

Einführende und erläuternde wissenschaftliche Texte  
Blaue Reihe Band 3

# Homosexualität und Suizidrisiko

Zur wissenschaftlichen Haltbarkeit eines  
gerne behaupteten Zusammenhangs

Dr.habil.Heike Diefenbach

**©2015 Dr. habil. Heike Diefenbach**

**<http://sciencefiles.org>**

***Zitate und auszugsweise Verwendung von Teilen dieses Buches sind (nur) unter Angabe der Quelle erlaubt.***

***Der Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Autoren unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.***

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	1
1. Erhöhtes Suizidrisiko bei Homosexuellen und Bisexuellen?.....	2
2. Empirie zeigt: Homosexuelle begehen nicht häufiger Selbstmord als Heterosexuelle.....	13
3. Stigmatisierung und Diskriminierung: Ursachen von Suizid oder psychischer Erkrankung bei Homosexuellen? .....	21
4. Sind Interventionen zugunsten „des Regenbogens“ notwendig oder sinnvoll? .....	28
5. Literatur: .....	35

## Vorbemerkung

Dieser Text entstand im Januar 2014 und wurde erstmals in der 2. Januarhälfte 2014 in vier aufeinander aufbauenden Teilen auf Sciencefiles.org veröffentlicht. Er wurde von Heike Diefenbach in Reaktion auf die in Baden-Württemberg damals geplante und viel diskutierte Bildungsplanreform 2015/2016 verfasst, in deren Folge das Thema "Akzeptanz von sexueller Vielfalt" als Lernziel im Bildungsplan für Baden-Württemberg verankert werden sollte. Weil in der Diskussion um diese Reform sowohl von Befürwortern als auch von Gegnern (auf unterschiedliche Weise) damit argumentiert wurde, dass LSBTTI oder Homosexuelle ein höheres Suizidrisiko hätten und dies wiederum ein Ergebnis der Stigmatisierung und Diskriminierung durch die heterosexuelle Mehrheitsbevölkerung sei, haben wir von ScienceFiles beschlossen, die entsprechenden Argumentationen zu prüfen und auf ihre empirische Begründbarkeit hin zu betrachten.

Weil diese Argumentationen nicht nur mit Bezug auf Bildungspläne für Schulen, sondern für eine Vielzahl von Interventionsvorschlägen relevant sind, ist das Ergebnis dieser Prüfung u.E. nach wie vor wichtig und interessant. Wir haben uns deshalb entschlossen, den ursprünglichen, in vier Teilen erschienen, Text in einen Gesamttext zu übertragen, der in der ScienceFiles-eigenen Blauen Reihe in leicht überarbeiteter Form der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wird. Die Überarbeitung ist vor allem eine sprachliche; dementsprechend sind die Inhalte sehr weitgehend dieselben, die in den im Januar 2014 auf dem ScienceFiles-blog veröffentlichten vier Teilen behandelt wurden. An einigen Stellen wurden Ergänzungen in Fußnoten oder – kürzere – im Text gemacht.

Wo Textstellen in blauer Schrift gehalten und unterstrichen sind, wurden hyperlinks gesetzt, durch die man auf im Internet verfügbare Veröffentlichungen geführt wird, auf die der Text Bezug nimmt.

Die ScienceFiles-Redaktion,  
21. September 2015

## 1. Erhöhtes Suizidrisiko bei Homosexuellen und Bisexuellen?

In den vergangenen Wochen wurde in Baden-Württemberg viel über den [Bildungsplan 2015, genau: die Bildungsplanreform 2015/2016](#), diskutiert, durch die „[d]as Thema ‚Akzeptanz von Sexueller Vielfalt‘ [...] im Zusammenhang allgemeiner Erziehungsziele [in den Bildungsplan] aufgenommen [werden sollte]“. Dass Deutschlands Bürger sich in Fragen der Unterrichtsinhalte, mit denen Kinder in deutschen Schulen konfrontiert werden, engagieren, ist – gelinge gesagt – eher selten, und dementsprechend wäre der Bildungsplan 2015 vermutlich seinen verwaltungstechnischen Gang gegangen und ohne nennenswerte Aufmerksamkeit über die Köpfe der Bürger und insbesondere von Eltern und Kindern hinweg eingeführt worden, hätte es nicht die Petition mit dem Titel [„Zukunft – Verantwortung – Lernen: Kein Bildungsplan 2015 unter der Ideologie des Regenbogens“](#) gegeben, die ein engagierte Lehrer verfasst hat und die am 21. Januar um 13.30 152.552 Unterstützer gefunden hatte. Sie alle wandten sich als Unterzeichner der Petition [gegen den Bildungsplan 2015, denn:](#)

„Wir treten für eine wissenschaftlich orientierte Pädagogik und gegen ideologische Theoriekonstrukte ein. ...Während im Bildungsplan 2015 Werbung für jegliche Formen der Sexualität gemacht wird, bleiben Formen der Ausgrenzung aufgrund von Herkunft, Behinderung, Alter, Geschlecht oder Weltanschauung/Religion darin unbeachtet“.

Letztere Feststellung ist korrekt, und Ersterem kann man sich als Wissenschaftler nur anschließen.

In [der Petition wurden weitere Gründe dafür, den Bildungsplan 2015 abzulehnen, genannt](#), darunter der folgende:

„In ‚Verankerung der Leitprinzipien‘ fehlt komplett die ethische Reflexion der negativen Begleiterscheinungen eines LSBTTI[Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, Transsexuelle und Intersexuelle]-Lebensstils, wie die höhere Suizidgefährdung unter homosexuellen Jugendlichen, die erhöhte Anfälligkeit für Alkohol und Drogen, die auffällig hohe HIV-Infektionsrate bei homosexuellen Männern, wie sie jüngst das Robert-Koch-Institut (5) veröffentlichte, die deutlich geringere Lebenserwartung homo- und bisexueller Männer, das ausgeprägte Risiko psychischer Erkrankungen bei homosexuell lebenden Frauen und Männern“.

Allein auf dieses Argument bezieht sich die Gegenpetition zur Petition, überschrieben mit [„Gegenpetition zu: Kein Bildungsplan 2015 unter der Ideologie des Regenbogens“](#), die ihrerseits zum selben Datum und zur selben Uhrzeit 79.471 Unterzeichner gefunden hatte. Dort war zu lesen:

„Bei Schüler\_innen ein Bewusstsein zu schaffen, wonach Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, Transsexuelle und Intersexuelle (LSBTTI) nichts ‚Abnormales‘ sind, halte ich für wichtig und richtig. Die Argumentation, LSBTTI sei gefährlich, halte ich für falsch und vollkommen verquer. Es verhält sich - meiner Ansicht nach - vielmehr so, dass sich bei LSBTTI deshalb ein erhöhtes Suizidverhalten zeigt, weil Teile der Gesellschaft ihnen immer noch - und eben u.a. gerade durch solche Petitionen - das Gefühl geben, abnormal zu sein, sodass es schwierig wird, sich selbst zu akzeptieren. Daraus, weil nicht kleine Teile der Gesellschaft einem das Gefühl geben ‚falsch‘ zu sein, resultiert die erhöhte Suizidrate, nicht durch die Zugehörigkeit zu den oben genannten Gruppen. Und genau deshalb ist es so wichtig, zukünftigen Generationen zu vermitteln, dass LSBTTI keinesfalls ‚falsch‘ sind und dass sie offen leben dürfen, was sie sind, ohne sich dessen schämen zu müssen oder von anderen beschimpft oder angegriffen zu werden“.

Während die Unterstützer der Petition also bemängeln, dass im Bildungsplan 2015 nicht vorgesehen ist, u.a. das erhöhte Suizidrisiko homosexueller Jugendlicher und das höhere Risiko psychischer Erkrankungen Homosexueller zu thematisieren, begründen die Unterstützer der Gegenpetition ihr Anliegen damit, dass LSBTTI durch „Teile der Gesellschaft ... immer noch“ das Gefühl gegeben werde, abnormal zu sein, woraus eine „erhöhte Suizidrate“ bei LSBTTI resultiere, die in „zukünftigen Generationen“ dadurch zum Verschwinden gebracht werden sollte, dass Kinder in Schulen von der Normalität von LSBTTI bzw. Nicht-Heterosexuellen überzeugt würden. Einig sind sich die Unterstützer von Petition und Gegenpetition also darin, dass es ein erhöhtes Risiko von LSBTTI bzw. Nicht-Heterosexuellen gebe, Selbstmord zu begehen, wenn sie auch nicht darin übereinstimmen, ob dies nur für bestimmte Gruppen Nicht-Heterosexueller gilt oder nicht. Für die Unterstützer der Petition begründet dies die Notwendigkeit, die Gefahren eines nicht-heterosexuellen Lebensstils in Schulen zu thematisieren – wenn ein solcher Lebensstil überhaupt in Schulen thematisiert werden soll). Für die Unterstützer der Gegenpetition begründet

und rechtfertigt dies die Thematisierung dieses Lebensstils und die Werbung für Toleranz gegenüber bzw. Akzeptanz dieses Lebensstils in Schulen.

Aber woher nehmen beide Seiten die Sicherheit, mit der sie behaupten, es gebe eine erhöhte Suizidrate unter Nicht-Heterosexuellen oder bestimmten Gruppen von Nicht-Heterosexuellen? Das bleibt ihr Geheimnis, denn sie berufen sich diesbezüglich auf keinerlei Quellen, sondern suggerieren gleichermaßen, es handle sich hier um feststehendes Wissen, fast schon um einen Teil von Allgemeinbildung. Und wie so oft erweist sich das, was man als allgemein bekannt oder selbstverständlich ansieht, als falsch, sobald man sich ihm mit dem Kopf und nicht mit dem Herzen oder vielleicht treffender: dem Blutdruck, zuwendet. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Forschung lässt sich dies nämlich keineswegs behaupten.

Tatsächlich ist bis heute unklar, ob eine höhere Suizidrate unter Nicht-Heterosexuellen oder Teilen von ihnen besteht als unter Heterosexuellen, obwohl seit mindestens zehn Jahren hierüber geforscht wird. Woher genau die Idee, Nicht-Heterosexuelle hätten eine höhere Suizidrate bzw. ein höheres Suizidrisiko als Heterosexuelle ursprünglich stammt, konnte ich nicht zuverlässig feststellen. Ein Text von Paul Gibson, der einen erheblichen Beitrag dazu geleistet hat, die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Suizid(risiko) und sexueller Orientierung auf die Tagesordnungen von Politikern und Verwaltungsangestellten zu setzen, und den Gibson als Beitrag mit dem Titel [„Gay Male and Lesbian Youth Suicide“](#) zum [“Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide“](#) für das U.S. Department of Health and Humane Services im Jahr 1989 beigesteuert hat, führt den Zusammenhang bereits in der Einleitung als eine bekannte Tatsache ein. Gibson schreibt:

„Suicide is the leading cause of death among gay male, lesbian, bisexual and transsexual youth. They are part of two populations at serious risk of suicide: sexual minorities and the young. Agency statistics and coroner reports seldom reflect how suicidal behavior is related to sexual orientation or identity issues. The literature on youth suicide has virtually ignored the subject. Research in recent years, however, with homosexual young people and adults has revealed a serious problem with cause for alarm“ (Gibson 1989: 115).

