskonfliktes oder auch die Verführungstheorie.

Wie viele Personen sind homo- oder bisexuell?

Hier gibt es keine einfache Antwort in Form einer Prozentzahl. In großen US-Studien bezeichnen sich 3–6% der Befragten als homo- oder bisexuell (Mosher et al. 2005), zieht man aber die Erlebensdimension heran, steigt der Prozentsatz beträchtlich, zum Beispiel auf 16% mit mäßiger bis starker homosexueller Anziehung in einer Deutschen Untersuchung (Steffens u. Wagner 2004), bis hin zu 65% mit zumindest leichten homosexuellen Tendenzen in einer finnischen Studie (Santtila et al. 2007). Es hängt also sehr davon ab, wie man Homosexualität definiert.



5.3 Spezifische Herausforderungen

Comingout

Das *Comingout* ist einer der bedeutsamsten Meilensteine im Leben homosexueller Männer. Meist versteht man darunter das Mitteilen der sexuellen Orientierung an andere. Davon zu unterscheiden ist das innere Comingout, d.h. das Bewusstwerden der eigenen Homosexualität. Meist erfolgt dies schon am Ende der Kindheit, allerdings entdecken viele ihre Homosexualität erst später, nicht selten nach einer heterosexuellen Partnerschaft oder Familiengründung. Die Zeit zwischen innerem und äußerem Comingout ist häufig ein intensiver, aber leider oft einsamer Prozess mit einer erhöhten Krisenanfälligkeit (Cass 1979), bei dem sich aber auch ganz spezifische Stärken entwickeln können.

Identitätsmanagement

Die meisten heterosexuellen Menschen gehen implizit davon aus, dass andere auch heterosexuell sind (*Heterosexualitätsannahme*), was nachvollziehbar ist, da Homosexualität nach außen hin nicht unbedingt sichtbar ist. Daher liegt es an homosexuellen Menschen selbst, ihr Comingout zu machen oder nicht (*Identitätsmanagement*). Für die Geheimhaltung werden vielfältige Strategien entwickelt (Goffmann 1963, 2001), etwa das Ablenken von „heiklen“ Themen wie Partnerschaft oder Sexualität, das Nicht-Korrigieren der Heterosexualitätsannahme oder konkretes Lügen. Viele – auch Professionelle – meinen, dass Sexualität doch Privatsache sei und keinen etwas angehe. Dies zeugt von fehlendem Verständnis, denn in bestimmten Situationen *müssen* homosexuelle Männer die Entscheidung zum Comingout treffen, etwa bei Fragen wie: „*Kommen Sie mit Ihrer Frau zur Weihnachtsfeier?*“, „*Sind Sie verheiratet?*“, „*Sind Sie ein Familienmitglied?*“ (z.B. bei Auskünften im Krankenhaus) usw. Daher bleibt das Identitätsmanagement ein lebenslanges Thema von homo- und bisexuellen Menschen.

Comingout und Gesundheit

Die Geheimhaltung der homosexuellen Orientierung und der damit verbundene Stress können zu negativen psychischen und physischen Konsequenzen führen (Pachankis 2007). Das Verstecken führt in einen Teufelskreis: Jedes Verheimlichen bestätigt, dass Homosexualität ein Stigma ist und führt zu einer Selbstabwertung. Dies kann zu sozialem Rückzug, Schamgefühlen, Angst, Depression und sogar Suizidgefährdung führen. Gleichzeitig verhindert die Geheimhaltung positive Rückmeldung von anderen und die damit verbundene Selbstwertstärkung. Allerdings gibt es auch heute noch Situationen, in denen sich homosexuelle Männer selbstbewusst und entschieden durch Geheimhaltung vor Diskriminierung schützen.

Internalisierte Homophobie

Homophobie ist die negative Einstellung und das negatives Verhalten gegenüber Homosexualität und kommt leider auch heute noch häufig vor, etwa in der Schule. Homosexuelle Menschen übernehmen (internalisieren) diese Homophobie, lange bevor sie sich ihrer eigenen Homosexualität bewusst werden. Im Comingout-Prozess erfolgt dann die Konfrontation mit dieser sogenannten *internalisierten Homophobie*.

bie. Sie ist häufig nicht bewusst zugänglich und eher als Scham erlebbar oder auch als Unbehagen gegenüber schwulen oder femininen Männern, im Sinne von „so möchte ich nicht sein bzw. gesehen werden“. Internalisierte Homophobie erhöht das Risiko für Depressivität und Suizidalität, Ängste und riskantes Sexualverhalten (Plöderl 2005) und ist ein Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Behandlung homo- und bisexueller Männer.

