

Dr. Dirk Sander

Referent für Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben

Mai 2016

Ausgrenzung kann krank machen – Wie Diskriminierung die Gesundheitschancen sexueller Minderheiten beeinflusst

Einleitung

Schon seit einigen Jahren lenken anglo-amerikanische Studien den Blick auf die Tatsache, dass schwule und andere MSM nicht nur häufiger von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) betroffen sind, sondern Homosexualität auch einen Risikofaktor für den Erwerb anderer Erkrankungen darstellen kann. Die erhöhte Krankheitswahrscheinlichkeit ist aber nicht etwa durch genetische oder biologische Prädispositionen bestimmt, vielmehr sind es „die gesellschaftlichen Reaktionen auf von der Mehrheit abweichende sexuelle Orientierungen, die als Ursachen diskutiert werden“ (Drewes 2016: 415). Zum ersten Mal ist es auch in der Bundesrepublik gelungen, die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlicher Abwertung von sexuellen Minderheiten und Gesundheitschancen in einer Befragung bei Schwulen und anderen MSM nachzuvollziehen.

Theoretische Bezüge

Als theoretischer Bezugsrahmen wird in vorliegenden Studien vor allem auch auf das Phänomen des „**Minderheitenstresses**“ (Meyer 2003) verwiesen: Der Stress erwächst aus den gesellschaftlichen Strukturen und Einstellungen, denen sich das Individuum kaum entziehen kann. Im Gegensatz zu „normalen“ und vorübergehenden lebensweltlichen Stressoren, wirken diese Belastungen permanent, sie erfordern auf Seiten der Betroffenen eine dauerhafte Auseinandersetzung und besondere Bewältigungskapazitäten. Psychische Stressoren ergeben sich wesentlich durch die Auseinandersetzung mit den nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechenden Sexualitäten und der damit verbundenen Abwertung des Anders Sein.

Im Ansatz der „**Syndemie-Produktion**“ (Stall et al. 2008) werden weiterhin internalisierte Homonegativität, psychische Probleme, problematischer Substanzkonsum und die HIV-Epidemie als interagierende Epidemien unter

schwulen und anderen MSM beschrieben. In empirischen Studien lassen sich mittlerweile eine Reihe von Belegen für syndemische Zusammenhänge finden. Bedeutsam für das Entstehen syndemischer Produktionen sind „die spezifischen Herausforderungen der männlichen Sozialisation schwuler Männer in Kindheit und Adoleszenz“ (Drewes 2016: 416).

Frühe Vulnerabilisierung erfordert frühe Interventionen

In einer Sekundäranalyse des Deutschen Jugendinstituts zur Lebenssituation schwuler und lesbischer Jugendlicher in Deutschland wurde dementsprechend festgestellt, dass der Schritt in die Gewissheit, einer sexuellen Minderheit anzugehören, auch heute noch mit negativen Gefühlen wie Unsicherheit und Furcht verbunden sei; sich in Familie und Schule zu outen, stelle keine Selbstverständlichkeit dar und würde von vielen Jugendlichen als Stressfaktor wahrgenommen (Sielert/Timmermanns 2011). Erfahrungen mit Mobbing scheinen bei schwulen Jugendlichen weit verbreitet zu sein. Berichtet wird über verbale Anmache, Beschimpfungen und andere Gewalterfahrungen, und zwar „in Schule, Nachbarschaft, Familie, im Bus oder im Internet“ (Timmermanns 2013: 25). Die Auswirkungen solcher Gewalterfahrungen sind unterschiedlich, sie reichen von Verunsicherung, Selbstzweifeln, Traurigkeit, Angst, Wut, Rückzug, Verlust an Selbstwertgefühl, Drogengebrauch, bis hin zu Depressionen und Selbstmord(versuchen)“ (ebd.: 25).

