



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Does it get better?

Der Zusammenhang zeitlicher, struktureller und kultureller Faktoren mit internalisiertem Stigma bei lesbischen und bisexuellen Frauen: Ein systematisches Review mit crosstemporaler Metaanalyse

verfasst von | submitted by

Johanna Hackl-Lehner BEd BSc

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

Wien | Vienna, 2026

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

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp

Mitbetreut von | Co-Supervisor:

Dr. Magdalena Siegel BSc MSc



Gefördert von der Hochschüler:innenschaft an der Universität Wien

Inhaltsverzeichnis

Theoretischer Hintergrund	5
Lesbische und bisexuelle Frauen als spezifische Populationsgruppe.....	6
Das Minority Stress Modell und internalisiertes Stigma.....	9
Zeitliche Trends	14
Strukturelles Stigma	16
Kulturelle Dimensionen.....	20
Forschungsfragen und Hypothesen	24
Erste Forschungsfrage und Hypothesen	25
Zweite Forschungsfrage und Hypothesen	26
Dritte Forschungsfrage und Hypothesen	26
Methodik	27
Übergeordnetes Forschungsprojekt	27
Skalenbeschreibung und -begründung.....	27
Einschlusskriterien.....	28
Informationsquellen (Datenbanksuche).....	29
Selektionsprozess.....	30
Datenerhebung.....	30
Berechnung der Effektstärke	33
Statistische Analyse.....	34
Prüfung der Studienqualität und Publication Bias.....	35
Ergebnisse	35
Studienauswahl.....	35
Studiencharakteristika	36
Forschungsfrage 1: Zusammenhang zwischen IS und dem Jahr der Datenerhebung	37
Hypothese 1a.....	38
Hypothese 1b	39
Forschungsfrage 2: Zusammenhang zwischen IS und strukturellem Stigma.....	41

Hypothese 2a.....	42
Hypothese 2b	43
Forschungsfrage 3: Zusammenhang zwischen IS und der Kulturdimension auf Länderebene (Individualismus/Kollektivismus)	45
Hypothese 3a.....	45
Hypothese 3b	47
Diskussion	48
Stärken	57
Limitationen.....	58
Limitationen bezogen auf Primärstudien	58
Limitationen während des Reviewprozesses	59
Implikationen.....	61
Implikationen für die Forschung.....	61
Implikationen für die Praxis.....	64
Konklusion.....	65
Literaturverzeichnis.....	67
Anhänge	90
Abstract Deutsch.....	90
Abstract Englisch.....	91
Tabellenverzeichnis	92
Abbildungsverzeichnis	92
Appendix A: Kodierkriterien.....	93
Appendix B: Übersichtstabelle Studien- & Effektstärkeninformationen	96

Theoretischer Hintergrund

Lesbische, schwule, bisexuelle, transgender sowie queere (LGBTQ+) Personen weisen ein höheres Risiko für psychische Störungen auf als heterosexuelle und/oder cisgender Personen (Pinna et al., 2022; Wittgens et al., 2022). Dies ist unter anderem darin begründet, dass Personen, die einer sexuellen oder geschlechtlichen Minderheit angehören, aufgrund von gesellschaftlicher Stigmatisierung mehr sozialen Stress erleben, was wiederum in negativen gesundheitlichen Folgen resultieren kann (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003).

Stigmatisierung kann dabei auf mehreren Ebenen stattfinden, etwa durch gesellschaftliche Strukturen und institutionelle Kontexte sowie in zwischenmenschlichen Beziehungen und im individuellen Erleben. Diese unterschiedlichen Stigmaformen stehen in einem wechselseitigen Verhältnis und wirken vielfältig auf die Gesundheit von LGBTQ+ Personen (Hatzenbuehler et al., 2024). Besonders relevant für die vorliegende Arbeit ist das Konzept des internalisierten Stigmas, das die Verinnerlichung negativer Einstellungen und Vorurteile aus der Gesellschaft gegenüber der eigenen Identität beschreibt (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003).

Innerhalb der LGBTQ+ Community nehmen lesbische und bisexuelle Frauen eine besondere Position ein: Sie sind nicht nur aufgrund ihrer sexuellen Orientierung, sondern häufig auch aufgrund ihres Geschlechts von Mehrfachdiskriminierung betroffen (Fingerhut et al., 2005; Friedman & Leaper, 2010; Szymanski, 2005). Diese Verwobenheit von Sexismus und Heteronormativität prägt die Art und Weise, wie internalisiertes Stigma erlebt und verarbeitet wird (Szymanski, 2005). Zugleich unterliegen gesellschaftliche Einstellungen und kulturelle Kontexte einem stetigen Wandel, sodass internalisiertes Stigma als Verinnerlichung dieser Einstellungen nicht als statisches Phänomen zu verstehen ist. Das vorliegende systematische Review mit crosstemporaler Metaanalyse nimmt daher internalisiertes Stigma bei lesbischen und bisexuellen Frauen, gemessen anhand der *Lesbian Internalized Homophobia Scale* (LIHS; Szymanski & Chung, 2001) in den Blick und untersucht dessen zeitliche Dynamik ebenso wie den Zusammenhang mit strukturellem Stigma und kulturellen Rahmenbedingungen. Strukturelles Stigma wird dabei unidimensional in Bezug auf lesbische und bisexuelle Frauen erfasst, indem die gesetzliche Lage bezüglich sexueller Orientierung sowie Genderidentität als Indikator für strukturelle Stigmatisierung gesehen wird (ILGA World, 2025). Die kulturelle Dimension wird wiederum anhand der Einteilung in individualistische versus kollektivistische Kulturen aufgenommen (Hofstede et al., 2010).

Generell werden zuerst Besonderheiten der Populationsgruppe beschrieben und anschließend relevante theoretische Konstrukte und Modelle (Minority Stress Modell nach Meyer, 2003, und das konzeptuelle Modell des strukturellen Stigmas nach Hatzenbuehler et al., 2024) vorgestellt. Letztere sind in Bezug auf die untersuchte Populationsgruppe der lesbischen und bisexuellen Frauen sowie im Kontext des internalisierten Stigmas zu betrachten.

Lesbische und bisexuelle Frauen als spezifische Populationsgruppe

LGBTQ ist ein Oberbegriff für unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten, die jeweils durch eigene, spezifische Erfahrungen und gesundheitsbezogene Bedürfnisse geprägt sind. Darunter fallen Personen, die sich als lesbisch, schwul, bisexuell oder transgender identifizieren. Ebenfalls inkludiert sind Menschen, die – im dominanten Sprachgebrauch weniger geläufige – Labels wie queer, pansexuell, asexuell, bi-neugierig verwenden oder bewusst keine spezifische Bezeichnung wählen (Institute of Medicine, 2011; Mink et al., 2014). Häufig wird die Abkürzung um ein + ergänzt (LGBTQ+), um weitere nicht explizit genannte nicht-heteronormative oder nicht-cisnormative Identitäten einzuschließen. Im akademischen Kontext wird zudem die Selbstbezeichnung *queer* verwendet, um Nicht-Heteronormität und Nicht-Cisnormativität zu betonen und unterdrückende soziale Konstruktionen von sexueller Orientierung und Geschlecht in Frage zu stellen (Renn, 2010).

Obwohl LGBTQ(+) häufig als einheitlicher Oberbegriff verwendet wird, repräsentiert jede Subgruppe spezifische Bevölkerungsgruppen mit eigenen gesundheitsrelevanten Herausforderungen (Institute of Medicine, 2011). Innerhalb lesbischer, schwuler, bisexueller und transgender Communities bestehen zudem deutliche Unterschiede, die sich unter anderem durch ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischen Status, geografische Lage oder Alter ergeben. So differenzieren sich die gesundheitlichen Bedürfnisse etwa von bisexuellen Jugendlichen, die in einem wenig unterstützenden Umfeld ihr Coming-out erleben, deutlich von jenen älterer lesbischer Frauen, denen beispielsweise der Zugang zu spezialisierten Trauerbegleitungsangeboten fehlt. Darüber hinaus variiert das soziale und gesellschaftliche Umfeld in Abhängigkeit vom historischen Zeitraum, sodass ein Coming-out heute unter anderen Bedingungen erfolgt als beispielsweise in den 1960er-Jahren. Schließlich prägen auch traditionelle Rollenverständnisse und kulturelle Normen in Abhängigkeit von der ethnischen Zugehörigkeit die Erfahrungen von LGBT Personen, was sich wiederum auf

Aspekte wie den Coming-out-Prozess sowie das Ausmaß an verfügbarer Unterstützung und gesellschaftlicher Akzeptanz auswirkt (Institute of Medicine, 2011).

Die Lebensrealität von LGBTQ+ Personen, insbesondere von Frauen sexueller Minderheiten, ist durch spezifische Belastungen, Diskriminierung und strukturelle Benachteiligungen geprägt. Zahlreiche Studien dokumentieren, dass lesbische und bisexuelle Frauen im Vergleich zu anderen queeren Personen sowie heterosexuellen Frauen erhöhte gesundheitliche Ungleichheiten aufweisen, ein gesteigertes Risiko für gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen wie Substanzmissbrauch zeigen und vermehrt von negativen gesundheitlichen Folgen – von Depressionen bis hin zu erhöhter Suizidalität – betroffen sind (Gmelin et al., 2022; Goldbach et al., 2014; Gonzales et al., 2016; Lattanner et al., 2024; Marshal et al., 2011; Wittgens et al., 2022). Lesbische Frauen erleben in der heterosexuellen Mehrheitsgesellschaft aufgrund verschiedener Zugehörigkeiten außerdem häufig eine doppelte Diskriminierung: Einerseits aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität als Frau und andererseits aufgrund ihrer sexuellen Orientierung (Fingerhut et al., 2005).

Um ein nuancierteres Bild über diese spezifische Populationsgruppe zu erhalten, wird der Fokus in der vorliegenden Arbeit primär auf lesbische Frauen gelegt; zusätzlich werden auch Frauen inkludiert, die sich als bisexuell identifizieren, als anderweitig nicht-heterosexuell, ihre sexuelle Orientierung hinterfragen oder sich unsicher darüber sind. Dadurch soll ein möglichst facettenreiches Bild von internalisiertem Stigma bei nicht-heterosexuellen Frauen abgebildet werden. Als Bezeichnung dieser Populationsgruppe wird im Folgenden primär die Abkürzung LB+ Frauen (für lesbische, bisexuelle und weitere nicht-heterosexuelle Frauen) verwendet. Gleichzeitig ist der Schwerpunkt auf lesbische Frauen klar hervorzuheben, was sich auch in den Einschlusskriterien des empirischen Teils widerspiegelt: In dem hier durchgeführte systematischen Review werden ausschließlich Studien aufgenommen, in denen der Anteil bisexueller sowie weiterer nicht-heterosexueller Frauen weniger als 50% der Stichprobe beträgt. Der ergänzende Einschluss bisexueller Frauen ist vor dem Hintergrund der langjährigen Ausklammerung und Unsichtbarmachung von Bisexualität in der wissenschaftlichen Forschung zu verstehen, die unter dem Begriff *bisexual erasure* gefasst wird und ein verbreitetes soziales Phänomen beschreibt, bei dem Bisexualität aus jeglichen Diskursen ausgeblendet wird (Davenport-Pleasance, 2024; Eisner, 2013). Derartige Ausblendungen sowie die insbesondere in älteren Studien häufig mangelnde Differenzierung zwischen lesbischer und bisexueller Identität (Hayfield, 2021) erschweren eine ausschließlich auf lesbische Frauen beschränkte Analyse, was die inklusivere Untersuchung von LB+ Frauen

in der vorliegenden Arbeit sowohl theoretisch begründet als auch methodisch erforderlich macht.

Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass LB+ Frauen keine homogene Gruppe darstellen, da sie sich teils in sehr unterschiedlichen Lebensrealitäten befinden. So erfahren bisexuelle Personen neben einer Ausgrenzung aus der heteronormativen Gesellschaft auch häufig Vorurteile und Exklusion aus queeren Communities, beispielweise weil sie als nicht ‚queer genug‘ angesehen werden (McCole & Anderson, 2025). Und auch hinsichtlich spezifischer Stereotypisierungen zeigen sich Unterschiede, indem lesbische Frauen oftmals als aggressiv wahrgenommen werden, bisexuelle Frauen hingegen eher als promiskuitiv, nicht-monogam sowie bindungsunfähig (Geiger et al., 2006; McCole & Anderson, 2025; Steffens, 2005), was wiederum zu sexualitätsspezifischer Verinnerlichung dieser Ansichten führen kann (Mayfield, 2001; Szymanski & Chung, 2001).

Trotz dieser Besonderheiten zeigen sich jedoch zentrale Gemeinsamkeiten von LB+ Frauen, die eine gemeinsame Untersuchung hinsichtlich internalisiertem Stigma legitimieren: LB+ Frauen erfahren ähnliche soziale Stressoren und weisen insgesamt eine schlechtere mentale Gesundheit, höhere Diskriminierungsraten am Arbeitsplatz, Herausforderungen im Bereich reproduktiver Gesundheit, Coming-out- und Beziehungsschwierigkeiten sowie ein erhöhtes Risiko für Substanzkonsum auf (Bochicchio et al., 2025; Caceres et al., 2019; Muller & Hughes, 2016). Queere Identitätsbezeichnungen wie LB+ stellen zudem traditionelle demografische Annahmen infrage, die Identität als starr, unveränderlich und eindeutig definierbar auffassen. Studien zeigen hingegen, dass viele LGBTQ+ Personen ihre Identität als multipel und fluide verstehen (Ruberg & Ruelos, 2020). Da sich sexuelle Identität im Laufe der Lebens verändern kann (Bochicchio et al., 2025), stellt die gemeinsame Untersuchung von LB+ Frauen einen möglichst inklusiven Ansatz zur Erfassung weiblicher Nicht-Heterosexualität dar.

Schlussendlich ist die Forschungslandschaft durch eine deutliche Unterrepräsentation von LB+ Frauen geprägt. Im Vergleich zu gesundheitsbezogenen Studien mit heterosexuellen, cisgender-Personen sind LGBTQ+ Gruppen stark untererforscht. Selbst innerhalb von LGBTQ+ Projekten befassen sich rund 86% der Studien mit Männern aus sexuellen Minderheiten, aber nur etwa 13% mit Frauen aus sexuellen Minderheiten (Coulter et al., 2014). Diese strukturellen Forschungslücken zeigen sich auch in anderen gesundheitsbezogenen Bereichen und erschweren eine evidenzbasierte klinische Praxis (Mijas et al., 2021; Siegel, Casalino, et al., 2022). Angesichts der systematischen Ungleichverteilung

erscheint es unabdingbar, künftig einen stärkeren wissenschaftlichen Fokus auf LB+ Frauen zu legen, um valide und differenzierte Erkenntnisse über diese spezifische Populationsgruppe zu gewinnen.

Das Minority Stress Modell und internalisiertes Stigma

Wie zu Beginn aufgezeigt, herrschen gravierende Unterschiede bezüglich der mentalen Gesundheit zwischen heterosexuellen und/oder cisgender Personen versus LGBTQ+ Personen vor (Pinna et al., 2022; Wittgens et al., 2022). Einen Erklärungsansatz für diese Diskrepanz in der mentalen Gesundheit je nach sexueller oder geschlechtlicher Identität bietet das Minority Stress Modell (Frost & Meyer, 2023; Meyer, 2003), welches wiederum auf Arbeiten von Virginia Brooks in den frühen 80ern des 20. Jahrhunderts beruht (Brooks, 1981; Rich et al., 2020). Dieses besagt, dass Personen, welche einer sexuellen oder geschlechtlichen Minderheit angehören, infolge gesellschaftlicher Stigmatisierung einem erhöhten Maß an sozialen Stress ausgesetzt sind, was mit negativen gesundheitlichen Folgen einhergehen kann (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Der Begriff Minderheitenstress ist dabei im postulierten Modell zentral, da er als Ursache für eine erhöhte psychopathologische Prävalenz bei LGB+ Personen gesehen wird. Minderheitenstress entsteht durch Stigmata, Vorurteile und Diskriminierung, welche ein feindliches und stressiges soziales Umfeld schaffen, das wiederum psychische Gesundheitsprobleme verursachen kann. Weiters kann dies zur Internalisierung negativer Ansichten gegenüber der minorisierten sexuellen Identität führen, ebenso wie zur Verheimlichung der eigenen Identität und Entwicklung einer gewissen Zurückweisungserwartung durch andere, und zeigt wesentliche korrelative sowie mediiierende Zusammenhänge mit der mentalen Gesundheit von LGB Personen auf (Meyer, 2003). Auch der Konflikt zwischen heteronormativen Erwartungen und individuellen Verstößen gegen diese Erwartungen wird als chronische und spezifische Stressursache charakterisiert, die in Stigmatisierung begründet ist (Everett et al., 2019; Meyer, 2003).

Eine wichtige konzeptuelle Unterscheidung im Rahmen des Modells betrifft die Abgrenzung zwischen Minderheitenstress und allgemeinem Stress. Alle Personen können im Laufe ihres Lebens Stress erfahren, jedoch findet Minderheitenstress seinen Ursprung in Vorurteilen und Stigmatisierung. Allgemeiner Stressor könnte beispielweise der Verlust eines Arbeitsplatzes sein. Sobald der Verlust des Arbeitsplatzes jedoch durch Vorurteile gegenüber Menschen aus sexuellen oder geschlechtlichen Minderheiten motiviert ist, kann er auch als Minderheitenstressor gelten. Entscheidend dafür ist die Minderheitenzugehörigkeit der gekündigten Person als Grund für den Verlust des Arbeitsplatzes (Frost & Meyer, 2023).

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Minority Stress Modell ist die Einteilung in distale und proximale Stressoren (Meyer, 2003): Distale Stressoren beinhalten Stressoren, die von Menschen oder Institutionen ausgehen, die sich auf LGBTQ+ Personen auswirken. Dazu gehören bedeutende Lebensereignisse (wie Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund der LGBTQ+ Identität), chronische Stressoren (z. B. Leben in Armut), alltägliche Diskriminierungserfahrungen oder Mikroaggressionen sowie darüber hinausgehend erlebte oder angedrohte (sexuelle und körperliche) Gewalterfahrungen (Frost et al., 2019; Hatzenbuehler, 2016; Herek et al., 1999; Meyer et al., 2021; Nadal et al., 2016). Weiters zählen auch Ereignisse, die aufgrund von Stigmata und Vorurteilen nicht stattfinden konnten, zu den distalen Stressoren: Diese können besonders belastend sein, wenn die nicht eingetretenen Erfahrungen normativ erlebt werden, zum Beispiel wenn man bis zu einem bestimmten Alter nicht verheiratet ist, keine:n Beziehungspartner:in findet oder keine erwartete berufliche Beförderung erhält (Frost & LeBlanc, 2014).

Proximale Stressoren wiederum ergeben sich aus einem Sozialisierungsprozess, bei dem Menschen einer sexuellen oder geschlechtlichen Minderheit lernen, sich selbst abzulehnen (internalisiertes Stigma), Erwartungen von Ablehnung durch andere entwickeln, und ihre LGBTQ+ Identität verbergen, um sich vor distalen Stressoren zu schützen (Douglass et al., 2020; Frost & Meyer, 2023; Jaspal et al., 2021; Liang & Huang, 2022; Pachankis et al., 2020). Distale und proximale Stressoren werden im Minority Stress Modell zwar als getrennt voneinander beschrieben, weisen jedoch auch potenzielle kausale Zusammenhänge auf, welche bisher noch wenig erforscht sind (Conlin et al., 2019; Hatzenbuehler, 2009). Häufig wird dabei von einem Mediationseffekt ausgegangen; beispielweise zeigen Diskriminierungserfahrungen als distale Stressoren indirekte Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit von LGB Personen auf, wobei diese Verbindung durch proximale Stressoren (internalisiertes Stigma und Ablehnungserwartung) als Mediatoren beeinflusst wird (Conlin et al., 2019).

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus primär auf dem Aspekt des internalisierten Stigmas (IS) bei LB+ Frauen. Für eine bessere Übersicht über die verschiedenen Einflüsse auf IS sowie Verbindungen innerhalb des Minority Stress Modells nach Meyer (2003) findet sich am Ende dieses Kapitels eine Darstellung (Abbildung 1) der in dieser Arbeit untersuchten Hypothesen. Alle relevanten Konzepte sind farbig markiert und werden in den kommenden Kapiteln Schritt für Schritt eingeführt. Generell wird IS als jener Prozess beschrieben, bei dem negative Einstellungen und Vorurteile aus der Gesellschaft verinnerlicht werden (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Es repräsentiert eine Stressform, welche internal

und insidiös ist, da sie selbst bei Abwesenheit von negativen Ereignissen sowie bei erfolgreicher Verschleierung der sexuellen Minderheitenidentität eine schädliche Auswirkung auf LGB Personen aufweisen, indem sie negative soziale Werte auf sich selbst richten und sich dadurch selbst stigmatisieren (Meyer, 2003). Der Fokus auf IS bei LB+ Frauen ist einerseits in der Verbindung von IS mit schlechterer mentaler Gesundheit begründet, was sich unter anderem in einer stärkeren depressiven sowie angststörungenbezogenen Symptomatik bei Personen mit hohen IS-Werten zeigt (Newcomb & Mustanski, 2010). Andererseits manifestiert sich IS je nach Populationsgruppe unterschiedlich (Mayfield, 2001; Szymanski & Chung, 2001). Die hierbei vorherrschende forschungsbezogene Unterrepräsentanz von LB+ Frauen wurde bereits im ersten Kapitel erläutert. Zusätzlich wurden in zahlreichen Studien Messinstrumente zur Erfassung von IS eingesetzt, die ursprünglich für schwule Männer entwickelt wurden, jedoch unkritisch auf lesbische Stichproben übertragen wurden (Newcomb & Mustanski, 2010). Dies erschwert eine Generalisierung auf LB+ Frauen und unterstreicht die Notwendigkeit eines expliziten Forschungsfokus auf diese Populationsgruppe.

Im ursprünglichen Minority Stress Modell (Meyer, 2003) wurde anstelle des Begriffes *internalisiertes Stigma* der Begriff *internalisierte Homophobie* verwendet, wobei diese als synonym zu werten sind. Generell wurden im Laufe der Forschung verschiedenste Begriffe verwendet, um die Ablehnung von homosexuellen Personen zu beschreiben: Homophobie, Heterosexismus oder Homonegativität (Lottes & Denise, 2010). Eine allgemeine Übereinstimmung über die Verwendung der Begriffe herrscht nicht vor – gemein ist diesen Wörtern jedoch, dass sie eine Ablehnung gegenüber Homosexualität ausdrücken (Lottes & Denise, 2010). Möglichkeiten in der Unterscheidung beziehen sich daher beispielweise auf konzeptuelle Aspekte oder Kontexte, in welchen diese verwendet werden: So könnte Homophobie eher in affektiven Bereichen verwendet werden, wobei beim Begriff der Homonegativität stärker der kognitive Aspekt betont wird (Negy & Eisenman, 2005). Die Verinnerlichung davon, also IS, wird als nach innen gerichtete Ausprägung negativer sozialer Werte bei LGB-Personen definiert (Meyer, 2003). Sie ist nicht nur die Erfahrung negativer Einstellungen gegenüber der eigenen sexuellen Orientierung, sondern umfasst auch negative allgemeine Einstellungen zu Homosexualität, Unbehagen bei der Offenlegung der sexuellen Orientierung gegenüber anderen, Entfremdung von anderen LGB-Personen und Unbehagen bezüglich gleichgeschlechtlichen sexuellen Aktivitäten (Meyer, 2003). Diese Internalisierung negativer Einstellungen führt laut Theorie zu Konflikten innerhalb des Individuums, vermindertem Selbstwertgefühl und selbstabwertenden Einstellungen (Meyer & Dean, 1998).

Diese Definition steht in Einklang mit Allports (1954) Konzeptualisierung von Vorurteilen und Diskriminierung und dessen Auswirkungen auf das Individuum. Demnach reagieren Menschen auf viktimisierendes Verhalten entweder extrovertiert (also nach außen gerichtet), oder introvertiert (also nach innen gerichtet). Zu den extrovertierten Reaktionen gehören beispielsweise eine obsessive Beschäftigung mit dem stigmatisierenden Merkmal oder die Aggression und Rebellion gegen das Stigma, während die introvertierte Reaktionen Selbstverachtung, Identifikation mit dem Aggressor oder auch Ingroup-Aggression umfassen (Allport, 1954).

Das Konzept der IS lässt sich in Allports Theorie besonders in den introvertierten Reaktionen erkennen, bei denen stigmatisierte LGB-Personen ein negatives Selbstbild bzw. Selbstablehnung entwickeln (Newcomb & Mustanski, 2010). Ein negatives Selbstwertkonzept und erhöhte Selbststigmatisierung stehen dabei in einem wechselseitigen Zusammenhang. Dies verdeutlichen unter anderem die Befunde von Feinstein et al. (2012), wonach höhere Ausprägungen von IS bei lesbischen Frauen und schwulen Männern signifikant mit einem geringeren Selbstwert einhergehen. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine negativere Bewertung der eigenen (minorisierten) Sexualität eng mit allgemein negativen Einstellungen gegenüber der eigenen Person verknüpft ist. Zudem zeigte sich, dass der Selbstwert als moderierender Faktor im Zusammenhang von IS und depressiven Symptomen bei LG-Personen fungiert (Feinstein et al., 2012).

Generell kann der Zusammenhang von Minderheitenstressoren, im spezifischen Fall von IS, und erhöhter Psychopathologie durch mehrere Prozesse erklärt werden. Zum einen wird angenommen, dass IS über allgemeine psychologische Mediationsmechanismen auf die mentale Gesundheit wirkt (Hatzenbuehler, 2009): Angehörige von Minderheitengruppen sind einer erhöhten Stressbelastung durch Stigmatisierung ausgesetzt, was wiederum zu einer Erhöhung der allgemeinen emotionalen Dysregulation, der sozialen/interpersonellen Probleme und der kognitiven Prozesse führt. Spezifische Bewältigungs-/ Emotionsregulationsprozesse (z. B. Grübeln), reduzierte soziale Unterstützung sowie kognitive Prozesse wie Hoffnungslosigkeit, Pessimismus und negative Selbstschemata stellen potenzielle Risikofaktoren dar, welche für die erhöhte Pathogenese von Störungen der psychischen Gesundheit in LGBTQ+ Populationen verantwortlich sein könnten (Hatzenbuehler, 2009). Außerdem weisen auch Studien aus dem Bereich der Neurowissenschaften auf Verbindungen von Minderheitenstress mit schlechterer mentaler Gesundheit hin: Minderheitenstress zeigt einige gemeinsame neurale Pfade mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sowie stressbezogenen Störungen auf. Stress bei

sexuellen Minderheiten wird dadurch mit Traumafolgestörungen, moralischen Verletzungen (inklusive Scham und Schuld) und mentalen Gesundheitsrisiken sowie -resilienz in Verbindung gebracht (Nicholson et al., 2022). Zudem scheinen Minderheitenstresserfahrungen auf neurobiologischer Ebene auch auf das Default Mode Network (DMN) zu wirken. Psychische Ungleichheiten bei sexuellen Minderheiten können unter anderem durch ein verändertes DMN in Bezug auf selbstbezogene Verarbeitung und soziale Kognition erklärt werden (Nicholson et al., 2025). Da auch bei IS eine selbstbezogene Verarbeitung stattfindet, bieten derartige neurowissenschaftliche Erkenntnisse einen spannenden Erklärungsansatz.

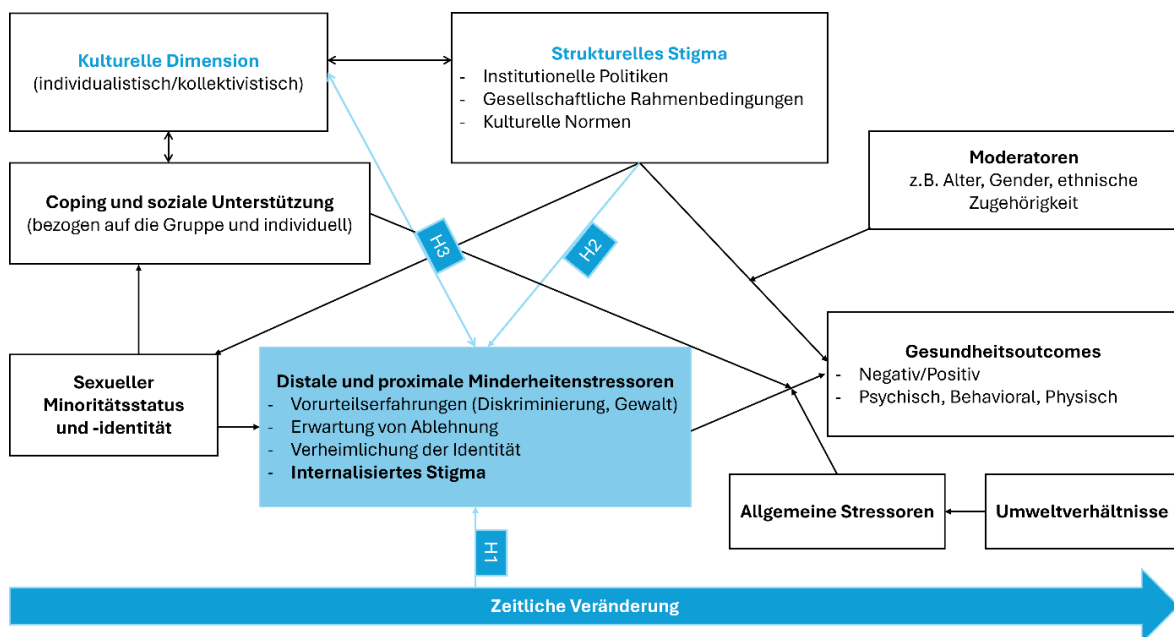
Obwohl der Wirkprozess des IS allgemein formuliert ist, betont Hatzenbuehler (2009) die Untersuchungsrelevanz spezifischer Stressoren je nach soziodemographischen Merkmalen. Während alle LGB-Personen im Minority Stress Modell zwar den gleichen Status haben, unterscheiden sich die wahrgenommenen und tatsächlichen Stressoren, die aus diesem Status resultieren, von Person zu Person (Hatzenbuehler, 2009). Dies zeigt sich beispielweise in den unterschiedlichen Stereotypen, die über lesbische Frauen versus schwule Männer vorherrschen: So werden lesbische Frauen eher als wütend oder sexuell verwirrt wahrgenommen, wohingegen schwule Männer eher mit dem Stereotyp konfrontiert werden, nur flüchtige und zahlreiche sexuelle Begegnungen zu haben (Geiger et al., 2006; Steffens, 2005). Zudem scheinen implizite Vorurteile gegenüber schwulen Männern stärker ausgeprägt zu sein als gegenüber lesbischen Frauen (Steffens, 2005). Folglich kann es zu einer differenzierten Verinnerlichung dieser spezifischen Stereotypen kommen, was wiederum in einer unterschiedlichen Manifestation des IS resultiert (Mayfield, 2001; Szymanski & Chung, 2001). Schließlich werden sowohl ähnliche als auch unterschiedliche Minderheitsstresserfahrungen von Frauen und Männern sexueller Minderheiten erlebt, wobei genderspezifische Sozialisation eine ausschlaggebende Rolle im Zusammenhang mit IS spielt (Lewis et al., 2012).

