



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Determinanten gesundheitsbezogener Lebensqualität von
LGB-Personen im deutschsprachigen Raum

verfasst von / submitted by

Lina Katt, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna, 2023

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

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch)	4
Abstract (Englisch)	6
I Theoretischer Hintergrund	7
Einleitung	8
1 Sexuelle Orientierung	10
1.1 Definition	10
1.2 Historischer Hintergrund und aktuelle Zahlen	11
1.3 Minority Stress Model	14
2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	15
2.1 Definition	16
2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und sexuelle Orientierung	17
3 Heterosexistische Alltagserfahrungen	18
3.1 Definition	18
3.2 Heterosexistische Alltagserfahrungen und gesundheitsbezogene Lebensqualität	19
4 Wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung	20
4.1 Definition	20
4.2 Wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung und gesundheitsbezogene Lebensqualität	21
5 Positive LGB-Identität	22
5.1 Definition	22
5.2 Positive LGB-Identität und gesundheitsbezogene Lebensqualität	23
6 Geschlechterunterschiede	24
II Empirischer Teil	26
7 Zielsetzung	27
8 Methodik	27
8.1 Studiendesign	27
8.2 Untersuchungsdurchführung	28
8.3 Stichprobe	28

8.4 Messinstrumente	29
8.4.1 Soziodemographische Daten	29
8.4.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)	29
8.4.3 The Daily Heterosexist Experiences Questionnaire (DHEQ)	30
8.4.4 Adaptierte Version der Social Provisions Scale	31
8.4.5 Lesbian, Gay and Bisexual Positive Identity Measure (LGB-PIM)	32
8.5 Fragestellungen und Hypothesen	32
8.5.1 Fragestellung 1: Gesundheitsbezogene Lebensqualität	33
8.5.2 Fragestellung 2: Heterosexistische Erfahrungen	33
8.5.3 Fragestellung 3: Wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung und positive LGB-Identität	33
8.5.4 Fragestellung 4: Geschlechterunterschiede	34
8.6 Angewandte statistische Auswertung	35
9 Ergebnisdarstellung	36
9.1 Stichprobenbeschreibung	37
9.1.1 Rücklaufstatistik	37
9.1.2 Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung und Age of Coming Out	37
9.1.3 Wohnsitz und Beziehungsstatus	37
9.1.4 Bildung und Erwerbstätigkeit	38
9.1.5 Psychische Störungen und chronische körperliche Erkrankungen	38
9.1.6 Einnahme von Medikamenten	40
9.2 Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente	40
9.2.1 Reliabilitätsanalyse des SF-36	40
9.2.2 Reliabilitätsanalyse des DHEQ	40
9.2.3 Reliabilitätsanalyse der adaptierten Version der Social Provisions Scale	41
9.2.4 Reliabilitätsanalyse des LGB-PIM	42
9.3 Hypothesenprüfung	43
9.3.1 Unterschiedshypothese zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität	43
9.3.2 Unterschiedshypothese zu heterosexistischen Erfahrungen	45

9.3.3 Der Einfluss sozialer Unterstützung und positiven Identitätsempfindens	47
9.3.4 Hypothesen zu Geschlechterunterschieden	49
10 Fazit	51
10.1 Diskussion	51
10.2 Kritik und Ausblick	56
Literaturverzeichnis	59
Tabellenverzeichnis	68
Abkürzungsverzeichnis	69

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. Lesbische, schwule und bisexuelle (LGB) Personen sind trotz Bemühungen um Gleichstellung weiterhin mit Stigmatisierung und Diskriminierung konfrontiert. Laut dem Minority Stress Model ist für Zugehörige sexueller Minderheiten aufgrund minderheitsspezifischer Stressoren das Risiko erhöht, an physischen und psychischen Störungen zu erkranken. Die vorliegende Arbeit untersuchte, ob sich die erhobene LGB-Stichprobe von der heterosexuellen Normpopulation in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterscheidet und inwiefern sich dieser Unterschied durch heterosexistische Alltagserfahrungen erklären lässt. Ressourcen wie die LGB-positive soziale Unterstützung und ein positives sexuelles Identitätsempfinden können die negativen Effekte von Stress abschwächen und so einen Schutz vor dessen Folgen bieten. Das Ziel dieser Arbeit war deswegen die Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von LGB-Personen, des Einflusses heterosexistischer Alltagserfahrungen und potentieller Schutzfaktoren.

Methodik. Es wurden 177 LGB-Personen anhand eines Online-Fragebogens zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität, heterosexistischen Alltagserfahrungen, den Schutzfaktoren LGB-positiver sozialer Unterstützung sowie positiver LGB-Identität befragt. Die Fragebogenbatterie setzte sich aus dem Fragebogen zum Gesundheitszustand Short Form Health Survey 36 (SF-36), dem Daily Heterosexist Experiences Questionnaire (DHEQ), einer adaptierten Version der Social Provisions Scale und dem LGB Positive Identity Measure (LGB-PIM) zusammen. Die Auswertung erfolgte anhand Einstichproben-t-Tests, einfaktorieller Varianzanalysen sowie Moderatoranalysen.

Ergebnisse. LGB-Personen wiesen in allen Subskalen der SF-36 außer der Körperlichen Funktionsfähigkeit signifikant niedrigere Werte auf als die Normstichprobe, mit kleinen bis mittleren Effekten bei den physischen, und mittleren bis großen Effekten bei den psychischen Subskalen. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Personen in Abhängigkeit des Ausmaßes der von ihnen erlebten heterosexistischen Erfahrungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beobachtet werden. Einzig der Schutzfaktor soziale Unterstützung konnte einen Beitrag zur Varianzaufklärung der psychischen Gesundheit leisten. Frauen hatten signifikant geringere Werte in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Männer.

Diskussion. Die Ergebnisse zeigen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität von LGB-Personen im Vergleich zur heterosexuellen Normpopulation signifikant eingeschränkt ist. Die Untersuchung betont die Notwendigkeit weiterer Forschung zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Integration dieser Erkenntnisse in sozialpolitische Entscheidungen.

Abstract (Englisch)

Background. Despite the endeavor for more equality in the last decades, lesbians, gays and bisexuals (LGB) still experience discrimination and stigmatization on a regular basis. These negative minority-specific experiences increase the risk for mental and physical health disparities. The aim of the present study was therefore to investigate if identifying as LGB is linked to a lower health-related quality of life and how heterosexist experiences can influence this outcome. Ressources like LGB-positive social support and a positive LGB-identity might be able to buffer the effects of these negative experiences. Thus the goal of this study was to investigate the health-related quality of life of LGB-individuals, the influence of daily heterosexist experiences as well as the moderating role of LGB-positive social support and a positive LGB-identity. *Methods.* For this cross-sectional study, 177 LGB individuals were recruited and filled in an online questionnaire regarding their health-related quality of life, daily heterosexist experiences, LGB-positive social support and positive LGB-identity. Following questionnaires were included: The general health questionnaire Short Form Health Survey 36 (SF-36), the Daily Heterosexist Experiences Questionnaire (DHEQ), an adapted version of the Social Provisions Scale, and the LGB Positive Identity Measure (LGB-PIM). For statistical evaluation, one-sample-t-tests, ANOVAs as well as moderator analyses were conducted. *Results.* LGB individuals exhibited significantly lower scores in all SF-36 subscales except for physical functioning, with small to medium effects in the physical subscales and medium to large effects in the mental subscales. No significant difference in health-related quality of life was observed based on individuals' heterosexist experiences. The only variable which could help explain the variance in mental health was the protective factor of social support. Women scored significantly lower in health-related quality of life compared to men. *Discussion.* The findings of this study replicate the persistent and considerable disparity in the health-related quality of life experienced by LGB individuals in contrast to the heterosexual population. The results emphasize the necessity for further research on risk and protective factors, as well as the incorporation of existing results into social policy decisions.

I Theoretischer Hintergrund

Einleitung

Obwohl Gleichbehandlung eines der Grundrechte der Europäischen Union (EU) und die Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung explizit verboten ist (EU, o.D.), sind die Folgen der Kriminalisierung und Pathologisierung von Homosexualität noch deutlich spürbar. Denn die Bemühungen um Gleichstellung in Bezug auf die sexuelle Orientierung sind noch jung: Erst seit 1971 wird Homosexualität in Österreich nicht mehr strafrechtlich verfolgt, und 1990 wurde Homosexualität von der *World Health Organization* (WHO) aus dem internationalen Klassifikationssystem für Krankheiten (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*; ICD) gestrichen, wo es zuvor unter dem Klassenkürzel 302.0 als eigene Krankheit angeführt worden war (Herek & Garnets, 2007; Kreiner, 2016).

Trotz der Bemühungen der EU um Gleichbehandlung gehören heterosexistische Erfahrungen keinesfalls der Vergangenheit an. In einer Studie zur Lebenssituation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen (LGBT) in Wien gaben rund 30 Prozent der Teilnehmer*innen an, in den letzten 12 Monaten Gewalt und Diskriminierung im öffentlichen Raum erfahren zu haben (Schönplugg, Hofmann, Klappeer, Huber & Eberhardt, 2015). In einer Umfrage aus dem Jahr 2013 der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (*Agency for Fundamental Rights*; FRA) berichtete knapp die Hälfte der befragten sich als LGBT identifizierenden EU-Bürger*innen, sich innerhalb des letzten Jahres aufgrund ihrer LGBT-Identität diskriminiert gefühlt zu haben (FRA, 2013). Auch gaben 26 Prozent der Teilnehmer*innen an, in den letzten fünf Jahren aufgrund ihrer LGBT-Zugehörigkeit physische Gewalt angedroht bekommen oder erfahren zu haben (FRA, 2013).

Sexuelle Minderheiten sind einer Reihe von potentiellen Stressoren ausgesetzt, mit denen heterosexuelle Personen nicht zu kämpfen haben. Laut dem Minority Stress Model nach Meyer (2003) ist für Zugehörige sexueller Minderheiten aufgrund dieser Erfahrungen und dem damit verbundenen Stress das Risiko erhöht, an psychischen Störungen zu erkranken.

Eine Metaanalyse zur Prävalenz psychischer Störungen bei lesbischen, schwulen und bisexuellen (LGB) Personen ergab, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression, Angst- oder Substanzkonsumstörung zu erkranken sowie einen Suizidversuch zu begehen, in der untersuchten Population signifikant erhöht war (King et al., 2008). In einer populationsbasierten Studie, die die Daten des *Washington State Behavioral Risk Factor*

Surveillance System zur physischen Gesundheit von LGB-Personen ab einem Alter von 50 Jahren untersuchte, konnte außerdem ein erhöhtes Risiko für unterschiedliche chronische körperliche Erkrankungen (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Adipositas, Asthma etc.) festgestellt werden (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). Balsam, Beauchaine, Mickey und Rothblum (2005) verglichen in einer Untersuchung LGB-Personen mit deren heterosexuellen Geschwistern. Die Identifikation als LGB war unter anderem mit einem erhöhten Risiko für Suizidversuche, selbstverletzendem Verhalten, der Einnahme von Psychopharmaka und der Inanspruchnahme von Psychotherapie assoziiert.

Auf Basis dieser Ergebnisse überrascht es wenig, dass im Rahmen vorangehender Studien auch bei der Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität maßgebliche Einschränkungen in der LGB-Population gefunden werden konnten (z.B. Case et al., 2004; Potter & Patterson, 2019).

Da die Diskriminierung von LGB-Personen stark an politische Entscheidungen und Entwicklungen gebunden ist, sind die Konsequenzen dieser Erfahrungen relativ zeit- und ortsspezifisch und einem stetigen Wandel unterzogen. Bisherige Untersuchungen stammen vor allem aus dem angloamerikanischen Raum, weshalb eine Betrachtung der Situation speziell im DACH-Raum notwendig ist, um differenzierte und aktuelle Aussagen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von LGB-Personen in dieser Region zu tätigen.

Neben der Untersuchung des Unterschieds in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen einer heterosexuellen und einer nicht-heterosexuellen Population ist es wichtig, sich mit Faktoren auseinanderzusetzen, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen haben können. Deswegen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit unterschiedlichen Risiko- und Schutzfaktoren und deren Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, um so ein besseres Verständnis über die Mechanismen dieses minderheitsspezifischen Stresses und den damit verbundenen Folgen zu erlangen. Als Risikofaktor sollen tägliche heterosexistische Diskriminierungserfahrungen beleuchtet werden. Als mögliche Schutzfaktoren soll der Einfluss zweier potentieller Ressourcen, nämlich des positiven LGB-Identitätsempfindens sowie der wahrgenommenen LGB-positiven sozialen Unterstützung, untersucht werden.

Da weibliche und männliche Homosexualität im Laufe der Geschichte teils unterschiedlich gehandhabt wurde, widmet sich die vorliegende Arbeit außerdem der Frage nach Geschlechterunterschieden in den bereits erwähnten Konstrukten.

Einleitend wird der Begriff der sexuellen Orientierung erläutert und ein historischer Überblick der Geschichte von Homosexualität präsentiert, um die komplexe gesellschaftliche

Verankerung der Stigmatisierung besser greifbar zu machen. Anschließend wird Meyers (2003) Minority Stress Model vorgestellt, das den theoretischen Rahmen dieser Arbeit bildet. Das zweite Kapitel ist der Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und dem aktuellen wissenschaftlichen Stand dieses Konstrukts in Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung gewidmet. Kapitel 3 befasst sich mit einem potentiellen Stressor für sexuelle Minderheiten, den heterosexistischen Alltagserfahrungen. In Kapitel 4 und 5 werden zwei potentielle Schutzfaktoren, nämlich die wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung sowie das positive LGB-Identitätsempfinden vorgestellt. Kapitel 6 befasst sich mit den Geschlechterunterschieden der zuvor vorgestellten Konstrukten. In Kapitel 7 und 8 wird die Zielsetzung sowie die theoretische Vorgehensweise der Untersuchung erläutert, deren Ergebnisse im neunten Kapitel vorgestellt werden. Abschließend findet sich in Kapitel 10 eine Eingliederung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand sowie eine kritische Auseinandersetzung und das Aufzeigen gegebener Limitationen.

1 Sexuelle Orientierung

Im folgenden Kapitel werden Begriffe rund um die sexuelle Orientierung definiert, es wird ein Überblick zum historischen Hintergrund gegeben sowie die aktuellen Zahlen beleuchtet. Anschließend wird Meyers Minority Stress Model (2003) erläutert.

1.1 Definition

Unter sexueller Orientierung versteht man die geschlechtliche Präferenz einer Person in Bezug auf die romantische sowie sexuelle Partner*innenwahl (Gonsiorek, Sell & Weinrich, 1995).

Neben der sexuellen Orientierung spricht man synonym auch häufig von sexueller Identität, wobei dieser Begriff weiter gefasst ist: Während bei der sexuellen Orientierung vor allem die geschlechtliche Präferenz der Partner*innen im Fokus steht, bezieht sich die sexuelle Identität auf einen Bestandteil des Selbstverständnisses der Person und ist stark durch kulturelle sowie historische Ereignisse geprägt (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2021; Hill, 2010). Sexualität ist hier als Teil des Selbst zu verstehen und durch mehr definiert als die eingegangenen sexuellen und romantischen Beziehungen. Die sexuelle Orientierung kann also als Bestandteil der sexuellen Identität gesehen werden.

Fühlt man sich zum anderen Geschlecht hingezogen, spricht man von Heterosexualität, bei gleichgeschlechtlicher Anziehung von Homosexualität. Homosexuelle

Frauen werden als Lesben, homosexuelle Männer als Schwule bezeichnet. Fühlt man sich hingegen sowohl zu Männern als auch Frauen hingezogen, wird der Begriff Bisexualität¹ verwendet (Gonsiorek et al., 1995). Neben diesen eher geläufigen Formen sexueller Orientierung gibt es außerdem noch weitere Formen, wie z.B. Pansexualität und Asexualität. Da diese jedoch aufgrund ökonomischer Faktoren nicht miterhoben wurden, wird hier auch nicht weiter darauf eingegangen.

Der Begriff LGB stellt eine gebräuchliche Abkürzung für Lesben, Schwule und Bisexuelle (engl.: lesbian, gay, bisexual) dar. Häufig wird diese auch erweitert, beispielsweise LGBT, wobei das T hier für Transsexuelle steht, oder LGBTQIA+ (lesbian, gay, bisexual, trans, queer, inter, asexual +). Da sich die vorliegende Arbeit nur auf LGB-Personen bezieht, wird auch ausschließlich diese Abkürzung verwendet, es sei denn, es werden Studien zitiert, die einen der ausgeweiteten Begriffe nutzen.

1.2 Historischer Hintergrund und aktuelle Zahlen

Die Geschichte der Homosexualität ist so lang wie die Geschichte der Menschheit selbst. Gleichgeschlechtliche Liebe existierte zu jeder Zeit, in jeder Epoche, in jedem Kulturkreis (Greenberg, 1990). Der Umgang damit war, abhängig vom zeitlichen und kulturellen Kontext, jedoch grundlegend verschieden. Generell lässt sich jedoch festhalten, dass das offene Ausleben von Homosexualität meist mit unangenehmen bis gefährlichen Konsequenzen verbunden war. Im folgenden Abschnitt wird ein Überblick über die historische Entwicklung gegeben, wobei der europäische Kulturkreis im Fokus steht.