Auch in der im November 2015 vom Deutschen Jugendinstitut veröffentlichten ersten bundesweiten Studie zur Lebenssituationen von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird herausgestellt, dass LSBT* Jugendliche und junge Erwachsene in verschiedenen Kontexten diskriminierende Erfahrungen machen, sei es in der Schule, am Ausbildungsplatz, in der Familie oder der sonstigen Öffentlichkeit. Viele von ihnen erleben den Prozess des „Coming Out“ als ambivalente und teils komplizierte Zeit (Pressemitteilung des DJI, 6. Nov. 2015). Charakteristisch sei, dass „viele Jugendliche versuchen, ihre `wahren Gefühle` über einen längeren Zeitraum zu verdrängen. Während der teils jahrelangen Unterdrückungen der tatsächlichen geschlechtlichen oder sexuellen Identität, entwickelten sich bei einigen Jugendlichen therapierelevante psychische und psychosomatische Symptome“ (Krell/Oldemeier 2015:13).

Von den Autor_Innen wird zum einen empfohlen, diese Erkenntnisse in Gesundheitsprogramme einfließen zu lassen, und integrierte Strategien zu entwickeln, die eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit ermöglichen (Drewes/Kruspe 2016: 169). Herausforderungen ergeben sich auch für die ärztliche Anamnese und Diagnostik spezifischer Problematiken. Und da die Vulnerabilisierung, wie gezeigt werden konnte, schon im frühen Kindheits- und Jugendalter angelegt ist, sind auch frühe Interventionen notwendig. Es gilt Diskriminierungen in Schule, Ausbildung, Hochschule und Arbeit abzubauen, Vielfalt zu fördern, Fachkräfte zu sensibilisieren, Chancengleichheit durch rechtliche

Gleichstellung zu befördern, Freizeit- und Beratungsangebote weiter zu entwickeln und auszubauen (Krell/Oldemeier 2015: 30ff.).

Vergleichende Studien, die nach der sexuellen Orientierung und Identität differenzieren, liegen bisher in der Bundesrepublik Deutschland nicht vor. In Forschungsarbeiten zur „Sozialen Ungleichheit“, z.B. in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI 2015), wird gar nicht nach der sexuellen Orientierung gefragt, es wird lediglich zwischen „Mann“ und „Frau“ unterschieden, was zum einen den Ausschluss derer, die sich diesen (sozialen) Kategorien nicht zuordnen möchten, bedeutet, darüber hinaus werden spezifische gesundheitliche Bedarfe von sexuellen Minderheiten ausgeblendet, wenn z.B. gar nicht nach der sexuellen Orientierung gefragt wird. Das bedeutet ein „erhebliches Risiko an Über-, Unter- und Fehlversorgung“, da „in der Versorgungspraxis unvermeidlich klischeehafte Annahmen (...) vorherrschen, die einer angemessenen Intervention im Wege stehen“ (Kolip/Hurrelmann 2016:9).

In einer von der Universität Cambridge in England veröffentlichten vergleichenden Studie wird festgestellt, dass sexuelle Minderheiten 2 – 3-mal so hohe Werte bei psychischen Problematiken aufweisen als die Teilnehmer aus der heterosexuellen Vergleichsgruppe. Fast 11% der schwulen und 15% der bisexuellen Männer berichten über psychische Probleme, - auf Seiten der Heterosexuellen waren es lediglich 5%. Auch im allgemeinen Gesundheitsprofil schneiden schwule und bisexuelle Männer in dieser Studie schlechter ab. Vermutet wird auch hier, dass Diskriminierungserfahrungen in den herkömmlichen Gesundheitsinstitutionen bzw. bei den Hausärzten einen Zugang erschweren. Es mangelt an Vertrauen, die Kommunikation mit den Ärzten und dem medizinischen Personal wird als unbefriedigend beschrieben (Elliott et al. 2014). Auch in der europäischen EMIS-Studie (European MSM Internet Survey; The EMIS Network 2013), konnte gezeigt werden, dass homonegative gesellschaftliche Einstellungen und Verhaltensweisen (z.B. psychische und körperliche Gewalterfahrungen) auf individueller Ebene internalisierte Homonegativität und Selbststigmatisierungen begünstigen können. In der Studie konnte weiterhin dargestellt werden, dass sich dies wiederum auch negativ auf die Suche nach Gesundheitsinformationen, die Wahrnehmung von Gesundheitsdienstleistungen und von speziellen Testangeboten auswirken kann (Berg et al. 2013).