Traditionelle Sozialisation scheint die unterschiedlichen Erfahrungen von IS bei Frauen versus Männern sogar stärker zu erklären als ihre sexuelle Orientierung (Szymanski et al., 2008): So neigen Frauen dazu, ihre Attraktion zum gleichen Geschlecht eher durch Betonung der Gefühle anstatt einer Selbstidentifikation als sexuelle Minderheit zu rationalisieren, sich später zu outen als Männer und dies primär im Rahmen einer Beziehung, anstatt rein aufgrund ihres sexuellen Begehrens. Außerdem legen Frauen tendenziell mehr Wert auf emotionale Ausdrucksfähigkeit und sexuelle Exklusivität als Männer (Szymanski et al., 2008). All dies sind Aspekte, welche vor allem auf eine genderspezifische Sozialisation von Frauen

zurückzuführen sind. Da gerade frühe Sozialisierungserfahrungen einen starken Einfluss auf die Manifestation von IS bei LGB Personen aufweisen und IS in die Selbstwahrnehmung integriert wird, können Betroffene negative Einstellungen gegenüber der eigenen Identität in unterschiedlich starkem Ausmaß während ihres gesamten Lebens beibehalten (Meyer, 2003).

Abbildung 1

Einflüsse auf IS bei LB+ Frauen



Anmerkung: Eigens erstellte Darstellung der untersuchten Hypothesen (H1, H2, H3) in Anlehnung an das Minority Stress Modell (Meyer, 2003) sowie an das konzeptuelle Modell des strukturellen Stigmas von Hatzenbuehler et al. (2024).

Zeitliche Trends

Generell ist zu berücksichtigen, dass sich gesellschaftliche Einstellungen gegenüber LGBTQ+ Personen im Laufe der Jahre verändern, was Auswirkungen auf die Internalisierung dieser Ansichten mit sich bringen kann. In den letzten Jahren wurden in einigen Regionen weltweit zunehmend positive gesellschaftspolitische Entwicklungen beobachtet, insbesondere im Hinblick auf rechtliche Rahmenbedingungen sowie öffentliche Einstellungen gegenüber LGBTQ+ Personen (Adamczyk & Liao, 2019; Bränström et al., 2023; ILGA World, 2025; Smith et al., 2014). Solche Veränderungen des gesellschaftlichen und politischen Umfelds

sind insofern bedeutsam, als sie die strukturellen Bedingungen beeinflussen, unter denen Minderheitenstress entsteht und aufrechterhalten wird.

Vorurteilsbehaftete gesellschaftliche Einstellungen und politische Kontexte konstituieren ein strukturell stigmatisierendes Umfeld. Dieses wird im Konzept des strukturellen Stigmas zusammengefasst, das gesellschaftliche Rahmenbedingungen, institutionelle Politiken sowie kulturelle Normen umfasst, welche die Lebensrealität von LGBTQ+ Personen maßgeblich prägen (Hatzenbuehler et al., 2024; Hatzenbuehler & Link, 2014). Eine vertiefte theoretische Einordnung dieses Konzeptes erfolgt im folgenden Kapitel. Empirische Befunde dazu zeigen, dass LGB+ Personen in Ländern mit höherem strukturellem Stigma häufiger von Viktimisierungserfahrungen berichten als LGB+ Personen in Kontexten mit geringerer struktureller Stigmatisierung (Bränström et al., 2023). Da sich Veränderungen dieser strukturellen Rahmenbedingungen über die Zeit hinweg erwarten lassen, ist anzunehmen, dass auch Ausmaß und Wirkung distaler und proximaler Minderheitenstressoren nicht konstant sind, sondern zeitlichen Dynamiken unterliegen. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass zeitliche Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, vor allem in Regionen mit einem Rückgang an strukturellem Stigma, mit einer Abnahme von distalem und proximalem Minderheitenstress (insbesondere IS) einhergehen. Aufgrund der bislang begrenzten empirischen Evidenz aus longitudinalen Untersuchungen zu diesen Zusammenhängen (Song, 2025) ergibt sich eine relevante Forschungslücke, deren Untersuchung speziell in Hinblick auf LB+ Frauen ein hohes Erkenntnispotenzial bietet.

Die Berücksichtigung zeitlicher Trends als Einflussfaktor ist zentral für crosstemporale Metaanalysen, da gesellschaftliche Veränderungen in diesem Design über die Hilfsvariable der Zeit operationalisiert werden (Twenge & Campbell, 2001). Dies ist insbesondere hilfreich, da eine genaue Operationalisierung der zugrunde liegenden Mechanismen häufig schwierig bzw. nicht möglich ist. Der Erhebungszeitraum der einzelnen Studien wird daher als Indikator für unterschiedliche gesellschaftspolitische Kontexte verstanden, in denen IS erhoben wurde. Die Einbeziehung historischer Zeit ermöglicht es, Entwicklungen kontextabhängig zu betrachten und berücksichtigt unter anderem, inwiefern soziopolitische Veränderungen über die Zeit hinweg gesellschaftliche Strukturen beeinflussen, die sich auf marginalisierte Individuen auswirken (Allen & Mendez, 2018; Few-Demo, 2014; Frost et al., 2020; Rivas-Koehl et al., 2023). Ausgehend davon untersucht die vorliegende Arbeit im Rahmen der ersten Forschungsfrage, ob sich IS-Ausprägungen bei LB+ Frauen im Laufe der Zeit ändern. Angesichts der postulierten Verbesserung der politischen Lage sowie zunehmender

gesellschaftlicher Toleranz gegenüber LGBTQ+ Personen (Adamczyk & Liao, 2019; ILGA World, 2025; Smith et al., 2014) wird dabei angenommen, dass Studien mit einer älteren Datenlage höhere IS-Ausprägungen berichten als Studien mit Daten aus rezenten Jahren.

Die besondere Relevanz dieser Annahme für LB+ Frauen wird durch Befunde von Song (2025) gestützt, die aufzeigen, dass zeitabhängige Veränderungen politischer und kultureller Einstellungen insbesondere bei lesbischen Frauen mit signifikanten Verbesserungen der psychischen Gesundheit einhergehen, sofern politische Schutzmaßnahmen vorhanden sind. Im Vergleich zu schwulen Männern, bei denen kein entsprechender Zusammenhang nachgewiesen werden konnte, scheint die psychische Gesundheit lesbischer Frauen in besonderem Maße von struktureller politischer Unterstützung zu profitieren. Dies wird einerseits durch vergleichsweise stärkere psychische Belastungen begründet, welche größere Spielräume für positive Effekte politischer Interventionen eröffnen. Andererseits könnten Mechanismen der Stressreduktion sowie der Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung bei lesbischen Frauen stärker wirksam sein. Da lesbische Frauen häufiger als schwule Männer heiraten und Kinder großziehen, sind sie strukturelle Benachteiligungen – etwa am Arbeitsmarkt oder im Gesundheitssystem – besonders ausgesetzt und profitieren entsprechend stärker von politischen Maßnahmen zur rechtlichen Anerkennung von Partnerschaft und Elternschaft, zum Diskriminierungsschutz sowie zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen (Song, 2025).

Strukturelles Stigma

Der Einbezug strukturellen Stigmas zur Erklärung von gesundheitlichen Unterschieden zwischen LGBTQ+ Personen und heterosexuellen Personen stellt eine zentrale Weiterentwicklung des Minority Stress Modells von Meyer (2003) dar (Hatzenbuehler et al., 2024). Es wird davon ausgegangen, dass IS bei LGBTQ+ Personen nicht ausschließlich auf individuelle oder interpersonelle Erfahrungen zurückzuführen ist, sondern auch maßgeblich durch ein gesellschaftlich verankertes, strukturell stigmatisierendes Umfeld bedingt und aufrechterhalten wird, welches diese individuellen und interpersonellen Erfahrungen zugleich bewirkt und rahmt (Hatzenbuehler et al., 2024). Das Konzept des strukturelles Stigmas bezieht sich dabei auf gesellschaftliche und politische Strukturen sowie kulturell verankerte Normen, die die Lebensrealität von LGBTQ+ Personen auf Makroebene beeinflussen. Diese Einflüsse äußern sich beispielsweise in Form mangelnden rechtlichen Schutzes vor Diskriminierung oder in vorurteilsbehafteten gesellschaftlichen Einstellungen (Hatzenbuehler & Link, 2014).

Rechtliche und gesetzliche Aspekte sind zwar auch im Minority Stress Modell von Meyer (2003) im Rahmen der distalen Stressoren zu finden, es wird jedoch nicht näher beschrieben, inwiefern sich diese in Abgrenzung zu anderen distalen Stressoren auf persönlicher Ebene (beispielsweise interpersonelle Stressoren) manifestieren und werden generell sehr undifferenziert innerhalb des Modells dargestellt. Dies geschieht im konzeptuellen Modell des strukturellen Stigmas nach Hatzenbuehler et al. (2024), welches weiters besagt, dass derartige strukturelle Rahmenbedingungen den Zugang zu Ressourcen und Chancen einschränken und sich nachweislich auf das psychische und physische Wohlbefinden von LGBTQ+ Personen auswirken. Dabei zeigt sich, dass die Auswirkungen strukturellen Stigmas nicht für alle Subgruppen innerhalb der LGBTQ+ Community identisch sind. So berichteten Frauen sexueller Minderheiten von einem höheren Maß an Distress als Männer einer sexuellen Minderheit, wenn ihre Beziehung rechtlich nicht gleichermaßen wie heterosexuelle Verbindungen anerkannt wurde (LeBlanc et al., 2018).

Insgesamt integriert das konzeptuelle Modell von Hatzenbuehler et al. (2024) vielfältige Einflussmechanismen auf die Gesundheit von LGBTQ+ Personen und beschreibt, wie strukturelles Stigma über verschiedene direkte, moderierende und mediierende Pfade wirkt. Strukturelles Stigma steht etwa in wechselseitiger Beziehung mit interpersonellem und individuellem Stigma, indem strukturell stigmatisierende Kontexte aktiv interpersonelle und individuelle Erfahrungen mitgestalten (Hatzenbuehler & Link, 2014). Interpersonelle Stigmatisierung manifestiert sich beispielsweise in Form von Diskriminierung, Mobbing, sozialer Ausgrenzung oder sexueller Gewalt – Aspekte, die im Minority Stress Modell als distale Stressoren klassifiziert werden (Hatzenbuehler et al., 2024; Meyer, 2003). Auf individueller Ebene treten unter anderem IS, das bewusste Verbergen oder Offenlegen der sexuellen oder geschlechtlichen Identität, Ablehnungssensibilität, Stigma-Bewusstsein sowie die Wahrnehmung gesellschaftlicher Abwertung in Erscheinung – diese Faktoren werden im Minority Stress Modell wiederum als proximale Stressoren zusammengefasst (Hatzenbuehler et al., 2024; Meyer, 2003). Zudem berichten LGBTQ+ Personen in stärker stigmatisierenden gesellschaftlichen Kontexten häufiger von erhöhtem Ausmaß an IS und anderen Formen proximalen Minderheitenstresses, was den Zusammenhang von strukturellen und individuellen Stressoren verdeutlicht (Hatzenbuehler et al., 2024). Strukturelle Aspekte wie diskriminierende Gesetze oder gesellschaftliche Abwertungen erhöhen also die Wahrscheinlichkeit, dass betroffene Personen auch auf zwischenmenschlicher Ebene Stigma erfahren, was sich wiederum auf individuelle Prozesse auswirken kann. Darüber hinaus kann die Wahrnehmung von Stigmatisierung durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen verstärkt

werden und auf diese Weise die Entwicklung internalisierter negativer Selbstbilder begünstigen (Hatzenbuehler et al., 2024).

Zusätzlich zeigen sich auch moderierende Effekte im Zusammenhang von strukturellem Stigma und Gesundheitsoutcomes, zu denen etwa der spezifische LGBTQ+ Status sowie intersektionale Merkmale wie Rassismus- und Armutserfahrungen zählen (Hatzenbuehler et al., 2024). So beeinflusste der Moderator *ethnische Zugehörigkeit* in einer Studie von Flentje et al. (2022) den Zusammenhang von strukturellem Stigma – operationalisiert als protektive Gesetze oder Richtlinien – und Gesundheit bei Personen sexueller und geschlechtlicher Minderheiten wesentlich: Besonders bei asiatischen LGBTQ+ Personen erwies sich strukturelles Stigma als zentraler Prädiktor für physische Gesundheitsoutcomes, während dieser Einfluss bei Personen mit anderen ethnischen Hintergründen weniger deutlich war (Flentje et al., 2022). Insgesamt bestätigte die Studie die Annahme, dass geringerer Minderheitenstress (unter anderem IS) und weniger strukturelle Stigmatisierung (besserer politischer Schutz) mit besserer physischer Gesundheit bei LGBTQ+ Personen einhergehen (Flentje et al., 2022).

Generell trägt strukturelles Stigma in seiner Gesamtheit wesentlich zur psychischen, behavioralen und körperlichen Gesundheit von LGBTQ+ Personen bei (Hatzenbuehler et al., 2024). Metaanalytische Evidenz zeigt, dass strukturelles Stigma sogar in vergleichbarem Ausmaß gesundheitsbelastend wirkt wie andere etablierte makrostrukturelle Risikofaktoren, etwa Einkommensungleichheit (Lattanner et al., 2024). Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass Stigmatisierungsprozesse (etwa strukturelles Stigma und IS) nicht rein anhand unidimensionaler Konzepte erklärbar sind, sondern einer vielschichtigeren Betrachtungsweise bedürfen. In realen sozialen Kontexten wirken multiple Machtsysteme verschränkt zusammen und prägen diese Prozesse maßgeblich (Rosenthal, 2016). Einen zentralen theoretischen Rahmen hierfür bietet das Konzept der Intersektionalität, welcher auf Vertreter:innen eines Schwarzen, lesbischen Feminismus zurückgeht (Crenshaw, 1989) und soziale Ungleichheiten als Ergebnis des Zusammenwirkens multipler sozialer Kategorien begreift. Die Auswirkungen von Unterdrückung und Stigmatisierung gehen demnach über die additiven Effekte einzelner Dimensionen hinaus (Bowleg, 2008, 2012; Bowleg et al., 2023). Stigmatisierung entsteht folglich nicht isoliert entlang einer einzelnen sozialen Kategorie, sondern im Zusammenspiel mehrerer sozialer Positionierungen. Entsprechend berücksichtigen Modelle zur Erklärung von LGBTQ+ Gesundheit sowohl übergeordnete gesellschaftliche Strukturen als auch spezifische soziale Kontexte, in denen stigma- und stressbezogene Prozesse wirksam werden (Mink et al., 2014).

Obwohl alle Frauen sexueller Minderheiten die Überlagerung einer marginalisierten Geschlechtsidentität mit einer minorisierten sexuellen Identität teilen, unterscheiden sie sich hinsichtlich gesellschaftlicher Privilegien, etwa in Bezug auf ethnische Herkunft, soziale Schicht, körperliche Fähigkeiten oder Staatsbürgerschaft. Diese heterogenen Konstellationen sozialer Marginalisierungen und Privilegien beeinflussen das Ausmaß der Exponierung gegenüber stigmapbezogenen Belastungen und führen folglich zu unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen innerhalb dieser Gruppe (Flanders et al., 2022). Ausgehend von dieser Perspektive lassen sich Minderheitenstressprozesse als Konsequenz der strukturell und intersektional geprägten sozialen Bedingungen verstehen. Wie bereits im Minority Stress Modell hervorgehoben, ist zwischen allgemeinem Stress und spezifischem Minderheitenstress zu unterscheiden (Meyer, 2003). Zusätzlich zu universellen Belastungen erleben LGBTQ+ Personen oft weitere Stresserfahrungen, welche unmittelbar mit ihrer Zugehörigkeit zu einer sexuellen Minderheit verbunden sind. Dabei ist wichtig zu betonen, dass Angehörige sexueller Minderheiten nicht per se anfälliger für psychische oder physische Erkrankungen sind. Vielmehr resultieren erhöhte Gesundheitsrisiken aus der Exponierung gegenüber heterosexistischen oder feindseligen sozialen Umwelten. Der Status als Angehörige:r einer sexuellen Minderheit stellt somit nur im Kontext solcher Umwelten einen Risikofaktor für negative gesundheitliche Folgen dar (Mink et al., 2014).

In derzeit bestehenden sozialen Umwelten geht strukturelles Stigma sowohl mit erhöhtem IS als auch generellem erhöhtem Gesundheitsrisiko bei LGBTQ+ Personen einher (Berg et al., 2013; Hatzenbuehler et al., 2024). Diesbezüglich zeigen sich aber wesentliche methodische sowie inhaltliche Limitationen: Zum einen werden die Auswirkungen von strukturellem Stigma auf IS häufig nicht isoliert, sondern gemeinsam mit anderen proximalen Stressoren (wie Ablehnungserwartung oder Identitätsverbergung) erhoben, was eine differenzierte und eigenständige Betrachtung von IS je nach strukturellem Kontext erschwert (Conlin et al., 2019; Van der Star et al., 2021). Andererseits beschränken sich Untersuchungen zu Unterschieden im strukturellen Stigma im Zusammenhang mit dem Ausmaß an IS bislang überwiegend auf schwule und bisexuelle Männer (Pachankis et al., 2021; Van der Star et al., 2021). Diese eingeschränkte Datenlage unterstreicht die Notwendigkeit eines ergänzenden, expliziten Forschungsfokus auf LB+ Frauen. Genau daran knüpft die zweite Forschungsfrage dieser Arbeit an: Es wird überprüft, ob und in welchem Ausmaß IS bei LB+ Frauen mit strukturellem Stigma assoziiert ist. Dabei bezieht sich strukturelles Stigma auf Länderebene (rechtliche, politische und gesellschaftliche Gegebenheiten), was als unidimensionale Operationalisierung dargestellt wird.

Kulturelle Dimensionen

Schlussendlich spielen auch kulturelle Aspekte eine wesentliche Rolle im Verständnis der Verbindung zwischen strukturellem Stigma und IS von LGB Personen. Ein offeneres kulturelles Umfeld kann öffentliche Ablehnung reduzieren und dadurch heteronormative Normen in Frage stellen und IS abbauen (Song, 2025). Kulturelle Aspekte werden im Modell von Hatzenbuehler et al. (2024) zwar nicht explizit genannt, können aber anhand sozialer Normen sowie gesellschaftlicher Umstände als Bestandteil strukturellen Stigmas aufgefasst werden. Vor allem hinsichtlich der Manifestation von IS ist der Einfluss von Kultur nicht zu vernachlässigen.

Die Definition von Kultur ist dabei vielfältig und komplex und variiert je nach disziplinärem Zugang (Utler, 2020). Einen einflussreichen Beitrag leistete Hofstede, der Kultur als kollektive mentale Programmierung verstand, durch die sich Mitglieder verschiedener sozialer Gruppen – etwa Nationen, Organisationen oder Berufsgruppen – voneinander unterscheiden. Diese ‚Programmierung‘ manifestiert sich insbesondere in tief verankerten Werten oder sichtbar gelebten Praktiken (Hofstede, 2011; Hofstede, 2001). Dieser Ansicht liegt die Annahme zu Grunde, dass Menschen weltweit mit universellen Fragen oder Problemen konfrontiert werden, welche jedoch gruppenspezifisch und kulturell unterschiedlich gelöst werden (Utler, 2020).

So zeigt sich eine unterschiedliche Betrachtungsweise der Beziehung von Individuum und Gemeinschaft je nach Kultur. Hofstede (2001) unterscheidet diesbezüglich zwischen den Kulturdimensionen des Individualismus und Kollektivismus, welche als zwei Pole anzusehen sind, zwischen denen sich Gesellschaften befinden können. Eine starke Eingebundenheit des Individuums in soziale Netzwerke wird als kollektivistisch definiert, eher lockere Verbindungen zu anderen Gesellschaftsmitgliedern als individualistisch (Hofstede, 2001). Auf familiärer Ebene veranschaulicht Hofstede diesen Unterschied durch die in kollektivistischen Kulturen häufig anzutreffende Großfamilie im Gegensatz zur in individualistischen Gesellschaften vorherrschenden Kernfamilie, bestehend aus Eltern und Kind. In kollektivistisch geprägten Gesellschaften, wie etwa in China oder Pakistan, ordnen Individuen ihre persönlichen Interessen den Zielen der sozialen Bezugsgruppen, wie Familie oder Arbeit, unter. Dafür erfahren sie vermehrt Schutz und Solidarität innerhalb der Gemeinschaft. Individualistische Gesellschaften, etwa die USA oder Großbritannien, legen hingegen größeren Wert auf persönliche Unabhängigkeit und Selbstverantwortung (Hofstede, 2001).

Die Einteilung von Kulturen in kollektivistisch oder individualistisch gründet in einer umfangreichen Fragebogenerhebung von Hofstede über diverse Wertvorstellungen, welche sich primär auf den Arbeitskontext beziehen. In den 1960er und 1970er-Jahren führte er in mehr als 70 Ländern der Welt Untersuchungen durch und extrahierte aus diesen Daten mittels Korrelations- und Faktorenanalysen ursprünglich vier und später sechs Kulturdimensionen: Individualismus/Kollektivismus, Machtdistanz, Unsicherheitsvermeidung, Maskulinität/Femininität, Langzeitorientierung und Genuss (Utler, 2020). Da im Zusammenhang mit IS in bisherigen Untersuchungen primär Individualismus oder Kollektivismus behandelt wurde (z. B. Kase et al., 2025), liegt der Fokus auch in dieser Arbeit auf dieser Kulturdimension.

Auch im Minority Stress Modell wird Gemeinschaft als Faktor angeführt, welcher als Resilienzressource wirken kann (Frost & Meyer, 2023). Dieser bezieht sich jedoch auf das Gefühl der Verbundenheit mit anderen Personen einer sexuellen und/oder geschlechtlichen Minderheit, z. B. lokalen LGBTQ+ Gruppen, und stellt eine minoritätsspezifische Bewältigungsressource dar, die für Personen einer sexuellen oder geschlechtlichen Minderheit eine stressmindernde Funktion haben kann (Frost & Meyer, 2012). Offen bleibt im Minority Stress Modell allerdings, welche Auswirkungen die Zugehörigkeit eines Individuums in die vorherrschende Kulturdimension (also ob eine Kultur eher individualistisch oder kollektivistisch geprägt ist) auf minderheitsbezogene Stresserfahrungen möglicherweise mit sich bringt.

Einen interessanten Einblick dazu ermöglicht eine Vergleichsstudie von Ummak et al. (2022), welche den Zusammenhang von IS und Gewalt in Paarbeziehungen von LB+ Frauen untersuchte, wobei explizit ein kollektivistisch geprägtes Land (Türkei) mit einem individualistisch orientierten Land (Dänemark) verglichen wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass die türkischen Teilnehmer:innen ein höheres Ausmaß an IS aufwiesen als die dänischen LB+ Frauen. Ein erhöhtes IS erwies sich zudem als risikorelevant, da LB+ Frauen mit stärker ausgeprägtem IS eher dazu tendierten, Gewalt gegenüber ihren Partner:innen auszuüben (Ummak et al., 2022). Die Autor:innen resümierten, dass das Leben in kollektivistischen Kulturen zu einer stärkeren Ausprägung von IS führen kann, da die Priorisierung von Familie über individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Reproduktion heterosexistischer Ideologien dienlich ist. In der Türkei trifft der kollektivistische kulturelle Rahmen neben (Hetero-) Sexismus zudem auf weitere strukturelle Belastungsfaktoren, wie soziale, rechtliche und politische Diskriminierung, wodurch sich der Minderheitenstress für LB+ Frauen zusätzlich verstärkt (Ummak et al., 2022). Die Ergebnisse werden durch Studien in anderen

kollektivistischen Kulturen gestützt: Bei der Untersuchung von kulturellen Variablen und sexueller Orientierung als Einflussfaktoren auf negative Stresserfahrungen bei LGBTQ Personen aus dem asiatischen und pazifischen Raum wurde ebenfalls eine positive Assoziation von IS mit Kollektivismus als kulturelle Identität gefunden (Kase et al., 2025). Allerdings bildete die Dimension Individualismus versus Kollektivismus nur eine von mehreren potenziellen Moderatoren, sodass kulturelle Orientierung allein nicht hinreichend zur Erklärung der beobachteten Unterschiede im IS von LB+ Frauen herangezogen werden kann (Kase et al., 2025; Ummak et al., 2022). Konträr dazu zeigte eine Studie über IS bei asiatisch-amerikanischen LB+ Frauen die Bedeutung der Identifizierung mit der jeweiligen Kultur auf (Singh et al., 2006): Jene LB+ Frauen, die sich primär mit der westlichen, individualistischen Kultur identifizierten, wiesen ein höheres Level an IS auf als LB+ Frauen, die sich stärker mit der asiatischen, kollektivistischen Kultur identifizierten. Gleichzeitig gingen westlich-identifizierte Personen öffentlicher mit ihrer sexuellen Identität um als asiatisch-identifizierte LB+ Frauen (Singh et al., 2006), was wiederum mehr Stigmatisierung aufgrund ihrer Minderheitenidentität bedeuten und möglicherweise die erhöhte IS bei westlich-identifizierten Menschen erklären könnte. Die teilweise widersprüchliche Befundlage zum Zusammenhang zwischen kulturellen Dimensionen und deren Einfluss auf IS bei LB+ Frauen verdeutlicht die Notwendigkeit, diesen Zusammenhang im Rahmen der vorliegenden Arbeit näher zu untersuchen.

Etwas besser erforscht ist dieser Zusammenhang bisher im familiären Kontext. So zeigen aktuelle Studien, dass das Zugehörigkeitsgefühl innerhalb der Familie eng mit der psychischen Gesundheit von LGBTQ+ Jugendlichen verknüpft ist, und auch familiäre Akzeptanz der sexuellen und geschlechtlichen Identität maßgeblich zur Förderung der mentalen Gesundheit beiträgt (Gonzalez et al., 2023; Ryan et al., 2010; Watts et al., 2025). Diese familiäre Akzeptanz wird wiederum stark durch kulturelle Werte geprägt: Befunde einer Studie von Huebner et al. (2019) zeigen etwa, dass elterliche Reaktionen auf die sexuelle Orientierung ihrer Kinder je nach ethnischer Zugehörigkeit variierten. Insbesondere afroamerikanische und lateinamerikanische Eltern berichteten von deutlich größeren Schwierigkeiten mit der sexuellen Orientierung ihrer Kinder im Vergleich zu nicht-hispanisch weißen Eltern (Huebner et al., 2019). Stärkere familiäre Unterstützung steht zudem in direktem Zusammenhang mit niedrigerem IS bei LB+ Frauen in Taiwan, was dessen protektiven Aspekt in kollektivistischen Kulturen verdeutlicht (Hoy-Ellis, 2023; Lin et al., 2022). Möglicherweise haben familiäre Einflüsse in kollektivistische Kulturen generell stärkere Auswirkungen als in individualistischen Kulturen, sowohl im protektiven als auch im

negativen Sinne – je nachdem, ob die Familie unterstützend agiert oder Schwierigkeiten bei der Akzeptanz der sexuellen Orientierung zeigt. Generell legen die Befunde die Vermutung nahe, dass IS in kulturell kollektivistisch geprägten Familienkontexten stärker ausgeprägt ist als bei individualistisch geprägten Familien. Kulturübergreifende Vergleichsstudien dazu fehlen jedoch bislang. Denn auch in individualistisch geprägten Kulturen wie der USA wirkt sich elterliche Unterstützung positiv auf eine niedrigere IS Ausprägung bei LGB Personen aus (Legate et al., 2019). Interessant an diesem empirischen Befund ist zudem der mediierende Einfluss der Emotion Scham auf IS. Insbesondere mütterliche Unterstützung scheint ausschlaggebend für ein niedrigeres Schamempfinden der LGB Personen zu sein, welches wiederum mit geringerem IS in Verbindung steht (Legate et al., 2019). Dies leitet zur abschließenden theoretischen Verknüpfung zwischen Kulturdimension und IS über, welche sich auf spezifische, kulturell geprägte Emotionen bezieht.

Insbesondere Scham und Schuld gelten als affektive Prozesse, deren Ausprägung kulturellen Einflüssen unterliegen: So zeigen kulturvergleichende Studien, dass Schuldgefühle positiv mit Individualismus korrelieren, wohingegen Scham möglicherweise stärker in kollektivistischen Kulturen ausgeprägt ist (Fessler, 2004). Die Differenzierung dieser Emotionen ist teilweise umstritten (Giorgetta et al., 2023; Kollareth et al., 2018). Häufig wird Schuld jedoch als ein unangenehmes Gefühl beschrieben, das eine negative Selbsteinschätzung im Hinblick auf die eigenen moralischen Standards impliziert. Diese Standards wiederum beziehen sich auf Verhaltensweisen oder Eigenschaften, für die man sich verantwortlich fühlt. Diesem eher behavioralen Ansatz gegenüber steht die Definition von Scham. Das unangenehme Gefühl Scham entsteht dabei durch die Unzulänglichkeit des Selbst, ohne Aspekte der Verantwortlichkeit zu beachten. Die Nicht-Entsprechung des eigenen idealen Selbst kann zudem mit einer globalen negativen Selbstwahrnehmung einhergehen und ist zentral für die Einordnung der Emotion Scham (Miceli & Castelfranchi, 2018).

