

**BUNDESSTIFTUNG MAGNUS HIRSCHFELD (HRSG.)
ABSCHLUSSBERICHT**

Wissenschaftliche Bestandsaufnahme der tatsächlichen und rechtlichen Aspekte von Handlungsoptionen unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen zum geplanten „Verbot sogenannter

„Konversionstherapien“ in Deutschland zum Schutz homosexueller Männer, Frauen, Jugendlicher und junger Erwachsener vor Pathologisierung und Diskriminierung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

INHALT

Vorwort

Teil A

Von der Stiftung beauftragte Kurzgutachten

Peer Briken / Arne Dekker / Klaus Michael Reininger

**Gutachten im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH)
zur Fragestellung von so genannten Konversionsbehandlungen
bei homosexueller Orientierung S. 7**

Martin Burgi

**Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen gesetzlicher Maßnahmen (ins-
besondere Verbote) gegen Therapien bzw. Behandlungen
mit dem Ziel einer Veränderung der sexuellen Orientierung
(sog. Konversionstherapien) S. 40**

Teil B

Schwerpunkt Recht und Politik

Sabine Leutheusser-Schnarrenberger

**Menschen in ihrer sexuellen Orientierung
und geschlechtlichen Identität stärken – Plädoyer für ein
konzertiertes Vorgehen gegen die sogenannten
„Konversionstherapien“ S. 78**

Kai Klose / Susanne Stedtfeld

Akzeptanz statt Pathologisierung – Konversionsmaßnahmen verhindern S. 89

Daniela Demko

**Sogenannte „Konversionstherapien“ – betrachtet im Zusammenhang mit
ausgewählten Aspekten des Strafrechts S. 95**

Ahmet Alagün

**Ergänzende Anmerkungen zu den Ergebnissen
der Erörterungen der Kommissionssitzungen
zum Thema Verbot sogenannter „Konversionstherapien“ S. 124**

Teil C

Schwerpunkt Gesundheit und Psychotherapie

Götz Mundle

Ethische Grundsätze in der Psychotherapie von LSBT Menschen S. 138

Gisela Wolf

Formen und Folgen von „Konversionsbehandlungen“ an homosexuellen, gendernonkonformen und trans*geschlechtlichen Personen S. 149

Teil D

Schwerpunkt Anbieter, Vermittler und Handlungsbedarfe

Dr. Ina-Marie Blomeyer

Was wissen wir über „Konversionstherapien“ in Deutschland? Anbieter, Angebote und Vermittler – Methoden und Auswirkungen auf die Opfer S. 166

Niklas Hofmann

Diskriminierungserfahrungen von LSBT* und Bevölkerungseinstellungen – Erkenntnisse der Antidiskriminierungsstelle des Bundes S. 173

Dr. Petra Follmar-Otto

Staatliches Handeln gegen „Konversionsmaßnahmen“ und der Menschenrechtsschutz von LSBTI S. 180

Gabriela Lünsmann

LSBTI* wirksam vor „Konversionsversuchen“ schützen – Rechts- und gesellschaftspolitische Anforderungen an staatliches Handeln S. 191

Hartmut Rus

Die Ex-Gay-Bewegung in Deutschland und ihr Einfluss auf Jugendliche S. 202

Teil E

Schwerpunkt Perspektiven betroffener Personen und vulnerabler Gruppen

Rapahelle Rousseau

**Erfahrungsbericht Raphaëlle Rousseau –
Erfahrungen einer Betroffenen sogenannter „Konversionstherapien“ ...** S. 218

Timm Giesbers

**Interview mit Mike F.
Erfahrungen eines Betroffenen sogenannter „Konversionstherapien“** S. 223

Timm Giesbers

**Interview mit Bastian Melcher
Erfahrungen eines Betroffenen sogenannter „Konversionstherapien“** S. 233

Stephanie Kuhn

**Die doppelte Disziplinierung von Lesben –
(Konversions-) „Therapien“ als Reintegration ‚widerständiger‘ Frauen
in die heteronormative und patriarchale Ordnung** S. 241

Petra Weitzel

**Rechtliche und gesellschaftliche Aspekte eines gesetzlichen Verbots sogenannter „Konversionstherapien“ –
Bedarfe von trans* Menschen** S. 249

Teil F

Empfehlungen

Autor_innen-Team Fachkommission

**Formulierungs- und Definitionsvorschlag
sogenannter „Konversionstherapien“ der Fachkommission** S.261

**10 Schwerpunktsetzungen der
Bundesstiftung Magnus Hirschfeld** S.264

Anlagen

Mitglieder der Kommission

Tagesordnung der 1. Kommissionssitzung

Tagesordnung der 2. Kommissionssitzung

Vortrag (Präsentation): Malta's Ban on Conversion Practices: A Necessary Step towards LGBTIQ Equality", Gabriella Calleja

Entschließung des Bundesrates – Akzeptanz und Wertschätzung statt Pathologisierung und Diskriminierung: Menschen in ihrer sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität stärken - „Konversionstherapien“ verbieten vom 17. Mai 2019

Vorwort

—

**Wissenschaftliche Bestandsaufnahme
der tatsächlichen und rechtlichen Aspekte
von Handlungsoptionen
unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen
zum geplanten „Verbot sogenannter ‘Konversionsthera-
pien’“ in Deutschland
zum Schutz homosexueller Männer, Frauen, Jugendlicher
und junger Erwachsener
vor Pathologisierung und Diskriminierung**

– Jörg Litwinschuh-Barthel –

Geschäftsführender Vorstand der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

Der folgende Abschlussbericht unserer Stiftung zeigt deutlich auf, dass es keinen Grund mehr gibt, sogenannte „Konversionstherapien“ in Deutschland noch länger zu dulden – diese Behandlungen gehören verboten. Die von uns im Rahmen unserer wissenschaftlichen Bestandsaufnahme in Auftrag gegebenen Gutachten bei *Prof. Dr. med. Peer Briken*, Direktor des Zentrums für Psychosoziale Medizin/Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, und bei *Prof. Dr. iur. Martin Burgi*, Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Wirtschaftsverwaltungsrecht, Umwelt- und Sozialrecht/Juristische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München – belegen einerseits eindeutig die verfassungsmäßige Zulässigkeit des von der Bundesregierung geplanten gesetzlichen Verbots solcher Behandlungen. Andererseits weisen sie die Evidenzbasiertheit bzgl. Schädigungen von bzw. durch diese sogenannten „Therapien“ gegen Homosexualität nach. Die Pathologisierung und Diskriminierung homosexueller Menschen muss geächtet werden. Auch die besondere Schutzwürdigkeit von Trans* und intersexuellen Menschen muss vom Staat beachtet werden: Wir empfehlen ein Verbot aller Behandlungen, die auf eine Änderung der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität und der angeborenen Varianten der Geschlechtsentwicklung eines Menschen abzielen.

Die auf unsere Empfehlung hin von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einberufene Fachkommission tagte insgesamt zweimal ganztags (am 8. Mai und am 5. Juni 2019) im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin. Expert_innen aus der Kommission beziehen in unserem Abschlussbericht ausführlich Stellung zu tatsächlichen und rechtlichen Aspekten von Handlungsoptionen zu dem geplanten gesetzlichen Verbot. Jeder Fachaufsatz soll dabei das individuelle Anliegen der/des Verfasser_in und der von ihr/ihm vertretenen Institution oder Gruppe zum Ausdruck bringen.

Den beiden Kommissions-Fachtagen schloss sich ein intensiver Fachaustausch mit unserer Stiftung an, der sich in den finalen Ausführungen der Fachaufsätze der jeweiligen Autor_innen in diesem Bericht widerspiegelt: Im Hinblick auf die Komplexität der Fragestellungen und die unterschiedlichsten Handlungsempfehlungen hat die Bundesstiftung Magnus Hirschfeld eine eigene *10-Punkte-Schwerpunktsetzung* an das Ende des Berichts gesetzt, um den Gesetzgebenden eine handhabbare und (gesundheits-) politisch durchsetzbare Gesamtempfehlung für ein gesetzliches Verbot sog. „Konversionstherapien“ an die Hand zu geben.

Es obliegt nun den Gesetzgebenden, wie ein gesetzliches Verbot geregelt und in welchem Gesetz es verankert wird. Die Bundesstiftung Magnus Hirschfeld hat öffentlich davon abgeraten, mit der Aufnahme eines entsprechenden Straftatbestandes den Paragraphen 175 StGB wieder zu belegen. Falls es dennoch zu einer gesetzlichen Regelung im Strafgesetzbuch kommen sollte, sollte ein neuer Paragraph z.B. im 13. Abschnitt eingefügt werden. Zugleich empfehlen wir, den Strafraumen bei einer geplanten Haftstrafe nicht zu hoch anzusetzen – eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr und/oder Geldstrafe halten wir für angemessen. Alternativ kommt eine hohe Geldbuße von mehreren Zehntausend-Euro als Ordnungswidrigkeitstatbestand in Betracht. Vor allem sollte auf präventive sowie Beratungsmaßnahmen im Gesundheitswesen, auf die öffentliche Warnung vor solchen Behandlungen sowie massenkommunikative Entstigmatisierungsmaßnahmen gesetzt werden, die insbesondere LSBTTIQ-Jugendliche und junge Erwachsene stärken helfen. Die Selbstbestimmung der zu schützenden Personen und die Gesundheitsförderung müssen im Fokus stehen.

So regen wir die Einrichtung einer anonymen Beratungsstelle bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder beim Bundesfamilienministerium an. Diese soll durch eine breit angelegte Kampagne bekannt gemacht werden und neben den LSBTTIQ-Jugendlichen auch deren Eltern, Vertreter_innen der Heilberufe, Fachstellen und Verbände sowie in der Seelsorge Verantwortliche in den Religions- und Glaubensgemeinschaften erreichen. Des Weiteren empfehlen wir die Einrichtung einer Meldestelle beim Bundesamt für Justiz (BfJ) oder der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, um solche Behandlungen und Straftaten zu erfassen und um mehr Informationen über Angebot, Vermittlung, die Art der Interventionen sowie die Strukturen zu erfahren und dazu auch wissenschaftlich forschen zu können.

Wir haben in den vergangenen vier Monaten viele Menschen kennengelernt, die von Konversionsinterventionen in Deutschland betroffen oder bedroht sind bzw. die von anderen Menschen glaubhaft berichtet haben, die sog. „Therapien“ erleiden mussten. Ausnahmslos alle direkt Betroffenen schilderten uns, dass diese Konversionsversuche an ihnen schlimmste psychische und physische gesundheitliche Schäden angerichtet und zu nachhaltigen Traumata geführt haben. Nicht wenige der Betroffenen haben in den vergangenen Jahren schon einmal einen Suizidversuch unternommen und leiden in Folge der Behandlungen z.B. an Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen.

Das Problem der sog. „Konversionstherapien“ ist nicht zu vernachlässigen: Das Ausmaß an Interventionen, die versuchen, die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität eines Menschen zu verändern, ist vor allem bei schutzbedürftigen, minderjährigen LSBTTIQ sowie jungen Erwachsenen weitaus größer als bisher angenommen. Wenn wir die von der Kommission empfohlene, in diesem Bericht erstmals veröffentlichte breite Definition von Interventionsmaßnahmen zugrunde legen, müssen wir alleine in Deutschland von Ein- bis Zweitausend Fällen pro Jahr ausgehen, bei denen sog. „Therapeut_innen“ – Ärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker oder gewerbliche Anbieter, Seelsorger und Familienangehörige (häufig die Eltern selbst) – fragwürdige, gesundheitsgefährdende Veränderungs- und Unterdrückungsbehandlungen durchführen. Vor allem in den großen Religions- und Glaubensgemeinschaften in Deutschland – z.B. in der Katholischen Kirche, in evangelikalen Gemeinden, in muslimischen Vereinen und orthodoxen jüdischen Gemeinden – gibt es zum Teil noch sehr große Vorbehalte gegen Homosexualität. Die Fortführung des begonnenen Dialogs mit diesen Gruppen ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der die LSBTTIQ-Community nicht alleingelassen werden darf.

Ich danke Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und seinem Haus für die Unterstützung und Finanzierung dieses Projekts und den Kommissionsmitgliedern für ihre engagierte Mit- und Zuarbeit insbesondere in Anbetracht des relativ kurzen Zeitraums und der Sommerpause, der für eine solche wissenschaftliche Aufarbeitung zur Verfügung stand.

Den von solchen Behandlungen Betroffenen Raphaelle Rousseau, Mike F. und Bastian Melcher sowie Harmut Rus vom LSVD-Netzwerk Mission Aufklärung danke ich im Namen aller Kommissionsmitglieder für ihre tiefen Einblicke, die sie uns über die Strukturen und die Machenschaften der Behandelnden gegeben haben. Dies ermöglichte uns erst, konkrete und wirksame Handlungsempfehlungen vorzuschlagen.

Christoph R. Alms danke ich für seine hochengagierte wissenschaftliche Mitarbeit, Jenny Luca Renner sowie unserem Medien- und Veranstaltungsreferenten, Dr. Matti Seithe, danke ich ferner für ihre verlässliche Zuarbeit und Unterstützung.

Berlin, 23. August 2019

Jörg Litwinschuh-Barthel
Geschäftsführender Vorstand der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld

Teil A

Von der Stiftung beauftragte Kurzgutachten



Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin
und Forensische Psychiatrie

H A M B U R G

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie

Jörg Litwinschuh-Barthel
Geschäftsführender Vorstand
Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH)
Mohrenstr. 34
D-10117 Berlin

Prof. Dr. med. Peer Briken
Direktor

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Sexualforschung und
Forensische Psychiatrie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Sekretariat:
Beatric Portugall

Gebäude W38, R. 119 a
Telefon: +49 (0) 40 7410-52225
Fax: +49 (0) 40 7410-56406
b.portugall@uke.de
www.uke.de

Hamburg, 10.07.2019

Gutachten im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH) zur Fragestellung von so genannten Konversionsbehandlungen bei homosexueller Orientierung



Zusammenfassung

Das vorliegende Gutachten wurde im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH) zu folgenden Fragestellungen angefertigt: (1) Sind so genannte Konversionsbehandlungen bei homosexueller Orientierung evidenzbasiert? (2) Welche Hinweise auf schädliche Auswirkungen gibt es?

Im Gutachten wird für die unterschiedlichen untersuchten Interventionsformen der international etablierte Begriff der „Sexual Orientation Change Efforts“ (SOCE) verwendet. Dieser Begriff beschreibt alle Bemühungen, die sexuelle Orientierung eines Menschen oder Teilaspekte davon durch gezielte Interventionen zu beeinflussen. Das Gutachten stützt sich vor allem auf die Analyse und Bewertung der wissenschaftlich relevanten Literatur.

Zahlreiche Studien zeigen, dass die sexuelle Orientierung bei vielen Menschen im Lebensverlauf relativ stabil ist. Längsschnittstudien belegen zwar, dass manche Menschen im sexuellen Selbsterleben eine gewisse Flexibilität (auch: „Fluidität“) aufweisen, jedoch ist diese selten und meist eher moderat. Zudem basiert solche Fluidität nicht auf bewussten Entscheidungen. Empirisch, sexualwissenschaftlich, soziologisch, psychologisch und medizinisch gibt es keine Hinweise darauf, dass Homosexualität eine Störung oder gar Krankheit ist. Daher haben sich alle relevanten medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften seit Langem deutlich gegen eine Pathologisierung von Homosexualität ausgesprochen. Aus medizinisch-psychotherapeutischer Sicht existiert damit keinerlei Indikation für SOCE.

Die Wirksamkeit unterschiedlicher Formen von SOCE wurde in einer Reihe wissenschaftlicher Studien untersucht. Gegen diese Studien existieren zahlreiche methodische Einwände. Die wenigen experimentellen und quasi-experimentellen Studien stammen aus den 1970er Jahren und untersuchen Interventionen, die aus heutiger Sicht als unethisch gelten müssen (sog. Aversionstherapien). Jüngere, nicht-experimentelle Studien untersuchen zwar Interventionen, die heute noch durchgeführt werden, beschreiben und kontrollieren diese jedoch nicht hinreichend. Neben zahlreichen methodischen Einschränkungen eignen sich die nicht-experimentellen Studien jedoch v.a. nicht dazu, Kausalaussagen zu treffen.

Insgesamt lässt keine der uns bekannten Studien den Schluss zu, dass die sexuelle Orientierung durch SOCE dauerhaft verändert werden kann. Verändert werden können bestenfalls Einzeldimensionen der sexuellen Orientierung, wie etwa gleichgeschlechtliche Verhaltensweisen oder die Berichte über sexuelle Anziehung oder Selbst-Identifikation in der Öffentlichkeit.

Die erwähnten methodischen Probleme der vorliegenden Studien gelten auch hinsichtlich der Frage, ob SOCE unerwünschte schädliche (Neben-)Wirkungen hat. Obwohl auch hier keine Kausalaussagen möglich sind, gibt es *auf individueller Ebene* zumindest deutliche Hinweise

auf negative Wirkungen (so z.B. Depressivität, Angst, Suizidalität, sexuelle und Beziehungsprobleme). Aber auch *auf gesellschaftlicher Ebene* unterstützen SOCE implizit und explizit die Diskriminierung von nicht-heterosexuell orientierten Menschen und können damit negative Folgen haben. In der Literatur sind die negativen Folgen durch die Stigmatisierung wegen einer nicht-heterosexuellen Orientierung seit einigen Jahren im Rahmen eines Konzepts des „Minority Stress“ theoretisch untermauert.

Angesichts der fehlenden Indikation, des fehlenden Nachweises einer Wirkung auf das Zielkriterium sowie des breit gefächerten Spektrums individueller und gesellschaftlicher negativer Wirkungen fehlt für die Durchführung von SOCE aus medizinisch-psychotherapeutischer und sexualwissenschaftlicher Sicht die Evidenz.

Wenn es zu einer psychischen Belastung durch eine nicht-heterosexuelle Orientierung kommt, so kann diese Belastung Ausgangspunkt von sachgerecht durchgeführter Beratung oder Therapie sein, die nicht zum Ziel haben darf, die sexuelle Orientierung zu verändern. Empfohlen wird, zu versuchen, die Symptombelastung (z.B. Depressivität) zu verringern, was z.B. im Rahmen einer professionellen Beratung, Psychotherapie oder Selbsthilfegruppe erfolgen kann. Dies muss keineswegs im Widerspruch zur Ausübung religiöser oder spiritueller Praxis stehen. Die sich durch gesellschaftliche Haltungen zu nicht-heterosexuellen Orientierungen ergebenden individuellen Stressoren (s.o.) sollten durch Maßnahmen auf mehreren Ebenen möglichst weitgehend reduziert werden. Dazu bedarf es intensiver Bemühungen u.a. im Bereich von medizinischer, psychologischer, psychotherapeutischer und pädagogischer Aus- und Weiterbildung. Notwendig ist zudem eine breite gesellschaftliche Aufklärung, die auch Familien mit einschließt, sowie Unterstützung künftiger Forschung in diesem Feld.

1. Fragestellung

Im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH), vertreten durch den Vorstand Jörg Litwischuh, vom 22.3.2019 (mündlich) wurde ein Kurz-Gutachten zur Frage der Evidenzbasierung und etwaigen Schädigungen von bzw. durch sog. Konversionstherapien gegen Homosexualität (Arbeitstitel und Gutachtenfrage) erstellt.

Dezidiert sollten die beiden folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

- (1) Sind so genannte Konversionsbehandlungen bei homosexueller Orientierung evidenzbasiert?
- (2) Welche Hinweise auf schädliche Auswirkungen gibt es?

Das Gutachten stützt sich auf die Analyse der relevanten Literatur (keine systematische Literaturübersicht), insbesondere unter Einbeziehung des „Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation“ aus dem Jahr 2009, der eine systematische Literaturübersicht bis zum damaligen Zeitpunkt enthält (APA, 2009). Zusätzlich wurden die seitdem publizierten wissenschaftlichen Studien in das Gutachten einbezogen, die über übliche Datenbanken wie Medline zugänglich sind. Nicht-wissenschaftliche Literatur (z.B. so genannte „graue“ Literatur) aus dem internationalen oder nationalen Raum wurde nicht ausgewertet, da diese nicht durch ein wissenschaftliches Peer-Review-Verfahren oder durch andere Instanzen einer wissenschaftlichen Qualitätskontrolle unterworfen ist.

Das Gutachten wird nach bestem Wissen und Gewissen erstattet. Es stellt eine vorläufige Arbeitsgrundlage für einen laufenden Diskussionsprozess dar, die in einem begrenzten zeitlichen Rahmen und in einem begrenzten Umfang mit den sich daraus ergebenden Einschränkungen erstellt wurde.

1.1 Anmerkung zur Definition

In der o.g. Fragestellung wird der Begriff der „Konversionstherapien“ verwendet. Dieser Begriff hat im Feld Tradition und ist als geläufig anzusehen. Dennoch ist er aus zwei Gründen problematisch: *Erstens* kann von einer *Therapie* streng genommen schon deshalb keine Rede sein, weil Homosexualität keine Störung oder Krankheit ist und damit auch keine Indikation für eine Therapie vorliegt (vgl. Abschnitt 2). Zudem kommen Interventionen zur Anwendung, die klassischerweise nicht dem Therapiebegriff zugeordnet werden, wie z.B. religiöse Methoden oder selbstorganisierte Maßnahmen. Im Rahmen der vom Bundesminister für Gesundheit

eingesetzten Kommission wurde deshalb der Arbeitsbegriff der „Konversionsmaßnahmen“ oder „Konversionsinterventionen“ verwendet. *Zweitens* unterstellt der Begriff einer *Konversion* ein eindimensionales und binäres Konzept sexueller Orientierung, welches dem aktuellen Forschungsstand nicht gerecht wird (vgl. Abschnitt 3). Aus diesen Gründen haben wir uns dafür entschieden, in diesem Gutachten für die höchst unterschiedlichen untersuchten Interventionsformen den in jüngerer Zeit international zunehmend etablierten Begriff der „Sexual Orientation Change Efforts“ (kurz: SOCE) zu verwenden. Dieser Begriff beschreibt alle Bemühungen, die sexuelle Orientierung eines Menschen, oder Teilaspekte davon, durch gezielte Interventionen zu beeinflussen – sei dies mit Einwilligung, gegen den Willen oder ohne Wissen der Betroffenen. Darunter fallen Formen der Psychotherapie, insbesondere so genannte Aversionstherapien, psychoanalytische Verfahren, aber auch religiös motivierte Ansätze der Beratung und Intervention einschließlich Gruppeninterventionen sowie schließlich selbstorganisierte Maßnahmen.

2. Kurze historische Einführung

Der Beginn der Medikalisierung von Homosexualität lässt sich auf das 19. Jahrhundert datieren. In dieser Zeit wurde das Verhältnis von Kriminalisierung und Pathologisierung in Bezug auf Sexualität neu geordnet; die Medizin bemächtigte sich damit auch der Homosexualität. Der in dieser Zeit einflussreiche deutsche Psychiater Richard von Krafft-Ebing (1840–1902), Vertreter der auf Bénédict Augustin Morel (1809–1873) zurückgehenden Degenerationslehre, sah Homosexualität einerseits als angeboren und krankhaft an, zog daraus allerdings andererseits die Konsequenz, dass Homosexuelle für ihre Handlungen nicht verantwortlich seien und daher nicht bestraft werden sollten. So erfolgte eine Verortung der Homosexualität in der Medizin und zwar in ihrer Subdisziplin Psychiatrie. Krafft-Ebing erschloss damit ein neues Forschungs- und Behandlungsfeld für die Psychiatrie. Zugleich kann er als einer der Pioniere der jungen Sexualwissenschaft gelten, die sich um die Jahrhundertwende entwickelte und in der Folge die Diskurse um die Pathologisierung und Entpathologisierung der Homosexualität maßgeblich mit beeinflusste. Ein weiterer ärztlicher Vertreter dieser Disziplin war Magnus Hirschfeld (1868–1935). Dieser hatte 1897 das Wissenschaftlich-humanitäre Komitee (WhK) gegründet, das unter anderem das Ziel verfolgte, den §175 aus dem Strafgesetzbuch zu streichen und damit Homosexualität zu entkriminalisieren. Hirschfelds Lehre der „sexuellen Zwischenstufen“ lässt sich als eine frühe Theorie der „non-Binarität“ lesen: Er ging von individuellen Mischungen männlicher und weiblicher Anteile bei jedem Menschen aus – und zwar sowohl hinsichtlich der Geschlechtlichkeit als auch hinsichtlich der sexuellen Präferenz. Der Strafrechtsausschuss des

Reichstags beschloss im Jahr 1929, dass die sog. „einfache Homosexualität“, die unter Erwachsenen in gegenseitigem Einvernehmen gelebt wird, nicht strafbar sein sollte. Wegen der politischen Veränderungen im Zuge des aufkommenden Nationalsozialismus wurde diese Reform allerdings nicht umgesetzt. Bekanntermaßen blieb der §175 noch lange Zeit bestehen. Im Zentrum der Tätigkeit von Hans Giese (1920–1970), dem wichtigsten Sexualwissenschaftler der Nachkriegszeit in Deutschland, stand die Neuorganisation der Sexualwissenschaft nach der Zerschlagung durch die Nationalsozialisten. Giese grenzte homosexuelles Verhalten als nicht-krankhafte Verfehlung gegenüber krankheitswertigen Perversionen ab. Für letztere schlug er Leitsymptome vor, insbesondere die so genannte sexuelle Süchtigkeit. Bei Homosexualität komme diese selten vor.

Neben der Sexualwissenschaft beeinflusste auch die eng mit Medizin und Psychiatrie verbundene Psychoanalyse die Pathologisierung der Homosexualität. Sigmund Freud (1856–1939), Vater der Psychoanalyse, beschrieb Bisexualität als eine bei allen Menschen grundlegende und biologisch bedingte Anlage. Freud (1922/1973) konzipierte Homosexualität als eine Form unreifer Entwicklung: „Mutterbindung – Narzißmus – Kastrationsangst, diese übrigens in keiner Weise spezifischen Momente hatten wir bisher in der psychischen Ätiologie der Homosexualität aufgefunden, und zu ihnen gesellten sich noch der Einfluß der Verführung, welche eine frühzeitige Fixierung der Libido verschuldet, sowie der des organischen Faktors, der die passive Rolle im Liebesleben begünstigt.“ Für Freud war Homosexualität allerdings keine Perversion, sondern „eine nie zu überwindende Möglichkeit, auch im Leben der Heterosexuellen“ (Simionelli, 2013).

Eine z.T. deutlich stärker pathologisierende Position nahm die folgende Generation der Psychoanalyse ein. So siedelte auf Freuds ausdrücklichen Wunsch dessen Schüler Sandor Rado nach Amerika über und wurde später Direktor der einflussreichen Psychiatrie der Columbia University New York (bis 1955). Nach Freuds Tod definierte Rado Homosexualität als phobische Vermeidung von Heterosexualität, die durch unzureichende frühe Erziehung verursacht werde. Während Psychoanalytiker und Psychiater sich der Homosexualität praktisch nur im klinischen Kontext und über ausgewählte Patientengruppen näherten, verfolgte die Sexualwissenschaft des amerikanischen Biologen Alfred F. Kinsey (1894–1956) einen anderen empirischen Ansatz und kam damit auch zu anderen Ergebnissen. Kinsey führte den ersten großen Sex-Survey in der Allgemeinbevölkerung durch. Dieser stützte die Auffassung, dass Homosexualität eine eher häufig vorkommende, normale Variante der Sexualität ist. Anders als heute stand die amerikanische Psychiatrie dieser Zeit allerdings ganz unter dem Einfluss der Psycho-

analyse. 1952 schloss an der Columbia University auch Charles Socarides seine psychoanalytische Weiterbildung ab. Von 1978 bis 1996 war er am Albert Einstein College of Medicine als Professor für Psychiatrie tätig. Socarides' (1971) abwertende Äußerungen zur Homosexualität („Die Homosexualität beruht auf der Furcht vor der Mutter und auf dem aggressiven Angriff gegen den Vater“; „Der Homosexuelle ist krank, und alles was dazu beiträgt, diese Tatsache zu verschleiern, vermindert die Chance einer Behandlung“) trugen nachhaltig zur Pathologisierung bei.

Die Klassifizierung der Homosexualität als Krankheit, die sich auch in der „International Classification of Diseases“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation und im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association wiederfand, spaltete nicht nur Sexualwissenschaft und Psychoanalyse, sondern auch die psychiatrische Gemeinschaft. Socarides sprach sich 1973 für die Beibehaltung der Kategorie Homosexualität im DSM aus und geriet damit in Widerspruch zu Robert L. Spitzer, der sich für eine Streichung ausgesprochen hatte. Nach Überprüfung und Genehmigung durch andere Ausschüsse und Beratungsgremien wurde im Dezember 1973 Homosexualität aus dem DSM entfernt. Mit dieser Entscheidung normalisierte sich die Einstellung zur Homosexualität in den Vereinigten Staaten und anderen Ländern. Allerdings dauerte es bis 1990, bis auch die WHO die Homosexualität aus der ICD strich. Die so genannte „Ich-dystone sexuelle Orientierung“ überlebte in beiden Klassifikationssystemen noch länger, in der ICD bis heute. Erst für die zukünftige ICD-11 ist die vollständige Streichung fest geplant (Cochran et al. 2014; Reed et al., 2016).

Bei manchem einflussreichen Psychoanalytiker dauerte das Umdenken noch länger: Im Jahre 1992 gründete Socarides gemeinsam mit anderen die National Association for Research and Therapy of Homosexuality (NARTH). NARTH-Mitglieder sahen Homosexualität weiterhin als psychische Störung an (s. Drescher 2015) und argumentierten, dass diejenigen, die dies wünschten, auch „behandelt“ werden sollten. Die im Hintergrund stehenden Theorien über die Ursachen der Homosexualität und ihre „Behandlung“ stammten nun neben der Psychoanalyse auch aus dem Bereich der Religion (Glaubensheilung).

Stark verkürzt können wir eine Ära psychoanalytischer Behandlung vor dem Beginn von Entpathologisierungsbemühungen beschreiben. Mitte der 1960er Jahre bis Mitte der 1970er Jahre trat dann neben der Psychoanalyse die „Aversionstherapie“ zweier Arbeitsgruppen mit Experimentalstudien ins Feld, zog sich aber mit der Entpathologisierung wieder zurück. Die Psychoanalyse hingegen blieb in weiten Teilen in ihrer Wahrnehmung der Homosexualität zumindest implizit bei der Pathologisierung und bei entsprechenden Behandlungsangeboten, zudem verhinderte sie auch homosexuelle Weiterbildungskandidatinnen und -kandidaten. Durch NARTH

kam es zu einer Vermischung säkular-psychoanalytischer und religiöser Ansätze, Homosexualität zu behandeln. Zusätzlich entwickelten sich weltweit sog. Ex-Gay-Gruppierungen, die bis heute in unterschiedlicher Form tätig sind (Jones et al., 2018, S. 14ff.).