SMHA-Studie weist syndemische Zusammenhänge nach

In der gerade veröffentlichten deutschlandweiten Wiederholungsbefragung „Schwule Männer und HIV/AIDS 2013 - Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV“ (Drewes/Kruspe 2016) wurde erstmalig in der Bundesrepublik das Konzept der „Syndemie-Produktion“ in der Erhebung und Auswertung der Daten zugrundegelegt. Die Autoren können zeigen wie Abwertung und Ausgrenzung die Gesundheit beeinflussen.

Internalisierte Homonegativität beeinflusst das psychische Wohlbefinden

Als ein bedeutsamer und spezifischer Prädiktor für ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden bei schwulen Männern gilt das Konzept der internalisierten Homonegativität. Mit internalisierter Homonegativität wird der Prozess der Verinnerlichung und der Akzeptanz negativer gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber Homosexualität beschrieben. Der Psychoanalytiker Udo Rauchfleisch schreibt, dass Lesben und Schwule in einer Gesellschaft aufwachsen, in der sie immer wieder mit homonegativen Äußerungen konfrontiert sind. Diese verinnerlichen sie auch mehr oder weniger. So kann es dazu kommen, dass sie schließlich sogar negative Bilder von sich selbst, also als Lesben und Schwule haben. Diese internalisierte Homophobie wirkt dann wie ein „Feind von innen“ (Rauchfleisch 2014). Internalisierte Homophobie manifestiert sich zum Beispiel durch 'Verheimlichung', Selbstbeobachtung, Selbstzweifel, negative Selbstbilder, Gefühle von Minderwertigkeit bis hin zu Selbstwertkrisen und Scham, Scham über das gleichgeschlechtliche Begehren. Weiterhin die Distanz zu anderen Schwulen, Lesben, Trans*Personen, die (Über-)Anpassung an heteronormative Stereotypen, die Ablehnung von Weiblichkeit ('Effeminiertheit'), die Überbetonung vermeintlich 'männlicher' Stereotypen.

In der Studie von Drewes und Kruspe wurde die Verbreitung von internalisierter Homonegativität bei Männern, die Sex mit Männern haben, gemessen. Anhand folgender skalierten Fragen mit der Einordnung zwischen „stimme voll zu“ bis „stimme gar nicht zu“ wurde ein Index der `“Internalisierten Homonegativität“` errechnet: 1. „Ich fühle mich in Schwulenbars wohl.“ - 2. „Ich fühle mich in Gegenwart von offen schwulen Männern wohl.“ - 3. „Es macht mir nichts aus, wenn ich mit offensichtlich schwulen Männern in der Öffentlichkeit gesehen werde.“ - 4. „Ich fühle mich wohl als schwuler Mann.“ - 5. „Homosexualität ist für mich moralisch akzeptabel.“ - 6. „Ich würde meine sexuelle Orientierung ändern, wenn ich könnte.“

In der Auswertung wurde festgestellt, dass keiner der Befragten frei von den beschriebenen homonegativen Internalisierungen ist, circa ein Viertel weist starke Werte von internalisierter Homonegativität auf, weitere 47 Prozent mittlere Werte (vgl. die Abbildung in Drewes/Kruspe 2016: 91).

Internalisierte Homonegativität hängt mit dem psychischen Wohlbefinden der Befragten zusammen. Sie ist vor allem bei jüngeren Männern stärker ausgeprägt, mit zunehmendem Alter nimmt die internalisierte Homonegativität ab. Unter Teilnehmern aus kleineren Städten ist die internalisierte Homonegativität zudem stärker ausgeprägt als unter Teilnehmern aus größeren Städten. Verwiesen wird auf die Annahme, dass das soziale Umfeld einen Einfluss auf das Ausmaß der internalisierten Homonegativität hat. Allerdings kann die Studie keine kausalen

Zusammenhänge belegen. Weiterhin wird ein „deutlicher Zusammenhang“ zwischen dem offenen Umgang mit der eigenen Homosexualität und internalisierter Homonegativität festgestellt, und es wird darauf verwiesen, dass das Verbergen der eigenen Homosexualität gegenüber dem sozialen Umfeld „weitreichende Konsequenzen für das Individuum“ haben kann: „Denn das Verbergen der sexuellen Orientierung vor Familienmitgliedern und Freunden kann zu einem Mangel an sozialer Unterstützung führen, was wiederum mit größeren psychischen Belastungen einhergeht. Ein Verbergen der Homosexualität vor dem Hausarzt kann sich wiederum auf die adäquate Behandlung auswirken, z. B. in Hinsicht auf die Durchführung von HIV- und STI-Screenings oder Impfungen für Hepatitis A und B, und so einen indirekten Effekt auf den körperlichen Gesundheitszustand ausüben“ (Drewes/Kruspe 109/110).