In Bezug auf sexuelle Minderheiten zeigt sich, dass LGBTQ+ Personen im Vergleich zu heterosexuellen Menschen ein höheres Maß an Scham aufweisen, was mit erhöhtem IS sowie einer schlechteren mentalen Gesundheit in Verbindung steht (Pachankis et al., 2024; Sherry, 2007). Im Vergleich zwischen LGB Personen zeigte sich außerdem, dass lesbische Frauen eine signifikant höhere Neigung zu Schuldgefühlen aufweisen als schwule Männer, wohingegen bisexuelle Personen am wenigsten von Schuldgefühlen berichten. Hinsichtlich Schamempfinden wurde kein Gruppenunterschied zwischen LGB Personen gefunden (Hequembourg & Dearing, 2013). Diese Befunde verdeutlichen, dass trotz der Relevanz

dieser emotionalen Prozesse die mediiierende Rolle von Scham und Schuld in Zusammenhang mit Stigma und psychischer Gesundheit bislang nur unzureichend untersucht wurde (Pachankis et al., 2024). Insbesondere unter der Annahme, dass Scham in kollektivistischen Kulturen stärker ausgeprägt sein könnte (Fessler, 2004), ist der Einbezug des kulturellen Kontextes bei diesbezüglichen Untersuchungen essenziell. Pachankis et al. (2024) plädieren daher für einen stärkeren Einbezug emotionaler Aspekte in bestehende Stigmatisierungstheorien.

Zusammenfassend tragen diverse Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung von IS bei LB+ Frauen bei. Diese werden einerseits durch das Minority Stress Modell von Meyer (2003) erklärt. Andererseits ist die Berücksichtigung theoretischer Weiterentwicklungen, wie etwa das konzeptuelle Modell des strukturellen Stigmas nach Hatzenbuehler et al. (2024), von zentraler Bedeutung. Minderheitenstress – und damit auch IS – entsteht nicht in einem gesellschaftlichen Vakuum, sondern wird durch gesellschaftliche und kulturelle Strukturen produziert (Hatzenbuehler et al., 2024; Kase et al., 2025; Ummak et al., 2022). Gesellschaftspolitische Veränderungen lassen sich dabei gut durch die Untersuchung von zeitlichen Trends erfassen, da der Hilfsfaktor Zeit potenzielle Veränderungen von IS über die Jahre hinweg aufzeigt.

Forschungsfragen und Hypothesen

In diesem metaanalytischen systematischen Review wurden einerseits zeitliche Trends im Zusammenhang mit IS bei LB+ Frauen (gemessen durch die LIHS; Szymanski & Chung, 2001) untersucht, andererseits wurde auch strukturelles Stigma (gemessen durch den Summenscore der ILGA World Database; ILGA World, 2025) in Verbindung mit IS bei LB+ Frauen analysiert. Gesellschaftspolitische Einflüsse lassen sich gut durch die Untersuchung von zeitlichen Trends erfassen, da Zeit als Hilfsfaktor potenzielle Veränderungen von IS über die Jahre hinweg aufzeigt. Aufgrund der bisherigen Forschungslage (z. B. Adamczyk & Liao, 2019; Smith et al., 2014) wird ein negativer Zusammenhang zwischen dem Jahr der Datenerhebung und IS bei LB+ Frauen postuliert (Forschungsfrage 1), weshalb die Hypothesenformulierung (1a und 1b) einseitig erfolgt. Ebenso zeigen aktuelle Befunde den Zusammenhang von strukturellem Stigma und IS auf (Hatzenbuehler et al., 2024; Lattanner et al., 2024), was die Grundlage der zweiten Forschungsfrage bildet. Die darauf aufbauenden Hypothesen 2a und 2b sind ebenfalls einseitig, aber positiv formuliert. Weiters wurde durch die dritte Forschungsfrage ein möglicher Zusammenhang zwischen der kulturellen Dimension

auf Länderebene (Individualismus/Kollektivismus, gemessen durch den Hofstede Index, Hofstede et al., 2010) und IS bei LB+ Frauen untersucht. Da hier die Datenlage noch zu gering ist, um eine klare Richtung aufzuweisen, wurden die Hypothesen 3a und 3b zur Forschungsfrage 3 zweiseitig formuliert. Für einen Überblick der Hypothesen, eingebettet in relevante theoretische Erklärungsmodelle, siehe auch Abbildung 1 (Kapitel 1.2.).

Um für potenzielle weitere Einflussfaktoren zu kontrollieren, wurde für jede Forschungsfrage neben einem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell (H1a, H2a, H3a) auch ein adjustiertes Modell (H1b, H2b, H3b) gerechnet. Als Kovariaten wurden ursprünglich das Alter der Teilnehmer:innen, Anteil an nicht-monosexuellen Personen, Anteil an trans* Personen, Anteil an ethnischer Minorität, Anteil an Personen mit klinischem Status (bezogen auf psychische Gesundheit), die verwendete Subskala der LIHS, Sprache sowie der Alpha-Koeffizient aufgenommen. Eine Begründung für die ausgewählten Kovariaten sind bei Siegel et al. (2025) in der Tabelle 5 (*Moderator information*) zu finden. Im Prozess der Kodierung zeigte sich, dass der ethnische Minderheitenanteil sowie der klinische Status nicht ausreichend oft berichtet wurde, um damit sinnvolle Berechnungen durchzuführen, weshalb diese Kovariaten ausschieden. Auch die Kovariate *Sprache* erwies sich im Prozess der Berechnung bei H2b und H3b als redundant, da alle eingeschlossenen Studien aus englischsprachigen Ländern stammten. Die Formulierung der Forschungsfragen sowie Hypothesen wird in diesem Kapitel wie ursprünglich geplant beibehalten, die ausgeschlossenen Kovariaten jedoch mit einer diesbezüglichen Anmerkung markiert.

Erste Forschungsfrage und Hypothesen

F1) Veränderte sich die Ausprägung des IS bei LB+ Frauen im Laufe der Jahre?

Hypothese 1a

H1a) Es gibt einen signifikanten negativen Zusammenhang ($p < .05$, einseitig) zwischen der *Ausprägung des IS* bei LB+ Frauen und dem *Jahr der Datenerhebung* in einem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell.

Hypothese 1b

H1b) Es gibt einen signifikanten negativen Zusammenhang ($p < .05$, einseitig) zwischen der *Ausprägung des IS* bei LB+ Frauen und dem *Jahr der Datenerhebung* in einem adjustierten

(für Alter, % nicht-monosexuell, % trans*, % race/ethnische Minderheit¹, % klinischer Status: psychische Gesundheit¹, Subskala, Sprache, Alpha-Koeffizient) meta-regressiven Modell.

Zweite Forschungsfrage und Hypothesen

F2) Hängt IS bei LB+ Frauen mit strukturellem Stigma auf Länderebene (rechtliche, politische und gesellschaftliche Gegebenheiten) zusammen?

Hypothese 2a

H2a) Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang ($p < .05$, einseitig) zwischen der *Ausprägung des IS* bei LB+ Frauen und *strukturellem Stigma* auf Länderebene in einem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell.

Hypothese 2b

H2b) Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang ($p < .05$, einseitig) zwischen der *Ausprägung des IS* bei LB+ Frauen und *strukturellem Stigma* auf Länderebene in einem adjustierten (für Alter, % nicht-monosexuell, % trans*, % race/ethnische Minderheit¹, % klinischer Status: psychische Gesundheit¹, Skala, Sprache², Alpha-Koeffizient) meta-regressiven Modell.

Dritte Forschungsfrage und Hypothesen

F3) Hängt die Kulturdimension auf Länderebene (Individualismus versus Kollektivismus) mit der Ausprägung des IS bei LB+ Frauen zusammen?

Hypothese 3a

H3a) Es gibt einen signifikanten Zusammenhang ($p < .05$, zweiseitig) zwischen dem *Ausmaß des IS* bei LB+ Frauen und der Ausprägung des Landes der Datenerhebung auf der *Kulturdimension Individualismus versus Kollektivismus* in einem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell.

Hypothese 3b

H3b) Es gibt einen signifikanten Zusammenhang ($p < .05$, zweiseitig) zwischen dem *Ausmaß des IS* bei LB+ Frauen und der Ausprägung des Landes der Datenerhebung auf der *Kulturdimension Individualismus versus Kollektivismus* in einem adjustierten (für Alter,

¹ In finaler statistischer Analyse aufgrund zu vieler fehlender Werte ausgeschlossen.

² In finaler statistischer Analyse aufgrund von Redundanz ausgeschlossen.

% nicht-monosexuell, % trans*, % race/ethnische Minderheit¹, % klinischer Status: psychische Gesundheit¹, Skala, Sprache², Alpha-Koeffizient) meta-regressiven Modell.

Methodik

Übergeordnetes Forschungsprojekt

Diese Masterarbeit ist in das übergeordnete Forschungsprojektes „Did it get better? A cross temporal meta-analytic systematic review on internalized stigma in LGBTQ+ populations and its associations with structural stigma” (Siegel et al., 2025) eingebettet, welches am 10.03.2025 vor dem Start der systemischen Literatursuche präregistriert wurde (<https://osf.io/yuhp8/>). Im Rahmen dieses Projektes werden insgesamt fünf Masterarbeiten verfasst, welche alle ein systematisches Review mit crosstemporaler Metaanalyse beinhalten, weshalb sich methodische Angaben überschneiden können. Die Arbeiten beziehen sich jedoch auf unterschiedliche Populationsgruppen: Neben dem Fokus auf LB+ Frauen der vorliegenden Arbeit sind aktuell zwei Masterarbeiten (Lena S. Schürz, 2026, „Did it get better? Temporal changes in internalized stigma and its associations with structural stigma in gay and bisexual+ men: A cross-temporal meta-analysis of U.S. data“; und Julia Peyret, 2026, „Did it get better? A systematic review with cross-temporal meta-analysis of internalized stigma in GB+ men and its association with structural stigma“) über GB+ Männer in Arbeit, welche sich mit IS bei schwulen und bisexuellen Männern anhand der *Internalized Homophobia Scale* (IHP; Herek & Glunt, 1995) und der *Internalized Homonegativity Inventory* (IHI; Mayfield, 2001) befassen. Zudem wurde bereits eine Arbeit über IS bei bisexuellen Frauen abgeschlossen, welche sich mit dem *Bisexual Identity Inventory* (BII; Paul et al., 2014) auseinandersetzt (Leb, 2025); ebenso wurde IS bei trans* Personen anhand der Subskala *Internalized Transphobia* des *Gender and Minority Stress and Resiliences Measure* (GMSRM; Testa et al., 2015) untersucht (Hoch, 2025). Neben zeitlichen Veränderungen in IS sowie der Untersuchung von strukturellem Stigma werden in den jeweiligen Arbeiten weitere Faktoren einbezogen, wobei das übergeordnete Forschungsprojekt mit jenen Daten arbeitet, die in allen Masterarbeiten kodiert wurden.

Skalenbeschreibung und -begründung

Ausgangspunkt für das systematische Review über IS bei LB+ Frauen war die *Lesbian Internalized Homophobia Sale* (LIHS) von Szymanski und Chung (2001), welche als erstes Instrument einen mehrdimensionalen Untersuchungsansatz von IS spezifisch bei lesbischen

Frauen verfolgte. Da es zudem die einzige seit Langem verwendete Skala zu IS bei lesbischen Frauen darstellt, wurde es als relevantes Messinstrument in der vorliegenden Untersuchung verwendet und mittels Vorwärtssuche Studien gesucht, welche diese Skala einsetzten.

Die LHis besteht aus fünf Subskalen, welche sich auf die Verbindung mit der lesbischen Community (13 Items), die öffentlichen Identifikation als lesbische Person (16 Items), persönliche Gefühle über die Identität als lesbische Person (8 Items), moralische und religiöse Einstellungen gegenüber lesbischen Personen (7 Items) sowie Einstellungen gegenüber anderen lesbischen Personen (8 Items) beziehen. Insgesamt 52 Items werden in der Vollversion anhand einer siebenstufigen Likert-Skala bewertet (von 1 = *strongly disagree* bis 7 = *strongly agree*), wobei ein höherer Score für eine stärkere Ausprägung an IS steht (sowohl bei Gesamt- als auch bei Unterskalenwerten). Mit einem Alpha-Wert von .94 weist die LHis Gesamtskala eine sehr gute Reliabilität auf und auch die Konstruktvalidität wird durch die Inter-Korrelationen zwischen LHis-Teilskalen und den Kriteriumswerten (Selbstwert und Einsamkeit) ausreichend gestützt (Szymanski & Chung, 2001).

Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien werden anhand der sogenannten PICOS-Domänen beschrieben. Die Abkürzung steht dabei für *Population*, *Intervention*, *Komparation*, *Outcomes* und *Studientyp* und wird als strukturierende Suchstrategie verwendet (Methley et al., 2014). Da unter *Studientyp* zusätzlich die Spezifizierung einschließbarer Publikationstypen sowie der verwendeten Skalen angewandt wird, wird er unter dem Begriff *Studien- und Publikationstyp* beschrieben.

Population

Für die Verwendung des LHis (Szymanski & Chung, 2001) wurden – wie bereits oben beschrieben – neben LB+ Frauen auch Frauen inkludiert, die sich als anderweitig nicht-heterosexuell identifizieren, ihre sexuelle Orientierung hinterfragen oder sich unsicher darüber sind. Nicht-monosexuelle sowie hinterfragende Frauen durften dabei den Anteil der Stichprobe von 50% nicht überschreiten. Wenn die Datendarstellung innerhalb einer Studie explizit zwischen lesbischen Frauen und weiteren Populationsgruppen unterschied, wurden die Effektstärken über die lesbischen Frauen bevorzugt verwendet. Studien mit asexuellen und/oder aromatischen Populationen wurden ausgeschlossen, da asexuelle Personen ein anderes Stigma erleben als LB+ Frauen. Außerdem beschränkte sich diese Arbeit auf

erwachsene Stichproben (mittleres Alter der Stichprobe > 20 Jahre), was in der unterschiedlichen Identitätsentwicklung von Jugendlichen und Erwachsenen begründet liegt.

Intervention

Interventionsstudien wurden nur dann eingeschlossen, wenn sie relevante Effektstärken aus der Baseline-Erhebung berichteten. Bei fehlender Baseline-Messung von IS wurde die Posttestung der Kontrollgruppe (ausschließlich passiv) herangezogen.

Komparation

Diese Domäne war in der vorliegenden Arbeit nicht anwendbar.

Outcomes

Die LHIS (Szymanski & Chung, 2001) musste in den untersuchten Arbeiten benutzt worden sein (Effektstärken für diese Skala mussten vorliegend sein). Es mussten sowohl Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) und Stichprobenumfang (n) für die Gesamt- und Subskalenscores berichtet werden. Wenn diese nicht vorlagen, aber andere Kennwerte, mit denen M und SD berechnet werden konnten (Median, IQR , Range), wurde die Studie eingeschlossen. Der Bericht von M , SD und n auf Itemebene war möglich (siehe Kapitel 3.7. *Berechnung der Effektstärke*).

Studien- und Publikationstyp

Es wurden alle quantitativen Studiendesigns sowie empirischen Primärstudien inkludiert. Dies umfasst jegliche publizierte sowie nicht publizierte, peer-reviewte sowie nicht peer-reviewte Arbeiten, welche Originaldaten oder Sekundäranalysen beinhalten. Zusätzlich wurden Abschlussarbeiten (ab Doktorslevel), Preprints, Working Papers, Forschungsberichte und Buchkapitel eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden qualitative Studien, nicht-empirische Arbeiten, Forschungssynthesen, Abschlussarbeiten unterhalb des Doktors sowie ganze Bücher. Bezüglich der Sprache gab es keine Restriktionen beim Einschlussverfahren. Bei einer Studie (Öztürk & Kindap, 2011) war keine deutsche oder englische Version verfügbar, weshalb relevanten Abschnitte der Originalversion mithilfe der Software DeepL (<https://www.deepl.com>) auf Englisch übersetzt wurden.

Informationsquellen (Datenbanksuche)

Zur Identifikation relevanter Studien wurde eine Vorwärtssuche der Zitation des LHIS (Szymanski & Chung, 2001) am 14.04.2025 in folgenden Datenbanken durchgeführt: *Citationchaser* (<https://estech.shinyapps.io/citationchaser/>), *Google Scholar*

(<https://scholar.google.at/>), *Scopus* (<https://www-scopus-com.uaccess.univie.ac.at/>; abgerufen durch die Universität Wien) und *Web of Science* (<https://www-webofscience-com.uaccess.univie.ac.at/wos/woscc/basic-search>; abgerufen durch die Universität Wien). Die Suche erfolgte durch Eingabe des DOIs der LIHS nach Szymanski und Chung (2001), wodurch all jene Publikationen gefunden wurden, welche diese zitiert hatten. Nach Deduplikation via Endnote (Bramer et al., 2016) wurden alle identifizierten Studien in eine Excel-Tabelle exportiert und, wenn nötig, Abstracts via DeepL für den anschließenden Screening-Prozess vervollständigt bzw. übersetzt.

Selektionsprozess

Die Studienauswahl erfolgte anhand eines zweistufigen Ablaufs: Zuerst wurde ein Titel-Abstract-Screening von zwei unabhängigen Raterinnen (JHL und MS) durchgeführt. Dabei wurden die Titel und Abstracts der identifizierten Studien hinsichtlich der Einschlusskriterien untersucht. Alle Studien, die von einer Raterin als potenziell einschlusswürdig eingestuft wurden, kamen in die zweite Stufe des Volltext-Screenings weiter. Dieses Vorgehen wird als *liberal accelation* bezeichnet (Page et al., 2018). Die Interrater-Reliabilität bei diesem Prozess lag bei 79.10%. Die endgültige Entscheidung über einen Ein- oder Ausschluss der jeweiligen Studie wurde im zweiten Schritt des Volltext-Screenings von der Autorin dieser Masterarbeit aufgrund der detaillierten Informationen im Volltext getroffen. Unklarheiten bezüglich der Auswahlentscheidung wurden durch interne Diskussion mit der Betreuerin der Arbeit gelöst.

Datenerhebung

Alle relevanten Daten zu den jeweiligen Studien wurden von der Autorin dieser Arbeit in pilotierten und standardisierten Excel-Tabellen gesammelt dargestellt. Eine Zweitkodierung erfolgte in diesem Prozess nicht. In der Tabelle wird zwischen Informationen, die direkt aus den Studien kodiert wurden (Primärinformationen) und weiteren, für die Analyse notwendigen, externen Daten unterschieden (siehe Appendix A: *Kodierkriterien*).

Primärinformationen

Die Primärinformationen umfassen Informationen zu den Publikationen, Studien sowie Stichproben und Effektstärken. Unter einer Studie wird die Durchführung einer Datenerhebung verstanden, während eine Publikation den Bericht beziehungsweise das Dokument bezeichnet, in dem die Ergebnisse dieser Erhebung dargestellt werden (siehe auch Siegel et al., 2025). Somit können mehrere Publikationen auf derselben Studie basieren. Publikationsinformationen beinhalten Details wie die interne Publikations-ID, die vollständige Literaturangabe (gemäß APA-7), die In-Text Zitierung (gemäß APA-7), den

Status der Veröffentlichung (publiziert/nicht publiziert), die Art der Veröffentlichung (Journalartikel/Buchkapitel/Dissertation/Preprint/Research Report/andere Veröffentlichung) und das Jahr der Veröffentlichung. Studieninformationen beinhalten die Studien-ID, das Land der Datenerhebung, den Bundesstaat der Datenerhebung (bei Studien aus den USA), die Erhebungsmethode (z. B. Online-Umfrage, Paper-Pencil-Verfahren), das Jahr der Datenerhebung, das errechnete Jahr der Datenerhebung, das Studiendesign (Originalstudie/Sekundäre Analyse originaler Daten), den Studiennamen, die Erhebungswelle sowie die Sprache des Datenerhebungslandes. Wenn keine explizite Angabe des Datenerhebungsjahres genannt wurde, wurde das Jahr errechnet, indem bei publizierten Studien vom Veröffentlichungsdatum zwei Jahre und bei unpublizierten Studien vom Veröffentlichungsdatum ein Jahr abgezogen wurden. Dieses Vorgehen folgt gängigen Verfahren crosstemporaler Metaanalysen (siehe auch Pietschnig & Gittler, 2015; Twenge et al., 2010).

Angaben zur Stichprobe bzw. Effektstärke beinhalten die Gesamtstichprobengröße (N), die Subgruppe (auf Populationsebene), den Bildungsstand (Prozentanteil an Personen ab Collage-Level), das Alter, die Genderverteilung, den abgeleiteten Cisgender-Status, die Verteilung der sexuellen Orientierung, die ethnische Zugehörigkeit, den klinischen Status (Prozentanteil an Teilnehmer:innen mit psychischer Erkrankungsdiagnose), die Subskala/Gesamtscore des LIHS, Ankerpunkte der Skala (min, max), die Anzahl an Punkten der Skala, die Richtung der Skala, M , SD , die Effektstärke, die Stichprobengröße (n), Md , IQR (min, max), Range (min, max), den Reliabilitätskoeffizienten, die Art des Reliabilitätskoeffizienten und die Lokation. Wenn es für die Effektstärkenangabe relevant war, wurde innerhalb der Gesamtstichprobe zwischen verschiedenen Subgruppen unterschieden, beispielsweise je nach Wohnort in urbane/rurale Teilnehmer:innen. Für die Verteilung der sexuellen Orientierung wurden Prozentangaben von plurisexuellen Personen sowie von Personen mit anderer Sexualitätsangabe kodiert. Dabei wurde die Differenzierung nicht immer klar erfasst oder berichtet, beispielsweise waren teilweise Mehrfach-Identitätszuschreibungen möglich oder auch ein geringer Anteil an heterosexuellen Personen darin eingeschlossen. Für die statistische Analyse wurden all diese Prozentangaben unter der neuen Variable *nicht monosexuell* zusammengefasst, weshalb eine genaue Trennung in pluri- bzw. anders sexuell keinen Einfluss auf die Berechnung darstellte. Dennoch ist anzumerken, dass diese unklare Differenzierung die Interpretation der Ergebnisse erschweren kann. Für das Kodieren der Ethnizität wurde jener Prozentanteil an Personen verwendet, der nicht zur Mehrheit des Datenerhebungslandes zu rechnen ist. Dabei unterscheidet sich die Majoritätsgruppe je nach

Land, weshalb diese Gruppe als sehr heterogen einzustufen ist. Bei zwei Studien (Carry, 2010; Szymanski & Meyer, 2008) war es wiederum Teilnahmekriterium, einer ethnischen Minderheit anzugehören, und eine Studie (Kteily, 2011) führte eine eigene Berechnung rein für ethnische Minoritätsgruppen durch.

In manchen Studien wurden bestimmte demographische Daten wie Bildungsstand, Alter, Anteil an nicht-monosexuellen Personen sowie Anteil an ethnischen Minoritäten ausschließlich auf Gesamtstichprobenebene berichtet und nicht nach relevanten Subgruppen differenziert. In solchen Fällen wurden die Gesamtangaben dennoch übernommen, um deren Einbezug in die adjustierten Modelle sicherzustellen. Die potenziell daraus resultierende geringe Ungenauigkeit wurde als weniger gravierend eingeschätzt als der Informationsverlust, der durch den Ausschluss dieser Studien entstanden wäre.

Externe Daten

Weiters wurden strukturelles Stigma, der Hofstede Individualismus Index sowie die kulturelle Dimension (Individualismus/Kollektivismus) als zusätzliche, externe Daten kodiert. Zur Erfassung von strukturellem Stigma (für Forschungsfrage 2) wurde ein Summenscore basierend auf jährlich vorhandenen Daten der ILGA World Database (2025) herangezogen. Diese stellt umfassende und differenzierte Informationen zur Gesetzeslage in Bezug auf sexuelle Orientierung, Genderidentität oder LGBTQ+ Identitäten im Allgemeinen für alle UN-Mitgliedstaaten sowie ihre zeitliche Implementierung bereit. Das dichotome Scoring zu verschiedenen Gesetzeslagen wurde dabei in Bezug auf LGB-Gesetze aufsummiert und für die Analyse herangezogen. Der strukturelle Stigma-Score des jeweiligen Jahres und Landes wurde zu jeder Effektstärke hinzugefügt. Beispiele dafür sind unter anderem eine Kriminalisierung von einvernehmlichen gleichgeschlechtlichen sexuellen Handlungen (legal/illegal) oder verfassungsmäßiger Schutz vor Diskriminierung hinsichtlich der sexuellen Orientierung (ja/nein). Ein höherer Score steht für mehr strukturelles Stigma; detaillierte Informationen bezüglich des Scorings sind bei Siegel et al. (2025) beschrieben.

Für die dritte Forschungsfrage wurde der Hofstedes Individualismus Index (IDV) des Landes der Studiienerhebung berichtet (Hofstede et al., 2010). Die sechs Items zur Erfassung des IDV beschreiben primär arbeitsbezogene Präferenzen, woraus die vorherrschende Kulturdimension auf Länderebene abgeleitet wurde (Hofstede, 2001; Hofstede & Minkov, 2013). Dabei betont der individualistische Pol Merkmale, die persönliche Autonomie und Selbstverwirklichung fördern, insbesondere ausreichend persönliche Zeit, Freiheit bzw. Gestaltungsspielraum bei der Arbeitsausführung und herausfordernde Tätigkeiten, die

individuelle Erfolgserlebnisse ermöglichen. Der kollektivistische Pol priorisiert hingegen Aspekte, die funktionale Einbindung und Stabilität unterstützen, wie Weiterbildungsangebote, angemessene arbeitsphysische Bedingungen und die umfassende Nutzung vorhandener Fähigkeiten im Arbeitskontext (Hofstede et al., 2010). Obwohl die Präferenzen arbeitsbezogen erhoben wurden, können sie als Globaleinschätzung kultureller Werte verwendet werden, wie Beugelsdijk et al. (2015) aufzeigen: So konnte der IDV mithilfe von kombinierten Daten der *World Values Survey* mit breiteren, nicht auf den Arbeitskontext beschränkten kulturellen Wertorientierungen repliziert werden (Beugelsdijk et al., 2015).

Für die Score-Bildung des Index wurden die Antworten der Teilnehmer:innen der Validierungsstudien, welche die Items anhand einer fünfstufigen Skala bewerteten, für jedes Land und jede Frage aufsummiert und Mittelwerte gebildet (Hofstede & Minkov, 2013). Die Gesamtskala reicht von 0 bis 100, wobei Werte zwischen 0 und 50 für kollektivistische Kulturen und Werte zwischen 51 und 100 für individualistische Kulturen stehen (Hofstede, 2001). Darauf aufbauend wurde neben den Wertescores auch die kulturelle Dimension (individualistisch oder kollektivistisch) des Studienerhebungslandes vermerkt (siehe auch Hofstede, 2001). Für eine möglichst differenzierte Analyse wurde in dieser Arbeit der kontinuierliche Score verwendet. Wichtig festzuhalten ist zudem, dass der IDV zwar auf Länderebene differenziert, jedoch keine jahresspezifischen Angaben ermöglicht. Trotz älterer Datenlage des IDV zeigen kulturelle Unterschiede zwischen Ländern aber eine relative Stabilität auf (Beugelsdijk et al., 2015), weshalb diese Skala für den Vergleich der länderspezifischen Kulturdimension verwendet wurde. Mit einem Cronbach Alpha von .77 ist auch die Reliabilität des IDV ausreichend erfüllt (Hofstede & Minkov, 2013).

Berechnung der Effektstärke

Das Haupteffektmaß wurde mithilfe von POMP Scores (= *percentage of the maximum possible score*) angegeben (Cohen et al., 1999). Diese Angabe ist nützlich für die Homogenisierung von Skalenmittelwerten über verschiedene Skalen hinweg und dadurch für die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Studien. POMP-Werte wurden folgendermaßen berechnet:

$$(1) POMP = \frac{M - \min}{\max - \min} \times 100$$

(M = beobachteter Stichprobenmittelwert, $\min$ = minimal mögliche Punktezahl der Skala, $\max$ = maximal mögliche Punktezahl der Skala)

Zusätzlich wurden Standardabweichung (*SD*) und Standardfehler (*SE*) des POMP folgendermaßen berechnet:

$$(2) SD_{POMP} = \frac{SD}{\max - \min} \times 100$$

$$(3) SE_{POMP} = \frac{SD_{POMP}}{\sqrt{n}}$$

In einer Studie (Eacott, 2003) wurde keine Angabe zur *SD* berichtet und daher anhand anderer statistischer Kennwerte (*N*, *MD*, Range) berechnet, genauer gesagt mittels der Gleichung 7/9 nach Wan et al. (2014), die in dem R-Paket {meta}, insbesondere der metamean()-Funktion (Balduzzi et al., 2019) implementiert ist. Außerdem gab es Fälle, in denen ein höherer Mittelwert ein niedrigeres IS bedeutete und als Standardisierungsschritt umgepolt werden musste. Die Berechnung dazu erfolgte folgendermaßen:

$$(4) M_{neu} = (\min + \max) - M_{alt}$$

Statistische Analyse

Für die statistische Auswertung wurde eine drei-Level Meta-Regression über korrelierte, hierarchische Effekte (= CHE-Modell; Pustejovsky & Tipton, 2022) mit angenommenen genesteten Effektstärken innerhalb der Studien durchgeführt (angenommenes $\rho = .60$). Outcome-Variablen bildeten die POMP-transformierten Skalenmittelwerte. Moderatoren (Prädiktoren in der Meta-Regression) waren das Jahr der Datenerhebung (Forschungsfrage 1), der Summenscore des strukturellen Stigmas (basierend auf Daten von ILGA World, 2025; Forschungsfrage 2) sowie der Hofstedes Individualismus Index (Hofstede et al., 2010; Forschungsfrage 3). Für alle Outcomes und Moderatoren wurden nicht-adjustierte (Hypothesen 1a, 2a, 3a) sowie adjustierte Modelle (Hypothesen 1b, 2b, 3b) berechnet. In den adjustierten Modellen wurden folgende Kovariaten berücksichtigt: mittleres Alter der Stichprobe, Anteil an nicht-monosexuellen Frauen (%), Anteil an trans* und nicht-binären Personen (tnb*; %), Subskalen (Referenzkategorie: LIHS Gesamtscore), Sprache (Referenzkategorie: Englisch; nur bei Hypothese 1b) sowie der Alpha-Koeffizient (siehe Appendix B: Übersichtstabelle: Studien- & Effektstärkeninformationen). Alle Analysen wurden mit dem statistischen Programm R durchgeführt. Das Signifikanzniveau lag bei $p < .05$. Für die Forschungsfragen 1 und 2 erfolgte eine einseitige, positive Testung, für die Forschungsfrage 3 erfolgte eine zweiseitige Testung.