3. Sexuelle Orientierung

Im Folgenden sollen einige allgemeine und verkürzte Ausführungen zu Definitionen, Häufigkeit und Ätiologie von Homosexualität dargestellt werden. Anders als alltagssprachlich vertraut, handelt es sich bei Homosexualität nicht um eine eindimensionale und distinkte Eigenschaft von Menschen, sondern um ein multidimensionales Konstrukt. Wenn von „der“ Homosexualität gesprochen wird, sollte daher geklärt werden, wovon genau die Rede ist. So entwickelten Klein et al. (1985) in Abgrenzung zur eindimensionalen, siebenstufigen Kinsey-Skala das sog. „Sexual Orientation Grid“ und unterschieden dabei sieben Dimensionen von sexueller Orientierung: Sexuelle Anziehung, Sexualverhalten, sexuelle Fantasien, emotionale Vorlieben, soziale Vorlieben, Lebensstil sowie Selbst-Identifikation. In der empirischen Sexualforschung ist es mittlerweile üblich, zumindest vier Dimensionen der sexuellen Orientierung zu unterscheiden und voneinander unabhängig zu erfassen. So sollte unterschieden werden zwischen dem sexuellen Identitätserleben („ich bin homosexuell“), der sexuellen Attraktion („ich fühle mich von Personen des gleichen Geschlechts sexuell angezogen“), dem Verhalten („ich habe gleichgeschlechtlichen Sex“) und schließlich der körperlich messbaren Erregbarkeit durch gleich- oder gegengeschlechtliche sexuelle Reize.

Erhoben oder gemessen werden können die ersten drei genannten Dimensionen sexueller Orientierung durch Selbstauskünfte (in Studien häufig), Verhaltensbeobachtung (selten) oder Fremdbeurteilung (selten). Physiologische und neuropsychologische Messungen (Penisplethysmographie, vaginale Fotoplethysmographie, visuelle Reaktionszeit, Eye-tracking, funktionelles MRT, Impliziter Assoziationstest) erlauben die Messung körperlicher, biologischer oder physiologischer Erregungsmerkmale. Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Auswahl der jeweils gemessenen Dimension und des Messverfahrens einen wichtigen Einfluss auf die Einschätzung der Effekte von SOCE hat (vgl. Abschnitt 4).

Der überwiegende Anteil von Menschen beschreibt sich als ausschließlich heterosexuell (etwas mehr als 90% der Männer und 85% der Frauen), ein eher geringer Anteil erlebt sich als ausschließlich homosexuell (eher unterhalb von 2% bei Männern und Frauen), einige erleben sich als überwiegend hetero-, überwiegend homosexuell oder bisexuell (Bailey et al., 2016). Aus vielen Jahren Forschung und einer Vielzahl von Studien wissen wir heute, dass die sexuelle Orientierung der meisten Menschen im Lebensverlauf relativ stabil ist. Verlaufsuntersuchungen

zeigen zwar eine gewisse Flexibilität, die auch als *Fluidität* bezeichnet wird, aber diese Fluidität ist relativ selten und meist moderat. Am ehesten kommt es zu einem Übergang in eine benachbarte Kategorie sexueller Selbstidentifikation, z.B. von überwiegend zu ausschließlich hetero- oder homosexuell. Dies kommt eher im frühen Erwachsenenalter vor und ist bei Frauen (17,8%) häufiger als bei Männern (6,2%; Savin-Williams et al., 2012). Es ist wichtig zu betonen, dass diese Veränderungen im sexuellen Identitätserleben nicht notwendigerweise mit Veränderungen in den anderen Dimensionen sexueller Orientierung einhergehen. Noch wichtiger aber ist, dass das Vorkommen von Veränderungen im Lebensverlauf weder gleichzusetzen ist mit einer bewussten Entscheidung, noch mit einer gezielten Veränderbarkeit durch Interventionen wie SOCE.

Eine Perspektive, die sexuelle Orientierungen auf einem Kontinuum ansiedelt, deutet hinsichtlich der *Ätiologie* multikausal auf genetische und epigenetische, hormonelle und Umweltfaktoren hin, die je nach Individuum in einer spezifischen Art und Weise interagieren und so die beobachtete Varianz der sexuellen Orientierung erklären können (Savin-Williams, 2016). Dabei dürfte etwa ein Drittel der Varianz der sexuellen Orientierung bei homosexuellen Männern und ca. 20% bei homosexuellen Frauen auf genetische Unterschiede zurückzuführen sein. Basierend auf den Ergebnissen von Zwillingsstudien (Langström et al., 2010) könnte man die Frage „Ist die sexuelle Orientierung genetisch bedingt?“ daher vage mit „wahrscheinlich etwas...“ beantworten. Insgesamt spricht die jüngere Ätiologieforschung eher für die Bedeutung konstitutioneller Faktoren (und weniger sozialer und psychologischer Faktoren) hinsichtlich der Entstehung sexueller Orientierung, aber auch letztere spielen eine Rolle (Übersicht z.B. bei Bailey et al. 2016). Weitere Ätiologiehypothesen, die diskutiert werden, betreffen u.a. die möglichen Auswirkungen von bestimmten Hormonen im Mutterleib (z.B. Androgene wie Testosteron, Dihydrotestosteron) oder den sog. Fraternal Birth Order Effect, wonach sich bei Männern mit älteren Brüdern durch sog. HY-Antigene die Wahrscheinlichkeit einer homosexuellen Orientierung erhöht (Bailey et al. 2016).

4. Evidenz für die mögliche Wirksamkeit von SOCE

Für die Durchführung von SOCE gibt es keine medizinisch-psychotherapeutische Indikation – dies sollte vor dem Hintergrund der historischen Einführung (Abschnitt 2) und der dort skizzierten Entpathologisierung der Homosexualität deutlich geworden sein. Daher ist die Frage nach der Wirksamkeit eigentlich unnötig und forschungsethisch problematisch. Besteht keine

Indikation, so besteht letztlich kein Anlass, sich mit medizinisch-psychotherapeutischen Interventionen auseinanderzusetzen.¹

Für die Beantwortung der Fragestellungen im Rahmen des Gutachtauftrags soll die Evidenzlage zu den Effekten von sog. Konversionstherapien dennoch bearbeitet werden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die überfällige Entpathologisierung der Homosexualität gerade in jüngerer Zeit Wirkungsforschung mit einem notwendig hohen wissenschaftlichen Niveau nur eingeschränkt ermöglicht hat. Aus diesem Grund sollen zunächst einige methodische Vorbemerkungen zu den Limitationen der vorgestellten Ergebnisse gemacht werden (Abschnitt 4.1), bevor die Ergebnisse experimenteller, quasi-experimenteller und nicht-experimenteller Studien vorgestellt werden (Abschnitte 4.2 bis 4.4).

4.1 Methodische Vorbemerkungen

Bereits im o.g. Bericht der APA-Task-Force (2009) werden zahlreiche methodische Schwächen und Limitationen existierender Forschung zur Wirksamkeit und Schädlichkeit von SOCE herausgearbeitet, welche die Aussagekraft eines Großteils der Studien erheblich einschränken. Im Folgenden sollen die wesentlichen Probleme, die aus unserer Sicht auch für die seither entstandenen Studien Gültigkeit behalten, dargestellt werden.

Studiendesigns

In der klinischen Wirkungsforschung sind randomisiert kontrollierte Studien in der Regel als Goldstandard für den Beleg von Wirksamkeit und Sicherheit anerkannt. In Zusammenhang mit SOCE existieren international nur sechs Studien, die diesen Standard – mehr oder weniger – erfüllen. Diese Studien sind vergleichsweise alt. Die jüngsten stammen aus dem Jahr 1975, und nur zwei vergleichen die Interventions- mit einer nichtbehandelten Kontrollgruppe (vgl. Abschnitt 4.2). Für die wissenschaftliche Beantwortung der Frage nach der Wirksamkeit von SOCE mag das hinderlich sein, es lässt sich jedoch gut erklären. Denn mit der Streichung der Homosexualität aus den Diagnoseregistern DSM und ICD ließe sich eine randomisierte Zuweisung von Patienten zu einer Interventionsgruppe und damit die experimentelle Durchführung von SOCE an einer Zufallsauswahl homosexueller Proband_innen zu Forschungszwecken auch

¹ Die Frage, wie mit Fällen umzugehen ist, in denen sich Menschen explizit SOCE wünschen, etwa aufgrund ihrer tiefen religiösen Überzeugungen, und sich freiwillig in Behandlung begeben, ist Anlass für umfassende ethische und rechtliche Debatten, die ggf. auch mit einem Abwägen konfligierender Werte und Rechte einher gehen. Diese sind für ein mögliches Verbot von SOCE von größter Bedeutung, jedoch nicht Bestandteil des vorliegenden Gutachtens.

bei informierter Einwilligung heute ethisch kaum begründen. Dasselbe gilt für quasi-experimentelle Studien, die sich dadurch auszeichnen, dass sie die Interventionsgruppe mit einer nicht-äquivalenten Kontrollgruppe vergleichen. Hier existieren drei ältere Arbeiten, die jüngste aus dem Jahr 1981 (vgl. Abschnitt 4.3).

Neben experimentellen und quasi-experimentellen Studien wurden in jüngerer Zeit zahlreiche nicht-experimentelle Studien durchgeführt (vgl. Abschnitt 4.4). Nicht-experimentelle Studien stellen nicht nur die größte Gruppe der wissenschaftlichen Arbeiten zur Wirksamkeit von SOCE dar, sondern sind auch in ihren Designs ausgesprochen heterogen. Zu diesen Arbeiten zählen neben qualitativen Befragungen u.a. zahlreiche (v.a. auch psychoanalytische) Einzelfallstudien, Studien mit Prä-Post-Designs sowie – dies sind die Untersuchungen mit den größten Fallzahlen – retrospektive Pretests. Bei retrospektiven Pretests werden Proband_innen gebeten, sich nach Abschluss der Intervention an Ihre Situation vor der Intervention zu erinnern. Auf diese Weise wird ein Prä-Post-Vergleich nachträglich simuliert. Aufgrund von Erinnerungsfehlern können Teilnehmende dabei ihren Zustand vor der Intervention über- oder unterschätzen, was zu verzerrten Wirkungsmessungen führen kann. Erinnerungsfehler vergrößern sich außerdem mit der Verlängerung des Zeitraums zwischen Interventionsbeginn und -ende. Es kann zur (bewussten oder unbewussten) Überschätzung von Wirkungen z.B. aufgrund sozial erwünschten Antwortverhaltens kommen. Die Erinnerung kann außerdem ein Produkt der Intervention selbst sein. Diese Methode ist daher – ebenso wie die anderen nicht-experimentellen Methoden – letztlich nicht geeignet, um *Kausalaussagen* zu treffen, d.h. zu beantworten, ob für eine etwaige Veränderung die Intervention ursächlich verantwortlich ist. Neben diesen grundsätzlichen Designschwächen gibt es eine Reihe weiterer Probleme mit der internen Validität vieler Studien, so zum Beispiel die Stichprobenmortalität: gerade in älteren Studien fallen oft jene Proband_innen, die die Intervention – z.B. aufgrund von Wirkungslosigkeit – vorzeitig abbrechen, aus der Berechnung heraus, was zu einer Überschätzung der Wirksamkeit führen kann.

Überprüfte Interventionen

Nicht zuletzt angesichts ihres Alters gilt sowohl für die experimentellen als auch für die quasi-experimentellen Arbeiten, dass sie die Wirkung sehr spezifischer Formen von SOCE untersuchen, nämlich vor allem von „Aversionstherapien“. Diese konditionierungstheoretisch begründeten Interventionen, bei denen beispielsweise Elektroschocks oder das Brechmittel Apomorphin verabreicht wurden, sind aus heutiger Sicht als unmenschlich, außerordentlich problematisch und ethisch nicht vertretbar anzusehen. Gleichzeitig sind diese Studien nicht geeignet, Aussagen über die heute durchgeführten Interventionen zu treffen. Obwohl unseres Wissens

weder national noch international verlässliche Zahlen dazu vorliegen, *welche* Formen von SOCE *gegenwärtig genau wie häufig* angewandt werden, ist davon auszugehen, dass eine starke Pluralisierung der Interventionen stattgefunden hat. Dies schlägt sich auch in vielen der jüngeren Studien nieder, in denen die zur Anwendung kommenden Interventionen oft nicht hinreichend beschrieben werden, teilweise selbst innerhalb einer Studie deutlich variieren. Auch hierdurch werden Aussagen darüber erschwert, welche konkrete Intervention in welcher Weise wirkt. Aus zwei Beispielen sei hier im Original zitiert:

“When we refer to ‘the change process’, we are referring broadly to general involvement in an Exodus-affiliated ministry group, which typically incorporates worship, prayer, education, and discussion. Some groups have structured curricula like that of Comiskey (1989) or the less-structured outline offered by Bergner (1995), whereas others are more unstructured. Most groups are guided by some sort of generalized hypothesis that homosexual orientation is the result of emotional woundedness combined with spiritual confusion that together can be resolved through prayer for healing combined with generalized growth in religious maturity as understood in the Christian tradition and with in-depth experience with nonsexualized, healthy relationships that foster interpersonal and spiritual maturity.” (Jones and Yarhouse, 2011, S. 408)

„The intervention methods used in the various Exodus groups to abet sexual orientation change were not standardized or otherwise controlled in any way, and our ability to establish rigorous standards for timing of assessments was limited.” (Jones and Yarhouse, 2011, S. 410)

“The type of professional help was requested, if known. Choices offered were cognitive/behavioral, Rogerian, psychoanalytical, gestalt, humanist, and existentialist.” (Santero et al., 2018, S. 5)

Definition und Messung sexueller Orientierung

Wie oben dargestellt, ist die sexuelle Orientierung ein multidimensionales Konstrukt (vgl. Abschnitt 3), zu unterscheiden sind u.a. die gleichgeschlechtliche sexuelle Attraktion, gleichgeschlechtliches sexuelles Verhalten, die homosexuelle Identität und physiologische Reaktionen auf gleichgeschlechtliche Reize. Diese Dimensionen *können* in eins fallen, müssen es jedoch nicht. Manche Menschen mit gleichgeschlechtlicher sexueller Attraktion leben und identifizieren sich nicht homosexuell; andere identifizieren sich als vorwiegend heterosexuell, machen jedoch regelmäßig gleichgeschlechtliche Erfahrungen usf. Vor diesem Hintergrund kommt der

Frage, was gemessen wird, wenn die Veränderung „der“ sexuellen Orientierung gemessen werden soll, eine entscheidende Bedeutung zu. Viele Studien messen nur einzelne der genannten Dimensionen, um sie dann zu verallgemeinern. So messen frühe experimentelle Studien zwar bei einem Teil der Proband_innen eine Reduktion physiologischer Reaktionen auf gleichgeschlechtliche Reize unter Laborbedingungen, dies kann jedoch nicht mit einer dauerhaften Veränderung der sexuellen Orientierung gleichgesetzt werden. Viele der jüngeren, nicht experimentellen Studien messen v.a. (kurzfristige) Veränderungen des sexuellen Verhaltens und auch der sexuellen Selbstidentifikation. Viele erheben ihre Daten über Selbstauskünfte ihrer Proband_innen, die besonders anfällig für Verzerrungen durch Effekte sozialer Erwünschtheit sind. Zudem arbeiten viele der Studien mit nicht-validierten psychometrischen Skalen. Problematisch ist aus heutiger Sicht auch eine Selbsteinschätzung der Befragten auf der eindimensionalen siebenstufigen Kinsey-Skala, weil hierbei die Dimensionen Verhalten, Attraktion und Identität vermischt und von Befragten unterschiedlich interpretiert werden können.

Ohne die zahlreichen Probleme mit den verwendeten sehr heterogenen Ergebnisparametern an dieser Stelle für alle Studien umfassend darstellen zu können, sei zusammenfassend gesagt, dass viele Studien nur Einzeldimensionen sexueller Orientierung untersuchen, und die bei manchen Proband_innen gemessenen Veränderungen dann als Veränderung „der“ sexuellen Orientierung überinterpretieren.

Stichprobenqualität und Verallgemeinerbarkeit

Ein zentrales Problem sowohl für die Reliabilität als auch die Validität der Ergebnisse vieler Studien zu SOCE ist die nicht-repräsentative Zusammensetzung der Stichproben. Untersucht wurden mehrheitlich weiße, veränderungsmotivierte Männer. Die Veränderungsmotivation basierte in frühen Studien v.a. auf der Kriminalisierung homosexuellen Verhaltens (manche Studien schlossen auch Menschen ein, die gegen ihren Willen behandelt wurden), in jüngeren Studien vor allem auf religiösen Überzeugungen. In nicht wenigen der jüngeren Studien erfolgte die Rekrutierung der Befragten über die Anbieter von SOCE, was eine zusätzliche Verzerrung der Ergebnisse impliziert. Auf diese Weise lassen sich nicht nur keine Aussagen zur Veränderung homosexueller Orientierung allgemein treffen, die Untersuchungen basieren auch auf Stichproben von Menschen, die ein Gelingen der SOCE mit großen persönlichen Hoffnungen verbinden, und die sich oft in einem Umfeld bewegen, innerhalb dessen Homosexualität mit einem gravierenden Stigma belegt ist. Neben diesen Schwierigkeiten wird in vielen Studien weder die initiale Veränderungsmotivation der Befragten noch das initiale Ausmaß ihres sexuellen Interesses am anderen Geschlecht erfasst und kontrolliert.

Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich sagen, dass Studien zur Wirksamkeit von SOCE zahlreiche methodische Schwächen aufweisen, die teilweise im Forschungsgegenstand selbst, teilweise in Designentscheidungen begründet sind. Die Studien sind nur sehr begrenzt geeignet um Kausalaussagen zu treffen, u.a. wegen des Mangels an randomisiert kontrollierten Experimentalstudien und wegen des z.T. unangemessenen Umgangs mit Stichprobenmortalität; sie arbeiten oft mit einem unzureichenden und vereinfachten Konstrukt von Homosexualität und unzureichenden Ergebnisparametern und verallgemeinern einzelne Veränderungen unzulässig zu einer Veränderung „der“ sexuellen Orientierung; sie untersuchen heute nicht mehr durchführbare, oder nicht hinreichend beschriebene und/oder unzureichend manualisierte und heterogene Interventionen; und sie rekrutieren Stichproben, die eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht zulassen und eine Verzerrungen wahrscheinlich machen. Diese Schwächen und Limitationen führen dazu, dass die existierende Forschungsliteratur nur begrenzt geeignet ist, belastbare Ergebnisse über die Wirksamkeit von SOCE abzuleiten. Dies sollte bei der Bewertung des im folgenden vorgestellten Forschungsstandes berücksichtigt werden. Angesichts einer fehlenden Indikation für SOCE und der deutlichen Hinweise auf Risiken durch entsprechende Interventionen (vgl. Abschnitt 5) halten wir gleichzeitig weitere Wirkungsforschung zu SOCE trotz der methodischen Schwächen existierender Arbeiten für nicht notwendig und ethisch nicht vertretbar.

4.2 Experimentelle Studien

In Übereinstimmung mit der „Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation“ der American Psychological Association (2009) berücksichtigen wir sechs experimentelle Untersuchungen, die allesamt in ihrer Ausrichtung einem verhaltenstherapeutisch und lerntheoretisch begründeten Paradigma zuzuordnen sind. Wichtig erscheint in diesem Kontext, dass diese experimentellen Studien nur homosexuelle *Männer* untersuchten². Vier Studien aus der Arbeitsgruppe um McConaghy vergleichen mittels Penisplethysmographie³ sowie Selbstberichten verschiedene Interventionen hinsichtlich ihrer Wirkung auf abhängige Variablen⁴

² Die Frage, warum offensichtlich weibliche Homosexualität in experimentellen Untersuchungen keine Berücksichtigung fand, lässt sich in diesem Gutachten nicht beantworten, stellt aber sicherlich eine sexualwissenschaftlich relevante Fragestellung dar.

³ Die Penis-Plethysmographie ist eine Form der Messung des Blutflusses zum Penis, die typischerweise als physiologische Messung der sexuellen Erregung verwendet wird. Die am häufigsten berichteten Methoden beinhalten die Messung des Penisumfangs mit einem Dehnungsmessstreifen oder des Penisvolumens mit einem luftdichten Zylinder.

⁴ Als abhängige Variable wird hier die Zielgröße, d.h. die Änderung dessen, was als Homosexualität bezeichnet wird, bezeichnet. Dies soll mit Hilfe von Selbstbericht und Penis-Plethysmographie gemessen werden.

(McConaghy, 1969; 1976; Mc Conaghy et al., 1972; McConaghy & Barr, 1973). Zwei Untersuchungen von Tanner (1974, 1975) vergleichen – wiederum mittels Penisplethysmographie sowie Selbstbericht – die Wirkung einer experimentellen Bedingung (das heißt: Aversive Elektroschock-Therapie) mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung. Die Beschreibung der genannten Studien erfolgt hier in dem Bewusstsein, dass die getesteten Interventionen heute allein aus ethischen Gründen nicht mehr durchgeführt werden dürften (s.o.), um zu verdeutlichen, was sich hier hinter dem irreführenden Begriff „Therapie“ verbirgt und welche methodischen Probleme die Studien aufweisen.

Die Arbeiten von McConaghy vergleichen Konditionierungsinterventionen mit dem Ziel der Reduktion homosexuellen Verhaltens gegeneinander. Als Versuchsteilnehmer rekrutierten die Autoren Patienten, die über homosexuelle Gefühle berichteten und angaben, darunter zu leiden. In der ersten Studie (1969) verglich McConaghy in einem randomisierten Zwei-Gruppen-Between-Subjects-Design⁵ an vierzig Probanden die Wirksamkeit einer aversiven Elektroschock-Therapie mit jener einer aversiven Apomorphin-Behandlung. In beiden aversiven Interventionen wurden die aversiven Stimuli gemäß eines genau definierten Studiendesigns mit homosexuell zuzuordnenden Stimuli (Darbietung von Leinwandprojektionen halbnackter und nackter Männer oder Wörter und Sätze) gekoppelt, sodass in beiden Fällen der lerntheoretisch begründete Konditionierungsprozess erfolgen sollte. Im Vergleich unterschieden sich beide Verfahren nicht hinsichtlich der effektiven Veränderung in Richtung heterosexueller Reagibilität im Selbstbericht und in der penisplethysmographischen Messung. Allerdings wurde eine Abnahme des Ansprechens auf sexuelle Stimuli insgesamt gemessen. In der zweiten Studie (1972) verglichen McConaghy und Kollegen in einem randomisierten Zwei-Gruppen-Between-Subjects-Design an weiteren vierzig Probanden die Wirksamkeit einer antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie mit jener einer aversiven Apomorphin-Behandlung. In der antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie wurden die Probanden aufgefordert, Darbietungen von halbnackten und nackten Männern so lange auf der Projektionsfläche zu belassen, wie sie diese Darbietung attraktiv finden und dann einen Schalter zu betätigen. Das antizipatorische Vermeidungsverhalten wurde dadurch erreicht, dass die Probanden, wenn sie die Darbietung nach acht Sekunden nicht gewechselt hatten, einen zunehmend stärkeren Elektroschock (von 20 bis 150 Volt) erhielten. Bei beiden aversiven Interventionen (Elektroschock sowie Übelkeit auslösende subkutane Apomorphingabe) wurden die aversiven Stimuli gemäß eines genau definierten Studiendesigns mit homosexuell zuzuordnenden Stimuli (Darbietung

⁵ Ein randomisiertes Between-Subjects-Design bezeichnet ein experimentelles Setting, in dem eine unabhängige Variable variiert wird (das bedeutet in unserem Falle, dass die zufällig den beiden Gruppen zugewiesenen Teilnehmer in der einen Gruppe alle einer aversiven Elektroschock-Therapie und in der anderen Gruppe alle einer aversiven Apomorphin-Behandlung unterzogen werden) und dann die beiden Gruppen miteinander verglichen werden (das bedeutet in unserem Falle hinsichtlich ihrer Effektivität in der Reduktion homosexuellen Verhaltens).

von Leinwandprojektionen halbnackter und nackter Männer oder Wörter und Sätze) gekoppelt, sodass in beiden Fällen der lerntheoretisch begründete Konditionierungsprozess erfolgen sollte. Auch hier zeigte sich eine Abnahme des Ansprechens auf sexuelle Stimuli insgesamt, d.h. auch auf weibliche Stimuli. Im Vergleich unterschieden sich beide Verfahren nicht. In der dritten Studie (1973) verglichen McConaghy und Barr in einem randomisierten Drei-Gruppen-Between-Subjects-Design an weiteren sechszwanzig Probanden die Wirksamkeit einer klassischen Elektroschock-Konditionierung mit der einer antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie sowie mit der einer sogenannten rückwärts-konditionierenden Elektroschock-Therapie. In der klassischen Elektroschock-Konditionierungs-Bedingung wurden den Probanden Bilder halbnackter und nackter Männer gezeigt und unmittelbar vor und nach der Entfernung mit Elektrostößen gekoppelt. In der antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie-Bedingung folgte die Prozedur der oben beschriebenen, in der Rückwärtskonditionierungs-Bedingung wurde zuerst ein Elektroschock verabreicht, dem dann Bilder halbnackter und nackter Männer folgten. Die Hälfte der Männer berichtete, dass sich gleichgeschlechtliche sexuelle Erregung vermindert habe. Im Vergleich unterschieden sich die drei Verfahren nicht. In der vierten hier vorgestellten Studie (1976) verglich McConaghy in einem randomisierten Zwei-Gruppen-Between-Subjects-Design an weiteren einunddreißig Probanden die Wirksamkeit einer aversiven Elektroschock-Therapie mit jener einer positiven Konditionierung. In der positiven Konditionierungs-Bedingung wurden Bilder halbnackter und nackter Frauen dargeboten, denen dann (als „positive Verstärkung“ / „Belohnung“) für eine sehr kurze Zeit Bilder halbnackter und nackter Männer oder Darstellungen heterosexueller Paare folgten. Im Vergleich unterschieden sich beide Verfahren nicht hinsichtlich der effektiven Veränderung in Richtung heterosexueller Reagibilität in der penisplethysmographischen Messung. Im Selbstbericht zeigte sich ein Trend, dass Teilnehmer der aversiven Elektroschock-Therapie eher eine Reduktion ihrer homosexuellen Gefühle berichteten.

Bei den Arbeiten von Tanner (1974; 1975) handelt es sich um zwei Studien, in denen jeweils eine Interventionsgruppe mit einer No-Treatment-Kontrollgruppe verglichen wurde. In der ersten Arbeit (1974) wurden acht Probanden einer aversiven Elektroschock-Therapie unterzogen und mit acht Probanden auf einer Warteliste verglichen. In der zweiten Arbeit (1975) wurden zehn Probanden, die bereits an einer aversiven Elektroschock-Therapie teilgenommen hatten, entweder einer sogenannten „Booster“-Bedingung zugeführt, das heißt, dass sie fünf weitere aversive Elektroschock-Therapie-Einheiten über ein Jahr verteilt erhielten, oder sie wurden einer No-Treatment-Kontrollbedingung zugeführt. Hinsichtlich der penis-plethysmographisch erhobenen physiologischen Reaktion bei der Darbietung von Bildern von Männern sowie bei

selbstberichteten homosexuellen Erregungen ließ sich eine Reduktion für Probanden der aversiven Elektroschock-Therapie feststellen. Weiterhin gaben die acht Probanden an, mehr sexuelle Interaktionen mit Frauen gehabt zu haben. Auch erwies sich die „Booster“-Bedingung als überlegen.

Hinsichtlich der Gesamtbewertung der experimentellen Studien kann zunächst festgestellt werden, dass es für therapeutische oder medizinische Erfolge oft ausreicht, dass Menschen überhaupt eine Intervention erhalten. Dieser sog. „Placebo“-Effekt erklärt, warum ein Design, bei dem eine Intervention gegen eine passive No-Treatment-Kontrollgruppe getestet wird (und nicht gegen eine *aktive* Kontrollgruppe), eigentlich keine fundierten Aussagen über Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen treffen kann. Allein der Umstand, dass die von der Arbeitsgruppe um McConaghy mit dem Fokus auf der Behandlung der nicht erwünschten Homosexualität untersucht wurde, könnte alternativ erklären, warum diese Studien im Prä-Post-Vergleich eine Veränderung gezeigt haben. Deswegen, wegen ihrer geringen Probandenzahl und wegen der gemessenen Outcome-Kriterien können diese Studien nicht als Indikator für eine Veränderung der homosexuellen Orientierung verwendet werden. Die mittels Penisplethysmographie sowie Selbstbericht erhobenen Änderungen wurden allerdings in der Gesamtbewertung auch von McConaghy selbst nicht als Indikatoren für Änderungen der homosexuellen Orientierung interpretiert (“The aversive therapies investigated in the four studies reported would appear not to have altered the patients’ sexual orientation.” Mc Conaghy, 1976, S. 563).

Tanner wiederum verwendete für seine Studien extrem kleine Stichproben. Physiologisch messbare Ansprechbarkeit durch gleichgeschlechtliche Stimuli wurde reduziert, jedoch nicht die durch andersgeschlechtliche Stimuli gesteigert. Dennoch berichteten manche Probanden von einer erhöhten Frequenz sexueller Interaktionen mit Personen des anderen Geschlechts. Trotz Einführung einer passiven No-Treatment-Kontrollgruppe gilt hinsichtlich des Placebo-Effekts dasselbe Argument wie weiter oben ausgeführt. Insgesamt sprechen die Ergebnisse der experimentellen Studien dafür, dass physiologisch messbare Erregbarkeit durch gleichgeschlechtliche Stimuli sowie die durch Probanden selbst berichtete sexuelle Ansprechbarkeit durch die genannten unethischen Methoden einer Aversionstherapie (Elektroschock oder Übelkeitsinduktionen) zumindest kurzfristig verändert werden können. Dies gilt jedoch nur für einen Teil der Probanden und ist nicht als Veränderung der sexuellen Orientierung zu interpretieren, schon gar nicht als dauerhafte. Die Grundlage für die gefundenen Veränderungen stellen zudem sehr kleine, selektive Stichproben dar, die von nur zwei Arbeitsgruppen untersucht wurden.

