



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Zusammenhang zwischen internalisiertem
Heterosexismus, gesundheitsbezogener
Lebensqualität und der Verbundenheit zur LGBTQIA*-
Community“

verfasst von / submitted by

Lukas Nerat BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Science (MSc)

Wien, 2022 / Vienna 2022

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Zu Beginn möchte ich Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch für die ausgezeichnete Betreuung und die Hilfestellungen bei jeglichen Fragen und Problemen danken.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei allen Personen, die an meiner Studie teilgenommen bzw. die Fragebogenbatterie fleißig geteilt haben, denn ohne das rege Interesse wäre diese Arbeit nie zustande gekommen. Ein besonderer Dank gilt dabei den Organisationen „Planet10“, „PolyUniQue“, „AHA Berlin“, „queer*z“, „SUB“, „STRONG“, „Milchjugend“, dem „Regenbogenhaus“ und der Fotografin Franziska Bittermann, die meine Studie durch ihre Newsletter, Flyer und Instagram-Stories verteilt haben.

Danke auch an meinen Freund Markus, der mich in jeder Lebenslage unterstützt und mir in jeder Krise zur Seite steht. Du findest immer die richtigen Worte und schaffst es in jeder noch so verzweifelten Lage, mich zum Lachen zu bringen. Ohne dich wäre ich niemals so weit gekommen, denn du hast nie aufgehört an mich zu glauben.

Zuletzt möchte ich meinen Eltern für ihre grenzenlose Liebe und Unterstützung danken. Ihr habt mich immer dazu ermutigt, meinen eigenen Weg zu gehen, und ohne euch wäre mein Studium nie möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

I. Theoretischer Teil.....	8
Einleitung.....	9
1. Internalisierter Heterosexismus	11
1.1. Begriffsbestimmung	11
1.2. Stigmatisierung von LGBTQIA*-Personen	11
1.2.1. Institutionelle Ebene	12
1.2.2. Individuelle Ebene	13
1.3. Minority Stress Model.....	14
1.2.3. Allgemeine Stressoren	16
1.2.4. Minority Stress.....	16
1.4. Das Konstrukt des internalisierten Heterosexismus.....	17
2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	18
2.1. Definition.....	18
2.2. Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	19
2.3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Minority Stress.....	20
2.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und internalisierter Heterosexismus.....	21
3. Social Connectedness	22
3.1. Definition.....	22
3.2. Social Connectedness und gesundheitsbezogene Lebensqualität	22
4. Community Connectedness	23
4.1. Definition.....	23
4.2. Community Connectedness, gesundheitsbezogene Lebensqualität und internalisierter Heterosexismus	25

II. Empirischer Teil	27
5. Zielsetzung.....	28
6. Methodik.....	28
6.1. Studiendesign	28
6.2. Untersuchungsdurchführung	29
6.3. Stichprobenbeschreibung	29
6.4. Untersuchungsinstrumente	29
6.4.1. Fragen zu soziodemografischen Daten	30
6.4.2. Internalized Homophobia Scale (IHS-R).....	30
6.4.3. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)	31
6.4.4. Connectedness to the LGBT Community Scale	31
6.4.5. Social Connectedness Scale (SCS-R).....	31
6.4.6. Concealment	32
6.5. Fragestellung und Hypothesen	32
6.6. Angewandte statistische Auswertung.....	36
7. Ergebnisdarstellung	39
7.1. Stichprobenbeschreibung	39
7.1.1. Rücklaufstatistik	39
7.1.2. Geschlecht und Alter	39
7.1.3. Sexuelle Orientierung	39
7.1.4. Nationalität und Beziehungsstatus.....	40
7.1.5. Bildung	40
7.1.6. Coming-out.....	41
7.2. Reliabilitätsanalyse der Untersuchungsinstrumente.....	41
7.2.1. Reliabilitätsanalyse der Internalized Homophobia Scale	41
7.2.2. Reliabilitätsanalyse der Community Connectedness Scale	42
7.2.3. Reliabilitätsanalyse der Social Connectedness Scale	42

7.2.4. Reliabilitätsanalyse der Fragebogen zum Gesundheitszustand	42
7.3. Hypothesenprüfung	43
7.3.1. Unterschiedshypothese zum Geschlecht.....	43
7.3.2. Unterschiedshypothese zur sexuellen Orientierung.....	44
7.3.3. Unterschiedshypothese zum Concealment	45
7.3.4. Unterschiedshypothese zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	46
7.3.5. Mediationshypothesen der Fragestellung 5	47
7.3.1. Moderationshypothese der Fragestellung 6	48
7.4. Explorative Datenanalyse	49
7.4.1. Unterschiede bezüglich der Social Connectedness.....	49
8. Fazit	50
8.1. Diskussion	50
8.2. Kritik und Ausblick	55
Tabellenverzeichnis	66
Abkürzungsverzeichnis	66
Anhang	67

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. LGBTQIA*-Personen unterliegen nach wie vor gesellschaftlicher Stigmatisierung, Gewalt und Diskriminierung. Dies sind Faktoren, die zu einem erhöhten Stresserleben führen und in weiterer Folge auch physische und psychische Auswirkungen haben können. Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community als potenziellen Schutzfaktor vor einer stressbedingten Reduktion der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Methodik. Die Studie wurde online und im Querschnittsdesign erhoben. Es kamen die *Internalized Homophobia Scale* (IHS-R), der Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36), die *Connectedness to the LGBT Community Scale* (CCS) und die *Social Connectedness Scale* (SCS-R) zum Einsatz. Außerdem wurde der Grad der *Outness* erfasst.

Ergebnisse. Die finale Stichprobe umfasste 224 Personen. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass es Unterschiede in der Ausprägung der *Community Connectedness* und der *Social Connectedness* in Abhängigkeit von Geschlecht und sexueller Orientierung gibt. Personen, die sich als schwul identifizieren, sowie Personen, die nicht oder nur teilweise geoutet waren, berichteten den stärksten internalisierten Heterosexismus, während es hinsichtlich des Geschlechts keine Unterschiede gegeben hat. Personen mit einer hohen bzw. niedrigen Ausprägung des internalisierten Heterosexismus haben sich nicht voneinander unterschieden. Es konnte kein mediierender Effekt der *Community Connectedness* auf den Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität festgestellt werden. Auch zeigte sich, dass es keinen Interaktionseffekt zwischen der Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community und der Verbundenheit zur Gesellschaft als Ganzes gegeben hat. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass Personen mit einer hohen *Social Connectedness* eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufgewiesen haben.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse liefern einen Hinweis darauf, dass in der DACH-Region die Verbundenheit zur Gesellschaft eine größere Rolle für die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu spielen scheint als jene zur LGBTQIA*-Community. Zudem scheint das Verstecken der eigenen sexuellen Orientierung einen Einfluss auf die Ausprägung des internalisierten Heterosexismus zu haben.

Schlüsselwörter: Internalisierter Heterosexismus, gesundheitsbezogene Lebensqualität, LGBTQIA*-Community, Community Connectedness, Social Connectedness, Concealment

Abstract (Englisch)

Background. People from the LGBTQIA* community are still subject to social stigmatisation, violence and discrimination. These are factors that can lead to an increased experience of stress and subsequently have physical and psychological effects. The present study dealt with the connectedness to the LGBTQIA* community as a potential protective factor against a stress-related reduction in health-related quality of life.

Methods. The study was conducted online using a cross-sectional design. The Internalized Homophobia Scale (IHS-R), the Health Status Questionnaire (SF-36), the Connectedness to the LGBT Community Scale (CCS) and the Social Connectedness Scale (SCS-R) were used. The degree of outness was also recorded.

Results. The final sample consisted of 224 participants. The results showed differences in the degree of community connectedness and social connectedness depending on gender and sexual orientation. People who identify as gay and people who were not or only partially outed had the highest values of internalized heterosexism, while there were no differences with regard to gender. People with high or low levels of internalized heterosexism did not differ from each other. No mediating effect of Community Connectedness on the relationship between internalized heterosexism and health-related quality of life was found. It also showed that there was no interaction effect between connectedness to the LGBTQIA* community and connectedness to society as a whole. However, it was found that individuals with high Social Connectedness also demonstrated better health-related quality of life.

Conclusions. The results provide an indication that in the DACH region, connectedness to society seems to play a greater role in health-related quality of life than that to the LGBTQIA* community. In addition, hiding one's sexual orientation seems to have an influence on the expression of internalized heterosexism.

Keywords: internalized heterosexism, health related quality of life, LGBTQIA* community, community connectedness, social connectedness, concealment

I. Theoretischer Teil

Einleitung

Die LGBTQIA*-Community konnte sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten durch weltweit stattfindende Protestbewegungen (z.B. Christopher-Street-Day, Pride-Parade usw.) Sichtbarkeit in der Gesellschaft und vor allem auch Rechte erkämpfen, die besonders in westlich geprägten Ländern den Fortschritt in Richtung der Gleichberechtigung von sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten vorangetrieben haben. Dennoch war und ist dieser Weg mit sehr viel Leid verbunden, und das Ziel einer kompletten Gleichstellung ist in vielen Bereichen noch fern. Ein Antidiskriminierungsgesetz für Personen der LGBTQIA*-Community gibt es in dieser Form lediglich in Europa und auch erst seit dem Jahr 2000, wobei dieses Gesetz in Österreich erst vier Jahre später und auf Klage der Europäischen Union erlassen wurde. In 69 Staaten stehen sexuelle Handlungen zwischen Personen des gleichen Geschlechts noch immer unter Strafe, in sechs davon werden diese mit dem Tod bestraft (Mendos et al., 2020). Ähnlich schlecht steht es um das Verbot von Konversionstherapien. Darunter werden sehr umstrittene psychotherapeutische „Behandlungen“ verstanden, die den Zweck haben, homosexuelle Neigungen „abzugewöhnen“ und heterosexuelle Vorlieben zu verstärken oder hervorzurufen (Haldeman, 2022). Die Durchführung solcher „Therapien“ war im Jahr 2020 nur in vier Staaten (Brasilien, Ecuador, Puerto Rico und Deutschland) und einigen Regionen (z.B. in 20 Bundesstaaten der USA oder in einzelnen Provinzen Kanadas) gesetzlich verboten, wobei sich dieses Verbot in Deutschland beispielsweise nur auf Personen unter 18 Jahren bezieht. Mittlerweile haben zwar auch andere Länder ein Verbot durchgesetzt, in einem Großteil der Staaten ist diese Art der Behandlung jedoch weiterhin erlaubt (Haldeman, 2022). Neben solchen gesetzlichen Bestimmungen erfahren Personen der LGBTQIA*-Community aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder ihres Geschlechts auch auf einer sozialen und gesellschaftlichen Ebene noch immer Diskriminierung, Hass und Gewalt (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020).

Aus den obenstehenden Gründen sind Personen aus der LGBTQIA*-Community besonderen Stressprozessen ausgesetzt, die im Rahmen des *Minority Stress Models* von Meyer (1995) beschrieben und in der Literatur als Risikofaktor für verschiedene gesundheitsbezogene Variablen diskutiert werden. So stehen diese Stressprozesse etwa mit einer schlechteren Lebensqualität (Jackson, Hackett, Grabovac, Smith, & Steptoe, 2019), weniger sozialer Unterstützung (Lehavot & Simoni, 2011; Timmins, Rimes, & Rahman, 2020), mehr Depressions- oder Angstsymptomen (Feinstein, Goldfried, & Davila, 2012;

Gómez, Cumsille, & Barrientos, 2022; Gómez & Delgado, 2012) sowie Einsamkeit (Jackson et al., 2019; Mays & Cochran, 2001) in Zusammenhang. Anhand des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Forschung werden in dieser Arbeit sowohl die Auswirkungen dieser Stressprozesse als auch potenzielle Schutzfaktoren untersucht.

Das erste Kapitel beschäftigt sich mit den verschiedenen Arten von Stress, die Personen aus der LGBTQIA*-Community aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Minderheitengruppe erleben. Dabei werden die Ursachen sowie potenzielle Risiken dieser Stressprozesse diskutiert. Im zweiten Kapitel wird ein Überblick über das in der Arbeit verwendete Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gegeben. Die beiden darauffolgenden Kapitel beschreiben einerseits die *Community Connectedness*, bei der es um die Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community geht, und andererseits die *Social Connectedness*, die das generelle Gefühl von Verbundenheit mit Anderen und mit der Gesellschaft bezeichnet. In Kapitel 5 wird die Zielsetzung dieser Arbeit beschrieben, woraufhin im sechsten Kapitel näher auf die Methodik eingegangen wird. Diese umfasst das Studiendesign, die Untersuchungsdurchführung, die Stichprobenbeschreibung, die Erläuterung der verwendeten Fragebögen, die Darstellung der Fragestellungen und Hypothesen sowie die angewandte statistische Auswertung. In den letzten beiden Kapiteln werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt und im Anschluss daran kritisch diskutiert sowie ein Ausblick für zukünftige Forschung gegeben.

1. Internalisierter Heterosexismus

Im Folgenden wird das Konzept des internalisierten Heterosexismus als Teil eines Stressmodells, das sich speziell mit sexuellen Minderheiten beschäftigt, vorgestellt. Dazu wird zunächst auf die Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen der LGBTQIA*-Community eingegangen und die Ebenen, auf der diese stattfinden, näher erläutert. Im Anschluss wird das *Minority Stress Model* genauer beschrieben. Da in der Literatur jedoch unterschiedliche Begriffe für das Konzept des internalisierten Heterosexismus verwendet werden, wird zu Beginn genauer erläutert, aus welchem Grund in dieser Arbeit der Begriff *internalisierter Heterosexismus* verwendet wird.

1.1. Begriffsbestimmung

Das Konzept des internalisierten Heterosexismus wird in der Literatur mit unterschiedlichen Begriffen bezeichnet, wobei die Bezeichnung *internalized homophobia* am häufigsten vorkommt (Frost & Meyer, 2009; Herek, Gillis, & Cogan, 2009; Ross & Rosser, 1996; Wen & Zheng, 2019; Yolaç & Meriç, 2021) und auch vom Autor des *Minority Stress Model* (Meyer, 1995) verwendet wird. Neben dieser finden sich vor allem auch die Begriffe *internalized heterosexism* (Huynh, Sheridan, & Lee, 2020) und *internalized homonegativity* (Dürrbaum & Sattler, 2020; Feinstein et al., 2012). In dieser Arbeit wird der aus dem Englischen übersetzte Begriff internalisierter Heterosexismus verwendet, was auf zwei Gründen fußt. Erstens soll dadurch eine klare begriffliche Abgrenzung von einer Phobie im klinischen Sinne geschaffen werden. Zweitens soll auch vermieden werden, das Konstrukt begrifflich auf Homosexualität zu beschränken und dadurch andere sexuelle Orientierungen auszuschließen, wie es etwa bei Begriffen wie Homophobie oder Homonegativität der Fall wäre.

1.2. Stigmatisierung von LGBTQIA*-Personen

Zwar gab es in den letzten Jahren vor allem in Europa bzw. der Europäischen Union einen immer weiter voranschreitenden Abbau von gesellschaftlichen und rechtlichen Ungleichheiten. Eine von der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte regelmäßig durchgeführte Umfrage zeigt jedoch, dass es bis zur kompletten Gleichstellung noch ein weiter Weg ist. So waren im Jahr 2019 fast zwei Drittel der LGBTQIA*-Personen in Österreich und 59% der Personen in Deutschland der Meinung, die jeweilige Regierung unternehme nicht genug, um Vorurteilen und Intoleranz effektiv entgegenzuwirken (EU-28-Durchschnitt: 66%). Mehr als die Hälfte aller Teilnehmer*innen hat angegeben, nie oder

nur sehr selten offen mit der eigenen sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität umzugehen, und 61% vermeiden es, sich in der Öffentlichkeit an den Händen zu halten. Rund 10% aller LGBTQIA*-Personen in der Europäischen Union wurden aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität in den Jahren 2015–2020 Opfer von körperlicher Gewalt (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020). Diskriminierung, physische und psychische Gewalt sowie sexuelle Stigmatisierung spiegeln also nach wie vor die Lebensrealität vieler LGBTQIA*-Personen wider. Der Begriff Sexuelle Stigmatisierung wird laut Herek (2007) verstanden als „negative regard, inferior status, and relative powerlessness that society collectively accords to any nonheterosexual behavior, identity, relationship, or community” (S. 906–907). Dabei gilt es zu betonen, dass Sexuelle Stigmatisierung nicht von den Werten, Einstellungen oder Handlungen der von Stigmatisierung betroffenen Personen abhängig ist. Vielmehr handelt es sich hierbei um ein kulturelles Phänomen, das durch die Heteronormativität der Gesellschaft bedingt ist und in zahlreichen Kulturen vorzukommen scheint. Es geht also um das kollektive Bewusstsein über die – im Vergleich zur Heterosexualität – gesellschaftlich negative Bewertung aller nicht-heterosexuellen Werte, Vorstellungen, Beziehungen und Verhaltensweisen. Wie auch andere Formen der Stigmatisierung kann sexuelles Stigma auf zwei unterschiedlichen Ebenen verortet sein. Einerseits auf einer institutionellen (bzw. strukturellen), andererseits auf einer persönlichen Ebene. Diese Ebenen sexueller Stigmatisierung werden im Folgenden genauer beschrieben (Herek, 2007).

1.2.1. Institutionelle Ebene

Auf der institutionellen Ebene erfolgt die Stigmatisierung von sexuellen Minderheiten durch Institutionen und Strukturen innerhalb der Gesellschaft, zu denen beispielsweise religiöse Institutionen, das Rechtssystem oder auch Bereiche wie etwa die Medizin gehören. Herek (2007, S. 907) bezeichnet diese Ebene der Stigmatisierung als *heterosexism* (dt. Heterosexismus) und geht davon aus, dass die institutionelle und strukturelle Stigmatisierung zu einer Legitimation und Aufrechterhaltung dieses Heterosexismus führt. Den Begriff Heterosexismus definiert er als „cultural ideology, embodied in institutional practices that work to the disadvantage of sexual minority groups even in the absence of individual prejudice or discrimination” (Herek, 2007, S. 907). Dem Heterosexismus zugrundeliegend ist dabei das Konzept der Heteronormativität der Gesellschaft. Darunter wird die Annahme verstanden, dass heterosexuelle Beziehungen und

Familienmodelle sowie die Einordnung von Personen in ein binäres Geschlechtssystem (männlich und weiblich) als Normalzustand angesehen werden und somit alle nicht-heterosexuellen oder nicht-zweigeschlechtlichen Personen eine Abweichung von dieser Norm darstellen (Sagert, 2021).