5.4 Risiken und Ressourcen

Risiken

Homosexuelle und bisexuelle Männer weisen in internationalen Studien ein signifikant erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen wie etwa Depression, Angststörungen, Substanzabhängigkeitsstörungen und auch Suizidalität auf (King et al. 2008; Plöderl et al. 2006, 2009). So bewegt sich die Suizidversuchsrate bei homo- und bisexuellen Männern im Bereich von 6–19%, was einem etwa 5-fach erhöhten Risiko gegenüber heterosexuellen Männern entspricht (Plöderl et al. 2006, 2009). Die Mehrheit homo- und bisexueller Männer hat jedoch *keine* psychischen Erkrankungen und auch *kein* erhöhtes Suizidrisiko. Das soll betont werden, um Homosexualität nicht erneut zu pathologisieren, aber dennoch ist das Risiko klar erhöht. Bei vielen Studien sind es übrigens die bisexuellen oder bezüglich ihrer Orientierung unsicheren Männer, die das höchste Risiko aufweisen. In der medizinischen und psychosozialen Arbeit sollte man sich des erhöhten Krankheitsrisikos bewusst sein und Suizidalität sollte immer abgeklärt werden. Männer, die Sex mit Männern haben, weisen außerdem höhere Prävalenzen an HIV, Syphilis und Hepatitis auf (Fenton et al. 2008; Sullivan et al. 2009; Urbanus et al. 2009). Dies ist für alle relevant, die in ihrer Praxis mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu tun haben (s. Kap. II.15).

Erklärungsmodelle – Minoritätenstress

Mittlerweile gibt es wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle für das erhöhte Risiko von psychischen Erkrankungen bei homo- und bisexuellen Männern (Meyer 2003; Hatzenbuehler 2009). Demnach ist der sogenannte Minoritätenstress dafür verantwortlich, d. h. negative soziale Reaktionen auf die sexuelle Orientierung in Form von tatsächlicher oder befürchteter Diskriminierung und Gewalt sowie der Stress des Verheimlichens und der internalisierten Homophobie. Ein guter Umgang mit Stress und soziale Unterstützung können den schädigenden Effekt von Minoritätenstress reduzieren. Auch institutionalisierte Diskriminierung in Form von gesetzlicher Ungleichbehandlung scheint kausal für psychische Krankheitsanfälligkeit verantwortlich zu sein (Hatzenbuehler 2010).

Ressourcen

Trotz der dargestellten Risiken darf nicht vergessen werden, dass die Mehrzahl homo- und bisexueller Männer keine psychischen Erkrankungen aufweist. Im Gegenteil, wie erste Studien zeigen, können sich durch die Herausforderungen eines Lebens mit einer homosexuellen Orientierung spezifische Ressourcen entwickeln, wie etwa die Verbundenheit zu anderen homosexuellen Menschen, selbstbestimmte Formung



einer eigenen Familie, besondere Qualität der Freundschaften, Vorbildfunktionen, Authentizität, Ehrlichkeit, mehr Empathie für andere (besonders für andere Minderheiten), kritisches Hinterfragen der Gesellschaft, Gerechtigkeitsempfinden, Freiheit bezüglich starrer Geschlechterrollen, sexuelle Selbstbestimmtheit und gleichwertige Partnerschaften (King u. Noelle 2004; Riggle et al. 2008).

5.5 Affirmative Haltung in der Praxis

Tabelle 1 gibt praktische Hinweise, die einer affirmativen Haltung gegenüber homosexuellen und bisexuellen Männern förderlich sind. Sie sind an die Richtlinien des *Diversity Managements* angelehnt.

Tab. 1 Tipps für die Praxis

Grundhaltung: „Gleich und doch anders“ ist die professionelle Haltung. Als Helfer brauchen Sie Wissen und Verständnis über Lebenswelten und typische Entwicklungsverläufe von homo- und bisexuellen Männern.

Heterosexualitätsannahme vermeiden: Immer beachten, dass jemand auch homo- oder bisexuell sein könnte.

inklusive Sprache: Formulieren Sie Fragen so, dass sich auch Menschen unterschiedlicher sexueller Orientierungen angesprochen fühlen, z.B. „Leben Sie in einer Partnerschaft?“, oder „Haben Sie eine Freundin oder einen Freund?“

Homosexualität ist vielfältig: Berücksichtigen Sie die verschiedenen Dimensionen sexueller Orientierung. Geeignete Fragen für die Verhaltensdimension wären etwa „*Mit wie vielen Frauen und mit wie vielen Männern haben Sie schon Sex gehabt?*“. Die Erlebensdimension könnte man erfassen mit: „*Mit wem hätten Sie am liebsten Sex: mit einer Frau, einem Mann, oder mit Frauen und Männern?*“. Die Dimension der sexuellen Identität erfasst man am besten mit: „*Wie würden Sie sich selbst bezeichnen? Homosexuell? Bisexuell? Schwul? Oder anders?*“.