Im antiken Griechenland galt homosexueller Geschlechtsverkehr als normal und sogar als gesellschaftlich anerkannt, wobei hier vor allem von Männern berichtet wurde, die sich einen meist viel jüngeren und sozial unterlegenen gleichgeschlechtlichen Partner zur Befriedigung ihrer sexuellen Lust suchten (von Lüpke, 2014). Auch in der griechischen Mythologie spiegelte sich diese Einstellung wider: Griechische Götter pflegten laut Überlieferung durchaus unterschiedliche sexuelle Beziehungen, unter anderem auch homosexuelle (Hupperts, 2007). Von der gleichgeschlechtlichen Liebe zwischen Frauen wurde deutlich weniger berichtet. Einen der wenigen Hinweise auf homosexuelle Beziehungen zwischen Frauen in der Antike gibt beispielsweise der Begriff *Lesbe*. Dieser

¹ Hierzu möchte ich eine kurze Anmerkung machen: Der Begriff *Bisexualität* wird aktuell zunehmend kritisiert, da hier von einer Binarität des Geschlechts ausgegangen wird und nicht-binäre Menschen nicht berücksichtigt werden. Ich lehne diese binäre Einteilung selbst ab und möchte in keiner Form nicht-binäre Menschen exkludieren oder diskriminieren. Da dieser Begriff jedoch nach wie vor der geläufigste ist und in der Literatur verwendet wird, habe ich mich aufgrund von besserer Vergleichbarkeit dazu entschieden, ihn beizubehalten.

leitet sich von dem Namen der griechischen Insel Lesbos ab, von der die Dichterin Sappho stammte, die eine bedeutende Poetin der Antike war und deren Lyrik homosexuelle Narrative beinhaltete (Nestler, 2009; von Lüpke, 2014).

Im Mittelalter sah die Situation bereits ganz anders aus. Da im alten Testament homosexuelle Beziehungen zur Gotteslästerung erklärt wurden und somit als große Sünde galten, endete gleichgeschlechtliche Liebe in diesem Zeitalter häufig mit qualvoller Folter bis hin zum Tod. Zu dieser Zeit war der Begriff Sodomie gebräuchlich, der sich vor allem auf Analverkehr bezog und sich von Sodom, der sündhaften Stadt, ableitet (Hergemöller, 1998).

Zur Zeit der Aufklärung führte der Trend, alles auf Naturgesetze zurückzuführen, dazu, dass Homosexualität als etwas Unnatürliches, von der Natur Abweichendes gesehen wurde, da man davon ausging, die menschliche Sexualität existiere einzig zum Zweck der Fortpflanzung (Riek, 2017). Der Grund der Ablehnung verschob sich also von einem theologisch-spirituellen hin zu einem vermeintlich wissenschaftlichen.

Im 18. und 19. Jahrhundert wurde Homosexualität als „widernatürliche Unzucht“ mit dem Gefängnis bestraft. Diese Zeit war vor allem geprägt von Versuchen, die Ursprünge männlicher Homosexualität zu erforschen. Auch der Begriff Homosexualität hat hier seinen Ursprung: Geprägt wurde er von dem Schriftsteller Karl Maria Kertbeny (Ostertag, 2004). Durch Richard von Krafft-Ebings Werk *Psychopathia sexualis* (1886), in dem er Homosexualität als erbliche neuropsychopathische Störung beschreibt, setzte sich der Begriff schließlich durch. Dem Ursprung weiblicher Homosexualität wurde auch in dieser Periode deutlich weniger Beachtung geschenkt, unter anderem weil man teilweise der Auffassung war, dass es sich hierbei häufig um „Pseudohomosexualität“ handle, dass also lesbische Frauen ganz einfach keinen Mann gefunden hätten und sich deswegen gezwungenermaßen umorientieren müssten (Ellis, 1910).

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts lässt sich der Anfang der organisierten emanzipatorischen Homosexuellenbewegung ausmachen: Das wissenschaftlich-humanitäre Komitee zur Organisation gegen antihomosexuelle Strafgesetze wurde gegründet; auch erschien die erste Zeitschrift für Homosexuelle, *Der Eigene*.

Während der Zeit des Nationalsozialismus spitzte sich die Lage jedoch wieder zu: Während zuvor „beischlafähnliche Handlungen“ für eine strafrechtliche Verfolgung nötig waren, reichten nun bereits „wollüstige Absichten“. Schwule Männer wurden verfolgt, eingesperrt und in Konzentrationslager gebracht, was in Zwangskastration und dem Tod enden konnte (Bruns, 2018). Homosexualität wurde als „widernatürliche Veranlagung“ gesehen, die es

auszurotten galt. Auch Frauen konnten ihre Homosexualität nicht öffentlich ausleben, jedoch fiel die Strafe milder aus, da weiblicher Sexualität generell weniger Relevanz zugesprochen wurde.

Auch nach Ende des Zweiten Weltkrieges wurde die verschärfte strafrechtliche Verfolgung beibehalten. Erst im Jahr 1969, in dem sich auch die berühmten Stonewall-Aufstände in New York ereigneten, wurde diese in Deutschland aufgehoben. In Österreich erfolgte die Aufhebung im Jahre 1971, während sie in der Schweiz bereits 1942 mit der Einführung des Strafgesetzbuches erfolgt war.

Die *American Psychiatric Association* (APA) strich Homosexualität 1973 aus dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM); in dem von der WHO herausgegebenen ICD blieb Homosexualität bis 1992 als Krankheit angeführt (Drescher, 2015).

Auch heute noch gibt es Staaten, in denen das offene Ausleben von Homosexualität mit unangenehmen bis gefährlichen strafrechtlichen Konsequenzen verbunden ist: Homosexualität wird laut der deutschen Bundesregierung weltweit noch in mindestens 37 Ländern strafrechtlich verfolgt, teils mit Todesstrafe (AFP, 2019).

Wie viele Personen tatsächlich homo- oder bisexuell sind, lässt sich nur schwer feststellen (Brauns, 2016). Das liegt einerseits daran, dass die eigene Sexualität häufig als Privat- und Tabuthema angesehen wird, und deswegen nicht gerne öffentliche Angaben dazu gemacht werden. Andererseits wird diese selten offiziell erhoben. Laut einer Umfrage des Berliner Marktforschungsinstitut *Dalia* aus dem Jahr 2016 identifizieren sich knapp sechs Prozent der Europäer*innen als schwul, lesbisch, bisexuell oder transsexuell, wobei Deutschland mit 7.4 Prozent an der Spitze liegt (Dalia Research, 2016). Den geringsten prozentualen Anteil an LGBT-Personen weist Ungarn (1.5%) auf, was in Anbetracht der dort praktizierten schwer diskriminierenden Anti-LGBT-Politik nicht überrascht. Erwähnenswert ist außerdem, dass sich in fast allen befragten Ländern mehr Frauen als Männer als LGBT identifizierten. Auch gaben 14- bis 29-Jährige deutlich häufiger als ältere Kohorten an, nicht (bzw. nicht ausschließlich) heterosexuell zu sein.

Dass diese Zahlen kein endgültiges Ergebnis sind, merkt das Marktforschungsinstitut *Dalia* selbst an. Beispielsweise wollten sich acht Prozent der Befragten gar nicht erst zu ihrer sexuellen Identität äußern (Dalia Research, 2016). Außerdem ist davon auszugehen, dass ein Teil der Bevölkerung nach wie vor Angst vor der damit verbundenen Stigmatisierung hat, und dadurch das Antwortverhalten beeinflusst werden kann.

Artikel 21 Charta der Grundrechte der EU verbietet Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung (EU, o.D.). Das hält manche Mitgliedsstaaten jedoch nicht davon ab, weiterhin LGBT-feindliche Gesetze zu erlassen. So ist in Ungarn erst Mitte 2021 das umstrittene Gesetz zur Beschränkung von Information zu Homo- und Transsexualität in Kraft getreten, und Polen machte in den letzten Jahren Schlagzeilen mit seinen sogenannten LGBT-freien Zonen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Wie sieht es aktuell im DACH-Raum aus? Die gleichgeschlechtliche Ehe ist mittlerweile in Deutschland und Österreich seit 2017 bzw. 2019 möglich und in der Schweiz zumindest parlamentarisch beschlossen. Während gleichgeschlechtliche Paare in Deutschland und Österreich Kinder adoptieren können, ist dies in der Schweiz weiterhin verboten. Beim Abstammungsrecht werden Homosexuelle weiterhin diskriminiert: Bekommt ein lesbisches Paar mithilfe einer Samenspende ein Kind, wird nur die leibliche Mutter in der Geburtsurkunde als Elternteil anerkannt, während bei heterosexuellen Paaren automatisch auch der Ehemann als Elternteil in die Geburtsurkunde aufgenommen wird.

Auch wenn im DACH-Raum ein Trend in Richtung Gleichstellung zu beobachten ist, zeigen die Ergebnisse des EU LGBT Survey (FRA, 2013), dass noch einiges getan werden muss: 46% bzw. 48% der befragten deutschen bzw. österreichischen LGBT-Personen gaben an, Diskriminierungserfahrungen innerhalb des letzten Jahres aufgrund ihres LGBT-Status gemacht zu haben. Die Heteronormativität sowie die damit einhergehende Stigmatisierung von LGB-Personen ist sowohl tief gesellschaftlich als auch strukturell verankert, und deren Auflösung wird noch einiges an Zeit und Kraft in Anspruch nehmen. Inwiefern sich diese Diskriminierungserfahrungen auf die psychische und physische Gesundheit auswirken, und inwiefern die Folgen dieser Erlebnisse durch bestimmte Schutzfaktoren abzupuffern sind, ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Den theoretischen Rahmen bildet das Minority Stress Model (Meyer, 2003), das im folgenden Abschnitt besprochen wird.

1.3 Minority Stress Model

Das Minority Stress Model von Meyer (1995; 2003) stellt eine Erweiterung der Social Stress Theory (Crocker, Major & Steele, 1998; Link & Phelan, 2001) dar, die besagt, dass die Bedingungen und Strukturen des sozialen Umfeldes mit spezifischen Stressoren verbunden sind, die das Wohlbefinden beeinflussen können. Meyer (2003) formuliert die Annahme, die erhöhte Vulnerabilität dieser Gruppe stamme „[...] from social processes, institutions, and structures beyond the individual rather than [...] biological, genetic, or other nonsocial characteristics of the person or group” (S. 676). Minority Stress ist eine spezielle Form

sozialen Stresses, den Mitglieder bestimmter Minderheiten erfahren, da sie durch ihren Minderheitsstatus und der damit verbundenen Stigmatisierung und Diskriminierung spezifischen Stressoren ausgesetzt sind. Dies kann in weiterer Folge zu Einschränkungen im Wohlbefinden und in anderen gesundheitsassoziierten Faktoren führen sowie das Auftreten psychischer Störungen begünstigen.

Es wird angenommen, dass Minority Stress a) einzigartig ist – die minderheitsspezifischen Stressoren kommen also additiv zu den allgemeinen, von allen erlebten Stressoren hinzu; b) chronisch ist – Minority Stress basiert auf meist stabilen, gesellschaftlich verankerten Strukturen; c) sozial begründet ist – er übersteigt individuelle Ereignisse oder Bedingungen und ist auf kulturelle und institutionalisierte soziale Prozesse zurückzuführen.

Laut Meyer (2003) lassen sich im Zusammenhang mit dem LGB-Status vier Stress-Prozesse ausmachen, durch die sich das erhöhte Risiko für psychische Störungen erklären lässt: 1. externe, objektiv stressige Ereignisse und Umstände im Zusammenhang mit Stigmatisierung, Diskriminierung und Vorurteilen wie beispielsweise Beleidigungen und körperliche Angriffe; 2. Angst vor Ablehnung – die Erwartung solcher Ereignisse und die damit verbundene Vigilanz; 3. internalisierte Homophobie – die Verinnerlichung dieser negativen sozialen Erfahrungen und Einstellungen; 4. Stress durch Verheimlichung der sexuellen Identität. Diese lassen sich entlang eines Kontinuums als eher distal und objektiv oder eher proximal und subjektiv einordnen: Während 1. als distal und eher objektiv einzuordnen ist, sind 2., 3. und 4. als eher proximale und subjektive Faktoren einzuordnen.

Der Zusammenhang der oben genannten Faktoren mit den gesundheitlichen Outcomes wird durch unterschiedliche psychologische Determinanten und Prozesse, wie Persönlichkeit, Coping und Resilienz, beeinflusst. Zwei dieser Faktoren, die einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen minderheitsspezifischen Stressoren und gesundheitlichen Outcomes haben können, aber in diesem Kontext bisher weniger gut erforscht sind, sind einerseits die soziale Unterstützung und andererseits das minderheitsspezifische Identitätsempfinden. Diese wurden im Rahmen dieser Arbeit untersucht.

2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im folgenden Abschnitt wird das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität definiert und erläutert. Anschließend werden wissenschaftliche Ergebnisse zu diesem Konstrukt in Verbindung mit der sexuellen Orientierung beleuchtet.

2.1 Definition

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein multidimensionales Konstrukt, das den subjektiven Gesundheitszustand von Individuen beschreibt und sowohl physische, psychische als auch soziale Dimensionen miteinschließt (Hays & Reeve, 2008).

Lebensqualität als Forschungsfeld etablierte sich nach der Erweiterung des Gesundheitsbegriffs der WHO im Jahre 1948, bei der sich diese von der Annahme distanzierte, Gesundheit definiere sich alleine durch die Abwesenheit von Krankheit (Bullinger, 2014). Die neue Definition der WHO berücksichtigt neben objektiven medizinischen Daten erstmals auch das subjektive physische, psychische und soziale Wohlbefinden, was das Konstrukt der Lebensqualität, das ursprünglich aus den Sozialwissenschaften stammt, erstmals auch im gesundheitspsychologischen und medizinischen Bereich relevant werden ließ.

Neben dem Begriff der Lebensqualität existieren in der Scientific Community einige synonyme Begriffe wie Wohlbefinden, Glück oder Lebenszufriedenheit. Konzeptionell lassen sich diese schwer abgrenzen, was das Festlegen einer eindeutigen Definition erschwert (Renneberg & Lippke, 2006). Die WHO definiert Lebensqualität als

[...] an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environment. (WHO, 1997, S. 1)

Das Konzept der Lebensqualität ist keineswegs nur einer Disziplin zuzuordnen und spielt in verschiedenen Bereichen eine bedeutsame Rolle (Radoschewski, 2000). Es ist deswegen sinnvoll, den Begriff durch die Erweiterung des Gesundheitsbezugs abzugrenzen.

Hays und Reeve (2008) definieren gesundheitsbezogene Lebensqualität als „[...] how well a person functions in their life and his or her perceived wellbeing in physical, mental, and social domains of health” (S. 195). Diese sowie weitere aktuelle Definitionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität orientieren sich am Gesundheitsbegriff der WHO und beschreiben gesundheitsbezogene Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt mit körperlichen, emotionalen, mentalen, sozialen und alltagsfunktionalen Komponenten, das von individuellen Charakteristika sowie strukturell-ökologischen Bedingungen beeinflusst wird (Bullinger, 2014).

2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität und sexuelle Orientierung

Wie Meyer (2003) in seinem Minority Stress Model postulierte, führt eine Reihe von minderheitsspezifischer Stressoren zu einem erhöhten Risiko für psychische Störungen, was in einer Vielzahl von Untersuchungen belegt werden konnte (z.B. Balsam et al., 2005; Gmelin et al., 2022; King et al., 2008; Russell & Fish, 2016; Swim, Johnston & Pearson, 2009).

Der Fokus der empirischen Forschung zu den Folgen minderheitsspezifischen Stressors lag lange Zeit vor allem auf den Einschränkungen der psychischen Gesundheit, wobei mittlerweile auch der physischen Gesundheit vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird (Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Lick, Durso & Johnson, 2013). So konnte beispielsweise in vergangenen Untersuchungen gezeigt werden, dass der allgemeine Gesundheitszustand eingeschränkt und das Risiko für Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, Asthma, Diabetes und andere chronische Erkrankungen in dieser Population erhöht war (Lick et al., 2013).

In einer Untersuchung von Case et al. (2004), die die Daten der *Nurses' Health Study II*, eine Stichprobe weiblicher Krankenpflegerinnen aus dem Jahr 1995, heranzog, wiesen lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu ihren heterosexuellen Kolleginnen klinisch als auch statistisch signifikante Einschränkungen in sozialer und emotionaler Funktionsfähigkeit auf sowie eine signifikant erhöhte Prävalenz für diverse Risikofaktoren im Zusammenhang mit Krebs und kardiovaskulären Erkrankungen.

Potter und Patterson (2019) untersuchten anhand der Daten des *2016 Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey*, an wie vielen Tagen LGB-Personen im Vergleich zu Heterosexuellen von eingeschränkter physischer sowie psychischer Gesundheit berichteten. LGB-Personen berichteten signifikant häufiger von psychischen Problemen. Außerdem berichteten lesbische und bisexuelle Frauen von signifikant mehr Aktivitätseinschränkungen. Bisexuelle Frauen wiesen außerdem einen schlechteren generellen Gesundheitszustand auf und berichteten von signifikant mehr Tagen, an denen ihre physische Gesundheit eingeschränkt war.

Auch Charlton et al. (2018) untersuchten die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei LGB-Adoleszent*innen und konnten, im Einklang mit den bisher präsentierten Ergebnissen, bei allen Subgruppen der untersuchten sexuellen Minderheiten eine verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zur heterosexuellen Normstichprobe feststellen.