Die Forschung, auf die er sich bezieht, stammt aus den 1970er-Jahren und wurde von Jay und Young (1977) und Bell und Weinberg (1978) publiziert. Deren Ergebnisse fasst Gibson wie folgt zusammen:

„Jay and Young found that 40 percent of gay males and 39 percent of lesbians surveyed had either attempted or seriously contemplated suicide. Bell and Weinberg similarly found that 35 percent of gay males and 38 percent of lesbians in their study had either seriously considered or attempted suicide. Homosexuals are far more likely to attempt suicide than are heterosexuals. A majority of these attempts take place in their youth. Bell and Weinberg found that 25 percent of lesbians and 20 percent of gay men had actually attempted suicide. Gay males were 6 times more likely to make an attempt than heterosexual males. Lesbians were more than twice as likely to try committing suicide than the heterosexual women in the study. A majority of the suicide attempts by homosexuals took place at age 20 or younger with nearly one-third occurring before age 17” (Gibson 1989: 116).

Die berichteten Forschungsergebnisse sind aber keineswegs so aussagekräftig wie es auf den ersten Blick scheinen mag, denn die Studie von Jay und Young beinhaltet *keine* Heterosexuellen, so dass aus ihr keine Aussage über ein *höheres* Suizidrisiko von Homosexuellen als von Heterosexuellen abgeleitet werden kann, eben weil die Vergleichsgruppe der Heterosexuellen in dieser Studie fehlt (zur Kritik dieser Studie s. auch [Burroway 2006](#)). Bell und Weinberg machen sich dieses Versäumnisses zwar nicht schuldig, aber auch ihre Studie basiert – ebenso wie die von Jay und Young – auf *im Nachhinein von den Befragten erinnerten oder zumindest angegebenen Selbstmordversuchen oder ernsthaften Erwägungen, sich umzubringen*, und niemand weiß, wie zuverlässig solche Angaben sind.

Dennoch akzeptiert Gibson die Ergebnisse dieser Studien und damit die Existenz eines Zusammenhangs zwischen Suizid(risiko) und jungen Homosexuellen kritiklos. Er sieht jedoch die Notwendigkeit, die Geltung des Zusammenhangs gut zehn Jahre später zu überprüfen, und führt daher einige Zahlen an, die als Beleg dafür dienen sollen, dass der Zusammenhang inzwischen nicht verschwunden oder schwächer geworden sei, sondern eher im Gegenteil.

Wieder scheinen die berichteten Zahlen dies auf den ersten Blick zu belegen, aber sie basieren auf Befragungen, die in oder von Jugendzentren, teilweise speziell für

homosexuelle Jugendliche, oder Zentren zur Prävention von Suizid durchgeführt wurden. Weil man davon ausgehen muss, dass die Jugendlichen, die dort anzutreffen sind, eine *stark selegierte Population* darstellen, sind die Daten, die durch die Befragung dieser Jugendlichen gewonnen wurden, nicht auf andere, geschweige denn alle, Jugendlichen übertragbar – seien sie homosexuell oder heterosexuell oder was auch immer. So wurde eine der Befragungen vom Larkin Street Youth Center in San Francisco durchgeführt, und zwar unter der Klientel dieses Zentrums, die aus wohnsitzlosen Jugendlichen besteht. Diese Befragung ergab, dass unter den wohnsitzlosen Jugendlichen, die im Larkin Street Youth Center in San Francisco angetroffen werden konnten, Homosexuelle eine 3,5mal höhere Suizidität hatten als Heterosexuelle, aber zumindest im Bericht Gibsons bleibt unklar, wie genau in dieser Studie „Suizidität“ definiert und operationalisiert wurde und wie viele oder aller Erfahrung nach besser: wenige Fallzahlen sich hinter dem Verhältnis von Prozentzahlen, auf deren Basis die 3,5mal höhere Suizidität errechnet wurde, verbergen.

Zwischen 1977 und 1989 wurde also offensichtlich keine Forschung betrieben, die die methodischen Fehler und Schwächen der ursprünglichen Forschung behoben hätte (eher im Gegenteil; noch weitere hinzugefügt hat). Dennoch geistert seit der Publikation des Textes von Gibson aus dem Jahr 1989 in der westlichen Welt die Vorstellung herum, nach der (jugendliche oder erwachsene) Homosexuelle (oder beide) ein mindestens 30 Prozent höheres Risiko hätten, Selbstmord zu begehen.

Und bereits in Gibsons Text findet sich die denkwürdige und im gesellschaftlichen Klima der 1970er-Jahre wenig überraschende, aber durch keinerlei wissenschaftliche Forschung belegte, Behauptung:

„The root of the problem of gay youth suicide is a society that discriminates against and stigmatizes homosexuals while failing to recognize that a substantial number of its youth has a gay or lesbian orientation. Legislation should guarantee homosexuals equal rights in our society. We need to make a conscious effort to promote a positive image of homosexuals at all levels of society that provides gay youth with a diversity of lesbian and gay male adult role models. We each need to take personal responsibility for revising homophobic attitudes and conduct. Families should be educated about the development and positive nature of homosexuality. They must be able to accept their

child as gay or lesbian. Schools need to include information about homosexuality in their curriculum and protect gay youth from abuse by peers to ensure they receive an equal education” (Gibson 1989: 115).

Man könnte meinen, der baden-württembergische Bildungsplan 2015 sei eine späte Kopie dessen, was bereits im Jahr 1989 auf der Basis methodisch völlig unzureichender Forschung bzw. ohne jeden wissenschaftlichen Beleg gefordert wurde. Man könnte aber auch meinen, dass man sich mit solchen Forderungen heutzutage auf qualitätvolle(re) Forschung berufen können sollte. Leider muss man sagen, dass dies nicht der Fall ist. Für die Mehrheit der Forschung, die seit 1989 bis heute zum Zusammenhang zwischen Suizid und sexueller Orientierung durchgeführt wurde, gilt, dass sie dieselben methodischen Mängel aufweist wie die frühe Forschung der 1970er- und 1980er-Jahre.

Dies mag einigermaßen verwunderlich erscheinen, ist es aber nicht, wenn man sich vergegenwärtigt, *wie schwierig es ist, den Zusammenhang zwischen Suizidrisiko und sexueller Orientierung zu untersuchen*: Die Probleme beginnen damit, dass es sehr schwierig ist festzustellen, wer suizidgefährdet ist oder irgendwann einmal war. Mit Sicherheit kann man davon ausgehen, dass jemand suizidgefährdet war, wenn die Person tatsächlich Selbstmord begangen hat. Alle mir bekannten Studien zu diesem Zusammenhang – mit einer Ausnahme, auf die ich unten noch zurückkommen werde, – basieren aber auf Angaben von Befragten darüber, ob sie in ihrem Leben irgendwann einmal oder in den letzten 12 Monaten (o.ä.) einen Selbstmordversuch gemacht haben, den Plan gefasst haben, sich umzubringen oder allgemein Selbstmordgedanken hatten.

Nun können die Befragten ja nur deshalb befragt werden, weil sie noch am Leben sind und sich eben *nicht* selbst umgebracht haben. Sie repräsentieren daher bestenfalls einen Teil der Suizidgefährdeten, nämlich denjenigen Teil, bei dem irgendwelche unbekanntes Faktoren dazu führen, dass der Suizid nicht tatsächlich versucht oder verhindert wurde. Darüber hinaus ist es möglich, dass diese Befragten vergangene Gefühlslagen zum Befragungszeitpunkt falsch rekonstruieren oder attribuieren. Dabei wird nicht unterstellt, dass es sich um absichtliche Falschdarstellungen handelt; vielmehr ist es ein Problem jeder Art von

retrospektiver, also in die Vergangenheit zurückschauende Forschung, dass es sich bei der menschlichen Erinnerung nicht um einen Abruf einer vergangenen Erfahrung samt der sie begleitenden Gefühlslagen handelt, sondern um einen Prozess, bei dem zum Befragungszeitpunkt vorhandenes Wissen und zum Befragungszeitpunkt vorhandene Überzeugungen und Gefühle die Rekonstruktion dessen, was erinnert werden soll, beeinflussen (vgl. Greenhoot 2012: 197-198). Die Erhebung von retrospektiven Daten, hier speziell bei Personen, die angeben, früher einmal Selbstmordgedanken oder -pläne gemacht zu haben oder einen Selbstmordversuch gemacht zu haben, ist aus den oben genannten Gründen kaum geeignet, Aufschlüsse darüber zu geben, ob, wie häufig und unter welchen Bedingungen Selbstmordpläne oder -gedanken zu Selbstmord führen.

Den besten Näherungswert an die Population der tatsächlich Suizidgefährdeten stellen wahrscheinlich Menschen dar, die möglichst in der jüngsten oder zumindest jüngeren Vergangenheit einen Selbstmordversuch gemacht haben und von jemand anderem gerettet wurden (so dass die Gefährdung an mehr als einer Phantasie oder subjektiven Vorstellung festgemacht werden kann). Aber solche Menschen sind unter den so genannten seltenen Populationen sicherlich eine der seltensten: erstens sind schon Personen, die versuchen, sie umzubringen, erfreulicherweise selten; zweitens fällt unter ihnen ein Teil als Kandidaten für sozialwissenschaftliche Befragungen dadurch aus, dass ihnen der Selbstmord gelingt. Drittens wird nur ein Teil der Verbleibenden von anderen gerettet. Sie sind so selten, dass man Schwierigkeiten hat, eine Anzahl von ihnen zu finden, die groß genug wäre, um auf ihre Angaben Ergebnisse zu gründen, die für sich in Anspruch nehmen können, zuverlässig zu sein. Sie sind daher kaum im Rahmen sozialwissenschaftlicher Studien untersuchbar. Dieses Problem der seltenen Population verschärft sich erheblich, wenn man mit dem ohnehin sehr seltenen und schwierig zu erfassenden Merkmal „suizidal“ ein weiteres vergleichsweise seltenes und schwierig zu erfassendes Merkmal wie „homosexuell“ (im Vergleich zu heterosexuell) kombinieren möchte. Fügt man dann noch weitere Merkmale hinzu, die die Befragten aufweisen sollen wie z.B. das, dass die Befragten Jugendliche bzw. Personen, die in eine bestimmte Alterskategorie fallen, sein sollen, muss man eingestehen, dass man aus praktischen Gründen an die Grenzen dessen gestoßen ist, was sozialwissenschaftliche Forschung normalerweise leisten kann.