Auf institutioneller Ebene wirkt Stigmatisierung prinzipiell durch zwei verschiedene Prozesse. Einerseits wird aufgrund der oben erwähnten Heteronormativität der Gesellschaft zunächst von der Heterosexualität jeder Person ausgegangen. Diese Annahme schränkt die Sichtbarkeit von LGBTQIA*-Personen in der Gesellschaft ein und führt dazu, dass sich Personen, die nicht heterosexuell sind, outen, also sich als nicht-heterosexuell identifizieren müssen, um nicht mehr pauschal als heterosexuell klassifiziert zu werden. Andererseits kommt es durch den Heterosexismus zur Problematisierung nicht-heterosexueller Orientierungen und Werte, sobald die betroffenen Personen durch ihr Coming-out „sichtbar“ werden. Nicht-heterosexuelle Verhaltensweisen, Beziehungen und Werte werden als Abweichung von der Norm und vielfach als unnatürlich und erklärungsbedürftig angesehen, was einer der Gründe ist, aus dem LGBTQIA*-Personen Opfer von Gewalt und Diskriminierung sowie struktureller und interpersoneller Ungleichbehandlung werden (Herek, 2007; Sagert, 2021).

Man kann feststellen, dass in den letzten Jahren einige Gesetzesänderungen verabschiedet wurden, die der institutionellen Diskriminierung und Stigmatisierung entgegenwirken sollen – zum Beispiel die „Ehe für alle“, die 2017 in Deutschland, zwei Jahre später in Österreich und seit dem 1. Juli 2022 in der Schweiz durchgesetzt wurde (Lesben- und Schwulenverband, 2022). Dennoch hat sich die von LGBTQIA*-Personen berichtete Erfahrung von Diskriminierung in den letzten Jahren kaum verändert (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020), und die DACH-Region liegt hinsichtlich der rechtlichen und politischen Gleichstellung von LGBTQIA*-Personen nur im europäischen Mittelfeld (ILGA Europe, 2022).

1.2.2. Individuelle Ebene

Die zweite Ebene, auf der sexuelle Stigmatisierung stattfindet, ist die individuelle Ebene. Auf dieser werden drei verschiedene Formen der Stigmatisierung von sexuellen Minderheiten unterschieden. Diese werden als *Enacted stigma*, *felt stigma* und *internalized stigma* bezeichnet und nachfolgend näher beschrieben.

Beim *enacted stigma* handelt es sich um alle Formen der Stigmatisierung, die durch Handlungen Anderer ausgedrückt werden. Bei solchen Handlungen kann es sich um direkte oder indirekte Diskriminierung, Beleidigungen, Ächtung, aber auch physische und psychische Gewalt handeln (Herek, 2007). Dabei wirken sich Gewaltverbrechen, die aufgrund der sexuellen Orientierung erfahren werden, stärker auf die psychische Gesundheit aus als solche, die nicht direkt mit der sexuellen Orientierung in Zusammenhang stehen (Herek, Gillis, & Cogan, 1999).

Allein durch die Tatsache, dass sexuelle Minderheiten Opfer von Gewalt und Diskriminierung werden, entsteht bei betroffenen Personen die Erwartung, aufgrund der vorherrschenden Stigmatisierung ebenfalls Diskriminierung und Gewalt zu erfahren. Diese Erwartungshaltung wird als *felt stigma* bezeichnet und führt dazu, dass die betroffenen Personen ihr Verhalten so ändern, dass die Wahrscheinlichkeit der Diskriminierung sinkt. Dies kann bedeuten, dass versucht wird, sich möglichst (stereotyp) heterosexuell zu verhalten und die eigene sexuelle Orientierung zu verstecken. Diese Art der Stigmatisierung beeinflusst jedoch auch das Verhalten von heterosexuellen Personen. Auch hier wird dann versucht, sich so geschlechtsstereotyp und „heterosexuell“ wie möglich zu verhalten, um nicht irrtümlicherweise als homosexuell gelabelt zu werden und in Folge dessen Diskriminierung oder Gewalt zu erfahren (Herek, 2007).

Die dritte Form der sexuellen Stigmatisierung wird als *internalized stigma* bezeichnet und wird von Herek (2007) beschrieben als „an individual’s personal acceptance of sexual stigma as a part of her or his own value system and self-concept“ (S. 910). Diese „Selbst-Stigmatisierung“ entspricht dem Konstrukt des internalisierten Heterosexismus, der im folgenden Abschnitt im Rahmen des *Minority Stress Model* erklärt wird.

1.3. Minority Stress Model

Der Begriff *Stress* blickt auf eine lange und traditionsreiche Forschungsgeschichte zurück. Eine allgemeingültige, alleinige Definition findet sich in der Literatur nicht (Knoll, Scholz, & Rieckmann, 2017), in der Psychologie bezieht sich Stress jedoch zumeist auf ein „internal arousal“ (Aneshensel, 1992, S. 16), also einen Zustand innerer Erregung, der durch Stress auslösende Faktoren, sogenannte Stressoren, bewirkt wird. Stressoren werden in der Literatur zumeist beschrieben als „events and conditions (...) that cause change and that require that the individual adapt to the new situation or life circumstance“ (Meyer, 2003, S.

675). Typische Stressoren können demnach ein Unfall, eine Erkrankung, der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Tod einer nahestehenden Person sein.

Neben diesen typischen Stressoren unterliegen Personen der LGBTQIA*-Community aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Minderheitengruppe im Vergleich zu heterosexuellen Personen jedoch zusätzlichen Stressoren, die sich aus sozialen Strukturen ergeben (Meyer, 1995, 2003). Das Konzept des *social stress* (Meyer, 2003) erweitert die Stresstheorie um eine soziale Komponente, es können somit nicht nur persönlich erlebte Ereignisse, sondern auch Umstände oder Gegebenheiten des sozialen Umfeldes Stress auslösende Faktoren darstellen. Hierbei lässt sich jedoch feststellen, dass soziale Stressoren in bestimmten Gruppen häufiger vorzukommen scheinen als in anderen. Vor allem Personen, die stigmatisierten Gruppen angehören, unterliegen in einem besonderen Ausmaß diesen Stressoren (Aneshensel, 1992; Meyer, 2003).

Ein Modell, das sich mit Stigmatisierung sexueller Minderheiten und den dadurch entstehenden Stressprozessen sowie deren Auswirkung auf die psychische Gesundheit beschäftigt, ist das *Minority Stress Model* (Abbildung 1) von Meyer (1995). In diesem Modell werden grundsätzlich drei Kategorien von Stressoren unterschieden. Einerseits gibt es allgemeine Stressoren (c), die durch Umweltfaktoren (a) ausgelöst werden. Auf der anderen Seite stehen Stressoren, die erst durch den Minderheitenstatus (b) bzw. die persönliche Identität mit dieser (e) entstehen. Diese Art der Stressoren bezeichnet man als *Minority Stress*, der sich auf einem Kontinuum zwischen distalen (d) und proximalen Stressprozessen (f) bewegt (Dürbaum & Sattler, 2020; vgl. Meyer, 1995, 2003). Diese Arten von Stressoren werden im Folgenden näher beschrieben.

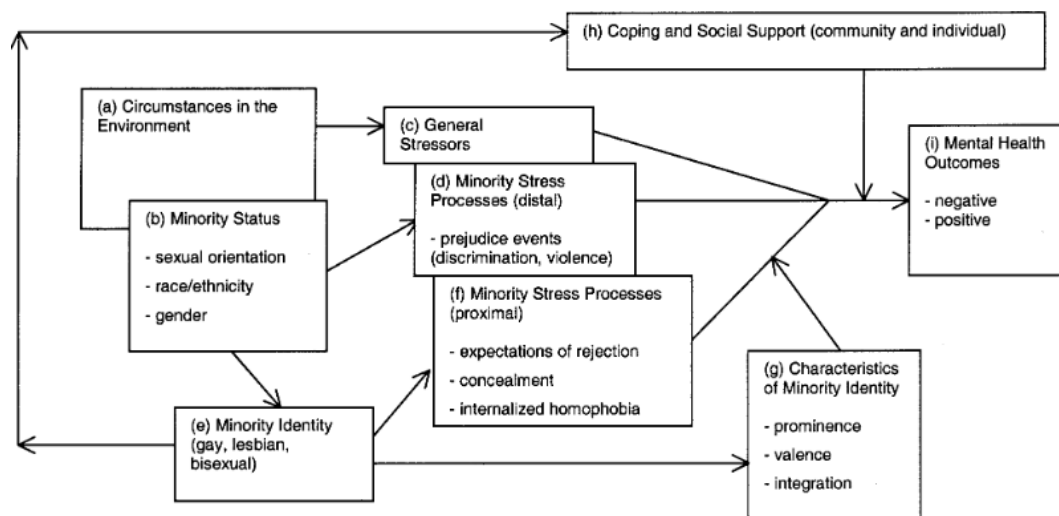


Abbildung 1. Minority Stress Model nach Meyer (2003, S. 679)

1.2.3. Allgemeine Stressoren

Als allgemeine Stressoren werden Stress auslösende Faktoren bezeichnet, die grundsätzlich jede Person betreffen können, da sie durch allgemeine Ereignisse oder Umstände in der (sozialen) Umwelt verursacht werden. Dies können, wie zuvor bereits beschrieben, der Verlust einer nahestehenden Person oder der Arbeitsstelle, eine Verletzung oder Krankheit, aber auch ein Unfall sein. Meyer (2003) geht in seinem Modell jedoch davon aus, dass Personen, die einer sexuellen Minderheit angehören bzw. eine stigmatisierte soziale Position innehaben, neben solchen allgemeinen Stressoren zusätzlichen chronischen Stressprozessen ausgeliefert sind. Diese Stressoren werden im folgenden Abschnitt genauer betrachtet.

1.2.4. Minority Stress

Unter *Minority Stress* werden Stressprozesse verstanden, die durch drei Merkmale charakterisiert sind. Erstens handelt es sich dabei um Stress, der durch die Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit bzw. der Abweichung von der heteronormativen Gesellschaft ausgelöst wird (Meyer, 1995, S. 38). Zweitens ist *Minority Stress* chronisch, das heißt über die Zeit relativ stabil und andauernd. Drittens entspringt diese Art des Stresses sozialen Prozessen und ist nicht von biologischen, genetischen oder anderen nicht-sozialen Determinanten der Person abhängig (Meyer, 2003). Um die vorherrschenden sozialen Bedingungen und Strukturen der heteronormativ geprägten Gesellschaft sowie deren Auswirkungen auf das einzelne Individuum besser darzustellen, wird der *Minority Stress*, wie oben bereits beschrieben, in distale und proximale Stressprozesse unterteilt.

Bei distalen Stressprozessen (d) handelt es sich nach Meyer (2003) um „*objective stressors*“ (S. 676). Die Objektivität ergibt sich dabei aus der Beobachtbarkeit und Überprüfbarkeit solcher Stressoren (Hendricks & Testa, 2012). Sie sind nicht von der Wahrnehmung oder Bewertung des Individuums abhängig, sondern stellen eine Reaktion des sozialen Umfelds auf die Zugehörigkeit der betroffenen Person zu einer Minderheit dar, was bedeutet, dass sie sich aus dem *Minority Status* (b) der betroffenen Person ergeben. Diese Art der Stressprozesse entspricht der Stigmatisierungsebene des *enacted stigma*, es handelt sich also um das Erleben von direkter oder indirekter Diskriminierung, Beleidigung, Ächtung oder Gewalt (Herek, 2007).

Aufgrund dessen, dass sich Personen in den meisten Fällen auch mit ihrem *Minority Status* identifizieren, werden die distalen Stressprozesse in weiterer Folge zu proximalen

Konzepten, die dann auch eine psychisch relevante Bedeutung für das Individuum haben. Diese proximalen Stressprozesse (f) sind demnach abhängig von der *Minority Identity* (e), also der Selbstwahrnehmung und -identifikation des Individuums als Teil einer Minderheit. Bei diesen Stressprozessen handelt es sich nach Meyer (2003) um subjektive Stressoren bzw. Stressprozesse, da sie anders als distale Prozesse nicht direkt beobachtbar sind (Hendricks & Testa, 2012) und sich in ihrer Manifestation zwischen verschiedenen Personen individuell unterscheiden können. Hierzu zählen zum Beispiel die Erwartung von bzw. Angst vor Ablehnung durch Andere oder das „Geheimhalten“ (*concealment*) der eigenen sexuellen Orientierung (und damit eines Teiles der eigenen Identität) aus Angst vor negativen Konsequenzen und Reaktionen (*felt stigma*). Der Stressor, der auf dem Kontinuum zwischen distal und proximal jedoch am weitesten auf der proximalen Seite zu verorten ist, ist die internalisierte Homophobie, die in dieser Arbeit als internalisierter Heterosexismus bezeichnet wird und dem *internalized stigma* entspricht (Herek, 2007; Meyer, 2003).

1.4. Das Konstrukt des internalisierten Heterosexismus

Erste Beschreibungen des internalisierten Heterosexismus finden sich bereits in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, noch vor der Entwicklung des *Minority Stress Models* (Meyer, 1995; Russell & Bohan, 2006), wobei zu dieser Zeit fast ausschließlich die Bezeichnung internalisierte Homophobie verwendet wurde. Die meisten Theorien verstehen darunter den Prozess der Internalisierung heteronormativer Auffassungen, Werte und Normen im Laufe der Erziehung und Entwicklung. Im Rahmen des *Minority Stress Models* geht Meyer (1995) davon aus, dass jeder Mensch in eine Gesellschaft geboren wird, die durch heteronormative Vorstellungen und Werte geprägt wird. Im Laufe der Entwicklung und Sozialisierung werden einerseits die dominierenden heteronormativen Vorstellungen und Werte als gesellschaftliche Norm vermittelt und gefestigt. Heterosexuelle Paarbeziehungen, das „klassische Familienbild“ oder die Einteilung in die binäre Geschlechtereinteilung sind nur einige Beispiele dafür. Andererseits kommt es auch dazu, dass die in dieser heteronormativen Gesellschaft vorherrschenden Vorurteile und Stigmata gegenüber sexuellen Minderheiten im Laufe dieses Sozialisierungsprozesses internalisiert werden. Internalisierung beschreibt dabei die „volle Aufnahme der Normen, wobei die Überzeugungen, Verhaltensstandards etc. der Gesellschaft als „eigen“ erlebt werden“ (Wirtz, S. 1585).

Diese Internalisierung von Vorurteilen und Stigmata – die auch durch das passive Erleben von Diskriminierung und Gewalt an LGBTQIA*-Personen noch verstärkt wird – findet noch vor der sexuellen Entwicklung statt, das heißt, noch bevor sich die betroffene Person ihrer eigenen sexuellen Orientierung sicher ist bzw. diese überhaupt realisiert (Herek, 2007; Meyer, 1995, 2003). Kommt es (zumeist in der Jugend oder dem jungen Erwachsenenalter) dazu, dass eine Person sich ihrer Nicht-Heterosexualität und damit auch ihrem *Minority Status* bewusst wird, und integriert diese Person diesen *Minority Status* in das Selbstbild und die eigene Identität, dann werden die zuvor internalisierten Vorurteile und Stigmata auch gegen die eigene Person aktiviert. Link (1987) schreibt dazu Folgendes: „An official label gives personal relevance to their views about the community attitude (...) What once seemed to be an innocuous array of beliefs (...) now become applicable personally and no longer innocuous” (S. 97). Welche Auswirkungen diese internalisierten Vorurteile und Stigmata auf die physische und psychische Gesundheit und damit auch auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben können, wird in den folgenden Kapiteln diskutiert.

2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Nachfolgend wird der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie deren Erfassung durch Messinstrumente erläutert.

2.1. Definition

Die Definition des Begriffs *Lebensqualität* ist eine sehr schwammige und in der Literatur nicht einheitliche, weshalb sie je nach Autor*in auch unterschiedliche Teilbereiche umfassen kann (Schöffski, 2012). Bezugnehmend auf die Bedeutung des Begriffes *Qualität* wird Lebensqualität von Radoschewski (2000) folgendermaßen definiert:

Lebensqualität meint (...) nicht mehr und nicht weniger als das sehr komplexe, vielschichtige und multidimensionale Gebilde der Spezifitäten und Eigenschaften menschlicher Existenz. Begrifflich erhebt der Terminus Lebensqualität also a priori einen vergleichbaren universellen Anspruch wie jener Gesundheitsbegriff, der sich aus der Gesundheitsdefinition der WHO ableiten lässt (...). (S. 165–166)

Die psychische und physische Gesundheit einer Person ist neben Parametern wie der Versorgung von Grundbedürfnissen oder der Selbstverwirklichung nur eine von vielen Facetten der Lebensqualität, wenngleich diese in einem ausgesprochen großen Ausmaß vom

Gesundheitszustand beeinflusst wird (Radoschewski, 2000; Schöffski, 2012). Aufgrund dieser Uneindeutigkeit sowie der Vielfältigkeit des Terminus Lebensqualität wird seit den 1970er und 1980er Jahren vor allem in der Medizin, in anderen Disziplinen der Gesundheitswissenschaften sowie auch in der Psychologie der Begriff der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* verwendet (Radoschewski, 2000). Morfeld, Stritter und Bullinger (2012) definieren diese als „multidimensionales psychologisches Konstrukt, das durch mindestens 4 Komponenten zu operationalisieren ist: das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Alltagskompetenz (...)“ (S. 393). Hierbei wird der Begriff Lebensqualität zumindest auf vier Hauptkomponenten begrenzt, wobei in dieser Arbeit vor allem die psychische und physische Komponente sowie die sozialen Beziehungen eine wichtige Rolle spielen. Neben dieser Definition gibt es jedoch auch noch andere Versuche, das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu definieren (Karimi & Brazier, 2016), und eine allgemeingültige Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität fehlt indes bis heute.