Während der Großteil der Untersuchungen in den USA durchgeführt wurde, ist die Befundlage im europäischen Raum noch begrenzt und die Ergebnisse weniger eindeutig. Bei einer Stichprobe aus den Niederlanden (Sandfort, Bakker, Schellevis & Vanwesenbeeck, 2006) war eine nicht-heterosexuelle Orientierung beispielsweise mit einer schlechteren psychischen Gesundheit assoziiert. In der physischen Gesundheit unterschied sich diese jedoch nicht von der heterosexuellen Population. Im Gegensatz dazu konnte in einer Untersuchung, die die Daten des *Barcelona Health Interview Survey* heranzog, eine deutlich verminderte allgemeine physische und psychische Gesundheit sowie signifikant mehr chronische Gesundheitsprobleme bei LGB-Personen festgestellt werden (Marti-Pastor et al., 2018).

Da die Stigmatisierung von LGB-Personen politische Wurzeln hat, kann sich diese relativ zeit- und ortsgebunden unterscheiden und ist einem stetigen Wandel unterzogen (Pachankis & Bränström, 2018). Deswegen ist eine Betrachtung der Situation speziell im DACH-Raum notwendig, um differenzierte und aktuelle Aussagen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von LGB-Personen in dieser Region zu tätigen.

3 Heterosexistische Alltagserfahrungen

Dieses Kapitel befasst sich mit heterosexistischen Alltagserfahrungen, wie sich diese definieren lassen und welche wissenschaftlichen Ergebnisse bereits zu den damit verbundenen Folgen, vor allem in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, existieren.

3.1 Definition

Heterosexismus ist die Diskriminierung von Nicht-Heterosexuellen aufgrund ihrer sexuellen Identität. Diese Form von Sexismus beschreibt die Überzeugung, Heterosexualität sei die einzig richtige, „natürliche“ und überlegene sexuelle Orientierung, während alle anderen Formen von Sexualität (Homosexualität, Bisexualität etc.) abgewertet und abgelehnt werden. Das Ziel des Heterosexismus ist die Wahrung der Heteronormativität, also der Beibehaltung der Heterosexualität als Norm (Sauer, 2018).

Heterosexistische Alltagserfahrungen beschreiben tägliche Erfahrungen von LGB-Personen mit minderheitsspezifischen Stressoren, die durch heterosexistische Unterdrückung, Diskriminierung, Vorurteile und Stigmatisierung ausgelöst werden (Balsam, Beadnell & Molina, 2013). Heterosexistische Alltagserfahrungen decken sowohl distale als

auch proximale Stressoren in Bezug auf Minority Stress ab und lassen sich deswegen gut in Meyers (2003) Modell einbetten.

Das ehemals gebräuchliche Wort Homophobie ist heute eher umstritten, da sich eine feindselige und negative Einstellung gegenüber Homosexuellen schwer mit einer Phobie, also einer tatsächlichen Angst vor Homosexuellen, gleichsetzen lässt. Während bei einer Phobie die in ihrem Mittelpunkt stehenden angstausslösenden Situationen eher gemieden werden, werden Homosexuelle im Falle von Homophobie oft aktiv aufgesucht und aggressiv angefeindet. Stattdessen können beispielsweise die Begriffe Homonegativität oder eben Heterosexismus verwendet werden. Da manche Studien und Fragebögen, auf die sich die vorliegende Arbeit bezieht, jedoch den Begriff Homophobie nutzen (internalisierte Homophobie; siehe Balsam et al., 2013; Meyer, 2003), wird der Begriff bei Bezugnahme auf diese Studien beibehalten.

3.2 Heterosexistische Alltagserfahrungen und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Laut Meyer (2003) führen minderheitsspezifische Stressoren bei andauernder Exposition zu einem erhöhten Risiko für psychische Störungen. Demzufolge müsste also bei vermehrten heterosexistischen Erfahrungen eine Einschränkung in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu beobachten sein.

Austin et al. (2017) untersuchten die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei LGB-Adoleszent*innen, die im Einklang mit den bisher dargestellten Ergebnissen im Gegensatz zur heterosexuellen Vergleichsstichprobe reduziert war. LGB-Personen waren außerdem häufiger von Bullying und Viktimisierung betroffen und berichteten von einem subjektiv niedrigeren sozialen Status in ihren Peer-Gruppen. Diese Diskriminierungserfahrungen waren negativ mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert.

Ein Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen und Einschränkungen der physischen Gesundheit konnte auch in einer Stichprobe von erwachsenen LGB-Personen gefunden werden (Denton, Rostosky & Danner, 2014). Sowohl proximale als auch distale Stressoren waren mit einer schwereren Symptomatik assoziiert.

Frost, Lehavot und Meyer (2015) untersuchten den Einfluss minderheitsspezifischer Stressoren auf unterschiedliche gesundheitliche Outcomes. Diese beinhalteten u.a. Grippe, Bluthochdruck, Krebs u.v.m. Die Stressoren wurden einerseits als Selbsteinschätzung erhoben, andererseits als Fremdeinschätzung durch zwei unabhängige Rater anhand von Interviews bezüglich des Vorkommens sog. *Prejudice Events*. Die Ergebnisse zeigten, dass

Minority Stress, operationalisiert als die Fremdeinschätzung des Vorkommens solcher Prejudice Events, signifikant mit dem Einsetzen eines physischen Gesundheitsproblems innerhalb des nächsten Jahres assoziiert war. Zwischen der Selbsteinschätzung der Teilnehmer*innen und den physischen Gesundheitsproblemen konnte allerdings kein signifikanter Zusammenhang beobachtet werden.

Um einen Beitrag zum besseren Verständnis der Folgen von unterschiedlichen minderheitsspezifischen Stressoren zu leisten, widmete sich die vorliegende Untersuchung der Frage, ob sich LGB-Personen in Abhängigkeit vom Ausmaß der erlebten heterosexistischen Alltagserfahrungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterscheiden und wie groß der Einfluss solcher Erfahrungen ist.

4 Wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung

Im folgenden Abschnitt wird die wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung definiert und der aktuelle Forschungsstand zu diesem Konstrukt im Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensqualität beleuchtet.

4.1 Definition

Soziale Unterstützung ist ein facettenreiches Konstrukt, das schwer eindeutig zu definieren ist (Hupcey, 1998). Beschrieben wird eine prozesshafte Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, bei der soziale Netzwerke und ihre funktionalen Merkmale im Vordergrund stehen (Knoll, Scholz & Ditzen, 2019; Schwarzer, 2000). Besonders bedeutsam ist hier die Qualität der sozialen Beziehungen, während die Quantität eine eher untergeordnete Rolle spielt. Soziale Unterstützung wird als wichtige Ressource im Zusammenhang mit Stress genannt, da durch die Hilfe nicht-professioneller sozialer Netzwerke ein Umgang mit Problemen gefunden oder Ziele erreicht werden können (Cohen, 2004).

Es wird zwischen der tatsächlich erhaltenen und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung unterschieden. Letztere beschreibt die Erwartungshaltung und das Empfinden einer Person, dass andere Personen potentiell verfügbar sind, um bei der Bewältigung eines Problems oder dem Erreichen eines Ziels zu helfen. Die Art der sozialen Unterstützung kann sowohl instrumentell (z.B. Unterstützung durch finanzielle Ressourcen), informationell (Ratschläge, Informationen etc.) als auch emotional (Trost, Anerkennung etc.) erfolgen (Kienle, Knoll & Renneberg, 2006).

Bei der LGB-positiven sozialen Unterstützung handelt es sich um eine spezielle Form der sozialen Unterstützung, die konkret auf die durch LGB-bezogene Stressoren und die dadurch entstehenden Bedürfnisse reagiert und somit der heterosexistischen Kultur in der Gesellschaft entgegenwirkt (Chong, 2020).

4.2 Wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Soziale Unterstützung kann einen Puffer gegen negative Folgen von Stress darstellen und trägt zum Erhalt der psychischen Gesundheit bei (z.B. Cohen, 2004; Cutrona, 1986). In Bezug auf soziale Unterstützung bei minderheitsspezifischem Stress sind die Ergebnisse jedoch inkonsistent. Während in einigen Untersuchungen eine stressvermindernde Wirkung von sozialer Unterstützung belegt werden konnte (z.B. Doty, Willoughby, Lindahl & Malik, 2010; Fingerhut, 2018; Fredriksen-Goldsen, Kim, Shiu, Goldsen & Emlet, 2015; Sattler, Wagner, & Christiansen, 2016), konnte dieser Effekt in anderen Studien nicht bzw. nicht eindeutig gefunden werden (Hershberger & D'Augelli, 1995; Pascoe & Smart Richman, 2009; Szymanski, 2009).

Doty et al. (2010) untersuchten eine Stichprobe afroamerikanischer schwuler Männer, die der Ballroom-Szene in Los Angeles angehörten. Die Ergebnisse zeigten, dass unterschiedliche minderheitsspezifische Stressoren mit höherem psychologischen Distress assoziiert waren. Eine größere instrumentelle soziale Unterstützung reduzierte jedoch die Effekte distaler Stressoren auf das psychische Wohlbefinden. Auch war das Gefühl von Verbundenheit mit einem sozialen Netzwerk mit geringerem Stress bezüglich der sexuellen Identität assoziiert.

In einer Tagebuchstudie mit weißen schwulen Männern in den USA konnte ebenfalls ein negativer Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Stress-Outcomes gefunden werden. Bei genauerer Betrachtung war jedoch vor allem die soziale Unterstützung der Peer-Group ein Puffer gegen Stress, während die der Familie zwar bei der Baseline-Erhebung noch mit geringerem negativen Affekt assoziiert war, jedoch keine moderierende Wirkung gefunden werden konnte (Fingerhut, 2018).

In einer Untersuchung zur moderierenden Wirkung unterschiedlicher Faktoren auf den Zusammenhang zwischen heterosexistischen Erfahrungen und psychologischem Distress konnte in einer weiteren Stichprobe schwuler und bisexueller amerikanischer Männer kein signifikanter Effekt sozialer Unterstützung gefunden werden (Szymanski, 2009). Erfasst wurde soziale Unterstützung hier mithilfe der *Number of Social Supports Subscale* des *Social*

Support Questionnaire – Short Form (SSQ6; Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987). Somit wurde soziale Unterstützung als die Anzahl verfügbarer Personen in unterschiedlichen Stresssituationen operationalisiert.

Soziale Unterstützung ist dann am effektivsten, wenn sie die vorhandenen Stressoren direkt adressiert (Cohen & Wills, 1985). Dass beispielsweise bei Szymanski (2009) keine moderierenden Effekte gefunden werden konnten, könnte u.a. damit zusammenhängen, dass soziale Unterstützung zu allgemein und unspezifisch erfasst wurde (Chong, 2020). Deswegen sollte in der geplanten Untersuchung ein Instrument herangezogen werden, das spezifisch die LGB-positive soziale Unterstützung erhebt.

Auch ist der Großteil der Untersuchungen mit ausschließlich männlichen und amerikanischen Stichproben durchgeführt worden sowie nur in Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwandten Konstrukten. Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der moderierenden Wirkung der LGB-spezifischen sozialen Unterstützung auf den Zusammenhang heterosexistischer Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität in einer Stichprobe sowohl weiblicher als auch männlicher LGB-Personen im deutschsprachigen Raum.

5 Positive LGB-Identität

Im folgenden Kapitel wird die positive LGB-Identität definiert und der aktuelle Forschungsstand zu diesem Konstrukt im Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Lebensqualität näher betrachtet.

5.1 Definition

Eine positive Identität bzw. ein positives Identitätsempfinden zu haben bedeutet im Grunde, sich mit sich selbst gut zu fühlen, was mit unterschiedlichen Variablen psychischer Gesundheit assoziiert ist (z.B. Keyes, 1998). Ein positives LGB-Identitätsempfinden heißt, sich gut damit zu fühlen, sich als LGB zu identifizieren (Petrocchi et al., 2020). Das Konstrukt kann als andauernder intrapersoneller Prozess verstanden werden, der sich um die individuelle Manifestation einer kollektiven Identität dreht (Riggle, Mohr, Rostosky, Fingerhut & Balsam, 2014). Identitäten, die sich innerhalb eines sozialen Kontextes formen, beinhalten eine kulturell geprägte Bewertung. Somit sind sich als LGB identifizierende Personen im Kontext der Heteronormativität mit einer Abwertung ihrer sexuellen Identität konfrontiert (Herek, Gillis & Cogan, 2009). Der Prozess, in einem durch Ablehnung

geprägten Kontext eine LGB-Identität zu bilden, kann zu persönlichem Wachstum und dem Erwerben verschiedener inter- sowie intrapersoneller Fertigkeiten führen. Die daraus resultierenden positiven Erfahrungen im Zusammenhang mit der LGB-Identität können schließlich zu einem positiven Identitätsempfinden beitragen (Riggle et al., 2014).

Die positive LGB-Identität ist *nicht* als die bloße Abwesenheit von negativen Gefühlen und somit als einer der Pole eines Kontinuums positiver und negativer Gefühle gegenüber der LGB-Identität zu verstehen, sondern vielmehr als eigenständiges, mehrdimensionales Konstrukt (Moradi, Mohr, Worthington & Fassinger, 2009). Laut Riggle et al. (2014) konnten anhand faktorenanalytischer Verfahren fünf Dimensionen ausgemacht werden, die zu einem positiven LGB-Identitätsempfinden beitragen: Ich-Bewusstsein – der Glaube, dass die eigene LGB-Identität das Bewusstsein über das Selbst erhöht; Authentizität – sich mit der eigenen LGB-Identität und der Expression dieser gegenüber anderen wohlfühlen; Gemeinschaft – das Gefühl der Zugehörigkeit zur und Involviertheit in die LGB-Community; Intimität – der Glaube, dass die eigene LGB-Identität die Kapazitäten und Möglichkeiten der Intimität und sexuellen Freiheit erweitert; und schließlich soziale Gerechtigkeit – der Glaube, dass die eigene LGB-Identität das Verständnis für alle Formen gesellschaftlicher Unterdrückung erweitert.

5.2 Positive LGB-Identität und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die starke Identifikation mit einer sozialen Gruppe kann einen wichtigen Teil des Selbstbewusstseins und der Selbstwahrnehmung ausmachen (Ashmore, Deaux & McLaughlin-Volpe, 2004). Die aktive Teilnahme an und Identifikation mit der LGB-Community konnte bei nicht-heterosexuellen Personen in einer Reihe von Untersuchungen mit geringerer psychischer Belastung und höherem Wohlbefinden in Verbindung gebracht werden (Lee, Park, Choi, Yi, & Kim 2021; Lewis, Derlega, Berndt, Morris & Rose, 2002; Mills et al., 2004; Morris, Waldo & Rothblum, 2001).

Fredriksen-Goldsen et al. (2015) untersuchten eine Stichprobe von LGBT-Personen ab einem Alter von 50 Jahren in den USA, um Faktoren für erfolgreiches Altern zu identifizieren. Die Ergebnisse zeigten, dass ein positives sexuelles Identitätsempfinden mit einer signifikant besseren psychischen Gesundheit im Alter assoziiert war.

In einer Studie mit erwachsenen LGB-Personen, die das *LGB Positive Identity Measure*, der Fragebogen, der auch in der vorliegenden Arbeit genutzt wurde, heranzog, wurde der Zusammenhang der Dimensionen der positiven LGB-Identität mit verschiedenen Dimensionen psychologischen Wohlbefindens untersucht (Rostosky, Cardom, Hammer &

Riggle, 2018). Alle fünf Dimensionen der positiven LGB-Identität waren mit zumindest einer, teilweise auch mit allen Dimensionen des psychologischen Wohlbefindens assoziiert.

Auch bei einer Stichprobe von lesbischen, schwulen und bisexuellen Erwachsenen im Alter von 18 bis 32 Jahren wurde der Zusammenhang einer positiven LGB-Identität mit Well-Being untersucht (Petrocchi et al., 2020). Für die Dimensionen Ich-Bewusstsein, Authentizität, Gemeinschaft und Intimität konnte ein positiver Zusammenhang mit Well-Being gefunden werden. Nur die Subskala soziale Gerechtigkeit war nicht mit Well-Being assoziiert.

Da es sich um ein vergleichsweise junges Konstrukt handelt, gibt es meines Wissens bisher keine Untersuchungen zu dem Zusammenhang zwischen positivem sexuellen Identitätsempfinden und dem Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie zu möglichen moderierenden Effekten dieses Konstrukts in Bezug auf den Zusammenhang zwischen heterosexistischer Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Deswegen widmete sich die geplante Untersuchung der Frage, inwiefern ein positives LGB-Identitätsempfinden mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammenhängt und ob dieses einen Puffer für negative Folgen dieser Diskriminierungserfahrungen darstellen kann.

6 Geschlechterunterschiede

Weibliche und männliche Homosexualität wurden im Laufe der Geschichte durchaus unterschiedlich wahrgenommen und gehandhabt. So fällt beim Betrachten der Geschichte der Homosexualität beispielsweise auf, dass Frauen einerseits weniger Beachtung geschenkt und sie in ihrer Sexualität weniger ernst genommen wurden, andererseits wurden sie auch weniger schwerwiegend für homosexuelle Handlungen bestraft.

Austin et al. (2017) konnten in ihrer Untersuchung geschlechtsspezifische Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität feststellen – Lesben hatten im Vergleich zu ihrer heterosexuellen Vergleichsgruppe größere Einbußen zu verzeichnen als Schwule. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass Frauen durch ihr Geschlecht einen doppelten Minderheitsstatus haben und somit mit noch mehr Stressoren konfrontiert werden (Austin et al., 2017). Im Gegensatz dazu konnte in einer Reihe von Untersuchungen eine Tendenz dahingehend gefunden werden, dass nicht-heterosexuelle Männer häufiger als Frauen mit Viktimisierung und Abweisung konfrontiert sind und deswegen ein schlechteres

psychisches Wohlbefinden aufweisen (D'Augelli, 2002; Marti-Pastor et al., 2018; Willoughby, Doty & Malik, 2008).