Prüfung der Studienqualität und Publication Bias

Es wurde keine Prüfung der Studienqualität und des Publication Bias durchgeführt, da in dem vorliegenden Fall nicht mit den typischen Verzerrungsmechanismen zu rechnen war, die in anderen metaanalytischen Studiendesigns zur (Nicht-)Veröffentlichung von Studien führen könnten (Siegel, Eder, et al., 2022). Insbesondere war es unwahrscheinlich, dass die Größe der Stichprobenmittelwerte (d.h. die Effektstärken) die Wahrscheinlichkeit einer Veröffentlichung systematisch beeinflusste. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass entsprechende Kennwerte in den betrachteten Studien zumeist nicht den Untersuchungsfokus darstellten, sondern als ergänzende oder sekundäre Informationen, etwa in Tabellen mit deskriptiven Statistiken, berichtet wurden. Die geringere Relevanz dieser Ergebnisse für die jeweiligen Untersuchungsschwerpunkte reduzierte somit die Wahrscheinlichkeit eines systematischen Publication Bias. Aus denselben Gründen wurde auch auf eine Prüfung der Studienqualität verzichtet. Anzumerken sei an dieser Stelle, dass sowohl die Prüfung der Studienqualität als auch des Publication Bias im übergeordneten Forschungsprojekt durchgeführt werden (Siegel et al., 2025).

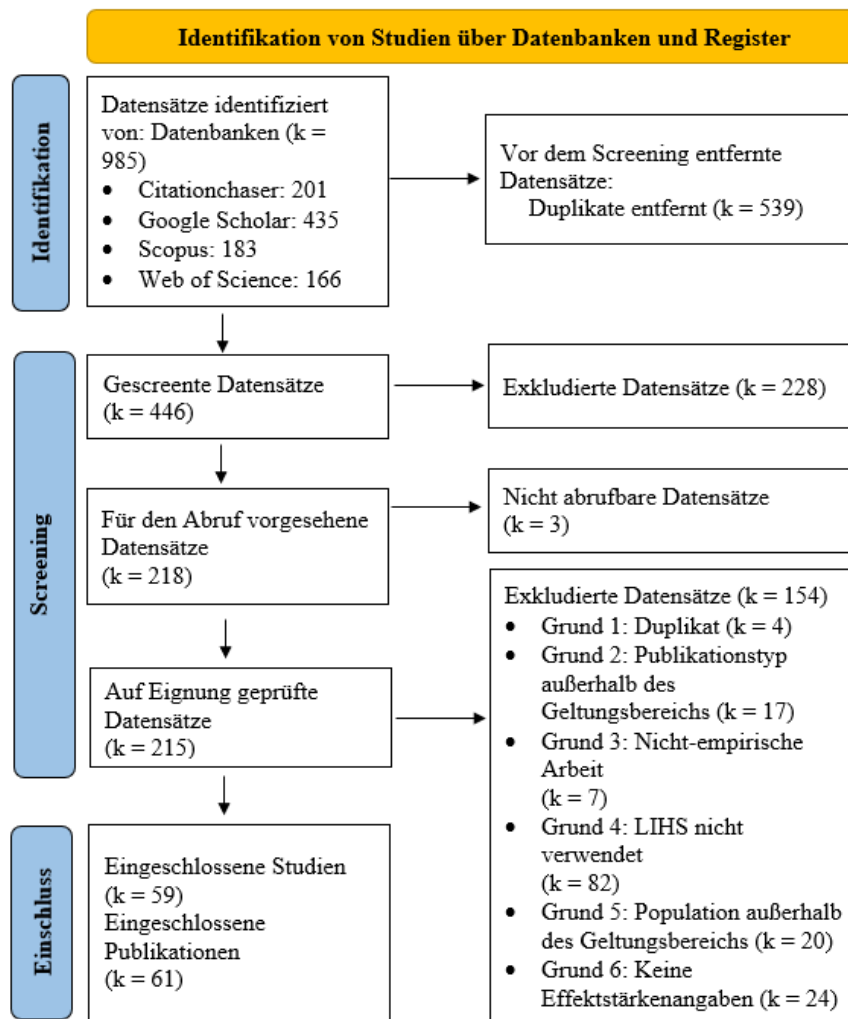
Ergebnisse

Studienauswahl

Wie in Abbildung 2 ersichtlich, konnten durch die Vorwärtssuche der Zitation der LIHS (Szymanski & Chung, 2001) insgesamt 985 Publikationen aus vier Datenbanken identifiziert werden. Nach Entfernung von 539 Duplikaten wurden die übrigen 446 Publikationsabstracts durch die Autorin dieser Masterarbeit sowie einer weiteren Person (MS) gescreent. In diese Stufe wurden wiederum 228 Publikationen als nicht einschließbar gewertet, wodurch 218 Publikationen als Volltext gesucht wurden. Davon waren drei Publikationen nicht abrufbar. Von den übrigen 215 Publikationen wurden im Prozess des Volltext Screenings 154 Publikationen ausgeschlossen (Gründe dafür sind in Abbildung 2 ersichtlich), was in einem finalen Einschluss von 61 Publikationen resultierte, die zu Daten aus 59 Studien berichteten. Eine Liste mit allen ein- und ausgeschlossenen Studien (inklusive Begründung bei Volltextausschluss) ist bei der Betreuerin (MS) bereitgestellt.

Abbildung 2

PRISMA Flow Chart



Studiencharakteristika

Wie in Tabelle 1 ersichtlich ist, beinhalteten die insgesamt 59 Studien aus 61 Publikationen 220 Effektstärken von 15 000+ Teilnehmer:innen. Die Daten stammen aus elf verschiedenen Ländern: Australien, Belgien, China, Dänemark, Deutschland, Kanada, Russland, Taiwan, Türkei, USA und Vietnam. Vier Studien (Cohen & Byers, 2015; Hiestand, 2010; Levitt et al., 2012; Szymanski, 2005) wurden sowohl in Kanada als auch der USA durchgeführt, weshalb die Stichprobe gemischt war. Mit einer Effektstärkenanzahl von 155 basieren die meisten Studien auf Stichproben aus der USA. Die Jahre der Datenerhebung umspannen 23 Jahre, von 1999–2022 ($SD = 5.48$). Der Mittelwert des strukturellen Stigmas beträgt 66.18 ($SD = 16.28$; Range = 18.41–100). Der Mittelwert des Hofstede Index beträgt 83.29 (Range = 17–91), wobei 207 Effektstärken aus individualistischen Kulturen und 13 Effektstärken aus

kollektivistischen Kulturen stammen. Eine Übersichtstabelle mit Informationen zu den einzelnen Studien sowie Effektstärken ist im Appendix B im Anhang zu finden.

Tabelle 1

Beschreibung der Stichprobe

Charakteristik	Inhalt
Anzahl der Publikationen	61
Anzahl an individuellen Studien	59
Anzahl der Effektstärken	220
Anzahl an Teilnehmer:innen	15467
Anzahl an Länder der Datenerhebung	11
Range der Jahre der Datenerhebung	1999-2022
Mittelwert der Jahre der Datenerhebung	2008.93
Standardabweichung der Jahre der Datenerhebung	5.48
Mittelwert des strukturellen Stigmas	66.18
Standardabweichung des strukturellen Stigmas	16.28
Empirischer Range des strukturellen Stigmas	18.41-100.00
Mittelwert der Reliabilität (Alpha-Koeffizient)	.85
Empirischer Range der Reliabilität	.53-.98
Mittelwert des Hofstede Index	83.29
Empirischer Range des Hofstede Index	17-91

Anmerkung: Berechnungen des strukturellen Stigmas ($k = 57$) sowie des Hofstede Index ($k = 62$) erfolgten anhand der berichteten Angaben (Ausschluss von fehlenden Werten).

Forschungsfrage 1: Zusammenhang zwischen IS und dem Jahr der Datenerhebung

Die erste Forschungsfrage untersuchte eine mögliche Veränderung der Ausprägung des IS bei LB+ Frauen im Laufe der Jahre. Dabei wurde zwei meta-regressive Modelle gerechnet, mit dem Jahr der Datenerhebung als primären Prädiktor. Hypothese 1a wurde durch ein nicht-adjustiertes Modell getestet, Hypothese 1b durch ein adjustiertes Modell (mit den Kovariaten Alter, % nicht-monosexuell, % trans* (tbn), Subskalen, Sprache und Alpha-Koeffizient).

Hypothese 1a

Hypothese 1a postulierte einen negativen Zusammenhang (einseitig, $p < .05$) zwischen der Ausprägung des IS bei LB+ Frauen und dem Jahr der Datenerhebung in einem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 2 sowie Abbildung 3 sichtbar: Insgesamt wurden 195 Effektstärken (59 Studien) für die Berechnung eingeschlossen. Es war kein signifikanter Zusammenhang mit dem Jahr der Datenerhebung in diesem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell ersichtlich ($b = 0.40 [-0.17; 0.96]$, $p = .919$), sodass Hypothese 1a nicht durch die Daten gestützt wurde. Entgegen der gerichteten Hypothese deutet das positive Regressionsgewicht auf einen Trend in positiver Richtung hin. Die Variable *Jahr der Datenerhebung* erklärte insgesamt 2% der beobachteten Varianz in den Effektstärken ($R^2_{\text{marginal}} = .02$).

Tabelle 2

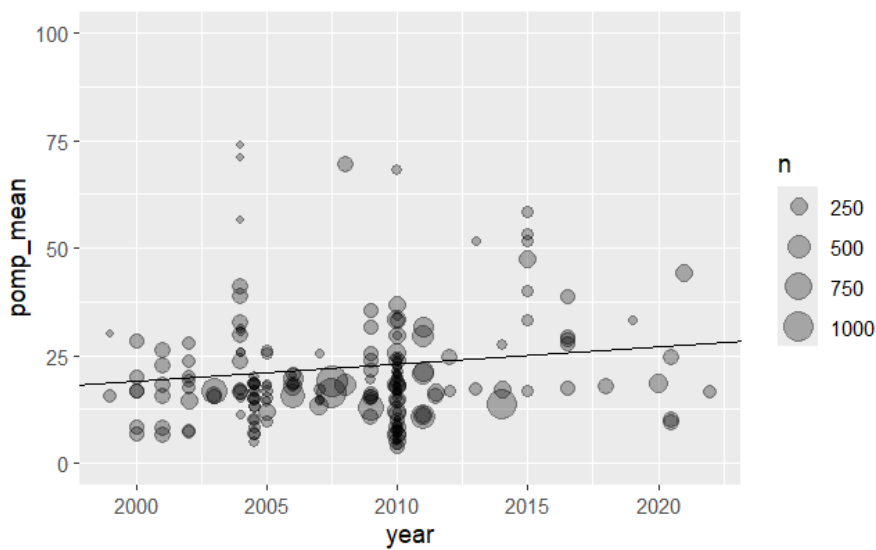
Ergebnisse Hypothese 1a

Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i> -Wert (ein- seitig)	<i>p</i> -Wert (zwei- seitig)	<i>t</i> - Wert	<i>SE</i>	<i>df</i>
Interzept	22.33	18.87	25.78	-	<.001	12.97	1.72	53.11
Jahr der Datenerhebung (zentriert)	0.40	-0.17	0.96	.919	.162	1.45	0.27	22.06

Anmerkung: b = Regressionskoeffizient; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; df = Freiheitsgrade. Heterogenitätsschätzer: $\tau^2 = 138.73$, $\omega^2 = 55.76$, $I^2_{\text{Total}} = 99.49\%$, $I^2_{\text{Level2}} = 70.97\%$, $I^2_{\text{Level3}} = 28.52\%$, $QE(193) = 23332.95$, $p < .001$, $R^2_{\text{marginal}} = .02$, $R^2_{\text{conditional}} = .72$

Abbildung 3

Zeitlicher Verlauf von IS bei LB+ Frauen



Anmerkung: Jeder Punkt repräsentiert eine POMP-transformierte Effektstärke. Die Größe der Punkte repräsentiert die Stichprobengröße (n).

Hypothese 1b

Die Hypothese 1b postulierte einen negativen Zusammenhang (einseitig, $p < .05$) zwischen der Ausprägung des IS bei LB+ Frauen und dem Jahr der Datenerhebung in einem adjustierten meta-regressiven Modell. Als Kovariaten wurden Alter, der Anteil an nicht-monosexuellen Frauen im Sample (%), Anteil an trans* und nicht-binären Personen (tnb*) im Sample (%), die Subskala (Referenzkategorie: LIHS Gesamtscore), die Sprache (Referenzkategorie: Englisch) sowie der Alpha-Koeffizient aufgenommen. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 3 ersichtlich: Insgesamt wurden 123 Effektstärken aus 52 Studien für die Berechnung eingeschlossen.

Wie bei Hypothese 1a weisen die Ergebnisse keine signifikante Assoziation des Jahres der Datenerhebung mit IS bei LB+ Frauen auf ($b = 0.14 [-0.69; 0.98]$, $p = .640$). Bis auf den Skalentyp CLC ($b = 7.08 [0.37; 13.79]$, $p = .041$) sowie den Skalentyp PIL ($b = 6.76 [1.03; 12.48]$, $p = .026$) zeigten sich keine der Kovariaten als statistisch signifikant. IS gemessen durch die Subskalen CLC und PIL weist demnach eine höhere Ausprägung aus als durch die LIHS Gesamtskala oder andere Subskalen. Insgesamt unterstützen diese Daten des adjustierten Modells die Hypothese 1b nicht.

Tabelle 3*Ergebnisse Hypothese 1b*

Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i>-Wert (ein- seitig)	<i>p</i>-Wert (zweiseitig)	<i>t</i>- Wert	<i>df</i>
Interzept	23.00	18.44	27.56	-	<.001	10.34	27.86
Jahr der Datenerhebung (zentriert)	0.14	-0.69	0.98	.640	.721	0.36	17.37
Alter (zentriert)	-0.83	-1.98	0.32	-	.148	-1.52	16.43
Anteil nicht- monosexuell	0.01	-0.33	0.34	-	.993	0.01	20.62
Anteil tnb*	-0.19	-1.09	0.71	-	.584	-0.60	3.64
Sprache Englisch (0) vs. Nicht- Englisch (1)	6.28	-10.99	23.56	-	.446	0.79	13.16
Reliabilität (zentriert)	18.86	-12.96	50.67	-	.192	1.49	5.37
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala ATOL (1)	-0.16	-6.58	6.26	-	.955	-0.06	8.18
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala CLC (1)	7.08	0.37	13.79	-	.041	2.43	8.16
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala MRATL (1)	-7.05	-15.87	1.77	-	.099	-1.94	6.25
LIHS Gesamtskala (0)	-2.10	-12.38	8.17	-	.662	-0.45	11.30

Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i> -Wert (ein- seitig)	<i>p</i> -Wert (zweiseitig)	<i>t</i> - Wert	<i>df</i>
vs. Subskala PFL							
(1)							
LIHS	6.76	1.03	12.48	-	.026	2.72	8.03
Gesamtskala (0)							
vs. Subskala PIL							
(1)							
LIHS	-2.02	-8.75	4.71	-	.534	-0.64	16.25
Gesamtskala (0)							
vs. LIHS Kurz- form (1)							
LIHS	-8.42	-20.47	3.63	-	.112	-2.23	2.99
Gesamtskala (0)							
vs. unvollständiger LIHS Gesamtskala (1)							

Anmerkung: *b* = Regressionskoeffizient; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; *df* = Freiheitsgrade. Heterogenitätsschätzer: $\tau^2 = 125.38$, $\omega^2 = 53.48$, $I^2_{\text{Total}} = 99.57\%$, $I^2_{\text{Level2}} = 69.80\%$, $I^2_{\text{Level3}} = 29.77\%$, $QE(109) = 13715.98$, $p < .001$, $R^2_{\text{marginal}} = .20$, $R^2_{\text{conditional}} = .76$

Forschungsfrage 2: Zusammenhang zwischen IS und strukturellem Stigma

Forschungsfrage 2 untersuchte einen möglichen Zusammenhang von IS bei LB+ Frauen mit strukturellem Stigma auf Länderebene. Strukturelles Stigma wurde anhand des Summenscores der ILGA World Database (ILGA World, 2025) operationalisiert, wobei höhere Ausprägungen ein höheres Level an strukturellem Stigma bedeuten. Es wurden zwei meta-regressive Modelle gerechnet, mit dem ILGA World Summenscore als primären Prädiktor. Hypothese 2a wurde durch ein nicht-adjustiertes Modell getestet, Hypothese 2b durch ein adjustiertes Modell (mit den Kovariaten Alter, % nicht-monosexuell, % trans* (tbn*), Subskalen und Alpha-Koeffizient).

Hypothese 2a

Hypothese 2a postulierte einen positiven Zusammenhang (einseitig, $p < .05$) zwischen der Ausprägung des IS bei LB+ Frauen und strukturellem Stigma auf Länderebene in einem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 4 sowie Abbildung 4 sichtbar: Insgesamt wurden 171 Effektstärken (55 Studien) für die Berechnung eingeschlossen. Es war kein signifikanter Zusammenhang mit strukturellem Stigma in diesem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell ersichtlich ($b = 0.07 [-0.14; 0.28]$, $p = .237$). Hypothese 2a wurde daher nicht durch die Daten gestützt. Die Variable *Strukturelles Stigma* erklärte insgesamt 0.4% der beobachteten Varianz in den Effektstärken ($R^2_{\text{marginal}} < .01$).

Tabelle 4

Ergebnisse Hypothese 2a

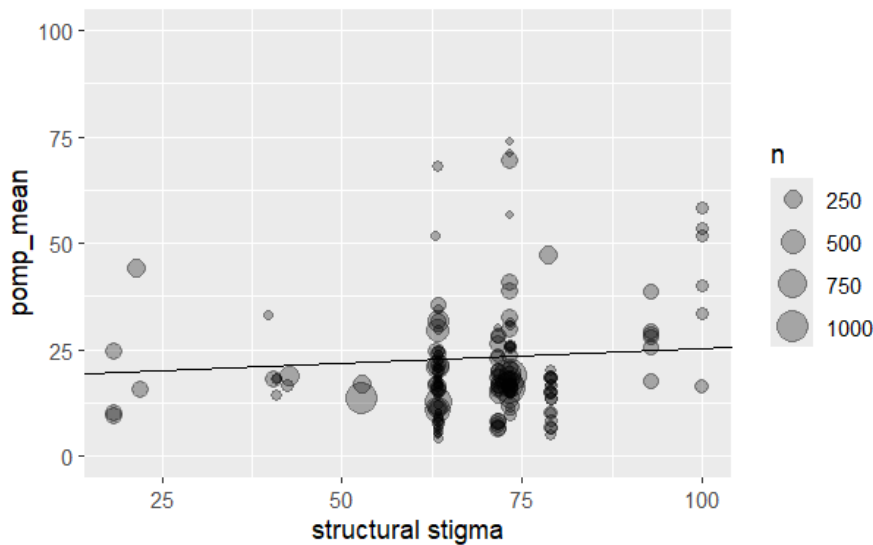
Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i> -Wert (einseitig)	<i>p</i> -Wert (zweiseitig)	<i>t</i> - Wert	<i>SE</i>	<i>df</i>
Interzept	23.07	19.25	26.88	-	<.001	12.13	1.90	51.32
Strukturelles Stigma (zentriert)	0.07	-0.14	0.28	.237	.474	0.75	0.09	8.73

Anmerkung: b = Regressionskoeffizient; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; df =

Freiheitsgrade. Heterogenitätsschätzer: $\tau^2 = 157.71$, $\omega^2 = 48.26$, $I^2_{\text{Total}} = 99.50\%$, $I^2_{\text{Level2}} = 76.19\%$, $I^2_{\text{Level3}} = 23.31\%$, $QE(169) = 19054.77$, $p < .001$, $R^2_{\text{marginal}} < .01$, $R^2_{\text{conditional}} = .77$

Abbildung 4

Zusammenhang von IS bei LB+ Frauen und strukturellem Stigma



Anmerkung: Jeder Punkt repräsentiert eine POMP-transformierte Effektstärke. Die Größe der Punkte repräsentiert die Stichprobengröße (n).

Hypothese 2b

Die Hypothese 2b postulierte einen positiven Zusammenhang (einseitig, $p < .05$) zwischen der Ausprägung des IS bei LB+ Frauen und strukturellem Stigma auf Länderebene in einem adjustierten meta-regressiven Modell. Als Kovariaten wurden Alter, Anteil an nicht-monosexuellen Frauen im Sample (%), Anteil an trans* und nicht-binären Personen (tnb*) im Sample (%), die Subskala (Referenzkategorie: LIHS Gesamtscore) sowie der Alpha-Koeffizient aufgenommen. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 5 ersichtlich: Insgesamt wurden 100 Effektstärken aus 49 Studien für die Berechnung eingeschlossen.

Die Ergebnisse weisen keine signifikante Assoziation des strukturellen Stigmas mit IS bei LB+ Frauen auf ($b = 0.08 [-0.15; 0.30]$, $p = .228$). Bis auf den Skalentyp CLC ($b = 7.04 [0.83; 13.25]$, $p = .031$) sowie den Skalentyp PIL ($b = 7.03 [2.17; 11.89]$, $p = .011$) waren keine der Kovariaten statistisch signifikant. IS gemessen durch die Subskalen CLC und PIL weist demnach eine höhere Ausprägung aus als durch die LIHS Gesamtskala oder andere Subskalen. Insgesamt unterstützen diese Daten des adjustierten Modells die Hypothese 2b nicht.

Tabelle 5*Ergebnisse Hypothese 2b*

Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i>-Wert (ein- seitig)	<i>p</i>-Wert (zwei- seitig)	<i>t</i>- Wert	<i>df</i>
Interzept	23.52	18.75	28.29	-	<.001	10.10	27.99
Strukturelles Stigma (zentriert)	0.08	-0.15	0.30	.228	.456	0.78	7.77
Alter (zentriert)	-0.97	-1.98	0.03	-	.057	-2.05	16.56
Anteil nicht- monosexuell	0.02	-0.32	0.36	-	.915	0.11	19.41
Anteil tnb*	0.06	-1.40	1.52	-	.870	0.19	1.96
Reliabilität (zentriert)	14.10	-31.20	59.40	-	.443	0.85	4.24
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala ATOL (1)	-0.43	-6.51	5.66	-	.873	-0.17	6.83
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala CLC (1)	7.04	0.83	13.25	-	.031	2.65	7.42
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala MRATL (1)	-7.71	-16.71	1.29	-	.081	-2.10	5.98
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala PFL (1)	-2.28	-12.63	8.06	-	.631	-0.50	9.32
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala PIL (1)	7.03	2.17	11.89	-	.011	3.40	7.22
LIHS Gesamtskala (0) vs. LIHS Kurz- form (1)	-2.41	-9.63	4.80	-	.485	-0.72	14.01

Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i> -Wert (ein- seitig)	<i>p</i> -Wert (zwei- seitig)	<i>t</i> - Wert	<i>df</i>
LIHS Gesamtskala (0) vs. unvollständiger LIHS Gesamtskala (1)	-8.92	-19.10	1.27	-	.066	-3.18	2.45

Anmerkung: *b* = Regressionskoeffizient; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; *df* =

Freiheitsgrade. Heterogenitätsschätzer: $\tau^2 = 143.19$, $\omega^2 = 35.65$, $I^2_{\text{Total}} = 99.57\%$, $I^2_{\text{Level2}} = 79.72\%$, $I^2_{\text{Level3}} = 19.85\%$, $QE(87) = 9605.72$, $p < .001$, $R^2_{\text{marginal}} = .22$, $R^2_{\text{conditional}} = .85$

Forschungsfrage 3: Zusammenhang zwischen IS und der Kulturdimension auf Länderebene (Individualismus/Kollektivismus)

Forschungsfrage 3 untersuchte einen möglichen Zusammenhang der Kulturdimension auf Länderebene (Individualismus/Kollektivismus) und der Ausprägung des IS bei LB+ Frauen. Die Kulturdimension auf Länderebene wurde anhand des Hofstede Index (Hofstede et al., 2010) operationalisiert, wobei Werte zwischen 0 und 50 für kollektivistische und Werte zwischen 51 und 100 für individualistische Kulturen stehen (Hofstede, 2001). Es wurden zwei meta-regressive Modelle gerechnet, mit dem Hofstede Index als primären Prädiktor. Hypothese 3a wurde durch ein nicht-adjustiertes Modell getestet, Hypothese 3b durch ein adjustiertes Modell (mit den Kovariaten Alter, % nicht-monosexuell, % trans* (tbn), Subskala und Alpha-Koeffizient).

Hypothese 3a

Die Hypothese 3a postulierte einen möglichen Zusammenhang (zweiseitig, $p < .05$) zwischen dem Ausmaß des IS bei LB+ Frauen und der Ausprägung des Landes der Datenerhebung auf der Kulturdimension Individualismus versus Kollektivismus (Hofstede Index) in einem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 6 sowie Abbildung 5 sichtbar: Insgesamt wurden 195 Effektstärken (59 Studien) für die Berechnung eingeschlossen. Es war kein signifikanter Zusammenhang der Kulturdimension auf Länderebene in diesem nicht-adjustierten meta-regressiven Modell ersichtlich ($b = -0.15$ [-0.37; 0.06], $p = .141$), sodass Hypothese 3a nicht durch die Daten gestützt wurde. Das negative Regressionsgewicht deutet auf eine tendenziell höhere Ausprägung des IS in

kollektivistischen Kulturen im Vergleich zu individualistischen Kulturen hin. Die Variable *Hofstede Index* erklärte insgesamt 3% der beobachteten Varianz in den Effektstärken ($R^2_{\text{marginal}} = .03$).

Tabelle 6

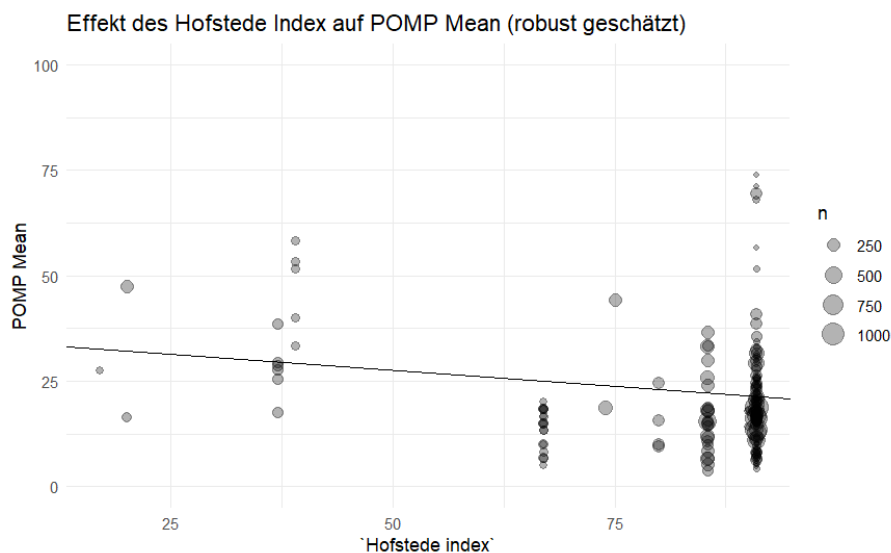
Ergebnisse Hypothese 3a

Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i> -Wert (zweiseitig)	<i>t</i> -Wert	<i>SE</i>	<i>df</i>
Interzept	22.48	19.05	25.92	<.001	13.11	1.72	56.08
Hofstede Index (zentriert)	-0.15	-0.37	0.06	.141	-1.67	0.09	6.78

Anmerkung: *b* = Regressionskoeffizient; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; *df* = Freiheitsgrade. Heterogenitätsschätzer: $\tau^2 = 133.72$, $\omega^2 = 55.94$, $I^2_{\text{Total}} = 99.48\%$, $I^2_{\text{Level2}} = 70.14\%$, $I^2_{\text{Level3}} = 29.34\%$, $QE(193) = 23534.40$, $p < .001$, $R^2_{\text{marginal}} = .03$, $R^2_{\text{conditional}} = .71$

Abbildung 5

Zusammenhang der Kulturdimensionsausprägung mit IS bei LB+ Frauen



Anmerkung: Jeder Punkt repräsentiert eine POMP-transformierte Effektstärke. Die Größe der Punkte repräsentiert die Stichprobengröße (*n*). Je höher der Wert des Hofstede Index, umso individualisierter ist die Kultur des Landes der Datenerhebung (Werte zwischen 0 und 50 stehen für kollektivistische Kulturen und Werte zwischen 51 und 100 für individualistische Kulturen; siehe auch Hofstede, 2001).

Hypothese 3b

Die Hypothese 3b postulierte einen möglichen Zusammenhang (zweiseitig, $p < .05$) zwischen dem Ausmaß des IS bei LB+ Frauen und der Ausprägung des Landes der Datenerhebung auf der Kulturdimension Individualismus versus Kollektivismus (Hofstede Index) in einem adjustierten meta-regressiven Modell. Als Kovariaten wurden Alter, Anteil an nicht-monosexuellen Frauen im Sample (%), Anteil an trans* und nicht-binären Personen (tnb*) im Sample (%), die Subskala (Referenzkategorie: LIHS Gesamtscore) sowie der Alpha-Koeffizient aufgenommen. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 7 ersichtlich: Insgesamt wurden 123 Effektstärken aus 52 Studien für die Berechnung eingeschlossen.