2.2. Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Eine Grundvoraussetzung zur Messung und sinnvollen Bewertung von gesundheitsbezogener Lebensqualität ist es, dass das Messinstrument die Multidimensionalität eben dieser ausreichend berücksichtigt (Schöffski, 2012). Die Methoden der Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität reichen dabei von Interviews (z.B. persönlich oder telefonisch) über Fremdbeurteilungen (z.B. durch Expert*innen wie Ärzt*innen oder nahestehende Personen wie Freund*innen oder Familie) bis hin zu Selbstbeurteilungsverfahren (z.B. Fragebögen oder Tagebücher). Letztere zeichnen sich durch ihre kosten- und zeittechnische Ökonomie besonders aus. Ein großer Vorteil von Selbstbeurteilungsverfahren gegenüber Interviews ist es, dass die Antwortbereitschaft der Teilnehmer*innen aufgrund des geringeren Schamgefühls erhöht sein kann. Dies gilt insbesondere für anonym durchgeführte Verfahren, wie es in der vorliegenden Arbeit der Fall ist (Schöffski, 2012).

Neben der Methode der Durchführung können die Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auch nach der Art der Dimensionserfassung unterteilt werden. Hierbei wird zwischen Index- und Profilinstrumenten unterschieden. Bei Indexinstrumenten wird ein namensgebender allgemeiner Index, also eine einzelne Maßzahl gebildet, die alle Dimensionen beinhaltet. Ein Nachteil, der mit dieser Art von Instrumenten

einhergeht, ist, dass eine individuelle Gewichtung der gemessenen Dimensionen erfolgen muss. Profilinstrumente erfassen hingegen die einzelnen Dimensionen getrennt voneinander, wodurch keine Gewichtung von Nöten ist. Zu diesen Instrumenten zählt beispielsweise der *Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)*, der in der vorliegenden Untersuchung verwendet wurde.

Eine weitere wichtige Unterscheidung von Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität ist jene in krankheitsspezifische sowie krankheitsübergreifende (auch als generisch bezeichnete) Fragebögen (Bullinger, 2000). Krankheitsspezifische Fragebögen beziehen sich, wie durch den Namen bereits suggeriert, auf eine bestimmte Erkrankung oder einen speziellen Bereich von Beschwerden. Generische Instrumente – zu denen auch die SF-36 gehört – erfassen hingegen die gesundheitsbezogene Lebensqualität unabhängig von bestimmten Erkrankungen (Schöffski, 2012) und sind damit „auf eine breite Anwendung quer über die Typen/Arten und Schweregrade von Krankheiten ausgerichtet“ (Radoschewski, 2000, S. 171). In der vorliegenden Arbeit wird die SF-36 verwendet, da keine Einschränkung auf eine bestimmte Krankheitsgruppe oder einen bestimmten Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorgenommen wird.

Nachfolgend soll dargestellt werden, wie sich die Stressprozesse, wie sie im *Minority Stress Model* angeführt werden, auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken können.

2.3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Minority Stress

Der Zusammenhang zwischen Diskriminierungs- oder Gewalterfahrungen von LGBTQIA*-Personen und gesundheitsbezogener Lebensqualität bzw. unterschiedlichen psychischen Gesundheitsvariablen ist bereits sehr gut erforscht. So finden sich einerseits positive Zusammenhänge zwischen Diskriminierungserfahrungen und Depressions- und Angstsymptomen sowie Einsamkeit (Feinstein et al., 2012; Gómez et al., 2022; Gómez & Delgado, 2012; Jackson et al., 2019; Mays & Cochran, 2001) und andererseits auch negative Zusammenhänge zwischen Diskriminierungserfahrungen und der Lebensqualität (Jackson et al., 2019). Eine Metaanalyse von Dürrbaum und Sattler (2020), die sieben Studien mit insgesamt 1795 Jugendlichen analysiert hat, konnte negative Zusammenhänge zwischen *Minority Stress* und psychischer Gesundheit sowie positive Zusammenhänge zwischen *Minority Stress* und Symptomen einer Traumatisierung oder depressiven Episode zeigen. Herek et al. (1999) konnten in ihrer Untersuchung zudem feststellen, dass Diskriminierung

oder Gewalt, die aufgrund der sexuellen Orientierung erfahren wird, zu einer stärkeren Traumatisierung sowie Depressions- und Angstsymptomatik führen kann als Gewalttaten, die nicht aufgrund der sexuellen Orientierung begangen wurden. Personen aus der LGBTQIA*-Community berichten zudem, dass die Erfahrung von Diskriminierung ihre Lebensführung teilweise stark erschwert und sie vielfach daran hindert, ein erfülltes Leben zu führen (Mays & Cochran, 2001).

Neben der direkten Diskriminierungs- oder Gewalterfahrung ist aber auch der erlebte Stress, der durch das Verstecken bzw. „Geheimhalten“ der eigenen sexuellen Orientierung (*Concealment*) entsteht, mit negativen Gesundheitsoutcomes assoziiert. So finden sich ebenfalls negative Zusammenhänge zwischen dem *Concealment* und der Aktivierung von inter- und intrapersonellen Ressourcen, wobei das Fehlen solcher Ressourcen wiederum mit negativen psychischen Gesundheitsoutcomes verbunden ist (Lehavot & Simoni, 2011). Laut einer Untersuchung von Timmins et al. (2020) scheint es jedoch einen mediierenden Effekt von Selbststigmatisierung (internalisierter Heterosexismus) zwischen dem Grad der *Outness* (das Ausmaß, in dem eine Person vor anderen geoutet ist) und dem erlebten Stress gibt.

2.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und internalisierter Heterosexismus

Ebenso wie die Erfahrung von Diskriminierung und Gewalt steht auch der internalisierte Heterosexismus mit gesundheitsbezogenen Variablen in Zusammenhang. Da sich die internalisierten Vorurteile und Stigmata beim internalisierten Heterosexismus jedoch gegen die eigene Person richten, wird vermutet, dass die Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit oft noch weitreichender sein können als bei direkter Diskriminierung (Meyer, 1995, 2003).

In einer Untersuchung von Feinstein et al. (2012) mit 467 homosexuellen Personen konnte festgestellt werden, dass internalisierter Heterosexismus negativ mit Lebenszufriedenheit und positiv mit Depressions- und Angstsymptomen assoziiert ist. Zusätzlich wurde gezeigt, dass internalisierter Heterosexismus ein partieller Mediator zwischen dem Erleben von Diskriminierung und depressiven Symptomen ist.

Eine Untersuchung von Wen und Zheng (2019) in China konnte auch zeigen, dass homosexuelle und bisexuelle Männer über eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit und Lebensqualität berichten. Bei Personen aus der LGBTQIA*-Community scheint dabei vor allem internalisierter Heterosexismus ein zentraler Faktor zu sein, der sich negativ auf

die wahrgenommene und gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt (Wen & Zheng, 2019).

In den folgenden beiden Kapiteln werden zwei Konstrukte präsentiert, die in der aktuellen Literatur als potenzielle protektive Faktoren gegen die Reduktion der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch *Minority Stress* vermutet werden.

3. Social Connectedness

Der nachfolgende Abschnitt widmet sich zunächst der *Social Connectedness*. Es erfolgt eine Definition des Konstruktes, bevor die Zusammenhänge zwischen der *Social Connectedness* und gesundheitsbezogener Lebensqualität bzw. psychischer Gesundheit dargestellt werden.

3.1. Definition

Bei der *Social Connectedness* handelt es sich laut Lee und Robbins (1995) um ein Gefühl von Verbundenheit mit dem engeren sozialen Umfeld und der Gesellschaft als Ganzes. Zu diesem Verbundenheitsgefühl gehört jedoch auch, dass sich die betroffene Person in ihrem sozialen Umfeld sicher und wohl fühlt (S. 233). Ein erstes Gefühl der Verbundenheit mit bzw. der Zugehörigkeit zur Gesellschaft tritt in den meisten Fällen in der Adoleszenz auf. Dadurch wird ermöglicht, sich in einem größeren sozialen Kontext als der Familie oder den Freund*innen wohlfühlen und sich mit fremden Personen zu identifizieren. Es dient allerdings auch dazu, verschiedene Rollen in der Gesellschaft einnehmen zu können (Lee & Robbins, 1995). Das Gefühl der Verbundenheit – und in weiterer Folge auch das Gefühl der Zugehörigkeit – stellt eines der fundamentalsten Grundbedürfnisse des Menschen dar, und das Fehlen dieser Verbundenheit kann gravierende gesundheitliche Auswirkungen haben (Lee & Robbins, 2000).

3.2. Social Connectedness und gesundheitsbezogene Lebensqualität

In der Literatur finden sich einige Hinweise, dass die *Social Connectedness* und die damit in Verbindung stehende wahrgenommene Unterstützung als protektiver Faktor gegen negative Einflüsse auf die psychische Gesundheit wirkt und mit verringerten Depressions- und Angstsymptomen in Zusammenhang steht (Jaspal & Breakwell, 2022; Kim & Fredriksen-Goldsen, 2017; Kohut, 1984; Lee & Robbins, 1998). Fehlt jedoch das Gefühl der Verbundenheit zur sozialen Umgebung sowie zur Gesellschaft, kann dies nach Lee und Robbins (1995) einerseits zu einer verringerten wahrgenommenen Unterstützung,

andererseits auch zu einem Gefühl der Isolation und Einsamkeit führen. „The person will try to relate with others but will get frustrated or disappointed by the failure of others to understand him or her. (...) In the extreme case, the person may distance him or herself from society (...)” (S. 233). Interessant dabei ist, dass der Zusammenhang zwischen *Social Connectedness* und physischer Gesundheit sowohl durch die wahrgenommene Unterstützung als auch durch das Gefühl der Isolation beeinflusst wird, während bei der psychischen Gesundheit vor allem Letzteres eine tragende Rolle zu spielen scheint (Cornwell & Waite, 2009).

Neben dem allgemeinen Gefühl der Verbundenheit gibt es jedoch auch Konstrukte, die sich nicht auf die Gesellschaft oder das gesamte soziale Umfeld beziehen, sondern ein Verbundenheitsgefühl zu einer spezifischen Gruppe beinhalten. Ein solches Konstrukt wird im folgenden Kapitel genauer beschrieben.

4. Community Connectedness

In diesem Abschnitt wird die *Community Connectedness* beschrieben und definiert. Im Anschluss daran erfolgt eine Erläuterung des Zusammenhangs zwischen *Community Connectedness* und gesundheitsbezogener Lebensqualität sowie internalisierter Homophobie. Außerdem wird die Rolle der *Social Connectedness* in diesen Zusammenhängen dargestellt.

4.1. Definition

Der Begriff *Community Connectedness* beschreibt die Verbundenheit bzw. das Gefühl der Verbundenheit mit der eigenen sozialen Gruppe und stellt damit eine Art Unterkategorie der *Social Connectedness* dar (Gómez et al., 2022; McLaren & Castillo, 2020). *Community Connectedness* wird definiert als „the convergence of individuals’ desires to belong to a larger collective, establish a mutually influential relationship with that collective, satisfy their individual needs and be rewarded through their collective affiliation, and construct a shared emotional connection” (Frost & Meyer, 2012, S. 36; vgl. McMillan, 1996; Whitlock, 2007). In der Literatur wird dabei zwischen der Verbundenheit zur Gemeinschaft (*Community Connectedness*) und der wirklichen Teilhabe an dieser (*Community Participation*) unterschieden. Die Teilhabe bezieht sich auf das Verhalten von Individuen und wird mit konkretem Verhalten operationalisiert, zum Beispiel in wie vielen Organisationen der Community die Person aktiv ist. Bei der Verbundenheit handelt es sich

hingegen vielmehr um ein kognitives bzw. affektives Konstrukt, das schwieriger zu operationalisieren ist (Frost & Meyer, 2012).

Dieses Gefühl der Verbundenheit bzw. das Bedürfnis danach kann dabei auf unterschiedliche Ebenen bezogen sein. Laut Leary und Cox (2008), die eine Erweiterung eines Modells von Kirkpatrick und Ellis (2001) vorgenommen haben, werden fünf solcher Ebenen unterschieden, die im Folgenden genauer betrachtet werden sollen.

Auf der Makro-Ebene (*macro level groups*) suchen Individuen Verbundenheit zu bestimmten Kollektiven – das kann beispielsweise die örtliche Gemeinschaft, eine bestimmte Community, die eigene Stadt oder Nation sein. Ein markantes Merkmal dieser Ebene ist, dass es keinen direkten Kontakt zwischen allen Mitgliedern der Gemeinschaft oder des Kollektivs gibt, sich aber alle Individuen als Teil dieser Gruppe identifizieren (Leary & Cox, 2008). Innerhalb dieser Makro-Ebene bilden sich nach Kirkpatrick und Ellis (2001) verschiedene Subgruppen, sogenannte *micro level groups*. Die erste dieser Subgruppen sind instrumentelle Zusammenschlüsse (*instrumental coalitions*). Dabei handelt es sich um Gruppierungen, in denen Menschen gezielt zusammenarbeiten, um ein gemeinsames Ziel zu verfolgen (z.B. Vereine, Nachbarschaftsverbünde, Arbeitsgruppen oder Teams). Bei der zweiten Subgruppe handelt es sich um Paarbeziehungen (*mating relationships*), die von Kirkpatrick und Ellis (2001) als die evolutionsbiologisch gesehen wichtigste Art der interpersonellen Beziehungen bezeichnet werden (S. 416). Diese Paarbeziehungen reichen dabei von „single encounters to long-term relationships“ (McLaren, Schurmann, & Jenkins, 2015, S. 1689). Als dritte Subgruppe werden familiäre bzw. verwandtschaftliche Beziehungen (*family relationships* oder *kin relationships*) genannt, also die Beziehung zu (meist genetisch) verwandten Personen (Kirkpatrick & Ellis, 2001). Bei der fünften Subgruppe handelt es sich um die von Leary und Cox (2008) vorgeschlagene Gruppe der unterstützenden Freundschaften (*supportive friendships*). Diese Freundschaften entstehen dabei aus einer Gemeinschaftsorientierung, und in dieser Gemeinschaft kann man sich auf die Unterstützung seiner Freund*innen verlassen (Leary & Cox, 2008, S. 30).

In Anlehnung zu den von Leary und Cox (2008) vorgeschlagenen Ebenen hat Woolwine (2000) auch für die LGBTQIA*-Community drei solcher Ebenen postuliert. Zwar waren seine theoretischen Überlegungen damals auf homosexuelle Männer begrenzt, können jedoch auch auf die LGBTQIA*-Community ausgeweitet werden (McLaren et al., 2015). Auf der Makro-Ebene findet sich dabei die *imagined gay community*, also die

Vorstellung von einer vereinten LGBTQIA*-Community. Diese Community kann dabei auf einen nationalen Rahmen begrenzt sein, sich jedoch auch auf eine globale, länderübergreifende Gemeinschaft beziehen. Wie auch im ursprünglichen Modell steht man auf dieser Ebene nicht in direktem Kontakt zu allen Mitgliedern – es geht vielmehr um die Vorstellung einer solchen Gemeinschaft. Auf der Ebene der *instrumental coalitions* finden sich Organisationen, Vereine und Institutionen, die es LGBTQIA*-Personen ermöglichen, sich mit anderen Mitgliedern der Community zu treffen und auszutauschen. Woolwine (2000) geht zudem davon aus, dass der Kontakt auf dieser Ebene die emotionale Identifikation mit der Gruppe (bzw. der LGBTQIA*-Community) stärken und einen allgemein positiven Einfluss auf das Verbundenheitsgefühl zur gesamten Gesellschaft haben kann. Die dritte der Ebenen entspricht der Ebene der *supportive friendships*, die von Leary und Cox (2008) vorgeschlagen wurde. Neben den unterstützenden Freundschaften erfüllt diese Ebene jedoch auch Funktionen der familiären Beziehungen. „It is within this level of community that many family functions are performed, especially the exchanging of goods, support, love, and advice” (McLaren et al., 2015, S. 1690).

4.2. Community Connectedness, gesundheitsbezogene Lebensqualität und internalisierter Heterosexismus

Bereits Jones et al. (1984) gingen davon aus, dass Coping durch Verbundenheit bzw. Zugehörigkeit zu *Minority Groups* durch zwei Prozesse wirkt. Einerseits wird stigmatisierten Personen ermöglicht, sich in einem sozialen Umfeld aufzuhalten, in dem sie nicht stigmatisiert werden. Andererseits geht damit auch der potenzielle Erhalt von Unterstützung aus dieser Gruppe einher, wie es auch bei der *Social Connectedness* der Fall ist (zitiert nach Meyer, 2003). Das Verbundenheits- bzw. Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Community ist dabei mit positiven Gesundheitsoutcomes verbunden (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) und gilt auch als Resilienzfaktor in Hinblick auf den von Minderheiten erlebten *Minority Stress* (Detrie & Lease, 2007; Frost & Meyer, 2012; Meyer, 2003).

Es wird vermutet, dass die *Community Connectedness*, die wie erwähnt mit einer erhöhten wahrgenommenen Unterstützung einhergeht, einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und wahrgenommenem Stress sowie anderen gesundheitsbezogenen Variablen haben kann. Eine hohe Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community steht beispielsweise in einem positiven Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und in einem negativen Zusammenhang mit wahrgenommenem

Stress (Busby et al., 2020; McConnell, Janulis, Phillips, Truong, & Birkett, 2018; Meyer, 1995). In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community den Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und wahrgenommenem Stress mediiert (McConnell et al., 2018). Auch Meyer (2003) hat die wahrgenommene soziale Unterstützung neben anderen Copingmechanismen als Einflussfaktor zwischen *Minority Stress* und gesundheitsbezogenen Variablen in sein *Minority Stress Model* integriert.