Lesbische sowie bisexuelle Frauen werden laut vorliegenden Untersuchungen weniger häufig aktiv attackiert, dafür werden sie jedoch in ihrer queeren Identität oftmals weniger ernst genommen (Louderback & Whitley, 1997). Diese Absprache der weiblich-queeren Sexualität spiegelt sich beispielsweise in Ellis' (1910) Pseudo-Homosexualität wider oder in der sexualisiert inszenierten Darstellung von Lesben, die der Befriedigung männlicher Lust gilt.

In der vorliegenden Arbeit wurde deswegen untersucht, inwiefern sich nicht-heterosexuelle Männer und Frauen hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität, ihrer heterosexistischen Alltagserfahrungen und ihrer LGB-Identität unterscheiden.

II Empirischer Teil

7 Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei LGB-Personen im deutschsprachigen Raum, um die Folgen der nach wie vor vorherrschenden Stigmatisierung und Diskriminierung aufzudecken. Während der Großteil der vorliegenden Untersuchungen in den USA durchgeführt wurde, ist der Forschungsstand in Europa dazu eher dürftig. Da die Lebensrealität von LGB-Personen eng mit dem politischen Klima des Erhebungsraumes verknüpft ist, ist es notwendig, die gesundheitsbezogene Lebensqualität orts- und zeitspezifisch zu betrachten, um gültige Aussagen treffen zu können. Neben dem Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einer LGB-Stichprobe mit einer heterosexuellen Normstichprobe wurde untersucht, in welchem Ausmaß heterosexistische Diskriminierungserfahrungen die gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinflusst. Außerdem wurden zwei Konstrukte, die potentiell zum Erhalt der psychischen und physischen Gesundheit beitragen, nämlich die wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung sowie das positive LGB-Identitätsempfinden, beleuchtet. Damit sollte ein Beitrag zum besseren Verständnis von Risiko- und Schutzfaktoren geleistet werden, aus dem in Zukunft praktische Implikationen zur Verbesserung der Lebensqualität sexueller Minderheiten abgeleitet werden können. Auch wurden Fragen rund um Geschlechterunterschiede behandelt, um ein besseres Verständnis über deren Ursprung zu erlangen.

8 Methodik

Im folgenden Teil soll das methodische Vorgehen der Arbeit beschrieben werden. Dabei wird auf das Studiendesign und die Untersuchungsdurchführung eingegangen. Des Weiteren erfolgt eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe sowie der angewandten Fragebögen und Messinstrumente. Anschließend werden die einzelnen Fragestellungen in Form von Hypothesen dargestellt sowie die geplante statistische Auswertung erläutert.

8.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelte es sich um eine Online-Erhebung im Querschnittsdesign. Zu Beginn des Fragebogens wurden die Teilnehmer*innen über das Ziel der Untersuchung, die Einschlusskriterien, die Wahrung der Anonymität sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Nach der Einverständniserklärung begann die Fragebogenbatterie mit der Erhebung der soziodemographischen Daten. Anschließend

folgten das *Short-Form-36 Health Survey* (SF-36; Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, *The Daily Heterosexist Experiences Questionnaire* (DHEQ; Balsam et al., 2013) zur Erhebung der heterosexistischen Alltagserfahrungen, die adaptierte Version der *Social Provisions Scale* (Cutrona & Russell, 1987; adaptiert nach Chong, 2020) zur Erhebung der wahrgenommenen LGB-positiven Unterstützung sowie das *Lesbian, Gay and Bisexual Positive Identity Measure* (LGB-PIM; Riggle et al., 2014) zur Erhebung der positiven LGB-Identität. Eine detaillierte Beschreibung der verwendeten Instrumente ist in Kapitel 8.4 vorzufinden.

Die Bearbeitung der Fragebogenbatterie nahm ca. 15 Minuten in Anspruch. Nach Abschließen der letzten Befragungsseite erschien eine Danksagung sowie eine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme, sollte es Fragen oder Anmerkungen geben.

8.2 Untersuchungsdurchführung

Die Erhebung wurde auf SoSci Survey, einer Online-Plattform für wissenschaftliche Befragungsprojekte (Leiner & Leiner, 2020), durchgeführt. Der Befragungszeitraum war ursprünglich von Oktober 2021 bis Dezember 2022 geplant, wurde aber aufgrund zu geringer Teilnehmer*innenzahlen in manchen Subgruppen bis März 2022 verlängert. Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen fand sowohl online als auch über gedruckte Flyer statt. Der Aufruf zur Teilnahme wurde in LGB-themenspezifischen Gruppen auf Facebook geteilt. Weiters unterstützten mich die queeren Vereine und Organisationen Du-bist-Du, Team PLUS e.V., Netzwerk LSBTTIQ, fokus, pro familia, LSVD, Courage, Regenbogenfamilien, Lesbenberatung Berlin, HAZ Queer Zürich bei der Rekrutierung, indem der Teilnahmeaufruf per E-Mail-Newsletter, Flyer, Homepages sowie auf den Seiten der sozialen Netzwerke dieser Organisationen geteilt wurde.

8.3 Stichprobe

Das zentrale Einschlusskriterium zur Teilnahme an der Untersuchung war die Identifikation als lesbisch, schwul oder bisexuell. Das Mindestalter wurde vorab bei 18 Jahren, also bei Volljährigkeit, festgelegt. Erhoben wurden die Daten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Nach Vergleich von anderen, methodisch ähnlichen Studien und in Anbetracht der geplanten statistischen Verfahren wurde eine Stichprobengröße von mind. 90 Personen angestrebt. Damit parametrische Verfahren zur Datenanalyse herangezogen werden können, sollte jede Gruppe aus mind. 30 Personen bestehen: 30 homosexuelle Frauen, 30

homosexuelle Männer sowie 30 bisexuelle Männer und Frauen. Die Teilnehmer*innenzahl lag schlussendlich bei 179 Personen, was die geplante Stichprobengröße somit überschritt.

8.4 Messinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die zur Erhebung der studienrelevanten Daten herangezogenen Fragebögen beschrieben.

8.4.1 Soziodemographische Daten

Zu Beginn des Fragebogens wurden anhand von 15 Items unterschiedliche soziodemographische Variablen abgefragt. Folgende Variablen wurden erhoben: Geschlecht (männlich – weiblich – divers), Alter (in Jahren), Sexualität (homosexuell – bisexuell – questioning), Zeitpunkt (Alter, in Jahren) des Coming-Out, Land des Wohnsitzes, höchste abgeschlossene Berufsausbildung, aktueller Beschäftigungsstatus, Größe (in cm), Gewicht (in kg), aktueller Beziehungsstatus, aktuelle Einnahme von Medikamenten, aktuell laufende psychologische, psychotherapeutische und/oder psychiatrische Betreuung, das Vorliegen einer oder mehrerer psychologischer/psychiatrischer Diagnosen, das Vorliegen einer chronischen körperlichen Erkrankung sowie kritische Lebensereignisse in den letzten 12 Monaten.

8.4.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Das *Short-Form-36 Health Survey* (SF-36) ist ein krankheitsübergreifendes Standardinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er ist eines der meistverwendeten Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und umfasst insgesamt 36 Items, anhand der acht Dimensionen erfasst werden: *Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktionen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Schmerz, Vitalität, Emotionale Rollenfunktionen, Soziale Funktionsfähigkeit* und *Psychisches Wohlbefinden*. Zusätzlich wird anhand eines Items der aktuelle Gesundheitszustand im Vergleich zum letzten Jahr erfragt. Die acht Subskalen lassen sich wiederum zu den beiden Grunddimensionen *Physische Gesundheit* und *Psychische Gesundheit* zuordnen.

Abgesehen von dem Item zum Vergleich des jetzigen Gesundheitszustandes mit dem des letzten Jahres beziehen sich alle Fragen auf den Zeitraum der letzten vier Wochen. Das Antwortformat variiert zwischen dichotomen Antwortalternativen und drei- bis sechsstufigen Likertskalen.

Die deutsche Version wurde 1995 von Bullinger, Kirchberger und Ware entwickelt und von Morfeld et al. (2011) überarbeitet. Der Fragebogen wurde mit einer ausreichend divergenten und diskriminanten Validität belegt sowie an einer deutschen Bevölkerungsstichprobe normiert (Morfeld et al., 2011). Höhere Werte in den transformierten Skalen lassen auf eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität schließen. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) für die deutsche Version des Fragebogens liegt abgesehen von den Subskalen allgemeine Gesundheitswahrnehmung ($\alpha = .57$) und soziale Funktionsfähigkeit ($\alpha = .69$) deutlich über $\alpha = .70$ (Morfeld et al., 2011).

Die SF-36 wurde aufgrund seiner guten psychometrischen Merkmale sowie seiner häufigen Verwendung zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für diese Untersuchung ausgewählt.

8.4.3 Daily Heterosexist Experiences Questionnaire (DHEQ)

Der DHEQ basiert auf dem Minority Stress Model von Meyer (2003) und wurde von Balsam et al. im Jahr 2013 entwickelt. Er erfragt sowohl distale als auch proximale Stressoren mithilfe von fünfzig Items, die in zehn Subskalen unterteilt werden: *Gender Expression*, *Vigilance*, *Parenting*, *Discrimination/Harassment*, *Vicarious Trauma*, *Family of Origin*, *HIV/Aids*, *Victimization* und *Isolation*. Die befragten Personen sollen angeben, wie sehr sie in den letzten zwölf Monaten von den 50 folgenden Problemen betroffen waren. Dies wird anhand einer sechsstufigen Likertskala angegeben (0 = Did not happen/not applicable to me; 1 = It happened, and it bothered me not at all; 2 = It happened, and it bothered me a little bit; 3 = It happened, and it bothered me moderately; 4 = It happened, and it bothered me quite a bit; 5 = It happened, and it bothered me extremely). Je nachdem, ob für die Ergebnisse die Anzahl der erlebten heterosexistischen Erfahrungen oder das Level des erlebten Distress relevant ist, wird die Likertskala für die Auswertung kodiert. Da in dieser Untersuchung die Anzahl der Erfahrungen im Vordergrund stand, sollte ausschließlich zwischen *vorgekommen* und *nicht vorgekommen* unterschieden werden, unabhängig vom erlebten Distress.

Die Subskalen *Gender Expression*, *Parenting* und *HIV/Aids* betreffen nur spezifische Teilpopulationen und sind für den Großteil der Befragten nicht relevant. Um die Ökonomie zu erhöhen, wurden sie daher aus der Befragung ausgeschlossen.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein Summenscore über alle Subskalen gebildet. Ein höherer Summenscore lässt auf ein häufigeres Erleben heterosexistischer Diskriminierungserfahrungen schließen.

Die interne Konsistenz für den gesamten Fragebogen beträgt $\alpha = .92$. Auch für die einzelnen Subskalen konnte durchwegs eine akzeptable bis gute interne Konsistenz festgestellt werden: Cronbachs Alpha reichte von $\alpha = .76$ (Subskala *Isolation*) bis $\alpha = .86$ (Subskalen *Gender Expression* und *Vigilance*).

Der DHEQ wurde aufgrund seiner ausgezeichneten psychometrischen Merkmale und der großen Bandbreite an erfragten Arten heterosexistischer Diskriminierungserfahrungen ausgewählt.

Da es bisher keine deutsche Version des Fragebogens gab, wurde dieser im Rahmen der Untersuchung von zwei unabhängigen Übersetzer*innen ins Deutsche vor- und ins Englische rückübersetzt und anschließend mit dem originalen Fragebogen abgeglichen. Nach Überprüfung der ausreichenden Übereinstimmung von Originalversion und Rückübersetzung wurde schließlich die deutsche Übersetzung für die Fragebogenbatterie herangezogen. Die interne Konsistenz der Gesamtskala der deutschen Version des DHEQ betrug $\alpha = .89$; für die Subskalen bewegten sich die Werte zwischen $\alpha = .54$ (*Victimization*) und $\alpha = .84$ (*Vicarious Trauma*). Für eine vollständige Übersicht der internen Konsistenzen der Subskalen siehe Kapitel 9.2.

8.4.4 Adaptierte Version der Social Provisions Scale

Die Social Provisions Scale nach Cutrona und Russell (1987) wurde von Chong (2020) adaptiert, um LGB-positive soziale Unterstützung zu erfassen. Die Skala besteht aus zwanzig Items, die fünf Subskalen abbilden: *Attachment*, *Guidance*, *Reliable Alliance*, *Reassurance of Worth* und *Social Integration*. Die Items werden anhand einer vierstufigen Skala beantwortet, die von strongly disagree (1) bis strongly agree (4) reicht. Alle Subskalen wiesen bei der Reliabilitätsüberprüfung von Chong (2020) eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf (Cronbachs $\alpha = .70$ – $.87$). Die interne Konsistenz der Gesamtskala ist mit Cronbachs $\alpha = .94$ als exzellent zu bewerten und somit ausreichend sichergestellt.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein Gesamtwert über alle Subskalen gebildet, wobei ein höherer Gesamtwert auf ein höheres Maß an LGB-positiver sozialer Unterstützung schließen lässt.

Die nach Chong (2020) adaptierte Version der Social Provisions Scale wurde ausgewählt, da soziale Unterstützung nicht allgemein erfasst wird, sondern spezifisch die der heterosexistischen Kultur entgegenwirkende soziale Unterstützung im Fokus steht. Deswegen wurde in der Untersuchung ein Instrument herangezogen, das spezifisch die LGB-positive soziale Unterstützung erhebt.

Bisher existierte keine deutsche Übersetzung des Fragebogens. Diese wurde im Rahmen der Untersuchung erstellt und auf ihre Reliabilität hin geprüft. Das Cronbachs Alpha der Gesamtskala der deutschen Version betrug $\alpha = .92$. Cronbachs Alpha der Subskalen reichte von $\alpha = .41$ (*Reassurance of Worth*) bis $.87$ (*Reliable Alliance*). Für eine vollständige Übersicht der internen Konsistenzen der Subskalen siehe Kapitel 9.2.

8.4.5 Lesbian, Gay and Bisexual Positive Identity Measure (LGB-PIM)

Entwickelt wurde die Skala zur Erfassung der positiven LGB-Identität von Lesben, Schwulen und Bisexuellen im Jahr 2014 und stellt bislang das einzige Instrument zur Erfassung der positiven Aspekte der sexuellen Identität dar (Riggle et al., 2014). Die Skala besteht aus insgesamt 25 Items. Der Grad der Zustimmung wird entlang einer siebenstufigen Likertskala abgefragt. Insgesamt umfasst das Instrument fünf Dimensionen: *Self-awareness*, *Authenticity*, *Community*, *Intimacy*, *Social Justice*. Die interne Konsistenz der Subskalen bewegt sich zwischen $\alpha = .85$ bei *Social Justice* und $\alpha = .95$ bei *Community*. Somit ist diese für alle Dimensionen als gut bis exzellent zu bewerten. Ein höherer Wert in den Subskalen steht für eine höhere Ausprägung dieser Dimension und somit für ein positiveres Identitätsempfinden.

Das LGB-PIM wurde ausgewählt, da es zur Zeit der einzige Fragebogen zur Erfassung der positiven LGB-Identität ist und gute psychometrische Kennwerte aufweist.

Bis dato existiert keine deutsche Übersetzung des Fragebogens. Deswegen wurde dieser im Rahmen der Masterarbeit übersetzt und auf seine Reliabilität hin geprüft. Die interne Konsistenz der deutschen Version liegt zwischen $\alpha = .81$ bei *Social Justice* und $.90$ bei *Community*. Für eine vollständige Übersicht der internen Konsistenzen der Subskalen siehe Kapitel 9.2.

8.5 Fragestellungen und Hypothesen

Nachfolgend wurden anhand des oben dargestellten theoretischen Rahmens verschiedene Fragestellungen mit dazugehörigen Hypothesen formuliert, anhand derer untersucht werden sollte, inwiefern sich eine nicht-heterosexuelle Stichprobe in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität von der Normstichprobe unterscheidet, welchen Einfluss tägliche heterosexistische Erfahrungen haben, inwieweit eine LGB-positive soziale Unterstützung und eine positive LGB-Identität eine puffernde Wirkung in diesem Zusammenhang zeigen und welche Geschlechterunterschiede bestehen. Aufgrund der mehrdeutigen Studienlage wurden alle Hypothesen ungerichtet formuliert.

8.5.1 Fragestellung 1: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Unterscheiden sich LGB-Personen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität von der heterosexuellen Normpopulation?

H_0 (1.1): LGB-Personen unterscheiden sich nicht in den Werten der Subskala *Körperliche Funktionsfähigkeit* (SF-36) von Personen aus der heterosexuellen Normpopulation.

H_1 (1.1): LGB-Personen unterscheiden sich in den Werten der Subskala *Körperliche Funktionsfähigkeit* (SF-36) von Personen aus der heterosexuellen Normpopulation.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (1.1) wurden die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (1.2) bis H_0 bzw. H_1 (1.8) zu den sieben weiteren Subskalen des SF-36 formuliert.

8.5.2 Fragestellung 2: Heterosexistische Erfahrungen

Unterscheiden sich LGB-Personen in Abhängigkeit der von ihnen erlebten heterosexistischen Alltagserfahrungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

H_0 (2.1.1): LGB-Personen unterscheiden sich nicht in Abhängigkeit des Summenscores des DHEQ in der Subskala *Körperliche Funktionsfähigkeit* der SF-36.