4.3 Quasiexperimentelle Studien

In Übereinstimmung mit der „Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation“ der American Psychological Association (2009) berücksichtigen wir drei quasi-experimentelle Untersuchungen, die in ihrer Ausrichtung ebenfalls einem verhaltenstherapeutisch bzw. lerntheoretisch begründeten Paradigma zuzuordnen sind. In diesen quasi-experimentellen Studien wurden Probanden, die sich freiwillig zu einer SOCE entschlossen, jeweils mit einer nicht vergleichbaren, nicht zufällig zugewiesenen Kontrollgruppe verglichen. Bei Birk et al. (1971) zeigt sich, dass sich nach Teilnahme an einer aversiven Elektroschock-Therapie die Selbstberichte der Patienten dahingehend veränderten, dass weniger homosexuelle und mehr heterosexuelle Aktivität als in der aktiven Kontrollgruppe berichtet wurde. Bei James (1978) zeigte sich eine systematische Desensibilisierung (Visualisierung unter Hypnose von insbesondere heterosexuellen Situationen mit dem Ziel der Angsthabituation) effektiver in der berichteten Reduktion von homosexuellen Fantasien, Interessen und Verhaltensweisen als eine antizipatorische Vermeidungs-Elektroschock-Therapie. Demgegenüber beobachteten McConaghy und Kollegen (1981), dass sich die systematische Desensibilisierung in ihrer Effektivität nicht von der antizipatorischen Vermeidungs-Elektroschock-Therapie unterscheidet. Adams und Sturgis (1977) werteten in ihrer systematischen Übersicht für den damaligen Zeitraum bei 50% der 124 in quasi-experimentellen Studien eingeschlossene Probanden eine berichtete veränderte sexuelle Ansprechbarkeit durch gleichgeschlechtliche Stimuli. Angesichts der nicht vergleichbaren Kontrollgruppen lassen sich allerdings die berichteten Veränderungen nicht kausal auf die Interventionen zurückführen.

4.4 Nicht-experimentelle Studien

Wie oben geschildert, handelt es sich bei den nicht-experimentellen Studien um Einzelfallberichte, Prä-Post-Vergleiche ohne Kontrollgruppe sowie retrospektive Pre-Tests, die dann mit einem Post-Interventionswert verglichen werden. Letztere sind gerade dann besonders problematisch, wenn sie Proband_innen untersuchen, die aus einer Behandlung noch nicht ausgeschieden sind. Die der Intervention treu Gebliebenen schätzen am Ende der Behandlung ein, wie stark sie die Ausprägung ihrer homosexuellen Orientierung vor der Behandlung erinnern und wie stark nach der Intervention. Hier ist offensichtlich eine starke Verzerrungstendenz (heuristische Fehler: Goldstein & Gigerenzer, 2009; Tversky & Kahneman, 1974; vgl. auch Abschnitt 4.1) möglich.

In die Gruppe der nicht-experimentellen Studien fällt eine große Anzahl von Studien, die unter Labels wie „conversion therapy“ (zum Beispiel: Schroeder & Shidlo, 2001; Shidlo & Schroeder, 2002; Nicolosi & Byrd, 2000; Spitzer, 2003) oder „reorientation therapy“ (zum Beispiel: Flentje et al., 2013; Maccio, 2011) eine Vielzahl von Einzel- und Gruppeninterventionen fassen, denen einzig das Ziel der Veränderung der homosexuellen in eine heterosexuelle Richtung gemein scheint. Weiterhin finden sich explizit religiös begründete Ansätze (zum Beispiel: Dehlin et al., 2014) und teilweise religiös eingebettete personenzentrierte Ansätze (zum Beispiel: Borowich, 2008 oder: Beckstead & Morrow, 2004). Die Mehrzahl der genannten Studien beobachtet keine Effekte der untersuchten Interventionsmaßnahmen auf die nachhaltige und mittel- bis langfristige Veränderung einer homosexuellen Orientierung in Richtung einer heterosexuellen Orientierung. Ausnahmen hierbei stellen Nicolosi & Byrd (2000), die Studie von Spitzer (2003) sowie Santero, Whitehead & Ballesteros (2018) dar.

Nicolosi & Byrd (2000) untersuchten in einer querschnittlichen Studie 882 mit ihrer Homosexualität unzufriedene Proband_innen, von denen 726 eine „Konversionstherapie“ bei Therapeut_innen oder kirchlichen Berater_innen besuchten. Die Autoren berichten, dass 35% *keine* erinnerte Änderung in ihrer sexuellen Orientierung beschreiben. In einer ähnlichen Untersuchung beschreibt Spitzer (2003; siehe dazu auch weiter unten), dass bei seinen 200 querschnittlich untersuchten homosexuellen Proband_innen die erinnerte Veränderung nach einer „Reparativen Therapie“ bei Psycholog_innen, kirchlichen Berater_innen oder Psychiater_innen signifikant sei. Beide Studien (Nicolosi & Byrd, 2000; Spitzer, 2003) zeigen, dass diese Form der querschnittlichen Datenerhebung, bei der Proband_innen retrospektiv gebeten werden, ihr erinnertes homosexuelles Verhalten zu beschreiben, nicht den notwendigen wissenschaftlichen Kriterien standhalten kann. Die hohe Anzahl konfundierender Variablen (um nur zwei zu nennen: Verzerrung, Placebo-Effekt) lässt kaum eine Aussage zur Evidenz, schon gar nicht zur kausalen Evidenz der hier in beiden Studien nicht operationalisierten Interventionen zu. Aus den beiden Studien können wir weder schließen, wie Verhalten, Identität und sexuelle Attraktion der Proband_innen vor dem Besuch einer Konversions- oder Reparativen Therapie wirklich waren, noch lässt sich replizierbar identifizieren, was im Rahmen dieser sogenannten Therapie von wem wie durchgeführt wurde, noch lässt sich irgendetwas über die Abbrecher_inne, geschweige denn die Kausalität feststellen. Insbesondere die Spitzer-Studie löste eine breite Kontroverse aus, die den Autor – leider erst viele Jahre später – dazu brachte, sich bei der LGBTI Community zu entschuldigen und die zentrale methodische Schwäche dieses Studientyps einzuräumen: „[T]he simple fact is that there was no way to determine if the participants' accounts of change were valid. I believe, I owe the gay community an apology for my study making unproven claims of the efficacy of reparative therapy. I also apologize to any gay person

who wasted time and energy undergoing some form of reparative therapy because they believed that I had proven that reparative therapy works with some ‚highly motivated‘ individuals“ (Spitzer, 2012). Die genannte Methodenkritik, einschließlich der Bedeutung sozialer Erwünschtheit und des Placebo-Effekts, gilt auch für neuere nicht-experimentelle Studien, die zu dem Ergebnis kommen, dass ein Teil insbesondere der religiös engagierten und überzeugten Homosexuellen davon berichten, dass SOCE ihre sexuelle Orientierung verändert habe (Santero, Whitehead, & Ballesteros, 2018), was sich auch in longitudinalen Studien zeigen lasse (Jones & Yarhouse, 2007, 2011).

Hinsichtlich der Gesamtbewertung der nicht-experimentellen Studien lässt sich festhalten, dass diese in keinem Fall dem Goldstandard randomisiert-kontrollierter Studien folgen und methodisch eine Vielzahl an Mängeln aufweisen. So sind beispielsweise das retrospektive Erfragen der früheren eigenen homosexuellen Orientierung, das Nicht-Einbeziehen einer (bestenfalls) randomisiert zugewiesenen aktiven und passiven Kontrollgruppe, das nicht exakte Dokumentieren der durchgeführten SOCE-Interventionen, die Selektivität der hoch motivierten Stichprobenauswahl einige schwerwiegende methodische Mängel dieser Form von Studien.

5. Hinweise auf schädliche Wirkungen von SOCE

Bemühungen, die darauf abzielen, die sexuelle Orientierung eines Menschen gezielt zu beeinflussen, sind *nicht indiziert*, weil Homosexualität keine Störung oder gar Krankheit ist; und sie sind *nicht aussichtsreich*, wie die Auseinandersetzung mit der Evidenz für die mögliche Wirksamkeit von SOCE im letzten Abschnitt belegt. Im Folgenden soll die Frage beantwortet werden, welche Hinweise es auf schädliche (Neben-)Wirkungen gibt. Zu unterscheiden sind dabei *individuelle schädliche Wirkungen*, die als Folge der Intervention bei deren Adressatinnen und Adressaten auftreten können (5.1); und *gesellschaftliche schädliche Wirkungen*, die durch Angebot, Durchführung und Vermittlung von sowie Werbung für SOCE durch Pathologisierung, Diskriminierung und Stigmatisierung bei Angehörigen sexueller und geschlechtlicher Minoritäten hervorgerufen werden können (5.2).

5.1 Individuelle schädliche Wirkungen

Zu jeder Therapieevaluation gehört neben der Untersuchung der Wirksamkeit auch die Betrachtung von schädlichen Nebenwirkungen. Leider ist dies bei fast allen experimentellen und quasi-experimentellen Studien unterblieben. In lediglich einer einzigen der frühen Experimentalstudien (McConaghy & Barr, 1973) wurde auch über schädliche Effekte berichtet: Von den 46

Probanden verlor einer im Therapieverlauf jedes sexuelle Interesse, zwei litten an schweren und vier an leichten Depressionen. Die Nebenwirkungsrate lag damit bei immerhin 15%. Wie bereits berichtet, sind gerade die älteren Studien von hohen Dropout-Raten gekennzeichnet. Auch diese können als Hinweise auf negativ erlebte Wirkungen gelesen werden.

Der Großteil der expliziten Berichte über negative Effekte stammt jedoch aus den nicht-experimentellen Studien. Daher gelten dieselben methodischen Einschränkungen wie in Zusammenhang mit der Untersuchung der Wirksamkeit: Die nicht-experimentellen Studien sind nicht geeignet, um Kausalaussagen zu treffen – also zu belegen, dass aufgetretene Nebenwirkungen *ursächlich* durch die Intervention hervorgerufen wurden. Gleichwohl dokumentieren diese Studien, dass sich zahlreiche Proband_innen durch die an ihnen vorgenommenen Interventionsversuche geschädigt fühlen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über eine Auswahl der berichteten negativen Effekte. Insbesondere Angst, Depression, Suizidalität sowie internalisierte Homophobie und Selbsthass wurden vielfach genannt. Aber auch von Problemen in der Partnerschaft und in der Familie, von Alkohol- und Substanzmissbrauch, von Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit etc. war die Rede.

Tabelle 1: Auswahl möglicher negative Effekte von SOCE

Negative Effekte	Studien
Angst	Bancroft 1969; Quinn et al. 1970; Thorpe et al. 1964; Dehlin et al. 2015; Flentje et al 2013; Weiss et al 2010
Depression	Bancroft 1969; Quinn et al. 1970; Thorpe et al. 1964; Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002; Dehlin et al. 2015; Flentje et al 2013; Weiss et al 2010
Suizidalität	Bancroft 1969; Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002; Flentje et al 2013; Weiss et al 2010
Beziehungsprobleme	Bancroft 1969; Shidlo & Schroeder 2002; Borowich 2008; Weiss et al 2010
Alkoholmissbrauch, Substanzmissbrauch	Herman & Prewett 1974; Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002
Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit	Beckstead & Morrow 2004; Fjelstrom et al. 2013
Selbsthass, internal. Homophobie	Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002, Smith et al. 2004; Dehlin et al. 2015; Weiss et al 2010

Neben diesen direkten negativen Folgen werden in der Literatur auch indirekte negative Folgen genannt, die aus den erfolglosen Interventionen für Adressat_innen mittelbar entstehen. Zu nennen sind hier insbesondere der finanzielle, der zeitliche und der emotionale Aufwand, den Adressat_innen angesichts falscher Therapieversprechen initial zu leisten bereit sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Datenlage zu negativen Folgen von SOCE ähnlich problematisch ist, wie zur Wirksamkeit: die Daten lassen kaum Kausalaussagen zu. Die zahlreichen Berichte über negative Erfahrungen mit SOCE in nicht-experimentellen Studien lassen jedoch den Schluss zu, dass durch die Durchführung von SOCE (wie bei anderen Interventionen auch) das Risiko unerwünschter Wirkungen besteht, welches nicht zuletzt Ängste, Depressionen und Suizidalität mit einschließt.

5.2 Gesellschaftliche Wirkungen

Neben den genannten individuellen Wirkungen auf die Adressat_innen ist davon auszugehen, dass SOCE durch Stigmatisierungsprozesse (vgl. zusammenfassend z.B. APA, 2009, S. 16ff.) auch über das unmittelbare Interventionsgeschehen hinaus Angehörige sexueller Minderheiten schädigen kann (Mahler & Mundle, 2015; Weiss et al., 2010), somit die Existenz von SOCE gesellschaftliche Wirkungen entfalten kann. Als theoretischen Rahmen zur Erklärung solcher Prozesse entwickelte Meyer (2003) das mittlerweile breit rezipierte Modell des „Minority Stress“. Meyer beschreibt spezifische Stressoren für sexuelle Minderheiten als „unique“, „chronic“ und „socially based“ (S. 4) – das heißt, sie betreffen ausschließlich die genannten Minderheiten, sind vergleichsweise stabil und gesellschaftlich bedingt. Kerngedanke der Theorie des Minority Stresses ist, dass die z.T. erheblichen Unterschiede in der psychischen Gesundheit von hetero- und homosexuellen Menschen nicht in der Homosexualität selbst begründet liegen, sondern als direkte Folge von Stigmatisierungsprozessen anzusehen sind. Hatzenbuehler et al. (2016, S. 3) unterscheiden bei diesen Stigmatisierungsprozessen individuelle, interpersonelle und strukturelle Faktoren. In Zusammenhang mit SOCE sind Folgen individueller und interpersoneller Stigmatisierungsprozesse bereits unter 5.1 beschrieben worden. Strukturelle Stigmatisierungsprozesse sind übergeordnete kulturelle und institutionelle Normen und Werte, welche die Möglichkeiten, Ressourcen und das Wohlbefinden sexueller Minderheiten beeinträchtigen (ebd., S. 4). Das prinzipielle Angebot von SOCE und damit die Suggestion einer gezielten Veränderungsmöglichkeit der sexuellen Orientierung kann als ein derartiger struktureller Stigmatisierungsprozess interpretiert werden, der zu schädlichen Mechanismen bei Betroffenen führen kann (Mahler & Mundle, 2015; Weiss et al., 2010) – selbst dann, wenn die SOCE als „ergeb-

nisoffen“ deklariert werden. Als stigma-induzierende Mechanismen, die auf die psychische Gesundheit wirken, werden u.a. permanente Wachsamkeit der Betroffenen, eine grüblerische Selbstbefassung, Einsamkeit und physiologische Stressreaktionen beschrieben („Vigilance“, „Rumination“, „Loneliness“, Physiologic Mechanisms Related to Stress Response“; Hatzenbuehler, 2016, S. 6). Wie sehr institutionelle Normen und Werte vermittelt Minority Stress das Wohlbefinden nicht-heterosexueller Menschen beeinträchtigen kann, zeigen Arbeiten, die für nicht-heterosexuelle Mitglieder spezifischer Glaubensgemeinschaften höhere Werte internalisierter Homophobie und auch höhere Werte von Depression zeigen (s. u.a. Barnes & Meyer, 2012; Crowell et al., 2015). Dass das Angebot von SOCE insbesondere innerhalb von Religionsgemeinschaften zu einem derartigen Minority Stress beitragen kann, ist als zumindest wahrscheinlich einzuschätzen, insinuieren solche Angebote doch die Notwendigkeit der Veränderung der eigenen sexuellen Orientierung, das heißt: die Inkompatibilität der eigenen Identität mit der normativen Vorstellung der Religionsgemeinschaft über sexuelle Orientierung.

6. Gesamtbeurteilung und Beantwortung der Fragestellungen

Über verschiedene Kulturen hinweg ist die überwiegende Mehrheit der Menschen gegengeschlechtlich sexuell aktiv, eine Minderheit ausschließlich oder nicht ausschließlich gleichgeschlechtlich. Zahlreiche Studien zeigen, dass die sexuelle Orientierung bei vielen Menschen im Lebensverlauf relativ stabil ist. Längsschnittstudien belegen zwar, dass manche Menschen im sexuellen Selbsterleben eine gewisse Flexibilität (auch: „Fluidität“) aufweisen, jedoch ist diese selten und meist eher moderat, und sie ist nicht Ergebnis bewusster Entscheidungen. Die sexuelle Orientierung ist als ein Konzept mit unterschiedlichen Dimensionen zu verstehen. Zu unterscheiden sind insbesondere die gleichgeschlechtliche sexuelle Attraktion, gleichgeschlechtliches Verhalten, eine homosexuelle Identität sowie gleichgeschlechtliche physiologische Erregbarkeit. Diese Dimensionen können in eins fallen, müssen es jedoch nicht.

Die Ätiologie sexueller Orientierung wird heute überwiegend als multi-kausal angesehen, wobei konstitutionelle Faktoren in den Erklärungen überwiegen (z.B. Genetik, Gen-Umwelt Interaktion). Empirisch, sexualwissenschaftlich, soziologisch, psychologisch und medizinisch gibt es keine Hinweise darauf, dass Homosexualität eine Störung oder gar Krankheit ist. Daher haben sich alle relevanten Fachgesellschaften seit Langem deutlich gegen eine Pathologisierung ausgesprochen. Aus medizinisch-psychotherapeutischer Sicht fehlt damit jegliche Indikation für eine Intervention.

Das Vorgehen bei den in diesem Gutachten analysierten „Sexual Orientation Change Efforts“ (SOCE) zeigt, auf welche Irrwege sich Medizin und Psychotherapie, aber auch Laien begeben

können, wenn sie primär normativ, rechtlich, politisch oder religiös begründete Ziele verfolgen. Nach der Ära unmenschlicher Zwangskastrationen wurden ab den 1960er Jahren u.a. Interventionen durchgeführt, die schon allein aufgrund ihrer konkreten Praktiken ebenfalls als unmenschlich anzusehen sind, nämlich solche, die aversive, den Körper und die Psyche verletzende Maßnahmen verwendeten. Auch die Anwendung der Penisplethysmografie als Messmethode stellte einen nicht unerheblichen Eingriff in die körperliche und seelische Integrität einer Untersuchungsperson dar. Auch die auf den ersten Blick diskreteren, feindseligen Mutmaßungen bestimmter psychoanalytischer Theorien und die damit verbundenen Interventionen und Haltungen gegenüber nicht-heterosexuellen Menschen entbehren der notwendigen Wissenschaftlichkeit und haben sich gleichzeitig in hohem Maße diskriminierend ausgewirkt. Religiöse Einstellungen und Haltungen des Glaubens können mit wissenschaftlichen Methoden weder bestätigt noch widerlegt werden. Wohl aber lässt sich zeigen, wenn sie mit der Diskriminierung sexueller Minderheiten einhergehen oder wenn ihre religiös begründeten Versprechungen sich nicht halten lassen.

Die Wirksamkeit unterschiedlicher Formen von SOCE wurde in einer Reihe wissenschaftlicher Studien untersucht. Gegen diese Studien existieren zahlreiche methodische Einwände. Die wenigen experimentellen und quasi-experimentellen Studien stammen aus den 1960/70er Jahren und untersuchen Interventionen, die aus heutiger Sicht als unethisch gelten müssen (sog. Aversionstherapien, s.o.). Jüngere, nicht-experimentelle Studien untersuchen zwar Interventionen, die heute noch durchgeführt werden, beschreiben und kontrollieren diese jedoch nicht hinreichend. Vor allem in Studien, die in den letzten 20 Jahren publiziert wurden, bestehen deutliche Bedenken u.a. hinsichtlich starker Selektionsverzerrungen und der Abhängigkeit von Daten aus Selbstberichten. Neben zahlreichen methodischen Einschränkungen eignen sich die nicht-experimentellen Studien jedoch v.a. nicht dazu, Kausalaussagen zu treffen.

Einen wichtigen, historisch bedeutsamen Paradigmenwechsel leitete in dieser Hinsicht die Studie von Robert L. Spitzer ein. Spitzer, der sich einst dafür ausgesprochen hatte, die Homosexualität aus dem DSM zu streichen, der aber später mit seiner Studie zur Auffassung gelangt war, homosexuelle Orientierung lasse sich therapeutisch verändern, räumte schließlich ein, dass die methodischen Schwächen seiner Studie diesen Schluss gar nicht zulassen und entschuldigte sich bei denjenigen, denen er fälschlicherweise Hoffnungen gemacht hatte. Spitzer gestand damit einen medizinisch-psychotherapeutischen Irrtum ein.

Insgesamt lässt keine der uns bekannten Studien den Schluss zu, dass die sexuelle Orientierung durch SOCE dauerhaft verändert werden kann. Verändert werden können bestenfalls Einzeldimensionen der sexuellen Orientierung, wie etwa gleichgeschlechtliche Verhaltensweisen oder

die Berichte über sexuelle Anziehung oder Selbst-Identifikation in der Öffentlichkeit (Beantwortung von Fragestellung 1).

Gleichzeitig gibt es deutliche Hinweise darauf, dass SOCE mit dem Risiko negativer Wirkungen bezogen auf das Individuum (so z.B. Depressivität, Angst, Suizidalität, sexuelle und Beziehungsprobleme) einhergeht. Zudem unterstützen Konversionstherapien implizit und explizit aber auch die Diskriminierung von nicht-heterosexuell orientierten Menschen und haben damit eine auch gesellschaftlich eine schädliche Wirkung (Beantwortung von Fragestellung 2).

Inzwischen werden die gesundheitsökonomischen Kosten von Diskriminierung bzw. der wirtschaftliche Nutzen von Antidiskriminierung berechnet. Eine Studie der Weltbank berechnet die Kosten von Diskriminierung auf der Grundlage der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität in Indien auf jährlich bis zu 30 Milliarden Dollar (Patel, 2014). Eine weitere Studie in 39 Ländern schätzt die Kosten durch Vorurteile und Diskriminierung auf bis zu 3% des Bruttoinlandsprodukts eines Landes (Badgett, Nezhad, Waaldijk, & van der Meulen, 2014). Kostenschätzungen, die sich auf die Auswirkungen von Konversionstherapien direkt beziehen gibt es nach unserem Wissen nicht.

Angesichts der fehlenden Indikation, des fehlenden Nachweises einer Wirkung auf das Zielkriterium sowie des breit gefächerten Spektrums individueller und gesellschaftlicher negativer Wirkungen fehlt für die Durchführung von SOCE aus medizinisch-psychotherapeutischer und sexualwissenschaftlicher Sicht die Evidenz.

7. Empfehlungen aus sexualwissenschaftlicher psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht

Wir haben bis hierhin die folgenden Feststellungen getroffen, die wir als Ausgangspunkt unserer Empfehlungen wie folgt zusammenfassen:

- Nichtheterosexuelle Orientierungen wie Homosexualität sind normale Varianten menschlicher sexueller Orientierungen und keine psychischen Störungen.
- Es fehlt daher die Indikation für eine medizinisch-psychotherapeutische Behandlung oder Interventionen wie SOCE.
- Für die bekannten Interventionen gibt es keine wissenschaftlich fundierten Wirksamkeitsnachweise im Sinne der Änderung der sexuellen Orientierung aber Hinweise auf individuelle und gesellschaftliche negative Folgen.
- Wenn es zu einer psychischen Belastung durch nicht-heterosexuelle Orientierung kommt, so kann diese Belastung Ausgangspunkt einer Beratung oder Therapie sein, die jedoch nicht zum Ziel haben darf, die sexuelle Orientierung zu verändern. Vielmehr sollte versucht

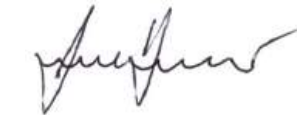
werden, die Symptombelastung (z.B. durch Depression) zu verringern. Dies kann z.B. im Rahmen einer professionellen Beratung, Psychotherapie oder auch in Selbsthilfegruppen erfolgen.

- Professionelle Beratung, Psychotherapie oder Selbsthilfegruppe müssen keineswegs im Widerspruch zur Ausübung religiöser oder spiritueller Praxis stehen. Es sollte dann darum gehen, mögliches konflikthafte Erleben, das sich durch religiöse oder spirituelle Praxis bei nicht-heterosexueller Orientierung ergibt, zu verringern ohne auf eine Änderung der sexuellen Orientierung hinzuwirken.
- Die sich durch gesellschaftliche Haltungen zu nicht-heterosexuellen Orientierungen ergebenden individuellen Stressoren (so genannter Minority Stress) sollten durch Maßnahmen auf mehreren Ebenen möglichst weitgehend reduziert werden. Dies kann affirmative psychotherapeutische Ansätze mit einschließen, für deren Wirksamkeit inzwischen auch eine kontrollierte Studie vorliegt (Pachankis et al. 2015), sowie gesellschaftlich-politische und pädagogische Prozesse (z.B. im Rahmen des Schulunterrichts).
- Dazu werden intensive Bemühungen im Bereich von medizinischer, psychologischer, psychotherapeutischer und pädagogischer Aus- und Weiterbildung notwendig.
- Empfohlen werden zudem Maßnahmen gesellschaftlicher Aufklärung darüber, dass es sich bei nicht-heterosexuellen Orientierungen um normale Varianten menschlicher Sexualität und nicht um Pathologien handelt. Vermittelt werden sollten zudem die negativen Auswirkungen von Diskriminierung und Stigmatisierung. Diese Maßnahmen sollten gezielt auch Familien mit ansprechen.
- Zukünftige Forschung sollte aus ethischen Gründen von weiterer Erforschung von SOCE Abstand nehmen und sich der Erforschung von Minority Stress sowie von affirmativen therapeutischen Angeboten widmen.

Hamburg, den 10.07.2019



Prof. Dr. med. P. Briken
Direktor



Prof. Dr. phil. A. Dekker
Stellv. Institutsdirektor



Dr. rer. nat. K. M. Reininger
Ambulanzleiter IfP

8. Literaturverzeichnis

- Adams, H. E., & Sturgis, E. T. (1977). Status of behavioral reorientation techniques in the modification of homosexuality: A review. *Psychological Bulletin*, 84, 1171–1188. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.84.6.1171>
- APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation [APA]. (2009). *Report of the task force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation*. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved from: <http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/>
- Badgett, M. V. L., Nezhad, S., Waaldijk, C., & Meulen, R. Y. (2014). The relationship between LGBT inclusion and economic development: An analysis of emerging economies. Los Angeles, CA: The Williams Institute, UCLA School of Law. Retrieved from: <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/lgbt-inclusion-and-development-november-2014.pdf>
- Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E., & Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, controversy, and science. *Psychological Science in the Public Interest*, 17, 45–101. <https://doi.org/10.1177/1529100616637616>
- Bancroft, J. (1969). Aversion therapy of homosexuality: A pilot study of 10 cases. *British Journal of Psychiatry*, 115, 1417–1431. <https://doi.org/10.1192/bjp.115.529.1417>
- 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, 505–515. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01185.x>
- Beckstead, A. L., & Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, 32, 651–690. <https://doi.org/10.1177/0011000004267555>
- Bergner, M. (1995). *Setting love in order: Hope and healing for the homosexual*, Grand Rapids, MI: Baker Books.
- Birk, L., Huddleston, W., Miller, E., & Cohler, B. (1971). Avoidance conditioning for homosexuality. *Archives of General Psychiatry*, 25, 314–323. <https://doi.org/10.1001/arch-psyc.1971.01750160026005>
- Borowich, A. (2008). Failed reparative therapy of orthodox Jewish homosexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 12, 167–177. <https://doi.org/10.1080/19359700802111072>

- Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., ... & Reed, G. M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 672–679. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.135541>
- Comiskey, A. (1989). *Pursuing sexual wholeness: How God heals the homosexual*, Lake Mary, FL: Charisma House.
- Crowell, K. A., Galliher, R. V., Dehlin, J., & Bradshaw, W. S. (2015). Specific aspects of minority stress associated with depression among LDS affiliated non-heterosexual adults. *Journal of Homosexuality*, 62, 242–267. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.969611>
- Dehlin, J. P., Galliher, R. V., Bradshaw, W. S., Hyde, D. C., & Crowell, K. A. (2015). Sexual orientation change efforts among current or former LDS church members. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 95–105. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000011>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5, 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Fjelstrom, J. (2013). Sexual orientation change efforts and the search for authenticity. *Journal of Homosexuality*, 60, 801–827. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.774830>
- Flentje, A., Heck, N. C., & Cochran, B. N. (2013). Sexual reorientation therapy interventions: perspectives of ex-ex-gay individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17, 256–277. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.773268>
- Freud, S. (1973). Studienausgabe (Band VII: Zwang Paranoia und Perversion). Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Goldstein, D. G. & Gigerenzer, G. (2009). Fast and frugal forecasting. *International Journal of Forecasting*, 25, 760–772. <https://doi.org/10.1016/j.ijforecast.2009.05.010>
- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics*, 63, 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
- Herman, S. H., & Prewett, M. (1974). An experimental analysis of feedback to increase sexual arousal in a case of homo- and heterosexual impotence: A preliminary report.

Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 5, 271–274.

[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(74\)90077-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(74)90077-9)

James, S. (1978). Treatment of homosexuality: II. Superiority of desensitization/arousal as compared with anticipatory avoidance conditioning: Results of a controlled trial. *Behavior Therapy*, 9, 28–36. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(78\)80051-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(78)80051-3)

Jones, T. W., Brown, A., Carnie, L., Fletcher, G., & Leonard, W. (2018). Preventing harm, promoting justice. Responding to LGBT conversion therapy in Australia. Melbourne: GLHV@ARCSHS and the Human Rights Law Centre. Retrieved from: <https://www.hrlc.org.au/s/LGBT-conversion-therapy-in-Australia-v2.pdf>

Jones, S. L., & Yarhouse, M. A. 2007. *Ex-gays? A longitudinal study of religiously mediated change in sexual orientation*, Downers Grove, IL: InterVarsity Press.