Hinsichtlich der Offenlegung der eigenen Homosexualität gegenüber der Hausärztin bzw. dem Hausarzt stellt die Schwere der internalisierten Homonegativität einen deutlichen Indikator dar: 57 Prozent der Teilnehmer mit gering ausgeprägter internalisierter Homonegativität haben ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt gegenüber ihre sexuelle Orientierung offengelegt, aber nur 20 Prozent der Teilnehmer mit hoher internalisierter Homonegativität (Drewes/Kruspe 2016: 92f.; vgl. Abb. 4.6A im Anhang Seite 300).

MSM haben deutlich schlechtere Werte bei der psychischen Gesundheit als ihre heterosexuellen Altersgenossen

Ähnlich wie in der oben zitierten britischen Erhebung konnten auch in der SMHA-Studie vergleichsweise deutlich schlechtere Werte bei den Befragten hinsichtlich der psychischen Gesundheit herausgearbeitet werden. Als Indikatoren der psychischen Gesundheit wurden das psychische Wohlbefinden (als Vorliegen ängstlich-depressiver Symptome), die selbstberichteten Diagnosen psychischer Erkrankungen und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme oder Krisen erfasst (Drewes/Kruspe 2016:78). Es besteht auch hier ein „starker Zusammenhang“ zwischen internalisierter Homonegativität und dem psychischen Wohlbefinden: „Teilnehmer mit einer sehr niedrig ausgeprägten internalisierten Homonegativität berichten nur zu neun Prozent eine moderate oder schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik. Unter den Teilnehmern mit einer hohen internalisierten Homonegativität ist dieser Anteil doppelt so hoch. Hier berichten elf Prozent eine moderate ängstlich-depressive Symptomatik und acht Prozent sogar eine schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik“ (Drewes/Kruspe 2016:93). Ein nur eingeschränkt interpretierbarer Vergleich der Studienergebnisse hinsichtlich der depressiven Symptomatik mit den bevölkerungsrepräsentativen Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) zeigt, dass die schwulen und anderen MSM der SMHA-Studie über alle Altersgruppen hinweg zu einem höheren Anteil eine depressive Symptomatik aufweisen als die männlichen Teilnehmer der DEGS1-Studie aus der Gesamtbevölkerung (vgl. Abb. 4.6 auf S. 85).

Besonders betroffen sind junge schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben mit einem niedrigeren sozio-ökonomischen Status (31 Prozent ängstlich-depressive Symptomatik) und junge schwule und andere MSM, die in kleineren Orten leben (25 Prozent ängstlich-depressive Symptomatik; Drewes/Kruspe 2016: 108).

Gewalterfahrungen haben großen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden

Gewalterfahrungen haben erwartungsgemäß einen großen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden. Antihomosexuelle Akte wie verbale oder physische Gewalt stellen für schwule und andere MSM eine vergleichsweise häufige Erfahrung dar. 13 Prozent haben in den vergangenen zwölf Monaten verbale Gewalt erfahren, zwei Prozent physische Gewalt. Ein Anteil, der im Vergleich zu den Erhebungen in 2003 und 2007 konstant ist. Jüngere Teilnehmer sind am stärksten von antihomosexuellen Gewalterfahrungen betroffen. Nur 63 Prozent der 16- bis 19-jährigen Teilnehmer haben in den vergangenen zwölf Monaten keine Gewalt erlebt (ebd.: 112).