H_1 (2.1.1): LGB-Personen unterscheiden sich in Abhängigkeit des Summenscores des DHEQ in der Subskala *Körperliche Funktionsfähigkeit* der SF-36.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (2.1.1) wurden die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (2.1.2) bis H_0 bzw. H_1 (2.1.8) zu den acht Subskalen der SF-36 formuliert.

8.5.3 Fragestellung 3: Wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung und positive LGB-Identität

Hat die LGB-positive soziale Unterstützung einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen heterosexistischen Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität?

H_0 (3.2): Der Gesamtscore der adaptierten Version der Social Provisions Scale moderiert den Zusammenhang zwischen DHEQ und der Dimension *Körperliche Gesundheit* der SF-36 nicht.

H_1 (3.2): Der Gesamtscore der adaptierten Version der Social Provisions Scale moderiert den Zusammenhang zwischen DHEQ und der Dimension *Körperliche Gesundheit* der SF-36.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (3.2) wurden Hypothesenpaare für den moderierenden Einfluss der Social Provisions Scale auf den Zusammenhang des DHEQ mit der Dimension *Psychische Gesundheit* der SF-36 formuliert.

Hat das positive LGB-Identitätsempfinden einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen heterosexistischen Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität?

H_0 (3.3.1): Die Subskala *Attachment* (LGB-PIM) hat keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen DHEQ und Dimension *Körperliche Gesundheit* der SF-36.

H_1 (3.3.1): Die Subskala *Attachment* (LGB-PIM) hat einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen DHEQ und Dimension *Körperliche Gesundheit* der SF-36.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (3.3.1) wurden die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (3.3.2) bis H_0 bzw. H_1 (3.3.10) zu den weiteren vier Subskalen des LGB-PIM formuliert, für den moderierenden Einfluss dieser auf den Zusammenhang des DHEQs mit den Dimensionen *Körperliche Gesundheit* und *Psychische Gesundheit* der SF-36.

8.5.4 Fragestellung 4: Geschlechterunterschiede

Unterscheiden sich nicht-heterosexuelle Männer und Frauen hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Anzahl der erlebten heterosexistischen Diskriminierungserfahrungen sowie der Ausprägung ihrer positiven LGB-Identität?

H_0 (4.1.1): Nicht-heterosexuelle Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Dimension *Körperliche Gesundheit* der SF-36.

H_1 (4.1.1): Nicht-heterosexuelle Männer und Frauen unterscheiden sich in der Dimension *Körperliche Gesundheit* der SF-36.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (4.1.1) wurden die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (4.1.2) der Dimensionen *Psychische Gesundheit* der SF-36 formuliert.

H_0 (4.2.1): Nicht-heterosexuelle Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Subskala *Vigilance* des DHEQ.

H_1 (4.2.1): Nicht-heterosexuelle Männer und Frauen unterscheiden sich in der Subskala *Vigilance* des DHEQ.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (4.2.1) wurden die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (4.2.2) bis H_0 bzw. H_1 (4.2.8) zu den weiteren sechs Subskalen sowie dem Gesamtwert des DHEQ formuliert.

H_0 (4.3.1): Nicht-heterosexuelle Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Subskala Self Awareness des LGB-PIM.

H_1 (4.3.1): Nicht-heterosexuelle Männer und Frauen unterscheiden sich in der Subskala Self Awareness des LGB-PIM.

Analog zu H_0 bzw. H_1 (4.3.1) wurden die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (4.3.2) bis H_0 bzw. H_1 (4.3.5) zu den vier weiteren Subskalen des LGB-PIM formuliert.

8.6 Angewandte statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit IBM SPSS Statistics (Version 22). Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgelegt, wonach alle gewonnenen Ergebnisse mit $p < .05$ als signifikant gelten. Da für alle im Zuge der Auswertung gebildeten Gruppen $n > 30$ galt, konnte die Voraussetzung der Normalverteilung auf Basis des zentralen Grenzwertsatzes als gegeben erachtet werden (Field, 2017).

Zur Überprüfung der Zuverlässigkeit der angewandten Fragebögen wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt, um die interne Konsistenz zu ermitteln. Das hier verwendete Maß Cronbachs Alpha (α) gibt Auskunft über die Höhe der Korrelation der Items einer Skala. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 1, wobei Werte $< .50$ als kritisch, $> .70$ als akzeptabel und $> .80$ als gut interpretiert werden (Döring & Bortz, 2016). Auch wurden die Items auf ihre Item-Trennschärfe untersucht. Diese gibt den korrelativen Zusammenhang eines Items mit dem Gesamttest an, wobei gewöhnlicherweise Items mit einer Trennschärfe $< .30$ ausgeschlossen werden (Blaž, 2015).

Die Beschreibung der Stichprobe erfolgte anhand absoluter sowie prozentualer Häufigkeiten. Sofern es inhaltlich Sinn machte und es sich um metrische Variablen handelte, wurden außerdem Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) angegeben.

Zur Beantwortung der Fragestellung 1, ob LGB-Personen eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen als die Normpopulation, wurde ein Einstichproben-t-Test durchgeführt, wobei die empirischen Werte der SF-36 der LGB-Stichprobe mit den Normwerten der SF-36 für Männer und Frauen zwischen 30–39 Jahren verglichen wurden.

Fragestellung 2, die sich der Frage widmete, ob sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität in Abhängigkeit des Ausmaßes von erlebten heterosexistischen Erfahrungen unterscheidet, wurde mithilfe einer ANOVA beantwortet. Hierfür wurde die Stichprobe entlang der Quartile in vier Gruppen unterteilt: Eine Gruppe mit keinen/wenigen heterosexistischen Erfahrungen, eine Gruppe mit einem geringen bis durchschnittlichen Maß, eine Gruppe mit einem durchschnittlichen bis hohen Maß und eine mit einem sehr hohen Maß an heterosexistischen Erfahrungen.

Zur Beantwortung der dritten Fragestellung, nämlich ob die wahrgenommene LGB-positive soziale Unterstützung und das positive sexuelle Identitätsempfinden einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen heterosexistischen Alltagserfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität haben, wurde anhand einer Moderatoranalyse untersucht. Diese wurde mit dem SPSS-Macro PROCESS mit der Verwendung von Bootstrapping mit 10000 Iterationen und dem heteroskedastizitätskonsistenten Standardfehler vom Typ HC3 durchgeführt (Davidson & MacKinnon, 1993).

Die Untersuchung der Hypothesen von Fragestellung 4 zu den Geschlechterunterschieden in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, den erlebten heterosexistischer Alltagserfahrungen sowie dem positiven sexuellen Identitätsempfinden erfolgte anhand eines t-Tests für unabhängige Stichproben. Hierbei wurden die Mittelwerte der sich als weiblich und männlich identifizierenden Personen in den interessierenden Variablen verglichen.

Zur Bestimmung der Effektgrößen wurde d nach Cohen herangezogen. Bei $|d| \geq 0.20$ handelt es sich um einen kleinen, bei $|d| \geq 0.50$ um einen mittleren und bei $|d| \geq 0.80$ um einen großen Effekt (Cohen, 1988).

9 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel erfolgt zunächst eine Beschreibung der Stichprobe. Anschließend werden die Ergebnisse der statistischen Analysen zu den oben angeführten Hypothesen berichtet.

9.1 Stichprobenbeschreibung

Der folgende Abschnitt widmet sich der Rücklaufstatistik der befragten Personen sowie der Darstellung der soziodemographischen Merkmale der untersuchten Stichprobe.

9.1.1 Rücklaufstatistik

Insgesamt begannen 333 Personen mit der Bearbeitung des Fragebogens, wobei nur 179 Personen, also 53.8%, diese auch beendeten. Die Dropout-Rate lag somit bei 46.3%. Zwei Personen mussten aufgrund zu geringen Alters (<18 Jahre) ausgeschlossen werden, womit die endgültige Zahl der gültigen Teilnehmer*innen bei 177 lag.

9.1.2 Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung und Age of Coming-Out

Insgesamt bestand die untersuchte Stichprobe aus 177 sich als nicht-heterosexuell identifizierenden Personen im Alter von 18 bis 78 Jahren. Das durchschnittliche Alter betrug 30.59 Jahre ($SD = 11.10$). Über 50% der Befragten waren jünger als dreißig Jahre. Neunundneunzig Personen (55.9%) gaben an, weiblich zu sein, 64 Personen (36.2%) männlich, und 14 Personen (7.9%) identifizierten sich als divers.

Insgesamt identifizierten sich 91 Personen (51.4%) als homosexuell, 78 (44.1%) als bisexuell, und 8 (4.5%) gaben an, ihre sexuelle Orientierung aktuell zu hinterfragen (*questioning*). Von den 99 weiblichen Teilnehmerinnen gaben 44 (44.4%) an, homosexuell zu sein, 53 (53.5%) bisexuell und 2 (2.1%) questioning. Von den männlichen Teilnehmern gaben 44 (68.6%) an, homosexuell zu sein, 18 (28.1%) bisexuell und 2 (3.1%) questioning. Von den sich als divers identifizierenden Personen gaben 3 (21.4%) an, homosexuell zu sein, 7 (50.0%) bisexuell und 4 (28.6%) questioning. Die Frage, ob der/die Teilnehmer*in sich öffentlich zu seiner/ihrer sexuellen Orientierung bekennt, also ob er/sie sein/ihr sog. *Coming-Out* bereits hatte, beantworteten 156 Personen (88.1%) mit Ja und 21 (11.9%) mit Nein. Das durchschnittliche Alter des Coming-Outs lag bei 19.9 Jahren ($SD = 5.03$).

9.1.3 Wohnsitz und Beziehungsstatus

Einhundertsiebzehn Personen (66.1%) gaben an, aktuell in Deutschland zu leben, 34 Personen (19.2%) in Österreich und 23 Personen (13.0%) in der Schweiz. Insgesamt drei Personen (1.7%) gaben an, aktuell in einem anderen Land zu leben. Diese Länder waren England, Spanien und Ungarn. Zum Erhebungszeitpunkt gaben 68 Personen (38.4%) an, Single zu sein, 76 (42.9%) in einer Beziehung, 18 (10.2%) waren entweder verheiratet oder in

einer eingetragenen Partnerschaft, zwei (1.2%) geschieden, und 13 (7.3%) wählten die Option *anderes*.

9.1.4 Bildung und Erwerbstätigkeit

Als höchsten formalen Bildungsabschluss besaßen acht Personen (4.5%) zum Erhebungszeitpunkt einen Pflichtschulabschluss, 18 Personen (10.2%) einen Lehrabschluss, drei Personen (1.7%) eine Meisterprüfung, drei Personen (1.7%) einen Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule, 61 Personen (34.7%) die Hochschulreife (Matura, Abitur), 44 Personen (25.0%) einen Bachelor, 36 Personen (20.5%) einen Master oder einen äquivalenten Abschluss (z.B. Diplom), und drei Personen (1.7%) einen PhD oder ein Doktorat.

Die Ergebnisse zu den Häufigkeiten der Erwerbstätigkeit sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1. *Häufigkeiten und Anteilswerte des aktuellen Beschäftigungsstatus; N = 177*

Beschäftigungsstatus	Anzahl	%
Vollzeit	58	32.8
Teilzeit	54	30.5
Arbeitslos – In Ausbildung	29	16.4
In Ausbildung	25	14.0
Arbeitslos – Nicht in Ausbildung	6	3.4
Berentet	3	1.7
Haus- und Familienarbeit	1	0.6
Freiwilliges soziales Jahr	1	0.6
Gesamt	177	100

9.1.5 Psychische Störungen und chronische körperliche Erkrankungen

Die Frage, ob in der Vergangenheit eine psychische Störung diagnostiziert wurde, beantworteten 88 Personen (49.7%) mit Ja und 89 Personen (50.3%) mit Nein. Die Prävalenzen der untersuchten Stichprobe für die von ihnen genannten psychischen Störungen sind in Tabelle 2 angeführt.

Tabelle 2. *Prävalenzen diagnostizierter psychischer Störungen in der untersuchten Stichprobe; N = 177*

Art der Störung	Anzahl	%
Affektive Störungen	66	37.3
Angststörungen	25	14.1
Essstörung	8	4.5
Persönlichkeitsstörungen	8	4.5
ADHS/ADS	6	3.4
Belastungsstörungen	5	2.8
Zwangsstörungen	5	2.8
Burnout	4	2.3
Substanzgebrauchsstörungen	2	1.1

Anschließend wurde erfragt, ob bei den Teilnehmenden chronische körperliche Erkrankungen vorliegen. Diese Frage beantworteten 132 Personen (74.6%) mit Nein und 45 Personen (25.4%) mit Ja. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Anzahl an betroffenen Personen nach Art der Erkrankung.

Tabelle 3. *Absolute und relative Häufigkeiten chronischer Erkrankungen; N = 177*

Krankheit	Anzahl	%
Atemwegserkrankung	7	4.0
HIV	7	4.0
Diabetes	6	3.4
Hauterkrankungen	6	3.4
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	6	3.4
Rheumatische Erkrankungen	5	2.8
Migräne	4	2.3
Endometriose	2	1.1
Multiple Sklerose	2	1.1
Schilddrüsen-Erkrankungen	2	1.1
Andere	9	5.1

9.1.6 Einnahme von Medikamenten

Die Frage nach der aktuellen Einnahme von Medikamenten beantworteten 67 Personen (37.9%) mit Ja. Sechsenddreißig dieser Personen (53.7%) gaben an, Psychopharmaka einzunehmen. Hiervon gab der Großteil (29 Personen; 80.6%) an, Antidepressiva einzunehmen, gefolgt von Medikamenten zur Behandlung von ADHS (sechs Personen; 16.7%) und Antipsychotika (drei Personen; 8.3%).

9.2 Reliabilitätsanalyse der Messinstrumente

Zur Überprüfung der Zuverlässigkeit der im Rahmen der Untersuchung genutzten Fragebögen wurden diese einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Diese wurde mithilfe von Cronbachs Alpha (α) sowie der Itemtrennschärfe ermittelt und ist im folgenden Teil dargestellt.

9.2.1 Reliabilitätsanalyse des SF-36

Die Reliabilität der acht Subskalen der SF-36, die Tabelle 4 zu entnehmen sind, ist durchwegs als gut bis sehr gut zu bewerten, wobei die Subskala Emotionale Rollenfunktion mit einem Cronbachs Alpha von .78 den niedrigsten und die Subskala Schmerzen mit .94 den höchsten Wert aufweisen. Abgesehen von zwei Items der Körperlichen Funktionsfähigkeit liegt die Trennschärfe bei allen Items über dem kritischen Schwellenwert von .30. Die zwei erwähnten Items (i. „eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen“; j. „sich baden oder anziehen“) wurden aufgrund der guten internen Konsistenz und besseren Vergleichbarkeit trotz der geringen Itemtrennschärfe nicht entfernt.

9.2.2 Reliabilitätsanalyse des DHEQ

Die Reliabilitätsanalyse der deutschen Übersetzung des DHEQ ergab, dass Cronbachs Alpha des Gesamtfragebogens bei .89 lag, was als gut bis sehr gut zu interpretieren ist. Die interne Konsistenz der Subskalen lag zwischen .54 (*Victimization*) und .84 (*Vicarious Trauma*). Cronbachs Alpha < .50 wäre als inakzeptabel zu bewerten (Blanz, 2015).

Die interne Konsistenz der Subskala *Victimization* ist somit zwar als fragwürdig einzustufen, wurde aber aufgrund der besseren Vergleichbarkeit nicht überarbeitet. Da es sich bei den Items um Fragen zu heterosexistischen Vorkommnissen im Alltag handelt, ist es inhaltlich auch logisch, dass diese Ereignisse nicht unbedingt miteinander korrelieren müssen. Damit ist auch die geringe Itemtrennschärfe des Items zu Vergewaltigung und

sexuellen Übergriffen aufgrund der Sexualität der Subskala *Victimization* zu erklären – diese Art von heterosexistischer Erfahrung wird möglicherweise seltener gemacht als andere.