Entgegen diesen Annahmen und Untersuchungsergebnissen finden sich jedoch auch gegensätzliche Daten. So konnten Gómez et al. (2022) auch einen positiven Zusammenhang zwischen der *Community Connectedness* und der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie einen negativen Zusammenhang zwischen der *Community Connectedness* und einer depressiven Symptomatik finden. Dies wird damit erklärt, dass es eine Interaktion zwischen der Verbundenheit zur sozialen Gruppe und der Verbundenheit zur Gesellschaft als Ganzes zu geben scheint (Gómez et al., 2022; McLaren & Castillo, 2020). Diesen Untersuchungsergebnissen zufolge wirkt die *Community Connectedness* nur bei Personen, die eine niedrige *Social Connectedness* aufweisen, als protektiver Faktor. Bei Personen mit einer hohen *Social Connectedness* konnten jedoch keine derartigen Effekte festgestellt werden (McLaren & Castillo, 2020). Die genauen Zusammenhänge zwischen der *Community* und *Social Connectedness* sind insgesamt jedoch noch relativ unklar und sollen in dieser Arbeit näher untersucht werden.

II. Empirischer Teil

5. Zielsetzung

Die bisherige Forschung zeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus bei LGBTQIA*-Personen und verschiedenen gesundheitsbezogenen Variablen sowie Lebenszufriedenheit gibt und dass dieser Zusammenhang durch die *Community Connectedness* mediiert werden soll. Die genaue Art der Mediation ist in der Literatur jedoch sehr uneindeutig. Es scheint eine Interaktion zwischen der *Community Connectedness* und der *Social Connectedness* zu geben, die bisher jedoch noch nicht ausreichend erforscht wurde. Zudem fehlt es bisher an einem Vergleich zwischen verschiedenen Gruppen der LGBTQIA*-Community. Die Zielsetzung dieser Studie war es, die von Gómez et al. (2022) vorgestellten Ergebnisse zu erweitern und das Mediationsmodell zwischen dem internalisierten Heterosexismus, der *Community Connectedness* und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Einbezug der *Social Connectedness* zu untersuchen. Zudem wurde die Untersuchung nicht auf homosexuelle Männer oder Frauen beschränkt, wie es in den meisten Studien der Fall war, sondern es wurden auch Personen, die sich als bisexuell, pansexuell oder queer identifizieren, miteinbezogen. Dadurch konnten auch Unterschiede zwischen Personen unterschiedlicher sexueller Orientierungen hinsichtlich der Fragestellungen untersucht werden.

6. Methodik

6.1. Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine Querschnittuntersuchung, da die teilnehmenden Personen nur einmal befragt wurden. Die Erhebung fand im Zeitraum von Anfang Juli bis Ende August 2022 statt. Die Beantwortung der Fragebogenbatterie nahm in etwa zehn Minuten in Anspruch. Dabei erfolgte zunächst eine Aufklärung über die Wahrung der Anonymität und der Hinweis, dass die Studie zu jedem Zeitpunkt ohne die Angabe von Gründen beendet werden kann. Nach dieser Aufklärung wurde die erste Hälfte der soziodemografischen Daten abgefragt (Geschlecht, Gender, sexuelle Orientierung und Coming-out). Danach wurden die übersetzten Versionen der *Internalized Homophobia Scale* (Herek et al., 2009), der *Connectedness to the LGBTQ Community Scale* (Frost & Meyer, 2012) und der *Social Connectedness Scale* (Lee, Draper, & Lee, 2001) sowie der *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (Morfeld, Kirchberger, & Bullinger, 2011) vorgegeben. Zuletzt wurde die zweite Hälfte der soziodemografischen Daten erhoben (Alter, Bildungsstand und Nationalität).

6.2. Untersuchungsdurchführung

Die Erstellung und Durchführung des Fragebogens erfolgte mittels SoSciSurvey. Bei der Rekrutierung der Teilnehmer*innen kamen zwei Methoden zum Einsatz. Einerseits wurde der Fragebogen im Rahmen eines Schneeballsystems an nahestehende und bekannte Personen gegeben, die den Fragebogen wiederum weitergegeben sollten. Andererseits wurden auch unterschiedliche Beratungs- und Anlaufstellen für LGBTQIA*-Personen in Österreich, Deutschland und der Schweiz kontaktiert. Dazu wurde ein Handout erstellt, auf dem eine kurze Beschreibung der Studie sowie der Link (und QR-Code) zum Fragebogen zu finden waren. Dieses wurde durch die Beratungs- und Anlaufstellen *Planet10*, *PolyUniQue*, *AHA Berlin*, *Queer*z*, *STRONG*, *Milchjugend*, das *Regenbogenhaus* sowie eine Arztpraxis für queere Menschen in Wien ausgelegt und in Newslettern verbreitet. Auch eine auf Instagram tätige Fotografin für LGBTQIA*-Paare und Familien hat den Link zur Studie in ihrer Instagram-Story geteilt.

6.3. Stichprobenbeschreibung

Die Zielpopulation und letztendlich Stichprobe der Untersuchung waren Personen der LGBTQIA*-Community. Bei der Rekrutierung wurde besonderer Wert darauf gelegt, nicht nur homosexuelle, sondern auch bi- und pansexuelle sowie queere Personen zu erreichen. Zudem wurde darauf geachtet, Personen verschiedener Altersgruppen zu rekrutieren, um auch Unterschiede zwischen Alterskohorten untersuchen zu können. Das Geschlecht wurde zudem auf zwei verschiedene Arten erhoben – zum einen durch die kategoriale Einordnung in die Bereiche „weiblich“, „männlich“ sowie „divers“ und zum anderen durch einen Schieberegler, bei dem sich die Personen auf dem Spektrum zwischen weiblich und männlich selbst einordnen konnten. Zusätzlich zum Schieberegler gab es für nicht-binäre Personen auch die Option, sich auf diesem Spektrum nicht einzuordnen.

Das Mindestalter zur Teilnahme an der Untersuchung lag bei 18 Jahren. Einzelne Personen wurden nur aus der Stichprobe ausgeschlossen, wenn sie das Mindestalter nicht erreicht oder bei der sexuellen Orientierung „heterosexuell“ angegeben haben. Insgesamt haben 233 Personen an der Studie teilgenommen. Demnach wurde das ursprüngliche Ziel von 150 Personen übertroffen.

6.4. Untersuchungsinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die verwendeten Messinstrumente zur Erhebung des internalisierten Heterosexismus, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der *Social*

Connectedness sowie *Community Connectedness* und des *Concealment* beschrieben. Zudem werden die erhobenen soziodemografischen Daten angeführt.

6.4.1. Fragen zu soziodemografischen Daten

Die Fragen zu soziodemografischen Daten wurden selbst erstellt und auf den Beginn und das Ende der Fragebogenbatterie aufgeteilt. Zu Beginn wurden Fragen zum biologischen Geschlecht und der Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung, dem Beziehungsstatus sowie dem Coming-out gestellt. Bei der Frage zum Coming-out wurde zusätzlich der Hinweis gegeben, dass durch die Beantwortung der Fragen kein Rückschluss auf die antwortende Person gezogen werden kann. Dies sollte einem vorzeitigen Testabbruch von nicht geouteten Personen vorbeugen. Das Geschlecht wurde wie oben erwähnt auf zwei Arten ermittelt. Einerseits wurde die klassische kategoriale Fragestellung vorgegeben und durch die Optionen „nicht-binär“ und „andere“ erweitert. Andererseits wurde auch eine dimensionale Fragestellung vorgegeben, bei der die Geschlechtsidentität auf einem Spektrum zwischen „stereotyp männlich“ und „stereotyp weiblich“ angegeben werden konnte. Zusätzlich bestand auch die Möglichkeit, sich nicht auf diesem Spektrum einzuordnen. Am Ende der Fragebogenbatterie, d.h. nach den Fragebögen zu den zu messenden Konstrukten, wurde noch nach dem Alter, der höchsten abgeschlossenen Ausbildung und der Nationalität gefragt. Die Fragen zu den soziodemografischen Daten können im Anhang nachgeschlagen werden.

6.4.2. Internalized Homophobia Scale (IHS-R)

Internalisierter Heterosexismus. Das Ausmaß des internalisierten Heterosexismus wurde durch die revidierte Version der *Internalized Homophobia Scale* (IHS-R; Herek et al., 2009) erfasst. Dabei handelt es sich um einen Fragebogen mit fünf Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 (*trifft überhaupt nicht zu*) bis 5 (*trifft sehr zu*) bewertet werden. Aus den angekreuzten Werten wird im Anschluss ein Mittelwert gebildet, der Aufschluss über die Ausprägung des internalisierten Heterosexismus liefert – ein hoher Wert steht dabei für einen hohen internalisierten Heterosexismus (Jaspal & Breakwell, 2022). Das Verfahren weist mit $\alpha = .82$ (Herek et al., 2009) eine gute interne Konsistenz auf. Ein Vorteil dieses Fragebogens gegenüber ähnlichen Verfahren ist, dass er internalisierten Heterosexismus nicht nur bei homosexuellen Männern, sondern auch homosexuellen Frauen sowie bisexuellen Personen erfasst. Zudem ist er aufgrund der geringen Anzahl der Items sehr ökonomisch in der Durchführung.

6.4.3. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (SF-36; Morfeld et al., 2011) verwendet. Dieser besteht aus 36 Items, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf insgesamt acht Skalen messen, nämlich *Körperliche Funktionsfähigkeit* (KF), *Körperliche Rollenfunktion* (KR), *Körperliche Schmerzen* (KS), *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* (AG), *Vitalität* (VI), *Soziale Funktionsfähigkeit* (SF), *Emotionale Rollenfunktion* (ER) und *Psychisches Wohlbefinden* (PW). Diese acht Skalen kann man zwei übergeordneten Kategorien zuordnen, der *physischen Gesundheit* und der *psychischen Gesundheit* (Bullinger, 2000). Zusätzlich zu diesen Skalen findet sich auch ein Zusatzitem, das die empfundene Veränderung des Gesundheitszustandes verglichen mit dem Vorjahr erhebt (Morfeld et al., 2012). Das Antwortformat der 36 Items variiert von einer binären „Ja/Nein“-Antwortmöglichkeit bis hin zu einer sechsstufigen Likert-Skala.

6.4.4. Connectedness to the LGBT Community Scale

Community Connectedness. Die Verbundenheit mit der LGBT-Community wurde durch die *Connectedness to the LGBT Community Scale* (CCS; Frost & Meyer, 2012) erfasst. Dazu wurde die englische Originalversion durch die Übersetzung-Rückübersetzung-Methode ins Deutsche übersetzt. Zusätzlich wurde der ursprünglich für den Großraum New York entwickelte Fragebogen umformuliert, um das ortsunabhängige Zugehörigkeitsgefühl zur LGBTQIA*-Community zu erheben. Der Fragebogen besteht aus acht Items, die auf insgesamt drei Skalen erfassen, wie sehr sich die Person mit der Community verbunden fühlt, wie positiv diese Verbindungen sind und ob sie als bereichernd empfunden werden (Frost & Meyer, 2012, S. 40). Die Items können dabei auf einer Skala von 1 (*stimme voll und ganz zu*) bis 4 (*stimme nicht zu*) bewertet werden, wobei höhere Werte eine größere Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community anzeigen. Das Verfahren weist mit $\alpha = .81$ (Frost & Meyer, 2012, S. 41) eine gute interne Konsistenz auf und ist aufgrund der geringen Anzahl an Items sehr ökonomisch.

6.4.5. Social Connectedness Scale (SCS-R)

Social Connectedness. Zur Erfassung der Verbundenheit mit dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft wurde die *Social Connectedness Scale – Revised* (SCS-R; Lee et al., 2001) verwendet. Diese besteht aus zehn positiv und zehn negativ formulierten Items, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 (*stimme voll und ganz zu*) bis 6 (*stimme nicht zu*)

bewertet werden können. Die Ausprägung einer Person kann somit zwischen 20 und 120 Punkten liegen, wobei höhere Werte eine höhere *Social Connectedness* anzeigen. Die negativ formulierten Items müssen vor der Berechnung des Summenwertes umgepolt werden. Das Verfahren weist dabei mit einem $\alpha = .92$ eine sehr gute interne Konsistenz auf (Lee et al., 2001, S. 314).

6.4.6. Concealment

Concealment. Das „Geheimhalten“ bzw. „Verstecken“ der eigenen sexuellen Orientierung wurde mit einer Single-Item-Frage erfasst. Dabei standen der beantwortenden Person folgende drei Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „Ich bin vollkommen ungeoutet (Niemand weiß von meiner sexuellen Orientierung)“, „Meine Bezugspersonen wissen von meiner sexuellen Orientierung (z.B. Familie, enge Freund*innen) oder „Die meisten Menschen wissen von meiner sexuellen Orientierung und ich gehe offen mit meiner sexuellen Orientierung um“.

6.5. Fragestellung und Hypothesen

Auf Basis des theoretischen Hintergrundes und der bisherigen Forschung lassen sich unterschiedliche Fragestellungen formulieren.

Zu Unterschieden zwischen Frauen und Männern hinsichtlich des internalisierten Heterosexismus gibt bisher hauptsächlich Hinweise dafür, dass diese bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen (Balsam & Mohr, 2007; D’Augelli, Grossmann, Hershberger, & O’Connell, 2001; Feinstein et al., 2012; Herek, Cogan, Gillis, & Glunt, 1998). Ob es auch einen Unterschied zwischen nicht-binären Personen und binären Personen gibt, wurde bisher noch kaum untersucht. Da diese Studie neben Frauen und Männern auch nicht-binäre Personen miteinbezogen, ergaben sich folgende Fragestellung: Unterscheiden sich Frauen, Männer und nicht-binäre Personen hinsichtlich ihrer Ausprägung des internalisierten Heterosexismus? Daraus ergeben sich die folgenden Hypothesen:

H₀ (1.a): Es bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede in den Mittelwerten des internalisierten Heterosexismus in Abhängigkeit des Geschlechts.

H₁ (1.a): Es bestehen signifikante Gruppenunterschiede in den Mittelwerten des internalisierten Heterosexismus in Abhängigkeit des Geschlechts.

Analog dazu beziehen sich die Hypothesen 1.b und 1.c auf Unterschiede hinsichtlich der Community Connectedness und Social Connectedness.

Aufgrund der starken Begrenzung der bisherigen Literatur auf homosexuelle oder bisexuelle Männer und Frauen (Gómez et al., 2022) wurde in dieser Studie auch auf eine breite Variabilität hinsichtlich der sexuellen Orientierung der Teilnehmer*innen geachtet. Frühere Studien konnten bereits Unterschiede zwischen homosexuellen und bisexuellen Personen hinsichtlich der *Community Connectedness* und gesundheitsbezogenen Variablen finden (Frost & Meyer, 2012; Gonzalez, Flanders, Pulice-Farrow, & Bartnik, 2021; McLaren & Castillo, 2021; Skakoon-Sparling et al., 2022). Es wurde deshalb versucht, neben homosexuellen auch bi- und pansexuelle sowie queere Personen zu rekrutieren, um Unterschiede zwischen den Gruppen prüfen zu können. Dadurch ergaben sich folgende Fragestellungen: Bestehen Unterschiede bei den Variablen internalisierter Heterosexismus, *Community Connectedness* und *Social Connectedness* hinsichtlich der sexuellen Orientierung? Die Hypothesen lauten wie folgt:

H₀ (2.a): Es bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede in den Mittelwerten des internalisierten Heterosexismus in Abhängigkeit der sexuellen Orientierung.

H₁ (2.a): Es bestehen signifikante Gruppenunterschiede in den Mittelwerten des internalisierten Heterosexismus in Abhängigkeit der sexuellen Orientierung.

Analog dazu beziehen sich die Hypothesen 2.b und 2.c auf Unterschiede hinsichtlich der Community Connectedness und Social Connectedness.

Betrachtet man die im *Minority Stress Model* angeführte Komponente des *Concealment*, zeigt die Forschung, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus und der *Outness*, also ob eine Person geoutet ist oder nicht, gibt (Balsam & Mohr, 2007; Xu, Zheng, Xu, & Zheng, 2017). Um diesbezüglich Unterschiede prüfen zu können, wurden die Teilnehmer*innen in dieser Studie anhand ihrer Antworten auf die Frage des *Concealment* in drei Gruppen eingeteilt. Dadurch ergab sich die folgende Fragestellung: Unterscheiden sich Personen, die vollständig geoutet sind, von teil- oder ungeouteten Personen hinsichtlich der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus? Die Hypothesen lauten wie folgt:

H₀ (3): Personen, die vollständig geoutet sind, unterscheiden sich nicht in ihrer Ausprägung des internalisierten Heterosexismus von Personen, die nicht oder nur teilweise geoutet sind.

H₁ (3): Personen, die vollständig geoutet sind, unterscheiden sich in ihrer Ausprägung des internalisierten Heterosexismus von Personen, die nicht oder nur teilweise geoutet sind.

Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigten Forschungsergebnisse von Wen und Zheng (2019), dass sich Personen mit einem hohen internalisierten Heterosexismus lediglich in der Komponente der psychischen Gesundheit – nicht jedoch in der Komponente der physischen Gesundheit – von Personen mit einem niedrigen internalisierten Heterosexismus unterscheiden. Dazu wurde folgende Fragestellung formuliert: Unterscheiden sich Personen mit hohem internalisierten Heterosexismus von Personen mit niedrigem internalisierten Heterosexismus hinsichtlich der SF-36-Summenskalen physische und psychische Gesundheit? Daraus ergeben sich die folgenden Hypothesen:

H₀ (4.a): Personen mit hohen und niedrigen Werten des internalisierten Heterosexismus unterscheiden sich nicht in den Mittelwerten der SF-36-Summenskala psychische Gesundheit.

H₁ (4.a): Personen mit hohen und niedrigen Werten des internalisierten Heterosexismus unterscheiden sich signifikant in den Mittelwerten der SF-36-Summenskala psychische Gesundheit.

Analog dazu bezieht sich die Fragestellung 4.b auf Unterschiede hinsichtlich der SF-36-Summenskala physische Gesundheit.

Eine weitere Fragestellung bezog sich auf die Studie von Gómez et al. (2022), in der der Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und Symptomen der Angst und Depression sowie Lebenszufriedenheit untersucht wurde. Dabei wurde die *Community Connectedness* als Mediator angenommen. Hier wurde der Einfluss von internalisiertem Heterosexismus auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht, wobei erneut die *Community Connectedness* als Mediator angenommen wurde. Da es sich beim Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) um ein Profilinstrument handelt, der die einzelnen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfasst, wurden bei dieser Fragestellung die beiden SF-36-Summenskalen „physische Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ herangezogen. Die Fragestellung lautete wie folgt: Wird der Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität von

der Ausprägung der *Community Connectedness* mediiert? Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

- H₀ (5.a): Der Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und der SF-36-Summenskala physische Gesundheit wird nicht durch die *Community Connectedness* mediiert.
- H₁ (5.a): Der Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und der SF-36-Summenskala physische Gesundheit wird durch die *Community Connectedness* mediiert.