*Dementsprechend leiden Studien zum Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizid(/-gefährdung) und noch stärker Studien zu diesem Zusammenhang unter Jugendlichen, unter notorisch niedrigen Fallzahlen, und auf der Basis so niedriger Fallzahlen lassen sich keine allgemeinen Aussagen über das Suizidrisiko von Nicht-Heterosexuellen oder bestimmten Gruppen von ihnen machen.*

*Die extrem niedrigen Fallzahlen, mit denen gearbeitet wird, werden unseriöserweise manchmal dadurch verdeckt, dass sie einfach unterschlagen werden. Die nicht mitgeteilten absoluten Zahlen werden in prozentuale Anteile umgerechnet, und (nur) diese werden berichtet (so z.B. bei Wang et al. 2012). Wenn man schreibt, dass 30 Prozent aller homosexuellen Jugendlichen suizidgefährdet sind, dann suggeriert das ungleich mehr Relevanz als wenn man schreibt, dass von zehn homosexuellen Jugendlichen, die man in einer Stichprobe von z.B. 140 Jugendlichen verfügbar hat, drei angegeben haben, z.B. während der vergangenen zwei Jahre einen Selbstmordversuch gemacht zu haben! So vorzugehen, mag ein Trick sein, der geeignet ist, einfältige Menschen zu täuschen, aber mit wissenschaftlicher Forschung hat ein solches Vorgehen nichts zu tun.*

Eine andere Strategie, einen Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizid(/-gefährdung) zu kreieren oder einem solchen vielleicht in einer bestimmten Stichprobe tatsächlich vorhandenen Zusammenhang mehr Relevanz zu geben, kann sein, die *Definition von „Suizidrisiko“ bzw. „Suizidgefährdung“ aufzuweichen und als Indikator hierfür nicht tatsächlich erfolgte Selbstmordversuche zu betrachten, sondern stattdessen (oder zusätzlich) Selbstmordpläne, wobei die Grenze zu Selbstmordphantasien fließend sein dürfte.* Nach Letzteren wird aber nicht gefragt bzw. nicht in dieser Formulierung gefragt, denn Selbstmordphantasien werden meist als *Selbstmordgedanken* bezeichnet, was einen stärkeren Realitätsbezug suggerieren mag als der Begriff „Selbstmordphantasien“ und insofern dem Lobbyisten sachdienlich erscheinen mag, aber tatsächlich kein Synonym für „Selbstmordphantasien“ ist.<sup>1</sup> Eine möglichst starke Aufweichung des Konstruktes

---

<sup>1</sup> Es gab und gibt spätestens seit etwa dem Jahr 1900 eine Auseinandersetzung darüber, ob Phantasien mit Gedanken allgemein oder speziell bei psychisch kranken Menschen in Beziehung stehen oder ob es sich beim Phantasieren um einen qualitativ anderen Prozess

„Suizidrisiko“ erhöht die Fallzahlen, die für eine Zusammenhangsanalyse zur Verfügung stehen, aber sie steht dem Interesse an einer realistischen Einschätzung der Relevanz des interessierenden Zusammenhangs zwischen sexueller Orientierung und Suizidrisiko entgegen.

Letzteres gilt auch für die *Errechnung und Mitteilung von Suizidrisiko-Kennwerten für Nicht-Heterosexuelle oder eine Gruppe von Nicht-Heterosexuellen, ohne dass der entsprechende Vergleichswert für Heterosexuelle mitgeteilt wird*, wofür die oben schon erwähnte Studie von Jay und Young (1977) ein Beispiel ist. An dieser Stelle ist es nützlich, auf das bereits formulierte eigene Beispiel für die künstliche Schaffung von quantitativer Relevanz durch Unterschlagung absoluter Werte und alleiniger Mitteilung von Prozentwerten zurückzukommen: Wenn ich zehn homosexuelle Jugendliche danach frage, ob sie irgendwann in ihrem Leben oder z.B. in Verlauf der beiden vorangegangenen Jahre daran gedacht haben, sich selbst das Leben zu nehmen, und drei davon oder 30 Prozent(!) dies bejahen, dann mag das auf den ersten Blick geradezu nach Intervention zugunsten von homosexuellen Jugendlichen schreien, aber wenn ich eine Vergleichsgruppe von heterosexuellen Jugendlichen dasselbe gefragt hätte, dann hätte ich vielleicht herausbekommen, dass von ihnen ebenfalls 30 Prozent die Frage bejahen. Und in ihrem Fall errechnet sich der 30-Prozent-Anteil der (früher einmal vermutlich) Suizidgefährdeten auf der Basis einer deutlich größeren Stichprobe, denn heterosexuelle Jugendliche sind deutlich häufiger als homosexuelle, was die Frage nach der Relevanz der beiden gleich hohen Prozentanteile und in der Folge die Frage nach Erfordernis oder Nutzen einer Intervention speziell zugunsten von homosexuellen Jugendlichen oder LSBTTI-Jugendlichen aufwirft, vor allem aber die Frage nach der Zuverlässigkeit der für die homosexuellen bzw. LSBTTI- und die heterosexuellen Jugendlichen erzielten Ergebnisse. *Diesen Fragen entziehen sich Studien, die sich ohnehin nur auf Daten von Nicht-Heterosexuellen beschränken* (wie z.B. die Studie von Wang et al. 2012 in den Teilen, in denen sie sich nur auf den Geneva Gay Men's Health Survey bezieht, oder die Studie von D'Augelli et al. 2005).

---

handelt als beim Denken oder auch nur Gedanken-Haben. M.W. hat aber niemals jemand behauptet, beides sei dasselbe (vgl. hierzu z.B. Robbins 2013: 150-152).

Wie der Leser inzwischen vielleicht schon ahnt, bezieht sich die überwältigende Mehrheit von Studien zum Zusammenhang zwischen Suizid(risiko) und sexueller Orientierung nicht auf LSBTTI, sondern Heterosexuelle, Homosexuelle und Bisexuelle. Dies ist vermutlich dem oben besprochenen Problem der seltenen Population geschuldet: Homosexuelle und Bisexuelle sind unter den Nicht-Heterosexuellen die bei Weitem größten Gruppen; jedenfalls lassen sich mehr Menschen finden, die sich selbst als homo- oder als bisexuell beschreiben, als Menschen, die sich als z.B. intersexuell beschreiben. *Darüber hinaus werden in dem meisten Studien Bisexuelle Homosexuellen zugerechnet, weil sich beide Gruppen getrennt mangels Fallzahlen nicht analysieren ließen* (vgl. z.B. Wang et al. 2012: 982). Selbst dann, wenn zuverlässige Daten für Homo- oder Bisexuelle vorlägen, bliebe ungeklärt, ob sich diese Daten auf Trans- oder Intersexuelle übertragen lassen oder nicht. Unklar bleibt auch, wie – außer durch Verweis auf die damit erreichte Erhöhung der Fallzahlen – gerechtfertigt wird, dass Homosexuelle und Bisexuelle in einen Topf geworfen werden können. Bisexuelle könnten ja ebenso gut Heterosexuellen wie Homosexuellen zugerechnet werden – gerade das macht ihren Status als Bisexuelle aus! Wenn nicht überzeugend begründet werden kann, warum Bisexuelle Homosexuellen zugerechnet werden können oder sollten, muss diese Praxis bis auf Weiteres als die realen Verhältnisse verfälschend gelten.

Damit ist *ein weiteres Problem angesprochen, nämlich die Frage, wie Homo- oder Bisexualität oder andere Formen nicht-heterosexueller Sexualität in einer Studie zuverlässig erfasst werden können*. Z.B. berichten Wang et al. (2012: 984), dass „sexual orientation was assessed differently in each survey“, womit die Autoren die drei Surveys meinen, auf die sie ihre eigene Studie gründen. Dies macht nicht nur den Vergleich der Ergebnisse nahezu unmöglich, die auf der Basis der verschiedenen Surveys in dieser Studie gewonnen wurden, sondern schränkt auch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, die von Wang et al. erzielt wurden, mit den Ergebnissen, die in Studien anderer Autoren und unter Verwendung unterschiedlicher Stichproben oder Surveys gewonnen wurden.

Aus all den vorher genannten Gründen ist Muehrer bei seiner Zusammenschau der Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Suizid(risiko) und sexueller

Orientierung, die er im Jahr 1995 publiziert hat, zum folgenden für die Sozialforschung und Interventionsfreudige vernichtenden Ergebnis gekommen:

„Research on the hypothesized relationship between sexual orientation and suicide is limited both in quantity and quality. National or statewide data on the frequency and causes of completed suicide in gay and lesbian people in the general population, including youth, do not exist. Similarly, national or statewide data on the frequency of suicide attempts among the general population or among gay and lesbian people, including youth, do not exist. Methodological limitations in the small research literature include a lack of consensus on definitions for key terms such as suicide attempt and sexual orientation, uncertain reliability and validity of measures for these terms, nonrepresentative samples, and a lack of appropriate nongay and/or nonclinical control groups for making accurate comparisons. These numerous methodological limitations prevent accurate conclusions about the role sexual orientation might play in suicidal behavior; the limitations also suggest opportunities for future research. Furthermore, recent evaluations of some school suicide-awareness programs suggest that these programs are ineffective and may actually have unintended negative effects. The premature dissemination of unproven programs is unwarranted” (Muehrer 1995: 72).

## **2. Empirie zeigt: Homosexuelle begehen nicht häufiger Selbstmord als Heterosexuelle**

Die methodischen Mängel, die Muehrer im Jahr 1995 bei seiner Durchsicht der Literatur zum Zusammenhang zwischen Suizid(risiko) und sexueller Orientierung festgestellt hat, muss man auch der neueren Literatur zum Thema bescheinigen. Wie oben beschrieben, ist dies nicht überraschend: Der Zusammenhang ist schwierig zu erforschen, denn Nicht-Heterosexuelle sind ebenso wie Suizidale nach wie vor eine seltene Population im statistischen Sinn. Hinzu kommt, *dass die soziale Erwünschtheit des Zusammenhangs bzw. der Interventionen, die durch ihn begründet werden sollen, einen Anreiz dafür bieten, weiterhin oder mehr methodisch einfältige und unzureichende Studien durchzuführen, bei denen es sich nicht um wissenschaftliche Forschung handelt, sondern die allein dazu dienen, das Erwünschte als durch die Realität legitimiert erscheinen zu lassen. Dieser Anreiz ist im Zuge politischer Korrektheit und guter Finanzierungschancen für Minderheitenforschung verstärkt worden.*

Besonders die Messung des Suizidrisikos bleibt in neueren Studien ein Problem. So haben beispielsweise de Graaf, Sandfort und ten Have (2006) eine Studie auf der Basis einer – angeblich repräsentativen – Stichprobe der niederländischen Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren, die Daten von 2.878 Männern und 3.120 Frauen bereitstellt, durchgeführt und – löblicherweise, denn eine sexuelle Orientierung kann ja veränderlich sein – die sexuelle Orientierung der Befragten durch Erfragung ihres sexuellen *Verhaltens im Verlauf des Jahres vor der Befragung* gemessen, aber leider eine sehr weiche Messung von Suizidität vorgenommen. Die Autoren erfassen sie nämlich durch Fragen nach Todeswünschen, nach Selbstmordgedanken und nach absichtlicher Selbstverletzung irgendwann im Leben der Befragten. Dennoch ergibt diese Studie einen Zusammenhang zwischen allen Indikatoren für Suizidität und sexueller Orientierung nur bei Männern (in der erwarteten Richtung). Bei Frauen zeigt sich in dieser Studie nur zwischen einem Indikator für Suizidität, nämlich den Selbstmordgedanken, und sexueller Orientierung ein Zusammenhang in der erwarteten Richtung.