Auch bei der Subskala *Harassment and Discrimination* gab es ein Item mit einer Trennschärfe unter dem kritischen Schwellenwert von .30 („Im Restaurant aufgrund Ihrer Sexualität unfair behandelt zu werden“). Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit und der ansonsten akzeptablen Reliabilität dieser Skala wurde dieses Item jedoch beibehalten. Die Werte der Reliabilitätsanalyse sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 4. Itemanzahl, Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α), Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärfen für die Skalen der SF-36; $N = 177$

Skala SF-36	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Physische Gesundheit	21			
Körperliche Funktionsfähigkeit	10	.815	.218	.658
Körperliche Rollenfunktion	4	.845	.612	.750
Schmerzen	2	.941	.889	.889
Allg. Gesundheitswahrnehmung	5	.825	.527	.766
Psychische Gesundheit	14			
Vitalität	4	.889	.710	.809
Soziale Funktionsfähigkeit	2	.817	.691	.691
Emotionale Rollenfunktion	3	.781	.614	.623
Psychisches Wohlbefinden	5	.852	.567	.770

9.2.3 Reliabilitätsanalyse der adaptierten Version der Social Provisions Scale

Die interne Konsistenz der deutschen Übersetzung der adaptierten Version der Social Provisions Scale lag insgesamt bei .92 und ist somit als sehr gut zu bewerten. Den höchsten Wert erreichte die Subskala *Reliable Alliance* mit einem Cronbachs Alpha von .87, während die Subskala *Reassurance of Worth* mit .41 den niedrigsten und auch den einzigen mangelhaften Wert aufwies. Auch beim Entfernen einzelner Items konnte keine Verbesserung der Reliabilität erreicht werden. Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit wurde die statistische Analyse trotzdem mit allen Items unverändert durchgeführt. Die genauen Werte der Reliabilitätsanalyse sind Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 5. Itemanzahl, Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α), Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärfe für die Skalen der deutschen Übersetzung des DHEQ; $N = 177$

DHEQ	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Isolation	4	.760	.447	.697
Harassment and Discrimination	6	.731	.157	.603
Family of Origin	6	.797	.439	.703
Vicarious Trauma	6	.842	.539	.728
Victimization	4	.544	.238	.478
Vigilance	6	.806	.494	.663
Gesamt	32	.890	.234	.574

9.2.4 Reliabilitätsanalyse des LGB-PIM

Die Reliabilitätsanalyse der deutschen Übersetzung des LGB-PIM ergab, dass alle fünf Skalen sehr gute bis exzellente interne Konsistenzen aufweisen. Die höchste interne Konsistenz erreichte die Skala *Community* mit einem Cronbachs Alpha von .90, während *Social Justice* mit .81 den niedrigsten Wert aufwies. Auch beim Betrachten der Itemtrennschärfe lässt sich feststellen, dass diese durchwegs über dem kritischen Schwellenwert von .30 liegt. Die Werte sind Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 6. Itemanzahl, Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α), Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärfe für die Skalen der deutschen Übersetzung der adaptierten Version der Social Provisions Scale; $N = 177$

Social Provisions Scale	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Attachment	4	.747	.480	.680
Guidance	4	.866	.680	.799
Reassurance of Worth	4	.411	.173	.353
Reliable Alliance	4	.871	.686	.800
Social Integration	4	.727	.465	.562
Gesamt	20	.920	.166	.791

Tabelle 7. Itemanzahl, Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α), Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärfe für die Skalen der deutschen Übersetzung des LGB-PIM; $N = 177$

LGB-PIM	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Authenticity	5	.851	.508	.762
Community	5	.901	.682	.856
Intimacy	5	.845	.585	.700
Self Awareness	5	.881	.639	.765
Social Justice	5	.809	.545	.665

9.3 Hypothesenprüfung

Nachfolgend werden die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analyse der in Kapitel 8.5 formulierten Fragestellungen bzw. Hypothesen dargestellt.

9.3.1 Unterschiedshypothese zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Zur Beantwortung der Fragestellung *Unterscheiden sich LGB-Personen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität von der heterosexuellen Normpopulation?* wurde ein Einstichproben-t-Test durchgeführt, wobei die erhobenen Daten mit den Normwerten der SF-36 verglichen wurden. Da das durchschnittliche Alter der Stichprobe 30.59 Jahre betrug, wurden die Normwerte für Männer und Frauen zwischen 30 und 39 Jahren herangezogen.

Die Normalverteilung der Daten konnte aufgrund der ausreichend großen Stichprobengröße ($n > 30$) angenommen werden.

Die Ergebnisse für die Skalen der SF-36, inklusive der Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), t-Werte (t), Freiheitsgrade (df), Signifikanzwert (p), Effektstärke (d) und korrigiertem Alphafehler-Niveau (α^*), adjustiert mithilfe der Bonferroni-Holm-Korrektur, sind in Tabelle 8 angeführt. Höhere Werte in den einzelnen Skalen weisen auf eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität hin. Die Testung erfolgte zweiseitig.

Tabelle 8. Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skalen der SF-36 der Stichprobe (SP) und der Population (PP) sowie Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen des Einstichproben-t-Tests, Effektstärke und korrigiertem Alpha; $N = 177$

Skala SF-36	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t(df)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	α^*
Körperliche Funktionsfähigkeit	SP	92.77	11.33	-0.859(176)	.391		.050
	PP	93.5					
Körperliche Rollenfunktion	SP	80.93	32.31	-3.281(176)	.001**	-.25	.017
	PP	88.9					
Schmerzen	SP	75.44	27.21	-2.2376(176)	.019*	-.18	.025
	PP	80.3					
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	SP	60.28	21.77	-7.343(176)	<.001***	-.55	.013
	PP	72.3					
Vitalität	SP	41.84	19.90	-12.475(176)	<.001***	-.94	.006
	PP	60.5					
Soziale Funktionsfähigkeit	SP	65.89	26.09	-10.814(176)	<.001***	-.81	.008
	PP	87.1					
Emotionale Rollenfunktion	SP	51.41	40.97	-12.205(176)	<.001***	-.92	.007
	PP	89.0					
Psychisches Wohlbefinden	SP	59.0	18.70	-9.956(176)	<.001***	-.75	.010
	PP	73.0					

Anmerkungen. α^* = korrigiertes Alpha-Niveau; * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$

Mit Ausnahme der *Körperlichen Funktionsfähigkeit* sind die Unterschiede zwischen Stichprobe und Normpopulation für alle acht Subskalen signifikant, auch nach Korrektur des Alpha-Niveaus. Es kann also davon ausgegangen werden, dass LGB-Personen in allen außer einer Subskala eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als die Normpopulation aufweisen. Nach Cohen (1988) können Werte von $|d| > 0.2$ als klein, $|d| > 0.5$ als mittel und $|d| > 0.8$ als groß interpretiert werden. Demnach ist bei den Subskalen *Körperliche Rollenfunktion* und *Schmerzen* ein kleiner Effekt, bei *Allgemeiner Gesundheitswahrnehmung* und *Psychischem Wohlbefinden* ein mittlerer, und bei *Vitalität*, *Sozialer Funktionsfähigkeit* und *Emotionaler Rollenfunktion* ein großer Effekt zu beobachten.

9.3.2 Unterschiedshypothese zu heterosexistischen Erfahrungen

Die Fragestellung *Unterscheiden sich LGB-Personen in Abhängigkeit der von ihnen erlebten heterosexistischen Alltagserfahrungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität?* wurde mithilfe einer ANOVA untersucht. Dabei wurde die Stichprobe anhand des Ausmaßes an heterosexistischen Erfahrungen, gemessen mit dem DHEQ, entlang der Quartile in vier Gruppen unterteilt: Eine Gruppe mit niedrigen Werten, eine Gruppe mit moderaten Werten, eine Gruppe mit eher hohen Werten und eine mit hohen Werten im DHEQ.

Die Voraussetzung der Varianzhomogenität für eine einfaktorielle ANOVA wurde mittels Levene-Test überprüft und konnte für alle Subskalen angenommen werden.

Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse, angeführt in Tabelle 9, zeigen, dass sich die Quartilsgruppen nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die befragten Personen weisen keine statistisch signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit des von ihnen erlebten Ausmaßes heterosexistischer Erfahrungen auf.

Tabelle 9. Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen der SF-36 von Personen mit niedrigen, moderaten, eher hohen und hohen Werten im DHEQ sowie die F-Werte mit zugehörigen Signifikanzwerten; $N = 177$

Skala SF-36	Gruppe	MW	SD	F(df)	p
Körperliche Funktionsfähigkeit	niedrig	94.88	8.42	0.862(3, 173)	.462
	moderat	92.44	12.41		
	eher hoch	90.83	12.79		
	hoch	92.64	11.42		
Körperliche Rollenfunktion	niedrig	83.72	30.32	0.692(3, 173)	.558
	moderat	80.00	35.60		
	eher hoch	85.42	26.31		
	hoch	76.42	34.81		
Schmerzen	niedrig	81.14	25.95	1.709(3, 173)	.167
	moderat	78.53	27.70		
	eher hoch	73.22	28.92		
	hoch	69.70	26.04		

Allgemeine Gesundheits- wahrnehmung	niedrig	61.98	19.67	1.516(3, 173)	.212
	moderat	64.56	21.55		
	eher hoch	54.72	23.75		
	hoch	59.06	21.86		
Vitalität	niedrig	44.53	21.10	1.165(3, 173)	.325
	moderat	43.67	20.68		
	eher hoch	36.81	19.24		
	hoch	41.51	18.54		
Soziale Funktionsfähigkeit	niedrig	71.22	23.39	1.975(3, 173)	.120
	moderat	69.17	26.99		
	eher hoch	58.33	29.73		
	hoch	63.92	23.98		
Emotionale Rollenfunktion	niedrig	55.04	43.57	1.448(3, 173)	.231
	moderat	60.0	41.19		
	eher hoch	44.44	37.37		
	hoch	45.91	40.42		
Psychisches Wohlbefinden	niedrig	62.33	18.66	1.951(3, 173)	.123
	moderat	62.22	20.10		
	eher hoch	54.22	17.30		
	hoch	56.83	17.89		
Physische Summenskala	niedrig	80.43	16.46	1.045(3, 173)	.374
	moderat	78.88	19.92		
	eher hoch	76.05	16.87		
	hoch	74.45	18.33		
Psychische Summenskala	niedrig	58.28	22.77	2.069(3, 173)	.106
	moderat	58.76	23.39		
	eher hoch	48.45	21.26		
	hoch	52.04	21.26		

9.3.3 Der Einfluss sozialer Unterstützung und positiven Identitätsempfindens

Zur Beantwortung der Fragestellung *Haben die LGB-positive soziale Unterstützung und ein positives sexuelles Identitätsempfinden einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen heterosexistischen Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität?* wurde eine Moderatoranalyse durchgeführt. Die Ergebnisse sind Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10. Moderatoranalyse zum Einfluss LGB-positiver sozialer Unterstützung und positiver LGB-Identität auf den Zusammenhang von heterosexistischen Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität; $N = 177$

X	Y	M	ΔR^2	$F(df1, df2)$	p	t	$p(X*M)$
DHEQ	SF-36: Psychische Gesundheit	SP: Gesamt	.084	4.991(3, 173)	.002**	0.452	.652
		LGB-PIM: Aut	.069	3.059(3, 173)	.030*	0.080	.937
		LGB-PIM: Com	.048	4.289(3, 173)	.046*	0.595	.553
		LGB-PIM: Int	.045	1.598(3, 173)	.192	0.612	.541
		LGB-PIM: SA	.044	2.009(3, 173)	.114	0.734	.464
		LGB-PIM: SJ	.031	1.424(3, 173)	.237	0.241	.810
DHEQ	SF-36: Physische Gesundheit	SP: Gesamt	.041	2.061(3, 173)	.107	0.073	.942
		LGB-PIM: Aut	.038	1.864(3, 173)	.137	-0.630	.529
		LGB-PIM: Com	.029	1.342(3, 173)	.262	-0.119	.905
		LGB-PIM: Int	.045	1.869(3, 173)	.137	-1.709	.089
		LGB-PIM: SA	.043	1.692(3, 173)	.171	-1.620	.107
		LGB-PIM: SJ	.036	1.755(3, 173)	.158	-1.269	.206

Anmerkung: X = Abhängige Variable, Y = Unabhängige Variable, M = Moderatorvariable; ΔR^2 = Varianzaufklärung durch Gesamtmodell; p = Signifikanzwert des Gesamtmodells, $p(X*M)$ = Signifikanzniveau des Interaktionsterms

In den durchgeführten Moderationsmodellen zeigte sich, dass diese teils signifikante Beiträge zur Varianzaufklärung leisten konnten. Bei der Betrachtung der Koeffizienten zeigten sich jedoch lediglich signifikante Haupteffekte für die untersuchten Variablen, die Moderationsterme hingegen waren nicht signifikant.

Um die im Moderationsmodell signifikanten Haupteffekte zu untersuchen, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt, bei der die Summenskala *Psychische Gesundheit* der SF-36 anhand des Gesamtwerts der Social Provisions Scale, des Gesamtwerts des DHEQ sowie anhand den Subskalen *Authenticity* und *Community* des LGB-PIM vorhergesagt werden sollten.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse, einschließlich der Prädiktoren, Regressionskoeffizienten, Signifikanzbeurteilung, Bestimmtheitsmaße, Durbin-Watson-Statistik und Variance Inflation Factor (VIF) sind Tabelle 11 zu entnehmen. Das Gesamtmodell war signifikant ($p = .002$), jedoch konnte bei genauerer Betrachtung nur der Prädiktor der LGB-positiven sozialen Unterstützung einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten. Insgesamt konnte das Modell 9.4% bzw. – nach Korrektur des Bestimmtheitsmaßes – 7.3% der Varianz erklären.

Tabelle 11. *Parameter der multiplen linearen Regression zur Vorhersage der Psychischen Gesundheit (Summenskala des SF- 36); N = 177*

Prädiktoren	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Social Provisions Scale Gesamt	.370	.175	.190	2.112	.036*
LGB-PIM: Authenticity	.508	.346	.128	1.466	.144
LGB-PIM: Community	-.103	.297	-.031	-0.346	.730
DHEQ Gesamt	-.581	.308	-.138	-0.188	.061
R^2 (R^2_{Korr})			.094 (.073)		
F (df1, df2)			4.461 (4, 172)		
Durbin-Watson Statistik			1.872		
VIF			≤ 1.554		

Anmerkungen. *B* = unstandardisierter Regressionskoeffizient, *SE B* = Standardfehler von *B*, β = standardisierter Regressionskoeffizient, *p* = Signifikanzwert, R^2 = Bestimmtheitsmaß, R^2_{Korr} = korrigiertes Bestimmtheitsmaß, * = $p < .05$

Tabelle 12. Deskriptivstatistische Werte, Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilung des t-Tests zu den Skalen des SF-36, DHEQ und LGB-PIM in Abhängigkeit des Geschlechts; N = 163

Skala	Gruppe	MW	SD	t(df)	p	d	α^*
SF-36: Körperliche Gesundheit	Frauen	73.69	18.85	-3.816(154.693) ¹	<.001***	-0.58	.025
	Männer	83.82	14.86				
SF-36: Psychische Gesundheit	Frauen	51.88	20.22	-2.614(161)	.010*	-0.41	.050
	Männer	61.07	24.30				
DHEQ: Summenskala	Frauen	12.41	4.97	1.057(161)	.292		
	Männer	11.52	5.77				
DHEQ: Isolation	Frauen	1.96	1.42	0.517(161)	.606		.017
	Männer	1.84	1.36				
DHEQ: Vicarious Trauma	Frauen	4.82	1.42	2.165(161)	.032	0.35	.008
	Männer	4.22	1.36				
DHEQ: Vigilance	Frauen	2.52	1.77	0.826(161)	.410		.013
	Männer	2.28	1.76				
DHEQ: Harassment & Discrimination	Frauen	1.69	1.58	0.486(161)	.627		.025
	Männer	1.56	1.61				
DHEQ: Family of Origin	Frauen	1.32	1.40	-0.404(161)	.687		.050
	Männer	1.42	1.70				
DHEQ: Victimization	Frauen	0.11	0.35	1.140(101.91) ¹	.288		.010
	Männer	0.19	0.50				
LGB-PIM: Self Awareness	Frauen	28.88	5.01	0.726(161)	.469		.025
	Männer	28.23	6.47				
LGB-PIM: Authenticity	Frauen	28.82	5.37	-0.908(161)	.365		.017
	Männer	29.64	6.94				
LGB-PIM: Community	Frauen	22.92	6.04	-1.384(112.36) ¹	.169		.013
	Männer	24.48	7.64				
LGB-PIM: Intimacy	Frauen	26.61	5.32	0.263(105.88) ¹	.793		.050
	Männer	26.32	7.28				
LGB-PIM: Social Justice	Frauen	30.65	3.79	2.259(103.39) ¹	.026	0.44	.010
	Männer	28.91	5.35				

Anmerkung: ¹ = Welch-Test; * = $p < .05$, *** = $p < .001$

9.3.4 Hypothesen zu Geschlechterunterschieden

Die Fragestellung *Unterscheiden sich nicht-heterosexuelle Männer und Frauen hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Anzahl der erlebten heterosexistischen Diskriminierungserfahrungen sowie der Ausprägung ihrer positiven LGB-Identität?* wurde mithilfe eines Zweistichproben-t-Tests berechnet. Bei vier der insgesamt 14 Skalen war keine Varianzhomogenität gegeben, weshalb in diesem Falle auf den Welch-Test zurückgegriffen wurde.

Die Ergebnisse sind Tabelle 12 zu entnehmen. Signifikante Geschlechterunterschiede konnten bei den Summenskalen *Körperliche Gesundheit* und *Psychische Gesundheit* der SF-36 sowie der Skala *Vicarious Trauma* des DHEQ und der Skala *Social Justice* des LGB-PIM gefunden werden. Frauen hatten signifikant niedrigere Werte in beiden Summenskalen des SF-36; die Effektstärke lag im niedrigen bis mittleren Bereich. Die Werte der Skala *Vicarious Trauma* des DHEQ und der Skala *Social Justice* des LGB-PIM hingegen waren bei Frauen signifikant höher als bei Männern, mit kleinen Effektstärken. Nach der Durchführung der Alphafehler-Korrektur waren diese jedoch nicht länger signifikant.

10 Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von LGB-Personen und inwiefern sich diese von der heterosexuellen Normpopulation unterscheiden. Außerdem wurde der Einfluss heterosexistischer Erfahrungen, LGB-positiven Identitätsempfindens sowie LGB-positiver sozialer Unterstützung untersucht, um so ein besseres Verständnis über Risiko- und Schutzfaktoren zu erlangen.

Im folgenden Abschnitt werden die zuvor berichteten Ergebnisse zusammengefasst, diskutiert, und in den Kontext aktueller Forschungsergebnisse eingebettet. Anschließend erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den Limitationen dieser Arbeit sowie ein Ausblick auf zukünftige Forschung.