Antihomosexuelle Gewalterfahrungen wirken sich negativ auf das psychische Wohlbefinden aus. 21 Prozent der Teilnehmer, die verbale Gewalt erfahren haben, und 38 Prozent, die physische Gewalt erfahren haben, berichten von einer moderaten oder schwerwiegenden ängstlich-depressiven Symptomatik. Unter den Teilnehmern, die in den vergangenen zwölf Monaten verbale antihomosexuelle Gewalt erfahren haben, berichten 13 Prozent eine moderate und acht Prozent eine schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik in den vergangenen zwei Wochen. Deutlich höher noch fällt dieser Anteil unter den Teilnehmern aus, die physische Gewalt erfahren haben. Unter diesen berichten 26 Prozent eine moderate und 13 Prozent eine schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik. Der starke Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und Gewalterfahrungen ist besonders vor dem Hintergrund, dass das psychische Wohlbefinden nur für die letzten beiden Wochen erfragt wurde, frappierend (Drewes/Kruspe 2016: 106).

Gewalt gegen homosexuelle Männer ist an ihre Sichtbarkeit geknüpft. In der älteren Arbeit von M. Kruspe zum psychischen Wohlbefinden bei Schwulen und anderen MSM konnten wir deshalb hier schon einen „paradoxen Effekt“ ausmachen: Die Analysen zeigten, dass je offener die befragten Männer mit ihrer sexuellen Orientierung umgingen, desto angreifbarer machten sie sich scheinbar für Diskriminierung. Das resultierende Paradox ist, dass Offenheit also zwar das psychische Wohlbefinden positiv beeinflusst, wenn es beispielsweise darum geht auf ein Netz aus unterstützenden Personen zurückgreifen zu können, andererseits macht diese Offenheit aber auch verletzlich, was wiederum einen negativen Einfluß auf das psychische Wohlbefinden hat (vgl. Kruspe 2013: 55).

Substanzkonsum und psychische Wohlbefinden

Auch der Substanzkonsum hängt (anders als übermäßiger Alkoholkonsum) deutlich mit dem psychischen Wohlbefinden der Befragten zusammen. Schwule Männer mit schwerwiegenden psychischen Problemen und Substanzkonsum können ebenfalls als Zielgruppe für spezifische Interventionsangebote verstanden werden. Besonders auffällig sind die Unterschiede im Substanzkonsum zwischen HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern und HIV-positiven Teilnehmern: „Unter den HIV-positiven Teilnehmern haben 42 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten mindestens eine Substanz konsumiert und 14 Prozent berichten regelmäßigen Konsum mindestens einer Substanz. Nur halb so viele HIV-negative/ungetestete Teilnehmer berichten Substanzkonsum“ (Drewes/Kruspe 2016:111). Verweisen möchte ich an dieser Stelle auf Ergebnisse qualitativer Studien (Bourne, aber auch unser Projekt QUADROS): Einige Interviewpartner bringen ihren Substanzkonsum vor allem mit den Motivationen Schamreduktion und Selbstwertsteigerung in Verbindung. Hemmungen in der Kontaktaufnahme mit potenziellen Sexualpartnern aufgrund von geringem Selbstwertgefühl, Problemen mit dem eigenen Körper (body shaming) und dem Ausleben des sexuellen Begehrens beschreiben sie als Konsequenz einer als „nicht natürlich“ diskreditierten Sexualität. Der Substanzkonsum bewirke, dass körperliche Nähe zugelassen und die eigene Sexualität ausgelebt werden könne.

Psychisches Wohlbefinden und HIV-bezogenes Schutzverhalten

Das psychische Wohlbefinden hängt ebenfalls mit dem Eingehen von Risiken zusammen. Teilnehmer, die eine moderate oder schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik berichten, nutzen seltener Kondome und berichten zu einem größeren Anteil Risikokontakte als Teilnehmer ohne Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens. Da insbesondere junge Teilnehmer von einer Einschränkung des psychischen Wohlbefindens betroffen sind, liegt hier eine mögliche Erklärung vor, warum jüngere Teilnehmer zu einem höheren Anteil Risikokontakte berichten (Drewes/Kruspe 2016:168).