Diese Studie ist aber insofern interessant als in ihr getestet wird, ob die beobachteten Zusammenhänge verschwinden, wenn danach kontrolliert wird, ob irgendwann im Lebensverlauf eine psychische Erkrankung aufgetreten ist. Die Autoren der Studie kommen zu dem Ergebnis, dass der beobachtete Zusammenhang zwischen Todeswünschen, Selbstmordgedanken sowie absichtlicher Selbstverletzung einerseits und sexueller Orientierung andererseits bei Männern statistisch signifikant bleibt, aber bei Berücksichtigung psychischer Erkrankung schwächer wird, und bei Frauen der Zusammenhang zwischen Selbstmordgedanken und sexueller Orientierung verschwindet, wenn nach psychischer Erkrankung kontrolliert wird.

Daraus schließen die Autoren, dass der Zusammenhang zwischen Todeswünschen und Selbstmordgedanken sowie absichtlicher Selbstverletzung einerseits und sexueller Orientierung andererseits nur zum Teil durch psychische Erkrankungen vermittelt ist (de Graaf, Sandfort & ten Have 2006: 253). D.h. sie betonen mit dieser Interpretation ihrer Ergebnisse, dass der Zusammenhang in Teilen auch dann noch besteht, wenn nach psychischer Erkrankung kontrolliert wird. Man kann mit Bezug auf diese Ergebnisse jedoch ebenso gut eine andere Betonung vornehmen. Ebenso berechtigt wäre es nämlich, angesichts dieser Ergebnisse festzuhalten, dass der Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidität bei Männern zum Teil und bei Frauen vollständig entweder durch psychische Erkrankungen vermittelt ist – dann fungiert die psychische Erkrankung als Mediatorvariable – oder eine psychische Erkrankung bei Männern zum Teil und bei Frauen vollständig sowohl die statistische abweichende sexuelle Orientierung als auch die Suizidität beeinflusst oder umgekehrt. In jedem Fall *ergibt diese Studie, dass der Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidität in irgendeiner Weise und bei Männern teilweise und bei Frauen gänzlich mit einer psychischen Erkrankung verbunden ist.*

Es gibt m.W. bis heute nur drei Studien, die sich bemüht haben, das Problem der Messung der Suizidität zu lösen, indem sie ihre Analysen auf *tatsächliche Todes- bzw. Selbstmordfälle* aufbauen, und *diese Studien geben keinen Anlass dazu, von einer größeren Suizidgefährdung Nicht-Heterosexueller oder bestimmter Gruppen von Nicht-Heterosexuellen auszugehen:*

Im Jahr 1986 haben Rich et al. die Ergebnisse ihrer populationsbasierten Studie von 283 erwachsenen oder jugendlichen Selbstmördern in San Diego publiziert, in der sie geprüft haben, ob ein irgendwie gearteter Zusammenhang zwischen Selbstmord und sexueller Orientierung besteht. Unter den Selbstmördern konnten dreizehn homosexuelle Männer identifiziert werden, aber keine einzige homosexuelle Frau. Der jüngste der dreizehn Männer war 21 Jahre alt, der älteste 42. Die Autoren konstruierten eine Kontrollgruppe von heterosexuellen Männern im jeweils selben Alter wie die drei homosexuellen Selbstmörder und stellten bei der Ins-Verhältnissetzung der drei homosexuellen Selbstmörder mit den Selbstmördern in der Kontrollgruppe zum einen fest, dass elf Prozent der Selbstmorde in den jeweiligen Altersgruppen von homosexuellen Männern verübt wurden, und zum anderen, dass so gut wie keine Unterschiede zwischen den drei homosexuellen Selbstmördern und den Selbstmördern in der Kontrollgruppe bestanden. Zwar hatten von den dreizehn homosexuellen Selbstmördern zwölf eine oder mehrere Diagnosen mit Bezug auf Drogenmissbrauch oder psychische Erkrankungen, aber das traf auch auf 90 Prozent der heterosexuellen Selbstmörder zu.

Fast zehn Jahre später haben Shaffer et al. (1995) die Ergebnisse ihrer Studie präsentiert, die ebenfalls auf tatsächlichen Selbstmordfällen und einer unselegierten Stichprobe beruhte:

„It has been suggested that there is a strong relationship between suicidal behavior and homosexuality in adolescence. It has been further suggested that it is due to the stigmatization and feelings of isolation that are experienced by many gay adolescents. Much of the literature that has given support to these hypotheses has been conducted on uncontrolled nonrepresentative samples and its generalizability is open to question. An opportunity to examine the relationship in an unselected sample arose in a case control, psychological autopsy study of 120 of 170 consecutive suicides under age 20 and 147 community age, sex, and ethnic matched controls living in the Greater New York City area” (Shaffer et al. 1996: 64).

Von den 95 unter 20-Jährigen jungen Männern, die Selbstmord begangen hatten, hatten nur drei von homosexuellen Erfahrungen oder einer homosexuellen Orientierung berichtet, und von den 25 20-Jährigen jungen Frauen, die Selbstmord

begangen hatten, hatte keine von homosexuellen Erfahrungen oder Orientierungen berichtet. Die drei jungen Männer, die von homosexuellen Erfahrungen oder einer homosexuellen Orientierung berichtet und Selbstmord begangen hatten, unterschieden sich nicht statistisch signifikant von ihren „matches“, d.h. denjenigen jungen Männern, die ebenfalls Selbstmord begangen hatten und dasselbe Alter hatten und derselben ethnischen Gruppe angehörten, aber nicht von homosexuellen Erfahrungen oder einer homosexuellen Orientierung berichtet hatten. Alle drei waren in der Vergangenheit aber depressiv, hatten Drogen gebraucht oder waren verhaltensauffällig. Die Ergebnisse ihrer Studie fassen die Autoren wie folgt zusammen:

„The difference was not significant. The circumstances of death were examined and are described. In no instance did suicide directly follow an episode of stigmatization. All three suicides had evidence of significant psychiatric disorder before death. In spite of opportunities for biased reporting, it is concluded that this study finds no evidence that suicide is a common characteristic of gay youth, or that when suicide does occur among gay teenagers, that it is a direct consequence of stigmatization or lack of support” (Shaffer et al. 1996: 64).

McDaniel, Purcell und D'Augelli halten mit Bezug auf beiden beschriebenen Studien fest: „Both teams of researchers reporting population-based results concluded that the rates of suicide are no higher for gay men and lesbians than for heterosexuals. Two important strengths of these studies are that they assessed the sexual orientations of all these suicides, and that they tried to include all suicides in the area within a specific timeframe ...” (McDaniel, Purcell & D'Augelli 2001: 86).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Dies alles hält jedoch diejenigen, die den Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidrisiko sehen möchten, nicht davon ab, die Ergebnisse gerade dieser methodisch besten Studien zu verwerfen, und zwar auf eine bemerkenswert naive Art und Weise. Ein Beispiel hierfür bietet Stephen T. Russell, der sich in einem Aufsatz zum Thema „Sexual Minority Youth and Suicide Risk“ mit der folgenden Kritik an der Studie von Shaffer et al. (1995) unvergesslich gemacht hat: „There are two important limitations of this study. The first is that the sample was very small; significant group differences may have been detectable were the sample larger. The second and more important limitation relates to the measure of sexual minority status. Coming to terms with same-sex sexuality is typically a stressful process ... that may be characterized by denial and suppression of one's sexual or emotional feelings ... It is therefore very likely that sexual minority youth who complete suicide may do so never having disclosed their sexual orientation, identity, or behaviors to others” (Russell: 2003: 1246). Der erste Einwand ist schon insofern falsch als nicht das „sample“ „very small“ war, sondern lediglich *die Anzahl der Homosexuellen* unter den Selbstmördern. Das hat mit der relativen Seltenheit von Selbstmorden ebenso wie von

Die dritte Studie, die auf tatsächlichen Todesfällen – und darunter Selbstmorden – beruht, ist eine neuere Studie von Cochran und Mays aus dem Jahr 2011. Sie bezieht sich nicht wie die Studie von Shaffer et al. auf Jugendliche, sondern auf Erwachsene und stützt sich außerdem auf eine deutlich breitere Datenbasis, nämlich auf Daten von 5.574 amerikanischen Männer im Alter von 17 bis 59 Jahren, von denen 5.292 angaben, Sex nur mit weiblichen Partnern zu haben, 85 Männer angaben, nur mit Männern Sex zu haben, und 197 Männer angaben, keine Sexualpartner zu haben. Über einen Zeitraum von 18 Jahren hinweg wurde beobachtet, wer von diesen Männern warum verstorben ist, und es zeigte sich:

„Compared with heterosexual men, MSM [für ‘men having sex with men only’] evidenced greater all-cause mortality. Approximately 13% of MSM