Jones, S. L., & Yarhouse, M. A. (2011). A longitudinal study of attempted religiously mediated sexual orientation change. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37, 404–427. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.607052>

Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T. J. (1985). Sexual orientation: A multi-variable dynamic process. *Journal of Homosexuality*, 11, 35–49. https://doi.org/10.1300/J082v11n01_04

Långström, N., Rahman, Q., Carlström, E., & Lichtenstein, P. (2010). Genetic and environmental effects on same-sex sexual behavior: A population study of twins in Sweden. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 75–80. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9386-1>

Maccio, E. (2011). Self-reported sexual orientation and identity before and after sexual reorientation therapy. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15, 242–259. <https://doi.org/10.1080/19359705.2010.544186>

Mahler, L., & Mundle, G. (2015). A need for orientation: The WMA statement on natural variations of human sexuality. *International Review of Psychiatry*, 27, 460–462. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1086321>

McConaghy, N. (1969). Subjective and penile plethysmograph responses following aversion-relief and Apomorphine aversion therapy for homosexual impulses. *British Journal of Psychiatry*, 115, 723–730. <https://doi.org/10.1192/bjp.115.523.723>

McConaghy, N. (1976). Is a homosexual orientation irreversible? *British Journal of Psychiatry*, 129, 556–563. <https://doi.org/10.1192/bjp.129.6.556>

- McConaghy, N., Armstrong, M. S., & Blaszczynski, A. (1981). Controlled comparison of aversive therapy and covert sensitization in compulsive homosexuality. *Behaviour Research & Therapy*, 19, 425–434. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(81\)90132-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(81)90132-7)
- McConaghy, N., & Barr, R. F. (1973). Classical, avoidance, and backward conditioning treatment of homosexuality. *British Journal of Psychiatry*, 122, 151–162. <https://doi.org/10.1192/bjp.122.2.151>
- McConaghy, N., Proctor, D., & Barr, R. (1972). Subjective and penile plethysmography responses to aversion therapy for homosexuality: A partial replication. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 65–79. <https://doi.org/10.1007/BF01542019>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., & Potts, R. W. (2000). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports*, 86, 1071–1088. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3c.1071>
- Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Rendina HJ, Safren SA, Parsons JT. LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *J Consult Clin Psychol*. 2015, 83(5):875-89. doi: 10.1037/ccp0000037.
- Patel A (2014) Homophobia may cost India's economy billions of dollars. The Wall Street Journal. Retrieved from <http://blogs.wsj.com/indiarealtime/2014/06/10/howhomophobia-hurts-indias-economy>
- Quinn, J. T., Harbison, J. J. M., & McAllister, H. (1970). An attempt to shape human penile responses. *Behaviour Research & Therapy*, 8, 213–216. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(70\)90095-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(70)90095-1)
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de-Montis, I, Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15, 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>

- Santero, P. L., Whitehead, N. E., & Ballesteros, D. (2018). Effects of therapy on religious men who have unwanted same-sex attraction. *The Linacre Quarterly*, 0024363918788559. <https://doi.org/10.1177/0024363918788559>
- Savin-Williams, R. C., Joyner, K., & Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of sexual behavior*, 41, 103–110. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9913-y>
- Schroeder, M., & Shidlo, A. (2001). Ethical issues in sexual orientation conversion therapies: An empirical study of consumers. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5, 131–166. https://doi.org/10.1300/J236v05n03_09
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumer's report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249–259. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.249>
- Simonelli T. (2013) Wissenschaftliche Homophobie. *Forum für Politik, Gesellschaft und Kultur*, 327, 33–36. Retrieved from: https://www.forum.lu/wp-content/uploads/2015/11/7592_327_Simonelli.pdf
- Smith, G., Bartlett, A. & King, M. (2004). Treatments of homosexuality in Britain since 1950—an oral history: The experience of patients. *British Medical Journal*, 328, 427–429. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.427.37984.442419.EE>
- Socarides, C. W. (1971). *Der offen Homosexuelle*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Spitzer, R. L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? Two hundred participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 403–417. <https://doi.org/10.1023/A:1025647527010>
- Spitzer, R. L. (2012). Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 757–757. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9966-y>
- Tanner, B. A. (1974). A comparison of automated aversive conditioning and a waiting list control in the modification of homosexual behavior in males. *Behavior Therapy*, 5, 29–32. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(74\)80083-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(74)80083-3)
- Tanner, B. A. (1975). Avoidance training with and without booster sessions to modify homosexual behavior in males. *Behavior Therapy*, 6, 649–653. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(75\)80187-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(75)80187-0)

- Thorpe, J. G., Schmidt, E., Brown, P. T., & Castell, D. (1964). Aversion-relief therapy: A new method for general application. *Behaviour Research & Therapy*, 2, 71–82.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(64\)90058-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(64)90058-0)
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124–1131. . <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>
- Weiss, E. M., Morehouse, J., Yeager, T., & Berry, T. (2010). A qualitative study of ex-gay and ex-ex-gay experiences. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14, 291–319.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2010.506412>

Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen gesetzlicher Maßnahmen (insbesondere Verbote) gegen Therapien bzw. Behandlungen mit dem Ziel einer Veränderung der sexuellen Orientierung (sog. Konversionstherapien)

Rechtswissenschaftliches Kurzgutachten,
erstattet im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH)
von

Professor Dr. iur. Martin Burgi

Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Wirtschaftsverwaltungsrecht, Umwelt- und Sozialrecht an der Juristischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität, München

11. Juni 2019

Zusammenfassung

1. Dieses Kurzgutachten lotet die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen aktueller politischer Bestrebungen zum Verbot von sog. Konversionstherapien aus. Darunter werden „Behandlungsmaßnahmen, mit denen auf die Ausübung der sexuellen Orientierung zwecks Änderung oder Unterdrückung eingewirkt wird“, verstanden. Eine präzisere Umschreibung und Ausdifferenzierung bleibt einer Legaldefinition im Umfeld der etwaigenfalls getroffenen gesetzlichen Maßnahmen vorbehalten. Die verfassungsrechtlichen Überlegungen konzentrieren sich auf die intensivste denkbare gesetzliche Maßnahme, nämlich ein Verbot in Form eines Ordnungswidrigkeitentatbestandes oder sogar i.V.m. einer Strafandrohung.
2. Die verfassungsrechtliche Betrachtung geht von drei medizinwissenschaftlichen Grundannahmen aus: Demnach stellt Homosexualität keine Krankheit dar, weswegen auch der von heilkundlichen Therapien erhoffte „Erfolg“ nicht eintreten kann, stattdessen aber zahlreiche negative Effekte in Gestalt erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen eintreten können. Nicht erfasst von etwaigen Verboten würden selbstverständlich Therapien, bei denen die sexuelle Orientierung ausschließlich einen sog. Kontextfaktor bildet.
3. Der politische Handlungsrahmen kann nach den Regelungsadressaten differenziert werden (Therapeutinnen und Therapeuten im eigentlichen Sinne sowie Anbieter von Behandlungen mit gewerblich-beruflichem Hintergrund einerseits, Angebote auf religiöser oder weltanschaulicher Grundlage andererseits), nach den Schutzadressaten (Minderjährige und in der Einsichtsfähigkeit beschränkte Personen einerseits, Erwachsene andererseits), ferner nach der Art des Angebots und nach den Regelungsgegenständen; so könnten sich Verbotsmaßnahmen gegen das Anbieten und die Durchführung sowie gegen unterstützende Dienstleistungen wie die Vermittlung von und insbesondere die Werbung für sog. Konversionstherapien richten.
4. Der kursorische Blick über die bestehende Rechtslage erweist erhebliche Rechtsunsicherheiten, insbesondere aber das Fehlen spezifischer Verbotstatbestände. Daher kann gegenwärtig eine kaum nennenswerte Schutzwirkung und jedenfalls

überhaupt keine Wirkung gegenüber der mit sog. Konversionstherapien verbundenen diskriminierenden Pathologisierung und Stigmatisierung erzielt werden.

5. Die Rechtfertigung der verschiedenen infrage stehenden Grundrechtseingriffe gegenüber den Anbietern wird dadurch erleichtert, dass sowohl der Schutz der Grundrechte Dritter (der von entsprechenden Behandlungen betroffenen Menschen) als auch das Ziel des Abbaus von Diskriminierung durch Pathologisierung und Stigmatisierung bestimmter sexueller Orientierungen (und damit verbundener Grundrechtsbeeinträchtigungen von gar nicht behandlungswilligen Personen) ihrerseits verfassungsrechtlich verankert sind. Grundlagen bilden die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, das Recht der sexuellen Selbstbestimmung nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m Art. 1 Abs. 1 GG sowie das Diskriminierungsverbot nach Art. 3 Abs. 1 i.V.m 3 GG.

6. Ein Verbot des Anbietens, der Durchführung, der Vermittlung von und des Werbens für sog. Konversionstherapien durch Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sowie gewerblichen Anbietern wäre mit deren Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar, auch wenn es mit einer Strafandrohung verbunden würde. Jedenfalls bei der Strafhöhe müsste danach differenziert werden, ob die Schutzadressaten Minderjährige und beschränkt einsichtsfähige Personen oder Erwachsene sind, in letzterem Falle zudem danach, ob der Schutzadressat eingewilligt hatte. Ferner wäre danach zu differenzieren, ob eine sog. Konversionstherapie angeboten und durchgeführt oder lediglich für sie geworben bzw. eine Vermittlungstätigkeit entfaltet wird. Eine weitere Differenzierung könnte zwischen den (mit einem höheren Strafmaß zu belegenden) medizinisch qualifizierten Personen und lediglich gewerblichen Anbietern außerhalb des Medizinsektors erfolgen. Der Ausschluss einer etwaigenfalls noch bestehenden Vergütbarkeit wäre ohne weiteres verfassungsrechtlich legitimierbar.

7. Ein Verbot des Anbietens, der Durchführung, der Vermittlung von und des Werbens für sog. Konversionstherapien durch Anbieter mit religiösem oder weltanschaulichem Hintergrund wäre mit deren Grundrecht der Glaubensfreiheit nach Art. 4

Abs. 1 GG vereinbar, soweit es die Behandlung von Minderjährigen und beschränkt einsichtsfähigen Personen betreffe. Im Hinblick auf Erwachsene könnten die Vermittlung von und das Werben für sog. Konversionstherapien verboten werden. In beiden Fällen wäre die Ausgestaltung als Ordnungswidrigkeitentatbestand angemessen. Grundrechtlich gerechtfertigt werden könnten auch finanzielle Restriktionen zulasten dieser Anbieter.

8. Berücksichtigt der Gesetzgeber die aufgezeigten Faktoren und Differenzierungskriterien, dann sind Verbotsregelungen verfassungsrechtlich möglich, teilweise auch mit Strafandrohung. Jedenfalls bildet das Verfassungsrecht keinen Grund, die gegenwärtig diskutierte und teilweise noch zu konkretisierende politische Zielsetzung eines Verbots von sog. Konversionstherapien weiterzuverfolgen.

Gliederung

Teil 1: Handlungs- und Untersuchungsrahmen	1
A. Politische Ziele.....	1
B. Verfassungsrechtliche Herausforderungen	2
C. Medizinwissenschaftliche Grundannahmen.....	2
I. Nachfolgend unterstellte Annahmen.....	3
II. Unberührte Therapieangebote	5
D. Notwendige Differenzierungen innerhalb des Handlungsrahmens.....	5
I. Nach den Regelungsadressaten	5
II. Nach den Schutzadressaten	6
III. Nach der Art des Angebots	6
IV. Nach den Regelungsgegenständen	7
V. Arbeitsbegriff	8
Teil 2: Skizze der bestehenden Rechtslage	9
A. Betreffend ärztliche und andere therapeutische Behandlungen	9
I. Keine spezifischen Straf- oder Ordnungswidrigkeitentatbestände.....	9
II. Unspezifische Sanktionsmöglichkeiten im Straf- und Berufsrecht.....	9
B. Betreffend nichttherapeutische Behandlungen	10
Teil 3: Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen	12
A. Verfassungsrechtlich verankerte Legitimationsgründe für ein gesetzgeberisches Tätigwerden.....	12
I. Schutzpflicht für die Grundrechte der behandelten Personen	13
1. Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG	13
2. Allgemeines Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG.....	14

II.	Schutzpflcht angesichts der Diskriminierungswirkung in Gestalt von Stigmatisierung und Pathologisierung einer bestimmten sexuellen Orientierung.....	15
B.	Rechtfertigung von Maßnahmen gegenüber Ärztinnen/Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sowie gewerblichen Anbietern	16
I.	Verbote	16
1.	Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG	16
2.	Rechtfertigungsebene	17
a)	Verbot mit Ordnungswidrigkeitentatbestand	17
b)	Strafbewehrung	19
2.	Kein Eingriff in die Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 GG	21
II.	Ausschluss von Vergütbarkeit	22
III.	Veränderte Beurteilung infolge etwaiger Grundrechtsbetroffenheit der Schutzadressaten?	23
1.	Berührte Schutzbereiche	23
2.	Eingriffswirkung	24
3.	Rechtfertigungsprüfung	25
IV.	Zwischenergebnis	28
C.	Rechtfertigung von Maßnahmen gegenüber religiösen oder weltanschaulichen Angeboten	29
I.	Verbote	29
1.	Eingriff in die Glaubensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG	29
2.	Rechtfertigungsebene	30
II.	Finanzielle Restriktionen	31
III.	Zwischenergebnis	32

Teil 1: Handlungs- und Untersuchungsrahmen

A. Politische Ziele

Im Rahmen der durch den Bundesminister für Gesundheit *Jens Spahn* einberufenen Kommission zum Verbot sog. Konversionstherapien soll über Lösungsansätze für gesetzliche Maßnahmen mit dem Ziel eines Verbots bzw. einer Erschwerung solcher Angebote reflektiert werden. Parallel dazu haben die Länder Hessen, Berlin, Bremen, Saarland und Schleswig-Holstein (später auch Brandenburg und Rheinland-Pfalz) mit Drucks. 161/19 am 4.4.2019 einen Antrag in den Bundesrat eingebracht, wonach dieser eine „Entschlieung“ verabschieden möge, mit dem Titel „Akzeptanz und Wertschätzung statt Pathologisierung und Diskriminierung: Menschen in ihrer sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität stärken – „Konversionstherapien“ verbieten.“ Diese Entschlieung wurde am 17.5.2019 dem Antrag entsprechend gefasst (Drucks. 161/19). Damit werden zwei Ziele verfolgt: Zum einen soll „schwerwiegenden psychischen Erkrankungen“ vorgebeugt werden, die durch entsprechende Therapien verursacht würden (Ziffer 3 der Entschlieung). Zum anderen möchte der Bundesrat der „Stigmatisierung, Pathologisierung und Diskriminierung homosexueller und bisexueller Personen“ die durch „Konversionstherapien“ verstärkt würden, entgegenwirken. Das VG Frankfurt a. Main hat erst vor kurzem in einem Asylprozess festgestellt, dass hinsichtlich der sog. Konversionstherapien eine „nahezu einhellige Ablehnung in der westlichen Welt“ bestehe.¹

Bereits am 20.3.2013 (mit Drucks. 17/12849) hat die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen einen Gesetzentwurf in den Deutschen Bundestag eingebracht, der eine Ergänzung des Ordnungswidrigkeitengesetzes (OWiG) um einen entsprechenden Verbotstatbestand vorgesehen hatte. Am 20.2.2019 (mit Drucks. 19/7932) wurde ein vergleichbarer Gesetzentwurf erneut eingebracht. Auf parlamentarischer Ebene ist überdies über die Antwort der Bundesregierung vom 12.2.2008 (BT-Drucks. 16/8022) auf die Kleine Anfrage einzelner Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen über „Anti-homosexuelle Seminare und pseudowissenschaftliche Therapieangebote religiöser Fundamentalisten“ sowie über die Antwort der Bundesregierung vom 15.7.2014 (BT-Drucks. 18/2118) auf die Kleine Anfrage einzelner Grünen-Abgeordneter und ihrer

¹ U.v. 19.1.2018, 3 K 5029/17 F. A., juris, Rn.17.

Fraktion zum Thema „Sogenannte Homo-Heiler-Szene in Deutschland“ und ferner über die Antwort der Bundesregierung vom 4.7.2018 (BT-Drucks. 19/3279) auf die Kleine Anfrage von Abgeordneten und der Fraktion Die Linke „Umgang mit sog. Homo-Heilungen und Reorientierungstherapien“ zu berichten.

Im Mittelpunkt dieser Vorstöße steht das Vorgehen gegen Behandlungsangebote mit dem Ziel, die sexuelle Orientierung (typischerweise in Gestalt von Homosexualität und Bisexualität) zu bekämpfen. In der EntschlieÙung des Bundesrats vom 17.5.2019 wird überdies eine Erstreckung auf Angebote zur Behandlung der geschlechtlichen Identität (namentlich von Transsexualität) erwogen. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf die erstgenannte Zielsetzung, allerdings dürften die hierfür ermittelten verfassungsrechtlichen Ergebnisse u.U. teilweise auf den zweiten Bereich übertragbar sein. Es wird mithin davon ausgegangen, dass gesetzliche Maßnahmen auf Behandlungen „mit dem Ziel einer Änderung der sexuellen Orientierung“ bezogen würden. Dies schließt übrigens auch Behandlungen mit dem Ziel der Änderung einer heterosexuellen Orientierung ein, was bereits durch den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gefordert wird, nach bestehendem Erkenntnisstand freilich nicht praxisrelevant werden dürfte.

B. Verfassungsrechtliche Herausforderungen

Insbesondere gesetzliche Verbotsmaßnahmen bewirken für die Betroffenen erhebliche Grundrechtseingriffe, insbesondere wenn sie mit einer Strafbewehrung einhergehen sollen. Dies betrifft einerseits die behandelnden Personen, andererseits aber auch die Behandlungswilligen (Minderjährige und ihre Eltern bzw. Erwachsene), auch wenn nachfolgend davon ausgegangen wird, dass diese nicht selbst Adressaten von Straf- oder Bußgeldtatbeständen werden sollen. Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages sind in einer Stellungnahme vom 3.12.2016 (WD 3-3000-301/12) zu der Einschätzung gelangt, dass „ein Verbot der Therapie behandlungswilliger erwachsener Homosexueller ... allerdings wohl nur dann mit deren Recht auf sexueller Selbstbestimmung vereinbar sein“ könne, „wenn von der Therapie nach anerkanntem medizinischem Erkenntnisstand konkrete Gefahren für die behandelten Personen ausgehen“. Für vereinbar mit dem Grundgesetz wird hingegen ein Verbot der Behandlung Minderjähriger gehalten (S. 14).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist noch nicht erkennbar, welche Maßnahmen im Einzelnen gegenüber welchen Regelungsadressaten getroffen werden sollen, d.h. der potenzielle politische Handlungsrahmen stellt sich bislang als breit gefächert und unspezifiziert dar. Erörtert werden nur *gesetzliche* Maßnahmen, nicht etwaige Ethikrichtlinien oder Maßnahmen seitens von Kammern oder Berufsverbänden. Da die verfassungsrechtliche Beurteilung, d.h. die Bestimmung der Handlungsmaßstäbe, vom jeweiligen Handlungsrahmen abhängt, muss sie im Hin- und Herwandern des Blicks erfolgen. Dabei bleiben etwaige vertrags-, schadensersatz-, familien-, jugendhilfe-, förder- und steuerrechtliche sowie verbraucherschutzrechtliche Fragen ebenso außer Betracht. Die verfassungsrechtlichen Überlegungen konzentrieren sich auf die intensivste denkbare gesetzliche Maßnahme, nämlich ein Verbot mit Bußgeld- oder sogar Strafandrohung. Die etwaige Formulierung konkreter Straf- bzw. Ordnungswidrigkeitentatbestände muss ebenso wie die Ausgestaltung berufsrechtlicher Konsequenzen nachfolgenden Arbeiten überlassen bleiben.

Die Untersuchung des verfassungsrechtlichen Rahmens wiederum beschränkt sich auf die Grundrechte; im Hinblick auf die Frage der Gesetzgebungskompetenz kann mit den Wissenschaftlichen Diensten des Bundestages (WD 3-3000-301/12) in der Tat davon ausgegangen werden, dass der Bund sowohl für straf- und bußgeldrechtliche Maßnahmen (gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG i.V.m. Art. 72 GG) als auch für sozialversicherungsrechtliche Regelungen (gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG i.V.m. Art. 72 GG) sowie privatversicherungsrechtliche Maßnahmen (gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG i.V.m. Art. 72 GG) über die erforderliche Gesetzgebungskompetenz verfügen würde.

C. Medizinwissenschaftliche Grundannahmen

I. Nachfolgend unterstellte Annahmen

Die verfassungsrechtliche Betrachtung geht von den folgenden drei Grundannahmen aus:

- Homosexualität stellt nach heute ganz herrschender Auffassung der Psychiatrie, Psychologie und Sexualmedizin keine Krankheit dar. Im Jahre 1992 ist sie daher aus dem Krankheitskatalog der WHO, der sog. ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), dem weltweit anerkannten Diagnoseklassifikationssystem in der Medizin, gestrichen worden.

Der weiterhin existierenden Kategorie „F66 Psychische Störungen und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung“ ist der Hinweis vorangestellt worden, dass die Richtung der sexuellen Orientierung selbst nicht als Störung anzusehen sei. Die sodann weiterhin dort zu findenden Beschreibungen „Sexuelle Reifungskrise“ (F66.0), „Ich-dystone Sexualorientierung“ (F66.1) und „Sexuelle Beziehungsstörung“ (F66.2) werden in Deutschland und in vielen anderen Ländern nicht mehr als psychische Störungen, sondern als Distress durch eine nicht-heterosexuelle Orientierung bzw. als eine normale Reaktion auf soziale Stigmatisierung oder als eine Folge von Beziehungsschwierigkeiten angesehen.² Anerkannt ist ferner, dass es wissenschaftliche Evidenz dafür gibt, dass Homosexualität keine psychische Störung ist.

- Da es sich bereits nicht um eine Krankheit handelt, kann auch der von ärztlichen bzw. nichtärztlichen heilkundlichen Behandlungen erhoffte Erfolg nicht eintreten; es gibt keine Studien, die kausale Aussagen erlauben würden³, und daher gilt es als unwahrscheinlich, dass sich gleichgeschlechtliche sexuelle Attraktionen oder Identitätserleben durch auf Veränderung zielende Therapien tatsächlich verändern lassen. Diese Auffassung vertritt seit längerem auch die Bundesregierung, zuletzt explizit in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage zum Thema „Antihomosexuelle Seminare und pseudowissenschaftliche Therapieangebote religiöser Fundamentalisten“ (BT-Drucks. 16/8022, S. 3). Dort heißt es, dass entsprechende Behandlungsangebote nicht auf einen „empirisch-wissenschaftlichen Ansatz zurückgeführt werden“ könnten, sondern auf „unterschiedliche, meist religiöse oder weltanschauliche Motive“.
- Zahlreiche Hinweise gibt es darauf, dass die Durchführung von Behandlungen mit dem Ziel einer Veränderung der sexuellen Orientierung das Risiko unerwünschter Wirkungen bergen. Dies gilt in besonderem Maße für Minderjährige. Zahlreiche nicht-experimentelle Studien berichten über negative Effekte wie Angst, Depression, Suizidalität, Beziehungsprobleme, Alkoholmissbrauch und

² Siehe Folie Nr. 5 des Vortrags von *Briken/Reininger/Dekker*, Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und forensische Psychiatrie (Hamburg-Eppendorf) bei der 1. Kommissionssitzung am 8.5.2019 in Berlin (Kommission zum Verbot sog. „Konversionstherapien“).

³ Siehe *Briken et al.*, Folie 33.

Missbrauch anderer gesundheitsschädigender Substanzen, unspezifisches Leid, enttäuschte Hoffnung, Selbsthass und Homophobie. Hinzu kommt die sich durch die Pathologisierungs- und Stigmatisierungswirkung (dazu noch Teil 3 A II) verstärkende indirekte Beeinträchtigung des sog. minority stress.⁴ Er äußert sich durch eine Verstärkung von Vorurteilen und durch Zurückweisungen in Familie und Umfeld und wiederum u.U. in gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Diese Einschätzung teilt seit längerem auch die Bundesregierung, ausweislich ihrer Antwort in BT-Drucks. 16/8022, S. 3.

II. Unberührte Therapieangebote

Im Hinblick auf die eingangs genannten psychischen Störungen und Verhaltensstörungen, bildet die Homosexualität u.U. einen sog. Kontextfaktor, den eine/ein wegen jener Störung aufgesuchte Therapeutin/Therapeut wahrnehmen und bei ihrer/seiner Therapie nach dem Stand der jeweiligen Wissenschaft berücksichtigen wird. Selbstverständlich will und darf der Gesetzgeber dementsprechende Behandlungsangebote nicht verbieten. Ggf. könnte dies in der Begründung eines gesetzlichen Verbotes von sog. Konversionstherapien ausdrücklich klargestellt werden, etwa in Anlehnung an die Regelung in Malta (Nr. 2 a). Danach werden als verbotene Therapien u.a. nicht verstanden Therapiemaßnahmen, die gerade die freie Entwicklung der sexuellen Orientierung stärken sollen (vgl. Nr. 2 a und b).

D. Notwendige Differenzierungen innerhalb des Handlungsrahmens

I. Nach den Regelungsadressaten

Gesetzliche Verbotsregelungen könnten an jedermann oder an einzelne Personengruppen adressiert sein. So beziehen sich die beiden eingangs mitgeteilten Gesetzesentwürfe der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen beispielsweise nur auf „berufs- oder gewerbsmäßig“ durchgeführte Behandlungen und in der Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Bundestags vom 3.12.2012 (WD 3-3000-301/12) ist ohne

⁴ Vgl. wiederum *Briken et al.*, Folien 28 ff.

nähere Differenzierung sowohl von Therapien medizinischer Ausrichtung als auch von Behandlungen die Rede, die von „Organisationen“ angeboten würden (S. 4).

Da in Deutschland ärztliche und heilkundliche Behandlungen (die nachfolgend mit dem Begriff der „Therapie“ zusammengefasst werden können) im Rahmen des Medizin- bzw. Gesundheitsrechts seit jeher einen eigenen Regelungskomplex bilden, erscheint es sachgerecht, gesetzliche Verbotsmaßnahmen in erster Linie an Ärztinnen/Ärzte oder andere heilkundlich Behandelnde (Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten i.S.v. § 1 Abs. 1 S. 1 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) bzw. Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker nach Heilpraktikergesetz (HPG)), also gegen Therapeutinnen und Therapeuten im eigentlichen Sinne zu richten. Sodann wären andere Anbieter von Behandlungen mit gewerblich-beruflichem Hintergrund zu adressieren, etwa psychologisch vorgebildete Personen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Coachingagenturen. Davon zu unterscheiden wären dann Angebote von Glaubensgemeinschaften oder einzelnen spirituellen „Heilern“.

II. Nach den Schutzadressaten

Gesetzliche Verbotsmaßnahmen könnten zum einen ausschließlich zum Schutze von Minderjährigen (unter 18 Jahren) erlassen werden. Entsprechend zu behandeln wären (ohne dass dies im Rahmen dieses Kurzgutachtens näher vertieft werden könnte) Maßnahmen zum Schutze von in der Einsichtsfähigkeit beschränkten Personen. Davon zu unterscheiden wäre andererseits die Einbeziehung auch von Erwachsenen in den Kreis der Schutzadressaten.

III. Nach der Art des Angebots

Von den durch etwaige gesetzliche Verbotsmaßnahmen erfassten Therapien und nichttherapeutischen Behandlungen, die sich durch einen individuellen Bezug zu den einzelnen behandelten Individuen charakterisieren lassen und in der Form von Gesprächen, Sitzungen und insbes. auch körperlich wirkenden Maßnahmen manifestieren, zu unterscheiden sind Maßnahmen, die sich – unspezifischer – auf einen größeren Personenkreis beziehen, also nicht die Behandlung konkreter Individuen zum Inhalt haben. Solche Aktivitäten bestehen etwa in Workshops, Seminaren oder Vorträgen und unterfallen mithin in der Regel dem Grundrecht der Meinungsfreiheit nach

Art. 5 Abs. 1 GG. Es wird daher davon ausgegangen, dass sie von etwaigen Verbotsmaßnahmen nicht erfasst sein würden.

IV. Nach den Regelungsgegenständen

Verbotsmaßnahmen könnten sich richten gegen das Anbieten und die Durchführung der betreffenden Therapien bzw. nichttherapeutischen Behandlungen, ferner gegen unterstützende Dienstleistungen wie die Vermittlung (etwa durch die Organisation von Transfers zu Anbietern im Ausland) und insbesondere die Werbung. Sanktionen könnten in einer Strafandrohung oder in der Festsetzung von Bußgeldern nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG) bestehen. Letzteres wird in den beiden Gesetzesentwürfen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vorgeschlagen; im Gesetzesentwurf vom 20.3.2013 ist von einer Geldbuße von „mindestens 500 €“ die Rede, im aktuellen Gesetzesentwurf vom 20.2.2019 von einer Geldbuße „von bis zu 2500 €“. Gelangt das OWiG zur Anwendung, bestünde unter den Voraussetzungen des § 130 überdies die Möglichkeit der Festsetzung von Bußgeldern auch zulasten der Organisation, dem der einzelne Behandelnde angehört.

Weitere gesetzliche Maßnahmen würden die Vergütung therapeutischer Angebote betreffen, sowohl innerhalb des Bereichs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach dem SGB V als auch im Bereich der privaten Krankenversicherungen. Der in der Entschließung des Bundesrats vom 17.5.2019 (BR-Drucks. 161/19, Ziffer 6i) des Weiteren erwähnte Entzug „von öffentlichen Geldern oder sonstiger Unterstützungsleistungen der öffentlichen Hand für anbietende Organisationen“ wäre ein weiterer Baustein einer gesetzlichen Regelung, ebenso der Entzug eines etwaigen Gemeinnützigkeitsstatus; dies würde v.a. die Anbieter nichttherapeutischer Behandlungen betreffen.

Von gesetzlichen Maßnahmen zu unterscheiden (und daher nachfolgend nicht näher zu untersuchen) sind Maßnahmen der öffentlichen Aufklärung und Sensibilisierung sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildung von Fachpersonal, wie sie ebenfalls in der erwähnten Bundesratsentschließung (Ziffer 6 a) und d)) erwähnt werden. Maßnahmen dieser Art sind verfassungsrechtlich grundsätzlich unbedenklich. Als Maßnahmen begleitenden und das Umfeld betreffenden Charakters können sie sogar einen Beitrag zur erleichterten verfassungsrechtlichen Rechtfertigung explizit regelnder Maßnahmen leisten.

V. Arbeitsbegriff

Als sog. Konversionstherapien werden für die Zwecke dieser verfassungsrechtlichen Untersuchung verstanden „Behandlungsmaßnahmen, mit denen auf die Ausübung der sexuellen Orientierung zwecks Änderung oder Unterdrückung eingewirkt wird.“ Eine präzisere Umschreibung und Ausdifferenzierung bleibt einer Legaldefinition im jeweiligen Umfeld der etwaigenfalls getroffenen gesetzlichen Maßnahmen vorbehalten.

Teil 2: Skizze der bestehenden Rechtslage

A. Betreffend ärztliche und andere therapeutische Behandlungen

I. Keine spezifischen Straf- oder Ordnungswidrigkeitentatbestände

Die Rechtsordnung kennt gegenwärtig keine Straf- bzw. Ordnungswidrigkeitentatbestände betreffend Therapien mit dem Ziel einer Veränderung der sexuellen Orientierung, weder im Bereich der Erwachsenen noch der Minderjährigen.⁵ Auch der Vorwurf, dass eine Nicht-Krankheit behandelt wird, begründet weder bei Ärztinnen/Ärzten noch bei Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten noch bei Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern ohne Weiteres den Vorwurf der Strafbarkeit, Entsprechendes gilt für den Einsatz von Behandlungsmethoden ohne Wirksamkeitsnachweis. Erst die Durchführung von Therapien mit nachweisbar darauf zurückgehenden Schädigungen erfüllt eindeutig Straftatbestände, allerdings keine spezifischen, sondern die zu II zusammengestellten unspezifischen Tatbestände des allgemeinen Strafrechts. Daher kann unter der gegenwärtigen Rechtslage eine nicht nennenswerte Schutzwirkung und überhaupt keine Wirkung gegenüber der diskriminierenden Pathologisierung und Stigmatisierung durch jene Therapien erzielt werden.