Die Ergebnisse weisen keine signifikante Assoziation der Kulturdimension auf Länderebene mit IS bei LB+ Frauen auf ($b = -0.11 [-0.44; 0.22]$, $p = .459$). Bis auf den Skalentyp CLC ($b = 7.17 [0.55; 13.79]$, $p = .037$) sowie PIL ($b = 6.86 [1.39; 12.33]$, $p = .020$) waren keine der Kovariaten statistisch signifikant. Die Subskalen CLC sowie PIL erfassten eine signifikant höhere Ausprägung an IS bei LB+ Frauen als die LIHS Gesamtskala oder andere Subskalen. Die Hypothese 3b wird nicht durch die Daten des adjustierten Modells unterstützt.

Tabelle 7

Ergebnisse Hypothese 3b

Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i> -Wert (zweiseitig)	<i>t</i> - Wert	<i>df</i>
Interzept	22.79	18.21	27.38	<.001	10.19	27.90
Hofstede Index (zentriert)	-0.11	-0.44	0.22	.459	-0.79	5.91
Alter (zentriert)	-0.89	-2.04	0.26	.122	-1.63	16.47
Anteil nicht-monosexuell	0.01	-0.32	0.34	.948	0.07	21.16
Anteil tnb*	-0.19	-0.97	0.60	.536	-0.68	3.79
Reliabilität (zentriert)	17.41	-15.58	50.40	.242	1.30	5.84
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala ATOL (1)	-0.15	-6.39	6.10	.959	-0.05	8.46
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala CLC (1)	7.17	0.55	13.79	.037	2.47	8.49

Koeffizient	<i>b</i>	95% CI min	95% CI max	<i>p</i> -Wert (zweiseitig)	<i>t</i> - Wert	<i>df</i>
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala MRATL (1)	-7.14	-16.13	1.84	.100	-1.92	6.3
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala PFL (1)	-2.08	-12.22	8.05	.662	-0.45	11.78
LIHS Gesamtskala (0) vs. Subskala PIL (1)	6.86	1.39	12.33	.020	2.87	8.37
LIHS Gesamtskala (0) vs. LIHS Kurz-form (1)	-2.08	-8.85	4.69	.524	-0.65	16.24
LIHS Gesamtskala (0) vs. unvollständiger LIHS Gesamtskala (1)	-8.26	-19.48	2.96	.100	-2.38	2.94

Anmerkung: *b* = Regressionskoeffizient; 95% CI = 95% Konfidenzintervall; *df* =

Freiheitsgrade. Heterogenitätsschätzer: $\tau^2 = 124.46$, $\omega^2 = 53.60$, $I^2_{\text{Total}} = 99.57\%$, $I^2_{\text{Level2}} = 69.60\%$, $I^2_{\text{Level3}} = 29.97\%$, $QE(110) = 16071.47$, $p < .001$, $R^2_{\text{marginal}} = .20$, $R^2_{\text{conditional}} = .76$

Diskussion

Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, den Zusammenhang zeitlicher, struktureller und kultureller Faktoren mit IS bei LB+ Frauen – gemessen anhand der *Lesbian Internalized Homophobia Scale* (LIHS; Szymanski & Chung, 2001) – zu untersuchen. Dazu wurde ein systematisches Review mit crosstemporaler Metaanalyse durchgeführt. Die diesbezüglichen Hypothesen postulierten einen negativen Zusammenhang zwischen IS bei LB+ Frauen und dem Jahr der Datenerhebung sowie einen positiven Zusammenhang zwischen IS bei LB+ Frauen und der Ausprägung strukturellen Stigmas. Weiters wurde ein potenzieller Zusammenhang zwischen IS bei LB+ Frauen und der länderspezifischen Kulturdimension Individualismus versus Kollektivismus (Hofstede Index) untersucht, wobei aufgrund der bisherigen geringen Datenlage keine Richtung spezifiziert wurde. Pro Hypothese wurde ein nicht-adjustiertes sowie ein auf Kovariaten kontrollierendes adjustiertes meta-regressives Modell gerechnet. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Zusammenhänge, weder von IS bei LB+ Frauen mit dem Jahr der Datenerhebung (Hypothese 1a und 1b), noch mit strukturellem Stigma (Hypothese 2a und 2b) oder mit der Kulturdimension auf Länderebene (Hypothese 3a und 3b). In den adjustierten meta-regressiven Modellen zeigen sich lediglich

vereinzelte signifikante Effekte auf Kovariatenebene, die abschließend näher diskutiert werden.

In Bezug auf die erste Forschungsfrage zeigen die Ergebnisse einen nicht signifikanten, positiven Trend zwischen IS bei LB+ Frauen und dem Jahr der Datenerhebung auf und stehen damit im Widerspruch zu den Hypothesen 1a und 1b. Diese postulierten basierend auf bisherigen empirischen Befunden (Adamczyk & Liao, 2019; Smith et al., 2014) einen signifikanten negativen zeitlichen Zusammenhang. Die Befunde dieser Arbeit sprechen somit nicht für eine systematische Veränderung von IS über den untersuchten Zeitraum (1999–2022) hinweg. Vielmehr legen sie nahe, dass IS auf interindividueller Ebene über längere Zeiträume hinweg ein relativ stabiles Konstrukt darstellt, das nur begrenzt zeitlichen Veränderungen unterliegt.

Für die theoretische Einordnung dieses Ergebnisses bietet das Minority Stress Modell (Meyer, 2003) einen zentralen Erklärungsrahmen. Darin wird der Status als Angehörige einer sexuellen Minorität als wesentlicher Prädiktor für das Auftreten von Minderheitenstressoren sowie für mentale Gesundheitsoutcomes bei LGB Personen verstanden (Meyer, 2003). Dieser Ausgangspunkt hat sich trotz berichteter Verbesserungen gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber LGBTQ+ Personen (Adamczyk & Liao, 2019; Smith et al., 2014; Steffens, 2005) nicht grundlegend geändert. Empirische Befunde deuten darauf hin, dass sich bestimmte Erfahrungen zwar über Generationen hinweg verschoben haben – beispielsweise ein früheres Alter der lesbischen Selbstidentifikation, ein früheres Coming-out oder eine geringere Verbergung der sexuellen Identität gegenüber Familienmitgliedern –, zentrale Belastungsfaktoren jedoch weiterhin bestehen (Nosti, 2010). Trotz zunehmender öffentlicher Sensibilisierung treten Diskriminierungserfahrungen sowie psychische Gesundheitsprobleme generationsübergreifend auf und sind weiterhin im alltäglichen Leben von lesbischen Frauen präsent (Nosti, 2010). Vor diesem Hintergrund ist die beobachtete, relativ zeitstabile Ausprägung von IS bei LB+ Frauen als Ausdruck der fortbestehenden Relevanz des Minderheitenstatus zu verstehen.c

Die Annahme einer zeitlichen Stabilität wird außerdem durch Befunde zur intraindividuellen Entwicklung von IS ergänzt, auch wenn aus diesen kein direkter Rückschluss auf interindividuelle Unterschiede möglich ist. Eine Übersichtsstudie von Nguyen et al. (2024), die Ergebnisse longitudinaler Studien mit LGBTQ+ Personen über einen Zeitraum von insgesamt 16 Jahren zusammenfasst, berichtet wiederholt von einer hohen intraindividuellen Stabilität von IS. Das bedeutet, dass sich IS innerhalb einzelner Personen

über die Zeit hinweg nur geringfügig verändert. Gleichzeitig verdeutlichen diese Befunde, dass zeitliche Veränderungen in IS weniger durch den bloßen Verlauf der Zeit als vielmehr durch individuelle Entwicklungsfaktoren wie der Outness bedingt zu sein scheinen (D’Augelli et al., 2010; Nguyen et al., 2024). So zeigen D’Augelli et al. (2010), dass insbesondere der Coming-out-Status mit der Stabilität von IS assoziiert ist. LGBTQ+ Jugendliche, die entweder bereits vor Studienbeginn geoutet waren oder während des gesamten Untersuchungszeitraums ungeoutet blieben, berichteten über stabile IS-Werte, wobei nicht geoutete Personen eine höhere Ausprägung an IS aufwiesen. Demgegenüber zeigte sich bei LGBTQ+ Jugendlichen, die sich im Verlauf der Studie outeten, ein anschließender Rückgang an IS (D’Augelli et al., 2010).

Während die vorliegende Arbeit keine Hinweise auf interindividuelle Veränderungen von IS über die Jahre liefert, zeigen Längsschnittstudien zugleich, dass proximale Minderheitenstressoren (IS, Verbergung der sexuellen Identität, geringe Outness) einen nachfolgenden Anstieg von IS vorhersagen können (Nguyen et al., 2024). Diese Ergebnisse verdeutlichen die anhaltende Relevanz des Minority Stress Modells (Meyer, 2003) als zentralen theoretischen Erklärungsrahmen für die mentale Gesundheit bei LB+ Frauen. Da erhöhte IS-Ausprägungen bei LGBTQ+ Personen mit internalisierten mentalen Gesundheitsproblemen wie Depressionen sowie Angststörungen assoziiert sind (Newcomb & Mustanski, 2010) und die Ergebnisse dieser Masterarbeit keine Hinweise auf eine Verbesserung der IS-Ausprägung in den letzten Jahren liefern, bleibt das Konzept des IS auch gegenwärtig von hoher theoretischer und klinischer Bedeutung.

Zur Einordnung des beobachteten ansteigenden – jedoch nicht signifikanten – Trends des IS bei LB+ Frauen über die Zeit hinweg bietet die Berücksichtigung methodischer Veränderungen in der Datenerhebung einen möglichen Erklärungsansatz, insbesondere in Bezug auf die Zusammensetzung der Stichproben. Während frühere Studien häufiger auf Paper-Pencil-Erhebungen oder direkte Befragungen im Rahmen öffentlicher Community-Veranstaltungen wie der Pride-Parade zurückgegriffen haben (z. B. Amadio & Chung, 2004), basieren neuere Untersuchungen zunehmend auf Online-Befragungen. In der vorliegenden Masterarbeit erhoben 37 der insgesamt 59 eingeschlossenen Studien die Daten anhand von Online-Umfragen, was potenzielle Stichprobeneffekte nahelegt. Online-Umfragen ermöglichen zwar einen niederschweligen Zugang zu bislang schwer erreichbaren Personengruppen, wobei insbesondere die LGBTQ+ Community eine digitale aktive Bevölkerungsgruppe darstellt (McInroy, 2016), gleichzeitig könnten internetbasierte

Erhebungen vermehrt LB+ Frauen erreichen, die ihre sexuelle Orientierung im Offline Kontext weniger offen bzw. weniger geoutet leben und potenziell ein höheres Maß an IS aufweisen als LGBTQ+ Personen, die an öffentlichen Community-Events teilnehmen. Der unerwartete positive Trend zwischen IS bei LB+ Frauen und dem Jahr der Datenerhebung könnte daher teilweise darauf zurückzuführen sein, dass frühere Daten überwiegend auf Angaben von LB+ Frauen basieren, die stärker in queere Gemeinschaften eingebunden sind und insgesamt offener mit ihrer Sexualität umgehen als viele andere queere Personen dieser Zeit. Diese Annahme wird durch Befunde gestützt, die Outness als Mediator zwischen heterosexistischen Diskriminierungserfahrungen und internalisierten psychischen Belastungen bei LGBTQ+ Personen im Rahmen des Minority Stress Modells identifizierte (Velez et al., 2023). Zudem könnten Teilnehmer:innen von Online-Studien möglicherweise generell mehr Zeit online verbringen und dadurch potenziell häufiger homophobem Cyberhass ausgesetzt sein. Diesbezüglich zeigen Befunde, dass LGBTQ+ Personen insgesamt ein höheres Risiko für Cyberbullying aufweisen als heterosexuelle Personen, was wiederum mit zahlreichen negativen Auswirkungen – so etwa auch auf die mentale Gesundheit – assoziiert ist (Abreu & Kenny, 2018). Daher ist es denkbar, dass eine erhöhte Exposition gegenüber LGBTQ+ Cyberbullying in der erreichten Populationsgruppe auch mit höheren Ausprägungen des IS in Zusammenhang stehen könnte. Neben diesen Erklärungsansätzen für den positiven Trend von IS im zeitlichen Verlauf zeigen die Ergebnisse der ersten Forschungsfrage klar keine signifikanten zeitlichen Veränderungen von IS bei LB+ Frauen auf, was auf eine hohe zeitliche Stabilität von IS schließen lässt.

Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage konnte ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen IS bei LB+ Frauen und strukturellem Stigma gefunden werden. Der Trend geht hierbei zwar in die angenommene positive Richtung, der Effekt fällt jedoch mit einer marginalen Varianzaufklärung von 0.4% sehr gering aus und erreicht keine statistische Signifikanz. Dabei ist zu beachten, dass ein überwiegender Anteil der eingeschlossenen Studien aus Ländern mit einem vergleichsweise hohen strukturellen Stigma stammt (46 von 59 Studien aus Ländern mit strukturellem Stigma über 60%), was ein Ungleichgewicht der strukturellen Kontexte darstellt. Zudem wurde bereits von Lattanner et al. (2024) hervorgehoben, dass kleine Effekte im Kontext von strukturellem Stigma nicht ungewöhnlich sind. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass strukturelles Stigma über ganze Populationen hinweg aggregiert wird, und zum anderen, dass Operationalisierungen auf Basis objektiver Indikatoren wie etwa der Gesetzeslage eines Landes tendenziell konservativere Effektgrößen hervorbringen als selbstberichtete Maße (Lattanner et al., 2024).

Auch in der vorliegenden Masterarbeit wurde strukturelles Stigma anhand von Informationen zur Gesetzeslage (ILGA World, 2025) operationalisiert, und zwar konkret über einen Summenscore der ILGA World Database (ILGA World, 2025). Diese enthält umfassende Informationen zur Gesetzeslage in Bezug auf sexuelle Orientierung, Genderidentität oder beides für alle UN-Mitgliedstaaten sowie deren zeitliche Implementierung. Die Aufsummierung der dichotomen Scorings erfolgte dabei ohne Gewichtung der jeweiligen rechtlichen Dimensionen, was die Sensitivität des Maßes eingeschränkt haben könnte. So ist es denkbar, dass IS bei LB+ Frauen stärker mit spezifischen rechtlichen Aspekten – etwa der Kriminalisierung einvernehmlicher gleichgeschlechtlicher sexueller Handlungen – assoziiert ist, während andere Regelungsbereiche, wie beispielsweise staatliche Maßnahmen gegen sogenannte ‚Konversionstherapien‘, einen geringeren direkten Bezug zu IS aufweisen.

Darüber hinaus ist auch ein entwicklungspsychologischer Blick hinsichtlich einer Assoziation von IS mit strukturellem Stigma gewinnbringend: So zeigen Pachankis und Jackson (2023) anhand ihres Entwicklungsmodells, das strukturelles Stigma bereits vor dem bewussten Erkennen und späteren Offenlegen der eigenen sexuellen Identität nachhaltige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von LGBTQ+ Personen entfalten kann. Häufig outen sich LGBTQ+ Personen im Jugendalter, wobei auch oder gerade die Zeit vor dem Outing prägend sein kann (Pachankis & Jackson, 2023). Eine Verinnerlichung negativer Stereotype erfolgt beispielsweise schon sehr früh in der Kindheit und bleibt häufig veränderungsresistent (Dunham et al., 2008; Haines et al., 2016). Vor allem in stark stigmatisierenden Kontexten können derartige negative Internalisierungen die Ausbildung proximaler Stressoren verstärken. Möglicherweise hat strukturelles Stigma insbesondere in entwicklungspsychologisch sensiblen Phasen einen besonders starken Einfluss auf die Ausbildung zentraler Selbstkonzepte (Pachankis & Jackson, 2023). Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass sich in den letzten Jahren zwar gesetzliche Verbesserungen hinsichtlich der Rechte von LGBTQ+ Personen eingestellt haben (ILGA World, 2025; Smith et al., 2014), diese nachfolgenden rechtlichen Fortschritte jedoch die grundlegende Ausbildung des IS nicht vollständig kompensieren können, wenn dies bereits in potenziell stärker diskriminierenden Kontexten während der Jugend entstanden ist. Derartige entwicklungspsychologische Betrachtungsweisen bieten auch eine plausible Erklärung für den geringen, nicht-signifikanten Zusammenhang von IS und strukturellem Stigma in der vorliegenden Masterarbeit, da sich das hier operationalisierte strukturelle Stigma auf das Jahr der

Studienerhebung bezieht und somit frühere entwicklungsrelevante Stigmatisierungskontexte von LB+ Frauen unberücksichtigt geblieben sind.

Generell ist es fraglich, inwiefern strukturelles Stigma rein anhand der gesetzlichen Lage gemessen werden kann und, ob Gesetze per se einen sinnvollen Indikator für strukturell stigmatisierende Umgebungen darstellen. Schließlich ist nach wie vor unbekannt, inwieweit Gesetze und Maßnahmen die alltäglichen Erfahrungen von sexuellen Minderheiten widerspiegeln (Flentje et al., 2022). Diesbezüglich würden Selbstauskünfte über gelebte Erfahrungen vermutlich validere Erkenntnisse ermöglichen und einen sinnvolleren Prädiktor für Gesundheit bilden (Flentje et al., 2022), welche wiederum Assoziationen mit der Ausprägung von IS bei LGB Personen aufweist (Lick et al., 2013; Molina et al., 2014). So beschreiben auch Hatzenbuehler et al. (2024) die Wirkweise von strukturellem Stigma auf die mentale Gesundheit von LGBTQ+ Personen als komplex, indem es durch mehrere direkte, moderierende sowie mediierende Pfade wirkt. Neben politischen Strukturen beeinflussen auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie kulturell verankerte Normen die Lebensrealität von LGBTQ+ Personen auf der Makroebene (Hatzenbuehler & Link, 2014), was bei zukünftigen Analysen beachtet werden sollte. Ein vielschichtigeres Messinstrument könnte demnach potenziell mehr Einfluss von strukturellem Stigma auf IS von LB+ Frauen nachweisen.

Schlussendlich zeigt auch die dritte Forschungsfrage keinen signifikanten Zusammenhang zwischen IS bei LB+ Frauen und der Kulturdimension auf Länderebene (Individualismus versus Kollektivismus) auf. Dieses Ergebnis ist jedoch vor dem Hintergrund der Zusammensetzung der Stichprobe kritisch einzuordnen, da die in die Analyse eingeschlossenen Studien überwiegend aus individualistisch geprägten Ländern stammen. Konkret basierten die Analysen auf 54 Studien aus individualistischen Kulturen, während lediglich fünf Studien aus kollektivistischen Kontexten einbezogen werden konnten. Die Aussagekraft dieser Forschungsfrage ist also aufgrund der deutlichen Ungleichverteilung der kulturellen Kontexte durchaus eingeschränkt. Trotz der fehlenden statistischen Signifikanz zeigt sich jedoch ein negativer Trend zwischen dem Hofstede Index und IS bei LB+ Frauen, der auf höhere Ausprägungen von IS in kollektivistischen im Vergleich zu individualistischen Kulturen hindeutet. Mit einer Varianzaufklärung von etwa 3% leistet die Kulturdimension einen inhaltlich relevanten – wenn auch statistisch nicht signifikanten – Beitrag zur Erklärung der Unterschiede von IS. Da Kultur ebenso wie strukturelles Stigma auf der Makroebene

einzuordnen ist, sind kleine Effekte in diesem Zusammenhang nicht ungewöhnlich (Lattanner et al., 2024).

Theoretische und empirische Arbeiten legen nahe, dass kulturelle Unterschiede von IS nicht unmittelbar, sondern vielmehr über vermittelnde psychologische Prozesse wirksam werden (Hoy-Ellis, 2023; Legate et al., 2019; Lin et al., 2022; Pachankis et al., 2024). Insbesondere Schuld- und Schamgefühle werden als zentrale Mechanismen diskutiert, die je nach kulturellem Umfeld unterschiedlich sozial reguliert sind und wiederum mit IS in Verbindung stehen könnten (Fessler, 2004; Tan & Anderson, 2024). Da diese potenziellen Mediatoren in der vorliegenden Analyse nicht miterhoben wurden, könnten kulturbedingte Effekte zwar indirekt vorhanden, im verwendeten Modell jedoch nicht abbildbar gewesen sein. Gleiches gilt für weitere relevante Kontextfaktoren wie das familiäre Umfeld, das insbesondere in kollektivistischen Kulturen eine zentrale Rolle für die Identitätsentwicklung, soziale Zugehörigkeit und das Stigmaerleben einnimmt (Hoy-Ellis, 2023; Sun et al., 2021). Auch die primäre Sozialisation und die Vermittlung zentraler Gender-Rollenverständnisse finden großteils im familiären Setting statt und sind entscheidend, da Sozialisation einen weiteren Beitrag zur Erklärung der unterschiedlichen Erfahrungen von IS bei Frauen leistet., wobei Sozialisationsprozesse durch kulturelle Einflüsse geprägt sind (Surbhi, 2023; Szymanski et al., 2008). In diesem Zusammenhang steht der beobachtete, wenn auch nicht signifikante Trend höherer IS-Ausprägungen in kollektivistischen Kulturen in Einklang mit der Annahme, dass familiäre Einflüsse in kollektivistischen Kulturen insgesamt stärker auf die Ausprägung von IS und mentale Gesundheit wirken als in individualistischen Kulturen (Hoy-Ellis, 2023; Huebner et al., 2019; Lin et al., 2022).

Weiters wird IS im Minority Stress Modell als Verinnerlichung negativer sozialer Einstellungen beschrieben (Meyer, 2003), weshalb eine Betrachtungsweise der Einstellungsformierung je nach kulturellem Kontext relevant ist. Während die meisten westlichen Einstellungstheorien auf der Annahme beruhen, dass persönliche Präferenzen grundlegend für Einstellungsformierung und Verhalten sind, zeigt sich in kollektivistischen Kulturen eine stärkere Orientierung an sozialen Normen und autoritätsbezogenen Vorgaben (Albarracin & Shavitt, 2018; Savani et al., 2012). Übertragen auf IS impliziert dies, dass Prozesse der Internalisierung negativer Bewertungen in kollektivistischen Kulturen potenziell stärker normativ eingebettet sind. Kommunizieren autoritätsvermittelnde Signale wie staatliche Gesetzgebung ablehnende Haltungen gegenüber LGBTQ+ Personen, könnten diese Bewertungen in kollektivistischen Kontexten intensiver in das Selbstkonzept integriert

werden als in individualistischen Kulturen, in denen individuelle Überzeugungen und persönliche Autonomie stärker betont werden (Albarracin & Shavitt, 2018; Hofstede et al., 2010). Da das kulturelle Umfeld einen Einfluss auf die Einstellungsformierung aufweist (Albarracin & Shavitt, 2018), erscheint es plausibel, dass auch die Internalisierung negativer gesellschaftlicher Einstellungen kulturabhängig variiert und in stärker autoritätsbezogenen, kollektivistischen Kulturen ausgeprägter sein könnte als in individualistischen Kulturen. Dabei ist auch hier erneut auf die fehlende Signifikanz in der diesbezüglichen Analyse zu verweisen.

Weiterentwicklungen des Minority Stress Modells ergänzen diesbezüglich, dass Komponenten des Modells an kulturspezifische Prozesse außerhalb westlicher Kontexte angepasst werden müssen (Frost & Meyer, 2023). Obwohl grundsätzlich von einer Gültigkeit des Minority Stress Modells über verschiedene Regionen und kulturelle Kontexte hinweg berichtet wird, wurde dies bislang überwiegend anhand schwuler und bisexueller Männer empirisch geprüft (Frost & Meyer, 2023; Sattler & Lemke, 2019). LB+ Frauen stellen hingegen eine spezifische Populationsgruppe dar, die häufig im Spannungsfeld mehrerer Diskriminierungsachsen steht (Fingerhut et al., 2005). Entsprechend wird in der Literatur zunehmend auf die Bedeutung intersektionaler Perspektiven hingewiesen (Bowleg, 2008, 2012; Crenshaw, 1989). So erleben LB+ Frauen mehrschichtige Unterdrückung durch patriarchale und heteronormative Oppressionsstrukturen sowie durch religiöse Institutionen (N.K. & Nittali, 2024). Daher greifen makrokulturelle Dimensionen wie Individualismus und Kollektivismus allein möglicherweise zu kurz für eine signifikante Auswirkung auf IS bei LB+ Frauen. Vielmehr könnte IS in dieser Gruppe stärker durch das Zusammenspiel kulturspezifischer Faktoren wie religiöser Normen, geschlechtsspezifischer Sozialisation sowie familiärer kultureller Kontexte geprägt werden (Barnes & Meyer, 2012; Hoy-Ellis, 2023; Lewis et al., 2012; Szymanski et al., 2008). Hinzu kommt, dass die Kulturdimensionen laut Hofstede und Minkov (2013) explizit auf Länderebene zu betrachten sind und keine direkten Rückschlüsse auf individuelle Zusammenhänge erlauben. IS ist demgegenüber als internaler Stressor auf individueller Ebene verortet (Meyer, 2003). Da in der vorliegenden Arbeit insbesondere interindividuelle Veränderungen von IS untersucht wurden, könnten breite kulturelle Orientierungen eines Landes ein zu unspezifisches Konstrukt darstellen, um unmittelbare Effekte auf IS abzubilden.

Generell ist bei allen Ergebnissen dieser Arbeit die hohe Heterogenität zwischen den Studien ($I^2_{\text{Total}} > 99\%$) auffallend, was darauf schließen lässt, dass nahezu die gesamte

beobachtete Varianz der Effektschätzer auf reale Unterschiede zwischen den eingeschlossenen Studien und nicht auf zufällige Variabilität zwischen Studien zurückzuführen ist. Neben der Berücksichtigung zeitlicher, struktureller und kultureller Prädiktoren verbleibt ein erheblicher Anteil ungeklärter Varianz, was auf das Vorhandensein weiterer, nicht erfasster Einflussfaktoren schließen lässt. Die zusätzliche Einbeziehung der Kovariaten *Alter*, *Anteil an nicht-monosexuellen Frauen*, *Anteil an trans* und nicht-binären Personen (tnb*)*, *Sprache* sowie *Alpha-Koeffizient* in den adjustierten meta-regressiven Modellen ergab keinen signifikanten Erklärungswert bezüglich des IS bei LB+ Frauen. Der potenzielle Einfluss der ethnischen Zugehörigkeit sowie des klinischen Status als Kovariaten konnte wiederum nicht untersucht werden, da die Werte in den Primärstudien zu selten berichtet worden sind.

Interessanterweise trugen jedoch einzelne Subskalen der LIHS signifikant zur Varianzaufklärung bei: Insbesondere die Subskalen CLC und PIL wiesen höhere Ausprägungen an IS bei LB+ Frauen auf als die LIHS-Gesamtskala sowie die übrigen Subskalen. Vergleicht man diese beiden Subskalen mit den anderen Subskalen, fällt auf, dass CLC (*Connection With The Lesbian Community Scale*) und PIL (*Public Identification as a Lesbian Scale*) eng mit sozialer Sichtbarkeit, öffentlicher Identität und Community-Einbettung verknüpft sind. Im Gegensatz dazu beziehen sich die übrigen Subskalen der LIHS (Szymanski & Chung, 2001) stärker auf intrapsychische Bewertungen der lesbischen Identität (PFL), moralisch-religiöse Einstellungen gegenüber lesbischen Personen (MRATL) sowie Einstellungen gegenüber anderen lesbischen Personen (ATOL). Ein hohes Scoring auf der CLC-Subskala reflektiert eine Tendenz zur Abgrenzung von der LB+ Community sowie geringe soziale Unterstützung, wohingegen ein hohes Scoring auf der PIL-Subskala eine Tendenz zur Verheimlichung der eigenen sexuellen Identität und weniger Offenheit diesbezüglich bedeutet (Szymanski & Chung, 2001). Die übergreifenden Ergebnisse zeigen, dass IS auf Sample-Level höher ausgeprägt ist, wenn es durch diese Subskalen operationalisiert wird.

Abschließend liefert die vorliegende crosstemporale Metaanalyse wichtige Hinweise darauf, dass IS bei LB+ Frauen über mehrere Jahrzehnte hinweg keine signifikante zeitliche Veränderung aufweist und damit als relativ zeitstabiles Konzept verstanden werden kann. Trotz gesellschaftlicher Liberalisierungstendenzen auf makrosozialer Ebene (Adamczyk & Liao, 2019; Smith et al., 2014) scheinen interindividuelle Unterschiede im Erleben von IS bestehen zu bleiben. Darüber hinaus verweisen die Befunde auf eine begrenzte und statistisch

nicht signifikante Erklärungskraft struktureller sowie kultureller Kontextfaktoren auf Länderebene, operationalisiert über gesetzliche Rahmenbedingungen und die Dimension Individualismus versus Kollektivismus auf Länderebene. Insgesamt trägt die Arbeit dazu bei, IS nicht primär als zeit-, kontext- oder kulturabhängiges Phänomen zu begreifen, sondern als persistente Belastung, die gezielte klinische und präventive Interventionen erforderlich macht.

Stärken

Eine zentrale Stärke der vorliegenden Masterarbeit liegt in der Anwendung eines systematischen Reviews mit crosstemporaler Metaanalyse zur Untersuchung von IS bei LB+ Frauen unter Berücksichtigung zeitlicher, struktureller sowie kultureller Faktoren. Dieser methodische Zugang ermöglicht es, über querschnittliche Einzelbefunde hinauszugehen und potenzielle Veränderungen empirisch abzubilden. Bislang wurden Veränderungen von IS in dieser Population überwiegend anhand einzelner Primärstudien untersucht, sodass die vorliegende Arbeit einen innovativen Beitrag zur Forschung leistet.

Inhaltlich stellt der explizite Fokus auf LB+ Frauen eine wesentliche Stärke dar, da diese Populationsgruppe in der bisherigen Forschung deutlich unterrepräsentiert ist (Coulter et al., 2014). Eine ausschließliche Betrachtungsweise von LB+ Frauen hinsichtlich IS wurde bislang nicht vorgenommen, was eine differenzierte Interpretation der Ergebnisse erforderlich macht. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass LB+ Frauen häufig einer doppelten Diskriminierung aufgrund ihres Geschlechts sowie ihrer sexuellen Orientierung ausgesetzt sind (Fingerhut et al., 2005). Diese intersektionalen Belastungen können mit spezifischen Ausprägungen und Mechanismen hinsichtlich IS einhergehen und sollten bei der Einordnung der Befunde sowie in zukünftiger Forschung systematisch berücksichtigt werden. Gleichzeitig ist die vorliegende Arbeit im Kontext des übergeordneten Forschungsprojekts „Did it get better? A cross temporal meta-analytic systematic review on internalized stigma in LGBTQ+ populations and its associations with structural stigma“ (Siegel et al., 2025) zu verorten, in dessen Rahmen neben LB+ Frauen auch schwule und bisexuelle Männer, bisexuelle Personen sowie trans* Personen differenziert hinsichtlich ihrer IS-Ausprägung untersucht werden (Hoch, 2025; Leb, 2025). Durch die Bündelung der verfügbaren Datenlage sowie durch die gleichzeitig gemeinsame und gruppenspezifische Analyse von IS in LGBTQ+ Populationen leistet dieses Projekt einen erheblichen Beitrag zur differenzierten Weiterentwicklung der LGBTQ+ Forschung.