---

Homosexuellen zu tun und stellt als solches die Antwort auf die Frage nach der quantitativen Relevanz des Zusammenhangs zwischen sexueller Orientierung und Suizidrisiko dar. Russell hat dies anscheinend nicht verstanden. Sein vermeintlicher erster Einwand lässt sich vor diesem Hintergrund vermutlich angemessen interpretieren als: Wenn man lange genug suchen würde, würde sich bestimmt irgendwann der Zusammenhang zeigen, dessen Nicht-Existenz ich keinesfalls akzeptieren kann, oder – in einer Variante: wenn die Welt nur aus Homosexuellen bestünde, dann würden 100 Prozent der Selbstmorde von Homosexuellen verübt! Im zweiten vermeintlichen Einwand behauptet Russell erstens, dass sich tatsächlich homosexuelle Selbstmörder unter den als heterosexuell kategorisierten befunden hätten, und zweitens, dass die Studienergebnisse andere gewesen wären, wenn die tatsächlich Homosexuellen, die nicht identifiziert werden konnten und daher fälschlich unter den Heterosexuellen geführt wurden, korrekt in die Gruppe der Homosexuellen aufgenommen worden wären. Dies ist im Prinzip möglich, aber es bleibt eine Spekulation, die man vermutlich genau dann plausibel findet, wenn man bereits glaubt, dass es einen Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidrisiko gibt. Plausibel finde ich vielmehr, dass sich Homosexuelle, die sich *aufgrund* ihrer Stigmatisierung oder Diskriminierung als Homosexuelle selbst getötet haben – und das ist ja die Generalthese, die das Interesse an dem Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidrisiko regiert und Interventionen rechtfertigen soll –, mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als Homosexuelle, die sich nicht selbst töten, als Homosexuelle geoutet haben, denn wer sich nicht als Homosexueller auf irgendeine Weise bewusst oder unbewusst zu erkennen gegeben hat, kann logischerweise auch nicht wegen seiner Homosexualität stigmatisiert oder diskriminiert werden, und wer nicht wegen seiner Homosexualität stigmatisiert oder diskriminiert wird, hat auch keinen Anlass, sich selbst zu töten, weil er als Homosexueller stigmatisiert oder diskriminiert würde. Dessen ungeachtet kann man nicht einer Studie anlasten, dass es etwas gegeben haben mag, was in ihr nicht korrekt erfasst wurde, und gleichzeitig bei anderen Studien großzügig über offensichtliche Fehlkategorisierungen hinwegsehen, z.B. dann, wenn Bisexuelle Homosexuellen zugesellt werden, um die Fallzahlen künstlich zu erhöhen. In der Studie von Shaffer et al. wurden – ganz im Gegensatz zu den meisten Studien, die sich mit Bezug auf die sexuelle Orientierung einer Person lediglich auf eine Selbst- oder eine Fremdauskunft berufen – zur Feststellung der sexuellen Orientierung die Angaben von Eltern, Geschwistern, Freunden und Lehrern herangezogen, und (auch) insofern wurde in ihr getan, was möglich war. Tote kann man nicht befragen, aber wen man befragen kann, der lebt noch, und insofern steht seine Suizidgefährdung in Frage. Wie gesagt berufen sich Autoren, die an daran *glauben möchten*, dass „sexual minority status“ ein „key risk indicator“ (Russell 2003: 1241) für Suizid bei Jugendlichen ist, lieber auf „numerous studies spanning the past quarter century“ (Russell 2003: 1241), die ihren Glauben stützen, auch, wenn sie methodisch noch so fragwürdig sind, als auf die wenigen, aber methodisch bei Weitem besten Studien, die ihren Glauben (bis auf Weiteres) falsifizieren.

died from HIV-related causes compared with 0.1% of men reporting only female partners. However, mortality risk from non-HIV-related causes, including suicide, was not elevated among MSM" (Cochran & Mays 2011: 1133).

Diese Studie ermöglicht also den *Vergleich zwischen heterosexuellen und homosexuellen Männern* und basiert auf *tatsächlichen Todesfällen*, unter denen Selbstmorde als solche identifiziert werden können, weshalb das Suizidrisiko nicht durch die erfragte Erinnerung an vage Konzepte wie „Selbstmordgedanken“ retrospektiv, also (z.T. sehr weit) im Nachhinein, gemessen werden, sondern de facto errechnet werden kann. Erst auf der Basis solcher Daten wird erkennbar, wie selten das Ereignis „Suizid“ tatsächlich ist, jedenfalls unter Männer in der Altersgruppe von 17 Jahren bis 59 Jahren, und diese Altersgruppe dürfte diejenige sein, die sexuell im Vergleich zu Jüngeren oder Älteren am aktivsten ist, denn die Autoren haben im Verlauf der achtzehn Jahre im Beobachtungszeitraum, genau: zwischen 1988 und 2006, nur 18 Selbstmorde beobachten können. Die Seltenheit des Ereignisses „Suizid“ bedeutet aber auch, dass selbst in einer Studie mit einer hohen Fallzahl – hier: 5.574 Befragte – Zusammenhänge zwischen Selbstmord und soziodemographischen Variablen – hier: sexueller Orientierung – nur sehr unzuverlässig zu konstatieren sind, obwohl die Autoren der Meinung sind, dass

„[a]lthough suicide-related deaths were relatively rare in the NHANES III sample (n=18), if they occurred among homosexually experienced men at the same rate reported in the recent study of Danish men in registered domestic partnerships, it would have been detectable in the current study" (Cochran & Mays 2011: 1136).

Jedenfalls müssen die Ergebnisse von Cochran und Mays als solche bzw. bis auf Weiteres als Hinweis darauf akzeptiert werden, dass das Suizidrisiko unter homosexuellen Männern gegenüber heterosexuellen Männer nicht erhöht ist. Und aufgrund ihrer methodischen Überlegenheit gegenüber der Vielzahl von Studien, die in Ermangelung tatsächlich beobachtbarer Selbstmorde mit – gewöhnlich erinnerten – Selbstmordversuchen oder -gedanken arbeiten, muss die Studie von Cochran und May bis auf Weiteres auch als Beleg dafür gelten, dass durch retrospektive Fragen nach Selbstmordversuchen oder sogar nur Selbstmordgedanken das Selbstmordrisiko nicht zuverlässig erfasst werden kann:

„These findings indicate that the elevated rates of attempted suicide seen among men with minority sexual orientation in numerous studies, and in the NHANES III sample in particular, may not be matched by a similar elevated risk for suicide mortality” (Cochran & Mays 2011: 1136).

Oder anders ausgedrückt: *Nicht-Heterosexuelle oder zumindest Homosexuelle haben kein höheres Suizidrisiko als Heterosexuelle, aber vielleicht eine größere Neigung dazu, Selbstmordversuche, -pläne oder –gedanken zu berichten, wenn sie danach gefragt werden.*

*Wenn tatsächliche Todesfälle und nicht nur Selbstmorde, betrachtet werden, dann wird auch erkennbar, dass mit Bezug auf Homosexuelle ein ganz anderes Sterberisiko relevant ist als dasjenige durch Selbstmord, nämlich das Risiko, an den Folgen einer HIV-Infektion zu sterben, wie die Studie von Cochran und May gezeigt hat. Dies sollte für Interventionsfreudige doch eigentlich von großem Interesse sein. Dennoch spielt dieses Sterberisiko in der öffentlichen Debatte um die Konfrontation von Schülern mit nicht-heterosexueller Sexualität bzw. entsprechenden Lebensentwürfen keine Rolle – es wird im Zuge der Werbung für „den Regenbogen“ wohl als kontraproduktiv empfunden. Es wäre aber zweifellos im Interesse von Nicht-Heterosexuellen wie Heterosexuellen, wenn über das deutlich erhöhte Risiko von Homosexuellen, an mit einer HIV-Infektion verbundenen Erkrankungen zu sterben, besser aufgeklärt würde.<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> Diese Erkrankungen und die ggf. darauf resultierenden Todesfälle werden (auch) nach Auffassung der meisten Infizierten wohl kaum durch tatsächlich oder vermeintlich mit „einer HIV-Infektion verbundene Vorteile“, auf deren Suche sich das [forumhiv.de](http://forumhiv.de) auf seinen Internetseiten begeben hat, aufgewogen. Ein link auf „[e]volutionäre Vorteile für HIV durch latente Infektionen“, die möglicherweise mit einigem guten Willen als Vorteile gelten können, steht auf den Seiten des forumhiv.de u.a. neben einem link zu „Vorteile[n] eines frühen ART-Beginns innert 4 Monaten nach Infektion, was den Vorteils-Begriff in einen gänzlich anderen Zusammenhang transferiert. Die Kommentare, die die von HIV Betroffenen auf den Seiten des forumhiv.de zur Aufforderung, mit einer HIV-Infektion verbundene Vorteile zu nennen, abgeben, sind alles andere als dazu angetan, den Willen, für eine größere Akzeptanz von LSBTTI-Lebensstilen zu werben, zu stärken. Vielmehr sind sie geeignet, auch denjenigen, die für eine größere Akzeptanz von LSBTTI-Lebensstilen zu werben, als Mahnung zu dienen. So liest man u.a. in einem Kommentar: „ich werde mich dank hiv dereinst nicht in einem überfüllten, versifften und finanziell zerrütteten altenheim mit anderen verarmten senioren um die letzte funktionierende glühbirne oder eine saubere windel prügeln müssen. denn ich werde dann schon lange tot sein. das war's, glaube ich, mit den vorteilen, die ich so sehe....“. In einem anderen Kommentar heißt es: „Die [mit HIV und Knochenkrankheiten verbundenen Vorteile] müsste ich mir dann wohl selbst aus den Fingern saugen. Ich könnte mir z.B. ein Institut ausdenken, eine Webseite dazu basteln und dann Pressemeldungen mit lauter guten Nachrichten zu HIV herausgeben“. Wenn sich Mitarbeiter an Behörden und Ämtern von diesem Kommentar nicht einigermaßen betroffen

Statt des erhöhten Risikos einer HIV-Erkrankung bei Homosexuellen wird im öffentlichen Diskurs und vor allem von Politikern, Interessenverbänden und Multiplikatoren gerne die (tatsächliche oder vermeintliche) Stigmatisierung und Diskriminierung Nicht-Heterosexueller in der Gesellschaft thematisiert und sogar als relevante Ursache für die das vermeintlich erhöhte Suizidrisiko von Nicht-Heterosexuellen benannt. Wie steht es um diesen Zusammenhang?

Insofern bislang keine methodisch anspruchsvolle Studie ein erhöhtes Suizidrisiko von Nicht-Heterosexuellen feststellen konnte, erledigt sich die Frage nach den Gründen hierfür eigentlich von selbst. Weil aber zu erwarten ist, dass sich Politiker, Interessenverbände und Multiplikatoren schwer tun werden, Fehler oder eine ideologisch begründete Interessenlage einzugestehen, und daher wahrscheinlich statt auf ein erhöhtes Suizidrisiko auf einen erhöhten psychischen Leidensdruck durch Stigmatisierung und Diskriminierung, der zu größeren psychischen Problemen führen soll, verweisen werden, soll im Folgenden darauf eingegangen werden, was die empirische Forschung zu diesen Zusammenhängen zu sagen hat.

---

fühlen, dann stellt sich für mich persönlich die Frage, ob sie noch zu Gefühlsregungen mit Bezug auf ihre Mitmenschen fähig sind. (Die genannten links und Kommentare wurden am 26. September 2015 auf den Seiten des [forumhiv.de](http://forumhiv.de) gelesen.)

### 3. Stigmatisierung und Diskriminierung: Ursachen von Suizid oder psychischer Erkrankung bei Homosexuellen?

Wer sich einen Überblick über den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit oder Krankheit und sexueller Orientierung sowie die Rolle, die Vorurteile und Diskriminierung hierbei spielen oder spielen könnten, verschaffen möchte, dem sei die Lektüre von Herek und Garnets (2007) sowie Meyer (2003) empfohlen. Zusammenfassend halten Herek und Garnets fest:

„In summary, the available empirical data suggest that although most nonheterosexual men and women function well, this population *may be* at heightened risk for some forms of psychopathology, psychological distress, and problems with substance use. Because operational definitions of sexual orientation have differed across studies and most samples have included relatively small numbers of nonheterosexuals, however, these data do not offer many insights into the factors that distinguish the well-functioning majority of sexual minority individuals from those who are distressed” (Herek & Garnets 2007:359; Hervorhebung d.d.A.).