10.1 Diskussion

Die finale Stichprobe umfasste 177 Personen im Alter von 18 bis 78 Jahren, wobei der Altersdurchschnitt bei 30.59 Jahren lag und somit das untere Altersspektrum deutlich stärker vertreten war. Von den teilnehmenden Personen identifizierten sich 55.9% als weiblich, 36.2% als männlich und 7.9% als divers. Etwa die Hälfte (51.4%) gab an, homosexuell zu sein, 44.1% bisexuell und 4.5% hinterfragten zum Erhebungszeitpunkt ihre

sexuelle Orientierung. Während von den weiblichen Teilnehmerinnen 44.4% homosexuell und 53.5% bisexuell waren, waren 68.6% der männlichen Teilnehmer homosexuell und 28.1% bisexuell. Bei der Rekrutierung der Stichprobe musste gegen Ende der Erhebung sogar konkret ein Aufruf für bisexuelle Männer gestartet werden, da diese ansonsten nicht ausreichend vertreten gewesen wären.

Bei 49.7% der Befragten wurde in der Vergangenheit eine psychische Störung diagnostiziert, und 33.9% gaben an, sich aktuell in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung zu befinden. Besonders auffällig war die hohe Prävalenz für affektive Störungen. Die Lebenszeitprävalenz für affektive Störungen liegt in Deutschland bei ca. 19% (Robert Koch Institut [RKI], 2020). Somit lag die untersuchte Stichprobe mit einer Prävalenz von 37.3% deutlich über dem Durchschnitt, vor allem wenn man bedenkt, dass über fünfzig Prozent der Befragten unter dreißig Jahre alt waren. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Annahmen des Minority Stress Model, laut dem LGB-Personen aufgrund minderheitsspezifischen Stresses ein höheres Risiko für das Aufkommen psychischer Störungen aufweisen (Meyer, 2003).

Die Frage nach dem Vorliegen chronischer körperlicher Erkrankungen beantworteten 25.4% mit Ja. Inwiefern dieser Prozentsatz im Normbereich liegt, lässt sich nur schwer abschätzen, da nur das momentane Vorliegen einer Erkrankung erhoben wurde; außerdem wurde in dem Fragebogen der vorliegenden Arbeit nicht spezifiziert, was als chronische Erkrankung zählt – so wurden in manchen Studien beispielsweise Allergien als chronische Erkrankung miterhoben, in anderen nicht.

Die erste Fragestellung, die untersuchte, ob sich LGB-Personen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität von der heterosexuellen Normpopulation unterscheiden, lässt sich anhand der erhobenen Daten klar mit Ja beantworten. Hierfür wurden die Ergebnisse der untersuchten LGB-Personen der SF-36 mithilfe eines Einstichproben-t-Tests mit den Normwerten der SF-36 verglichen. So konnte bei der untersuchten LGB-Stichprobe eine signifikant verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Subskalen *Körperliche Rollenfunktion*, *Schmerzen*, *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, *Vitalität*, *Soziale Funktionsfähigkeit*, *Emotionale Funktionsfähigkeit* sowie *Psychisches Wohlbefinden* beobachtet werden. Die einzige Subskala, bei der kein signifikanter Unterschied zwischen LGB- und Normstichprobe zu erkennen war, war die *Körperliche Funktionsfähigkeit*. Große Effekte konnten in den Subskalen *Vitalität*, *Soziale Funktionsfähigkeit* und *Emotionale Rollenfunktion* beobachtet werden, während sich bei *Allgemeiner Gesundheitswahrnehmung* und *Psychischem*

Wohlbefinden ein mittlerer, bei *Körperlicher Rollenfunktion* und *Schmerzen* ein kleiner Effekt zeigte.

Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass LGB-Personen eine deutlich verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen (z.B. Case et al., 2004; Marti-Pastor et al., 2018; Potter & Patterson, 2019). Im Gegensatz zu der Untersuchung von Sandfort et al. (2006) wies die untersuchte Stichprobe sehr wohl auch Einschränkungen in der physischen Gesundheit auf. Die Ergebnisse decken sich mit denen von Marti-Pastor et al. (2018), die signifikante Einschränkungen sowohl in physischen als auch psychischen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beobachten konnten. Wie in den vorangegangenen Studien lässt sich jedoch anhand der großen Effekte in allen Subskalen zur psychischen Gesundheit die Tendenz beobachten, dass die psychischen Auswirkungen als noch einschneidender zu bewerten sind, während die körperlichen Komponenten mit kleinen bis mittleren Effektstärken nicht ganz so ausgeprägt waren.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung, ob sich LGB-Personen in Abhängigkeit der von ihnen erlebten heterosexistischen Alltagserfahrungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterscheiden, wurde die Stichprobe entlang der Quartile in vier Gruppen mit niedrigen bis hohen Werten im DHEQ unterteilt. Die vier Gruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander. Bei den befragten Personen konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Abhängigkeit der Anzahl heterosexistischer Erfahrungen nachgewiesen werden.

Dieses Ergebnis ist überraschend, da es sich nicht mit dem Minority Stress Model (Meyer, 2003) deckt und teilweise vorangehenden Untersuchungen widerspricht. Eine beträchtliche Menge an Forschungsarbeiten unterstützt die These, dass minderheitsspezifischer Stress einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat (z.B. Austin et al., 2017; Hatzenbuehler, 2009; Pachankis, Mahon, Jackson, Fetzner & Bränström, 2020). Auch in Bezug auf physische Dimensionen gab es in der Vergangenheit Hinweise auf negative Effekte durch Minority Stress. So waren beispielsweise bei Denton et al. (2014) sowohl distale als auch proximale Stressoren der wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen mit Einschränkungen in der physischen Gesundheit assoziiert.

In der Untersuchung von Frost et al. (2015) konnte jedoch beispielsweise kein Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Outcomes und der Selbsteinschätzung in Bezug auf das Vorkommen von Prejudice Events gefunden werden. Allerdings war die Fremdeinschätzung des Vorkommens dieser Prejudice Events sehr wohl mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Gesundheitsproblems innerhalb des nächsten

Jahres assoziiert. Die Autor*innen argumentieren, dass das Vorkommen einzelner schwerwiegender Prejudice Events, die objektiv als solche erfasst werden können, möglicherweise einen größeren Einfluss auf die physische Gesundheit haben als alltägliche, chronische Formen von Minority Stress. Ob diese Überlegung eine mögliche Erklärung für die hier erzielten Ergebnisse darstellt und inwiefern das auch auf psychische Einschränkungen der Lebensqualität zutrifft, sollte in zukünftigen Untersuchungen genauer beleuchtet werden.

Ein weiterer möglicher Grund, warum kein Zusammenhang zwischen heterosexistischen Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität gefunden werden konnte, ist die Auswahl des Fragebogens. Die Erfassung der heterosexistischen Alltagserfahrungen erfolgte anhand des DHEQ, der das Vorkommen von fünfzig verschiedenen Stresssituationen in den letzten zwölf Monaten erfasst. Allerdings lässt sich anhand des Fragebogens weder der Schweregrad noch die Häufigkeit der einzelnen Ereignisse erfassen. Auch beschränkt sich dieser auf den Zeitraum von einem Jahr. Für zukünftige Untersuchungen wäre es also wichtig, den Fragebogen zu erweitern und sowohl Häufigkeit und Schweregrad der Erfahrungen als auch einen längeren Zeitraum miteinzubeziehen.

Auch gibt es kritische Stimmen, die argumentieren, dass das Minority Stress Model erweitert oder sogar revidiert gehört (Bailey, 2020; Feinstein, 2019). In seiner kritischen Arbeit stellte Bailey (2020) eine These auf, in der er die im Minority Stress Model angenommene Kausalität umdreht. In Bezugnahme auf eine genomweite Assoziationsstudie (GWAS; Ganna et al., 2019) argumentierte er, dass es Hinweise auf gemeinsame genetische Ursprünge für hohe Neurotizismuswerte einerseits und Homosexualität andererseits gäbe. Man müsse die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass Menschen nicht durch den durch Stigmatisierung ausgelösten Stress mehr psychische Probleme entwickeln würden, sondern dass sie aufgrund ihrer vermehrten psychischen Probleme mehr Stigmatisierung erfahren (Bailey, 2020). Diese Aussagen sind heikel, da sie an die Pathologisierung der Homosexualität erinnern, auch wenn Bailey (2021) selbst anmerkt, dass Homosexualität harmlos sei und keinesfalls stigmatisiert oder kriminalisiert gehöre. Meyer, Pachankis und Klein (2021) reagierten auf diese Kritik, indem sie einerseits auf die bestehenden Forschungsergebnisse zugunsten des Minority Stress Models, die vereinfachte kausale Schlussfolgerung sowie die geringe Evidenz bezüglich des vorgeschlagenen Alternativmodells hinwiesen. Andererseits argumentierten sie, dass das Minority Stress Model nie den Anspruch erhoben hätte, eine allumfassende Erklärung für gesundheitliche Disparitäten zu sein. Meyer (2020) erklärt: „Minority stress does not account

for many causes of health disorders – it does not include familial dynamics, personality, genetics, neurological, and other factors, except if they are related to homophobia or transphobia.” (S. 2287). Somit würde auch die Existenz von gemeinsamen genetischen Ursachen dem Modell nicht widersprechen. Auch hat das Minority Stress Model wichtige sozialpolitische Implikationen. Ein voreiliges Verwerfen wäre also sowohl wissenschaftlich als auch gesellschaftlich problematisch.

Die dritte Fragestellung widmete sich dem Zusammenhang von LGB-positivem Identitätsempfinden und der wahrgenommenen LGB-positiven sozialen Unterstützung mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie dem moderierenden Einfluss dieser zwei Variablen auf den Zusammenhang zwischen heterosexistischen Alltagserfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Drei der insgesamt zwölf Moderationsmodelle waren signifikant. Hierbei handelte es sich um Modelle zum Einfluss des DHEQ auf die Summenskala *Psychische Gesundheit* der SF-36, mit den Moderatoren LGB-spezifische soziale Unterstützung sowie den Subskalen *Authenticity* und *Community* des LGB-PIM. Bei genauerem Betrachten wurde jedoch ersichtlich, dass zwar jeweils das Gesamtmodell, nicht jedoch der Interaktionsterm signifikant war. Um zu untersuchen, ob es Haupteffekte zwischen den genannten Variablen gibt, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Hierbei wurde versucht, anhand der heterosexistischen Erfahrungen, der Subskalen *Authenticity* und *Community* des LGB-PIM sowie der wahrgenommenen LGB-positiven sozialen Unterstützung die Summenskala *Psychische Gesundheit* der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorherzusagen. Das Regressionsmodell war signifikant und konnte einen Beitrag von 7.3% zur Varianzaufklärung leisten. Die Analyse der einzelnen Parameter ergab jedoch, dass lediglich die LGB-positive soziale Unterstützung ein signifikanter Prädiktor für die Dimension *Psychische Gesundheit* war. Die anderen untersuchten Variablen konnten diese nicht zuverlässig vorhersagen.

Zu dem Ergebnis, dass soziale Unterstützung einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit hat, kamen auch andere Untersuchungen (z.B. Doty et al., 2010; Fingerhut; 2018; Fredriksen-Goldsen et al., 2015; Sattler et al., 2016). Was jedoch überraschend ist, ist der fehlende Zusammenhang des positiven LGB-Identitätsempfindens mit der psychischen Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Während in vorangehenden Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen positiver LGB-Identität und psychischer Gesundheit gefunden werden konnte (Petrocchi et al., 2020; Rostoky et al., 2018), ließen sich diese Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit nicht replizieren. Auch konnten keine moderierenden Effekte für soziale Unterstützung gefunden werden. Die

Befundlage zum moderierenden Effekt sozialer Unterstützung bei minderheitsspezifischem Stress ist bisher widersprüchlich – so konnte in der Untersuchung von Doty et al. (2010) ein moderierender Einfluss gefunden werden, bei Szymansky (2009) und Chong (2020) jedoch nicht. Nachdem allerdings generell kein Zusammenhang zwischen heterosexistischen Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität gefunden werden konnte, könnte auch die Erfassung heterosexistischer Erfahrungen anhand des DHEQ Mitgrund für die ausbleibende Moderation in der vorliegenden Arbeit sein.

Um der Frage nachzugehen, inwiefern Geschlechterunterschiede in den untersuchten Konstrukten existieren, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Signifikante Geschlechterunterschiede konnten sowohl in der Dimension *Körperliche Gesundheit* als auch *Psychische Gesundheit* der SF-36 gefunden werden. Abgesehen von den Dimensionen der SF-36 konnten aber lediglich für die Skala *Vicarious Trauma* des DHEQ und die Skala *Social Justice* des LGB-PIM signifikante Ergebnisse gefunden werden, die sich jedoch nach den Alphafehler-Korrekturen nicht mehr als signifikant erwiesen. Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigte sich, dass Frauen signifikant niedrigere Werte in beiden Summenskalen der SF-36 aufwiesen, wobei die Effektstärke der psychischen Gesundheit im niedrigen Bereich und die der körperlichen Gesundheit im mittleren Bereich lag. In den Skalen *Vicarious Trauma* des DHEQ und *Social Justice* des LGB-PIM wurden bei Frauen hingegen signifikant höhere Werte gefunden als bei Männern; die Effektstärken lagen im kleinen Bereich.

Die hier erzielten Ergebnisse decken sich mit der Untersuchung von Austin et al. (2017), laut der nicht-heterosexuelle Frauen größere Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu verzeichnen haben als nicht-heterosexuelle Männer. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass Frauen durch vorherrschende patriarchale Gesellschaftsstrukturen einen doppelten Minderheitsstatus haben und somit noch mehr Stressoren ausgesetzt sind (Austin et al., 2017). Um weitere Faktoren auszumachen, wären möglicherweise qualitative oder Mixed-Methods-Designs von Vorteil, um sich tiefergehend mit den unterschiedlichen Lebensrealitäten von nicht-heterosexuellen Frauen und Männern auseinanderzusetzen.

10.2 Kritik und Ausblick

Im folgenden Teil werden die Limitationen der Untersuchung diskutiert. Abschließend soll ein Ausblick auf zukünftige Forschung im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei LGB-Personen getätigt werden.

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Querschnittuntersuchung handelte, war es nicht möglich, kausale Aussagen zu den Wirkmechanismen zu machen. Um dieser Limitation entgegenzuwirken, wäre in Zukunft beispielsweise eine Tagebuchstudie aufschlussreich, bei der die Teilnehmer*innen über einen längeren Zeitraum Buch über die von ihnen erlebten heterosexistischen Erfahrungen führen und regelmäßig zu psychischen und physischen Gesundheitsscreenings erscheinen. Somit könnten zumindest die kurzfristigen Folgen von minderheitsspezifischem Stress zuverlässig untersucht werden.

Ebenfalls anzumerken ist die eingeschränkte Reliabilität einzelner Skalen der deutschen Fragebogenübersetzungen sowie die bereits weiter oben angesprochene zeitliche Begrenzung des DHEQ auf Ereignisse im letzten Jahr. Heterosexistische Erfahrungen können, so wie jegliche Stresserfahrung, durchaus traumatisch und langfristig belastend sein. Es wäre also sinnvoll, das Vorkommen dieser Stresssituationen nicht nur für die letzten zwölf Monate, sondern für einen längeren Zeitraum zu erfragen. Vor allem auch in Bezug auf die Fragen zur Familie, da diese bereits in frühen Lebensjahren einen großen Einfluss ausüben können.

Insgesamt begannen 333 Personen mit der Bearbeitung des Fragebogens, jedoch wurde dieser nur von 179 Personen abgeschlossen, was zu einer Dropout-Rate von 46.3% führte. Der Großteil der Abbrüche (103 Personen) fand innerhalb der ersten zwei Seiten statt, die die Einverständniserklärung und die soziodemographischen Daten beinhalteten. Möglicherweise wollten sich einige Personen nur einen ersten Einblick verschaffen, ohne die Intention, den Fragebogen bis zum Schluss auszufüllen, oder sie brachen diesen ab und starteten zu einem späteren Zeitpunkt erneut. Da der Fragebogen an einige Organisationen und Verbände gesendet wurde, ist es auch vorstellbar, dass die zuständigen Ansprechpersonen den Fragebogen öffneten und sich die ersten zwei Seiten ansahen, bevor sie diesen innerhalb ihres Newsletters weiterleiteten. Andere mögliche Erklärungen sind, dass die angekündigte Länge von 15 Minuten abschreckend wirkte, oder dass Personen die Fragen zu den soziodemographischen Daten als zu intim oder privat erlebten und deshalb die Befragung vorzeitig abbrachen. Insgesamt ist eine Dropout-Rate von 46.3% jedoch sehr hoch und sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Eine weitere Limitation ist die Auswahl der Normstichprobe. Die hier erzielten Ergebnisse wurden mit den Normwerten der SF-36 für 30 bis 39-jährige verglichen. Insgesamt umfasste die Altersspanne jedoch Personen im Alter von 18 bis 78 Jahren, und über fünfzig Prozent der Teilnehmenden waren jünger als 30 Jahre alt. In Bezug auf die Normstichprobe ist außerdem zu berücksichtigen, dass die sexuelle Orientierung dieser nicht

erfasst wurde, und davon auszugehen ist, dass sie die ungefähre Verteilung von Hetero-, Bi- und Homosexuellen der Gesamtpopulation widerspiegelt. Somit waren zwar vermutlich über neunzig Prozent heterosexuell, aber auch nicht-heterosexuelle Personen werden sich in der Normstichprobe befunden haben. Dadurch könnte es zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommen. Auch wenn diese vermutlich minimal wäre, ist es wichtig, dies bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Um insgesamt ein besseres Verständnis der Wirkmechanismen der Risiko- und Schutzfaktoren zu erlangen, wäre in Zukunft ein Verbinden qualitativer und quantitativer Ansätze in einem Mixed-Methods-Design eine gute Möglichkeit, um heterosexistische Erfahrungen, sexuelles Identitätsempfinden und soziale Unterstützung in ihrer vollen Komplexität zu erfassen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Auswirkungen von minderheitsspezifischem Stress bei LGB-Personen ein hochaktuelles und ernstzunehmendes Thema sind. Nach wie vor ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität von sexuellen Minderheiten signifikant eingeschränkt. Es gilt Faktoren auszumachen, die die Entstehung psychischer und physischer Krankheiten dieser Gesellschaftsgruppe begünstigen, um gezielt gegen diese vorgehen zu können. Um erfolgreiche Strategien gegen verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität bei LGB-Personen zu entwickeln, ist ebenso wie das Ausmachen von Risikofaktoren die Untersuchung diverser Schutzfaktoren von hoher Relevanz. Auch wenn es bereits eine wachsende Anzahl von Forschungsarbeiten zu diesem Thema gibt, ist der Wissensstand nach wie vor unzureichend. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen erneut, dass wir noch weit von einer Gleichstellung sexueller Minderheiten entfernt sind und es einerseits weiterer Forschung, andererseits einer Implementierung bestehender Ergebnisse in die Praxis und ein Miteinbeziehen dieser in politische Entscheidungen bedarf.