Methodisch hervorzuheben ist insbesondere der intensive Selektionsprozess der Studienauswahl, der von zwei unabhängigen Raterinnen durchgeführt worden ist. Die automatische Weiterleitung von Studien in das Volltext-Screening bei systematischer Einstufung als potenziell einschlusswürdig durch eine Raterin stellte ein besonders akribisches Einschlussverfahren dar, wodurch Ausschlussfehler so weit wie möglich vermieden wurden. Weiters stellen auch die meta-regressiven Modelle eine methodische Stärke dar. Durch die Berechnung sowohl nicht-adjustierter als auch adjustierter Modelle konnte für relevante Kovariaten kontrolliert werden. Dabei wurde nach Kodierung der Kovariaten überprüft, welche Variablen aufgrund einer ausreichend häufigen Berichterstattung statistisch sinnvoll eingeschlossen werden konnten. Die schlussendlich inkludierten und teilweise signifikanten Kovariaten weisen somit auf eine statistische Relevanz hin, die bereits diskutiert wurde.

Insgesamt umfasst die Spannweite der Jahre der Datenerhebung mit einem Zeitraum von 23 Jahren einen vergleichsweise breiten zeitlichen Rahmen, was die Aussagekraft crosstemporaler Analysen grundsätzlich stärkt. So konnten Lu et al. (2025) in einem ähnlichen systematischen Review mit crosstemporaler Metaanalyse über Selbststigmatisierung von psychisch kranken Personen signifikante Veränderungen über einen Zeitraum von 18 Jahren nachweisen. Dieser Befund unterstreicht, dass der betrachtete zeitliche Rahmen für die Durchführung einer crosstemporalen Metaanalyse grundsätzlich geeignet ist, auch wenn in der vorliegenden Arbeit keine signifikanten zeitlichen Veränderungen des IS bei LB+ Frauen nachgewiesen werden konnten.

Limitationen

Limitationen bezogen auf Primärstudien

Die einbezogenen Primärstudien wiesen teilweise erhebliche Defizite in der Berichterstattung zentraler Variablen auf. Insbesondere das Jahr der Datenerhebung wurde nur in einem geringen Teil der Studien explizit angegeben (10 von 59 Studien), obwohl diese Information für crosstemporale Analysen und für die Untersuchung struktureller Zusammenhänge von zentraler Bedeutung ist. Ebenso wurden Angaben zur Genderidentität der Teilnehmenden nur selten berichtet, sodass der Anteil von cisgender und transgender Personen in vielen Studien unklar blieb (fehlende Angaben in 43 von 59 Studien). Diese eingeschränkte Transparenz zentraler Merkmale begrenzt die Präzision der Analysen zu zeitlichen Entwicklungen und strukturellem Stigma und erschwert eine eindeutige Einordnung der Befunde.

Darüber hinaus führte die begrenzte Anzahl einschlusswürdiger Studien zu einer geringen statistischen Power der Analysen. Neben der Nichtverwendung der LIHS-Skala bewirkten insbesondere unzureichende Angaben zu Effektstärken sowie unvollständige Informationen zur untersuchten Population den Ausschluss mehrerer Studien. Ein wesentliches Problem stellte dabei die häufig unklare oder missverständliche Kategorisierung sexueller Orientierungen dar, die keine eindeutige Zuordnung der Teilnehmenden zu den Kategorien *lesbisch*, *bisexuell* oder *andere sexuelle Orientierung* zuließ. Auch der klinische Status der Teilnehmenden sowie der Anteil ethnischer Minderheiten konnte aufgrund mangelhafter Berichterstattung nicht in die finalen Analysen einbezogen werden.

Limitationen während des Reviewprozesses

Aufgrund der fehlenden Berichterstattung in den Primärstudien im Rahmen des Reviewprozesses war es erforderlich, relevante Variablen zu imputieren. Insbesondere das Jahr der Datenerhebung wurde bei fehlenden Angaben näherungsweise bestimmt, indem bei publizierten Studien zwei Jahre und bei unpublizierten Studien ein Jahr vom jeweiligen Veröffentlichungsdatum abgezogen wurden. Dieses Vorgehen stellt lediglich eine Annäherung an den tatsächlichen Erhebungszeitpunkt dar, sodass die Interpretation crosstemporaler Effekte sowie struktureller Zusammenhänge mit entsprechender Vorsicht vorzunehmen ist. Darüber hinaus wurde bei fehlenden Angaben zur Genderidentität der Teilnehmenden eine ausschließlich cisgender Stichprobe angenommen. Dieses Vorgehen könnte die Aussagekraft der Kovariate *Anteil an trans* Personen* eingeschränkt haben und stellt eine methodische Limitation der vorliegenden Analysen dar.

Während des Reviewprozesses fiel auf, dass die meisten inkludierten Studien aus englischsprachigen Ländern, vor allem aus den USA, stammen (44 von 59 Studien). Dies stellt eine kulturelle Homogenität dar, die sich nicht nur in der ungleichen Verteilung der strukturellen Stigma-Scores (Forschungsfrage 2), sondern auch beim Kulturdimensions-Index (Forschungsfrage 3) zeigt. Da der ILGA World Summenscore (ILGA World, 2025) länderspezifisch berichtet wird und keine Unterteilung nach Regionen oder Bundesstaaten vornimmt, konnte die Vielschichtigkeit rechtlicher Rahmenbedingungen nur unzulänglich erfasst werden. So gab es etwa im Jahr 2020 trotz der verstärkten öffentlichen Unterstützung von LGBTQ+ inklusiven Antidiskriminierungsgesetzen in den USA in 28 Bundesstaaten noch keine landesweiten gesetzlichen Schutzmaßnahmen für LGBTQ+ Personen in den Bereichen Beschäftigung, Wohnen oder öffentliche Einrichtungen (Mallory & Sears, 2020). Generell liegen in den USA große Unterschiede hinsichtlich gesetzlicher Schutzmaßnahmen von

LGBTQ+ Personen vor (Agénor et al., 2022), weshalb ein Vergleich rein auf Länderebene relevante Unterschiede möglicherweise nicht adäquat identifiziert. Dadurch können Rückschlüsse auf den Zusammenhang von strukturellem Stigma mit IS bei LB+ Frauen erschwert werden, da die Nichterfassung relevanter regionaler Unterschiede möglicherweise zu einer Nivellierung der Effekte geführt hat. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass strukturelles Stigma in der vorliegenden Arbeit nur unidimensional anhand gesetzlicher Rahmenbedingungen erfasst wurde, da bislang unklar ist, wie eine intersektionale Operationalisierung auf Makroebene konkret umzusetzen wäre und entsprechende Daten derzeit nicht verfügbar sind.

Über die ungleiche Verteilung der kulturellen Kontexte hinaus ist auch die Zuordnung der Studien in die Kulturdimension Individualismus/Kollektivismus unabhängig vom jeweiligen Erhebungsjahr als Limitation zu betrachten. Der verwendete Hofstede-Index basiert auf Erhebungen, die ursprünglich in den 1960er und 1970er-Jahren durchgeführt wurden (Utlar, 2020) und konnte folglich nicht an das jeweilige Erhebungsjahr der eingeschlossenen Studien angepasst werden. Dadurch könnten mögliche zeitliche Veränderungen kultureller Werte unberücksichtigt geblieben sein – insbesondere für neuere Studien könnte der Hofstede Index etwa die tatsächlich wirksamen kulturellen Rahmenbedingungen potenziell eingeschränkt abbilden.

Wie bereits ausgeführt, stellt auch der Ausschluss der vorab definierten Kovariaten *klinischer Status* im Sinne von psychischer Gesundheit sowie *Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit* eine zentrale Limitation dieser Metaanalyse dar, da entsprechende Informationen in den Primärstudien zu selten berichtet wurden. Da psychische Gesundheit in engem Zusammenhang mit IS steht (Newcomb & Mustanski, 2010; Williams et al., 2023), ist infolge des Ausschlusses dieser Variable von einem relevanten Informationsverlust auszugehen, da nicht für diese Variable kontrolliert werden konnte. Zudem könnte eine potenzielle Überrepräsentation von LB+ Frauen mit psychischen Diagnosen in der eingeschlossenen Stichprobe zur fehlenden Signifikanz der zeitlichen Trends beigetragen haben, sofern angenommen wird, dass Personen mit psychischen Belastungen unabhängig vom Erhebungszeitpunkt ein höheres Ausmaß an IS berichten. Analog dazu ist auch der Ausschluss der Kovariate der ethnischen Zugehörigkeit als relevante Limitation zu bewerten. Die bisherige empirische Befundlage zum Zusammenhang zwischen ethnischer Zugehörigkeit und IS ist uneinheitlich und basiert überwiegend auf männlichen Stichproben oder fasst unterschiedliche sexuelle Minderheiten zusammen, wodurch differenzierte Aussagen für LB+

Frauen bislang eingeschränkt sind (Masa et al., 2021; Shangani et al., 2020; Tan & Anderson, 2024). Während einzelne Studien bei schwulen und bisexuellen Männern höhere Ausprägungen an IS bei Schwarzen und hispanischen Personen im Vergleich zu weißen Personen berichten (Masa et al., 2021), zeigen andere Arbeiten keine oder nur selektive Unterschiede zwischen ethnischen Gruppen (Shangani et al., 2020). Da entsprechende Angaben zur ethnischen Zugehörigkeit in den Primärstudien der vorliegenden Metaanalyse nur selten berichtet wurden, konnte diese Kovariate nicht in die Analysen aufgenommen werden. Folglich bleibt offen, ob und in welcher Weise ethnische Zugehörigkeit mit IS bei LB+ Frauen assoziiert ist. Zudem deutet bestehende Evidenz darauf hin, dass der sozioökonomische Status eine zentrale Rolle im Zusammenspiel von ethnischer Zugehörigkeit und Stigmaerfahrungen spielt (Masa et al., 2021; Shangani et al., 2020), weshalb dessen systematische Miterhebung in zukünftigen Studien als zentral für die Aussagekraft entsprechender Analysen anzusehen ist.

Eine weitere in dieser Arbeit nicht berücksichtigte Kovariate betrifft die Emotionen Schuld und Scham. Diese affektiven Prozesse gelten als kulturell sensibel, da sie je nach kulturellem Kontext unterschiedlich ausgeprägt sind und differenzierte Auswirkungen auf IS bei LGBTQ+ Personen zeigen (Fessler, 2004; Pachankis et al., 2024; Sherry, 2007; Tan & Anderson, 2024). Teilweise wird eine medierende Rolle von Schuld (Tan & Anderson, 2024) oder Scham (Mereish & Poteat, 2015) im Zusammenhang von IS und mentaler Gesundheit berichtet. Eine solche medierende Funktion konnte in der vorliegenden Metaanalyse nicht untersucht werden, da entsprechende emotionsspezifische Variablen in den eingeschlossenen Primärstudien nicht erhoben wurden. Für weiterführende Forschung wäre es daher interessant, diese Konstrukte gemeinsam zu erheben und mit IS in Beziehung zu setzen, um kulturelle Unterschiede und potenzielle Wirkmechanismen differenzierter abbilden zu können.

Implikationen

Implikationen für die Forschung

Basierend auf den Ergebnissen zeigen sich weder signifikanten Veränderungen von IS bei LB+ Frauen über die Jahre hinweg noch im Zusammenhang mit strukturellen oder kulturellen Kontexten. Dies impliziert, dass IS relativ stabil ist, weshalb es in der Forschung nicht als automatisch zeitabhängiges Phänomen verstanden werden sollte. Sinnvoll erscheint vielmehr eine Fokussierung auf Mechanismen der Stabilisierung von proximalen Stressoren (insbesondere IS), welche möglicherweise bereits in frühen Entwicklungsphasen, etwa während der Jugend, wirksam werden (Hatzenbuehler, 2009; Pachankis & Jackson, 2023).

Zukünftig sollte anhand längsschnittlicher Designs geprüft werden, unter welchen Bedingungen IS bei LB+ Frauen stabil bleibt, und unter welchen Umständen Veränderungen auftreten. Darauf aufbauend bedarf es an Forschung zu gezielten klinischen Präventions- und Interventionsmaßnahmen, welche frühzeitig ansetzen und der Etablierung bzw. Stabilisierung von IS entgegenwirken.

Zudem bedarf es in zukünftiger Forschung an differenzierteren Stichproben, um die Wirkmechanismen von IS spezifisch bei lesbischen Frauen untersuchen zu können. Diesbezüglich erscheint eine trennschärfere Abgrenzung zwischen bisexuellen und lesbischen Frauen sinnvoll, da diese keine homogene Gruppe abbilden, sondern sich in unterschiedlichen Lebensrealitäten befinden (Institute of Medicine, 2011). Die gemeinsame Untersuchung beider Populationsgruppen kann zu Verzerrungen führen, da sich bisexuelle Frauen tendenziell weniger stark mit ihrer sexuellen Minderheitenidentität identifizieren, weniger offen mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen und sich weniger stark in die Community eingebunden fühlen (Herek et al., 2010). Setzt man diese Charakteristik mit dem Minority Stress Modell in Bezug, könnte dies insofern differenzierte Auswirkungen mit sich bringen, indem die jeweilige sexuelle Minderheitenidentität auf die Ausprägung von IS wirkt, wobei die soziale Eingebundenheit in die Community ausschlaggebend für mentale Gesundheitsoutcomes ist (Meyer, 2003). Und auch laut dem konzeptuellen Modell des strukturellen Stigmas von Hatzenbuehler et al. (2024) moderiert der jeweilige LGBTQ+ Status die Gesundheitsauswirkungen von Stigmatisierungserfahrungen. Daher ist es für zukünftige Forschung sinnvoll, innerhalb der LGBTQ+ Community stärker zwischen Subgruppen zu differenzieren, um gruppenspezifische Stressoren und Schutzmechanismen adäquat erfassen zu können. Außerdem ist auch der Einbezug von nicht-weißen Populationen sowie Personen aus nicht-westlichen Ländern unbedingt erforderlich, da sich bisherige Erkenntnisse zu IS vorwiegend auf weiße Teilnehmer:innen aus westlichen Ländern beziehen, wodurch relevante Perspektiven in diesem Forschungsfeld fehlen (Berg et al., 2016).

Bezüglich der Ausprägung von IS bei LB+ Frauen im zeitlichen Verlauf könnte die Berücksichtigung potenzieller Moderatoren wie der Outness von LB+ Personen zusätzliche Erkenntnisse liefern. Geoutete Personen berichten von niedrigerem IS als nicht geoutete Personen, zudem vermittelt Outness den Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und internalisierten psychischen Belastungen (D’Augelli et al., 2010; Velez et al., 2023). Die Einbeziehung von Outness könnte somit helfen, zeitliche Stabilitäts- oder Veränderungsmuster differenzierter zu erklären. Außerdem findet derzeit in

vielen Teilen der Welt ein Erstarken rechtspolitischer Parteien statt: So wird vom Aufsteigen rechtsextremer, primär populistischer Parteien in Europa, im globalen Süden sowie in den USA berichtet (Destradi, 2023; Fiorino, 2022; Kumral, 2023; Milner, 2021), womit Bedrohungen erreichter LGBTI+ Rechte einhergehen (Pugh, 2019). Eine erneute crosstemporale Metaanalyse in einigen Jahren würde diesbezüglich spannende Einblicke in die Auswirkungen dieser Entwicklung hinsichtlich zeitlicher, struktureller und kultureller Aspekte ermöglichen. In diesem Zusammenhang wäre auch eine Analyse nicht-linearer Effekte interessant, da gesellschaftliche Umbrüche nicht notwendigerweise graduell, sondern potenziell sprunghaft verlaufen können.

Hinsichtlich der Messung strukturellen Stigmas besteht zudem weiterhin eine klare Forschungslücke. Aktuell herrscht eine Vielzahl an Messinstrumenten für strukturelles Stigma vor (für einen Überblick siehe Wang et al., 2025), welche jeweils verschiedene Aspekte dieses komplexen Konstruktes erfassen. Am häufigsten wird strukturelles Stigma derzeit anhand von Unterschiedlichkeiten von Gruppen innerhalb bestimmter Kontexte (etwa auf Schul-, Landes- oder Staatsebene) erfasst, dicht gefolgt von politischen Indizes, öffentlichen Einstellungen gegenüber minorisierten Gruppen sowie wahrgenommenen regionalen und institutionellen Diskriminierungen (Wang et al., 2025). All diese Aspekte spiegeln sich in Hatzenbuehler und Links (2014) Definition von strukturellem Stigma wider, welche gesellschaftliche Bedingungen, kulturelle Normen und institutionelle Richtlinien umfasst, die die Chancen, Ressourcen und das Wohlbefinden der Stigmatisierten einschränken. Bisher konnte jedoch keine Studie identifiziert werden, die all diese Komponenten gleichzeitig misst (Wang et al., 2025), woraus sich die Notwendigkeit der Entwicklung eines neuen, umfassenderen Messinstrumentes für strukturelles Stigma ergibt. Diesbezüglich darf auch der Einbezug intersektionaler Perspektiven nicht vergessen werden, da strukturelles Stigma bei LB+ Frauen durch Überlappungen mehrerer Diskriminierungsformen geprägt ist. So formen sowohl Sexismus als auch Homophobie lesbische Erfahrungen mit (Fingerhut et al., 2005), was die Frage nach einer sinnvollen Operationalisierung intersektioneller Effekte aufwirft. Beispielsweise wären hinsichtlich gesellschaftlicher Einstellungen als Aspekt von strukturellem Stigma (Hatzenbuehler & Link, 2014) gezieltere Meinungsumfragen sinnvoll, die nicht nur allgemeine Einstellungen gegenüber LGBTQ+ Personen erfassen, sondern spezifisch auf einzelne Gruppen eingehen. Auf diese Weise ließe sich die gruppenspezifische Manifestation gesellschaftlicher Vorurteile bei LB+ Frauen besser nachvollziehen und in zukünftige Messinstrumente integrieren (Mayfield, 2001; Steffens, 2005; Szymanski & Chung, 2001).

Abschließend stellt die Untersuchung kultureller Faktoren im Zusammenhang mit IS ein bislang noch eher diffuses Forschungsfeld dar, das unterschiedliche kulturell relevante Aspekte einzelner Primärstudien zusammenführt, ohne ein geschlossenes Gesamtbild zu zeigen. Neben der makrokulturellen Messung über den Hofstede Index der Kulturdimensionen (Hofstede et al., 2010) könnte die Berücksichtigung spezifischer mikrokultureller Werte eine sinnvolle Erweiterung der Forschungslage bieten. So zeigt beispielsweise das Familiensetting einen weitreichenden Einfluss auf die mentale Gesundheit von LGBTQ+ Erwachsenen, vermittelt durch IS (Chiang et al., 2025). Sozialisationsprozesse tragen ebenfalls wesentlich zur Erklärung von IS-Erfahrungen bei (Szymanski et al., 2008). Da diese wiederum kulturell geprägt werden (Surbhi, 2023), ist zukünftige Forschung zu den Auswirkungen kulturspezifischer Sozialisierungsprozesse auf IS bei LB+ Frauen besonders relevant. Darüber hinaus unterscheiden sich Kulturen häufig in ihren religiösen Werten, die wiederum die Akzeptanz von sexuellen Minderheiten beeinflussen (Sarpal & Yee Lim, 2023). In religiösen Kontexten, die Homosexualität ablehnen, wird von einer stärkeren Ausprägung von IS bei LGB Personen berichtet (Barnes & Meyer, 2012). Eine diesbezügliche alternative Betrachtung kultureller Einflussfaktoren auf das IS bei LB+ Frauen stellt daher eine weitere Implikation für zukünftige Forschung dar.

Implikationen für die Praxis

LB+ Frauen weisen im Vergleich zu heterosexuellen Personen ein höheres Risiko für psychische Störungen sowie psychiatrische Morbidität infolge stigmabasierter Diskriminierung auf (Gmelin et al., 2022; Wittgens et al., 2022). Neben der Betrachtung minderheitenbezogener Stressoren als zentrale Erklärungsansätze (Frost & Meyer, 2023; Meyer, 2003) ist es für die klinische Praxis besonders relevant, sich mit protektiven sowie resilienzfördernden Faktoren von LB+ Personen zu beschäftigen, da diese die Auswirkungen von Minderheitenstress lindern können. Bereits im ursprünglichen Minority Stress Modell nach Meyer (2003) werden spezifische Copingstrategien sowie soziale Unterstützung als zentrale Ressourcen im Umgang mit Minderheitenstress hervorgehoben. Da sich in den letzten Jahren keine signifikante Verbesserung von IS bei LB+ Frauen zeigte, bedarf es weiterhin klinischer Interventionen, welche genau daran ansetzen. Tatsächlich fokussiert sich ein Großteil bestehender Interventionen im Kontext sexueller Minderheiten auf proximale Stressoren wie IS (Layland et al., 2020). Ergänzend dazu gelten sowohl die Stärkung individueller Copingstrategien von LGBTQ+ Personen als auch die Reduktion strukturell diskriminierender Bedingungen als zentrale Ansatzpunkte zur Verringerung von sexuellem Minderheitenstress (Chaudoir et al., 2017). Allerdings wurden die meisten dieser

Interventionen für überwiegend weiße, gebildete und in urbanen Regionen der USA lebende Populationen entwickelt und evaluiert, wodurch intersektionelle Perspektiven bislang unzureichend berücksichtigt werden (Chaudoir et al., 2017). Eine vertiefte Untersuchung intersektioneller Wirkmechanismen von IS bei LB+ Frauen sowie potenzieller protektiver Faktoren erscheint vor diesem Hintergrund insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventions- und Interventionsansätze gewinnbringend.

Darüber hinaus ist ein kultursensibler Umgang in der klinischen Arbeit zur Reduktion von IS von zentraler Bedeutung, da sich dessen Ausprägung in kollektivistischen und individualistischen Kulturen unterscheiden kann (Singh et al., 2006; Ummak et al., 2022). Daher sollten sich Kliniker:innen darüber bewusst sein, dass IS je nach kultureller oder ethnischer Zugehörigkeit unterschiedlich wirken kann (Newcomb & Mustanski, 2010), weshalb auch innerhalb therapeutischer Kontexte intersektionelle Betrachtungsweisen essenziell sind (Freeman-Coppadge & Langroudi, 2021). Während in kollektivistischen Kulturen insbesondere familiäre Unterstützung eine relevante Rolle spielen könnte (Lin et al., 2022), erscheint es in individualistischen Kulturen möglicherweise zielführender, den Fokus auf die Stärkung des Selbstwertes zu legen (Rubino et al., 2018).

Zudem verweist die bestehende Forschung auf vielfältige negative Effekte strukturellen Stigmas auf die mentale Gesundheit von LGBTQ+ Personen (Bränström et al., 2023; Hatzenbuehler, 2016; Hatzenbuehler et al., 2024; Song, 2025), auch wenn in der vorliegenden Arbeit kein Zusammenhang zwischen strukturellem Stigma und IS bei LB+ Frauen nachgewiesen werden konnte. Unabhängig davon unterstreichen diese Befunde die Notwendigkeit, struktureller Stigmatisierung auf Makroebene entgegenzuwirken – etwa durch politische, institutionelle und gesellschaftliche Maßnahmen. So zeigen Längsschnittstudien, dass staatliche und institutionelle Maßnahmen einen bedeutsamen Beitrag zur Reduktion von Minderheitenstress und zur Verbesserung der mentalen Gesundheit von LGBTQ+ Personen leisten können (Hatzenbuehler et al., 2010, 2018). Insgesamt verdeutlichen die praktischen Implikationen, dass IS nicht ausschließlich auf individueller Ebene adressiert werden sollte, sondern Interventionen zugleich auf die Reduktion struktureller Stigmatisierung und die Stärkung unterstützender sozialer Kontexte ausgerichtet sein sollten.

Konklusion

Diese Masterarbeit untersuchte anhand eines systematischen Reviews mit crosstemporaler Metaanalyse den Zusammenhang zwischen zeitlichen, strukturellen sowie kulturellen

Faktoren und IS bei LB+ Frauen, gemessen durch die *Lesbian Internalized Homophobia Scale* von Szymanski und Chung (2001). Über den Zeitraum von 1999 bis 2022 zeigten sich keine signifikanten Veränderungen des IS. Entgegen den Hypothesen wies der beobachtete Trend jedoch in eine positive Richtung, was auf eine potenzielle, wenn auch sehr geringe, Zunahme an IS über die Zeit hindeuten könnte. Auch für strukturelles Stigma ließ sich kein signifikanter Zusammenhang nachweisen, wenngleich der positive Trend nahelegt, dass IS in Ländern mit höherem strukturellem Stigma tendenziell stärker ausgeprägt sein könnte. Diesbezüglich ist jedoch die geringe Effektstärke von 0.4% zu beachten. Für die kulturelle Dimension auf Länderebene (Individualismus/Kollektivismus) zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang, wobei der negative Trend potenziell auf geringeres IS in individualistischeren Kontexten hinweist.

Insgesamt erscheint IS bei LB+ Frauen auf Basis der vorliegenden Daten als relativ stabiles Konstrukt ohne signifikante Veränderungen in den vergangenen Jahrzehnten. Die Interpretation crosstemporaler sowie struktureller Veränderungen ist jedoch als eingeschränkt zu bewerten, da ein Großteil der Datenerhebungsjahre aufgrund unzureichender Berichterstattung imputiert werden musste. Zukünftige Forschung sollte relevante Kovariaten wie Outness, ethnische Zugehörigkeit und klinischen Status systematisch berücksichtigen, um zentrale Einflussfaktoren von IS bei LB+ Frauen besser erfassen und darauf aufbauende Präventions- und Interventionsstrategien entwickeln zu können.