II. Unspezifische Sanktionsmöglichkeiten im Straf- und Berufsrecht

Nach dem allgemeinen Strafrecht kommen insbesondere die Tatbestände der vorsätzlichen Körperverletzung (§ 223 Abs. 1 StGB) bzw. der fahrlässigen Körperverletzung (§ 229 StGB), u.U. auch der Straftatbestand des Betruges gemäß § 263 Abs. 1 StGB in Betracht. Mit dem Einsatz dieser Straftatbestände könnte eine Schutzwirkung zugunsten der Behandelten erzielt werden. Allerdings erforderte dies in jedem Fall eine detaillierte Prüfung verschiedener Tatbestandsmerkmale, insbesondere den Nachweis einer körperlichen Misshandlung bzw. Gesundheitsschädigung. Überdies könnte infolge einer etwaigenfalls vorliegenden Einwilligung der behandelten Person die Strafbarkeit möglicherweise entfallen.

Das Berufsrecht kennt zwar grundsätzlich den Verlust der Approbation durch Rücknahme, Widerruf oder Ruhen (nach § 5 Abs. 1 S. 2 Bundesärzteordnung bzw. § 6

⁵ Ebenso Wissenschaftliche Dienste, WD 9-3000-126/12, S. 12.

Abs. 1 Nr. 1 Bundesärzteordnung). Hierfür müsste allerdings der Tatbestand der sog. Unwürdigkeit erfüllt sein, der bislang nur bei vergleichsweise schwerwiegenden Vorwürfen wie etwa Verurteilungen aufgrund von Kapitaldelikten, sexuellen Missbrauchs oder wiederholten vorsätzlichen Körperverletzungen bzw. sexuellen Beleidigungen etc. angenommen wird.⁶ Ausweislich der Antwort der Bundesregierung in der BT-Drucks. 18/11334, S. 5, war dieser auf dem Stand von Februar 2017 daher kein Fall bekannt, in welchem berufsrechtliche Sanktionen wegen der Vornahme von Konversionstherapien erfolgt wären. Entsprechendes gilt im Hinblick auf ein etwaiges Vorgehen gegen Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (auf der Grundlage von § 3 Psychotherapeutengesetzes). Auch der Widerruf der Heilpraktikererlaubnis gemäß §§ 7 Abs. 1, 2 Abs. 1 Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (HeilprG-DVO) stellt v.a. auf die „sittliche Unzuverlässigkeit“ ab.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Bestrafung von Ärztinnen und Ärzten und anderen heilkundlichen Therapeutinnen und Therapeuten, die nach gegenwärtiger Rechtslage Behandlungen mit dem Ziel einer Veränderung der sexuellen Orientierung durchführen, mit erheblichen Rechtsunsicherheiten behaftet ist. Das Gleiche gilt für das Berufsrecht, das überhaupt eine vergleichsweise hohe Eingriffsschwelle aufweist. Die isolierte Verschärfung beispielsweise der Entzugsmöglichkeiten im Hinblick auf die Approbation oder die Heilpraktikererlaubnis würde daher nicht zuletzt aus Gleichheitsgründen die Einbeziehung auch zahlreicher weiterer Verhaltensweisen von Ärztinnen und Ärzten bzw. Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern und insofern ein breiter angelegtes Reformpaket erfordern.

B. Betreffend nichttherapeutische Behandlungen

Gegenüber nichttherapeutischen Behandlungsangeboten (beispielsweise religiös motivierte Behandlungen, spirituelle Heilungen oder Coachingangebote etc.) gibt es überhaupt keinen berufsrechtlichen Rechtsrahmen und ebenfalls keine spezifischen Straf- oder Ordnungswidrigkeitentatbestände. Im Hinblick auf das etwaige Eingreifen der allgemeinen Strafrechtsbestimmungen würden sich ebenfalls die bereits zu A II

⁶ Vgl. zu den Einzelheiten *Schelling*, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 3. Aufl. 2018, § 5 BOÄ, Rn. 18 ff. Ähnliches gilt für das weitere Tatbestandsmerkmal der „Unzuverlässigkeit“ (a.a.O., Rn. 33 ff.).

beschriebenen Rechtsunsicherheiten ergeben. Im Hinblick auf die Annahme von Vorsatz und Fahrlässigkeit wären sie noch deutlich größer als gegenüber Ärztinnen/Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Heilpraktikerinnen/Heilpraktikern, für die immerhin bestimmte Verhaltensmaßstäbe erkennbar sind. Eine spezifische Schutz- und Antidiskriminierungswirkung kann nach gegenwärtiger Rechtslage auch hier nicht erreicht werden.

Am „aussichtsreichsten“ dürfte ein strafrechtliches Vorgehen gemäß § 5 HeilprG sein. Diese Bestimmung stellt das Ausüben der „Heilkunde“ ohne Erlaubnis unter Strafe. Da es sich um ein sog. potenzielles Gefährdungsdelikt handelt, würde die generelle Gefährlichkeit des Verhaltens, im vorliegenden Fall also der Einsatz der Behandlungsmethode, genügen.⁷ Voraussetzung hierfür ist allerdings das Vorliegen einer „Ausübung der Heilkunde“. Dies wiederum setzt voraus, dass die Tätigkeit medizinische Fachkenntnisse erfordert und die Behandlung bei generalisierender und typisierender Betrachtung nennenswerte gesundheitliche Schädigungen verursachen kann.⁸ Nach dem sog. Wunderheiler-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts unterfallen jedenfalls spirituelle Behandlungsmethoden nicht dem Begriff der Heilkunde,⁹ weswegen bei ihrer Durchführung ohne eine Heilpraktikererlaubnis auch keine Strafe nach § 5 HeilprG ausgesprochen werden könnte. Vollkommen ungeklärt ist bislang die Frage, ob auch psychische Gesundheitsgefahren (ohne körperliche Evidenz) zum Eingreifen des Tatbestands der „Heilkunde“ führen könnten.

⁷ Vgl. *Schelling*, in: Spickhoff, a.a.O., § 5 HeilprG, Rn. 3.

⁸ Vgl. wiederum *Schelling*, a.a.O., § 1 HeilprG, Rn. 12 und OVG Lüneburg, U.v. 18.6.2009, 8 LC 9/07, Rn. 25.

⁹ BVerfG, NJW 2004, S. 2890.

Teil 3: Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

A. Verfassungsrechtlich verankerte Legitimationsgründe für ein gesetzgeberisches Tätigwerden

Die Bestimmung, Gewichtung und Formulierung der öffentlichen Belange, die Grundrechtseingriffe (insbesondere Verbote) legitimieren sollen, ist grundsätzlich Sache der politisch Verantwortlichen, d.h. der parlamentarischen Institutionen im Rahmen des jeweiligen grundrechtlichen Gesetzesvorbehalts. Im Hinblick auf das Grundrecht der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG beispielsweise müssen öffentliche Belange den Wert von „vernünftigen Gründen des Allgemeinwohls“ besitzen, wenn durch eine bestimmte Regelung in die Berufsausübungsfreiheit eingegriffen wird (vgl. dazu noch unten B I 2 a).¹⁰ Mithin obliegt es grundsätzlich dem politischen Prozess, aus beliebigen sozial-, gesellschafts- oder wirtschaftspolitischen Vorstellungen eingriffslegitimierende öffentliche Belange werden zu lassen. Allerdings gibt es auch öffentliche Belange, die ihrerseits bereits Verfassungsrang genießen. Indem der Gesetzgeber sie aufgreift und mit ihnen eine bestimmte Eingriffsmaßnahme verbindet, realisiert er dann eine sog. verfassungsimmanente Schranke.

Darauf kommt es dann, wenn in Grundrechte eingegriffen wird, die einen Gesetzesvorbehalt enthalten, nicht an. Richten sich Eingriffe aber gegen sog. vorbehaltlose Grundrechte (wie etwa das Grundrecht der Glaubens- und Gewissensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG), ermöglicht es jenes von vornherein höhere, da unmittelbar im Verfassungsrecht verankerte Gewicht der öffentlichen Belange, auch dort Eingriffe zu realisieren.¹¹ Auch in Fällen dieser Art bedarf es zur Realisierung einer gesetzlichen Entscheidung. Durch sie werden aber die öffentlichen Belange nicht selbst konstituiert, sondern aufgegriffen, da sie bereits von Verfassungsrechts wegen anerkannt sind.

Im vorliegenden Zusammenhang lässt sich sowohl für das politische Ziel des Schutzes der Grundrechte Dritter (hier: der von entsprechenden Behandlungen Betroffenen), insbesondere im Hinblick auf das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (I), als auch im Hinblick auf das politische Ziel des Ab-

¹⁰ Vgl. nur BVerfG, NJW 1992, S. 2341 (2342).

¹¹ Vgl. zu diesen allgemein anerkannten Zusammenhängen statt vieler Jarass, in: ders./Pieroth (Hrsg.), GG, 15. Aufl. 2018, Vorbem. vor Art. 1, Rn. 48 f.

baus von Diskriminierung vermittelt Stigmatisierung und Pathologisierung namentlich der Homosexualität (II) eine verfassungsrechtliche Verankerung nachweisen:

I. Schutzpflicht für die Grundrechte der behandelten Personen

Die Rechtsprechung des BVerfG hat seit 1975 die sog. Schutzpflichtfunktion der Grundrechte zutage gefördert, die auch als grundrechtlicher Schutzauftrag bezeichnet wird. Damit verbindet sich die Vorstellung, dass der Verfassung eine Pflicht des Staates zur Verfolgung bestimmter Schutzziele zugunsten der Grundrechtsträger zu entnehmen ist. Diese Vorstellung wurde seither in zahlreichen Entscheidungen gefestigt, ausgebaut und konkretisiert und bildet mittlerweile einen unumstrittenen Bestandteil des geltenden Verfassungsrechts.¹² Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass eine Grundrechtsbestimmung unter bestimmten Voraussetzungen ein aktives Handeln des Staates zum Schutze bestimmter grundrechtlicher Rechtsgüter erfordert. Die Schutzpflichten sind Bestandteil der objektiv-rechtlichen Gehalte der Grundrechtsvorschriften. Es geht mithin nicht um subjektive Rechte gegenüber staatlichen Eingriffen, sondern um die Legitimation eines aktiven Handelns zugunsten der geschützten Rechtsgüter, d.h. zur Erreichung bestimmter Schutzziele. Als Rechtsgüter kommen in diesem Fall die körperliche Unversehrtheit sowie die freie Persönlichkeitsentfaltung in Gestalt der freien sexuellen Orientierung der von Behandlungen betroffenen Personen in Betracht.

1. Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG

Die körperliche Unversehrtheit von Patienten und Probanden bildet seit jeher ein klassisches Anwendungsfeld der Schutzpflichtdogmatik, überhaupt hat das BVerfG die Schutzpflichtfunktion der Grundrechte im Wesentlichen am Grundrecht des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG entwickelt. Das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht findet hier seinen verfassungsrechtlichen Dreh- und Angelpunkt.¹³ Da durch die hier infrage stehenden sog. Konversionstherapien nicht unerhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorgerufen werden können (vgl. Teil 1 C II), wird die Schutzpflicht des Staates aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ausgelöst und eine unmittelbar im Verfassungs-

¹² Seit BVerfGE 39, 1 (41 f.); sie ist nachgezeichnet auf aktuellstem Stand bei *Sachs*, in: ders. (Hrsg.), GG, 8. Aufl. 2018 vor Art. 1 Rn. 39 ff.

¹³ Dazu bündig *Quaas/Zuck/Clemens*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 2 Rn. 23 ff.

recht begründete Legitimation für Grundrechtseingriffe gegenüber den Verursachern der Beeinträchtigungsmaßnahmen geschaffen. Indem der Gesetzgeber durch Verbotsmaßnahmen reagiert, nimmt er die ihm durch das Grundgesetz zugewiesene Rolle des Schutzgaranten für die Probandinnen und Probanden an und greift den bereits verfassungsrechtlich verankerten öffentlichen Belang der Gesundheitserhaltung auf, so dass die Verfassungsmäßigkeit seiner Maßnahmen im Weiteren „nur“ noch von der Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abhängt.

2. Allgemeines Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG

Unumstritten ist, dass das Grundgesetz den intimen Sexualbereich des Menschen als Teil seiner „engeren persönlichen Lebenssphäre“ unter den verfassungsrechtlichen Schutz des allgemeinen Persönlichkeitsgrundrechts nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG stellt.¹⁴ Dazu gehört auch, dass der Einzelne seine sexuelle Orientierung und seine geschlechtlichen Beziehungen zu Partnern nach eigenem Willen einrichten und grundsätzlich selbst darüber befinden kann, ob und in welchen Grenzen und mit welchen Zielen er Einwirkungen Dritter hierauf hinnehmen möchte.¹⁵ Indem auf Probandinnen und Probanden mit dem Ziel einer Veränderung von deren sexuellen Orientierung eingewirkt wird, ist auch dieses grundrechtlich geschützte Rechtsgut betroffen und eine weitere Legitimationsgrundlage für staatliche Maßnahmen mit dem Ziel der Vermeidung solcher Einwirkungen gefunden. Zu Recht wird daher auch unter Ziffer 1 der EntschlieÙung des Bundesrats vom 17.5.2019 (BR-Drucks. 161/19) betont, dass „die sexuelle und geschlechtliche Identität als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) unter dem Schutz des Staates“ stehen. Grundrechtsdogmatisch ist die Konsequenz die gleiche wie im Hinblick auf das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, indem der Gesetzgeber dazu ermächtigt wird, zum Schutze dieses Rechtsguts (in verhältnismäßiger Weise) in die Grundrechte derjenigen, die das Rechtsgut zu beeinträchtigen drohen, einzugreifen.

¹⁴ Ständige Rechtsprechung seit BVerfGE 6, 389 (432); vgl. aus neuerer Zeit BVerfGE 121, 175 (190); BVerfGE 128, 109 (124); aus dem Schrifttum *Lorenz*, in: Bonner Kommentar, 133. Aktualisierung April 2008, Art. 2 Abs. 1, Rn. 310.

¹⁵ BVerfGE 120, 224 (238 f.); vgl. auch BVerfGE 47, 46 (73 f.); BVerfGE 60, 123 (134); BVerfGE 96, 56 (61).

II. Schutzpflicht angesichts der Diskriminierungswirkung in Gestalt von Stigmatisierung und Pathologisierung einer bestimmten sexuellen Orientierung

Obgleich die „sexuelle Orientierung“ ungeachtet entsprechender Forderungen im Zuge der Verfassungsreform im Jahre 1994 nicht in den Katalog der sog. absoluten Diskriminierungsverbote nach Art. 3 Abs. 3 GG aufgenommen worden ist,¹⁶ ist allgemein anerkannt, dass für Diskriminierungen aufgrund der sexuellen Orientierung über den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG ein „gegenüber dem bloßen Willkürverbot deutlich strengerer Prüfungsmaßstab“ anzulegen sei.¹⁷ Das Bundesverfassungsgericht lässt insoweit also bloße sachliche Rechtfertigungsgründe nicht ausreichen. Diskriminierungen infolge der sexuellen Orientierung lösen damit in der Konsequenz auch ähnliche Handlungsaufträge an den Staat aus wie im Falle des Vorliegens von Diskriminierungen nach den ausdrücklich in Art. 3 Abs. 3 GG genannten Kriterien wie „Rasse“, „Geschlecht“ oder „Glauben“. Das BVerfG hat an Diskriminierungen gegenüber der sexuellen Orientierung immer schärfere Anforderungen gestellt.¹⁸

Dadurch, dass die Anbieter von sog. Konversionstherapien, aber auch die Vermittler und Werbetreibenden den Eindruck hervorrufen, dass namentlich Homosexualität eine behandlungsbedürftige Krankheit sei, erfährt dieses Persönlichkeitsmerkmal eine Stigmatisierung und Pathologisierung, die den Staat jedenfalls dazu ermächtigt, durch gesetzliche Maßnahmen entgegenzuwirken, ebenso, wie er aus Art. 3 Abs. 3 S. 1 GG nach allgemeiner Einschätzung auch die Legitimation hätte, etwa gesetzliche Maßnahmen gegen eine durch Private veranlasste Rassendiskriminierung zu erlassen.¹⁹

Führt der Erlass solcher gesetzlicher Maßnahmen zu einem Grundrechtseingriff bei den betroffenen Privaten (hier: den Anbieter jener sog. Therapien), dann muss selbstverständlich wiederum der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beachtet wer-

¹⁶ Vgl. *Nußberger*, in: *Sachs*, GG, Art. 3 Rn. 257a.

¹⁷ Explizit BVerfGE 133, 59.

¹⁸ Neben BVerfG 124, 199 (221 f.) in BVerfGE 126, 400; BVerfGE 131 (239); BVerfGE 132, 179; BVerfGE 133, 59; BVerfGE 133, 377; bilanzierend *Baer/Markard*, in: v. Mangoldt/Klein/Starck (Hrsg.); GG, 7. Aufl. 2018, Art. 3 Abs. 3 Rn. 459.

¹⁹ Vgl. nur *Sachs*, in: *Isensee/Kirchhof* (Hrsg.), *HdbStR VIII*, 3. Aufl. 2010, § 182 Rn. 144; *Jarass*, in: *Jarass/Pieroth*, GG, Art. 3 Rn. 150.

den. Der erforderliche Gemeinwohlbelang ist aber bereits unmittelbar in Art. 3 Abs. 1 GG (in der hier beschriebenen an die absoluten Diskriminierungsverbote des Art. 3 Abs. 3 S. 1 GG angenäherten Intensität) verankert. Durch die Heranführung des vergleichsweise maßstabsarmen allgemeinen Gleichheitssatzes an die absoluten Diskriminierungsverbote des Art. 3 Abs. 3 GG ist zugleich das sonst der Annahme von Schutzpflichten aus Anlass von Diskriminierungen, die durch Private veranlasst wurden, entgegengehaltene Argument der Maßstabsarmut entkräftet.²⁰

B. Rechtfertigung von Maßnahmen gegenüber Ärztinnen/Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sowie gewerblichen Anbietern

I. Verbote

Die nachfolgende Prüfung bezieht sich auf das Anbieten und Durchführen von sog. Konversionstherapien im oben (Teil 1 D V) beschriebenen Sinne. Einbezogen werden ferner das Vermitteln entsprechender Angebote und die Werbung hierfür. Es wird davon ausgegangen, dass solche Verbote straf- bzw. zumindest bußgeldbewehrt sein sollen.

1. Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG

Das Grundrecht der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG schützt auf der sog. ersten Stufe die Freiheit der Berufsausübung. Diese umfasst sämtliche mit der Berufstätigkeit nach Art, Inhalt, Umfang, Dauer, äußerer Erscheinungsform, Verfahren, Organisation und Mittel zusammenhängenden Aspekte.²¹ Bei medizinisch tätigen Personen wird die Berufsausübungsfreiheit, spezifischer, als „Therapiefreiheit“ bezeichnet.²² Daraus ergeben sich aber keine gegenüber dem allgemeinen Umgang mit der Berufsausübungsfreiheit gesteigerte Anforderungen. Dass ein gesetzlich bewirktes Ver-

²⁰ Zu ihm differenzierend und m.w.N. *Wollenschläger*, in: v.Mangoldt/Klein/Starck (Hrsg.), GG, 7. Aufl. 2018, Art. 3 Abs. 1 Rn. 177.

²¹ Vgl. statt vieler BVerfGE 106, 275; BVerfGE 107, 186; zahlreiche weitere Nachw. bei *Burgi*, in: Bonner Kommentar zum GG, Stand Februar 2019, Art. 12 Abs. 1 Rn. 122.

²² Vgl. BVerfGE 102, 26 (36); *Welti*, GesundheitsRecht 2006, S. 1; *Quaas/Zuck/Clemens*, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 2 Rn. 52 f.

bot der eingangs aufgezählten Verhaltensweisen einen rechtfertigungspflichtigen Eingriff in den Schutzbereich dieses Grundrechts darstellt, steht außer Frage.

2. Rechtfertigungsebene

a) *Verbot mit Ordnungswidrigkeitentatbestand*

Zur Rechtfertigung von Eingriffen in die Berufsausübungsfreiheit genügt das Vorliegen irgendeines öffentlichen Zwecks, d.h. das Bestehen von „vernünftigen Allgemeinwohlerwägungen“.²³ Im vorliegenden Zusammenhang wurde im Abschnitt A gezeigt, dass gleich mehrere vernünftige Allgemeinwohlerwägungen hinter einem Verbot von sog. Konversionstherapien stehen, und dass diese Gemeinwohlbelange ihrerseits unmittelbar verfassungsrechtlich verankert sind. Dies gilt sowohl für den Schutz der körperlichen Unversehrtheit und der sexuellen Selbstbestimmung der Probanden als auch für das Ziel der Vermeidung von Diskriminierungen infolge von Pathologisierung und Stigmatisierung und daraus ggf. folgender Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. Beeinträchtigungen des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung bei nicht selbst in Therapie befindlichen Personen.

Die gesetzliche Verbotsmaßnahme muss sodann den Anforderungen des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit entsprechen, sie muss mithin geeignet, erforderlich und angemessen (Synonym: zumutbar) sein. *Geeignet* wäre ein Verbot bereits dann, wenn der gewünschte Erfolg hierdurch „gefördert werden kann“.²⁴ Dass durch ein überdies bußgeld- oder gar strafbewehrtes Verbot die Zahl der angebotenen, durchgeführten oder beworbenen bzw. vermittelten sog. Konversionstherapien in erheblichem Umfang zurückgehen dürfte, erscheint naheliegend, ein fördernder Effekt einer solchen Verbotsmaßnahme liegt daher auf der Hand. Ein Verbot würde sich auch als *erforderlich* erweisen, weil zwar mildere Mittel denkbar sind (insbesondere Aufklärungsmaßnahmen); gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit würde aber erst dann verstoßen, wenn etwaige Alternativmaßnahmen gleich wirksam wären, wobei es nicht Aufgabe der verfassungsrechtlichen Überprüfung ist, dem Gesetzgeber Vorschläge für Alternativmaßnahmen zu machen.²⁵ Insoweit erscheint es plausibel, dass ein bußgeld- bzw. strafbewehrtes Verbot einen signifikant spürbareren Effekt auf die

²³ BVerfGE 7, 377 (405 f.); BVerfGE 77, 308 (332); BVerfGE 93, 362 (369).

²⁴ So allgemein BVerfGE 25, 1 (17); BVerfGE 115, 276 (308); zuletzt BVerfGE 145, 20 (78).

²⁵ Vgl. BVerfGE 30, 292 (316); BVerfG, NJW 2018, S. 2111, Rn. 37 ff.

Anbieter etc. solcher sog. Therapien haben würde als die ja bereits seit vielen Jahren immer wieder unternommenen Informations- und Aufklärungsanstrengungen. Anhaltspunkte dafür, dass der Gesetzgeber mit der Statuierung eines Verbots den ihm insoweit eingeräumten Beurteilungs- und Prognosespielraum überschreiten würde, bestehen nicht.

Schließlich muss „bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht und der Dringlichkeit der ihn rechtfertigenden Gründe“ die *Angemessenheit* gewahrt bleiben.²⁶ Dabei ist auf die Regelungswirkungen für den jeweils betroffenen Freiheitsbereich abzustellen, atypische Belastungen in Einzelfällen sind hinzunehmen. Die Abwägung fragt danach, ob ein „angemessener Ausgleich zwischen dem Eingriffsgewicht der Regelung und dem verfolgten gesetzgeberischen Ziel, zwischen Individual- und Allgemeininteresse“ hergestellt worden ist.²⁷ Im Hinblick auf ein Verbot von sog. Konversionstherapien wiegen die hierfür ins Felde geführten Gemeinwohlbelange sehr schwer und sind überdies allesamt ihrerseits verfassungsrechtlich verankert. Die mit den entsprechenden Angeboten befassten Grundrechtsträger (Ärztinnen und Ärzte etc. oder auch gewerbliche Anbieter) wären jeweils nur in einem Teilbereich ihrer therapierenden bzw. beruflichen Tätigkeit betroffen, werden also nicht insgesamt in ihrer beruflichen Existenz bedroht. Angesichts der zugrundeliegenden medizinischen Grundannahmen wiegen insbesondere die drohenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Probandinnen und Probanden durchaus schwer, auch entsteht gerade bei dem Anbieten bzw. der Durchführung von sog. Konversionstherapien durch Personen, die aufgrund ihrer Qualifikation eine große Autorität genießen (namentlich Ärztinnen und Ärzte) in besonderer Weise der Pathologisierungs- und Stigmatisierungseffekt, dem der Gesetzgeber mit einem Verbot entgegenwirken möchte. Bei der Verbindung mit einem Ordnungswidrigkeitentatbestand (also bei bloßer Bußgeldbewehrung) würde kein Schuldvorwurf erhoben, sondern lediglich ein sog. Verwaltungsunrecht sanktioniert, so dass jedenfalls insoweit an der Zumutbarkeit bzw. Angemessenheit eines Verbots keine Zweifel bestünden.

²⁶ BVerfGE 113, 167 (260); BVerfG 126, 112 (152 f.); BVerfG, NJW 2018, S. 2112, Rn. 48 ff.

²⁷ BVerfGE 133, 277 (322).

b) *Strafbewehrung*

An die Verhältnismäßigkeit einer gesetzlichen Maßnahme sind nochmals höhere Anforderungen zu richten, wenn sie in einer Strafandrohung besteht. Das Strafrecht bildet nach allgemeiner Auffassung die „ultima ratio“ des Rechtsgüterschutzes, die nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur dann eingesetzt werden darf, wenn „ein bestimmtes Verhalten über sein Verbotensein hinaus in besonderer Weise sozialschädlich und für das geordnete Zusammenleben der Menschen unerträglich, seine Verhinderung daher besonders dringlich ist“.²⁸ Wird eine Freiheitsstrafe angedroht, ist dies überdies im Grundrecht der Freiheit der Person nach Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG fundiert.²⁹ Auch ist die mit dem Unwerturteil, das mit einer strafgerichtlichen Verurteilung einhergeht, verbundene Herabsetzung der betroffenen Person als Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG rechtfertigungsbedürftig.³⁰ Schließlich ist das rechtsstaatliche Bestimmtheitsgebot zusätzlichen Anforderungen unterworfen, weil gemäß Art. 103 Abs. 2 GG eine Tat nur dann bestraft werden kann, wenn die Strafbarkeit mit hinreichender Bestimmtheit vor ihrer Begehung bestimmt werden kann. Im vorliegenden Zusammenhang erfordert dies eine möglichst klare Beschreibung der unter Strafe gestellten Handlungen und Therapieansätze. Dabei ist auch an die sich bei der Strafverfolgung im Einzelfall stellende Notwendigkeit hinreichender Beweisbarkeit zu denken.

Nichtsdestoweniger hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 26.2.2008 zum Inzestverbot (das weiterhin für grundsätzlich verfassungskonform erachtet worden ist) betont, dass nicht etwa in der Strafrechtswissenschaft verbreitete Vorstellungen im Sinne einer Art Rechtsgüterlehre für die Verfassungskonformität von Strafandrohungen maßgeblich seien. Vielmehr sei es auch im Strafrecht „grundsätzlich Sache des Gesetzgebers, den Bereich strafbaren Handelns verbindlich festzulegen.“ Dieser sei bei der Entscheidung, ob er ein bestimmtes Rechtsgut, dessen Schutz ihm wesentlich erscheint, gerade mit den Mitteln des Strafrechts verteidigen und wie er dies gegebenenfalls tun will, grundsätzlich frei“.³¹ Ferner sei nicht erforder-

²⁸ Zuletzt BVerfG, B.v. 26.2.2008, 2 BvR 392/ 07, juris, Rn. 35 (Inzestverbot).

²⁹ Vgl. BVerfGE 90, 145 (172).

³⁰ Dazu *Lorenz*, in: BK-GG, Art. 2 Abs. 1 Rn. 158.

³¹ So im Anschluss an BVerfGE 50, 142 (162), im B.v. 26.2.2008, 2 BvR 392/07, juris, Rn. 35.

lich, „dass der Erfolg in jedem Fall auch tatsächlich erreicht oder jedenfalls erreichbar ist“; die Möglichkeit der Zweckerreichung genüge. Auch hier betont das Gericht den „Beurteilungsspielraum“ des Gesetzgebers, welcher vom Bundesverfassungsgericht „je nach Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs, der auf dem Spiel stehenden Rechtsgüter und den Möglichkeiten, sich ein hinreichend sicheres Urteil zu bilden, nur in begrenztem Umfang überprüft werden“ könne (Rn. 36). Strafandrohungen dürften nach Art und Maß gegenüber dem unter Strafe gestellten Verhalten nicht „schlechthin unangemessen sein“, Tatbestand und Rechtsfolge müssten vielmehr „sachgerecht auf einander abgestimmt sein“ (Rn. 37).

In der Summe dieser aus dem sog. Schuldprinzip und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit abgeleiteten Anforderungen kommt es im vorliegenden Zusammenhang mithin darauf an, ob das intendierte Verbot von sog. Konversionstherapien ein Verhalten erfasst, dass „in besonderer Weise sozialschädlich und für das geordnete Zusammenleben der Menschen unerträglich, seine Verhinderung daher besonders dringlich ist.“

Blickt man auf die infrage stehenden verfassungsrechtlichen Gemeingründe, so sind diese allesamt von erheblichem Gewicht. Dies gilt sowohl für die körperliche Unversehrtheit der behandelten Personen als auch für deren Recht auf freie sexuelle Entfaltung; beides ist insbesondere bei Minderjährigen von erhöhter Schutzbedürftigkeit. Wer als professionell tätiger Therapeut sog. Konversionstherapien einsetzt, obgleich diese weder auf eine Krankheit zielen können noch irgendein Wirksamkeitsnachweis erkennbar ist, offenbart ein Verhalten, das sowohl Elemente des Körperverletzungstatbestandes nach § 223 StGB als auch des Betrugstatbestandes nach § 263 StGB aufweist. Wenn der Gesetzgeber mit dem Ziel der Verfolgung des dritten hier infrage stehenden, wiederum verfassungsrechtlich verankerten Gemeinwohlbelangs, nämlich der Beseitigung der vorliegenden Diskriminierung infolge Pathologisierung und Stigmatisierung, verbunden mit neuerlichen Beeinträchtigungen der Gesundheit und der sexuellen Selbstbestimmung (im Hinblick auf nichtbehandlungswillige Personen, also Außenstehende) entsprechende Verhaltensweisen unter Strafe stellen möchte, geht es ihm erkennbar darum, diese Elemente in einem spezifischen Tatbestand zu bündeln. Er verschiebt mithin nicht bereits bestehende Grenzen des erlaubten Verhaltens, sondern gestaltet sie näher aus und macht sie dadurch (insbesondere im Interesse der Bekämpfung der beschriebenen Diskriminierungswirkung) sicht-

bar. Den verfassungsrechtlichen Vorgaben genügt er damit auch im Hinblick auf das sachlich betroffene Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit in höherem Maße als bei der nur schwer vorhersehbaren Anwendung jener allgemeinen Straftatbestände.