Literaturverzeichnis

- AFP (2019). *Homosexualität in zahlreichen Ländern unter Strafe gestellt*. Abgerufen am 16.11.2023 unter <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/weltweite-strafrechtliche-verfolgung-von-homosexuellen-16142343.html>
- Agency for Fundamental Rights (2013). *LGBT-Erhebung in der EU - Erhebung unter Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen in der Europäischen Union*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
https://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-results-at-a-glance_de.pdf
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021). *Sexuelle Identität*. Abgerufen am 16.11.2023 unter <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/diskriminierungsmerkmale/sexuelle-identitaet/sexuelle-identitaet-node.html>
- Ashmore, R. D., Deaux, K., & Mclaughlin-Volpe, T. (2004). An organizing framework for collective identity: Articulation and significance of multidimensionality. *Psychological Bulletin*, 130(1), 80–114. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.80>
- Austin, S. B., Gordon, A. R., Ziyadeh, N. J., Charlton, B. M., Katz-Wise, S. L., & Samnaliev, M. (2017). Stigma and health-related quality of life in sexual minorities. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), 559–566.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.05.007>
- Balsam, K. F., Beadnell, B., & Molina, Y. (2013). The Daily Heterosexist Experiences Questionnaire. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/0748175612449743>
- Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., Mickey, R. M., & Rothblum, E. D. (2005). Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: Effects of gender, sexual orientation, and family. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 471–476.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.471>
- Bailey, J. M. (2020). The Minority Stress Model deserves reconsideration, not just extension. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2265–2268.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-01606-9>
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brauns, B. (2016). *So homosexuell ist Europa*. Abgerufen am 16.11.2023 unter <https://blog.zeit.de/teilchen/2016/10/19/so-schwul-ist-europa/>
- Bruns, M. (2018). *Von 1933 bis Heute: Lesben und Schwule in Deutschland und der*

- DDR. Abgerufen am 16.11.2023 unter <https://www.lsvd.de/de/ct/934-Von-1933-bis-heute-Lesben-und-Schwule-in-Deutschland-und-der-DDR#nationalsozialismus>
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(2–3), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.02.006>
- Bullinger, M., Kirchberger, I., & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey: Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3(1), 21–36. <https://doi.org/10.1007/BF02959944>
- Case, P., Austin, S. B., Hunter, D. J., Manson, J. E., Malspeis, S., Willett, W. C., & Spiegelman, D. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*, 13(9), 1033–1047. <https://doi.org/10.1089/jwh.2004.13.1033>
- Charlton, B. M., Gordon, A. R., Reisner, S. L., Sarda, V., Samnaliev, M., & Austin, S. B. (2018). Sexual orientation-related disparities in employment, health insurance, healthcare access and health-related quality of life: A cohort study of US male and female adolescents and young adults. *British Medical Journal Open*, 8(6): e020418. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020418>
- Chong, S. K. (2020). *Daily heterosexism experiences and well-being among LGB people: The moderating role of mindfulness, self-compassion, and LGB-affirmative support* (Dissertation, University of Maryland). Abgerufen am 16.11.2023 unter <https://drum.lib.umd.edu/handle/1903/26420>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D.T Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindsey (Hrsg.), *The handbook of social psychology*, 4th ed., Vol. 2, (S. 504–553). New York: McGraw-Hill.
- Cutrona, C. E. (1986). Behavioral manifestations of social support: A microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201–208. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.1.201>

- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships, 1*, 37–67.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- D’Augelli, A. R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 433–456.
<https://doi.org/10.1177/1359104502007003010>
- Davidson, R., & MacKinnon, J. G. (1993). *Estimation and Inference in Econometrics*. Oxford: Oxford University Press.
- Denton, F. N., Rostosky, S. S., & Danner, F. (2014). Stigma-related stressors, coping self-efficacy, and physical health in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 383–391. <https://doi.org/10.1037/a0036707>
- Doty, N. D., Willoughby, B. L. B., Lindahl, K. M., & Malik, N. M. (2010). Sexuality related social support among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(10), 1134–1147. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9566-x>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer.
- Drescher (2015) Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International Review of Psychiatry, 27*(5), 386–395. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1053847>
- Ellis, H. (1910). Inborn homosexuality and pseudo-homosexuality. *Journal of Mental Science, 56*, 145. <https://doi.org/10.1192/bjp.56.232.145>
- European Union (o.D.). *Lesbian, gay, bi, trans and intersex equality*. Abgerufen am 17.11.20123 unter https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/lesbian-gay-bi-trans-and-intersex-equality_en
- Feinstein, B. A. (2020). The rejection sensitivity model as a framework for understanding sexual minority mental health. *Archives of Sexual Behavior, 49*, 2247–2258.
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS* (5. Auflage). Los Angeles, CA: Sage.
- Fingerhut, A. W. (2018). The role of social support and gay identity in the stress processes of a sample of Caucasian gay men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 5*(3), 294–302. <https://doi.org/10.1037/sgd0000271>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health, 103*(10), 1802–1809.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110>

- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emlet, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *Gerontologist*, 55(1), 154–168.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu081>
- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8>
- Ganna, A., Verweij, K. J., Nivard, M. G., Maier, R., Wedow, R., Busch, A. S., ... Lundström, S. (2019). Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior. *Science*, 365(6456), eaat7693.
<https://doi.org/10.1126/science.aat7693>
- Gmelin, J.-O. H., De Vries, Y. A., Baams, L., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Borges, G., ... de Jonge, P. (2022). Increased risks for mental disorders among LGB individuals: Cross-national evidence from the World Mental Health Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57, 2319–2332.
<https://doi.org/10.1007/s00127-022-02320-z>
- Gonsiorek, J. C., Sell, R. L., & Weinrich, J. D. (1995). Definition and measurement of sexual orientation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(s1), 40–51.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00489.x>
- Greenberg, D. F. (1990). *The construction of homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730.
<https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hays, R., & Reeve, B. B. (2008). Measurement and modeling of health-related quality of life. In S. Quah & K. Heggenhougen (Hrsg.), *International Encyclopedia of Public Health*, 1st ed., 241–252.
- Herek, G. M., & Garnets, L. D. (2007). Sexual orientation and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 353–375.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- Hergemöller, B. (1998). *Sodom und Gomorrha. Zur Alltagswirklichkeit und Verfolgung*

- Homosexueller im Mittelalter*. Berlin: Salzgeber Verlag.
- Hershberger, S. L., & D'Augelli, A. R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology*, 31(1), 65–74. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.65>
- Hill, (2010). Soziale Umwelt und sexuelle Identitätsbildung. In G. Duttge, W. Engel & B. Zoll (Hrsg.), *Sexuelle Identität und gesellschaftliche Norm* (S. 37–52). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Hupcey, J. E. (1998). Social support: Assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, 8(3), 304–318. <https://doi.org/10.1177/104973239800800302>
- Hupperts, C. (2007). Homosexualität in der Antike. In R. Aldrich (Hrsg.), *Gleich und anders. Eine globale Geschichte der Homosexualität* (S. 29–56). Hamburg: Murmann Verlag.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Kienle, R., Knoll, N., & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: Soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107–122). Heidelberg: Springer.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8: 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-70>
- Knoll, N., Scholz, U., & Ditzen, B. (2019). Social support, family processes, and health. In T. A. Revenson & R. A. R. Gurung (Hrsg.), *Handbook of Health Psychology* (1. Aufl., S. 279–289). London: Psychology Press.
- Kreiner, S. M. (2016). *Die Entkriminalisierung der Homosexualität in Österreich* (Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz). Abgerufen am 17.11.2023 unter <https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/1592887?originalFilename=true>
- Lee, H., Park, J., Choi, B., Yi, H., & Kim, S.-S. (2021). Association between discrimination and depressive symptoms among 2,162 lesbian, gay, and bisexual adults in South Korea: Does community connectedness modify the association? *Journal of Homosexuality*, 68(1), 70–87. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1624456>
- Leiner, D., & Leiner, S. (2020). *SoSci Survey (version 3.2.42) [computer software]*. <https://www.sosicurvey.de>
- Lewis, R. J., Derlega, V. J., Berndt, A., Morris, L. M., & Rose, S. (2002). An empirical

- analysis of stressors for gay men and lesbians. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 63–88. https://doi.org/10.1300/j082v42n01_04
- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority Stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 521–548. <https://doi.org/10.1177/1745691613497965>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Louderback, L. A., & Whitley, B. E., Jr. (1997). Perceived erotic value of homosexuality and sex-role attitudes as mediators of sex differences in heterosexual college students' attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of Sex Research*, 34, 175-182.
- Marti-Pastor, M., Perez, G., German, D., Pont, A., Garin, O., Alonso, J., ... Ferrer, M. (2018). Health-related quality of life inequalities by sexual orientation: Results from the Barcelona Health Interview Survey. *PLOS ONE*, 13(1): e0191334. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191334>
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2020). Rejection sensitivity and minority stress: A challenge for clinicians and interventionists [Commentary]. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2287–2289. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01597-7>
- Meyer, I. H., Pachankis, J. E., & Klein, D. N.. (2021). Do genes explain sexual minority mental health disparities? *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 731–737. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01909-2>
- Mills, T. C., Paul, J., Stall, R., Pollack, L., Canchola, J., Chang, Y. J., ... Catania, J. A. (2004). Distress and depression in men who have sex with men: The urban men's health study. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 278–285. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.278>
- Moradi, B., Mohr, J., Worthington, R., & Fassinger, R. (2009). Counseling psychology research on sexual (orientation) minority issues: Conceptual and methodological challenges and opportunities. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 5–22. <https://doi.org/10.1037/a0014572>
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *SF-36 Fragebogen zum*

- Gesundheitszustand* (2nd ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Morris, J. F., Waldo, C. R., & Rothblum, E. D. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 61–71. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.1.61>
- Nester, S. (2009). *Lesbische Identitätskonstruktionen reflektiert am Inseltourismus in Skala Eressòu (Lesbos)* (Diplomarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz). Abgerufen am 17.11.2023 unter <https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/content/titleinfo/207673/full.pdf>
- Ostertag, E. (2004). *Karl Maria Kertbeny*. Abgerufen am 17.11.2023 unter <https://schwulengeschichte.ch/epochen/2-weg-zur-selbstbestimmung/vorkaempfer-und-opfer/zum-begriff-homosexualitaet/karl-maria-kertbeny/>
- Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403–415. <https://doi.org/10.1037/ccp0000299>
- Pachankis, J. E., Mahon, C. P., Jackson, S. D., Fetzner, B. K., & Bränström, R. (2020). Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 146(10), 831–871. <https://doi.org/10.1037/bul0000271>
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Petrocchi, N., Pistella, J., Salvati, M., Carone, N., Laghi, F., & Baiocco, R. (2020). I embrace my LGB identity: Self-reassurance, social safeness, and the distinctive relevance of authenticity to well-being in Italian lesbians, gay men, and bisexual people. *Sexuality Research and Social Policy*, 17(1), 75–86. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0373-6>
- Potter, E. C., & Patterson, C. J. (2019). Health-related quality of life among lesbian, gay, and bisexual adults: The burden of health disparities in 2016 Behavioral Risk Factor Surveillance System Data. *LGBT Health*, 6(7), 357–369. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0013>
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 43, 165–189. <https://doi.org/10.1007/s001030050033>
- Renneberg, B., & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 29–33). Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_4

- Riek, M. (2017). *Die Geschichte der Homosexualität. Menschenrechtliche und ethische Betrachtungsweisen*. München: GRIN Verlag.
- Riggle, E. D. B., Mohr, J. J., Rostosky, S. S., Fingerhut, A. W., & Balsam, K. F. (2014). A multifactor lesbian, gay, and bisexual positive identity measure (LGB-PIM). *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 398–411. <https://doi.org/10.1037/sgd0000057>
- Robert Koch Institut (2020). *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*. Abgerufen am 17.11.2023 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile
- Rostosky, S., Cardom, R., Hammer, J., & Riggle, E. (2018). LGB positive identity and psychological well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(4), 482–489. <https://doi.org/10.1037/sgd0000298>
- Russell, S. T., & Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Sandfort, T. G. M., Bakker, F., Schellevis, F. G., & Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1119–1125. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.058891>
- Sauer, A. (2018). *LSBTIQ-Lexikon*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497–510. <https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Sattler, F. A., Wagner, U., & Christiansen, H. (2016). Effects of minority stress, group-level coping, and social support on mental health of German gay men. *PLOS ONE*, 11(3): e0150562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150562>
- Schönpflug, K., Hofmann, R., Klappeer, C. M., Huber, C., & Eberhardt, V. (2015). “Queer in Wien“ *Stadt Wien Studie zur Lebenssituation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transgender und Intersex Personen (LGBTIs)*. Wien: Institut für höhere Studien. <https://www.wien.gv.at/menschen/queer/pdf/studie-queer-in-wien.pdf>
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Swim, J. K., Johnston, K., & Pearson, N. B. (2009). Daily experiences with heterosexism:

- Relations between heterosexist hassles and psychological well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(5), 597-629. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.5.597>
- Szymanski, D. M. (2009). Examining potential moderators of the link between heterosexist events and gay and bisexual men's psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 142–151. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.56.1.142>
- von Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia sexualis*. Berlin: Matthes & Seitz.
- von Lüpke, M. (2014). *Geschichte der Homosexualität*. Abgerufen am 17.11.2023 unter <https://www.zeit.de/wissen/geschichte/2014-01/geschichte-der-homosexualitaet-schwule-lesben-verfolgung>
- Willoughby, B. L. B., Doty, N. D., & Malik, N. M. (2008). Parental reactions to their child's sexual orientation disclosure: A family stress perspective. *Parenting*, 8(1), 70–91. <https://doi.org/10.1080/15295190701830680>
- World Health Organization. (1948). *Official Records of the World Health Organization*. No. 2. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality-of-life*. Geneva: Author.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Häufigkeiten und Anteilswerte des aktuellen Beschäftigungsstatus.....	38
Tabelle 2.	Prävalenzen diagnostizierter psychischer Störungen in der untersuchten Stichprobe.....	39
Tabelle 3.	Absolute und relative Häufigkeiten chronischer Erkrankungen.....	39
Tabelle 4.	Itemanzahl, Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α), Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärpen für die Skalen des SF-36.....	41
Tabelle 5.	Itemanzahl, Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α), Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärpen für die Skalen der deutschen Übersetzung des DHEQ.....	42
Tabelle 6.	Itemanzahl, Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α), Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärpen für die Skalen der deutschen Übersetzung der adaptierten Version der Social Provisions Scale.....	42
Tabelle 7.	Itemanzahl, Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbachs Alpha (α), Minimum und Maximum der korrigierten Trennschärpen für die Skalen der deutschen Übersetzung des LGB-PIM.....	43
Tabelle 8.	Deskriptivstatistische Kennwerte für die Skalen des SF-36 der Stichprobe (SP) und der Population (PP) sowie Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilungen des Einstichproben-t-Tests, Effektstärke und korrigiertem Alpha.....	44
Tabelle 9.	Deskriptivstatistische Kennwerte der Skalen des SF-36 von Personen mit niedrigen, moderaten, eher hohen und hohen Werten im DHEQ sowie die F-Werte mit zugehörigen Signifikanzwerten.....	45
Tabelle 10.	Moderatoranalyse zum Einfluss LGB-positiver sozialer Unterstützung und positiver LGB-Identität auf den Zusammenhang von heterosexistischen Erfahrungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität.....	47
Tabelle 11.	Parameter der multiplen linearen Regression zur Vorhersage der Psychischen Gesundheit (Summenskala des SF- 36).....	48
Tabelle 12.	Deskriptivstatistische Werte, Prüfgrößen und Signifikanzbeurteilung des t-Tests zu den Skalen des SF-36, DHEQ und LGB-PIM in Abhängigkeit des Geschlechts...	50

Abkürzungsverzeichnis

AFP	Agence France-Presse
APA	American Psychiatric Association
DHEQ	Daily Heterosexist Experiences Questionnaire
EU	Europäische Union
FRA	Agency for Fundamental Rights
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LGB	Lesbian, Gay, Bisexual
LGBT	Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual
LGBTQIA+	Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, Queer, Inter, Asexual +
LGB-PIM	Lesbian, Gay and Bisexual Positive Identity Measure
LSVD	Lesben- und Schwulenverband in Deutschland
SF-36	Short Form Health 36
WHO	World Health Organization