Das gesellschaftliche Stigma der Homosexualität kann sich auf das HIV-Testverhalten schwuler und anderer MSM auswirken

Der Umgang mit der eigenen Homosexualität bestimmt das HIV-Testverhalten bemerkenswert stark. Je offener mit der Homosexualität im sozialen Umfeld umgegangen wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, aktuell sowie überhaupt auf HIV getestet worden zu sein. 28 Prozent der Männer, die sehr selektiv oder gar nicht offen mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen, haben sich bereits testen lassen, unter den Teilnehmern, die sehr offen mit ihrer Homosexualität umgehen, sind es 46 Prozent (vgl. Abb. 7.4A im Anhang Seite 317). Zudem hängt das Testverhalten mit dem Grad, zu dem homonegative Einstellungen von den

Teilnehmern internalisiert wurden, zusammen. Zudem zeigt es sich, dass Teilnehmer mit einem sehr geringen Grad an internalisierter Homonegativität zu einem höheren Anteil sowohl aktuell als auch überhaupt auf HIV getestet wurden (Drewes/Kruspe 2016:176; vgl. Abb. 7.2, S. 177).

Darüber hinaus scheint hier auch das Stigma einer HIV-Infektion das Testverhalten zu beeinflussen: Die Angst vor einem HIV-positiven Testergebnis ist unter diesen Männern bemerkenswert weit verbreitet, jeder vierte ungetestete Teilnehmer mit Risikokontakten gibt an, sich deswegen nicht testen zu lassen. Zudem bevorzugt jeder Zehnte dieser Teilnehmer, seinen HIV-Serostatus nicht zu kennen. Das Stigma der HIV-Infektion stellt demzufolge eine deutliche Barriere zum HIV-Test unter diesen Männern dar. Denkbare Barrieren, wie der vermeintlich hohe Preis des HIV-Tests oder der mangelnde Zugang zu Testeinrichtungen, spielen unter den ungetesteten Männern kaum eine Rolle (Drewes/Kruspe 2016:192).

Versorgungslücke für HIV-negative schwule Männer mit psychischen Problemen?

Zwar konnten in der Erhebung keine Unterschiede zwischen HIV-positiven und HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens in den vergangenen zwei Wochen festgestellt werden, hinsichtlich der selbstberichteten Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme und selbstberichteter psychischer Diagnosen im Laufe des bisherigen Lebens zeigte sich aber ein gänzlich anderes Bild: Die Hälfte aller HIV-positiven Befragungsteilnehmer gibt an, bereits mindestens einmal eine psychotherapeutische oder ärztliche Behandlung aufgrund psychischer Probleme in Anspruch genommen zu haben, bei den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern sind dies 31 Prozent. Dieser Unterschied lässt sich nicht auf das durchschnittlich höhere Lebensalter der HIV-positiven Teilnehmer in der Erhebung zurückführen. Wie Abbildung 8.6 zeigt, steigt der Anteil der Teilnehmer, die psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben, mit dem Lebensalter zwar für alle Teilnehmer an, für HIV-positive Männer findet dieser Anstieg jedoch auf einem deutlich höherem Niveau statt als unter HIV-negativen/ungetesteten Männern (Drewes/Kruspe 2016: 204/205). Die gleiche Tendenz zeigt sich hinsichtlich der selbstberichteten psychiatrischen Diagnosen. 17 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer berichten, dass bei ihnen bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, während dies 30 Prozent der HIV-positiven Männer berichten. Hier zeigt sich erneut, dass dieser Unterschied unabhängig vom höheren Lebensalter der HIV-positiven Befragungsteilnehmer existiert (Drewes/Kruspe 2016:205; vgl. Abb. 8.10A im Anhang S. 323).

Gewiss kann der deutlich höhere Anteil an HIV-positiven Teilnehmern mit einer psychiatrischen Diagnose und mit Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei psychischen Problemen auch durch die bessere Einbindung von HIV-positiven Menschen in das medizinische Versorgungssystem bedingt sein. Wenn durch diese

bessere Anbindung mehr Diagnosen gestellt werden, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass psychische Störungen bei HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern unterdiagnostiziert sind.

Internalisierte Homonegativität beeinflusst das Informations-Suchverhalten

Teilnehmer, die Homosexualität als problematisch wahrnehmen, informieren sich seltener zu HIV als Teilnehmer, die keine Probleme mit ihrer Homosexualität haben, wie der Zusammenhang zwischen internalisierter Homonegativität und Informationsverhalten zeigt (Drewes/Kruspe 2016: 259; vgl. Abb. 11.7A im Anhang S. 330).