Wir sind also wieder mit einigen der inzwischen hinreichend besprochenen methodischen Mängeln konfrontiert, die es nahezu unmöglich machen, zum einen mit (relativer) Sicherheit zu sagen, dass Nicht-Heterosexuelle häufiger oder schwerwiegendere psychische Probleme haben als Heterosexuelle, und zum anderen ggf. Gründe hierfür zu identifizieren.

Die Meta-Studie von [King et al. \(2008\)](#) auf der Grundlage von 25 Studien, die bestimmte Einschlusskriterien erfüllten, hat das folgende Ergebnis erbracht:

„Meta-analyses revealed a twofold excess in suicide attempts in lesbian, gay and bisexual people [pooled risk ratio for lifetime risk 2.47 (CI 1.87, 3.28)]. The risk for depression and anxiety disorders (over a period of 12 months or a lifetime) on meta-analyses were at least 1.5 times higher in lesbian, gay and bisexual people (RR range 1.54–2.58) and alcohol and other substance dependence over 12 months was also 1.5 times higher (RR range 1.51–4.00). Results were similar in both sexes but meta analyses revealed that lesbian and bisexual women were particularly at risk of substance dependence (alcohol 12 months: RR 4.00, CI 2.85, 5.61; drug dependence: RR 3.50, CI 1.87, 6.53; any

substance use disorder RR 3.42, CI 1.97–5.92), while lifetime prevalence of suicide attempt was especially high in gay and bisexual men (RR 4.28, CI 2.32, 7.88)” (King et al. 2008: 1 of 17).

Wie die Autoren berichten hat aber nur eine einzige Studie alle der vier von den Autoren gewählten Qualitätskriterien erfüllt (King et al. 2008: 1 of 17), und weitere sieben haben drei der vier Qualitätskriterien erfüllt, was einmal mehr zeigt, dass der Forschungsstand auch in neuerer Zeit als höchst unbefriedigend bezeichnet werden muss, und außerdem bedeutet, dass man davon ausgehen muss, dass sich hier lediglich Tendenzen abzeichnen, deren Verallgemeinerbarkeit aber (zumindest derzeit noch) in Frage steht.

Theoretisch kann man vermuten, dass eine gesellschaftliche Stigmatisierung nicht-heterosexueller Orientierung ein chronischer Stressfaktor sein kann, der seinerseits zu psychischen Problemen oder gar Erkrankungen führen kann, die ihrerseits zu einem erhöhten Suizidrisiko führen können. Dass psychische Erkrankungen aber nicht als – auch nur einigermaßen – zuverlässiger Indikator für ein erhöhtes Suizidrisiko angesehen werden können, hat die bereits in Kapitel 2 vorgestellte Studie von de Graaf, Sandfort und ten Have (2006) gezeigt.

Würde man sich aber um den Zusammenhang zwischen psychischen Problemen und sexueller Orientierung um seiner selbst willen, also ohne Beachtung des Suizidrisikos, sorgen, und würde man weiterhin meinen, dass er durch gesellschaftliche Stigmatisierung nicht-heterosexueller Orientierungen vermittelt sei, *dann müsste man zuerst den Nachweis erbringen, dass nicht-heterosexuelle Orientierungen gesellschaftlich tatsächlich stigmatisiert sind, was bislang aber nicht erfolgt ist.*

Betrachtet man die Entwicklung der die Nicht-Heterosexuelle betreffenden Rechtslage in den meisten westlichen Ländern während des vergangenen Jahrzehnts, so kann man eine kontinuierlich schrumpfende gesellschaftliche Stigmatisierung nicht-heterosexueller Orientierung bzw. Nicht-Heterosexueller beobachten (vgl. hierzu z.B. Johnson 2013 oder die Beiträge im von Boele-Woelki und Fuchs im Jahr 2003 herausgegebenen Sammelband).

Alternativ könnten homophobe Einstellungen in weiten Teilen der Bevölkerung einer Gesellschaft einen Stressfaktor für Nicht-Heterosexuelle darstellen, wenn sich diese Einstellungen in (negativen) Diskriminierungen niederschlagen würden. Aber auch dafür, dass homophobe Einstellungen in den westlichen Ländern weit verbreitet sind und sich in diskriminierenden Handlungen gegenüber Nicht-Heterosexuellen niederschlagen, gibt es keinen Beleg. Im Gegenteil: Einstellungsforschung auf der Basis europaweiter Daten zeigen, dass die Akzeptanz von Homosexualität in der europäischen Bevölkerung zwischen 1981 und 2008 kontinuierlich gestiegen ist (Takács & Szalma 2013: 14-17). Massenhafte Homophobie lässt sich derzeit also nur dadurch konstruieren, dass man alle möglichen als nicht politisch korrekt geltenden Äußerungen als Indikatoren für Homophobie auslegt, wie dies z.B. in der Gegenpetition zur Petition zum baden-württembergischen Bildungsplan 2015 zum Ausdruck kommt.

Belege gibt es lediglich dafür, dass Nicht-Heterosexuelle, wenn man sie danach fragt, von Diskriminierungsgefühlen oder -erfahrungen zu berichten wissen, wie dies z.B. in der Studie, die von MANEO – Das schwule Anti-Gewalt-Projekt in Berlin (MANEO 2007), zu beobachten ist oder in der Münchener „Regenbogen-Studie“ (Landeshauptstadt München 2004), wobei diese Studien keine heterosexuelle Vergleichsgruppen enthalten und außerdem auf den subjektiven Erfahrungsberichten (tatsächlich oder vermeintlich) erlebter oder (tatsächlich oder vermeintlich) beobachteter (negativer) Diskriminierung samt subjektiver Interpretationen dessen, was der Grund für die Diskriminierung gewesen sei, basieren, was sie mehr oder weniger nutzlos macht, jedenfalls aus jeder *wissenschaftlichen* Auseinandersetzung mit dem oder um den behaupteten Zusammenhang ausschließt.

So lautet z.B. eine Aussage, zu der die Befragten in der Münchener Regenbogen-Studie Stellung nehmen sollten, „Ich habe erlebt, dass jemand aufgrund seiner/ihrer Homosexualität psychischem Druck ausgesetzt wurde (z.B. Einschüchterung, Psychoterror, Bedrohung usw.)“. Diese Formulierung beinhaltet so ziemlich alles, was es in der empirischen Sozialforschung auf jeden Fall zu vermeiden gilt, nämlich gleich eine ganze Reihe verschiedener Stimuli, einen sehr hohen Abstraktionsgrad

der Stimuli (was z.B. ist „Psychoterror“ oder „psychischer Druck“?) und die Aufforderung, von Beobachtungen von Stimuli sehr hohen Abstraktionsgrades bei anderen Personen in der Rückschau zu berichten.

Was diese und ähnliche Befragungen zeigen, ist also ziemlich unklar, aber was sie *nicht* zeigen, lässt sich klar benennen: erstens zeigen sie nicht, dass Nicht-Heterosexuelle *tatsächlich* aufgrund ihrer sexuellen Orientierung diskriminiert werden, zweitens zeigen sie nicht, dass Homosexuelle häufiger diskriminiert würden als Heterosexuelle (weil die Befragung keine Vergleichsgruppe von Heterosexuellen beinhaltet), und drittens zeigen sie nicht, dass berichtete Diskriminierungserfahrungen tatsächlich zu psychischen Problemen geführt hätten oder noch führen würden.

Notwendig wäre vielmehr, im Anschluss an moderne Stressmodelle und –studien zu unterscheiden zwischen (a) objektiven oder externen, beobachtbaren Stressoren, (b) den Erwartungen und Interpretationen von Menschen mit Bezug auf Vorurteile und Diskriminierungen und c) der Internalisierung von (tatsächlichen oder vorgestellten) Vorurteilen (vgl. Herek & Garnets 2007: 360), die zu Problemen, sich selbst zu akzeptieren, oder zu Minderwertigkeitsgefühlen führen können.

Einige Studien, die sich mit der Frage nach den psychischen Problemen oder dem Suizidrisiko Homosexueller beschäftigen, tun dies (so oder in ähnlicher Weise). So hat die bereits erwähnte Studie von de Graaf, Sandfort und ten Have (2006) ergeben, dass *wahrgenommene* Diskriminierung in einem positiven Zusammenhang mit Todeswünschen, Selbstmordgedanken und Selbstverletzung stand, aber nur bei Männern.

Hill und Pettit (2012) versuchen in ihrer Studie, auf der Grundlage von Daten von 198 Studierenden die Frage zu beantworten: „Does Sexual Orientation Indirectly Effect Suicidal Ideation through Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness?“ (Hill & Pettit 2012: 574). Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Empfindung, anderen eine Last zu sein, einen Teil des Zusammenhangs zwischen sexueller Orientierung und Selbstmordgedanken vermittelt, aber keineswegs den gesamten Zusammenhang, und verhinderte Selbstakzeptanz oder

ein eingeschränktes Zugehörigkeitsgefühl diesen Zusammenhang überhaupt nicht vermittelt (Hill & Pettit 2012: 575).

Eine Studie von Lewis et al. aus dem Jahr 2003, in deren Rahmen die Effekte verschiedener Größen auf depressive Symptome bei homosexuellen und bisexuellen Männern und Frauen untersucht wurden (also wieder einmal keine Vergleichsgruppe von Heterosexuellen enthalten ist!), unterscheidet zwischen „gay-related stress“ und „life stress“. „Gay-related stress“ bezeichnet „stress [that] occurs when gay men and lesbians must deal with stressors that are unique to their sexual orientation“ (Lewis et al. 2003: 716) wie z.B. negative Reaktionen auf den Partner durch Eltern oder Freunde, Gewalt oder Belästigung durch andere Personen, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz aufgrund der Homosexualität oder Ängste und Schwierigkeiten mit Bezug auf HIV/AIDS. „Life stress“ entsteht z.B. durch den Tod des Partners oder eine Trennung oder Scheidung. Daneben werden in der Studie „stigma consciousness“ (nach [Pinel 1999](#)), d.h. das Ausmaß, in dem Menschen, die einer sozialen Minderheit angehören, *erwarten*, von anderen stereotypisiert zu werden, und internalisierte Homophobie, d.h. das Ausmaß, in dem ein Homosexueller sich mit der eigenen sexuellen Orientierung unwohl fühlt oder sie ablehnt (Lewis et al. 2003: 721), sowie verschiedene demographische Merkmale berücksichtigt, um die Effekte all dieser Größen auf das Ausmaß depressiver Symptome bei den Befragten festzustellen.