Ein an Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sowie gewerbliche Anbieter und Personen, die Dienstleistungen der Vermittlung und der Werbung erbringen, gerichtetes Verbot ist mithin auch in Verbindung mit einer Strafandrohung als verfassungsmäßiger Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit dieses Personenkreises anzusehen. Die Höhe der Strafandrohung wäre danach zu differenzieren, ob sich die Behandlungsangebote an Minderjähriger oder Erwachsene richten; in letzterem Fall wären weitere Differenzierungen nach Ausgestaltung des Straftatbestandes und Strafhöhe in Abhängigkeit vom Vorliegen einer Einwilligung vorzunehmen. Selbstverständlich könnte im Hinblick auf Erwachsene je nach dem Verlauf der politischen und strafrechtsdogmatischen Diskussion auch von einer Strafandrohung abgesehen werden. Auch der Standort eines etwaigen Straftatbestandes (in StGB oder in der Bundesärzteordnung bzw. den entsprechenden Fachgesetzen) wäre noch zu diskutieren.

2. Kein Eingriff in die Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 GG

Namentlich auf dem Felde der Medizin ist häufig das Grundrecht der Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 GG zu beachten.

Dieses Grundrecht schützt auch Mindermeinungen sowie Forschungsansätze, die sich später als irrig oder fehlerhaft erweisen. Nach Einschätzung des Bundesverfassungsgerichts kann auch „unorthodoxes oder intuitives Vorgehen“ den Schutz des Grundrechts genießen, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass „nach Inhalt und Form ein ernsthafter Versuch zur Ermittlung von Wahrheit unternommen wird“.³² Außerhalb des Schutzbereichs der Wissenschaftsfreiheit liegt allerdings die Anwendung bereits gewonnener Erkenntnisse in der täglichen beruflichen Praxis, auch wenn es sich um die Praxis von Ärztinnen und Ärzte etc. handelt.³³

Die Behandlung von Menschen mit dem Ziel einer Veränderung ihrer sexuellen Orientierung dient nicht selbst der Gewinnung von Erkenntnissen und auch nicht der

³² BVerfGE 90, 1 (12); weiterführend *Quaas/Zuck/Clemens*, Medizinrecht, § 2 Rn. 57 f.; *Schumacher*, Alternativmedizin, 2017, S. 4 f.

³³ BVerfGE 5, 85 (145).

Verbreitung oder Vermittlung bereits gewonnener Erkenntnisse. Vielmehr handelt es sich um Verfahren, bei denen (vermeintliche) Erkenntnisse lediglich angewendet, im wahrsten Sinne des Wortes „praktiziert“ werden. Weder das Anbieten und Durchführen von sog. Konversionstherapien noch (und erst recht) die darauf bezogene Vermittlung und Werbung sind mithin durch das Grundrecht der Wissenschaftsfreiheit nach Art. 5 Abs. 3 GG geschützt.

II. Ausschluss von Vergütbarkeit

Unter bestimmten, im Rahmen dieses Kurzgutachtens nicht näher zu entfaltenden Voraussetzungen können sich sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer unter Umständen auf die Grundrechte berufen, wenn bestimmte therapeutische Leistungen nicht von nach Maßgabe des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) bzw. nach Maßgabe des für die privaten Krankenversicherungen geltenden Rechtsrahmens finanziert werden. Dass ein Ausschluss von Vergütbarkeit verfassungsrechtlich gerechtfertigt wäre, wenn das Anbieten bzw. Durchführen von sog. Konversionstherapien verboten würde, steht außer Frage.

Würde man die sog. Konversionstherapien nicht verbieten, sondern ausschließlich finanzielle Restriktionen einsetzen wollen, dann wäre nach gegenwärtige Rechtslage zunächst die Vorschrift des § 27 SGB V maßgeblich. Demnach haben gesetzlich Versicherte überhaupt nur dann einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese „notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Da die sexuelle Orientierung keine Krankheit ist (vgl. Teil 1 C I), kommt eine Kostenerstattung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bereits deshalb nicht in Betracht. Im Hinblick auf die privaten Krankenversicherungen dürfte (was hier nicht vertieft geprüft werden kann) Entsprechendes gelten; falls nicht, wäre aufgrund der infrage stehenden verfassungsrechtlichen Gemeinwohlüter der Gesetzgeber berechtigt, einen Leistungsausschluss auch mit Wirkung für das Recht der privaten Krankenversicherung anzuordnen.

III. Veränderte Beurteilung infolge etwaiger Grundrechtsbetroffenheit der Schutzadressaten?

Wie soeben festgestellt, würde ein Ausschluss der Vergütbarkeit von sog. Konversionstherapien keine verfassungsrechtlichen Schwierigkeiten bereiten. Die nachfolgenden Überlegungen konzentrieren sich daher auf die Frage, ob (noch dazu strafbewehrte) Verbote gegenüber den Anbietern verfassungsrechtlich an den Grundrechten der auf der Suche nach sog. Konversionstherapien befindlichen Probandinnen und Probanden, die aus der Sicht des Gesetzgebers die Schutzadressaten des Verbots sind, scheitern könnten.

1. Berührte Schutzbereiche

Dies erinnert in struktureller Hinsicht auf den ersten Blick an die Frage, ob der Staat Kranken eine nach dem Stand der medizinischen Forschung möglicherweise erfolgversprechende Therapie verbieten und ihnen dadurch die potenziellen Therapeuten entziehen darf.³⁴ Im vorliegenden Zusammenhang steht indes weder eine Erkrankung im Raum noch bestehen Wirksamkeitsnachweise für die angebotenen sog. Therapien. Von vornherein ist damit der Schutzbereich des Grundrechts Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG nicht eröffnet.

Allerdings ist Teil des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung auch der Wunsch, von einer bestehenden Homosexualität bzw. Bisexualität wegzukommen und namentlich einer heterosexuellen Orientierung folgen zu wollen. Ist ein dahingehender Wunsch zusätzlich unmittelbar Ausfluss einer Glaubensüberzeugung, kann zusätzlich der Schutzbereich des Grundrechts aus Art. 4 Abs. 1 GG eröffnet sein.

Im Hinblick auf Minderjährige, deren Eltern entsprechende Einstellungen haben bzw. sie im Rahmen der Erziehung ihrer Kinder verwirklicht sehen wollen, käme das Elternrecht nach Art. 6 Abs. 2 GG hinzu. Durchgehender Maßstab für die Rechtfertigung staatlicher Eingriffsmaßnahmen ist hier das sog. Wächteramt des Staates nach Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG; den Maßstab für dessen Ausübung bildet wiederum das Wohl des Kindes. Anders als die Grundrechte der sexuellen Selbstbestimmung bzw. der Glaubens- und Gewissensfreiheit umfasst Art. 6 Abs. 2 GG mithin kein Recht auf Schädigung des Kindes, jedenfalls nicht in körperlicher Hinsicht. Wie sich aus den medizinischen Grundannahmen ergibt, lösen die sog. Konversionstherapie eine Rei-

³⁴ Vgl. hierzu BVerfG, NJW 1999, S. 3399 (3400 f.).

he schädlicher Nebenwirkungen aus, insbesondere bei Minderjährigen bis zum Eintritt der Volljährigkeit. Da die Eltern durch ein gesetzliches Verbot ja nicht selbst adessiert würden und insbesondere keiner Straf- oder Bußgeldandrohung unterworfen wären, handelt es sich um einen lediglich mittelbaren Grundrechtseingriff, an dessen Rechtfertigung geringere Anforderungen zu stellen sind. Diesen Anforderungen kann m.E. entsprochen werden, da gerade im Hinblick auf Minderjährige erhebliche Gesundheitsgefährdungen und Entwicklungsstörungen infrage stehen, die den Staat zu Verbotsmaßnahmen gegen Anbieter jener Therapien legitimieren, zumal keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine sog. Konversionstherapie nach Auffassung ihrer Befürworter nicht auch erst nach Eintritt der Volljährigkeit begonnen werden könnte. Das Elternrecht nach Art. 6 Abs. 2 GG bildet mithin keine unüberwindbare Grenze für ein an die Anbieter jener sog. Therapien bzw. an Vermittler oder Werbetreibende bzw. sonstige gewerbliche Anbieter gerichtetes Verbot. Auch eine ausdrückliche Änderung der familienrechtlichen Vorschriften des BGB dahingehend, es den Eltern zu verbieten, die Einwilligung zur Teilnahme ihres Kindes an einer sog. Konversionstherapie zu erteilen (etwa in Anlehnung an § 1631c BGB betreffend die Sterilisation), wäre mithin mit Art. 6 Abs. 2 GG vereinbar.

2. Eingriffswirkung

Wie soeben festgestellt, sind also jedenfalls Erwachsene und zumindest Minderjährige im geschlechtsreifen Alter zwar nicht unmittelbar Adressaten etwaiger Verbote mit Strafandrohung. Durch solche Verbote und insbesondere durch deren konsequente Durchsetzung würden ihnen aber die potenziellen Anbieter von sog. Konversionstherapien entzogen. Sie wären daher Adressaten eines sog. mittelbaren Grundrechtseingriffs, der dann unter bestimmten Voraussetzungen (zusätzlich zu der sich aus der unmittelbaren Eingriffswirkung gegenüber den Berufstätigen ergebenden Wirkungen) gerechtfertigt werden müsste.

Einwirkungen mittelbarer Art sind dann rechtfertigungsbedürftig, wenn sie „in der Zielsetzung und ihren Wirkungen klassischen Eingriffen gleichkommen“, also im Verhältnis zu diesen ein „funktionales Äquivalent“ darstellen³⁵. Bei der Ermittlung einer funktionalen Äquivalenz spielen Faktoren wie die Zielsetzung, die Intensität der Wirkung und die Länge der Kausalkette eine Rolle. Im vorliegenden Zusammenhang ist

³⁵ BVerfGE 110, 177 (191); BVerfGE 116, 202 (222).

davon auszugehen, dass die, wenngleich nur mittelbare, Beeinträchtigungswirkung einem unmittelbaren Grundrechtseingriff gleichkommt, weil infolge eines zudem strafbewehrten Verbots das Angebot an Therapien in der Tat drastisch reduziert und Behandlungswillige kaum mehr Zugang zu solchen sog. Therapien finden würden. Insoweit ist die Thematik vergleichbar mit anderen Therapieverböten, im Hinblick auf die das Bundesverfassungsgericht von einer rechtfertigungspflichtigen Eingriffswirkung ausgegangen ist.³⁶ Vergleichbar ist auch die Beurteilung des gesetzlichen Sonnenstudio-Verbots für Minderjährige, das zwar unmittelbar lediglich an die Betreiber der Sonnenstudios gerichtet ist, mittelbar aber das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit beeinträchtigt; das BVerfG hat diesem Verbot explizit bescheinigt, ein „funktionales Äquivalent“ zu sein.³⁷

3. Rechtfertigungsprüfung

Während das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung nach Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG durch ein Gesetz und unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes eingeschränkt werden kann, also lediglich einem schlichten Gesetzesvorbehalt unterworfen ist, handelt es sich beim Grundrecht der Glaubens- und Gewissensfreiheit um ein vorbehaltlos gewährleistetes Grundrecht. Auch in die Grundrechte dieser Kategorie kann aber eingegriffen werden, der Gesetzgeber muss dann jedoch kollidierende Verfassungsbestimmungen ins Felde führen können; die Berufung auf bloße politisch fixierte öffentliche Belange reicht mithin nicht aus. Wie oben festgestellt (Teil 3 A), gibt es im vorliegenden Zusammenhang mehrere solche verfassungsrechtlich verankerten Gegenbelange, so dass grundsätzlich auch ein Eingriff in das Grundrecht der Glaubens- und Gewissensfreiheit (näher zu diesem C I 1) möglich ist.

Nun wird in der Stellungnahme der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags (WD 3-3000-301/12, S. 10 f.) allerdings ins Felde geführt, dass es sich um einen Fall der sog. Selbstschädigung bzw. Selbstgefährdung handle, da angeblich keine „Beeinträchtigung von Rechtsgütern Dritter oder der Allgemeinheit“ infrage stehe. Weil die eventuell negativen Folgen des in freier Selbstbestimmung gefassten

³⁶ So BVerfG, NJW 1999, S. 3399 (240 f.; Beschränkung der Organentnahme bei lebenden Organspendern).

³⁷ BVerfG, NJW 2012, S. 1062, Rn. 18.

Entschlusses „lediglich den Rechtsgutträger selbst“ trafen, müssten die strengeren Anforderungen an verfassungsrechtliche Verbote von Selbstschädigungen bzw. Selbstgefährdungen erfüllt sein. Diese lauteten dahingehend, dass die Schwelle einer „geringfügigen, theoretischen oder allgemeinen (Lebens-)Gefahr überstiegen würde“. Ohne den Nachweis „schwerer Nebenwirkungen“ hält die Stellungnahme der Wissenschaftlichen Dienste mithin ein Verbot für „wohl kaum mit den Grundrechten des behandlungswilligen Erwachsenen“ vereinbar; eine großzügigere Beurteilung wird im Hinblick auf Minderjährige für möglich gehalten (S. 12 der Stellungnahme).

Bei näherer Betrachtung ist zunächst davor zu warnen, zu rasch eine Zuordnung zu der Kategorie der Selbstschädigung/Selbstgefährdung³⁸ vorzunehmen. Das zeigt schon ein Blick in die diesbezügliche Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Dieses hatte beispielsweise die Gurtanlegepflicht mit Beschluss vom 24.7.1986 gerade nicht jener Kategorie zugeordnet, weil ein Kraftfahrer, der unangeschnallt verunglückt, zwar auf den ersten Blick nur sich selbst geschädigt habe, bei näherer Betrachtung aber als Helfer zugunsten anderer Verkehrsteilnehmer ausfalle und nicht mehr sachgerecht reagieren könne, was ausreiche, um die Gurtanlegepflicht rechtfertigen zu können.³⁹

Im vorliegenden Zusammenhang ist schon zu bezweifeln, ob in den allermeisten Fällen, in denen eine Person eine sog. Konversionstherapie nachsucht bzw. sich darüber informieren oder sie sich vermitteln lassen möchte, tatsächlich ein Fall der Selbstschädigung/Selbstgefährdung vorliegt. Denn anders als etwa in den Fällen eines Wunsches zur Selbsttötung oder auch im Falle des Wunsches, sich selbst durch ein Bräunungsgerät Hautschäden zufügen zu wollen, kann im vorliegenden Zusammenhang der „Erfolg“ von vornherein gar nicht eintreten (im Unterschied zum Todes Eintritt bzw. zur Bräunung der Haut). Da keinerlei Wirksamkeitsnachweis zugunsten der sog. Konversionstherapien besteht, handelt sich um eine vollkommen nutzlose Behandlung, und damit um etwas, was der Betreffende gerade nicht anstrebt. Im Unterschied zu den bisher zu beurteilenden Fällen kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass er die anerkanntermaßen eintretenden Nebenwirkungen in Kauf nimmt;

³⁸ Zu den für sie im allgemeinen geltenden Grundsätzen übersichtlich *Jarass*, in: ders./Pieroth, GG, Art. 2 Rn. 34 und 100 m.w.N.

³⁹ NJW 1987, S. 180.

im Gegenteil setzt er gerade darauf, von allen von ihm als psychischen Störungen empfundenen Umständen befreit zu werden.

Selbst wenn man ungeachtet dieser Bedenken eine Zuordnung zur Kategorie der Selbstschädigung bzw. Selbstgefährdung vornehmen wollte, liegt der Fall aber so, dass durchaus Rechtsgüter außerhalb der Sphäre der Probandinnen und Probanden infrage stehen. Da das Anbieten, Durchführen, Vermitteln von und die Werbung für sog. Konversionstherapien eine diskriminierende Wirkung in Gestalt von Stigmatisierung und Pathologisierung auslöst, wird ein negativer Effekt auf Rechtsgüter der Allgemeinheit und insbesondere auf Rechtsgüter von nicht behandlungswilligen Probanden ausgelöst (sog. minority stress; vgl. Teil 1 C I). Indem der Staat die sog. Konversionstherapien weiterhin erlaubte, würde er Tag für Tag bei diesem Personenkreis den Eindruck verfestigen, doch Träger einer Art Krankheit zu sein, sie wären weiterhin etwaigen Vorurteilen in Familie und gesellschaftlichem Umfeld ausgesetzt und erlitten dadurch nicht selten die oben beschriebenen psychischen Beeinträchtigungen.

Im Interesse dieser Rechtsgüter könnte der Staat mithin ungeachtet des möglicherweise zum Teil vorliegenden selbstschädigenden bzw. selbstgefährdenden Charakters ein Verbot anordnen; dieses beträfe ja auch gar nicht unmittelbar die selbstgefährdungs- bzw. schädigungswilligen Personen, sondern die Anbieter jener Therapien; man hätte es also allenfalls mit einer mittelbaren Selbstschädigungs- bzw. Gefährdungskonstellation zu tun. Es ist aber kein Gesichtspunkt ersichtlich der es rechtfertigen könnte, einem therapeutisch vorgebildeten Anbieter zu erlauben, anerkanntermaßen nutzlose und überdies schädliche Maßnahmen einsetzen zu dürfen, nur damit möglicherweise schädigungswillige Probandinnen und Probanden nicht der Anbieter entzogen wird. M.E. bilden damit die Grundrechte der Schutzbetroffenen keine Grenze für ein auch strafbewehrtes Verbot gegenüber Ärztinnen und Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sowie gewerblich-berufsmäßigen Anbietern.

Dies gilt erst recht, soweit das Verbot die Behandlung von Minderjährigen und beschränkt einsichtsfähigen Personen betrifft. Im Hinblick auf diesen Kreis wären selbst die vom Bundesverfassungsgericht in seiner Rechtsprechung zur Selbstschädigung bzw. Selbstgefährdung aufgestellten strengen Anforderungen erfüllt. So hat das Gericht in einem Beschluss aus dem Jahr 1982 gefordert, dass „ein größerer persönli-

cher Schaden zugefügt“ zu werden droht,⁴⁰ im Beschluss vom 11.8.1999 zur Organentnahme bei lebenden Organspendern hat es festgestellt, dass es ein legitimes Gemeinwohlanliegen sei, „Menschen davor zu bewahren, sich selbst einen größeren persönlichen Schaden zuzufügen“⁴¹, und im Beschluss vom 26.7.2016 zur betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme hat es darauf abgestellt, dass „schwerwiegende Gesundheitsbeeinträchtigungen“ drohen würden.⁴² Jedenfalls im Hinblick auf Minderjährige ist nach dem bisherigen Stand der medizinischen Grundannahmen davon auszugehen, dass die drohenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen so schwerwiegend sind, dass jene Voraussetzungen erfüllt wären. Überhaupt ist die Pflicht zur Rücksichtnahme auf eine autonome Entscheidung gegenüber Minderjährigen und sonst in ihrer Einsichtsfähigkeit beschränkten Personen deutlich herabgesetzt, weil es ihnen eben an der erforderlichen Einsichtsfähigkeit fehlt.⁴³

IV. Zwischenergebnis

Ein Verbot des Anbietens, der Durchführung, der Vermittlung von und des Werbens für sog. Konversionstherapien durch Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sowie gewerbliche Anbieter wäre mit deren Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar, auch wenn es mit einer Strafandrohung verbunden würde. Jedenfalls bei der Strafhöhe müsste danach differenziert werden, ob die Schutzadressaten Minderjährige und beschränkt einsichtsfähige Personen oder Erwachsene sind, im letzteren ferner danach, ob der Schutzadressat eingewilligt hätte. Ferner wäre danach zu differenzieren, ob eine sog. Konversionstherapie angeboten und durchgeführt oder lediglich für sie geworben bzw. eine Vermittlungstätigkeit entfaltet wird. Eine weitere Differenzierung könnte zwischen den (mit einem höheren Strafmaß zu belegenden) medizinisch qualifizierten Personen und lediglich gewerblichen Anbietern außerhalb des Medizin-

⁴⁰ B.v. 16.3.1982, 1 BvR 938/81, Rn. 32.

⁴¹ B.v. 11.8.1999, 1 BvR 2181/98 u.a., Rn. 72.

⁴² B.v. 26.7.2016, 1 BvR 8/15, Rn. 78.

⁴³ Vgl. *Lorenz*, in: BK-GG, Art. 2 Abs. 1 GG, Rn. 155, und ferner BVerfG, B.v. 21.12.2011, 1 BvR 2007/10, juris, Rn. 33.

sektors erfolgen. Der Ausschluss einer etwaigenfalls noch bestehenden Vergütbarkeit wäre ohne Weiteres verfassungsrechtlich legitimierbar.

C. Rechtfertigung von Maßnahmen gegenüber religiösen oder weltanschaulichen Angeboten

I. Verbote

1. Eingriff in die Glaubensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG

Werden Behandlungsangebote auf der Grundlage einer Religion oder einer Weltanschauung gemacht, besteht zusätzlich eine Rechtfertigungsbedürftigkeit in Anbetracht des Grundrechts der Glaubensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG. Religion bzw. Weltanschauung bestimmen nach dem Verständnis des Bundesverfassungsgerichts „die Ziele des Menschen, sprechen ihn im Kern seiner Persönlichkeit an und erklären auf eine umfassende Weise den Sinn der Welt und des menschlichen Lebens“⁴⁴. Dabei liegt ihnen jeweils eine Gewissheit über bestimmte Aussagen zum Weltganzen sowie zur Herkunft bzw. zum Ziel menschlichen Lebens zugrunde.⁴⁵ Erfasst sind sowohl individuelle Deutungen und Praktiken als auch die Gemeinschaft von Gleichgesinnten. Weltanschauungen sind dann gleichgestellt, wenn sie im Hinblick auf Geschlossenheit und Sinngebungskraft Religionen entsprechen.⁴⁶ Maßgeblich ist jeweils sowohl das Zugrundeliegen einer Gewissensentscheidung, aus der sich für die Gläubigen bindende Verpflichtungen (nach eigenem Dafürhalten) ergeben, von denen sie ohne ernste Gewissensnöte nicht abweichen können.⁴⁷ Grundrechtlich geschützt ist neben der inneren Freiheit, die entsprechenden Überzeugungen zu bilden und zu haben auch die äußere Freiheit, sich zu ihnen zu bekennen, sie zu verbreiten und zu praktizieren. Dies schließt u.a. die religiöse Erziehung der Kinder ein (im Zusammenwirken mit Art. 6 Abs. 2 GG).⁴⁸ Geschützt sind beispielsweise der Verzicht auf medizinische Hilfe⁴⁹ und auch die Werbung für die eigene Überzeugung⁵⁰ bzw. das karitative Wirken.⁵¹

⁴⁴ BVerfGE 105, 279 (293).

⁴⁵ Vgl. nur *Jarass*, in: ders./Pieroth, GG, Art. 4 Rn. 8 m.w.N.

⁴⁶ Vgl. BVerwGE 82, 76 (78).

⁴⁷ Vgl. BVerfGE 138, 296.

⁴⁸ BVerfGE 52, 223 (236); BVerfGE 138, 269.

⁴⁹ BVerfGE 32, 98 (109 f.)

Im vorliegenden Zusammenhang dürfte die entsprechende Glaubens- bzw. Weltanschauungsrichtung eines Anbieters von den jeweiligen Probandinnen und Probanden bzw. deren Eltern geteilt werden; diese können sich insoweit ihrerseits auf Art. 4 Abs. 1 GG berufen. Dass diese Grundrechtsbetroffenheit aber nicht unter dem Aspekt der sog. Selbstschädigung bzw. Selbstgefährdung der Rechtfertigung von Verbotsmaßnahmen gegenüber den Anbietern entsprechender Behandlungen entgegensteht, wurde im vorherigen Abschnitt bereits gezeigt (B III). Es kommt mithin auch im Zusammenhang des Art. 4 Abs. 1 GG allein darauf an, ob Verbotsmaßnahmen vor dem Grundrecht der Glaubensfreiheit der Anbieter gerechtfertigt werden können.

2. Rechtfertigungsebene

Wie bereits erwähnt, ist Art. 4 Abs. 1 GG ein sog. vorbehaltloses Grundrecht. Dies bedeutet aber nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht, dass der Staat per se an der Bewirkung von Eingriffen gehindert wäre. Vielmehr sind sie möglich, wenn sie sich auf sog. kollidierendes Verfassungsrecht zurückführen lassen, etwa auf die Grundrechte Dritter oder Gemeinschaftsrechte von Verfassungsrang.⁵²

Die im Teil 3 A dieser Untersuchung ermittelten verfassungsrechtlich verankerten Legitimationsgründe für ein gesetzgeberisches Tätigwerden gegenüber sog. Konversionstherapien taugen grundsätzlich auch als Grundlage für eine Rechtfertigung von Eingriffen in Art. 4 Abs. 1 GG. Bei näherer Betrachtung ergibt sich allerdings ein etwas differenzierteres Bild als im Hinblick auf die Rechtfertigung von Eingriffen in die Berufsfreiheit. So ist davon auszugehen, dass religiöse und weltanschauliche Angebote typischerweise nicht auf spezifischen Methoden und Techniken beruhen und daher ein diffuseres, wohl auch vergleichsweise geringeres Potenzial für gesundheitliche Beeinträchtigungen bergen. Das durch Art. 2 Abs. 1 i.V.m Art. 1 Abs. 1 GG geschützte Recht auf sexuelle Selbstbestimmung wird von den Probandinnen und Probanden selbst gegenüber ihrer Glaubens- und Weltanschauungsfreiheit als nachrangig eingestuft (soweit es sich um Erwachsene handelt), weswegen als in diesem Zu-

⁵⁰ BVerfGE 105, 279 (294).

⁵¹ BVerfGE 24, 236 (247).

⁵² Vgl. nur BVerfGE 52, 223 (246 f.); BVerfGE 93, 1 (21); BVerfGE 108, 282 (297). Zum Kreis der in der bisherigen Rechtsprechung anerkannten kollidierenden Verfassungsgüter vgl. *Jarass*, a.a.O., Art. 4 Rn. 28.

sammenhang wichtigste Rechtfertigungsgrundlage die Schutzpflicht angesichts der Diskriminierungswirkung in Gestalt von Pathologisierung und Stigmatisierung in den Vordergrund rückt. Auch dieser grundsätzlich taugliche Legitimationsfaktor entfaltet in Anbetracht glaubens- und gewissensgetragener Behandlungsangebote aber eine geringere Durchschlagskraft. Denn den Trägerinnen und Trägern dieser Angebote wird von vornherein eine geringere Fachautorität als etwa Ärztinnen und Ärzten zugeschrieben und ihr Handeln entfaltet auch in deutlich geringerem Maße Außenwirkung, da es typischerweise im von vornherein geschlossenen Bereich bestimmter Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften erfolgt. Dadurch ist auch der in Teil 1 C I beschriebene Schutzbedarf gegenüber Nicht-Probandinnen und -probanden (in Gestalt des sog. minority stress) deutlich geringer als bei Angeboten, die etwa von Ärztinnen und Ärzten oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verantwortet werden.

Was das Anbieten und Durchführen von sog. Konversionstherapien im religiösen bzw. weltanschaulichen Kontext betrifft, erweist sich ein Verbot m.E. daher nur dann als mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (auf der Stufe der Angemessenheit bzw. Zumutbarkeit) vereinbar, wenn es auf Angebote gegenüber Minderjährigen beschränkt ist. Angesichts der sog ultima ratio-Funktion des Strafrechts (vgl. dazu ausführlich B I 2 b) erscheint auch insoweit eine Strafandrohung als unangemessen; gerechtfertigt werden könnte aber ein Verbot i.V.m. einem Ordnungswidrigkeitentatbestand. Im Hinblick auf Erwachsene ist allenfalls ein Ordnungswidrigkeitentatbestand, der die Werbung und Vermittlung entsprechender Angebote erfasst, denkbar, weil durch sie der Diskriminierungseffekt durch Pathologisierung und Stigmatisierung vergleichsweise stärker wirkt.

II. Finanzielle Restriktionen

Im Rahmen dieses Kurzgutachtens sind keine Anhaltspunkte erkennbar, die den Ausschluss von finanzieller Förderung seitens des Staates oder ihm zuzurechnender Handlungseinheiten entgegenstünden. Hierbei ginge es (anders als bei Verboten) nicht um Eingriffe im herkömmlichen Sinne, sondern um den Verlust von Leistungen, auf die grundsätzlich und von vornherein kein Anspruch bestanden hat. Infolge der Herkunft jener Mittel aus staatlichen bzw. anderen öffentlichen Haushalten würde hier in besonderer Weise der Legitimationsgrund des Vorgehens gegen Diskriminie-

rungen in Gestalt von Pathologisierung und Stigmatisierung wirken, da der Staat durch solche finanzielle Leistungen eine Art Identifikation mit den daraufhin erbrachten Angeboten herstellte; dies zu beseitigen wäre auf der Basis der in den vorherigen Abschnitten angestellten verfassungsrechtlichen Überlegungen (auch unabhängig von der Schaffung von Verbotstatbeständen) legitim.

III. Zwischenergebnis

Ein Verbot des Anbietens, der Durchführung, der Vermittlung von und des Werbens für sog. Konversionstherapien durch Anbieter mit religiösem oder weltanschaulichem Hintergrund ist mit deren Grundrecht der Glaubensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 GG vereinbar, soweit es die Behandlung von Minderjährigen und beschränkt einsichtsfähigen Personen betreffe. Im Hinblick auf Erwachsene könnten die Vermittlung von und das Werben für sog. Konversionstherapien verboten werden. In beiden Fällen wäre die Ausgestaltung als Ordnungswidrigkeitentatbestand angemessen. Grundrechtlich gerechtfertigt werden könnten auch finanzielle Restriktionen zulasten dieser Anbieter.

München, Juni 2019



Professor Dr. Martin Burgi

Teil B

**Schwerpunkt
Recht und Politik**

**Menschen in ihrer
sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität
stärken**

—

**Plädoyer für ein konzertiertes Vorgehen gegen
die sogenannten „Konversionstherapien“**

– Sabine Leutheusser-Schnarrenberger –

Bundesjustizministerin a.D.,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Kurze rechtliche und historische Einleitung

Nach 123 Jahren Geltungsdauer wurde der als "Schwulenparagraf" bekannte §175 endlich mit Beschluss des Bundestages am 10. März 1994 aus dem Strafgesetzbuch gestrichen. Als damalige Bundesjustizministerin, die den Gesetzentwurf initiiert und dem Kabinett vorgelegt hatte, habe ich diesen Tag als historisch für die Rechtspolitik empfunden. 25 Jahre ist es nun her, dass dieser unmenschliche Straftatbestand, der mit ca 64 000 Verurteilungen so viel Leid und Existenzvernichtung für viele Männer gebracht hatte, abgeschafft wurde und damit diese schlimme Form der Diskriminierung mittels des Strafrechts mit mehrjährigen Freiheitsstrafen ihr Ende fand. 23 Jahre hat es dann noch gedauert, bis der Bundestag 2017 die betroffenen Männer einstimmig rehabilitierte. Die Urteile wurden aufgehoben. Mögliche Entschädigungssumme: 3000 Euro pro Urteil, 1500 Euro für jedes Jahr in Haft.