Analog dazu bezieht sich die Fragestellung 5.b auf den Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und der SF-36-Summenskala psychische Gesundheit.

Zusätzlich wird der von McLaren und Castillo (2020) gefundene Interaktionseffekt zwischen der *Community Connectedness* und der *Social Connectedness* näher untersucht. In einer Erweiterung des bisherigen Mediationsmodells wurde auch die *Social Connectedness* als Moderator auf den Zusammenhang zwischen *Community Connectedness* und gesundheitsbezogener Lebensqualität miteinbezogen. Wie bei der vorhergehenden Fragestellung wurden dabei die SF-36-Summenskalen „physische Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ herangezogen. Die Fragestellung lautet wie folgt: Moderiert die *Social Connectedness* den Zusammenhang zwischen der *Community Connectedness* und gesundheitsbezogener Lebensqualität? Zu dieser Fragestellung werden folgende Hypothesen formuliert:

- H₀ (6.a): *Social Connectedness* moderiert den Zusammenhang zwischen *Community Connectedness* und der SF-36-Summenskala physische Gesundheit nicht.
- H₁ (6.a): *Social Connectedness* moderiert den Zusammenhang zwischen *Community Connectedness* und der SF-36-Summenskala physische Gesundheit.

Analog dazu bezieht sich die Fragestellung 6.b auf den Zusammenhang zwischen Community Connectedness und der SF-36-Summenskala psychische Gesundheit.

6.6. Angewandte statistische Auswertung

Im nachfolgenden Abschnitt werden die in dieser Arbeit angewandten statistischen Analysen beschrieben.

Die statistische Auswertung erfolgte mit der Statistiksoftware IBM® SPSS® Statistics Version 27.0.0.0. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Fragestellungen auf $\alpha = 5\%$ festgelegt. Dies bedeutet, dass Ergebnisse ab $p < .05$ als statistisch signifikant gelten.

Die Prüfung der Normalverteilung erfolgte durch das zentrale Grenzwerttheorem (Bortz & Schuster, 2010), das davon ausgeht, dass die Stichprobenverteilung der Mittelwerte ab einer Stichproben- bzw. Gruppengröße von $n > 30$ in eine Normalverteilung übergeht. Zur Prüfung der internen Konsistenzen der verwendeten Fragebögen wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt und auf diese Weise der Reliabilitätskoeffizient α sowie die Trennschärfen berechnet. Bei Cronbachs α handelt es sich um das Maß, in dem die Items einer Skala eines Fragebogens miteinander korrelieren, wobei hier Werte ab $\alpha \geq .70$ als akzeptabel angesehen werden (Bortz & Döring, 2016).

Die Beschreibung der soziodemografischen Daten (Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung, Nationalität, Beziehungsstatus, Coming-out und Bildung) erfolgte durch die Ermittlung von Häufigkeiten. Da bei den Variablen Geschlecht und sexuelle Orientierung als Alternative zu den vorgegeben Antworten auch ein offenes Antwortformat zur Verfügung stand, wurden die offenen Antworten vor der statistischen Auswertung bestehenden Gruppen zugeordnet bzw. neu gruppiert. So wurden beim Geschlecht alle Personen, die eine offene Antwort gegeben haben, zur Gruppe „nicht binär“ zugeordnet, um so alle Personen, die sich nicht eindeutig einem Geschlecht zuordnen wollten, in einer Gruppe zusammenzufassen. Bei der Variable sexuelle Orientierung wurde die Gruppe „homosexuell“ anhand des Geschlechts in *lesbisch* und *schwul* unterteilt, um bessere Aussagen zu Unterschieden zwischen diesen Gruppen machen zu können. Die Personen, die keine der Auswahlmöglichkeiten gewählt, sondern eine offene Antwort auf die Frage nach der sexuellen Orientierung gegeben haben, wurden der neuen Gruppe *queer* zugeordnet. Die Variable Coming-out wurde aufgrund der sehr geringen Größe der Gruppe *ungeoutet* neu gruppiert. Dazu wurden die Gruppen *ungeoutet* und *nicht vollständig geoutet* zusammengefasst, wodurch ein statistischen Vergleich mit der Gruppe *vollständig geoutet* ermöglicht wurde.

Das dimensional erhobene Geschlecht wurde zur Untersuchung von Unterschieden in vier Gruppen eingeteilt, indem zunächst ein Trennwert in der Mitte der Skala

(Wertebereich von 1–21) gewählt wurde. Werte ≤ 11 wurden als *stereotyp maskulin* und Werte > 11 als *stereotyp feminin* klassifiziert. Anschließend wurden Frauen und Männer nach ihrer Ausprägung auf der dimensional Skala zu einer von vier Gruppen zugeteilt („feminine Frauen“, „maskuline Frauen“, „feminine Männer“ und „maskuline Männer“). Diese Gruppen konnten jedoch nicht in die statistischen Analysen aufgenommen werden, da die Gruppengrößen der *maskulinen Frauen* ($n=11$) und *femininen Männer* ($n=8$) zu gering für die Berechnung von aussagekräftigen Ergebnissen waren.

Die Ermittlung von Mittelwertsunterschieden der ersten Fragestellung erfolgte durch eine einfaktorielle Varianzanalyse. Aufgrund von Gruppengrößen von $n > 30$ konnte laut dem zentralen Grenzwerttheorem (Bortz & Schuster, 2010) von Normalverteilung der Daten ausgegangen werden. Zur Überprüfung der Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde bei allen nachfolgenden Verfahren ein Levene-Test herangezogen. Zur genauen Feststellung, welche der Gruppen sich unterscheiden, wurden paarweise Vergleiche durch post-hoc-Tests durchgeführt. Um bei diesen Mehrfachvergleichen einer Alphafehler-Kumulierung entgegenzuwirken, wurde aufgrund der ungleichen Gruppengröße eine Korrektur nach Gabriel angewandt (Aickin & Gensler, 1996; Field, 2017). Die berechneten Gesamtmodelle wurden nach Bonferroni-Holm korrigiert (Aickin & Gensler, 1996). Zusätzlich wurde bei signifikanten Unterschieden auch die Effektstärke gemäß Cohens d berichtet, wobei eine Effektstärke von $|d| \geq .20$ einem kleinen, $|d| \geq .50$ einem mittleren und $|d| \geq .80$ einem großen Effekt entspricht (Cohen, 1977).

Da bei der zweiten Fragestellung aufgrund der Gruppengröße von $N \leq 30$ nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden konnte, wurde auf ein nicht-parametrisches Verfahren – den Kruskal-Wallis-H-Test – zurückgegriffen. Wie bei der einfaktoriellen Varianzanalyse, die in der ersten Fragestellung zur Anwendung kam, wurden auch hier post-hoc-Tests durchgeführt, um feststellen zu können, zwischen welchen Gruppen signifikante Unterschiede zu finden waren. Es wurde dabei erneut eine Bonferroni-Holm-Korrektur angewandt, um einer Alphafehler-Kumulierung entgegenzuwirken. Auch hier wurde bei signifikanten Ergebnissen die Effektstärke gemäß Cohens d berichtet (Cohen, 1977).

Um Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen der Variable *Coming-out* zu überprüfen, wurde ein Welch-Test für unabhängige Stichproben berechnet, da aufgrund eines signifikanten Levene-Tests nicht von Varianzhomogenität ausgegangen werden konnte. Die Voraussetzung der Normalverteilung der Variablen konnte aufgrund von Gruppengrößen von $n > 30$ laut dem zentralen Grenzwerttheorem angenommen werden

(Bortz & Schuster, 2010). Bei signifikanten Ergebnissen wurde zudem die Effektstärke nach Cohens d berechnet und angegeben (Cohen, 1977).

Zur Überprüfung der vierten Fragestellung erfolgte zunächst eine Unterteilung der Skala *Internalisierter Heterosexismus* in zwei Gruppen anhand des Medians, der bei einem Wert von 1.4 lag. Da beide Gruppen eine ausreichende Größe von $n > 30$ aufwiesen, konnte von einer Normalverteilung der Variablen ausgegangen werden. Aufgrund der vorliegenden Varianzhomogenität wurde für die SF-36-Summenskala psychisch ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Für die SF-36-Summenskala physisch wurde aufgrund der Voraussetzungsverletzung der Varianzhomogenität ein Welch-Test durchgeführt.

Die Fragestellungen zum untersuchten Mediationsmodell wurden mittels dem für SPSS entwickelten PROCESS®-Makro von Hayes (2018) untersucht. Die für eine Mediation notwendige Voraussetzung der Linearität wurde mittels der visuellen Darstellung der Löss-Linie in einem Streudiagramm überprüft. Nach visueller Überprüfung des Streudiagramms konnte von Linearität ausgegangen werden. Die Normalverteilung der Residuen wurden mittels der Abbildung der standardisierten Residuen in einem Histogramm überprüft. Das Vorliegen der Homoskedastizität wurde mittels eines Levene-Tests überprüft. Laut Hayes (2018) stellt die Normalverteilung der Residuen jedoch die am wenigsten wichtige Voraussetzung für eine Mediationsanalyse dar und hat nur bei sehr schwerer Verletzung einen Einfluss auf die Analyse (S. 70).

Auch bei der sechsten Fragestellung, die sich mit einer Moderationsanalyse beschäftigt hat, kam das von Hayes (2018) entwickelte PROCESS®-Makro zum Einsatz. Auch hier wurde die notwendige Voraussetzung der Linearität mittels der visuellen Darstellung der Löss-Linie in einem Streudiagramm überprüft. Zur besseren Interpretation und Reduktion von Multikollinearität wurden die Variablen am Mittelwert zentriert. Die Homoskedastizität der Residuen wurde durch das Auftragen der unstandardisierten vorhergesagten Werte gegen die standardisierten Residuen in einem Streudiagramm überprüft. Die Prüfung der Normalverteilung der Residuen erfolgte durch die Abbildung der standardisierten Residuen in einem Histogramm. Auch hier sei nochmals an Hayes (2018) erinnert, der nur sehr schwerwiegende Verletzungen gegenüber der Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen als problematisch ansieht.

7. Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel wird die Stichprobe genauer beschrieben, sowie die Ergebnisse der Analysen zu den oben genannten Hypothesen berichtet.

7.1. Stichprobenbeschreibung

7.1.1. Rücklaufstatistik

Von insgesamt 322 begonnenen Fragebögen wurden 233 Fragebögen (72.4%) beendet. Einer der Hauptgründe für den vorzeitigen Abbruch des Fragebogens war, dass auch heterosexuelle Personen den Fragebogen begonnen hatten, die jedoch nicht Teil der Zielpopulation waren. Diese haben die Bearbeitung in den meisten Fällen bei der Frage nach der sexuellen Orientierung abgebrochen. Von den 233 Personen, die die Fragebogenbatterie abgeschlossen haben, wurden sieben Personen ausgeschlossen, da „heterosexuell“ als sexuelle Orientierung angegeben wurde, und zwei Personen, da ein Alter von weniger als 18 Jahren angegeben wurde. Damit ergab sich eine finale Stichprobe von $N=224$.

7.1.2. Geschlecht und Alter

Die Stichprobe setzte sich aus 224 Personen zusammen, wobei sich 114 Personen (50.9%) als weiblich, 73 Personen (33.6%) als männlich und 37 Personen (16.5%) als nicht-binär oder „anderes“ identifiziert haben. Aus statistischen Gründen wurden die Personen aus den letzteren beiden Gruppen zu einer gemeinsamen Gruppe „nicht-binär“ zusammengefasst. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe lag bei $M=28.35$ Jahren ($SD=8.69$), wobei die jüngste Person 18 Jahre und die älteste Person 72 Jahre alt war. Frauen waren im Durchschnitt $M=27.05$ Jahre ($SD=5.97$), Männer $M=30.92$ Jahre ($SD=11.33$) und nicht-binäre Personen $M=27.27$ Jahre alt ($SD=8.90$).

7.1.3. Sexuelle Orientierung

Insgesamt haben sich 119 Personen als homosexuell identifiziert, wobei sich diese in 48 lesbische (21.4%) und 71 schwule Personen (31.7%) unterteilt haben. Fünfundvierzig Personen (20.1%) gaben an, bisexuell zu sein, und 30 Personen (13.4%) identifizierten sich als pansexuell. Die restlichen 30 Personen (13.4%) gaben eine andere sexuelle Orientierung an, wobei aus diesen Personen die Gruppe *Queer* gebildet wurde.

7.1.4. Nationalität und Beziehungsstatus

Der Großteil der Teilnehmer*innen stammte aus dem DACH-Raum, wobei 91 Personen (40.6%) aus Österreich, 93 Personen (41.6%) aus Deutschland und 29 Personen (12.9%) aus der Schweiz waren. Von den restlichen Personen waren jeweils zwei Personen aus Polen und Belgien und je eine Person aus dem Vereinigten Königreich, Luxemburg, den Niederlanden, Serbien, Tschechien, der Türkei und Ungarn. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 104 Personen (46.5%) in einer Beziehung, 84 Personen (37.5%) alleinstehend, 27 Personen (12.1%) verheiratet, drei Personen (1.3%) getrennt/geschieden und eine Person (0.4%) verwitwet. Die restlichen fünf Personen (2.2%) gaben an, einen anderen als die genannten Beziehungsstatus zu haben.

7.1.5. Bildung

In Tabelle 1 ist die Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung der Teilnehmer*innen überblicksmäßig dargestellt. Knapp die Hälfte aller Teilnehmer*innen, nämlich 111 Personen (49.5%), hatten einen Hochschulabschluss, 81 Personen (36.2%) die Hochschulreife und lediglich 29 Personen (13.0%) einen Bildungsabschluss ohne Matura oder Abitur.

Tabelle 1. *Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung*

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Anzahl	%
Pflichtschule	8	3.6
Lehrabschluss	15	6.7
Meisterprüfung	1	0.5
Berufsbildende mittlere Schule	5	2.2
Hochschulreife	81	36.2
Bachelor	60	26.8
Master oder Äquivalent	46	20.5
Doktorat oder Äquivalent	5	2.2
Anderes	3	1.3
Gesamt	224	100

7.1.6. Coming-out

Mehr als die Hälfte der Personen, nämlich 146 (65.2%), gab an, vollständig geoutet zu sein. Nur bei Familie oder nahestehenden Personen geoutet waren 66 Teilnehmer*innen (29.5%), und lediglich 12 Personen (5.3%) waren vollkommen ungeoutet. Um Vergleiche hinsichtlich des *Concealment* anstellen zu können, wurden die teilweise geouteten und die ungeouteten Personen zur Gruppe „nicht oder nur teilweise geoutet“ zusammengefasst. Diese Gruppe bestand demnach aus 78 Personen (34.8%).

7.2. Reliabilitätsanalyse der Untersuchungsinstrumente

Im folgenden werden die Reliabilitätsanalysen der verwendeten Testverfahren angeführt. Dazu wurden die internen Konsistenzen (Cronbachs α) berechnet, die Auskunft darüber geben, in welchem Ausmaß die einzelnen Items einer Skala miteinander korrelieren. Hierbei werden Werte ab .70 als akzeptabel angesehen werden (Bortz & Döring, 2016). Da es sich beim SF-36 um ein gut etabliertes und vielfach verwendetes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität handelt, wurden die internen Konsistenzen aus der Literatur übernommen. Für die anderen Verfahren wurde jeweils das Cronbachs α sowie die Trennschärfen der einzelnen Items berechnet. Bei der Trennschärfe handelt es sich um ein Maß, das angibt, wie gut ein Item zwischen Personen mit einer hohen und einer niedrigen Ausprägung des in der Skala zu messenden Konstrukts differenzieren kann. Hierbei gilt, dass Items mit einer Trennschärfe von $\leq .30$ aussortiert werden sollten (Krumm, Schmidt-Atzert, & Amelang, 2021).

7.2.1. Reliabilitätsanalyse der Internalized Homophobia Scale

In Tabelle 2 findet sich die interne Konsistenz der *Internalized Homophobia Scale* (IHS) sowie die korrigierte Item-Trennschärfe. Die IHS weist dabei eine akzeptable interne Konsistenz sowie eine ausreichende Trennschärfe aller inkludierten Items auf.

Tabelle 2. Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Item-Trennschärfen für die IHS

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Internalisierte Homophobie	5	.764	.419	.700

Anmerkung. N=224.

7.2.2. Reliabilitätsanalyse der Community Connectedness Scale

In Tabelle 3 findet sich die interne Konsistenz der *Community Connectedness Scale* sowie das Minimum und Maximum der korrigierten Item-Trennschärfe. Die Skala weist eine gute interne Konsistenz sowie ausreichende Trennschärfen aller inkludierten Items auf.

Tabelle 3. Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Item-Trennschärfen für die Skala der CCS

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Community Connectedness	8	.864	.405	.770

Anmerkung. N=224.

7.2.3. Reliabilitätsanalyse der Social Connectedness Scale

In Tabelle 4 findet sich die interne Konsistenz der *Social Connectedness Scale* sowie das Minimum und Maximum der korrigierten Item-Trennschärfe. Mit einer internen Konsistenz von $\alpha=.937$ weist die *Social Connectedness Scale* exzellente Werte auf. Die Trennschärfe liegt mit einem Minimum von .403 im akzeptablen Bereich.

Tabelle 4. Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Item-Trennschärfen für die Skala der SCS

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Social Connectedness	20	.937	.403	.775

Anmerkung. N=224.

7.2.4. Reliabilitätsanalyse der Fragebogen zum Gesundheitszustand

Die internen Konsistenzen der Subskalen der SF-36 wurden bereits in vielen Untersuchungen hinreichend getestet und wurden daher aus der Literatur übernommen. Alle Subskalen weisen gute bis sehr gute Werte des Cronbachs Alpha auf (Morfeld, Bullinger, Nantke & Brähler, 2005). In Tabelle 5 finden sich die internen Konsistenzen aller Subskalen sowie das Minimum und Maximum der korrigierten Item-Trennschärfen. Die internen Konsistenzen der Subskalen der SF-36 lagen alle im guten bis exzellenten Bereich, und auch die Trennschärfen der einzelnen Items waren ausreichend gut.