Die Studie ergibt – wenig überraschend –, dass „gay-related stress“ und „life stress“ beide unabhängig voneinander einen positiven Effekt auf depressive Symptome haben (Lewis et al. 2003: 723) – oder umgekehrt, denn was Ursache und was Wirkung ist, lässt sich für in Querschnittsstudien beobachtete Zusammenhänge grundsätzlich nicht entscheiden, was die Autoren selbst bemerken:

„The cross-sectional nature of our research also limits the ability to draw conclusions about the direction of effects. While it seems intuitively appealing that life events and gay-related stress predict subsequent depressive symptoms, a prospective study is needed to examine this relationship empirically“ (Lewis et al. 2003: 727).

Weiter zeigt die Studie, dass „gay-related stress“ und „stigma consciousness“ *unabhängig voneinander* mit depressiven Symptomen zusammenhängen, also nicht dasselbe abbilden, wie man vielleicht meinen könnte, wenn man bedenkt, dass z.B. der Bericht von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz aufgrund der Homosexualität ein Ausdruck dafür sein könnte, dass jemand erwartet, (auch) am Arbeitsplatz stigmatisiert oder stereotypisiert zu werden. Man könnte also sagen, dass die Befragten die Erwartung, stigmatisiert oder stereotypisiert zu werden, von tatsächlich erfahrenen Schwierigkeiten aufgrund ihrer Homosexualität bewusst oder unbewusst durchaus unterscheiden (können), und vielleicht ist das so (und nicht ein methodisches Artefakt). In jedem Fall zeigt die Studie von Lewis et al. aber, dass beides von keiner großen Relevanz ist, denn *diese beiden Größen erklären gemeinsam und außerdem gemeinsam mit „internalized homophobia“ und einem Maß für Offenheit im Umgang mit der eigenen Homosexualität nur einen geringen Anteil der Varianz auf der Variable „depressive Symptome“, nämlich 14 Prozent, womit 86 Prozent der Varianz auf der Variable unerklärt bleiben. Oder anders gesagt: Das Ausmaß depressiver Symptome hängt (auch?) bei Homosexuellen weit überwiegend von anderen Dingen oder Umständen ab als von Stress, der aufgrund ihrer Homosexualität entsteht, von internalisierter Homophobie, von der Erwartung, von anderen stigmatisiert oder stereotypisiert zu werden, und sogar von anderen Dingen als Lebensstress*, was die Frage aufwirft, wovon sonst? Diese Frage wurde von den Autoren aber trotz der schlechten Erklärungskraft ihres Modells (d.h. angesichts der nur 14 Prozent erklärten Varianz) nicht gestellt, und dementsprechend haben sie auch nicht über mögliche Antworten auf diese Frage spekuliert.

Festgehalten werden kann aus der Zusammenschau der Forschungsliteratur also, *dass bislang kein klarer und einfacher Zusammenhang zwischen Suizidrisiko und psychischen Erkrankungen/Problemen bei Nicht-Heterosexuellen bzw. zwischen psychischen Erkrankungen/Problemen bei Nicht-Heterosexuellen und Stigmatisierung und Diskriminierung von Nicht-Heterosexuellen belegt ist.*

Dementsprechend können sich Interventionspläne wie sie z.B. im baden-württembergischen Bildungsplan 2015 formuliert sind, aber bereits im Jahr 1989 von Gibson vorgeschlagen wurden, und wie sie seitdem immer wieder unkritisch

übernommen und wiederholt werden, nicht auf irgendwelche Tatsachen berufen, sondern *basieren auf Spekulationen über Sachverhalte und teilweise auf Behauptungen über Sachverhalte, die bereits widerlegt sind, oder schlicht auf ideologisch oder materialistisch motivierten Anliegen, für die empirisch belegbare Sachverhalte schlicht keine Rolle spielen.*

#### **4. Sind Interventionen zugunsten „des Regenbogens“ notwendig oder sinnvoll?**

In diesem letzten Kapitel des vorliegenden Textes über den Forschungsstand zum Thema „Sexuelle Orientierung, Suizidrisiko, psychische Probleme und Diskriminierung“ sollen die wichtigsten Ergebnisse der vorherigen Bestandsaufnahme noch einmal zusammengefasst werden, und es sollen einige Schlussfolgerungen im Hinblick auf Sinn und Unsinn von Interventionen zugunsten „des Regenbogens“ gezogen werden.

Wir halten also fest:

*... zum Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidrisiko:*

- Der bei Weitem größte Anteil der Vielzahl von Studien, die den Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidrisiko zu erforschen versuchen oder vorgeben, erforscht tatsächlich nicht das Suizidrisiko, sondern fragt nach Selbstmordversuchen, Selbstmordgedanken oder –phantasien oder Todeswünschen irgendwann in der Vergangenheit.
- Der bei Weitem größte Teil der Studien, die den Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidrisiko zu erforschen versuchen oder vorgeben, basiert auf selektierten Stichproben Nicht-Heterosexueller, so dass sich die erzielten Ergebnisse nicht verallgemeinern lassen, was wiederum bedeutet, dass keine Aussagen über die Gruppe von Nicht-Heterosexuellen bzw. LSBTTI als solcher gemacht werden können.
- Ein großer Teil von Studien, die den Nachweis eines erhöhten Suizidrisikos bei Nicht-Heterosexuellen erbringen wollen, kann dies schon deshalb nicht, weil keine Vergleichsgruppe Heterosexueller in der Studie beinhaltet ist.
- Es existieren derzeit m.W. nur drei Studien, die mit tatsächlichen Todesfällen arbeiten, Homo- und Bisexuelle sowie Heterosexuelle als Vergleichsgruppe

beinhalten und nicht auf selektierten Stichproben beruhen. Eine dieser drei Studien betrachtet nur Jugendliche, eine weitere nur erwachsene Männer, die dritte Männer und Frauen ab 21 Jahren, wobei aber keine Aussagen über Frauen gemacht werden können, weil unter den Selbstmördern keine einzige Frau vertreten war. Die drei Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass bei Homo- und Bisexuellen keine höhere Suizidrate als bei Heterosexuellen zu beobachten ist.

- Für diese drei Studien gilt wie für alle anderen auch, dass sie auf niedrigen Fallzahlen beruhen, weil sowohl das Merkmal „Selbstmord“ als auch das Merkmal „nicht heterosexuell“ vergleichsweise selten anzutreffen ist und die Kombination beider Merkmale noch seltener. Die Zuverlässigkeit der Ergebnisse auch dieser Studien steht daher in Frage. Dennoch repräsentieren diese drei Studien aufgrund der Tatsache, dass sie andere grundlegende methodische Mängel überwinden, die alle anderen Studien zum Thema aufweisen, das Beste und daher Zuverlässigste, was an Forschung zum Thema derzeit verfügbar ist.
- Eine dieser drei Studien hat ein im Vergleich zu Heterosexuellen deutlich höheres Risiko Homo- und Bisexueller, an den Folgen einer HIV-Infektion zu sterben, festgestellt, die anderen beiden Studien haben Todesfälle infolge einer HIV-Infektion nicht untersucht.

*... zum Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung einerseits und psychischen Erkrankungen oder psychischen Problemen sowie ihren Ursachen andererseits:*

- Zum Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und psychischen Erkrankungen oder Problemen liegt ebenfalls eine Vielzahl von Studien vor, die allerdings mit teilweise denselben, teilweise anderen, jedenfalls aber (ebenfalls) erheblichen methodischen Problemen behaftet sind.
- Es fasst die Forschungslage hierzu vielleicht am besten zusammen, wenn man festhält, dass es viele Befunde gibt, die zusammen betrachtet *in die*

*Richtung weisen*, dass Nicht-Heterosexuelle – konkret: meist Homosexuelle und Bisexuelle, denn es sind sie, die gewöhnlich in Studien untersucht werden, – ein im Vergleich zu Heterosexuellen erhöhtes Risiko haben, psychisch zu erkranken oder erkrankt zu sein oder psychische Probleme gehabt zu haben oder zu haben. Ein klarer Befund liegt aufgrund methodischer Mängel – darunter: schlechte Indikatoren für psychische Probleme wie z.B. Alkoholkonsum – und aufgrund widersprüchlicher Befunde bislang aber nicht vor, und die Richtung des Zusammenhangs ist ebenfalls ungeklärt.

- Es findet sich eine Reihe von Studien, die an ihre Befunde *Spekulationen* über die Ursachen für psychische Erkrankungen/Probleme Nicht-Heterosexueller anschließen, die aber nicht immer klar als solche, d.h. als bloße Spekulationen, kenntlich gemacht werden. Unter diesen Spekulationen sind vermutete Diskriminierung oder besondere Belastungen aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung zu finden. Diese Spekulationen sind aber eben dies und können nicht durch die Daten, auf denen die Studien basieren, gestützt werden.
- Unbekannt ist, inwieweit psychische Erkrankungen oder Probleme bei Homosexuellen oder bei LSBTTI im Vergleich zu Heterosexuellen zu Selbstmorden bzw. Selbstmordversuchen führen, also als ursächlich für sie bezeichnet werden können.
- Weiter ist unklar, welche Ursachen psychische Erkrankungen oder Probleme bei Homosexuellen oder bei LSBTTI haben, denn Studien, die vermutete Ursachen für psychische Erkrankungen/Probleme bei Homosexuellen oder LSBTTI tatsächlich zu prüfen versuchen, sind sehr selten.
- Diesen wenigen Studien ist es nicht gelungen zu klären, welche Ursachen psychische Erkrankungen/Probleme bei Homosexuellen oder LSBTTI haben, denn selbst dann, wenn sowohl Stress, wie er im täglichen Leben unabhängig von der sexuellen Orientierung anfällt, als auch Stress, der in Verbindung mit

der spezifischen nicht-heterosexuellen Orientierung entsteht, sowie die Wahrnehmung Nicht-Heterosexueller, einer (vermeintlich) stigmatisierten Gruppe anzugehören, und internalisierte Homophobie als erklärende Größen probeweise berücksichtigt werden, erweist sich, dass sie kaum einen Einfluss haben.

- Was Stigmatisierung und Diskriminierung als vermutete Ursache von psychischen Erkrankungen oder Problemen bei Homosexuellen oder LSBTTI betrifft, so sind beide Größen *unplausible* Erklärungsmöglichkeiten, weil es empirische Forschung gibt, die deutlich zeigt, dass weder eine gesellschaftliche Stigmatisierung noch eine nennenswerte Verbreitung homophober Einstellungen in den Ländern bzw. Bevölkerungen der westlichen Staaten zu beobachten ist.

Die wichtigste Schlussfolgerung aus all dem ist, *dass es keinerlei durch wissenschaftliche Studien gerechtfertigten Anlass für Interventionen zugunsten „des Regenbogens“ gibt bzw. kein Anlass dafür besteht, über LSBTTI und entsprechende Lebensstile oder ihre – zumindest statistisch nicht gegebene – Normalität aufzuklären oder für (mehr) Akzeptanz von LSBTTI zu werben, denn:*

- nichts spricht bislang dafür, dass Stigmatisierung und Diskriminierung von Nicht-Heterosexuellen in nennenswertem Ausmaß besteht,
- dass Gefühle der Stigmatisierung oder Diskriminierung mit Bezug auf psychische Erkrankungen oder Probleme Nicht-Heterosexueller eine nennenswerte Rolle spielen
- und dass Nicht-Heterosexuelle im Vergleich mit Heterosexuellen ein erhöhtes Suizidrisiko hätten.