Bis Mitte 2019 sind ca. 145 Entschädigungsanträge eingegangen. 122 Betroffene haben bislang Geld erhalten, insgesamt rund eine halbe Million Euro, wie das dafür zuständige Bundesjustizministerium informierte. In Relation zu der hohen Zahl strafrechtlicher Verurteilungen ist die Zahl der Rehabilitierungen sehr gering, was besonders an dem hohen Alter der Betroffenen liegt und weil leider wegen des langen Zeitablaufs schon viele verstorben sind.

Diese fundamentale Diskriminierung seit der Kaiserzeit, die von den Nationalsozialisten noch einmal mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren verschärft wurde, dieses dunkle Kapitel in der deutschen Geschichte sollte eigentlich mit diesen wichtigen Entscheidungen des demokratisch legitimierten Gesetzgebers endgültig ein Ende gefunden haben. Die sexuelle Orientierung eines Mannes ist seine Privatangelegenheit, die es zu respektieren und zu akzeptieren gilt. Anlass für staatliche Maßnahmen oder Interventionen bieten sie nicht.

Es hat gedauert, bis das Bundesverfassungsgericht zur Bewertung kam, dass Homosexualität keinen rechtfertigenden Grund für Ungleichbehandlung bietet. Noch 1957 erteilte es dem damals noch uneingeschränkt geltenden Verbot homosexueller Handlungen seinen Segen. Die Entscheidung setzt eine grundsätzliche Unerwünschtheit von Homosexualität weitgehend als selbstverständlich voraus und widmet sich vor allem der Frage nach der Ungleichbehandlung gegenüber lesbischen Frauen, deren Handeln straffrei war. Dafür gäbe es jedoch hinreichende Gründe in der unterschiedlichen Sexualität von Mann und Frau:

„So gelingt der lesbisch veranlagten Frau das Durchhalten sexueller Abstinenz leichter, während der homosexuelle Mann dazu neigt, einem hemmungslosen Sexualbedürfnis zu verfallen.“¹

„Die Gefahr solcher Fehlprägung ist aber bei Mädchen weit geringer als bei männlichen Jugendlichen. Diese allgemeine Erfahrung wird von den Sachverständigen zum Teil darauf zurückgeführt, daß das Mädchen weit mehr als der Knabe durch ein natürliches Gefühl für sexuelle Ordnung bewahrt werde, zum Teil darauf, daß die Mädchen altersmäßig früher auf heterosexuelle Beziehungen fixiert seien.“

Schließlich werde Homosexualität von Männern aufgrund häufigeren Partnerwechsels schneller verbreitet:

„Ziehe man dazu die größere geschlechtliche Aggressivität des Mannes in Betracht, so macht schon das evident, daß die Gefahr der Verbreitung der Homosexualität beim Manne weit größer ist als bei der Frau.“

Das sind nur drei Zitate aus der Urteilsbegründung der bundesverfassungsgerichtlichen Entscheidung.

Das BVerfG hielt ein Verbot von Homosexualität grundsätzlich für rechtmäßig. Die in dem Verbot liegende Beschränkung der persönlichen Handlungsfreiheit begründete das Gericht seinerzeit unter Verweis auf Art. 2 Abs. 1 GG, der dem Einzelnen persönliche Handlungsfreiheit gewährt, "soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt". Letzteres sei aber "eindeutig" der Fall, was sich unter anderem aus der diesbezüglichen Haltung der Kirchen ergebe.

Im Jahr 1973 erhielten die Verfassungshüter noch einmal Gelegenheit, sich mit der Strafvorschrift zu befassen, die zu diesem Zeitpunkt nur noch homosexuelle Beziehungen von über 18-Jährigen mit unter 18-Jährigen unter Strafe stellte. Auch hierin sahen sie kein Problem – die Vorstellung, junge Männer könnten durch die Avancen älterer Männer zur Homosexualität "verführt" werden, hielt sich noch immer (Urt. v. 02.10.1973, Az. 1 BvL 7/72).

In der jüngsten Vergangenheit hat das Bundesverfassungsgericht viel für die Gleichstellung Homosexueller getan. 2002 verteidigte es die kurz zuvor eingeführte Lebenspartnerschaft gegen die vehementen Angriffe von CDU und CSU. "Dem Institut der Ehe drohen keine Einbußen durch ein Institut, das sich an Personen wendet, die miteinander

¹ BVerfG, Urt. v. 10.05-1057, Az. 1 BvR 550/52

keine Ehe eingehen können", stellte der Erste Senat kühl fest. Und das war erst der Anfang. 2010 monierte das Gericht die steuerliche Ungleichbehandlung der Lebenspartner im Erbschaftssteuer- und Schenkungssteuergesetz², 2013 folgte die Forderung, auch ihnen das Ehegattensplitting zugute kommen zu lassen.

Heute ist die Ehe für Alle Gesetz.

2 Strafrecht oder Ordnungswidrigkeitenrecht zum Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

Vor diesem Hintergrund mutet es wie aus einer anderen Zeit an, dass immer noch in Deutschland von einigen Personen oder auch Organisationen die Auffassung vertreten wird, dass Homosexualität eine Krankheit sei – anders als die Weltgesundheitsorganisation es seit 1992 vertritt –, die behandelt und geheilt werden müsse mit dem Ziel, den so titulierten „Normalzustand“ der Heterosexualität zu erreichen. Sog. Konversionstherapien, die angeboten werden, könnten dazu verhelfen.

Es stellt sich damit die umgekehrte Frage: Braucht Deutschland wieder ein Strafgesetz oder eine andere Norm, aber dieses Mal zum Schutz der persönlichen Integrität des homosexuellen Mannes? Sollte mittels einer Verbotsnorm mit Sanktionsandrohung versucht werden, den angeblichen Heilbehandlungen den legalen Handlungsrahmen zu nehmen?

Diese Frage birgt verschiedene rechtliche Problemstellungen, die in einem Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages angesprochen und in umfassenden Gutachten wie von Prof. Dr. Martin Burgi von der LMU zum Verfassungsrecht und Prof. Dr. Daniela Demko LL.M.Eur von der Uni Leipzig in der Kommissionssitzung am 5. Juni 2019 behandelt wurden.

Wie fast immer bei Juristen, gibt es auf die vielfältigsten Fragen nicht immer nur eine richtige Antwort, denn die Regelungsmöglichkeiten des Gesetzgebers und seine Einschätzungsprärogative haben einen nicht zu unterschätzenden Spielraum, den auch das Bundesverfassungsgericht anerkennt und der nur in begrenztem Umfang überprüft werden kann.³ Es wird letztlich auf die fundierten, teils auch wissenschaftlichen

² BvR 611/07, Beschluss vom 21. Juli 2010

³ BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 09. März 1994 - 2 BvL 43/92 -, Rn. (1-259), http://www.bverfg.de/e/ls19940309_2bvl004392.html.

Begründungen für ein mögliches Therapieverbot ankommen, die sich mit den Kriterien der Gefährdung der Rechtsgüter der Betroffenen, bei Minderjährigen auch der Eltern als gesetzliche Vertreter und der behandelnden Fachleute (Mediziner, Psychologen, Psychiater) und auch dem Schutz der Allgemeinheit zu befassen haben.

Eine wesentliche Bedeutung kommt der Verhältnismäßigkeit der geplanten Regelung zu, die die am wenigsten tief in die Grundrechte der Beteiligten berührenden Eingriffe verlangt. In Betracht kommen Regelungen des Strafrechts, des Ordnungswidrigkeitenrechts, auch zivilrechtliche Regelungen sind einzubeziehen.

3 Rolle des Strafrechts

Der gesetzgeberische Einsatz des Strafrechts soll wegen der verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeit immer nur *ultima ratio*, also *das* letzte Mittel sein. Das heißt, dass die Verletzung von Rechtsgütern nur dann mit Strafe bedroht werden sollte, wenn Sanktionsmöglichkeiten des Zivil- und Verwaltungsrechts nicht mehr ausreichen, um einen wirksamen Rechtsgüterschutz herbeizuführen. Deshalb hat das Strafrecht immer nur fragmentarischen Charakter: Es erfasst nicht lückenlos jedes moralisch vorwerfbare Verhalten oder gar die Gesamtheit sozialer und gesellschaftlicher Verflechtungen, sondern stellt lediglich einzelne, vom Gesetzgeber als besonders sozialschädlich erachtete Verhaltensweisen unter Strafe.

Hauptziel des Strafrechts ist nach heute herrschender Ansicht, den Rechtsfrieden aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen, nicht zuallererst der Gerechtigkeit zum Durchbruch zu verhelfen. Dazu wirkt es sowohl präventiv als auch repressiv auf Täter und Gesellschaft ein.

Beweggründe für die Forderung nach einem Verbot der sog. Konversionstherapien, deren Umfang klar definiert werden muss, um unerwünschte und nachteilige Folgen wie die Erfassung von Therapien zur Behandlung ich-dystoner Störungen und sog. affirmativer Therapien zu vermeiden, sind die möglichen negativen psychischen und damit verbundenen physischen Auswirkungen für den Behandelten, das Fehlen einer gesundheitlichen Störung, also einer Erkrankung, die eine Therapie überhaupt erst rechtfertigen könnte und das durch nichts zu rechtfertigende Ziel der Änderung der Sexualität des Betroffenen und damit der tiefgehende Eingriff in sein sexuelles Selbstbestimmungsrecht. Diesen Grundrechtspositionen der körperlichen Unversehrtheit gem. Art. 2 Abs. 2

GG und des Persönlichkeitsrechts gem. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 GG steht auf der anderen Seite die Therapiefreiheit der Ärzte in Deutschland gegenüber, weshalb Therapieverbote zumindest die Berufsausübungsfreiheit gem. Art. 12 Abs. 1 GG berühren und wohl auch einen Eingriff in das Persönlichkeitsrecht eines behandlungswilligen Therapiesuchenden darstellen können.⁴

Vor diesem Hintergrund der unterschiedlichen Intensität der Grundrechtsverletzung bei Erwachsenen und Minderjährigen, der unterschiedlichen Interessenlagen und Rechtsgütergefährdungen sind neben dem Strafrecht auch andere Sanktionsmöglichkeiten in Erwägung zu ziehen, wenn auch auf diesem Weg das definierte Ziel, Rechtsgüterverletzungen abzuwenden und auf angemessene Weise die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 GG zu beachten, erreicht werden kann.

Auch hier kommt dem Gesetzgeber ein Ermessensspielraum zu, der in der Ausgestaltung der gewählten Regelung seinen Niederschlag finden kann. Dies hat das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich in seiner Entscheidung zum Umgang mit Drogen ausgeführt (BVerfG vom 9. März 1994):

„Bei der vom Verhältnismäßigkeitsgrundsatz geforderten Beurteilung der Eignung und Erforderlichkeit des gewählten Mittels zur Erreichung des erstrebten Zwecks sowie bei der in diesem Zusammenhang vorzunehmenden Einschätzung und Prognose der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit drohenden Gefahren steht dem Gesetzgeber ein Beurteilungsspielraum zu, welcher vom Bundesverfassungsgericht nur in begrenztem Umfang überprüft werden kann.“⁵

4 Möglichkeiten des Ordnungswidrigkeitenrechts

Ein milderes Mittel als eine Strafnorm mit Verurteilung zu einer Geld- oder Freiheitsstrafe ist das Verbot mittels einer Ordnungswidrigkeit, die bei Begehung zur Verhängung eines Bußgeldes auch erheblichen Umfangs führen kann.

Ordnungswidrigkeiten sind Gesetzesverstöße, die der Gesetzgeber als nicht so erheblich ansieht, dass sie durch strafgerichtliche Geld- oder Freiheitsstrafe geahndet werden müssten, sondern die auch durch eine Verwaltungsbehörde mit einer Geldbuße belegt werden können. Die Entscheidung, ob ein Rechtsverstoß als Straftat oder nur als

⁴ Siehe Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages, WD 3-3090-301/12.

⁵ Leitsatz 2a der Entscheidung.

Ordnungswidrigkeit eingeordnet wird, richtet der Gesetzgeber daran aus, wie strafwürdig und strafbedürftig die verbotene Handlung ist.

Sog. „Konversionstherapien“ oder „Umpolungstherapien“ sind keine medizinische Behandlung, da keine Krankheit behandelt wird, sondern sie werden von einigen Organisationen, von angeblichen Heilern, gewerblichen Anbietern angeboten bzw. es wird in Gesprächen mit Homosexuellen darauf gedrängt, sie anzuwenden. Betroffene werden in die Isolation gedrängt, können Depressionen bekommen, erleiden Ängste und die Suizidgefahr kann erhöht werden. Jedenfalls sind keinerlei wissenschaftlich positive Wirkungen nachgewiesen. Diesem verantwortungslosen Agieren vorzubeugen und den damit verbundenen Gefahren für das Wohlbefinden der Betroffenen zu begegnen, kann am ehesten durch umfassende Aufklärung, leichten Zugang zu Beratung und zu kompetenten Stellen mit Hilfsangeboten begegnet werden. Das allein reicht aber besonders hinsichtlich des Schutzes Minderjähriger nicht aus, sondern es muss mit einem Verbot dieser sog. Therapien deutlich werden, dass sie angesichts der Rechtsgütergefährdungen auch gesellschaftlich nicht hinnehmbar sind.

Das Ordnungswidrigkeitenrecht wird oftmals als der kleine Bruder des Strafrechts bezeichnet. Es ist dem Strafrecht in mehreren Punkten nachgebildet und enthält in einzelnen Regelungen Verweise auf das Strafrecht (z.B. § 30 OWiG und § 130 OWiG).

Es unterscheidet sich aber auch davon. Insbesondere ist die Geldbuße keine Strafe. Die Verhängung von Kriminalstrafen ist als Kern der Rechtsprechungstätigkeit dem Richter vorbehalten. Eine Geldbuße wegen der Verletzung einer Ordnungswidrigkeit wird in der Regel von einer Verwaltungsbehörde verhängt. Eine gerichtliche Kontrolle findet statt, aber nur dann, wenn der Betroffene mit der Entscheidung der Verwaltungsbehörde nicht einverstanden ist und einen Rechtsbehelf einlegt.

Mit einer Ordnungswidrigkeit wird unerwünschtes, fehlbares Verhalten geahndet. Sie finden sich in vielen Bereichen, nicht nur im allgemein bekannten Straßenverkehrsrecht. Das Arzneimittelgesetz enthält in § 97 Abs. 1 und 2 AMG einen umfangreichen Katalog von Handlungen, die als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße geahndet werden. Mit dem Verweis auf § 96 AMG, der umfangreiche Strafvorschriften aufzählt, und deren fahrlässige Begehung als Ordnungswidrigkeit geahndet wird, zeigt sich die Verzahnung zwischen Strafrecht und Ordnungswidrigkeitenrecht sehr deutlich.

Das übliche Verfahren nach dem Ordnungswidrigkeitengesetz ist einfacher und schneller als das Strafverfahren. Die in manchen Bereichen stark überlastete Justiz wird dadurch entlastet. Dem Betroffenen bleiben die Nachteile eines Strafverfahrens wie

größere Öffentlichkeit, starke Eingriffe in seine Rechte erspart. Aber sein Verhalten wird als von der Gesellschaft nicht erlaubtes bewertet und entsprechend sanktioniert.

Das Verbot der sog. Konversionstherapien soll zu einer Verhaltensänderung der Normadressaten führen und die Betroffenen, ganz besonders die stärker schutzlosen Minderjährigen vor gesundheitlichen, insbesondere psychischen Schäden mit der Gefahr der Langzeitwirkung bewahren. Dieses Ziel kann mit einer entsprechend ausgestalteten Regelung als Ordnungswidrigkeit erreicht werden. Diese ist kein zahnloses Gebilde, denn die Geldbuße kann mittels Erzwingungshaft beigetrieben werden.

5 Abschreckung durch das Strafrecht

Würde mit einer Ordnungswidrigkeit die erwünschte abschreckende Wirkung der Verbotsnorm entfallen, die von einer Strafnorm mit größerer moralischer Vorwerfbarkeit erwartet wird?

Mit der abschreckenden Wirkung des Strafrechts befassen sich Rechtswissenschaftler, Kriminologen und Sozialwissenschaftler seit vielen Jahren. Die Sanktionsforschung ist sehr umfangreich und hat viele Einzelergebnisse gebracht. Es ist jedoch bisher noch nicht gelungen, daraus eine allgemeine Theorie der Abschreckung abzuleiten. Grundsätzlich geht man zwar von der Annahme aus, dass Sanktionen eine abschreckende Wirkung haben können, dass aber diese Wirkung von der Vorstellung abhängig ist, die sich der Adressat über die Art der Sanktion macht sowie über die Sicherheit und Schnelligkeit, mit der sie eintritt.

Und auch das gilt nicht pauschal. Diese Annahme muss mit verschiedenen Einschränkungen versehen werden. Manche Lebensbereiche und Verhaltensweisen sind rationalem Verhalten weniger zugänglich. Ein Beispiel ist der Umgang mit Alkohol und Rauschmitteln. Ferner gibt es Personengruppen, die sich aus welchen Gründen auch immer im Sinne des Abschreckungsmodells irrational verhalten. Beides trifft etwa bei der Trunkenheit am Steuer zu. Die Mehrzahl der Verkehrsteilnehmer lässt sich abschrecken und ist erst recht bereit, aus negativen Erfahrungen zu lernen. Andererseits gibt es Menschen, die ständig gegen die Regeln verstoßen, dabei relativ selten gefasst werden und daher die Sanktionswahrscheinlichkeit gering einschätzen. Von ihren Erfahrungen her handeln sie sogar rational. Schließlich gibt es Gewohnheitstrinker, die psychisch außerstande sind, sich überhaupt an die Vorschriften zu halten. Es ist wiederholt

beobachtet worden, dass neue, schärfere Gesetze gegen Alkohol im Straßenverkehr durchaus einen Abschreckungserfolg haben, der sich aber nach verhältnismäßig kurzer Zeit wieder verliert. Der Grund liegt nach eingehenden Untersuchungen in verschiedenen Ländern in erster Linie daran, dass die in dem neuen Gesetz ausgesprochene Drohung nicht in die Tat umgesetzt wird. Das schnelle Abklingen des Abschreckungseffekts hängt aber auch mit der besonderen Publizität neuer Gesetze zusammen, die alsbald von anderen Themen verdrängt wird.

Es besteht wohl auch eine positive Beziehung zwischen der Höhe und der Wirksamkeit der angedrohten Sanktion, die aber sehr schwach zu sein scheint.⁶

Allein die Existenz einer Strafnorm entfaltet ohne die reale Gefahr einer effektiven Verfolgung und Durchsetzung kaum abschreckende Wirkung. Das zeigt auch eine Untersuchung des DIW zur Abschreckung deutscher Strafverfolgung, die keine generalpräventive Wirkung, sondern erst bei einer Verurteilung für die Zukunft eine Abschreckung erkennt.⁷ Aus einer Heidelberger Dissertation ergibt sich ebenfalls, dass die Frage nach der abschreckenden Wirkung des Strafrechts noch nicht als abschließend geklärt gelten kann. Die vertiefte Untersuchung weiterer Gesichtspunkte wäre empfehlenswert, etwa die Auswirkungen der Sanktionsschnelligkeit auf die Abschreckung oder der vermehrte Abgleich mit weiteren Datenquellen, insbesondere von Opferstatistiken.⁸

Wichtiger als die Schwere der Sanktion scheint danach der Grad der Sicherheit zu sein, mit der Normbrüche entdeckt und Sanktionen verhängt werden. Er ist seinerseits von verschiedenen Umständen abhängig. Eine Sanktion kann ausbleiben, weil eine Tat gar nicht entdeckt wird, weil der Täter nicht greifbar ist, weil keine Anzeige erstattet oder keine Klage erhoben wird, weil Verfahrensregeln, etwa über die Beweisführung oder über die Verjährungsvorschriften eine Verurteilung verhindern, weil die zuständigen staatlichen Institutionen Fehler machen oder die Normverletzung nachlässig oder mangels Kapazität gar nicht betreiben, oder weil sich der Täter dem Verfahren oder der

⁶ Dazu ausführlich Röhl, Rechtssoziologie, Seite 276ff mit weiteren Nachweisen

⁷ DIW Berlin, Research Notes 2005, Horst Entorf, Hannes Spengler: Die Abschreckungswirkung der deutschen Strafverfolgung. „Demnach wäre es ...nicht ausreichend, dass Tatverdächtige überhaupt in irgendeiner Form mit dem Justizsystem (d.h. mit der Staatsanwaltschaft) in Berührung kommen, damit sie selbst oder andere von zukünftigen Taten abgehalten werden. Vielmehr bedarf es für eine wirksame Abschreckung offensichtlich einer konkreten Verurteilung des verurteilungsfähigen Tatverdächtigen.“

⁸ Dissertation, vorgelegt von Tobias Spirgath, Juristische Fakultät der Universität Heidelberg: „Zur Abschreckungswirkung des Strafrechts- Eine Metaanalyse kriminalstatistischer Untersuchungen“

Vollstreckung zu entziehen weiß. Normverstöße geschehen teilweise unter Ausschluss der Öffentlichkeit wie z.B. Kindesmisshandlung, oder Abtreibung. Die Privatheit der Übertretungssituation ist teilweise auch rechtlich abgesichert, beispielsweise durch die ärztliche Schweigepflicht oder Aussageverweigerungsrechte innerhalb der Familie. Andere Normverletzungen werden gezielt verheimlicht.

Das Propagieren, Anbieten und Anwenden der obskuren Konversionstherapien finden ohne Öffentlichkeit zwischen dem Betroffenen, bei Minderjährigen ev unter Beteiligung der Eltern und dem Therapieanbieter statt - eine eher private Situation ohne öffentliche Kontrolle. Allein die Existenz einer Strafnorm wird keine effektive Generalprävention in diesen beteiligten Personenkreisen bewirken, so dass diesbezüglich die Entscheidung über die Ausgestaltung der Verbotsnorm – Strafrecht oder Ordnungswidrigkeit – eher sekundär ist. Entscheidend ist bei einem Verstoß die Durchsetzung der Sanktion. Entscheidend ist das Wissen über eine Verbotsnorm unabhängig von ihrem Charakter. Entscheidend ist deshalb eine leicht zugängliche Beratungsstelle und der einfache, unbürokratische Zugang zu Hilfsangeboten.

6 Konsequenzen

Es sprechen deshalb gute Gründe für die Sanktionierung von Verboten der sog. Konversionstherapien mit einem Bußgeld. Als Standort kommt das Ordnungswidrigkeitengesetz in Betracht.

Den begleitenden Maßnahmen kommt große Bedeutung zu. Es muss mittels einer öffentlichen Kampagne eine möglichst weite Verbreitung des Verbotes erfolgen, um Betroffene gar nicht erst in die Hände angeblich besorgter „Ärzte oder Pseudotherapeuten“ fallen zu lassen. Informationen müssen digital und analog leicht zugänglich sein. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung muss organisatorisch und finanziell in die Lage versetzt werden, diese Informationskampagne durchzuführen. Sie verfügt auf Grund ihrer derzeitigen Arbeit über Kenntnisse zu den Konversionstherapien und den damit verbundenen Problemen. Aufgeklärte und informierte Betroffene werden nur selten in die Hände sog. „Homo-Heiler“ fallen, wenn ihnen in ihrer Gewissensnot, in der ihnen ausweglos erscheinenden Situation wirkliche Hilfe gegeben werden kann. Dass das offene gesellschaftliche Klima das Vertrauen in beratende Gesprächsangebote stärken wird, ist selbstverständlich. Menschen müssen in einem Umfeld leben können,

in dem sie nicht wegen ihrer sexuellen Identität ausgegrenzt werden und deshalb nicht nach Auswegen bei denjenigen suchen, die ihnen ein Ende ihrer angeblichen Krankheit versprechen. Deshalb muss allen Versuchen, wie sie auch von einzelnen Politikern unternommen werden, entschieden widersprochen werden, LGBTIQ als nicht normal zu propagieren und Menschen wegen ihrer sexuellen Orientierung zu diskriminieren.

Begleitend sollte es eine zivilrechtliche Regelung geben, die die Einwilligung von Eltern in sog. Konversionstherapien verbietet wie es auch bei der Sterilisation gem. § 1631 c BGB der Fall ist. Dazu müsste § 1631 c BGB nur um diese Fallgestaltung ergänzt werden.

Diese gesetzgeberischen und begleitenden Maßnahmen müssen zügig umgesetzt werden. Nach Erfahrungen in der Anwendung der Verbotsnorm und mit einer hoffentlich gestiegenen öffentlichen Aufmerksamkeit kann dann über weitere mögliche Maßnahmen diskutiert werden wie z. B. einer Meldestelle. Anzeigen und Verbotsverfahren werden aber schon mit der Verabschiedung eines Bußgeldtatbestandes erfasst und ausgewertet werden.

Akzeptanz statt Pathologisierung
—
Konversionsmaßnahmen verhindern

– Kai Klose | Susanne Stedtfeld –

Hessischer Minister für Soziales und Integration | Leiterin der Stabsstelle Antidiskriminierung
Mitglied | stellv. Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Hessen für ein Verbot sogenannter Konversionstherapien

Die Hessische Landesregierung aus CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat in ihrem Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode vereinbart: „Wir wollen uns im Bundesrat für ein Verbot der menschengefährdenden sog. Konversionstherapien zur ‚Heilung‘ Homosexueller einsetzen.“

Die im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration Anfang des Jahres 2019 vorbereitete und schließlich von den Ländern Hessen, Berlin, Bremen, Saarland und Schleswig-Holstein gemeinsam eingebrachte Initiative wurde am 17. Mai 2019 im Bundesrat von allen Ländern einstimmig beschlossen. Sie empfiehlt der Bundesregierung ein breites Maßnahmenbündel mit dem Ziel, Konversionsbehandlungen nachhaltig die Grundlage zu entziehen, sie zu verbieten und so zu verhindern, dass Personen durch diese zweifelhaften Angebote Schaden erleiden.

In Folge meiner Einbringungsrede wurde ich Mitglied der von der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit einberufenen Fachkommission zum Verbot sogenannter Konversionstherapien, die im Mai und Juni 2019 zweimalig tagte.

2 Konversionstherapien entbehren jeder wissenschaftlichen Grundlage und gefährden Menschen

Sogenannte Konversionstherapien sind noch immer Realität in Deutschland wie auch in vielen anderen Ländern der Welt. Diese Behandlungen folgen bei aller Verschiedenheit einer gemeinsamen Grundannahme: Es handele sich bei Homo-, Bi- und Transsexualität um psychische Störungen oder Krankheitsbilder, die mit entsprechenden Interventionen „geheilt“ werden könnten.

Dabei entbehren die Pathologisierung von Homo-, Bi- und Transsexualität sowie die daran anknüpfenden sehr zweifelhaften Angebote der „Heilung“, „Umpolung“ oder Hetero- bzw. Asexualisierung jeder wissenschaftlichen medizinischen Grundlage. Homosexualität ist 1990 aus dem Katalog der psychischen Erkrankungen gestrichen worden. Anbieter*innen von Konversionsbehandlungen verschleiern heute ihre Absichten, indem sie auf medizinische Diagnosen wie die „ichdystone Sexualorientierung“ zurückgreifen. Sie entfernen sich dabei weit von der Position aller einschlägigen Fachverbände wie z. B. dem Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder auch

der Bundesärztekammer. So heißt es in der Erklärung des 117. Deutschen Ärztetages aus dem Jahr 2014: „Die wissenschaftliche Forschung hat gezeigt, dass es sich bei Homosexualität weder um eine pathologische Entwicklung noch um eine Erkrankung handelt, sondern um eine Variante der unterschiedlichen sexuellen Orientierungen.“ Mittlerweile gilt es zudem als wissenschaftlich belegt, dass solche „Umpolungsversuche“ häufig schwerwiegende psychische Belastungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko nach sich ziehen. Das gilt insbesondere für junge Menschen. Die Suizidgefahr bei lesbischen, schwulen bzw. Trans* Jugendlichen liegt immer noch um ein Mehrfaches höher als bei heterosexuellen cis-geschlechtlichen Jugendlichen.

3 Konversionsbehandlungen stehen im Widerspruch zu individueller Selbstbestimmung und sozialer Akzeptanz

Konversionsbehandlungen folgen der Idee, die sexuelle bzw. geschlechtliche Identität einer Person ließe sich gezielt an einen „gewünschten Normzustand“ anpassen.

Die dahinterliegenden Vorstellungen leiten sich aus teilweise tief verankerten gesellschaftlichen Vorstellungen von Geschlecht und Geschlechterrollen ab und sind häufig eng mit konservativ-religiösen Wertevorstellungen verflochten. Diese haben auch staatliches Handeln bestimmt, bspw. in Form der Kriminalisierung männlicher homosexueller Handlungen nach dem § 175 StGB oder durch eine Gesetzgebung insbesondere im Ehe- und Familienrecht, die Frauen existenzielle soziale und ökonomische Teilhaberechte verwehrte, so dass ein selbstbestimmtes, unabhängiges Leben außerhalb einer heterosexuellen Ehe bspw. in einer lesbischen Partnerinnenschaft nahezu unmöglich machte.

Soziale Erwartungshaltungen in Bezug auf geschlechtliche und sexuelle Identitäten leiten sich aus Normvorstellungen ab, was sich u. a. in der Erwartung äußern kann, Geschlecht sei grundsätzlich cis-geschlechtlich, d. h. binär männlich oder weiblich codiert und Geburts- und Identitätsgeschlecht seien stets identisch sowie die sexuelle Identität heterosexuell bestimmt.

Dabei deckt sich diese soziale Erwartungshaltung nicht mit der Lebenswirklichkeit von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans* und intergeschlechtlichen Personen sowie Queers (LSBT*IQ). Dieser Widerspruch zwischen sozialer Erwartungshaltung und unmittelbarer Lebenswirklichkeit von LSBT*IQ kann Ausgrenzungs- und Abwertungserfahrungen nach sich ziehen. Die Ursachen dafür, dass Menschen in Konflikt mit ihrer sexuellen oder auch

geschlechtlichen Identität geraten können, sind vielfältig. Hierzu zählen bspw. der ausgeprägte Wunsch, nicht von der „gesellschaftlichen Norm“ abzuweichen, das Bedürfnis nach religiöser Identifikation und Zugehörigkeit, die Angst vor Ablehnung und Ausgrenzung durch das unmittelbare soziale Umfeld sowie Unkenntnis und Unwissenheit. Jugendliche sind in der Phase der Entwicklung und Selbstfindung hier in besonderer Weise betroffen.