Literaturverzeichnis

- Abreu, R. L., & Kenny, M. C. (2018). Cyberbullying and LGBTQ youth: A systematic literature review and recommendations for prevention and intervention. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(1), 81–97. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0175-7>
- Adamczyk, A., & Liao, Y.-C. (2019). Examining public opinion about LGBTQ-related issues in the United States and across multiple nations. *Annual Review of Sociology*, 45(1), 401–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073018-022332>
- Agénor, M., Pérez, A. E., Solazzo, A. L., Beccia, A. L., Samnaliev, M., Wu, J., Charlton, B. M., & Austin, S. B. (2022). Assessing variations in sexual orientation- and gender identity-related U.S. state laws for sexual and gender minority health research and action, 1996–2016. *LGBT Health*, 9(3), 207–216. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0157>
- Albarracin, D., & Shavitt, S. (2018). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 69(1), 299–327. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011911>
- Allen, S. H., & Mendez, S. N. (2018). Hegemonic heteronormativity: Toward a new era of queer family theory. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 70–86. <https://doi.org/10.1111/jftr.12241>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading/Addison-Wesley.
- Amadio, D. M., & Chung, Y. B. (2004). Internalized homophobia and substance use among lesbian, gay, and bisexual persons. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 17(1), 83–101. https://doi.org/10.1300/J041v17n01_06
- Balduzzi, S., Rücker, G., & Schwarzer, G. (2019). How to perform a meta-analysis with R: A practical tutorial. *Evidence Based Mental Health*, 22(4), 153–160. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2019-300117>

- Barnes, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Religious affiliation, internalized homophobia, and mental health in lesbians, gay men, and bisexuals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(4), 505–515. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01185.x>
- Berg, R. C., Munthe-Kaas, H. M., & Ross, M. W. (2016). Internalized homonegativity: A systematic mapping review of empirical research. *Journal of Homosexuality*, 63(4), 541–558. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083788>
- Berg, R. C., Ross, M. W., Weatherburn, P., & Schmidt, A. J. (2013). Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries. *Social Science & Medicine*, 78, 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.033>
- Beugelsdijk, S., Maseland, R., & Van Hoorn, A. (2015). Are scores on Hofstede’s dimensions of national culture stable over time? A cohort analysis. *Global Strategy Journal*, 5(3), 223–240. <https://doi.org/10.1002/gsj.1098>
- Bochicchio, L., Hughes, T. L., Parincu, Z., Chadbourne, E., & Lelutiu-Weinberger, C. (2025). Toward an understanding of sexual minority women’s social stressors and health in post-communist countries in Europe: A scoping review. *BMC Public Health*, 25(1), 1646. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22681-9>
- Bowleg, L. (2008). When Black + lesbian + woman ≠ Black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex Roles*, 59(5–6), 312–325. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9400-z>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase *Women and Minorities*: Intersectionality—An important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Bowleg, L., Malekzadeh, A. N., AuBuchon, K. E., Ghabrial, M. A., & Bauer, G. R. (2023). Rare exemplars and missed opportunities: Intersectionality within current sexual and

- gender diversity research and scholarship in psychology. *Current Opinion in Psychology*, 49, 101511. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101511>
- Bramer, W. M., Giustini, D., De Jonge, G. B., Holland, L., & Bekhuis, T. (2016). De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. *Journal of the Medical Library Association*, 104(3). <https://doi.org/10.5195/jmla.2016.24>
- Bränström, R., Fellman, D., & Pachankis, J. (2023). Structural stigma and sexual minority victimization across 28 countries: The moderating role of gender, gender nonconformity, and socioeconomic status. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(3–4), 3563–3585. <https://doi.org/10.1177/08862605221108087>
- Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Lexington Books.
- Caceres, B. A., Jackman, K. B., Ferrer, L., Cato, K. D., & Hughes, T. L. (2019). A scoping review of sexual minority women’s health in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.016>
- Carry, M. G. (2010). *“In spite of it all”: Resilience, sexual identity acceptance, and disclosure among Black and Latina same-sex attracted women* [Unpublished doctoral dissertation]. Emory University.
- Chaudoir, S. R., Wang, K., & Pachankis, J. E. (2017). What reduces sexual minority stress? A review of the intervention “Toolkit”. *Journal of Social Issues*, 73(3), 586–617. <https://doi.org/10.1111/josi.12233>
- Chiang, P.-C., Xu, Y., Williams, D. Y., Srivastava, A., Leite, J. A., Englert, A. R., & Hall, W. J. (2025). The relationship between family environments growing up and behavioral health among LGBTQ+ adults: The mediating role of internalized homonegativity. *PLOS One*, 20(6), e0327370. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327370>

- Cohen, J. N., & Byers, E. S. (2015). Minority stress, protective factors, and sexual functioning of women in a same-sex relationship. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(4), 391–403. <https://doi.org/10.1037/sgd0000108>
- Cohen, P., Cohen, J., Aiken, L. S., & West, S. G. (1999). The problem of units and the circumstance for POMP. *Multivariate Behavioral Research*, 34(3), 315–346. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_2
- Conlin, S. E., Douglass, R. P., & Ouch, S. (2019). Discrimination, subjective wellbeing, and the role of gender: A mediation model of LGB minority stress. *Journal of Homosexuality*, 66(2), 238–259. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1398023>
- Coulter, R. W. S., Kenst, K. S., Bowen, D. J., & Scout. (2014). Research funded by the national institutes of health on the health of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *American Journal of Public Health*, 104(2), e105–e112. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301501>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 140, 139–167.
- D’Augelli, A. R., Grossman, A. H., Starks, M. T., & Sinclair, K. O. (2010). Factors associated with parents’ knowledge of gay, lesbian, and bisexual youths’ sexual orientation. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(2), 178–198. <https://doi.org/10.1080/15504281003705410>
- Davenport-Pleasance, E. (2024). Bi-Invisibility in academia; the intentional and accidental erasure of Bi + parents in research and recommendations for future research. *Journal of Bisexuality*, 24(4), 534–573. <https://doi.org/10.1080/15299716.2024.2361340>
- Destradi, S. (2023). Global resurgence of the right: Conceptual and regional perspectives. *International Affairs*, 99(3), 1322–1324. <https://doi.org/10.1093/ia/iia070>

- Douglass, R. P., Conlin, S. E., & Duffy, R. D. (2020). Beyond happiness: Minority stress and life meaning among LGB individuals. *Journal of Homosexuality*, 67(11), 1587–1602. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1600900>
- Dunham, Y., Baron, A. S., & Banaji, M. R. (2008). The development of implicit intergroup cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(7), 248–253. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.04.006>
- Eacott, D. A. (2003). *The psychosocial effects of religiosity and religion on internalized homophobia in lesbian* [Unpublished doctoral dissertation]. Cleveland State University.
- Eisner, S. (2013). *Bi: Notes for a bisexual revolution*. Seal Press.
- Everett, B. G., Steele, S. M., Matthews, A. K., & Hughes, T. L. (2019). Gender, race, and minority stress among sexual minority women: An intersectional approach. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1505–1517. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1421-x>
- Feinstein, B. A., Davila, J., & Yoneda, A. (2012). Self-concept and self-stigma in lesbians and gay men. *Psychology and Sexuality*, 3(2), 161–177. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.592543>
- Fessler, D. (2004). Shame in two cultures: Implications for evolutionary approaches. *Journal of Cognition and Culture*, 4(2), 207–262. <https://doi.org/10.1163/1568537041725097>
- Few-Demo, A. L. (2014). Intersectionality as the “new” critical approach in feminist family studies: Evolving racial/ethnic feminisms and critical race theories. *Journal of Family Theory & Review*, 6(2), 169–183. <https://doi.org/10.1111/jftr.12039>
- Fingerhut, A. W., Peplau, L. A., & Ghavami, N. (2005). A dual-identity framework for understanding lesbian experience. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 129–139. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00175.x>

- Fiorino, D. J. (2022). Climate change and right-wing populism in the United States. *Environmental Politics*, 31(5), 801–819.
<https://doi.org/10.1080/09644016.2021.2018854>
- Flanders, C. E., Khandpur, S., & Fitzgerald, R. (2022). Intersectional stigma and sexual health among sexual and gender minority women. *Current Sexual Health Reports*, 14(4), 190–199. <https://doi.org/10.1007/s11930-022-00338-7>
- Flentje, A., Clark, K. D., Cicero, E., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Saucedo, J., Neilands, T. B., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2022). Minority stress, structural stigma, and physical health among sexual and gender minority individuals: Examining the relative strength of the relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 56(6), 573–591.
<https://doi.org/10.1093/abm/kaab051>
- Freeman-Coppadge, D. J., & Langroudi, K. F. (2021). Beyond LGBTQ-affirmative therapy: Fostering growth and healing through intersectionality. In K. L. Nadal & M. R. Scharrón-del Río (Hrsg.), *Queer Psychology* (S. 159–179). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-74146-4_9
- Friedman, C., & Leaper, C. (2010). Sexual-minority college women's experiences with discrimination: Relations with identity and collective action. *Psychology of Women Quarterly*, 34(2), 152–164. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01558.x>
- Frost, D. M., Fine, M., Torre, M. E., & Cabana, A. (2019). Minority stress, activism, and health in the context of economic precarity: Results from a national participatory action survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and gender non-conforming youth. *American Journal of Community Psychology*, 63(3–4), 511–526.
<https://doi.org/10.1002/ajcp.12326>
- Frost, D. M., Hammack, P. L., Wilson, B. D. M., Russell, S. T., Lightfoot, M., & Meyer, I. H. (2020). The qualitative interview in psychology and the study of social change: Sexual

- identity development, minority stress, and health in the generations study. *Qualitative Psychology*, 7(3), 245–266. <https://doi.org/10.1037/qup0000148>
- Frost, D. M., & LeBlanc, A. J. (2014). Nonevent stress contributes to mental health disparities based on sexual orientation: Evidence from a personal projects analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 557–566. <https://doi.org/10.1037/ort0000024>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Measuring community connectedness among diverse sexual minority populations. *The Journal of Sex Research*, 49(1), 36–49. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.565427>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Geiger, W., Harwood, J., & Hummert, M. L. (2006). College students' multiple stereotypes of lesbians: A cognitive perspective. *Journal of Homosexuality*, 51(3), 165–182. https://doi.org/10.1300/J082v51n03_08
- Giorgetta, C., Strappini, F., Capuozzo, A., Evangelista, E., Magno, A., Castelfranchi, C., & Mancini, F. (2023). Guilt, shame, and embarrassment: Similar or different emotions? A comparison between Italians and Americans. *Frontiers in Psychology*, 14, 1260396. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1260396>
- Gmelin, J.-O. H., De Vries, Y. A., Baams, L., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Borges, G., Bunting, B., Cardoso, Graca, Florescu, S., Gureje, O., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Mneimneh, Z., Navarro-Mateu, F., Posada-Villa, José, Rapsey, C., Slade, T., Stagnaro, J. C., ... Wojtyniak, B. (2022). Increased risks for mental disorders among LGB individuals: Cross-national evidence from the World Mental Health Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(11), 2319–2332. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02320-z>

- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350–363. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7>
- Gonzales, G., Przedworski, J., & Henning-Smith, C. (2016). Comparison of health and health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the United States: Results from the national health interview survey. *JAMA Internal Medicine*, 176(9), 1344. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.3432>
- Gonzalez, M., Connaughton-Espino, T., & Reese, B. M. (2023). “A little harder to find your place:” Latinx LGBTQ + youth and family belonging. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 35(3), 271–297. <https://doi.org/10.1080/10538720.2022.2058143>
- Haines, E. L., Deaux, K., & Lofaro, N. (2016). The times they are a-changing ... or are they not? A comparison of gender stereotypes, 1983–2014. *Psychology of Women Quarterly*, 40(3), 353–363. <https://doi.org/10.1177/0361684316634081>
- 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>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742–751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Hatzenbuehler, M. L., Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2018). Societal-level explanations for reductions in sexual orientation mental health disparities: Results from a ten-year, population-based study in Sweden. *Stigma and Health*, 3(1), 16–26. <https://doi.org/10.1037/sah0000066>
- Hatzenbuehler, M. L., Lattanner, M. R., McKetta, S., & Pachankis, J. E. (2024). Structural stigma and LGBTQ+ health: A narrative review of quantitative studies. *The Lancet Public Health*, 9(2), e109–e127. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00312-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00312-2)

- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science & Medicine*, 103, 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.017>
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452–459. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.168815>
- Hayfield, N. (2021). *Bisexual and pansexual identities: Exploring and challenging invisibility and invalidation*. Routledge, Taylor & Francis group.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467.
<https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Hequembourg, A. L., & Dearing, R. L. (2013). Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *Journal of Homosexuality*, 60(4), 615–638. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.760365>
- Herek, G., & Glunt, E. (1995). Identity and community among gay and bisexual men in the AIDS era: Preliminary findings from the Sacramento Men’s Health Study. In G. Herek & B. Greene, *AIDS, Identity, and Community: The HIV Epidemic and Lesbians and Gay Men* (S. 55–84). SAGE Publications, Inc.
<https://doi.org/10.4135/9781483326917.n4>
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 945–951. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.945>
- Herek, G. M., Norton, A. T., Allen, T. J., & Sims, C. L. (2010). Demographic, psychological, and social characteristics of self-identified lesbian, gay, and bisexual adults in a US

- probability sample. *Sexuality Research and Social Policy*, 7(3), 176–200.
<https://doi.org/10.1007/s13178-010-0017-y>
- Hiestand, K. R. (2010). *The role of butch identity in a model of self-esteem among sexual minority women* [Electronic Theses and Dissertations].
<https://digitalcommons.memphis.edu/etd/143>
- Hoch, L. L. (2025). *Does it get better? A systematic review with cross-temporal meta-analysis of internalized stigma in trans* individuals (2015-2022)* [Unpublished master's thesis]. University of Vienna.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
- Hofstede, G. H. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations* (2nd ed). Sage Publications.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Software of the mind: Intercultural cooperation and its importance for survival* (Revised and expanded third edition). McGraw-Hill.
- Hofstede, G., & Minkov, M. (2013). *VSM 2013. Values Survey Module 2013 Manual*.
<https://geerthofstede.com/research-and-vsm/vsm-2013/>
- Hoy-Ellis, C. P. (2023). Minority stress and mental health: A review of the literature. *Journal of Homosexuality*, 70(5), 806–830. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2004794>
- Huebner, D. M., Roche, K. M., & Rith, K. A. (2019). Effects of family demographics and the passage of time on parents' difficulty with their lesbian, gay, or bisexual youth's sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1581–1588.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-1430-9>
- ILGA World. (2025). *ILGA World Database*. <https://database.ilga.org/en>
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. The National Academies Press.

- Jaspal, R., Lopes, B., & Rehman, Z. (2021). A structural equation model for predicting depressive symptomatology in Black, Asian and minority ethnic gay, lesbian and bisexual people in the UK. *Psychology & Sexuality, 12*(3), 217–234.
<https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1690560>
- Kase, C. A., Chong, E. S. K., & Mohr, J. J. (2025). Culture, sexual orientation, and distress among LGBTQ Asian and Pacific islander individuals. *The Counseling Psychologist, 53*(1), 68–93. <https://doi.org/10.1177/00110000241305649>
- Kollareth, D., Fernandez-Dols, J.-M., & Russell, J. A. (2018). Shame as a culture-specific emotion concept. *Journal of Cognition and Culture, 18*(3–4), 274–292.
<https://doi.org/10.1163/15685373-12340031>
- Kteily, A. (2011). *A descriptive study of internalized homophobia in lesbians and its impact on the family: An ecological review* [Unpublished doctoral dissertation]. Texas Woman's University.
- Kumral, Ş. (2023). Globalization, crisis and right-wing populists in the Global South: The cases of India and Turkey. *Globalizations, 20*(5), 752–781.
<https://doi.org/10.1080/14747731.2021.2025294>
- Lattanner, M. R., McKetta, S., Pachankis, J. E., & Hatzenbuehler, M. L. (2024). State of the science of structural stigma and LGBTQ+ health: Meta-analytic evidence, research gaps, and future directions. *Annual Review of Public Health.*
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071723-013336>
- Layland, E. K., Carter, J. A., Perry, N. S., Cienfuegos-Szalay, J., Nelson, K. M., Bonner, C. P., & Rendina, H. J. (2020). A systematic review of stigma in sexual and gender minority health interventions. *Translational Behavioral Medicine, 10*(5), 1200–1210.
<https://doi.org/10.1093/tbm/ibz200>

- Leb, M. (2025). *Does it get better? : A systematic review with cross-temporal meta-analysis of internalized stigma in bisexual+ individuals*. [Unpublished master's thesis]. University of Vienna.
- LeBlanc, A. J., Frost, D. M., & Bowen, K. (2018). Legal marriage, unequal recognition, and mental health among same-sex couples. *Journal of Marriage and Family*, 80(2), 397–408. <https://doi.org/10.1111/jomf.12460>
- Legate, N., Weinstein, N., Ryan, W. S., DeHaan, C. R., & Ryan, R. M. (2019). Parental autonomy support predicts lower internalized homophobia and better psychological health indirectly through lower shame in lesbian, gay and bisexual adults. *Stigma and Health*, 4(4), 367–376. <https://doi.org/10.1037/sah0000150>
- Levitt, H. M., Puckett, J. A., Ippolito, M. R., & Horne, S. G. (2012). Sexual minority women's gender identity and expression: Challenges and supports. *Journal of Lesbian Studies*, 16(2), 153–176. <https://doi.org/10.1080/10894160.2011.605009>
- Lewis, R. J., Kholodkov, T., & Derlega, V. J. (2012). Still stressful after all these years: A review of lesbians' and bisexual women's minority stress. *Journal of Lesbian Studies*, 16(1), 30–44. <https://doi.org/10.1080/10894160.2011.557641>
- Liang, Z., & Huang, Y.-T. (2022). “Strong together”: Minority stress, internalized homophobia, relationship satisfaction, and depressive symptoms among Taiwanese young gay men. *The Journal of Sex Research*, 59(5), 621–631. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1947954>
- 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>
- Lin, C.-Y., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H., Tsai, C.-S., & Yen, C.-F. (2022). Relationships of familial sexual stigma and family support with internalized homonegativity among lesbian, gay and bisexual individuals: The mediating effect of self-identity disturbance

- and moderating effect of gender. *BMC Public Health*, 22(1), 1465.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13815-4>
- Lottes, I. L., & Denise, E. J. (2010). Conceptualization and assessment of homonegativity. *International Journal of Sexual Health*, 22(4), 219–233.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2010.489358>
- Lu, X., Chen, H., Bai, D., Chen, X., Ji, W., Gao, H., Yuan, Y., Hou, C., & Gao, J. (2025). Worldwide changes in self-stigma among people with mental illness from 2005 to 2023: A cross-temporal meta-analysis and systematic review. *International Psychogeriatrics*, 100106. <https://doi.org/10.1016/j.inpsyc.2025.100106>
- Mallory, C., & Sears, B. (2020). LGBT discrimination, subnational public policy, and law in the United States. In C. Mallory & B. Sears, *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1200>
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D’Augelli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 115–123.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.005>
- Masa, R., Shangani, S., & Operario, D. (2021). Socioeconomic status and psychosocial resources mediate racial/ethnic differences in psychological health among gay and bisexual men: A longitudinal analysis using structural equation modeling. *American Journal of Men’s Health*, 15(2), 15579883211001197.
<https://doi.org/10.1177/15579883211001197>
- Mayfield, W. (2001). The development of an internalized homonegativity inventory for gay men. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 53–76. https://doi.org/10.1300/J082v41n02_04

- McCole, A. R., & Anderson, J. R. (2025). “Not queer enough”: A systematic review of the literature exploring experiences of Bi-Erasure. *Journal of Bisexuality*, 1–77.
<https://doi.org/10.1080/15299716.2025.2498333>
- McInroy, L. B. (2016). Pitfalls, potentials, and ethics of online survey research: LGBTQ and other marginalized and hard-to-access youths. *Social Work Research*, 40(2), 83–94.
<https://doi.org/10.1093/swr/svw005>
- Mereish, E. H., & Poteat, V. P. (2015). A relational model of sexual minority mental and physical health: The negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 425–437.
<https://doi.org/10.1037/cou0000088>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 14(1), 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- 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., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. *Psychological perspectives on lesbian and gay issues*, (4), 160–186.
- Meyer, I. H., Russell, S. T., Hammack, P. L., Frost, D. M., & Wilson, B. D. M. (2021). Minority stress, distress, and suicide attempts in three cohorts of sexual minority adults: A U.S. probability sample. *PLOS ONE*, 16(3), e0246827.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246827>

- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2018). Reconsidering the differences between shame and guilt. *Europe's Journal of Psychology*, 14(3), 710–733.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v14i3.1564>
- Mijas, M., Grabski, B., Blukacz, M., & Davies, D. (2021). Sexual health studies in gay and lesbian people: A critical review of the literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(6), 1012–1023. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.02.013>
- Milner, H. V. (2021). Voting for populism in europe: Globalization, technological change, and the extreme right. *Comparative Political Studies*, 54(13), 2286–2320.
<https://doi.org/10.1177/0010414021997175>
- Mink, M. D., Lindley, L. L., & Weinstein, A. A. (2014). Stress, stigma, and sexual minority status: The intersectional ecology model of LGBTQ health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(4), 502–521. <https://doi.org/10.1080/10538720.2014.953660>
- Molina, Y., Lehavot, K., Beadnell, B., & Simoni, J. (2014). Racial disparities in health behaviors and conditions among lesbian and bisexual women: The role of internalized stigma. *LGBT Health*, 1(2), 131–139. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0007>
- Muller, A., & Hughes, T. L. (2016). Making the invisible visible: A systematic review of sexual minority women's health in Southern Africa. *BMC Public Health*, 16(1), 307.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2980-6>
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions toward lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and genderqueer people: A review of the literature. *The Journal of Sex Research*, 53(4–5), 488–508.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>
- Negy, C., & Eisenman, R. (2005). A comparison of African American and white college students' affective and attitudinal reactions to lesbian, gay, and bisexual individuals: An exploratory study. *Journal of Sex Research*, 42(4), 291–298.
<https://doi.org/10.1080/00224490509552284>

- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1019–1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>
- Nguyen, J., Anderson, J., & Pepping, C. A. (2024). A systematic review and research agenda of internalized sexual stigma in sexual minority individuals: Evidence from longitudinal and intervention studies. *Clinical Psychology Review, 108*, 102376. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102376>
- Nicholson, A. A., Siegel, M., Fani, N., Villeneuve, A. H., Hosseini-Kamkar, N., Narikuzhy, S., Pichtikova, M., Hatchard, T., Northoff, G., Lanius, R. A., & Eckstrand, K. L. (2025). *Violence of the self: Exploring the intersection of trauma and identity among sexual and gender minorities [Manuscript in preperation]*. Department of Clinical Child and Adolescent Psychology, University of Vienna.
- Nicholson, A. A., Siegel, M., Wolf, J., Narikuzhy, S., Roth, S. L., Hatchard, T., Lanius, R. A., Schneider, M., Lloyd, C. S., McKinnon, M. C., Heber, A., Smith, P., & Lueger-Schuster, B. (2022). A systematic review of the neural correlates of sexual minority stress: Towards an intersectional minority mosaic framework with implications for a future research agenda. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(1), 2002572. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2002572>
- N.K., S. D., & Nitali, K. (2024). Unearthing gender and sexual identity through intersectionality: A critical study of *We Have Always Been Here: A Queer Muslim Memoir*. *Journal of Migration Affairs, 6*(1 & 2), 38–56. <https://doi.org/10.36931/jma.2024.6.1-2.38-56>
- Nosti, K. T. (2010). *Experiences of gay women across generations: Have times really changed?* [Unpublished doctoral dissertation]. Philadelphia College of Osteopathic Medicine.

- Öztürk, P., & Kındap, Y. (2011). Lezbiyenlerde içselleştirilmiş homofobi ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 14(28), 24–35.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Bränström, R., Schmidt, A. J., Berg, R. C., Jonas, K., Pitoňák, M., Baros, S., & Weatherburn, P. (2021). Structural stigma and sexual minority men's depression and suicidality: A multilevel examination of mechanisms and mobility across 48 countries. *Journal of Abnormal Psychology*, 130(7), 713–726. <https://doi.org/10.1037/abn0000693>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Klein, D. N., & Bränström, R. (2024). The role of shame in the sexual-orientation disparity in mental health: A prospective population-based study of multimodal emotional reactions to stigma. *Clinical Psychological Science*, 12(3), 486–504. <https://doi.org/10.1177/21677026231177714>
- Pachankis, J. E., & Jackson, S. D. (2023). A developmental model of the sexual minority closet: Structural sensitization, psychological adaptations, and post-closet growth. *Archives of Sexual Behavior*, 52(5), 1869–1895. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02381-w>
- 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>
- Page, M. J., Altman, D. G., Shamseer, L., McKenzie, J. E., Ahmadzai, N., Wolfe, D., Yazdi, F., Catalá-López, F., Tricco, A. C., & Moher, D. (2018). Reproducible research practices are underused in systematic reviews of biomedical interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 94, 8–18. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.10.017>
- Paul, R., Smith, N. G., Mohr, J. J., & Ross, L. E. (2014). Measuring dimensions of bisexual identity: Initial development of the Bisexual Identity Inventory. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 452–460. <https://doi.org/10.1037/sgd0000069>

- Pietschnig, J., & Gittler, G. (2015). A reversal of the Flynn effect for spatial perception in German-speaking countries: Evidence from a cross-temporal IRT-based meta-analysis (1977–2014). *Intelligence*, 53, 145–153. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2015.10.004>
- Pinna, F., Paribello, P., Somaini, G., Corona, A., Ventriglio, A., Corrias, C., Frau, I., Murgia, R., El Kacemi, S., Galeazzi, G. M., Mirandola, M., Amaddeo, F., Crapanzano, A., Converti, M., Piras, P., Suprani, F., Manchia, M., Fiorillo, A., Carpiniello, B., & The Italian Working Group on LGBTQI Mental Health. (2022). Mental health in transgender individuals: A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 34(3–4), 292–359. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2093629>
- Pugh, S. (2019). Politics, power, and sexual and reproductive health and rights: Impacts and opportunities. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2), 1–5. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1662616>
- Pustejovsky, J. E., & Tipton, E. (2022). Meta-analysis with robust variance estimation: Expanding the range of working models. *Prevention Science*, 23(3), 425–438. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01246-3>
- Renn, K. A. (2010). LGBT and queer research in higher education: The state and status of the field. *Educational Researcher*, 39(2), 132–141. <https://doi.org/10.3102/0013189X10362579>
- Rich, A. J., Salway, T., Scheim, A., & Poteat, T. (2020). Sexual minority stress theory: Remembering and honoring the work of Virginia Brooks. *LGBT Health*, 7(3), 124–127. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0223>
- Rivas-Koehl, M., Rivas-Koehl, D., & McNeil Smith, S. (2023). The temporal intersectional minority stress model: Reimagining minority stress theory. *Journal of Family Theory & Review*, 15(4), 706–726. <https://doi.org/10.1111/jftr.12529>

- Rosenthal, L. (2016). Incorporating intersectionality into psychology: An opportunity to promote social justice and equity. *American Psychologist*, 71(6), 474–485.
<https://doi.org/10.1037/a0040323>
- Ruberg, B., & Ruelos, S. (2020). Data for queer lives: How LGBTQ gender and sexuality identities challenge norms of demographics. *Big Data & Society*, 7(1), 205395172093328. <https://doi.org/10.1177/2053951720933286>
- Rubino, C., Case, R., & Anderson, A. (2018). Internalized homophobia and depression in lesbian women: The protective role of pride. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 30(3), 244–260. <https://doi.org/10.1080/10538720.2018.1470419>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Sarpal, R., & Yee Lim, E. F. (2023). The influence of regional background and inclusivity of pride events to the mental wellbeing of LGBTQ+ people. *Journal of Business and Social Sciences*, 2023(1). <https://doi.org/10.61453/jobss.v2023no02>
- Sattler, F. A., & Lemke, R. (2019). Testing the cross-cultural robustness of the minority stress model in gay and bisexual men. *Journal of Homosexuality*, 66(2), 189–208.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1400310>
- Savani, K., Morris, M. W., & Naidu, N. V. R. (2012). Deference in Indians' decision making: Introjected goals or injunctive norms? *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(4), 685–699. <https://doi.org/10.1037/a0026415>
- Shangani, S., Gamarel, K. E., Ogunbajo, A., Cai, J., & Operario, D. (2020). Intersectional minority stress disparities among sexual minority adults in the USA: The role of race/ethnicity and socioeconomic status. *Culture, Health & Sexuality*, 22(4), 398–412.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1604994>

- Sherry, A. (2007). Internalized homophobia and adult attachment: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 219–225.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.219>
- Siegel, M., Casalino, S., Todde, I., & the Eurocentralasian Lesbian* Community. (2022). The eurocentralasian lesbian* community perspective on cancer and LBQ women: Advocating for more research and activism collaboration. In U. Boehmer & G. Dennert (Hrsg.), *LGBT Populations and Cancer in the Global Context* (S. 149–163). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-06585-9_9
- Siegel, M., Eder, J. S. N., Wicherts, J. M., & Pietschnig, J. (2022). Times are changing, bias isn't: A meta-meta-analysis on publication bias detection practices, prevalence rates, and predictors in industrial/organizational psychology. *Journal of Applied Psychology*, 107(11), 2013–2039. <https://doi.org/10.1037/apl0000991>
- Siegel, M., Maurus, R., Riedel, J., Tran, U. S., Steyrl, D., Nicholson, A. A., Hackl-Lehner, J., Hoch, L. L., Leb, M., Peyret, J., Schürz, L. S., & Zemp, M. (2025). *A cross-temporal meta-analytic systematic review on internalized stigma in LGBTQ+ populations and its associations with structural stigma*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/YUHP8>
- Singh, A. A., Chung, Y. B., & Dean, J. K. (2006). Acculturation level and internalized homophobia of Asian American lesbian and bisexual women: An exploratory analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 1(2), 3–19.
https://doi.org/10.1300/J462v01n02_02
- Smith, T. W., Son, J., & Kim, J. (2014). Public attitudes towards homosexuality and gay rights across time and countries. *The Williams Institute*.
<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/public-attitudes-intl-gay-rights/>
- Song, H. (2025). Structural stigma and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults: Policy protection and cultural acceptance. *Social Science & Medicine*, 373, 117985.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117985>

- Steffens, M. C. (2005). Implicit and explicit attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality*, 49(2), 39–66. https://doi.org/10.1300/J082v49n02_03
- Sun, S., Hoyt, W. T., Tarantino, N., Pachankis, J. E., Whiteley, L., Operario, D., & Brown, L. K. (2021). Cultural context matters: Testing the minority stress model among Chinese sexual minority men. *Journal of Counseling Psychology*, 68(5), 526–537. <https://doi.org/10.1037/cou0000535>
- Surbhi, A. (2023). Culture as a critical aspect of gender identity. *International Journal of Creative Research Thoughts*, 11(6). <https://doi.org/10.56975/ijcrt.v11i6.239867>
- Szymanski, D. M. (2005). Heterosexism and sexism as correlates of psychological distress in lesbians. *Journal of Counseling & Development*, 83(3), 355–360. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00355.x>
- Szymanski, D. M., & Chung, Y. B. (2001). The Lesbian Internalized Homophobia Scale: A rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 37–52. https://doi.org/10.1300/J082v41n02_03
- Szymanski, D. M., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008). Internalized heterosexism: A historical and theoretical overview. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 510–524. <https://doi.org/10.1177/0011000007309488>
- Szymanski, D. M., & Meyer, D. (2008). Racism and heterosexism as correlates of psychological distress in african american sexual minority women. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 2(2), 94–108. <https://doi.org/10.1080/15538600802125423>
- Tan, K. J., & Anderson, J. R. (2024). Internalized sexual stigma and mental health outcomes for gay, lesbian, and bisexual Asian Americans: The moderating role of guilt and shame. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 384. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040384>

- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 321–344. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0504_3
- Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 145–154. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.005>
- Ummak, E., Toplu-Demirtaş, E., & Jessen, R. S. (2022). Untangling the relationship between internalized heterosexism and psychological intimate partner violence perpetration: A comparative study of lesbians and bisexual women in Turkey and Denmark*. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15–16), NP14337–NP14367. <https://doi.org/10.1177/08862605211004108>
- Utlar, A. (2020). Kultur, Kulturdimensionen und Kulturstandards. In T. Ringeisen, P. Genkova, & F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur* (S. 1–17). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27825-0_3-1
- Van der Star, A., Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Lifecourse-varying structural stigma, minority stress reactions and mental health among sexual minority male migrants. *European Journal of Public Health*, 31(4), 803–808. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab032>
- Velez, B. L., Kim, S. Y., Cox, R., Manosalvas, K., & Daheim, J. (2023). A test of the integrative mediation model of minority stress with sexual minority adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 10(1), 56–69. <https://doi.org/10.1037/sgd0000498>

- Wan, X., Wang, W., Liu, J., & Tong, T. (2014). Estimating the sample mean and standard deviation from the sample size, median, range and/or interquartile range. *BMC Medical Research Methodology*, *14*(1), 135. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-135>
- Wang, Z., Doyle, D. M., Zhang, Z., Mohsin, F. Z., & Barreto, M. (2025). Structural stigma: A systematic review of existing measures. *Stigma and Health*.
<https://doi.org/10.1037/sah0000671>
- Watts, K. J., Wagaman, M. A., Eaton, A. D., Leung, V. W. Y., & Craig, S. L. (2025). Examining the role of peer and family belongingness in the mental health of Black LGBTQ + youth. *Child & Youth Services*, *46*(1), 153–172.
<https://doi.org/10.1080/0145935X.2023.2261364>
- Williams, D. Y., Hall, W. J., Dawes, H. C., Srivastava, A., Radtke, S. R., Ramon, M., Bouchard, D., Chen, W.-T., & Goldbach, J. T. (2023). Relationships between internalized stigma and depression and suicide risk among queer youth in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1205581.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1205581>
- Wittgens, C., Fischer, M. M., Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K., & Trautmann, S. (2022). Mental health in people with minority sexual orientations: A meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *145*(4), 357–372.
<https://doi.org/10.1111/acps.13405>

Anhänge

Abstract Deutsch

Lesbische und bisexuelle (LB+) Frauen weisen ein höheres Risiko für psychische Störungen auf als heterosexuelle Personen. Eine zentrale Erklärung hierfür bildet gesellschaftliche Stigmatisierung, die mit erhöhtem sozialem Stress und negativen gesundheitlichen Folgen einhergeht. Negative gesellschaftliche Einstellungen gegenüber der eigenen Sexualität können zudem verinnerlicht werden und äußern sich als internalisiertes Stigma, welches ebenfalls mit Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit assoziiert ist. Unklar ist bislang, inwiefern sich internalisiertes Stigma über die Zeit sowie in Zusammenhang mit strukturellen Veränderungen und kulturellen Dimensionen auf Länderebene bei LB+ Frauen verändert. Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es daher, den Zusammenhang (i) zeitlicher, (ii) struktureller (i.e., strukturelles Stigma) und (iii) kultureller Faktoren (Individualismus versus Kollektivismus) mit internalisiertem Stigma bei LB+ Frauen im Rahmen eines systematischen Reviews mit crosstemporaler Metaanalyse zu untersuchen.