Tabelle 5. *Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Item-Trennschärpen für die Skala der Skalen der SF-36*

Skalenbezeichnung	Itemanzahl	Cronbachs α
Körperliche Funktionsfähigkeit	10	.94
Körperliche Rollenfunktion	4	.92
Emotionale Rollenfunktion	3	.93
Schmerzen	2	.89
Soziale Funktionsfähigkeit	2	.81
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5	.81
Vitalität	4	.81
Psychisches Wohlbefinden	5	.83

Anmerkung. Cronbachs α übernommen von Morfeld et al. (2005)

7.3. Hypothesenprüfung

7.3.1. Unterschiedshypothese zum Geschlecht

Die erste Fragestellung bezog sich auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den Ausprägungen des internalisierten Heterosexismus, der *Community Connectedness* und der *Social Connectedness*. Die Fragestellung lautete, ob sich Frauen, Männer und nicht-binäre Personen hinsichtlich ihrer Ausprägung auf diesen drei Skalen unterscheiden. Um die Hypothesen der ersten Fragestellung zu überprüfen wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Die notwendige Voraussetzung, dass die Daten aus einer Zufallsstichprobe entstammen, konnte angenommen werden. Auch konnte nach dem zentralen Grenzwerttheorem aufgrund der Gruppengrößen von $n > 30$ von der Normalverteilung der Daten ausgegangen werden (Bortz & Schuster, 2010). Da der durchgeführte Levene-Test nicht signifikant geworden ist, konnte auch von der Homogenität der Varianzen ausgegangen werden. In Tabelle 6 sind die Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), F-Werte sowie die Effektstärken (d) angegeben. Hohe Mittelwerte weisen dabei auf hohe Ausprägungen der jeweiligen Merkmale hin. Frauen, Männer und nicht-binäre Personen haben sich nicht hinsichtlich ihrer Ausprägung des internalisierten Heterosexismus unterschieden. Aufgrund dieses Ergebnisses konnte die

Alternativhypothese H_1 (1.a) nicht angenommen werden. Bezüglich der *Social Connectedness* konnte ein signifikantes Gesamtmodell gefunden werden ($F(2, 221)=3.618$, $p=.028$). Paarweise Vergleiche ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und nicht-binären Personen. Die *Social Connectedness* war bei nicht-binären Personen am schwächsten ($M=3.92$, $SD=0.87$) und bei Männern am stärksten ($M=4.42$, $SD=0.83$) ausgeprägt (-0.49 , 95%-CI $[-0.94, -0.05]$). Bei der Betrachtung von Unterschieden hinsichtlich der *Community Connectedness* konnte ein signifikantes Gesamtmodell gefunden werden ($F(2, 221)=4.411$, $p=.013$). Mit einer Effektstärke von $d=0.40$ handelte es sich dabei um einen kleinen Effekt (Cohen, 1977). Die Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community war bei nicht-binären Personen am stärksten ($M=3.23$, $SD=0.59$) und bei Männern am schwächsten ($M=2.87$, $SD=0.68$) ausgeprägt (0.35 , 95%-CI $[0.06, 0.65]$). Frauen haben sich nicht signifikant von Männern oder nicht binären Personen unterschieden. Aufgrund dieser Ergebnisse konnten die Alternativhypothesen H_1 (1.b) und H_1 (1.c) angenommen werden.

Tabelle 6. *Ergebnisse einer einfaktoriellen Varianzanalyse der IHS, der CCS sowie der SCS bezüglich des Geschlechts.*

	Frauen ^a		Männer ^b		Nicht-binäre Personen ^c		F	p	d
	M	SD	M	SD	M	SD			
Internalisierter Heterosexismus	1.58	0.69	1.67	0.73	1.74	0.82	0.799	.451	
Community Connectedness	3.02	0.57	2.87	0.59	3.23	0.40	4.411*	.013	0.40
Social Connectedness	4.26	0.97	4.42	0.83	3.92	0.36	3.618*	.028	0.36

Anmerkung. ^a $n=114$. ^b $n=73$. ^c $n=37$.

* $p<.05$.

7.3.2. Unterschiedshypothese zur sexuellen Orientierung

Die zweite Fragestellung bezog sich auf Unterschiede in den Ausprägungen des internalisierten Heterosexismus, der *Community Connectedness* und der *Social Connectedness* hinsichtlich der sexuellen Orientierung.

Da zwei Gruppen eine Größe von $n \leq 30$ aufgewiesen haben wurde ein Shapiro-Wilk-Test zur Überprüfung der Normalverteilung berechnet. Aufgrund des signifikanten Ergebnisses des Shapiro-Wilk-Tests konnte nicht von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden, weshalb zur Überprüfung der Hypothesen ein Kruskal-Wallis-H-Test

gerechnet wurde. Es konnten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Pansexuell und Queer) hinsichtlich des internalisierten Heterosexismus gefunden werden ($\chi^2=12.010$, $p=.017$). Um festzustellen, zwischen welchen der Gruppen die signifikanten Unterschiede bestanden haben, wurden paarweise Vergleiche durchgeführt. Dieser zeigte einen signifikanten Unterschied in der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus zwischen der Gruppe *pansexuell* und der Gruppe *schwul* ($z=3.34$, $p=.008$). Pansexuelle Personen wiesen demnach die niedrigste ($M=1.37$, $SD=0.67$) und schwule Personen die höchste Ausprägung ($M=1.73$, $SD=0.76$) des internalisierten Heterosexismus auf. Mit einer Effektstärke nach Cohen (1977) von $d=0.39$ handelte es sich dabei um einen kleinen Effekt. Die Alternativhypothese H_1 (2.a) konnte aufgrund dieses Ergebnisses angenommen werden.

Es konnten ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen der Gruppen hinsichtlich der *Community Connectedness* gefunden werden ($\chi^2=11.140$, $p=.025$). In den paarweisen Vergleichen durch den Bonferroni-post-hoc-Test blieben diese Unterschiede jedoch nicht mehr signifikant. Aus diesem Grund wurde nicht davon ausgegangen, dass sich die Gruppen hinsichtlich der Ausprägung der *Community Connectedness* unterscheiden, und die Alternativhypothese H_1 (2.b) musste verworfen werden.

Auch hinsichtlich der *Social Connectedness* konnte der Kruskal-Wallis-H-Test signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen ($\chi^2=12.961$, $p=.011$). Die paarweisen Vergleiche des Bonferroni-post-hoc-Tests zeigten dabei, dass sich die Gruppe *pansexuell* und die Gruppe *bisexuell* signifikant voneinander unterscheiden haben, wobei pansexuelle Personen die niedrigste Ausprägung der *Social Connectedness* ($M=3.92$, $SD=0.79$) aufgewiesen und bisexuelle Personen die höchsten Werte der *Social Connectedness* ($M=4.54$, $SD=0.92$) berichtet haben. Die Effektstärke lag bei $d=0.41$ und entsprach damit einem kleinen Effekt (Cohen, 1977). Aufgrund dieser Ergebnisse konnte die Alternativhypothese H_1 (2.c) angenommen werden.

7.3.3. Unterschiedshypothese zum Concealment

Die dritte Fragestellung bezog sich auf Unterschiede in der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus zwischen Personen, die vollkommen geoutet waren, und Personen, die ihre Sexualität noch vollständig oder teilweise versteckt haben (*Concealment*). Um diese Fragestellung zu klären, wurden zunächst die drei *Concealment*-Gruppen neu eingeteilt. Während die Gruppe *vollständig geoutet* ($n = 146$) bestehen blieb,

wurden die beiden Gruppen *teilweise geoutet* ($n = 66$) und *ungeoutet* ($n = 12$) zu einer neuen Gruppe zusammengefasst. Dies geschah einerseits aus statistischen Gründen, da die Gruppe der nicht geouteten Personen sehr klein war, andererseits auch, da die zusammengefassten Gruppen die Gemeinsamkeit hatten, ihre sexuelle Orientierung vor anderen verstecken zu müssen, und somit beide Gruppen zu einem gewissen Grad von *Concealment* betroffen waren. Die neue Gruppe *ungeoutet oder teilweise geoutet* bestand demnach aus insgesamt 78 Personen.

Aufgrund der fehlenden Varianzhomogenität wurde ein Welch-Test durchgeführt. Dabei konnte ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der nicht oder nur teilweise geouteten Personen ($M=1.85$, $SD=0.88$) und der Gruppe der vollständig geouteten Personen ($M=1.52$, $SD=0.60$) gefunden werden ($t(116.721)=3.018$, $p=.002$). Die Effektstärke nach Cohen (1977) lag bei $d=0.42$ und entsprach damit einem kleinen Effekt. Personen, die nicht oder nur teilweise geoutet waren, wiesen höhere Ausprägungen des internalisierten Heterosexismus auf als Personen, die vollständig geoutet waren. Somit konnte die Alternativhypothese H_1 (3) angenommen werden.

7.3.4. Unterschiedshypothese zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die vierte Fragestellung ging der Frage nach, ob sich Personen mit hohen und niedrigen Werten des internalisierten Heterosexismus hinsichtlich ihrer Ausprägung der SF-36-Summenskalen physische Gesundheit und psychische Gesundheit unterscheiden. Zur Klärung dieser Fragestellung wurde der Median der Ausprägungen des internalisierten Heterosexismus ermittelt. Anhand des Medians wurden die Teilnehmer*innen dann in die zwei Gruppen *niedriger internalisierter Heterosexismus* ($n=121$) und *hoher internalisierter Heterosexismus* ($n=103$) eingeteilt, die miteinander verglichen wurden.

Aufgrund der fehlenden Varianzhomogenität der SF-36-Summenskala physisch wurde zur Untersuchung dieser Hypothese ein Welch-Test gerechnet. Bei der SF-36-Summenskala psychisch lag jedoch Varianzhomogenität vor, weshalb hier ein t-Test gerechnet werden konnte. Bei beiden Tests konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Das bedeutet, es bestanden keine Unterschiede zwischen Personen mit niedrigem und hohem internalisiertem Heterosexismus hinsichtlich der Ausprägung der SF-36-Summenskala physisch ($t(208.877)=0.794$, $p=.428$) und psychisch ($t(222)=0.535$, $p=.594$). Die Alternativhypothesen H_1 (4.a) und H_1 (4.b) konnten deshalb nicht angenommen werden.

7.3.5. Mediationshypothesen der Fragestellung 5

Die fünfte Fragestellung beschäftigte sich mit dem an Gómez et al. (2022) angelehnten Mediationsmodell zwischen internalisiertem Heterosexismus, der Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community (*Community Connectedness*) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dabei wurde angenommen, dass die *Community Connectedness* den Zusammenhang zwischen internalisiertem Heterosexismus und den zwei SF-36-Summenskalen physische Gesundheit und psychische Gesundheit mediiert. Zur Prüfung dieser Fragestellung wurde das SPSS-Makro *PROCESS* von Hayes (2018) verwendet. Alle Ergebnisse sind in den Tabellen 7 und 8 (Anhang) sowie den Abbildungen 2 und 3 dargestellt.

In der Mediationsanalyse konnte kein signifikanter totaler Effekt zwischen dem internalisierten Heterosexismus und der SF-36-Summenskala physisch festgestellt werden ($B=-3.31$, $p=.108$). Auch zwischen der *Community Connectedness* und der SF-36-Summenskala physisch wurde kein signifikanter Effekt gefunden ($B=3.36$, $p=.162$). Aufgrund dessen konnte nicht davon ausgegangen werden, dass *Community Connectedness* ein Mediator zwischen internalisiertem Heterosexismus und der physischen Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist. Die Alternativhypothese H_1 (5.a) musste deshalb verworfen werden. Die Ergebnisse werden in Abbildung 2 dargestellt sowie in Tabelle 7 (Anhang) genauer beschrieben.

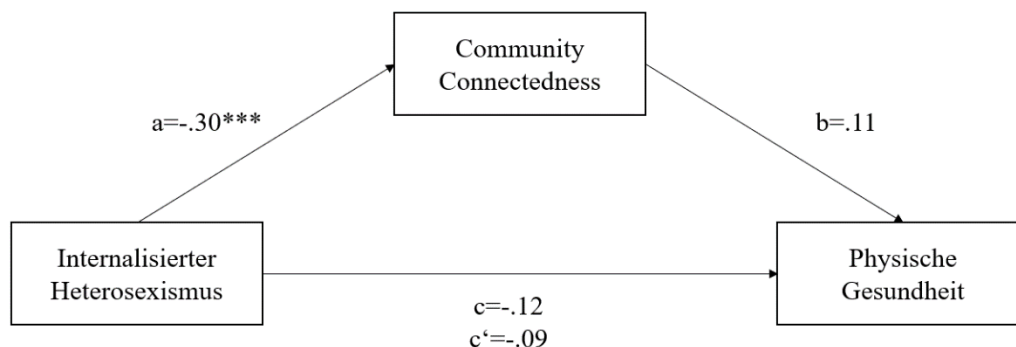


Abbildung 2. Mediationsmodell der SF-36-Summenskala physische Gesundheit
Anmerkung. Es wurden standardisierte Pfadkoeffizienten angegeben; *** $p < .001$

Es konnte auch kein signifikanter totaler Effekt zwischen dem internalisierten Heterosexismus und der SF-36-Summenskala psychisch gefunden werden ($B=-3.75$, $p=.093$). Auch hier war der Effekt der *Community Connectedness* auf die SF-36-Summenskala psychisch nicht signifikant ($B=-0.46$, $p=.857$). Es konnte deshalb nicht von einer Mediation ausgegangen werden, und die Alternativhypothese H_1 (5.b) musste verworfen werden. Die Ergebnisse werden in Abbildung 3 dargestellt und in Tabelle 8 (Anhang) genauer beschrieben.

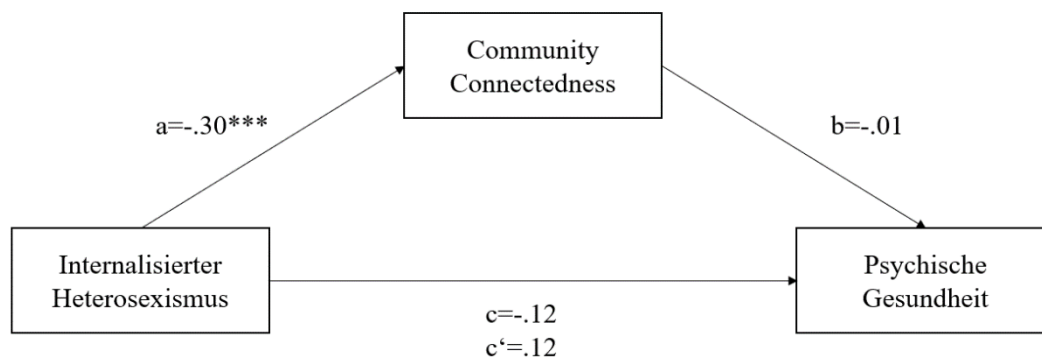


Abbildung 3. Mediationsmodell der SF-36-Summenskala physische Gesundheit
Anmerkung. Es wurden standardisierte Pfadkoeffizienten angegeben; *** $p < .001$

7.3.1. Moderationshypothese der Fragestellung 6

Die sechste Fragestellung beschäftigte sich in Anlehnung an McLaren und Castillo (2020) mit der Frage, ob der Einfluss der *Community Connectedness* auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die *Social Connectedness* moderiert wird. Zur Überprüfung dieser Fragestellung wurde eine Moderationsanalyse berechnet. Die notwendigen Voraussetzungen der Normalverteilung sowie Homoskedastizität der Residuen sowie die Linearität wurden für alle Variablen überprüft und konnten angenommen werden.

Zunächst wurde das Moderationsmodell mit der SF-36-Summenskala physisch als abhängiger Variable untersucht. Das Gesamtmodell war hier signifikant ($F(3, 220)=9.153$, $p<.001$), es konnte jedoch kein signifikanter Moderationseffekt der *Social Connectedness* auf die Beziehung zwischen *Community Connectedness* und der SF-36-Summenskala physisch gefunden werden ($\Delta R^2=0.00\%$, $F(1, 220)=0.173$, $p=.678$, $95\%CI[-4.94, 5.93]$).

Die Überprüfung der Moderationsanalyse mit der SF-36-Summenskala psychisch als abhängiger Variable ergab ebenfalls ein signifikantes Gesamtmodell ($F(3, 220)=25.545$, $p<.001$). Auch hier konnte jedoch kein signifikanter Moderationseffekt der *Social*

Connectedness auf die Beziehung zwischen *Community Connectedness* und der SF-36-Summenskala psychisch gefunden werden ($\Delta R^2=0.00\%$, $F(1, 220)=0.360$, $p=.549$, 95%CI [-3.55, 6.05]).

Aufgrund der fehlenden Interaktionseffekte der Moderationsanalysen wurden die Alternativhypothesen H_1 (6.a) und H_1 (6.b) verworfen. In allen beiden Moderationsanalysen konnte jedoch ein signifikanter Effekt des Moderators (*Social Connectedness*) auf die SF-36-Summenskala physisch ($B=7.469$, $SE=1.51$, $p<.001$) und die SF-36-Summenskala psychisch ($B=11.657$, $SE=1.39$, $p<.001$) gefunden werden. Dieser Effekt wird in der explorativen Datenanalyse genauer beleuchtet.