Zusammenfassung

Die Studie zeigt drastisch auf, wie die gesellschaftliche Abwertung und Diskriminierung der Homosexualität und die Internalisierung der Homonegativität die Gesundheitschancen Schwuler und anderer MSM beeinflussen kann. Die Autoren fordern anhand der festgestellten Problematiken eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit schwuler und anderer MSM: „Die ausschließliche Betrachtung von HIV und anderen STI als Gesundheitsrisiken für schwule und andere MSM wird den vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen homosexuell lebender Männer im Vergleich zu ausschließlich heterosexuell lebenden Männern nicht gerecht. Schwule Männer sind spezifischen gesellschaftlichen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen ausgesetzt, die sie vulnerabel für psychische, aber auch für physische Erkrankungen machen. Vor diesem Hintergrund ist zum Beispiel ein weiterer Ausbau von adäquaten Beratungs- und Betreuungsangeboten für schwule Männer und Angehörige anderer sexueller Minderheiten dringend erforderlich. Zudem ist eine Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von psychosozialen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, insbesondere in kleineren Städten, in denen sich zielgruppenspezifische Angebote nicht lohnen würden, im Hinblick auf die spezifischen Problemlagen und Bedürfnisse von Angehörigen sexueller Minderheiten notwendig. Es ist zwingend notwendig, dass sich Wissenschaft und Prävention intensiver mit allen gesundheitlichen Benachteiligungen schwuler und anderer MSM und ihren Ursachen befassen“ (Drewes/Kruspe 2016:112).

Literatur

- Berg, Rigmor C.; Ross, Michael Wallis; Weatherburn, Peter; Schmidt, Axel Jeremiah (2013): "Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries". In: *Social Science & Medicine*, vol. 78, 61 – 69
- Drewes, J. (2016): Die Gesundheit schwuler Männer. In: P. Kolip/K. Hurrelmann (Hrsg.): *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe-Verlag, S. 409-419.
- Elliott Marc N.; Kanouse, David E.; Burkhart, Q.; Abel, Gary A.; Lyratzopoulos, Georgius; Beckett, Megan K., Schuster, Mark A., Roland, Martin (2014): Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. In: *Journal of General Internal Medicine*, September 2014, 9 -16
- Kolip, P./Hurrelmann, K. (2016): *Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung*. In: P. Kolip/K. Hurrelmann (Hrsg.): *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe-Verlag, S. 8-17.
- Krell, C./Oldemeier, M. (2015): *Coming-Out - und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Kruspe, M. (2013): *Wie geht's Euch? Lebenssituation und seelisches Wohlbefinden homo- und bisexueller Männer*. Bericht für die Deutsche AIDS-Hilfe (unveröffentlicht)
- Meyer, Ilan H. (2003): Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. In: *Psychological bulletin*, vol. 129, 674 – 697
- Rauchfleisch, Udo (2014a): „Ich bin nicht homophob, aber...“.
(<http://www.iwwit.de/blog/2014/05/ich-bin-nicht-homophob-aber/>)
- RKI (2015): *Gesundheit in Deutschland*. Hrsg. vom Robert Koch Institut, Berlin (www.rki.de/Gesundheitsbericht)
- Sielert, Uwe, Timmermanns, Stefan (2011): *Expertise zur Lebenssituation schwuler und lesbischer Jugendlicher in Deutschland. Eine Sekundäranalyse vorhandener Untersuchungen*. Deutsches Jugendinstitut e.V., München
- Stall, Ron.; Friedman, Mark; Catania, Joseph A. (2008): *Interacting epidemics and gay men's health: A theory of syndemic production among urban gay men*. In: Richard J. Wolitski, Ron Stall, Ronald O. Valdiserri (Hrsg.): *Unequal opportunity: Health disparities affecting gay and bisexual men in the United States*. New York: Oxford University Press; S. 251-274.
- Timmermanns, Stefan (2013): *Sehnsucht nach Wärme in kalten Zeiten. Forschungsergebnisse und Betrachtungen zur Lebenssituation schwuler Jugendlicher in Deutschland*. In: BZgA (Hrsg.): *Jungen. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*. S. 23 – 26