Diesbezüglich wurden Studien eingeschlossen, die internalisiertes Stigma bei LB+ Frauen mithilfe der *Lesbian Internalized Homophobia Scale* (Szymanski & Chung, 2001) erfassten. Eine Vorwärtssuche der Zitationen dieser Skala in vier Datenbanken (*Citationchaser*, *Google Scholar*, *Scopus*, *Web of Science*) identifizierte 59 Studien mit über 15 000 Teilnehmer:innen und insgesamt 220 Effektstärken. Strukturelles Stigma wurde anhand eines Summenscores der ILGA World Database (ILGA World, 2025) und kulturelle Unterschiede anhand des Individualismus Index nach Hofstede et al. (2010) operationalisiert. Für jede Forschungsfrage wurden ein nicht-adjustiertes und ein adjustiertes Modell berechnet.

Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Veränderungen des internalisierten Stigmas bei LB+ Frauen im untersuchten Zeitraum von 1999 bis 2022 in Zusammenhang mit zeitlichen, strukturellen oder kulturellen Aspekten. Zukünftige Forschung sollte präzisere Operationalisierung des strukturellen Stigmas, zusätzliche relevante Kovariaten sowie diversere, insbesondere nicht-westliche Stichproben berücksichtigen.

Abstract Englisch

Lesbian and bisexual (LB+) women are at higher risk for mental health disorders than heterosexual individuals. A central explanation for this elevated risk is societal stigma, which is associated with increased social stress and negative health outcomes. Negative societal attitudes toward one's sexual orientation can also be internalized, manifesting as internalized stigma, which is likewise linked to impaired mental health. However, it remains unclear how internalized stigma has changed over time and in relation to structural changes and cultural dimensions at the country level among LB+ women. This master's thesis examined the association of (i) temporal, (ii) structural (i.e., structural stigma), and (iii) cultural factors (individualism versus collectivism) with internalized stigma among LB+ women through a systematic review with crosstemporal meta-analysis.

Studies were included if they assessed internalized stigma in LB+ women using the *Lesbian Internalized Homophobia Scale* (Szymanski & Chung, 2001). A forward citation search in four databases (*Citationchaser*, *Google Scholar*, *Scopus*, *Web of Science*) identified 59 studies with over 15,000 participants and 220 effect sizes. Structural stigma was operationalized via a total score from the ILGA World Database (ILGA World, 2025), and cultural differences were measured using the individualism index of Hofstede et al. (2010). Unadjusted and adjusted models were calculated for each research question.

Results show no significant changes in internalized stigma among LB+ women from 1999 to 2022 in relation to temporal, structural, or cultural factors. Future research should employ more precise operationalization of structural stigma, include additional relevant covariates, and involve more diverse, particularly non-Western, samples.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe	37
Tabelle 2: Ergebnisse Hypothese 1a	38
Tabelle 3: Ergebnisse Hypothese 1b	40
Tabelle 4: Ergebnisse Hypothese 2a	42
Tabelle 5: Ergebnisse Hypothese 2b	44
Tabelle 6: Ergebnisse Hypothese 3a	46
Tabelle 7: Ergebnisse Hypothese 3b	47
Appendix A: Kodierkriterien.....	93
Appendix B: Übersichtstabelle Studien- & Effektstärkeninformationen.....	96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflüsse auf IS bei LB+ Frauen	14
Abbildung 2: PRISMA Flow Chart	36
Abbildung 3: Zeitlicher Verlauf von IS bei LB+ Frauen.....	39
Abbildung 4: Zusammenhang von IS bei LB+ Frauen und strukturellem Stigma	43
Abbildung 5: Zusammenhang der Kulturdimensionsausprägung mit IS bei LB+ Frauen	46

Appendix A: Kodierkriterien

Appendix A

Kodierkriterien

Item	Inhalt
Primärinformation: Publikation	
Publikations-ID	Eindeutige ID der Publikation
Vollständige Literaturangabe	Vollständige Referenz der Publikation (APA-7)
In-Text Zitierung	In-Text Zitierung der Publikation (APA-7)
Status der Veröffentlichung	Publiziert Unpubliziert
Art der Veröffentlichung	Journalartikel Buchkapitel Dissertation Preprint Research Report Andere Art der Veröffentlichung
Jahr der Veröffentlichung	Jahr der Veröffentlichung (laut Referenz)
Primärinformation: Studie	
Studien-ID	Eindeutige ID der Studie (definiert als eindeutiger Datenerhebungswand)
Land der Datenerhebung	Country/countries of data collection (ISO-2)
Bundesstaat der Datenerhebung	Bundesstaat der Datenerhebung (nur USA); Kodierung "gemischt", wenn mehr als einer
Erhebungsmethode	Freitext, z. B. Online-Umfrage; Papier-Bleistift-Fragebogen
Jahr der Datenerhebung	Jahr der Datenerhebung <i>Imputation mit Publikationsjahr - 1 für unveröffentlichte Datensätze - 2 für veröffentlichte Datensätze</i>
Jahr der Datenerhebung errechnet	Ja Nein
Studiendesign	Originale Datenerhebung Sekundäranalyse von originaler Datenerhebung
Studienname	Wenn verfügbar: Name der Studie
Erhebungswelle	Wenn verfügbar: Nummer der Erhebungswelle
Primärinformation: Stichprobe/Effektstärken*	
Gesamtstichprobengröße (N)	Numerisch
Bildungsstand	% gewisse Hochschulausbildung
Alter	<i>M, SD</i>

Item	Inhalt
Genderverteilung	% cis Frauen % cis Männer
Abgeleiteter Cisgender-Status	Ja
Kodieren ja, wenn nicht explizit angegeben wird, dass cis Männer oder cis Frauen befragt wurden (z. B. "eine Stichprobe von schwulen Männern")	Nein % TNB Überbegriff (Kodieren, wenn keine weitere Stratifikation für trans Männer, trans Frauen, nicht-binär) % trans Männer % trans Frauen % nicht-binär
Verteilung der sexuellen Orientierung	% monosexuell (gleichgeschlechtliche Attraktion; z. B. lesbisch/schwul) % plurisexuell % andere sexuelle Orientierung
Ethnische Zugehörigkeit	% ethnische Minderheit
Klinischer Status (psychische Gesundheit)	% Diagnose der mentalen Gesundheit oder in einem mit der psychischen Gesundheit verbundenen klinischen Umfeld
Subskala/Gesamtscore	• CLC: Verbindung mit der lesbischen Community • PIL: Öffentliche Identifikation als lesbische Person • PFL: Persönliche Gefühle über die Identität als lesbische Person • MRATL: Moralische und religiöse Einstellungen gegenüber lesbischen Personen • ATOL: Einstellungen gegenüber anderen lesbischen Personen • Gesamtscore
Ankerpunkte der Skala (min, max)	Anfangs- und Endpunkt der Skala (z. B. 0-6, 1-7) für Mittelwerte; Anfangs- und Endpunkt der Skalen multipliziert mit der Anzahl der Items für Summenwerte (z. B. 7-49 für eine Skala von 1-7 und 7 Items)
Anzahl an Punkten der Skala	Anzahl der Skalenpunkte, z. B. 7 für eine Skala von 0-6
Richtung der Skala	a) höhere Punktzahlen spiegeln höheres internalisiertes Stigma (IS) wider b) höhere Punktzahlen spiegeln niedrigeres internalisiertes Stigma (IS) wider
<i>M</i>	Stichprobenmittelwert der (Sub-)Skala
<i>SD</i>	Stichprobenstandardabweichung der (Sub-)Skala
Effektstärke der Stichprobe (<i>n</i>)	Stichprobengröße für <i>M</i> und <i>SD</i>

Item	Inhalt
<i>Md</i>	Median (nur kodieren, wenn <i>M</i> und <i>SD</i> nicht berichtet werden)
<i>IQR</i> (min, max)	Interquartilsabstand (nur kodieren, wenn <i>M</i> und <i>SD</i> nicht berichtet werden)
Range (min, max)	Range (nur kodieren, wenn <i>M</i> und <i>SD</i> nicht berichtet werden)
Reliabilitätskoeffizient	Reliabilitätskoeffizient für Subskala
Art des Reliabilitätskoeffizienten	z. B. "Cronbach's Alpha"
Lokation	Seite oder Tabelle, auf der die Effektgröße angegeben wurde (Tabelle gegenüber Seite bevorzugen)
Externe Daten	
Hofstede Individualismus Index	Numerisch (zwischen 0 & 100)
Kulturelle Dimension	Individualismus Kollektivismus
Strukturelles Stigma	Numerisch (zwischen 0 & 100)

Anmerkung: * = Die Angaben zur Stichprobe/Effektstärken werden auf der Ebene der Effektgröße kodiert (mit Ausnahme der Gesamtstichprobengröße und des Bildungsstandes).

Appendix B: Übersichtstabelle Studien- & Effektstärkeninformationen

Appendix B

Übersichtstabelle Studien- & Effektstärkeninformationen

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Amadio & Chung (2004)	2002	71.67	91	US	2.21	0.73	102	.93	31.66	19.00	0.00	Gesamt- score	0
Amadio (2006)	2004	73.33	91	US	1.98	0.69	151	.92	36.90	1.00	0.00	Gesamt- score	0
Austin (2013)	2011	63.33	91	US	19.80	6.00	625	.81	41.80	0.00	0.00	Kurz- form	0
Austin (2013)	2011	63.33	91	US	20.00	6.10	309	.81	41.40	0.00	0.00	Kurz- form	0
Balik & Bilgin (2021)	2016.5	92.86	37	TR	2.72	0.87	149	.92	25.00	0.00	0.00	Gesamt- score	1
Balik & Bilgin (2021)	2016.5	92.86	37	TR	2.76	1.06	149	.92	25.00	0.00	0.00	CLC	1
Balik & Bilgin (2021)	2016.5	92.86	37	TR	3.32	1.22	149	.92	25.00	0.00	0.00	PIL Unvoll- ständiger Gesamt- score	1
Balik & Bilgin (2021)	2016.5	92.86	37	TR	2.05	1.00	149	.92	25.00	0.00	0.00	Gesamt- score	1
Balik & Bilgin (2021)	2016.5	92.86	37	TR	2.67	0.87	149	.92	25.00	0.00	0.00	ATOL	1

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Balsam & Szymanski (2005)	2007	73.33	91	US	1.80	0.60	272	.89	34.75	22.40	0.00	Gesamt- score	0
Barragan (2015)	2014	52.76	91	US	2.02	0.77	226	.82	33.80	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Bayer (2014)	2012	63.14	91	US	2.00	0.82	72	--	35.00	47.80	0.00	Kurz- form	0
Bayer et al. (2017)	2015	42.37	91	US	2.00	0.82	72	.79	35.00	47.83	0.00	PFL	0
Boita (2006)	2005	73.33	91	US	1.71	0.50	232	.92	37.90	13.80	0.40	Gesamt- score	0
Brittain et al. (2013)	2011	63.33	91	US	35.80*	18.90	473	.91	39.70	0.00	0.00	PIL	0
Brittain et al. (2013)	2011	63.33	91	US	35.80*	14.40	473	.91	39.70	0.00	0.00	CLC	0
Brittain et al. (2013)	2011	63.33	91	US	36.40*	19.70	374	.86	41.40	0.00	0.00	PIL	0
Brittain et al. (2013)	2011	63.33	91	US	37.70*	15.20	374	.86	41.40	0.00	0.00	CLC	0
Byers (2006)	2005	73.33	91	US	14.08	2.07	61	.63	41.54	0.00	0.00	MRATL	0
Byers (2006)	2005	73.33	91	US	33.90	17.13	61	.91	41.54	0.00	0.00	PIL	0
Byers (2006)	2005	73.33	91	US	28.88	13.54	61	.90	41.54	0.00	0.00	CLC	0
Byers (2006)	2005	73.33	91	US	14.48	7.52	61	.82	41.54	0.00	0.00	ATOL	0
Byers (2006)	2005	73.33	91	US	11.72	5.13	61	.80	41.54	0.00	0.00	PFL	0
Carry (2010)	2009	63.33	91	US	1.96*	0.57	125	.87	30.00	37.00	0.00	Gesamt- score	0
Carry (2010)	2009	63.33	91	US	1.62*	0.76	125	.87	30.00	37.00	0.00	MRATL	0
Carry (2010)	2009	63.33	91	US	1.64*	0.71	125	.87	30.00	37.00	0.00	PFL	0
Carry (2010)	2009	63.33	91	US	1.86*	0.66	125	.87	30.00	37.00	0.00	ATOL	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Carry (2010)	2009	63.33	91	US	2.27*	0.82	125	.87	30.00	37.00	0.00	CLC	0
Carry (2010)	2009	63.33	91	US	2.42*	0.95	125	.87	30.00	37.00	0.00	PIL	0
Ceroni (2019)	2018	40.45	91	US	107.68	35.82	209	.92	28.46	4.00	3.80	Gesamt- score	0
Cheng (2021)	2014	--	17	TW	20.40	5.80	50	--	26.90	0.00	0.00	ATOL	1
Chopp (2011)	2010	63.33	91	US	66.00	15.30	46	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Clayman (2004)	2003	73.33	91	US	2.01	0.68	679	.93	35.00	21.40	0.00	Gesamt- score	0
Cogger et al. (2012)	2010	63.33	91	US	2.08	0.67	14	.61	31.80	29.00	0.00	Gesamt- score	0
Cohen & Byers (2015)	2006		85.5	US & CA	75.20	27.10 29.35	596	.92	34.50	31.00	0.00	Kurz- form	0
Eacott (2003)	2002	71.67	91	US	111.20	** 11.29	84	--	42.00	5.00	0.00	Gesamt- score	0
Eacott (2003)	2002	71.67	91	US	34.71	** 14.37	84	--	42.00	5.00	0.00	CLC	0
Eacott (2003)	2002	71.67	91	US	38.61	** 5.75*	84	--	42.00	5.00	0.00	PIL	0
Eacott (2003)	2002	71.67	91	US	11.65	* 3.28*	84	--	42.00	5.00	0.00	PFL	0
Eacott (2003)	2002	71.67	91	US	9.95	* 5.34*	84	--	42.00	5.00	0.00	MRATL	0
Eacott (2003)	2002	71.67 100.0	91	US	16.30	* 100.0	84	--	42.00	5.00	0.00	ATOL	0
Fang et al. (2025)	2022	0	20	CN	1.98	0.88	96	.73	35.52	25.00	0.00	PFL	1
Fedele et al. (2022)	2020.5	18.41	80	CA	2.47	0.61	209	.84	33.90	36.80	27.80	CLC	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Fedele et al. (2022)	2020.5	18.41	80	CA	1.60	0.69	209	.84	33.90	36.80	27.80	PFL	0
Fedele et al. (2022)	2020.5	18.41	80	CA	1.56	0.59	209	.84	33.90	36.80	27.80	ATOL	0
Fisher (2012)	2011	63.33	91	US	1.66*	0.74	201	.83	32.43	0.00	0.00	PFL	0
Gold et al. (2009)	2007	73.33	91	US	1.87	0.77	27	.93	--	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Gold et al. (2009)	2007	73.33	91	US	1.90	0.68	27	.93	--	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Gold et al. (2009)	2007	73.33	91	US	2.54	0.83	18	.93	--	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Gold et al. (2009)	2007	73.33	91	US	2.02	0.79	72	.93	33.47	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Gold et al. (2011)	2009	63.33	91	US	2.16	0.88	44	.93	33.56	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Gold et al. (2011)	2009	63.33	91	US	1.91	0.71	78	.93	33.56	0.00	0.00	Gesamt- score Unvoll- ständiger	0
Golding (2010)	2009	63.33	91	US	1.77	0.72	722	.64	37.63	26.56	1.90	Gesamt- score	0
Haines et al. (2008)	2006	73.33	91	-- (US)	1.83	0.66	150	.93	35.12	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Harris et al. (2008)	2006	73.33	91	US	109.00	28.84	54	.87	42.29	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.80	0.40	55	--	37.10	7.00	0.00	Gesamt- score	1

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	2.10	0.60	55	--	37.10	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.80	0.60	55	--	37.10	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.50	0.40	55	--	37.10	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.40	0.50	55	--	37.10	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	2.00	0.80	55	--	37.10	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.90	0.40	50	--	39.00	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	2.10	0.70	50	--	39.00	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	2.00	0.70	50	--	39.00	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.60	0.60	50	--	39.00	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.30	0.40	50	--	39.00	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	2.20	0.80	50	--	39.00	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.90	0.40	105	--	--	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	2.10	0.70	105	--	--	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.90	0.60	105	--	--	7.00	0.00	Gesamt- score	1

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.60	0.50	105	--	--	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	1.40	0.50	105	--	--	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hermann-Green & Gehring (2007)	2004.5	79.02	67	DE	2.10	0.80	105	--	--	7.00	0.00	Gesamt- score	1
Hiestand (2010)	2009	--	85.5	US & CA	13.08	6.73	191	.86	33.22	9.40	18.80	PFL	0
Hiestand (2010)	2009	--	85.5	CA	15.30	7.20	191	.83	33.22	9.40	18.80	ATOL	0
Horne et al. (2017)	2015	100.0 0	39	RU	3.40	0.61	74	.74	32.12	0.00	0.00	CLC	1
Horne et al. (2017)	2015	100.0 0	39	RU	4.20	0.42	74	.74	32.12	0.00	0.00	PIL	1
Horne et al. (2017)	2015	100.0 0	39	RU	4.50	0.5	74	.74	32.12	0.00	0.00	PFL	1
Horne et al. (2017)	2015	100.0 0	39	RU	3.00	0.55	74	.74	32.12	0.00	0.00	MRATL	1
Horne et al. (2017)	2015	100.0 0	39	RU	4.10	0.65	74	.74	32.12	0.00	0.00	ATOL	1
Irwin & Austin (2013)	2007.5	73.33	91	US	19.70	5.80	1004	.79	--	0.00	0.00	Kurz- form	0
Irwin (2009)	2007.5	73.33	91	US	19.95	6.19	1077	.80	41.59	0.00	0.00	Kurz- form	0
Keleher et al. (2010)	2008	73.33	91	US	5.16*	1.50	163	.84	30.00	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	39.79	11.90	19	--	29.60	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	32.11	12.90	19	--	29.60	0.00	0.00	PIL	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	11.95	6.50	19	--	29.60	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	10.32	3.33	19	--	29.60	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	18.84	8.67	19	--	29.60	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	31.48	8.60	23	--	39.50	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	37.39	15.61	23	--	39.50	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	10.61	2.66	23	--	39.50	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	9.83	3.65	23	--	39.50	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	16.13	7.28	23	--	39.50	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	25.65	12.18	17	--	49.50	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	33.00	10.67	17	--	49.50	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	12.24	4.55	17	--	49.50	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	8.76	2.19	17	--	49.50	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	15.29	5.11	17	--	49.50	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	32.33	17.01	6	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	34.33	15.93	6	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	13.00	5.29	6	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	11.33	2.42	6	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	16.67	5.16	6	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	36.18	11.37	22	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	38.95	17.77	22	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	13.77	8.40	22	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	10.86	4.51	22	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	17.95	7.98	22	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	31.00	15.13	3	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	30.00	6.56	3	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	9.00	1.73	3	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	9.67	4.62	3	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	25.67	13.32	3	--	--	0.00	0.00	ATOL	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	29.44	9.84	16	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	36.19	15.38	16	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	11.19	2.64	16	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	9.19	3.69	16	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	14.63	7.20	16	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	29.00	10.34	15	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	31.87	10.18	15	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	10.33	3.46	15	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	9.53	3.29	15	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	16.73	4.91	15	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	41.00	0.00	1	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	18.00	0.00	1	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	8.00	0.00	1	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	7.00	0.00	1	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	8.00	0.00	1	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	43.50	16.26	2	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	44.00	15.56	2	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	18.00	7.070	2	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	11.50	2.12	2	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	23.00	11.31	2	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	35.00	2.83	2	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	38.00	7.07	2	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	9.00	1.41	2	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	12.50	6.36	2	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	23.00	11.31	2	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	21.00	7.21	3	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	21.67	1.15	3	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	10.33	3.21	3	--	--	0.00	0.00	PFL	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	7.33	0.58	3	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	9.33	2.31	3	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	32.00	11.57	54	--	--	0.00	0.00	CLC	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	36.35	15.16	54	--	--	0.00	0.00	PIL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	12.02	5.94	54	--	--	0.00	0.00	PFL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	10.17	3.89	54	--	--	0.00	0.00	MRATL	0
Kteily (2011)	2010	63.33	91	US	17.61	7.19	54	--	--	0.00	0.00	ATOL	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	3.00	0.82	129	.82	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	3.20	0.94	217	.82	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	2.79	0.86	243	.82	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	2.99	0.86	320	.82	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	2.13	1.00	129	.92	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	2.44	1.06	217	.92	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	2.07	0.99	243	.92	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	2.54	1.16	320	.92	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.60	0.89	129	.85	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.70	0.79	217	.85	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.51	0.74	243	.85	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.71	0.86	320	.85	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.23	0.54	129	.79	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.40	0.68	217	.79	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.32	0.55	243	.79	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.39	0.57	320	.79	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.87	0.85	129	.86	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	2.09	0.97	217	.86	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	1.89	0.85	243	.86	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Levitt et al. (2012)	2010	--	85.5	US & CA	2.09	1.02	320	.86	31.90	34.30	8.30	Gesamt- score	0
Lewis et al. (2006)	2004	73.33	91	US	2.03	0.65	105	.90	35.90	19.00	0.00	Gesamt- score	0
Mildner (2001)	2000	71.67	91	US	2.00	0.70	154	.93	36.00	10.00	0.00	Gesamt- score	0
Mildner (2001)	2000	71.67	91	US	2.20	0.90	154	.83	36.00	10.00	0.00	Gesamt- score	0
Mildner (2001)	2000	71.67	91	US	2.70	1.10	154	.88	36.00	10.00	0.00	Gesamt- score	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Mildner (2001)	2000	71.67	91	US	1.50	0.70	154	.77	36.00	10.00	0.00	Gesamt- score	0
Mildner (2001)	2000	71.67	91	US	1.40	0.50	154	.53	36.00	10.00	0.00	Gesamt- score	0
Mildner (2001)	2000	71.67	91	US	2.00	0.90	154	.74	36.00	10.00	0.00	Gesamt- score	0
Milletich et al. (2014)	2012	63.14	91	-- (US)	78.94	30.64	209	.94	29.5	44.50	0.00	Unvoll- ständiger Gesamt- score	0
Ngyuen & Angelique (2017)	2015	78.57	20	VN	2.42	0.37	238	.93	21.66	42.40	33.10	Gesamt- score	1
Öztürk & Kindap (2011)	2009	92.86	37	TR	2.53	0.83	140	.89	27.80	38.70	0.00	Gesamt- score	1
Pentel et al. (2021)	2019	39.68	91	US	2.99	0.26	22	.86	37.60	45.40	9.10	Kurz- form	0
Pepper (2009)	2008	73.33	91	US	2.09	0.75	466	.92	37.52	23.30	3.60	Kurz- form	0
Peterson (2005)	2004	73.33	91	US	153.30	81.05	161	.98	31.40	18.00	0.00	Gesamt- score	0
Peterson (2005)	2004	73.33	91	US	44.86	19.91	161	.92	31.40	18.00	0.00	CLC	0
Peterson (2005)	2004	73.33	91	US	53.04	32.33	161	.98	31.40	18.00	0.00	PIL	0
Peterson (2005)	2004	73.33	91	US	19.25	14.08	161	.96	31.40	18.00	0.00	PFL	0
Peterson (2005)	2004	73.33	91	US	13.93	8.51	161	.86	31.40	18.00	0.00	MRATL	0
Peterson (2005)	2004	73.33	91	US	22.21	12.80	161	.92	31.40	18.00	0.00	ATOL	0
Puckett et al. (2016)	2014	52.76	91	US	1.81	0.89	1017	.89	33.85	14.60	0.30	Unvoll- ständiger	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
												Gesamt- score	
Rotondi (2005)	2004	73.33	91	US	2.55	0.77	25	.94	22.60	44.00	0.00	Gesamt- score	0
Rotondi (2005)	2004	73.33	91	US	2.85	0.95	25	.84	22.60	44.00	0.00	Gesamt- score	0
Rotondi (2005)	2004	73.33	91	US	2.55	1.00	25	.87	22.60	44.00	0.00	Gesamt- score	0
Rotondi (2005)	2004	73.33	91	US	1.91	0.92	25	.75	22.60	44.00	0.00	Gesamt- score	0
Rotondi (2005)	2004	73.33	91	US	1.68	1.00	25	.82	22.60	44.00	0.00	Gesamt- score	0
Rotondi (2005)	2004	73.33	91	US	2.88	1.00	25	.78	22.60	44.00	0.00	Gesamt- score	0
Rowan (2007)	2006	73.33	91	US	2.22	0.63	12	.93	38.83	41.60	0.00	Gesamt- score	0
Singh et al. (2006)	2004	73.33	91	US	4.39	1.18	9	.94	30.26	40.74	0.00	Gesamt- score	0
Singh et al. (2006)	2004	73.33	91	US	5.27	0.64	9	.94	30.26	40.74	0.00	Gesamt- score	0
Singh et al. (2006)	2004	73.33	91	US	5.43	0.58	9	.94	30.26	40.74	0.00	Gesamt- score	0
Spencer & Brown (2007)	2005	40.97	90	AU	107.55	7.41	44	.90	35.00	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Spencer & Brown (2007)	2005	40.97	90	AU	96.10	16.75	32	.90	35.00	0.00	0.00	Gesamt- score	0
Spencer & Brown (2007)	2005	40.97	90	AU	109.07	11.87	30	.90	35.00	0.00	0.00	Gesamt- score	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
St. Pierre (2013)	2011.5	21.98	80	CA	1.94	0.95	204	.90	37.63	23.50	0.00	PIL	0
St. Pierre (2013)	2011.5	63.24	91	US	1.99	1.00	212	.90	36.64	17.50	0.00	PIL	0
Szymanski & Chung (2003)	2001	71.67	91	US	2.09	0.70	210	.93	38.02	18.00	0.00	Gesamt- score	0
Szymanski & Chung (2003)	2001	71.67	91	US	2.36	0.91	210	.83	38.02	18.00	0.00	CLC	0
Szymanski & Chung (2003)	2001	71.67	91	US	2.57	1.14	210	.90	38.02	18.00	0.00	PIL	0
Szymanski & Chung (2003)	2001	71.67	91	US	1.48	0.62	210	.66	38.02	18.00	0.00	PFL	0
Szymanski & Chung (2003)	2001	71.67	91	US	1.38	0.64	210	.68	38.02	18.00	0.00	MRATL	0
Szymanski & Chung (2003)	2001	71.67	91	US	1.94	0.90	210	.79	38.02	18.00	0.00	ATOL	0
Szymanski & Kashubeck-West (2008)	2006	73.33	91	US	2.06*	0.80	304	.92	39.92	19.00	0.00	Kurz- form	0
Szymanski & Meyer (2008)	2006	73.33	91	US	2.08	0.78	91	.91	35.07	15.00	0.00	Kurz- form	0
Szymanski & Owens (2008)	2006	73.33	91	US	2.18	0.85	334	.94	29.00	39.00	0.00	Kurz- form	0
Szymanski (2004)	2002	71.67	91	US	1.88	0.60	227	.92	38.25	18.00	0.00	Gesamt- score	0
Szymanski (2005)	2003	73.33	85.5	US & CA	1.94	0.72	143	.94	41.11	8.00	0.00	Gesamt- score	0
Szymanski et al. (2001)	1999	71.67	91	US	2.80	1.10	13	.93	36.06	17.00	0.00	Gesamt- score	0

Studie	Jahr	ILGA	Hofstede Index	Land	<i>M</i> *	<i>SD</i> **	<i>N</i>	Relia- bilität	Alter (<i>M</i>)	% nicht- mono- sexuell	% trans	Sub- skala	Sprache ***
Szymanski et al. (2001)	1999	71.67	91	US	1.93	0.57	118	.93	36.06	17.00	0.00	Gesamt- score	0
Ummak et al. (2022)	2020	42.86	74	DK	109.66	32.37	271	.91	32.91	37.60	7.05	Gesamt- score	1
Ummak et al. (2023)	2021	21.43	75	BE	190.16	17.60	220	.74	29.31	40.90	0.00	Gesamt- score	1
Watson et al. (2015)	2013	62.95	91	US	2.02	0.74	107	--	29.22	0.00	0.00	Kurz- form	0
Whicker et al. (2017)	2003	73.33	91	US	1.95	0.60	174	.88	38.09	0.00	0.00	Kurz- form	0
Young (2014)	2013	62.95	91	US	4.10	0.43	25	.76	38.70	0.00	0.00	Gesamt- score	0

Anmerkung: * = Mittelwerte umgepolt für eine einheitliche Richtung der Stigmawerte (höhere Werte = höhere Stigmatisierung); ** = *SD* berechnet;

*** = Sprachvariable (0 = englischsprachig, 1 = nicht englischsprachig).