7.4. Explorative Datenanalyse

7.4.1. Unterschiede bezüglich der *Social Connectedness*

An dieser Stelle soll der Einfluss der *Social Connectedness* auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität näher beleuchtet werden. Um potenzielle Unterschiede zwischen Personen mit einer hohen bzw. niedrigen Ausprägung der *Social Connectedness* hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität untersuchen zu können, wurden zunächst zwei Gruppen anhand des Medians gebildet. Da sowohl bei der SF-36-Summenskala physisch als auch psychisch keine Varianzhomogenität vorlag, wurde bei beiden Skalen ein Welch-Test gerechnet. Dabei konnten signifikante Unterschiede zwischen Personen mit niedrigen bzw. hohen Ausprägungen der *Social Connectedness* hinsichtlich der physischen ($t(218.946)=-6.178$, $p<.001$, $d=-0.73$) und der psychischen Komponente ($t(207.441)=-5.446$, $p<.001$, $d=-0.82$) gefunden werden. Dies bedeutet, dass Personen mit einer hohen Ausprägung der *Social Connectedness* eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufgewiesen haben – sowohl physisch als auch psychisch. Die Effektstärken dieser Unterschiede lagen dabei im mittleren bis großen Bereich.

8. Fazit

Im folgenden Abschnitt werden alle Ergebnisse der Fragestellungen zusammengefasst und mit der aktuellen Literatur verglichen.

8.1. Diskussion

Die erste Fragestellung beschäftigte sich mit potenziellen Geschlechtsunterschieden in der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus, der Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community (*Community Connectedness*) und der Verbundenheit zum sozialen Umfeld und zur Gesellschaft (*Social Connectedness*). Dabei konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen, Männern und nicht-binären Personen hinsichtlich des internalisierten Heterosexismus gefunden werden. Somit scheinen alle drei Gruppen in dieser Stichprobe eine ähnliche Ausprägung dieser Variable aufgewiesen zu haben. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu bisherigen Studien. Yolaç und Meriç (2021) haben beispielsweise einen Unterschied in der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus zwischen Frauen und Männern festgestellt, wobei Männer signifikant höhere Werte aufgewiesen haben. Ein potenzieller Grund für die fehlenden Unterschiede in der vorliegenden Untersuchung könnte sein, dass der Mittelwert des internalisierten Heterosexismus in der befragten Population sehr niedrig ausgeprägt war. Dies könnte einen verzerrenden Faktor auf die Ergebnisse dargestellt haben. Signifikante Unterschiede konnten jedoch zwischen Männern und nicht-binären Personen hinsichtlich der *Community Connectedness* und der *Social Connectedness* gefunden werden. So wiesen nicht-binäre Personen eine höhere Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community auf als Männer. Gleichzeitig haben sie jedoch auch eine niedrigere Verbundenheit zur Gesellschaft angegeben, während Männer hier die höchsten Werte erzielten. Frauen unterschieden sich weder von Männern noch von nicht-binären Personen, was im Einklang mit früherer Forschung steht, die davon ausgeht, dass es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der *Community Connectedness* (Frost & Meyer, 2012) und der *Social Connectedness* (Lee & Robbins, 2000) gibt. Auch zwischen nicht-binären Personen und Frauen konnten bisher keine Unterschiede in der Ausprägung der *Community Connectedness* gefunden werden (Flanders et al., 2022). Die Unterschiede zwischen nicht-binären und sich als männlich identifizierenden Personen decken sich hingegen nicht mit der bisherigen Literatur. In einer Untersuchung von Demant, Hides, White und Kavanagh (2018) wiesen Männer beispielsweise den höchsten Wert der *Community Connectedness* auf, während nicht-binäre Personen die niedrigsten

Ausprägungen hatten. Bezüglich Unterschieden in der *Social Connectedness* zwischen nicht-binären Personen und Männern bzw. Frauen gibt es derzeit nur sehr wenige Untersuchungen. Die in dieser Studie gefundenen Unterschiede zwischen Männern und nicht-binären Personen widersprechen allerdings den bisherigen Ergebnissen von Busby et al. (2020), die keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung der *Social Connectedness* zwischen genderkonformen und -nonkonformen Personen feststellen konnten. Ein wesentlicher Unterschied zu den meisten Studien, die gendernonkonforme Personen einbeziehen, ist allerdings, dass in der vorliegenden Untersuchung keine transsexuellen Personen aufgenommen wurden. Dieser Umstand könnte einen verzerrenden Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben, da transsexuelle Personen mitunter am häufigsten von Diskriminierung und Gewalt berichten (European Union Agency of Fundamental Rights, 2020).

Die zweite Fragestellung beschäftigte sich mit Unterschieden in der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus, der *Community Connectedness* und der *Social Connectedness* zwischen Personen mit unterschiedlichen sexuellen Orientierungen. Es konnte gezeigt werden, dass sich schwule Personen in ihrer Ausprägung des internalisierten Heterosexismus signifikant von pansexuellen Personen unterscheiden, wobei erstere die höchsten und letztere die niedrigsten Ausprägungen aufgewiesen haben. Es gab jedoch keine Unterschiede zwischen Personen, die sich als lesbisch, bisexuell oder queer identifiziert haben. Dies widerspricht zum Teil der bisherigen Forschung, die gezeigt hat, dass bisexuelle Personen die höchsten Werte des internalisierten Heterosexismus aufgewiesen haben (Herek et al., 2009; Xu et al., 2017; Yolaç & Meriç, 2021). Auch hinsichtlich der *Social Connectedness* konnten signifikante Unterschiede zwischen pansexuellen und bisexuellen Personen gefunden werden. Hier berichteten pansexuelle die niedrigste Ausprägung der Verbundenheit mit der Gesellschaft, während bisexuelle Teilnehmer*innen die höchsten Ausprägungen aufgewiesen haben. Dieses Ergebnis widerspricht ebenfalls der bisherigen Forschung, die einen Unterschied in der Ausprägung der *Social Connectedness* zwischen homosexuellen und queeren bzw. ungelabelten Personen gefunden hat (Busby et al., 2020). Es soll an dieser Stelle jedoch angemerkt werden, dass die vorliegende Untersuchung inmitten der Covid-19-Pandemie stattgefunden hat und die Verbundenheit mit der Gesellschaft und dem sozialen Umfeld in dieser Zeit vor allem bei nicht-heterosexuellen Personen stark abgenommen hat (Nowaskie & Roesler, 2022). In der Ausprägung der *Community Connectedness* konnten keine signifikanten

Unterschiede zwischen den Teilnehmer*innen verschiedener sexueller Orientierungen gefunden werden. Hierzu gibt es relativ uneindeutige Forschungsergebnisse. Einerseits gibt es Untersuchungen, die keine Unterschiede zwischen Personen mit verschiedenen sexuellen Orientierungen in ihrer Ausprägung der Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community finden konnten (Flanders et al., 2022). Andererseits haben beispielsweise Frost und Meyer (2012) in ihrer Untersuchung eine signifikant niedrigere Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community bei bisexuellen als bei schwulen oder lesbischen Personen gefunden. Auch Gonzalez et al. (2021) gehen in ihrer qualitativen Untersuchung davon aus, dass vor allem bisexuelle, aber auch pansexuelle und queere Personen eine geringere Verbundenheit mit der LGBTQIA*-Community aufweisen würden, was unter anderem darauf zurückzuführen sei, dass sie auch durch lesbische und schwule Personen Ausgrenzung und Stigmatisierung erfahren würden. Im Gegensatz dazu konnten Demant et al. (2018) an einer sehr jungen Stichprobe zeigen, dass bisexuelle Personen die höchste Ausprägung der *Community Connectedness* hatten. Morandini, Strudwick, Menzies und Dar-Nimrod (in press) wiederum haben an einer Stichprobe von 229 Frauen herausgefunden, dass pansexuelle Teilnehmerinnen eine signifikant höhere *Community Connectedness* aufgewiesen haben als bisexuelle Teilnehmerinnen. Die unterschiedlichen und zum Teil widersprüchlichen Ergebnisse der bisherigen Forschung sowie der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich des internalisierten Heterosexismus, der *Social Connectedness* und der *Community Connectedness* könnten einen Hinweis darauf liefern, dass sich die Zugänge zur LGBTQIA*-Community und zum sozialen Umfeld sowie die Internalisierung von Vorurteilen und Stigmata einerseits zwischen Personen unterschiedlicher sexueller Orientierungen, aber auch zwischen unterschiedlichen Regionen der Welt unterscheiden. Andererseits könnten diese Ergebnisse auch das Resultat verschiedener methodischer Vorgehensweisen sein, da in vielen Untersuchungen sehr differente Gruppeneinteilungen vorgenommen und auch beispielsweise nicht immer pansexuelle oder queere Personen in die Berechnungen aufgenommen wurden, wie es in der vorliegenden Untersuchung der Fall war.

Ziel der dritten Fragestellung war es herauszufinden, ob sich Personen, die vollständig geoutet sind, in ihrer Ausprägung des internalisierten Heterosexismus von Personen unterscheiden, die ihre sexuelle Orientierung teilweise oder vollkommen verstecken. Auch diese Frage kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse mit ja beantwortet werden. Teilnehmer*innen, die vollständig geoutet waren, wiesen signifikant niedrigere

Ausprägungen des internalisierten Heterosexismus auf als jene Teilnehmer*innen, die ihre sexuelle Orientierung teilweise oder vollständig verstecken. Dies deckt sich auch mit den bisherigen Forschungsergebnissen. So konnte ein negativer Zusammenhang zwischen der *Outness* (also ob eine Person geoutet ist oder nicht) und der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus gefunden werden (Gunn, Hoskin, & Blair, 2021). Das Ergebnis dieser Untersuchung untermauert somit nochmals die Rolle des „Versteckens“ der eigenen sexuellen Orientierung als Risikofaktor für die Internalisierung von Vorurteilen und Stigmatisierungen und folglich auch einer schlechteren physischen und psychischen Gesundheit.

Fragestellung 4 beschäftigte sich mit Unterschieden zwischen Personen mit niedrigen bzw. hohen Ausprägungen des internalisierten Heterosexismus hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Hier konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden. Diese Ergebnisse sind insofern überraschend, da sie vorhergehenden Untersuchungen widersprechen, die einen Unterschied zwischen Personen mit niedrigen bzw. hohen Ausprägungen des internalisierten Heterosexismus bezüglich der psychischen Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gefunden haben (Wen & Zheng, 2019). Auch in einer Metaanalyse, in der 31 Studien zusammengetragen und untersucht wurden, konnte ein signifikanter positiver Effekt zwischen der Ausprägung des internalisierten Heterosexismus und psychischen Gesundheitsproblemen gefunden werden (Newcomb & Mustanski, 2010). Es soll an dieser Stelle jedoch angemerkt werden, dass der Mittelwert des internalisierten Heterosexismus der in dieser Studie untersuchten Population relativ gering ausgeprägt war. Dies könnte einen verzerrenden Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben.

In der fünften Fragestellung wurde ein Mediationsmodell geprüft, bei dem die *Community Connectedness* als Mediator zwischen dem internalisierten Heterosexismus und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität angenommen wurde. Dieses theoretische Modell basierte auf einer Untersuchung von Gómez et al. (2022), in der eine signifikante Mediation zwischen dem internalisierten Heterosexismus und der Lebenszufriedenheit durch die *Community Connectedness* gefunden werden konnte. Diese Ergebnisse konnten mit den in der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Daten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als abhängiger Variable jedoch nicht repliziert werden. Es gab zwar einen signifikanten Effekt des internalisierten Heterosexismus auf die *Community Connectedness*, doch konnte kein Effekt auf die physische oder psychische Komponente der

gesundheitsbezogenen Lebensqualität gefunden werden. Wie zuvor erwähnt, war der internalisierte Heterosexismus in der Population der vorliegenden Untersuchung relativ schwach ausgeprägt, was auch einen Einfluss auf das postulierte Mediationsmodell gehabt haben könnte. Da die Studie von Gómez et al. (2022) in Chile durchgeführt wurde, könnten auch potenzielle Unterschiede in der gesellschaftlichen Akzeptanz von LGBTQIA*-Personen zwischen Chile und dem DACH-Raum der Grund für die widersprüchlichen Ergebnisse gewesen sein. Zudem wurden in der angeführten Untersuchung nur homosexuelle Männer und Frauen untersucht, während in der vorliegenden Arbeit auch bi- und pansexuelle, queere sowie nicht-binäre Personen inkludiert waren. Auch dies könnte einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben.

Weiters wurde sich auch einem potenziellen Moderationsmodell gewidmet, das eine Interaktion zwischen der *Community Connectedness* und der *Social Connectedness* vermutet hat. Hierbei sollte die Verbundenheit mit der Gesellschaft den Zusammenhang zwischen der Verbundenheit mit der LGBTQIA*-Community und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität moderieren. Hintergrund dabei war eine Untersuchung von McLaren und Castillo (2020), in der an einer Stichprobe von 306 bisexuellen Frauen herausgefunden werden konnte, dass der Grad der Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community nur depressive Symptome vorhersagt, wenn die Verbundenheit zur heterosexuellen Community niedrig ausgeprägt war. Im Gegensatz dazu konnten in der vorliegenden Untersuchung jedoch keine moderierenden Effekte der *Social Connectedness* auf den Zusammenhang zwischen der Verbundenheit zur LGBTQIA*-Community und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gefunden werden. Auch hier könnten generelle Unterschiede zwischen den australischen Teilnehmer*innen bei McLaren und Castillo (2020) und den Teilnehmer*innen aus dem DACH-Raum hinsichtlich der *Community Connectedness* oder der *Social Connectedness* zu den gegensätzlichen Ergebnissen geführt haben. Zudem wurden bei McLaren und Castillo (2020) nur bisexuelle Frauen untersucht, während in der vorliegenden Arbeit auch homosexuelle und bisexuelle Männer sowie pansexuelle und queere Personen inkludiert wurden. Auch dies könnte zu den unterschiedlichen Ergebnissen geführt haben.

Zuletzt wurde der gefundene Effekt der *Social Connectedness* auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität genauer untersucht. Hierbei konnten Unterschiede zwischen Personen mit hoher bzw. niedriger *Social Connectedness* hinsichtlich der physischen als auch psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität gefunden werden.

Personen mit einer hohen Ausprägung des Gefühls der Verbundenheit zum sozialen Umfeld bzw. zur Gesellschaft berichteten demnach auch über eine bessere physische und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität als jene mit einem niedrigen Verbundenheitsgefühl. Dieses Ergebnis deckt sich mit bisherigen Studien, die zeigen konnten, dass die *Social Connectedness* in einem negativen Zusammenhang mit Depressions- und Angstsymptomen sowie anderen gesundheitsbezogenen Variablen steht (Jaspal & Breakwell, 2022; Kim & Fredricksen-Goldsen, 2017; Kohut, 1984; Lee & Robbins, 1998). Damit wird abermals die Relevanz des Verbundenheits- und Zugehörigkeitsgefühls zum sozialen Umfeld und zur Gesellschaft als Ganzes für die physische und psychische Gesundheit betont.

Im folgenden Kapitel werden einige Limitationen, Implikationen für die Praxis sowie ein Ausblick auf zukünftige Forschung aufgezeigt.

8.2. Kritik und Ausblick

Eine wesentliche Limitation der vorliegenden Studie ist die Durchführung als Online-Erhebung, die zwar mit einigen Vorteilen verbunden ist, jedoch auch einige nennenswerte Nachteile mit sich bringt. So ist ein häufiger Kritikpunkt, dass die Online-Erhebung keine Überprüfung der teilnehmenden Personen zulässt. Es kann somit weder gewährleistet werden, dass die teilnehmenden Personen den Auswahlkriterien entsprechen (z.B. Mindestalter), noch dass die Fragebogenbatterie nicht mehrfach von ein und derselben Person ausgefüllt wird. Auch resultieren aus Online-Befragungen oft sehr selektive Stichproben, da diese Art der Durchführung beispielsweise ein Hindernis für ältere Personen darstellen kann. Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Studie, in der nur zwei Teilnehmer*innen älter als 60 Jahre gewesen sind. Auch zeigte sich beim Geschlechterverhältnis, dass die Hälfte aller teilnehmenden Personen weiblich war, während Männer nur ein Drittel und nicht-binäre Personen ein Sechstel aller Teilnehmer*innen ausgemacht haben. Die Verteilung des Bildungsgrades war ebenfalls sehr ungleich, da ca. 86% aller Teilnehmer*innen einen Bildungsabschluss von Matura oder Universitätsabschluss angegeben haben. Des Weiteren konnte durch die Online-Durchführung keine Standardisierung der Bedingungen, unter denen der Fragebogen ausgefüllt wurde, vorgenommen werden. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass Personen den Fragebogen an Orten ausgefüllt haben, an denen sie sich nicht ausreichend konzentrieren konnten. Zudem stammen die Daten aus Selbstberichtsfragebögen, die unterschiedlichen Verzerrungen, wie zum Beispiel sozial erwünschtem Antwortverhalten,

unterliegen können. Da es sich bei der Untersuchung auch um eine Querschnittstudie handelt, können die Ergebnisse nicht kausal interpretiert werden, und es kann keine intraindividuelle Veränderung in den Ausprägungen der Variablen erfasst werden (z.B. Ausprägung des internalisierten Heterosexismus vor und nach dem Coming-out). Zudem hat die Untersuchung inmitten der globalen Covid-19-Pandemie stattgefunden, was einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und andere Variablen gehabt haben könnte. Vor allem die *Social Connectedness* könnte durch die Kontaktreduzierungen und immer wieder verhängten Lockdowns verringert worden sein.

Eine weitere Limitation der Studie ist, dass insgesamt nur sehr wenige Personen, die nicht geoutet waren, erreicht werden konnten. Dies kann einerseits an der Art der Rekrutierung liegen, da vorwiegend über Verbände, Anlaufstellen und Institutionen der LGBTQIA*-Community nach Teilnehmer*innen gesucht wurde und diese von komplett ungeouteten Personen möglicherweise nicht aufgesucht werden. Andererseits können auch diverse persönliche Gründe ein Hindernis für die Studienteilnahme gewesen sein. Auffällig war auch, dass die Ausprägung des internalisierten Heterosexismus über alle Teilnehmer*innen relativ gering war. Ein möglicher Grund dafür kann die geringe Anzahl an nicht-geouteten Personen sein, da diese laut den Studienergebnissen eine tendenziell höhere Ausprägung des internalisierten Heterosexismus aufweisen. Möglich wäre es jedoch auch, dass tendenziell eher Personen bereit waren, an der Studie teilzunehmen, die offen mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen und diese als einen vermeintlich positiven Teil ihrer Identität wahrnehmen. Anzumerken ist jedenfalls, dass die DACH-Region, in der die Untersuchung stattgefunden hat, in den letzten Jahren mehr oder weniger große Schritte gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung gegen LGBTQIA*-Personen gesetzt hat und dies auch einen Einfluss auf Variablen wie den internalisierten Heterosexismus gehabt haben könnte. Außerdem herrscht in der DACH-Region eine im internationalen Vergleich hohe Akzeptanz von LGBTQIA*-Personen, während einige der herangezogenen Studien in Ländern durchgeführt wurden, die weniger gesellschaftliche Akzeptanz der LGBTQIA*-Community aufweisen, beispielsweise in der Türkei (Yolaç & Meriç, 2021) oder in China (Wen & Zheng, 2019; Xu et al., 2017). Dies könnte auch eine potenzielle Erklärung für die von den genannten Studien abweichenden Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sein. Interessant wäre deshalb auch ein Vergleich von Populationen in LGBTQIA*-freundlichen Regionen und solchen in Ländern, in denen LGBTQIA*-Personen aufgrund von extremer Gewalt oder strengen Gesetzen nicht offen leben können.