Wenn sich sowohl die [Petition zum Bildungsplan 2015](#) als auch die [Gegenpetition zu dieser Petition](#) – zu unterschiedlichen Zwecken – auf ein erhöhtes Suizidrisiko von Nicht-Heterosexuellen berufen, dann tun sie dies also fälschlich, oder anders

ausgedrückt: *mit einem erhöhten Suizidrisiko von Homosexuellen oder LSBTTI lässt sich, unabhängig davon, wofür oder wogegen es ein Argument sein soll, nicht argumentieren, weil es bislang keinen klaren Beleg dafür gibt, dass es existiert. Selbst dann, wenn man sich statt auf das Suizidrisiko auf häufigere psychische Erkrankungen oder Probleme bei Homosexuellen oder LSBTTI berufen wollte, so müsste festgestellt werden, dass die Forschungslage hierzu ebenfalls alles andere als klar und zufriedenstellend ist, derzeit jedenfalls keine akzeptable Basis für die Forderung nach Interventionen oder nach ihrer Ablehnung abgeben kann.*

Das bedeutet aber auch, dass das im Bildungsplan 2015 formulierte Anliegen, mehr Akzeptanz und Toleranz für nicht-heterosexuelle Orientierungen bzw. für LSBTTI gegenstandslos ist: es besteht keine Notwendigkeit hierfür, weil es – wie gesagt – keine überzeugenden Belege dafür gibt, dass ein Mangel an Akzeptanz und Toleranz Nicht-Heterosexuellen nennenswerte psychische Schwierigkeiten verursacht, und weil kein Mangel an Akzeptanz oder Toleranz auf Seiten Heterosexueller beobachtet werden kann.

Möglicherweise hätte eine stärkere Thematisierung nicht-heterosexueller Orientierungen im Schulunterricht sogar negative Effekte, nämlich dann, wenn sie als Werbung wirkt und bei Schülern eine größere Bereitschaft bewirkt, LSBTTI-Lebensstile auszuprobieren oder leben zu wollen, was ihr Risiko, an den Folgen einer HIV-Infektion zu sterben, erhöht. *Eine stärkere Thematisierung von LSBTTI-Lebensstilen im Schulunterricht oder sonstwo müsste vor diesem Hintergrund sehr verantwortungsvoll und jedenfalls nicht in romantisierenden Darstellungen „des Regenbogens“ erfolgen.*

Eine weitere negative Folge einer stärkeren Thematisierung nicht-heterosexueller Orientierungen im Schulunterricht könnte sein, dass – entgegen des Anliegens, deren Normalität dazustellen – *den Schülern suggeriert wird, sie seien eben nichts Normales, denn Normalitäten sind gewöhnlich nicht Gegenstand (angeblich) massiver Stigmatisierung, die ja als Voraussetzung dafür vorgestellt wird, das mehr Akzeptanz und Toleranz geschaffen werden müsse.* Unvoreingenommene Schüler werden daher erst auf die – zumindest statistische – Unnormalität von LSBTTI-Lebensstilen aufmerksam gemacht, damit sie anschließend dazu erzogen werden

können, sie als Normalität zu betrachten. Selbst dann, wenn Letzteres gelingen sollte, würde dies nichts daran ändern, dass diese Schüler gelernt haben, dass es eine bemerkenswerte positive Leistung bzw. Toleranz von ihnen darstellt, LSBTTI-Lebensstile als Normalität zu betrachten.

Für Schüler mit nicht-heterosexueller Orientierung ist die Botschaft der Darstellung von LSBTTI-Lebensstilen als Normalität zunächst dieselbe: anscheinend sind sie nicht normal, denn sonst müsste man deren Normalität ja nicht extra betonen. Darüber hinaus wird ihnen suggeriert, sie seien reale oder dauerhaft potentielle Opfer feindlicher Haltungen oder Handlungen, was in ihnen bestehende Ängste verstärken oder Ängste überhaupt erst entstehen lassen kann. Anders gesagt: *man sensibilisiert sie für Dinge, gegen die sie vorher resistent waren oder von denen sie schlicht nichts wussten, oder man bringt sie sogar dazu, Ablehnung und Diskriminierung zu phantasieren, was ihnen individuelles Leid bereiten und ihre Beziehungen zu anderen ohne jede Not beeinträchtigen kann.*

Die Möglichkeit dieser negativen Folgen mag ein hinreichender Grund sein, von Interventionen zugunsten „des Regenbogens“ oder sonst irgendwelcher sozialer Gruppen abzusehen, besonders angesichts der Tatsache, dass ihr kein Nachweis positiver Folgen, geschweige denn einer Notwendigkeit einer Intervention zugunsten „des Regenbogens“ gegenübersteht.

Wollte man aber unbedingt intervenieren, dann wäre es sinnvoller, eine Intervention zu planen, die direkten Nutzen für diejenigen erbringen kann, in deren Interesse interveniert werden soll, die sie also in die Lage versetzt, selbst zu handeln, statt sich als Opfer erfahren zu müssen, deren Lebensqualität von der anerzogenen Toleranz anderer Leute abhängt. Solche Konzepte werden derzeit ja auch häufig unter den Stichworten „Resilienz“ und „empowerment“ diskutiert und erprobt. Ginge es im Bildungsplan 2015 darum, die Lebenslage Nicht-Heterosexueller zu verbessern, hätte er ohne Probleme an diese Konzepte anschließen können. Da er dies nicht tut, muss man vermuten, dass Nicht-Heterosexuelle in diesem Zusammenhang nur als das Feigenblatt missbraucht werden, das notdürftig den Versuch bedecken soll, die ideologische (ggf. Um-/) Erziehung der kommenden

Generationen – bis auf Weiteres: in Baden-Württemberg – zu bewerkstelligen – zu welchem unbekanntem Zweck auch immer diese erfolgen soll.

## 5. Literatur:

- Bell, Alan P. & Weinberg, Martin S., 1978: *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women*. New York: Simon and Schuster.
- Boele-Woelki, Katharina & Fuchs, Angelika (eds.), 2003: *Legal Recognition of Same-Sex Couples in Europe*. Antwerp: Intersentia.
- Cochran, Susan D. & Mays, Vickie M., Sexual Orientation and Mortality Among US Men Aged 17 to 59 Years: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American Journal of Public Health* 101, 6: 1133-1138.
- D'Augelli, Anthony R., Grossman, Arnold H., Salter, Nicholas P., Vasey, Joseph J., Starks, Michael T. & Sinclair, Katerina O., 2005: Predicting the Suicide Attempts of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 6: 646-660.
- De Graaf, Ron, Sandfort, Theo G. M. & ten Have, Margreet, 2006: Suicidality and Sexual Orientation: Differences Between Men and Women in a General Population-Based Sample From The Netherlands. *Archives of Sexual Behavior* 35, 3: 253-262.
- Gibson, Paul, 1989: Gay Male and Lesbian Youth Suicide, pp. 110-142 in: Feinleib, Marcia R. (ed.): *Prevention and Intervention in Youth Suicide*. (Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, Vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide.). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Greenhoot, Andrea Follmer, 2012: Retrospective Methods in Developmental Science, pp. 199-210 in: Laursen, Brett, Little, Todd D. & Card, Noel A. (eds.): *Handbook of Developmental Research Methods*. New York: Guilford.
- Herek, Gregory M. & Garnets, Linda D., 2007: Sexual Orientation and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007, 3: 353-375.
- Hill, Ryan M. & Pettit, Jeremy W., 2012: Suicidal Ideation and Sexual Orientation in College Students: The Roles of Perceived Burdensomeness, Thwarted Belongingness, and Perceived Rejection Due to Sexual Orientation. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 42, 5: 567-579.
- Jay, Karla & Young, Allan, 1977: *The Gay Report: Lesbians and Gay Men Speak Out About Their Sexual Experiences and Lifestyles*. New York: Summit.
- Johnson, Paul, 2013: *Homosexuality and the European Court of Human Rights*. Abingdon: Routledge.
- King, Michael, Semlyen, Joanna, Tai, Sharon See, Killaspy, Helen, Osborn, David, Popelyuk, Dmitri & Nazareth, Irwin, 2008: *A Systematic Review of Mental*

Disorder, Suicide, and Deliberate Self Harm in Lesbian, Gay and Bisexual People. *BMC Psychiatry* 2008. 8 (August), Article 70.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-8-70.pdf> (abgerufen am 23.01.2014).

Lewis, Robin J., Derlega, Valerian J., Griffin, Jessica L. & Krowinski, Alison C., 2003: Stressors For Gay Men and Lesbians: Life Stress, Gay-Related Stress, Stigma Consciousness, and Depressive Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology* 22, 6: 716-729.

McDaniel, J. Stephen, Purcell, David & D'Augelli, Anthony R., 2001: The Relationship Between Sexual Orientation and Risk for Suicide: Research Findings and Future Directions for Research and Prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior* 21, Supplement s1: 84-105.

Meyer, Ilan H., 2003: Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin* 129, 5: 674-697.

Muehrer, Peter, 1995: Suicide and Sexual Orientation: A Critical Summary of Recent Research and Directions for Future Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25, s1: 72-81.

Pinel, Elizabeth C., 1999: Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology* 76, 1: 114-128.

Rich, Charles L., Fowler, Richard C., Young, Deborah & Blenkush, Mary, 1986: The San Diego Suicide Study: Comparison of Gay to Straight Males. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 16, 4: 448-457.

Robbins, Michael, 2013: Affect, Emotion and the Psychotic Mind, pp. 149-163 in: Gumley, Andrew, Gillham, Alf, Taylor, Kathy & Schwannauer, Matthias (eds.): *Psychosis and Emotion: The Role of Emotions in Understanding Psychosis, Therapy and Recovery*. Hove, Routledge.

Russell, Stephen T., 2003: Sexual Minority Youth and Suicide Risk. *American Behavioral Scientist* 46, 9: 1241-1257.

Shaffer, David, Fisher, Prudence, Hicks, R. H., Parides, Michael, Gould, Madelyn, 1995: Sexual Orientation in Adolescents Who Commit Suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior* 25, s1: 64-71.

Takács, Judit & Szalma, Ivett, 2013: How to Measure Homophobia in an International Comparison? *Družboslovne razprave*, XXIX (2013), 73: 11–42.

Wang, Jen, Häusermann, Michael, Wydler, Hans, Mohler-Kuo, Meichun & Weiss, Mitchell G., 2012: Suicidality and Sexual Orientation Among Men in Switzerland: Findings from 3 Probability Surveys. *Journal of Psychiatric Research* 46,8: 980-986.