Wertschätzung: Eventuell mit einem Symbol wortlos ausdrücken, dass Sie oder Ihre Organisation offen für das Thema Homosexualität ist, zum Beispiel mit dem bei schwulen Männern beliebten Regenbogen.

Comingout Begleitung: Den Klienten/Patienten keinesfalls zum Comingout drängen. Besser in der Haltung bleiben: „Wenn Sie schwul sind, dann ist das o.k. für mich“. Ziel ist das Frei-Werden für das innere Erleben als Grundlage für individuelle stimmige Entscheidungen.

eigene Vorurteile: Machen Sie sich Ihre eigenen Vorurteile bewusst, niemand ist ganz frei davon. Was löst das Thema Homosexualität aus? Welche Bilder, Assoziationen, Personen tauchen dabei auf? Was würde passieren, wenn Sie sich in Ihrer Familie oder am Arbeitsplatz als lesbisch oder schwul outen würden? Wie steht die Organisation, in der Sie arbeiten, zum Thema Homosexualität?

Anlaufstellen: Erkundigen Sie sich, welche Organisationen und Anlaufstellen in der Region vorhanden sind. Für viele homo- und bisexuelle Männer ist es ein wichtiger Schritt, Gleichgesinnte kennenzulernen. Mittlerweile gibt es auch viele gute Bücher und Filme, die verwendet werden können. Seit der Allgegenwart des Mediums Internet hat sich die Situation völlig verändert, denn nun kann auch im sehr ländlichen Raum Kontakt zu anderen schwulen oder bisexuellen Männern geknüpft werden.

Fortbildungen: Viele Homosexuellenorganisationen bieten auch Fortbildungen an. Auch Weiterbildungen im Bereich des Diversity Managements sind empfehlenswert.

Safe-Sex: Aufklären. Dazu ist es nötig, sich über mögliche Sexualpraktiken zwischen Männern oder zwischen Frauen und deren Risiken zu erkundigen, zum Beispiel bei den AIDS-Hilfen.

Literatur

- Cass VC (1979) Homosexual identity formation: A theoretical model. *J Homosex* 4, 219–235
- Fenton KA, Breban R, Vardavas R (2008) Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis* 8, 244–253
- Goffman I (1963/2001) *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität.* Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Hatzenbuehler M (2009) How does sexual minority stigma „get under the skin“? A psychological mediation framework. *Psychol Bull* 135, 707–730
- Hatzenbuehler M, McLaughlin KA, Keyes KM, Hasin DS (2010) The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. *Am J Public Health* 100, 452–459
- King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I (2008) A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 8:70
- King LA, Noelle SS (2004) Happy, mature, and gay. Intimacy, power, and difficult times in coming out stories. *J Res Pers* 39, 278–298
- LeVay S (2010) *Gay, straight, and the reason why. The science of sexual orientation.* Oxford: University Press
- Meyer IH (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 129, 674–697
- Mosher WD, Chandra A, Jones J, Division of Vital Statistics (2005) Sexual behavior and selected health measures: men and women 15–44 years of age, United States. *Advance Data* 362, 1–55
- Pachankis JE (2007) The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioural model. *Psychol Bull* 133, 328–345
- Plöderl M (2005) *Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit.* Weinheim: Beltz PVU
- Plöderl M, Sauer J, Fartacek R (2006) Suizidalität und psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Männern und Frauen. Eine Metaanalyse internationaler Zufallsstichproben. *Verhaltenst Psychoz Praxis* 38, 537–558
- Plöderl M, Kralovec K, Fartacek C, Fartacek R (2009) Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. *Blickp Man* 7, 28–37
- Rauchfleisch U, Frossard J, Waser G, Wiesendanger K, Roth W (2002) *Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen.* Stuttgart: Klett-Cotta
- Riggle EDB, Whitman JS, Olson A, Rostosky SS, Strong S (2008) The positive aspects of being a lesbian or gay man. *Prof Psychol* 39, 210–217
- Santtila P, Sandnabba NK, Harlaar N, Varjonen M, Alanko K, von der Pahlen B (2007) Potential for homosexual response is prevalent and genetic. *Biol Psychol* 77, 102–105
- Steffens MC, Wagner C (2004) Attitudes towards lesbians, gay men, bisexual women, and bisexual men in Germany. *J Sex Res* 41, 137–149
- Sullivan PS, Hamouda O, Delpech V, Geduld JE, Prejean J, Semaille C, Kaldor J, Folch C, Op de Coul E, Marcus U, Hughes G, Archibald CP, Cazein F, McDonald A, Casabona J, van Sighem A, Fenton KA; Annecy MSM Epidemiology Study Group (2009) Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996–2005. *Ann Epidemiol* 19, 423–431
- Urbanus AT, van Houdt R, van de Laar TJ, Coutinho RA (2009) Viral hepatitis among men who have sex with men, epidemiology and public health consequences. *Euro Surveill* 14, pii: 19421