Für zukünftige Forschungen könnte es außerdem interessant sein, wie sich gesetzliche Änderungen (z.B. Ehe für Alle) auf Variablen wie den internalisierten Heterosexismus oder auch die Verbundenheit zur Gesellschaft auswirkt. Die Annahme wäre hierbei, angelehnt an die Ergebnisse von McLaren und Castillo (2020), dass in liberalen und toleranten Gesellschaften die Verbundenheit zum gesamten sozialen Umfeld eine größere Rolle für die Gesundheit spielen könnte, während diese in LGBTQIA*-feindlichen Gesellschaften mehr von der Verbundenheit zur Community abhängen würde. In Längsschnittstudien könnte außerdem untersucht werden, welchen Einfluss das Coming-out auf die Ausprägung des internalisierten Heterosexismus hat. Hierbei könnte auch relevant sein zu erheben, welche Reaktionen das Umfeld auf das Coming-out gezeigt hat.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen abermals die Relevanz des Verbundenheits- und Zugehörigkeitsgefühls zum sozialen Umfeld und zur Gesellschaft. In der Praxis ist es deshalb wichtig, LGBTQIA*-Personen nicht an den Rand der Gesellschaft zu drängen bzw. durch Diskriminierung und Stigmatisierung „unsichtbar“ zu machen, sondern aktiv daran zu arbeiten, geschützte Räume – sogenannte *Safe Spaces* – zu schaffen, in denen sich Menschen unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer sexuellen Orientierung oder anderen Merkmalen sicher und aufgenommen fühlen. Vor allem die Unterschiede zwischen Personen verschiedener sexueller Orientierungen hinsichtlich des internalisierten Heterosexismus und der *Social Connectedness* zeigen, dass nicht jede Gruppe den gleichen Zugang zu solchen Safe Spaces zu haben scheint. Auch erscheint es aufgrund der Ergebnisse bezüglich des Coming-outs als sinnvoll, vor allem Jugendliche in ihrer sexuellen Entwicklung zu fördern und zu unterstützen. Dies kann insbesondere durch einen toleranten und wertschätzenden Aufklärungsunterricht im pädagogischen Kontext passieren, aber auch diverse Anlaufstellen, Hilfe-Hotlines oder -Chats und Beratungszentren spielen hierbei als Safe Spaces eine tragende Rolle. Wichtig ist, dass Jugendliche, aber natürlich auch Erwachsene diese Angebote niederschwellig und unkompliziert nutzen können. Nicht zuletzt ist jedoch auch die Politik in der Verantwortung, aktiv gegen Diskriminierung und Hass vorzugehen – sei es durch gesetzliche Bestimmungen oder auch durch die Finanzierung von zuvor erwähnten Safe Spaces.

Literaturverzeichnis

- Aickin, M., & Gensler, H. (1996). Adjusting for multiple testing when reporting research results: The Bonferroni vs Holm methods. *American Journal of Public Health*, 86(5), 726–728.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15–38.
- Bortz, J., & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (5., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 43, 190–197.
- Busby, D. R., Horwitz, A. G., Zheng, K., Eisenberg, D., Harper, G. W., Albucher, R. C., ... Pistorello, J. (2020). Suicide risk among gender and sexual minority college students: The roles of victimization, discrimination, connectedness, and identity affirmation. *Journal of Psychiatric Research*, 121, 182–188. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.11.013
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (4. überarb. Aufl.). New York, NY: Academic Press.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48. doi:10.1177/002214650905000103
- Demant, D., Hides, L., White, K. M., & Kavanagh, D. J. (2018). Effects of participation in and connectedness to the LGBT community on substance use involvement of sexual minority young people. *Addictive Behaviors*, 81, 167–174. doi:10.1016/j.addbeh.2018.01.028

- Detrie, P. M., & Lease, S. H. (2007). The relation of social support, connectedness, and collective self-esteem to the psychological well-being of lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality*, 53(4), 173–199. doi:10.1080/00918360802103449
- Dürbaum, T., & Sattler, F. A. (2020). Minority stress and mental health in lesbian, gay male, and bisexual youths: A meta-analysis. *Journal of LGBT Youth*, 17(3), 298–314. doi:10.1080/19361653.2019.1586615
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *A long way to go for LGBTI equality* (Publications Office of the European Union, Hrsg.). Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights. doi:10.2811/582502
- Feinstein, B. A., Goldfried, M. R., & Davila, J. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 917–927. doi:10.1037/a0029425
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London: SAGE Publications.
- Flanders, C. E., Wright, M., Khandpur, S., Kuhn, S., Anderson, R. E., Robinson, M., & VanKim, N. (2022). A quantitative intersectional exploration of sexual violence and mental health among bi + people: Looking within and across race and gender. *Journal of bisexuality*, 22(4), 485–512. doi:10.1080/15299716.2022.2116515
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H.-J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., ... Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population. *Gerontologist*, 54(3), 488–500. doi:10.1093/geront/gnt021
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 97–109. doi:10.1037/a0012844

- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *Journal of Sex Research*, 49(1), 36–49. doi:10.1080/00224499.2011.565427
- Gómez, F., Cumsille, P., & Barrientos, J. (2022). Mental health and life satisfaction on Chilean gay men and lesbian women: The role of perceived sexual stigma, internalized homophobia, and community connectedness. *Journal of Homosexuality*, 69(10), 1777–1799. doi:10.1080/00918369.2021.1923278
- Gómez, F., & Delgado, J. E. B. (2012). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de gays y lesbianas, en la ciudad de Antofagasta, Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 10, 100–123. doi:10.1590/S1984-64872012000400005
- Gonzalez, K. A., Flanders, C. E., Pulice-Farrow, L., & Bartnik, A. (2021). “It’s almost like bis, pans kind of stick together”: Bi, belonging and community connection. *Journal of Bisexuality*, 21(2), 194–224. doi:10.1080/15299716.2021.1927282
- Gunn, A., Hoskin, R. A., & Blair, K. L. (2021). The new lesbian aesthetic? Exploring gender style among femme, butch and androgynous sexual minority women. *Women's Studies International Forum*, 88: e102504. doi:10.1016/j.wsif.2021.102504
- Haldeman, D. C. (2022). *The case against conversion “therapy”: Evidence, ethics, and alternatives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach* (2. Auflage). New York, NY: Guilford Press.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. doi:10.1037/a0029597
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905–925.

- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 945–951.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 32–43. doi:10.1037/a0014672
- Huynh, K. D., Sheridan, D. J., & Lee, D. L. (2020). Assessing the internalized homophobia scale for gender invariance. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 53(4), 238–248. doi:10.1080/07481756.2020.1735202
- ILGA Europe. (2022, 12. Mai). *Rainbow Index. Reflecting the legal and policy human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) people in Europe*. ILGA Europe.
- Jackson, S. E., Hackett, R. A., Grabovac, I., Smith, L., & Steptoe, A. (2019). Perceived discrimination, health and wellbeing among middle-aged and older lesbian, gay and bisexual people: A prospective study. *PloS One*, 14(5): e0216497. doi:10.1371/journal.pone.0216497
- Jaspal, R., & Breakwell, G. M. (2022). Identity resilience, social support and internalised homonegativity in gay men. *Psychology & Sexuality*, 13(5), 1270-1287. doi:10.1080/19419899.2021.2016916
- Jones, E. E., Farina, A., Hestrof, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York, NY: Freeman.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *PharmacoEconomics*, 34(7), 645–649. doi:10.1007/s40273-016-038
- Kim, H.-J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Disparities in mental health quality of life between hispanic and non-hispanic white LGB midlife and older adults and the influence of lifetime discrimination, social connectedness, socioeconomic status, and perceived stress. *Research on Aging*, 39(9), 991–1012. doi:10.1177/0164027516650003 9-9

- Kirkpatrick, L. A., & Ellis, B. J. (2001). An evolutionary approach to self-esteem: Multiple domains and multiple functions. In G. J. O. Fletcher & M. S. Clark (Hrsg.), *Blackwell handbook of social psychology* (S. 411–436). Oxford, UK: Blackwell.
- Knoll, N., Scholz, U., & Rieckmann, N. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (PsychoMed compact, Band 5, 4., aktual. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* New York, NY: International Universities Press.
- Krumm, S., Schmidt-Atzert, L., & Amelang, M. (2021). Grundlagen diagnostischer Verfahren. In L. Schmidt-Atzert, S. Krumm & M. Amelang (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 39–208). Berlin: Springer.
- Leary, M. R., & Cox, C. B. (2008). Belongingness motivation. A mainspring of social action. In J. Y. Shah & W. L. Gardner (Hrsg.), *Handbook of motivation science* (S. 27–40). New York, NY: Guilford Press.
- Lee, R. M., Draper, M., & Lee, S. (2001). Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 310–318. doi:10.1037//0022-0167.48.3.310
- Lee, R. M., & Robbins, S. B. (1995). Measuring belongingness: The Social Connectedness and the Social Assurance Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 42(2), 232–241.
- Lee, R. M., & Robbins, S. B. (1998). The relationship between social connectedness and anxiety, self-esteem, and social identity. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 338–345.
- Lee, R. M., & Robbins, S. B. (2000). Understanding social connectedness in college women and men. *Journal of Counseling and Development*, 78(4), 484–491.
- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 159–170. doi:10.1037/a0022839

- Lesben- und Schwulenverband. (2022, 7. August). Die gleichgeschlechtliche Ehe in Europa und weltweit, LSVD – Lesben- und Schwulenverband. Zugriff am 07.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.lsvd.de/de/ct/427-Die-gleichgeschlechtliche-Ehe-in-Europa-und-weltweit>
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96–112.
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869–1876. doi:10.2105/AJPH.91.11.1869
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips, G., Truong, R., & Birkett, M. (2018). Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 1-12. doi:10.1037/sgd0000265
- McLaren, S., & Castillo, P. (2020). What about me? Sense of belonging and depressive symptoms among bisexual women. *Journal of Bisexuality*, 20(2), 166–182. doi:10.1080/15299716.2020.1759174
- McLaren, S., Schurmann, J., & Jenkins, M. (2015). The relationships between sense of belonging to a community GLB youth group; school, teacher, and peer connectedness; and depressive symptoms: Testing of a path model. *Journal of Homosexuality*, 62(12), 1688–1702. doi:10.1080/00918369.2015.1078207
- McMillan, D. W. (1996). Sense of community. *Journal of Community Psychology*, 24(4), 315–325.
- Mendos, L. R., Botha, K., Carrano Lelis, R., López de la Peña, E., Savelev, I., & Tan, D. (2020). *State-sponsored homophobia. Global legislation overview update* (ILGA World, Hrsg.). Genf: ILGA World.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56.

- Meyer, I. 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. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Morandini, J., Strudwick, J., Menzies, R., & Dar-Nimrod, I. (in press). Differences between Australian bisexual and pansexual women: an assessment of minority stressors and psychological outcomes. *Psychology & Sexuality*. doi:10.1080/19419899.2022.2100717
- Morfeld, M., Bullinger, M., Nantke, J., & Brähler, E. (2005). Die Version 2.0 des SF-36 Health Survey – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Studie. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50(5), 292–300. doi:10.1007/s00038-005-4090-6
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Morfeld, M., Stritter, W., & Bullinger, M. (2012). Der SF-36 Health Survey. In O. Schöffski & J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (S. 393–410). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-21700-5_14
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019–1029. doi:10.1016/j.cpr.2010.07.003
- Nowaskie, D. Z., & Roesler, A. C. (2022). The impact of COVID-19 on the LGBTQ+ community: Comparisons between cisgender, heterosexual people, cisgender sexual minority people, and gender minority people. *Psychiatry Research*, 309: e114391. doi:10.1016/j.psychres.2022.114391
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 165–189.
- Ross, M. W., & Rosser, B. R. S. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 15–21. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199601)52:1<15::AID-JCLP2>3.0.CO;2-V
- Russell, G. M., & Bohan, J. S. (2006). The case of internalized homophobia. *Theory & Psychology*, 16(3), 343–366. doi:10.1177/0959354306064283

- Sagert, C. (2021). *Vaterschaft in Regenbogenfamilien. Eine Fallstudie zur Familiengestaltung und Elternpraxis homosexueller Männer* (Serie Familienforschung). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schöffski, O. (2012). Lebensqualität als Ergebnisparameter in gesundheitsökonomischen Studien. In O. Schöffski & J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (S. 327–340). Berlin: Springer.
- Skakoon-Sparling, S., Cox, J., Lachowsky, N. J., Kirschbaum, A. L., Berlin, G. W., Gaspar, M., ... Hart, T. A. (2022). Minority stressors and connectedness among urban gay, bisexual, and queer men. *Psychology of Men & Masculinities*, 23(2), 245–256. doi: 10.1037/men0000388
- Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman, Q. (2020). Minority stressors, rumination, and psychological distress in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 661–680. doi:10.1007/s10508-019-01502-2
- Wen, G., & Zheng, L. (2019). The influence of internalized homophobia on health-related quality of life and life satisfaction among gay and bisexual men in China. *American Journal of Men's Health*, 13(4). doi:10.1177/1557988319864775
- Whitlock, J. (2007). The role of adults, public space, and power in adolescent community connectedness. *Journal of Community Psychology*, 35(4), 499–518. doi:10.1002/jcop.20161
- Woolwine, D. (2000). Community in gay male experience and moral discourse. *Journal of Homosexuality*, 38(4), 5–37. doi:10.1300/J082v38n04_02
- Xu, W., Zheng, L., Xu, Y., & Zheng, Y. (2017). Internalized homophobia, mental health, sexual behaviors, and outness of gay/bisexual men from southwest China. *International Journal for Equity in Health*, 16(1): 36. doi:10.1186/s12939-017-0530-1
- Yolaç, E., & Meriç, M. (2021). Internalized homophobia and depression levels in LGBT individuals. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 304–310. doi:10.1111/ppc.12564

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung	40
Tabelle 2. Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Item-Trennschärpen für die Skala der IHS	41
Tabelle 3. Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Item-Trennschärpen für die Skala der CCS	42
Tabelle 4. Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Item-Trennschärpen für die Skala der SCS.....	42
Tabelle 5. Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs α , Minimum und Maximum der Item-Trennschärpen für die Skala der Skalen des SF-36.....	43
Tabelle 6. Ergebnisse einer einfaktoriellen Varianzanalyse der IHS, der CCS sowie der SCS bezüglich des Geschlechts.....	44
Tabelle 7. Ergebnisse einer Mediationsanalyse zwischen internalisiertem Heterosexismus, Community Connectedness und der SF-36-Summenskala physisch.	68
Tabelle 8. Ergebnisse einer Mediationsanalyse zwischen internalisiertem Heterosexismus, Community Connectedness und der SF-36-Summenskala psychisch.....	68

Abkürzungsverzeichnis

LGBTQIA*	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex, Asexual
DACH	Deutschland, Österreich, Schweiz
ILGA	International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association
WHO	World Health Organization
IHS	Internalized Homophobia Scale
CCS	Connectedness to the LGBT Community Scale
SCS	Social Connectedness Scale
SF-36	Short Form-36 Health Survey
HRQoL	Health related quality of life / Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Anhang

Tabellen zur Mediationsanalyse (Fragestellung 5)

Tabelle 7. *Ergebnisse einer Mediationsanalyse zwischen internalisiertem Heterosexismus, Community Connectedness und der SF-36-Summenskala physisch.*

Schritt	Variablen	Pfad	B	SE	p	95% CI
(X → Y)	IH → PHY	c	-3.31	2.05	.108	[-7.35, 0.73]
(X → M)	IH → CC	a	0.25	0.07	<.001	[-0.37, -0.12]
(M → Y)	CC → PHY	b	3.36	2.40	.162	[-1.36, 8.09]
(X + M → Y)	IH → PHY	c'	-2.48	2.05	.227	[-6.52, 1.56]
(X → M → Y)	IH → CC → PHY	a*b	-0.83	0.65		[-2.25, 0.32] ^a

Anmerkung. N = 224; c = totaler Effekt; a*b = indirekter Effekt; c' = direkter Effekt; IH = Internalisierter Heterosexismus; CC=Community Connectedness; PHY=SF-36-Summenskala physisch.

^a Bootstrapping-Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.

Tabelle 8. *Ergebnisse einer Mediationsanalyse zwischen internalisiertem Heterosexismus, Community Connectedness und der SF-36-Summenskala psychisch.*

Schritt	Variablen	Pfad	B	SE	p	95% CI
(X → Y)	IH → PSY	c	-3.75	2.22	.093	[-8.12, 0.63]
(X → M)	IH → CC	a	0.25	0.07	<.001	[-0.37, -0.12]
(M → Y)	CC → PSY	b	-0.46	2.56	.857	[-5.51, 4.58]
(X + M → Y)	IH → PSY	c'	-3.86	2.32	.098	[-8.43, 0.71]
(X → M → Y)	IH → CC → PSY	a*b	0.11	0.64		[-1.18, 1.47] ^a

Anmerkung. N = 224; c = totaler Effekt; a*b = indirekter Effekt; c' = direkter Effekt; IH = Internalisierter Heterosexismus; CC=Community Connectedness; PSY=SF-36-Summenskala psychisch.

^a Bootstrapping-Konfidenzintervalle des indirekten Effekts.