Sogenannte Konversionstherapien greifen diese Widersprüche auf – und verlagern das Problem auf die jeweilige einzelne Person, die sich nicht erwartungskonform verhält oder identifiziert, indem sie diese für „krank“ und „therapiebedürftig“ erklären. Sie adressieren unterschiedliche Zielgruppen – und auch die Anbieter*innen entstammen unterschiedlichsten Zusammenhängen. Offen oder verdeckt werden diese Interventionen in medizinischen wie religiösen Kontexten angeboten. Sie richten sich insbesondere an Menschen, die mit ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität in Konflikt geraten und deshalb besonders verletzlich und empfänglich sind für (scheinbare) Hilfsangebote. Anbieter*innen von Konversionsbehandlungen bestärken Menschen im schlimmsten Fall in Selbsthass, Selbstentwertung und Abwertung. Sie wirken in deren soziale Umfeld hinein und auch über diese hinaus. Die Pathologisierung von Homo-, Bi- und Transsexualität wirkt aktiv ihrer gesellschaftlichen Akzeptanz entgegen. Diese Pathologisierung zu unterbinden, ist deshalb auch ein wichtiges Anliegen einer aktiven Antidiskriminierungspolitik, die immer auch Menschenrechtspolitik ist. Der Schaden, der von diesen Behandlungsangeboten ausgeht, beinhaltet neben einer individuellen auch eine gesellschaftliche Dimension. Es werden Vorurteile bedient, die sowohl die Betroffenen als auch ihre Angehörigen verunsichern und die letztlich dazu beitragen, dass homo-, bi- und transsexualitätsfeindliche Haltungen noch gestärkt werden. So erklärt sich auch, warum es ein wichtiges Anliegen der LSBT*IQ-Emanzipationsbewegungen ist, solchen Interventionen die Grundlage zu entziehen, da sie einer gesellschaftlichen Akzeptanz entgegenstehen. Seit jeher setzen sich LSBT*IQ-Selbstvertretungsorganisationen dafür ein, dass Homo-, Bi- und Transsexualität weder kriminalisiert noch für krank oder unmoralisch befunden werden. Dabei wurden und werden den LSBT*IQ-Akteur*innen von ihren Gegner*innen stets zwei Argumente vorgehalten: Bei Homo-, Bi- und Transsexualität handle es sich erstens um eine „Wahl“ und nicht um ein Persönlichkeitsmerkmal und zweitens erforderten es das Kindeswohl und der Schutz von Minderjährigen, Rechte für LSBT*IQ einzuschränken. Eine moderne und an den Grundrechten orientierte Akzeptanz- und Antidiskriminierungspolitik will das Gegenteil: einerseits die Anerkennung, dass es sich bei

Homo-, Bi- und Transsexualität um ein konstituierendes Persönlichkeitsmerkmal handelt, das allein der Selbstbestimmung der einzelnen Person unterliegt, und andererseits dass LSBT*IQ-Jugendliche wie auch Regenbogenfamilien von der Gesellschaft Anerkennung, Unterstützung und Schutz erfahren.

Die sexuelle und geschlechtliche Identität sind Wesensmerkmale eines jeden Menschen. Sie gehören zur Identität eines Menschen – und sind untrennbar mit ihm verbunden. Sie sind weder eine Erkrankung noch eine Störung und deshalb auch in keiner Weise „therapiebedürftig“. Als Wesensmerkmale sind sowohl die sexuelle als auch die geschlechtliche Identität vom allgemeinen Persönlichkeitsrecht unserer Verfassung umfasst und grundrechtlich geschützt. Staatlichem Handeln kommt hier eine wichtige Schutzfunktion zu. In einigen US-Bundesstaaten und in Malta sind solche Verbote deshalb bereits Realität.

4 Für alle Menschen, unabhängig von ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität, Gleichberechtigung und Selbstbestimmung gewährleisten

Staatliches Handeln hat u. a. den Zweck, den Schutz der Grundrechte aller Menschen effektiv durchzusetzen. Hier kommt dem Staat aufgrund seines Schutzauftrags eine besondere Verantwortung zu. Der Staat muss dafür Sorge tragen, dass sogenannten Konversionstherapien die Grundlage entzogen wird. Das gelingt, wenn Gesellschaft insgesamt adressiert wird. Neben einem Verbot dieser schädigenden Interventionen sind deshalb darüber hinaus akzeptanzfördernde Maßnahmen sowie Aufklärung notwendig.

Dabei geht es darum, sicherzustellen, dass alle Menschen offen, wertgeschätzt und frei von Diskriminierung ihre jeweilige Identität leben können. Es gilt, einen breiten gesellschaftlichen Konsens über die Akzeptanz unterschiedlicher Entwürfe zur Lebensgestaltung zu fördern. Dazu gehört auch, dass allen Menschen unabhängig von ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität ein gleichberechtigtes Leben ermöglicht und ihre Selbstbestimmung und volle Teilhabe an der Gesellschaft gewährleistet ist.

Aus diesen Gründen setzt unsere Bundesratsinitiative vor allem und vorrangig klare gesellschaftliche Signale für die Akzeptanz und Wertschätzung von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt und bezieht sich dabei auf homo-, bi- und/oder transsexuelle Personen aller Altersstufen. Sie zielt auf die Unterstützung von Maßnahmen ab, die zur öffentlichen Aufklärung und Sensibilisierung in Bezug auf sexuelle und geschlechtliche

Identität beitragen. Unwissenheit und Unkenntnis insbesondere des sozialen Umfeldes sollen nicht dazu führen, dass Konversionsbehandlungen nachgefragt werden. Vielmehr ist das Bewusstsein dafür zu fördern, dass diese Behandlungsformen medizinisch nicht legitimiert sind. Es wird empfohlen, Regelungen dafür zu treffen, dass medizinische Vergütungsleistungen für „Konversionstherapien“ unmöglich werden. Außerdem bedarf es geeigneter Regelungen, die mit Konsequenzen für die Ausübung der jeweiligen Berufe verbunden sind, wenn „Konversionstherapien“ durchgeführt oder beworben werden. Notwendig ist darüber hinaus, Fachpersonal zum Themenbereich sexuelle und geschlechtliche Identität zu schulen. Denn Jugendliche in der Phase ihrer Identitätsfindung wie auch Erwachsene in Identitätskonflikten benötigen Unterstützungsangebote, die sie in ihrer Selbstfindung und ihrer Selbstbestimmung stärken und ihnen unbedingte Wertschätzung entgegenbringen – so, wie es auch den Grundsätzen der ärztlichen Ethik entspricht. Eine angemessene Versorgung mit fachkompetenten Beratungs- und Therapieangeboten ist sicherzustellen, um die eigene sexuelle und geschlechtliche Identität zu stärken und zur Vereinbarung mit dem eigenen Selbstbild positiv beizutragen.

Ein Verbot schädlicher und manipulativer Konversionsbehandlungen ist dabei von zentraler Bedeutung. Hierin liegt eine deutliche, wenn nicht sogar die deutlichste, wichtigste und stärkste Aussage. In ihm kommt in aller Deutlichkeit eine Wertentscheidung zum Ausdruck. Dies gilt in besonderer Weise für ein Verbot von Interventionen an Minderjährigen. Zu schützen sind sowohl homo- und bisexuelle als auch transgeschlechtliche Personen.

Weiterhin ist sicherzustellen, dass keine öffentlichen Gelder oder sonstige Unterstützungsleistungen an Organisationen fließen, die „Konversionstherapien“ durchführen oder bewerben. Und natürlich ist es in diesem Zusammenhang auch notwendig, dass der Staat seine eigene Rolle in diesem Kontext kritisch reflektiert und historisch aufarbeiten lässt. Wünschenswert wäre zudem eine entsprechende Aufarbeitung von Seiten der Kirchen und religiösen Gemeinschaften sowie der medizinischen Fachverbände und Standesorganisationen.

Sogenannte „Konversionstherapien“
—
betrachtet im Zusammenhang mit ausgewählten
Aspekten des Strafrechts

– Prof. Dr. Daniela Demko LL.M.Eur. –

Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Internationales Strafrecht, Strafrechtsvergleichung
und Rechtsphilosophie,
Universität Leipzig,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Einleitung

Die nachfolgenden Ausführungen dieses Aufsatzes¹ widmen sich – wie auch dem Aufsatztitel zu entnehmen ist – nicht sämtlichen, sondern *ausgewählten* Aspekten des Strafrechts, welche sich mit Blick auf die Frage nach der Strafbarkeit im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ stellen. Hierbei wird um Verständnis gebeten, dass innerhalb eines/dieses Aufsatzes eine *umfassende und vertiefte* Bearbeitung *sämtlicher* strafrechtlicher Aspekte im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ *nicht* möglich (gewesen) ist. Eine eben solche *umfassende und vertiefte* Bearbeitung *sämtlicher* strafrechtlicher Aspekte im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ ist jedoch – wie auch den nachfolgenden Ausführungen zu entnehmen ist – *zwingend erforderlich*, und zwar sowohl mit Blick auf die Frage nach der gegenwärtig bereits möglichen Strafbarkeit im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ als auch mit Blick auf die Frage nach zukünftigen rechtlichen Regelungen für ein Verbot sog. „Konversionstherapien“, einschließlich des hierzu zu beachtenden Zusammenwirkens von Zivilrecht, Öffentlichem Recht und Strafrecht.

Gleich zu Beginn dieses Aufsatzes ist auf einen wichtigen Gesichtspunkt hinzuweisen, der sich speziell in Bezug auf das Rechtsgebiet des *Strafrechts* und die *strafrechtliche* Bewertung sog. „Konversionstherapien“ als zentral und entscheidend erweist (und der in den nachfolgenden Ausführungen vertieft wird): Die nachfolgenden Ausführungen werden (u.a.) aufzeigen, dass für die zu beurteilende Frage eines strafbewehrten Verbots sog. „Konversionstherapien“ *kein* sich *nur isoliert und eingeschränkt* auf die sog. „Konversionstherapien“ beziehender Blick zugrunde gelegt werden darf; erforderlich ist vielmehr ein *erweiterter* Blick, welcher eine *Einordnung* der sich bezüglich einer strafrechtlichen Bewertung sog. „Konversionstherapien“ stellenden verschiedenen Einzelaspekte in – in der Wissenschaft, Rechtsprechung und Rechtspraxis gegenwärtig und zukünftig zu führende bzw. zu vertiefende – *größere* und *umfassende* Diskussionszusammenhänge notwendig macht. Zu diesen erforderlich zu führenden bzw. zu vertiefenden *größeren* und *umfassenden* Diskussionen – welche sich speziell in Bezug auf das Rechtsgebiet des *Strafrechts* und die *strafrechtliche* Bewertung sog. „Konversionstherapien“ als wichtig

¹ Gegenstand dieses Aufsatzes sind die Inhalte, welche von der Verfasserin dieses Aufsatzes in einem von der Verfasserin gehaltenen Vortrag am Mittwoch, 5. Juni 2019, in der 2. Kommissionssitzung im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, im Rahmen des Fachaustausches zum geplanten gesetzlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“ in Deutschland vorgetragen wurden.

erweisen und *in welche* die verschiedenen Einzelaspekte bezüglich einer strafrechtlichen Bewertung sog. „Konversionstherapien“ *einzuordnen* sind – gehören (u.a. und insbesondere) die folgenden drei thematischen Gesichtspunkte: Zum Ersten der Gesichtspunkt des Wechsel- und Spannungsverhältnisses zwischen der *Autonomie des Menschen einerseits und dem (straf-)rechtlichen Paternalismus andererseits*,² zum Zweiten der Gesichtspunkt zum Themenbereich des *rechtlichen Schutzes vor Diskriminierung*, einschließlich des *strafrechtlichen Schutzes vor Diskriminierung*,³ und zum Dritten der Gesichtspunkt des *strafrechtlichen Schutzes des psychisch-seelischen Bereichs* eines Menschen.⁴

Die nachfolgenden Ausführungen dieses Aufsatzes gliedern sich in drei Teile: Zunächst werden *ausgewählte strafrechtliche Grundlagen* angeführt, welche im Zusammenhang mit einem Verbot sog. „Konversionstherapien“ relevant sind.⁵ Der sich anschließende Aufsatzteil⁶ stellt den Hauptteil dieses Aufsatzes dar und widmet sich im Schwerpunkt *ausgewählten Fragen zur gegenwärtig bereits möglichen Strafbarkeit* im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“. Im den Aufsatz abschließenden Aufsatzteil⁷ werden (unter Aufgreifen und Vertiefen von bereits in den vorangehenden Aufsatzteilen näher erläuterten thematischen Einzelaspekten) *ausgewählte Fragenstellungen und Empfehlungen zu einem zukünftigen rechtlichen Verbot* sog. „Konversionstherapien“ dargelegt und zusammengeführt.

2 Ausgewählte strafrechtliche Grundlagen und ihre Bedeutung im Zusammenhang mit einem Verbot sog. „Konversionstherapien“

Mit Blick auf den Begriff der sog. „Konversionstherapie“ haben speziell in Bezug auf das Rechtsgebiet des *Strafrechts* und die *strafrechtliche* Bewertung sog. „Konversionstherapien“ folgende drei kumulative Definitionselemente eine wichtige Bedeutung: Erfasst werden von dem Begriff der sog. „Konversionstherapie“ – bezüglich dessen mit Blick auf zukünftige rechtliche Verbotsnormen über sich besser eignende Begriffe, z.B. Konversi-

² Siehe hierzu näher u.a. unter B. und C.2.,3.

³ Siehe hierzu näher u.a. unter B.

⁴ Siehe hierzu näher u.a. unter C. 2.

⁵ Siehe hierzu unter B.

⁶ Siehe hierzu unter C.

⁷ Siehe hierzu unter D.

onsmaßnahmen, nachzudenken ist – (zum Ersten) *alle* Maßnahmen (z.B. im medizinischen, psychologischen, religiösen Kontext), welche (zum Zweiten) eine *selbstbestimmte (autonome) Ausübung der geschlechtlichen und/oder sexuellen Identität einschränken und/oder ausschließen*, und zwar (zum Dritten) in einer *die freie Selbstbestimmung verletzenden Weise*, d.h. einhergehend mit und aufgrund einer *Beeinträchtigung der freien Willensbildung und/oder der freien Willensbetätigung* des Betroffenen, z.B. indem auf den Betroffenen mittels Gewalt, Drohung, Zwang, Täuschung, nicht hinreichender Aufklärung und anderer Irrtumsherbeiführungen, physischer und/oder psychischer Eingriffe/Interventionen, Verabreichung von Mitteln (z.B. Medikamenten und anderen Substanzen) und/oder durch das Herstellen/Aufrechterhalten von die freie Selbstbestimmung einschränkenden/ausschließenden Abhängigkeitsverhältnissen eingewirkt wird.

Durch sog. „Konversionstherapien“ werden die von den sog. „Konversionstherapien“ betroffenen Menschen mit Blick auf ihre geschlechtliche und/oder sexuelle Selbstbestimmung und Identität stigmatisiert, pathologisiert und diskriminiert und in ihrem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 I GG i.V.m. Art. 1 I GG verletzt.⁸ Es ist ein großes Anliegen dieses Aufsatzes zu betonen, dass solche, die betroffenen Menschen in ihrer geschlechtlichen und/oder sexuellen Selbstbestimmung und Identität verletzenden und diskriminierenden sog. „Konversionstherapien“ zu verbieten sind, und zwar auch *mittels des Rechts zu verbieten* sind.

Zu achten ist innerhalb des gesetzgeberischen Einschätzungs- und Ermessensspielraums mit Blick auf die Frage nach der zukünftigen Schaffung von sich auf sog. „Konversionstherapien“ beziehenden rechtlichen Verbotsnormen aber (zum Ersten) darauf, *unter welchen Voraussetzungen* sich solche ins Recht aufzunehmende Verbotsaspekte als möglich erweisen, z.B. mit Blick auf die Frage, ob ein rechtliches Verbot sog. „Konversionstherapien“ *nur unter der Voraussetzung* möglich ist, dass die sog. „Konversions-

⁸ Siehe hierzu u.a. Sachs, Grundgesetz, Kommentar, 2018, Art. 2 Rn. 134a; Spickhoff/Steiner, Medizinrecht, 2018, GG Art. 2 Rn. 3; BVerfG, Beschluss vom 10.10.2017 – 1 BvR 2019/16, NJW 2017, S. 3643 ff.; Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer (Hrsg.), EMRK, Europäische Menschenrechtskonvention, Handkommentar, 2017, S. 326 ff.; Schlachter in: Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, AGG, 2019, § 1 Rn. 14 ff.; siehe zudem u.a. Beschluss des Bundesrates vom 17.05.2019, Drucksache 161/19; Hörnle, Grob anstößiges Verhalten, 2005, S. 135 ff., 141 ff.; Scherr/El-Mafaalani/Yüksel (Hrsg.), Handbuch Diskriminierung, 2017, u.a. die Beiträge auf den S. 285 ff. und S. 499 ff.; siehe des Weiteren zu den vielfältigen Fragestellungen im Zusammenhang von Menschenwürde und Medizin u.a. Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin, 2013, u.a. auf den S. 905 ff.

therapie" *gegen oder ohne* den Willen des von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffene vorgenommen wird. Angesprochen ist hier das Wechsel- und Spannungsverhältnis zwischen der *Autonomie* des Menschen einerseits (wozu auch die Befugnis des Einzelnen zu *eigenverantwortlich* vorgenommenen oder veranlassten Gefährdungen/Verletzungen eigener Interessen/Rechtsgüter gehört) und dem *Gesichtspunkt des (straf-)rechtlichen Paternalismus* andererseits (welcher zur Frage führt, ob und unter welchen Voraussetzungen es Aufgabe und Befugnis des (Straf-)Rechts sein darf, den Einzelnen vor *eigenverantwortlich* vorgenommenen oder veranlassten Gefährdungen/Verletzungen eigener Interessen/Rechtsgüter zu schützen).⁹

Zu achten ist innerhalb des gesetzgeberischen Einschätzungs- und Ermessensspielraums mit Blick auf die Frage nach der zukünftigen Schaffung von sich auf sog. „Konversionstherapien“ beziehenden rechtlichen Verbotsnormen (zum Zweiten) darauf, welches von den zivil-, öffentlich- und strafrechtlichen Rechtsgebieten sich mit Bezug auf welche Verbotsaspekte als das geeignete, erforderliche und angemessene Rechtsgebiet mit Blick auf einen wirksamen Schutz der von den sog. „Konversionstherapien“ betroffenen Menschen vor mit diesen sog. „Konversionstherapien“ verbundenen Rechtsgutsverletzungen erweist.¹⁰ Speziell mit Bezug auf das *Strafrecht* und die Frage von nicht nur außerstrafrechtlichen, sondern sogar strafrechtlichen Verbotsnormen ist hiermit zugleich der für eine Strafbewehrung zu beachtende, aus dem Rechtsstaatsgrundsatz abgeleitete Verhältnismäßigkeitsgrundsatz angesprochen, welcher mit dem *ultima-ratio-Prinzip* des Strafrechts, der *Subsidiarität des strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes* und dem sog. *fragmentarischen* Charakter des Strafrechts im Zusammenhang steht.¹¹ Ein unter Strafe Stellen eines bestimmten Verhaltens stellt die schärfste und eingriffsintensivste Maßnahme des Staates dar, auf welche nur zurückgegriffen werden darf, wenn weniger eingriffsintensive Maßnahmen – z.B. außerstrafrechtliche Regelungen im Zivilrecht oder öf-

⁹ Siehe hierzu die Ausführungen unter A. und C.2.,3.; siehe zudem u.a. die Beiträge in: von Hirsch/Neumann/Seelmann (Hrsg.), *Paternalismus im Strafrecht*, 2010.

¹⁰ Siehe hierzu u.a. Appel, *Verfassung und Strafe*, 1998, u.a. S. 141 ff., 171 ff., 198 ff., 328 ff., 391 ff.; siehe im Zusammenhang mit mobbingspezifischen Rechtsnormen u.a. Mühe, *Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?*, 2006, S. 293 ff., 310 ff., 315 ff.

¹¹ Siehe hierzu u.a. Roxin, *Strafrecht, Allgemeiner Teil*, Bd. I, 2006, S. 14 ff., 40 ff., 45 ff., 142 ff., 172 ff.; Appel, *Verfassung und Strafe*, u.a. S. 141 ff., 171 ff., 198 ff., 328 ff., 391 ff.; Mühe, *Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?*, S. 293 ff., 315 ff., 326 ff.

fentlichen Recht – keinen wirksamen Rechtsgüterschutz gewährleisten; können hingegen mittels außerstrafrechtlicher Maßnahmen wirksame Schutzmöglichkeiten gewährt werden, so gebührt diesen der Vorrang vor strafrechtlichen Maßnahmen und die Anwendung des Strafrechts erweist sich als nicht erforderlich.¹²

Auch im Zusammenhang mit den sog. „Konversionstherapien“ darf mithin mit Blick auf die Frage nach einer zukünftigen Schaffung von rechtlichen Verbotsnormen *nicht* vorschnell auf das *Strafrecht* und *nicht* vorschnell auf die Schaffung eines eigenständigen Straftatbestandes für ein strafbewehrtes Verbot sog. „Konversionstherapien“ zurückgegriffen werden. Vielmehr ist unter Beachtung des verfassungsrechtlich gesicherten Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und des *ultima-ratio*-Prinzips des Strafrechts zunächst zu prüfen, ob, in welchem Umfang und in welcher Weise durch *gegenwärtig bestehende und/oder zukünftig zu schaffende außerstrafrechtliche* Regelungen ein wirksamer Rechtsgüterschutz für die von den sog. „Konversionstherapien“ betroffenen Menschen gewährleistet werden kann. Zudem gilt hinsichtlich der *Subsidiarität des strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes* im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ zu beachten, dass das Strafrecht nicht sämtliche Rechtsgüter, sondern nur einen ausgewählten Teil von Rechtsgütern sowie auch diesen wiederum nicht in umfassender Weise, sondern nur gegen bestimmte einzelne Verletzungen schützt.¹³ Es sind u.a. diese sich auf die Strafwürdigkeit und Strafbedürftigkeit¹⁴ beziehenden Gesichtspunkte des *subsidiären strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes* und des *ultima-ratio*-Prinzips sowie zudem der hinzukommende weitere Gesichtspunkt des *Bestimmtheitsgebots* (Verbot unbestimmter Strafgesetze) als Teil des Gesetzlichkeitsprinzips des Art. 103 II GG, welche es im Zusammenhang mit einem zukünftigen rechtlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“ im besonderen Maße im Auge zu behalten gilt. Dies bedeutet auch, dass zunächst zu prüfen ist, ob, in welchem Umfang und in welcher Weise das *gegenwärtig geltende* Strafrecht bereits Möglichkeiten eröffnet, die mit sog. „Konversionstherapien“ verbundenen Verhaltensweisen und Verletzungen zu bestrafen. Sollte sich hierbei zeigen, dass bestimmte mit sog. „Konversionstherapien“ verbundene Verhaltensweisen und Verletzungen vom gegenwärtig geltenden Strafrecht nicht erfasst werden können, so heißt dies wiederum *nicht automatisch*, dass für diese gegenwärtig strafrechtlich nicht erfassten Verhaltensweisen und Verletzungen eine zukünftig neue Strafrechtsnorm zu schaffen ist. Vielmehr

¹² Siehe hierzu u.a. Roxin, Strafrecht, Allgemeiner Teil, Bd. I, S. 45 ff.

¹³ Siehe hierzu u.a. Roxin, Strafrecht, Allgemeiner Teil, Bd. I, S. 45 ff.

¹⁴ Siehe hierzu u.a. Appel, Verfassung und Strafe, S. 395 ff., 400 ff.

ist zunächst – wofür eine enge Zusammenarbeit von u.a. Juristen aus Wissenschaft und Praxis aus den Bereichen des Zivilrechts, öffentlichen Rechts und Strafrechts erforderlich ist – unter Beachtung u.a. der oben aufgezeigten Gesichtspunkte des *subsidiären strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes*, des *ultima-ratio*-Prinzips und des *Bestimmtheitsgebots* zu prüfen, ob, in welchem Umfang und in welcher Weise sich eine zukünftige Erweiterung des Strafrechtsschutzes bezüglich sog. „Konversionstherapien“ als möglich oder nicht möglich erweist, einschließlich der Prüfung, ob, in welchem Umfang und in welcher Weise gegenwärtig bestehende und/oder zukünftig zu schaffende *außerstrafrechtliche* Regelungen einen wirksamen Rechtsgüterschutz für die von den sog. „Konversionstherapien“ betroffenen Menschen gewährleisten können.

3 Zur Strafbarkeit im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ nach dem gegenwärtig geltenden Strafrecht

Damit soll zum nächsten Teil dieses Aufsatzes übergeleitet werden, der sich im Schwerpunkt ausgewählten Fragen zur *gegenwärtig bereits möglichen* Strafbarkeit im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ widmet. Untersucht werden soll hierbei nachfolgend, ob, nach welchen Straftatbeständen und unter Anknüpfung an welches Verhalten und welche Verletzungsfolgen sich die sog. „Konversionstherapien“ durchführenden Personen (z.B. in Arzt-, Therapie- und Heilpraktikerberufen und anderen Berufsgruppen tätige Personen) bereits nach *gegenwärtig geltendem Strafrecht* strafbar machen könnten.¹⁵

Ein Straftatbestand, der explizit das allgemeine Persönlichkeitsrecht *als solches* – zu dem die geschlechtliche und sexuelle Selbstbestimmung und Identität gehören – zu seinem Inhalt hat und dieses in einer *umfassenden* und *generellen* Weise schützt, besteht im gegenwärtig geltenden Strafrecht nicht und ein solcher Straftatbestand wäre mit Blick

¹⁵ Zu sog. „Konversionstherapien“, einschließlich von Fragen zu deren verschiedenen Durchführungsweisen (z.B. Elektroschocks, Hormonbehandlungen, psychotherapeutischen Verfahren) und Verletzungsfolgen (wie z.B. physischen/psychischen Traumatisierungen, Angsterkrankungen, Depression, Verminderung des Selbstwertgefühls, erhöhte Suizidalität) siehe u.a. Steger, Menschenwürde und sexuelle Identität, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin, 2013, S. 905 ff., 906 ff., 908 ff.; Brunner, The crooked straight – Reorientierungstherapien aus ethischer Sicht, in: Steger (Hrsg.), Was ist krank?, 2007, S. 151 ff., 158 ff., 163 ff.; Wolf, Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 2006, S. 591 ff.; Wagner/Rossel, Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 2006, S. 603 ff.

auf die von dem Sammelbegriff des allgemeinen Persönlichkeitsrechts erfassten vielfältigen und verschiedenen Teil- und Anwendungsbereiche auch *zu unbestimmt*.¹⁶ Jedoch erfassen verschiedene, im gegenwärtigen Strafrecht vorhandene Straftatbestände jeweils *bestimmte ausgewählte einzelne Teilaspekte* des allgemeinen Persönlichkeitsrechts: Zu diesen gehören – und diese (nachfolgend genannten) Straftatbestände sind hier ebenfalls im Zusammenhang mit den sog. „Konversionstherapien“ relevant – u.a. die Straftatbestände zum *Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit* nach §§ 211 ff. bzw. §§ 223 ff. StGB, zum *Schutz der Ehre* nach §§ 185 ff. StGB und zum *Schutz der persönlichen Freiheit in Gestalt der Freiheit der Willensentschließung und Willensbetätigung* nach § 240 StGB (Nötigung).¹⁷

Der *Schwerpunkt* der nachfolgenden Ausführungen liegt auf ausgewählten Fragestellungen einer bereits nach dem gegenwärtigen Strafrecht möglichen Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapien“ durchführenden Person wegen (vorsätzlichen/fahrlässigen) *Körperverletzungsdelikten*.¹⁸ Diesem *Schwerpunkt* der nachfolgenden Ausführungen vorangehend wird zudem zu Beginn dieses Aufsatzteils auf einige ausgewählte Aspekte zu einer bereits gegenwärtig möglichen Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapien“ durchführenden Person wegen *Ehrverletzungsdelikten* und *Nötigung* eingegangen.¹⁹ Des Weiteren werden einige ausgewählte Aspekte zur Frage einer bereits gegenwärtig möglichen Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person wegen *Tötungsdelikten* erörtert.²⁰

¹⁶ Siehe hierzu u.a. Arzt/Weber/Heinrich/Hilgendorf, Strafrecht, Besonderer Teil, 2015, S. 225; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 370; siehe hierzu zudem Hörnle, Grob anstößiges Verhalten, S. 135 ff.

¹⁷ Siehe hierzu u.a. Arzt/Weber/Heinrich/Hilgendorf, Strafrecht, Besonderer Teil, S. 225; siehe zudem im Zusammenhang mit Mobbing u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 370; Wolmerath, Mobbing, Rechtshandbuch für die Praxis, 2013, S. 49 ff., 54 ff., 56 ff., 59 ff.

¹⁸ Siehe hierzu näher unter C.2.

¹⁹ Siehe hierzu näher unter C.1.

²⁰ Siehe hierzu näher unter C.3.

3.1 Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapien“ durchführenden Person wegen Ehrverletzungsdelikten und Nötigung

Kommt es – sei es z.B. mündlich, schriftlich, symbolisch, konkludent oder mittels Tätlichkeiten – im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ zu *ehrverletzenden* Tatsachenbehauptungen oder *ehrverletzenden* Werturteilen gegenüber dem Betroffenen und/oder Dritten, welche nach ihrem objektiven Sinngehalt die Kundgabe einer *Missachtung, Geringschätzung oder Nichtachtung* darstellen und dem Betroffenen den aus der (Personen-)Würde abgeleiteten (sittlichen, personalen und/oder sozialen) *Geltungswert ganz oder teilweise absprechen* (z.B. indem dem von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen *negative Qualitäten, menschliche Unzulänglichkeiten* oder eine *Minderwertigkeit* zugeschrieben werden),²¹ dann ist – bei Vorliegen der weiteren Strafbarkeitsvoraussetzungen – die Möglichkeit für eine Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapien“ durchführenden Person wegen Ehrverletzungsdelikten nach §§ 185 ff. StGB eröffnet. Dabei stellt nicht jede Verletzung der Persönlichkeit eines anderen Menschen sowie nicht jede Ablehnung eines anderen Menschen bereits eine Ehrverletzung dar, da die Beleidigungsdelikte nicht das gesamte allgemeine Persönlichkeitsrecht, sondern mit der *Ehre* im Sinne des Geltungswertes eines Menschen nur einen bestimmten speziellen Aspekt und Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts schützen.²²

Wird der von sog. „Konversionstherapien“ Betroffene mittels Gewalt oder Drohung mit einem empfindlichen Übel (hier könnte z.B. an eine Drohung mit der Veröffentlichung/Bekanntgabe von unwahren Tatsachen oder von wahren, jedoch für den Betroffenen unangenehmen und/oder ihn verächtlich machenden Tatsachen zu denken sein) zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung genötigt, dann kommt des Weiteren – bei Vorliegen der weiteren Strafbarkeitsvoraussetzungen, einschließlich der Verwerflichkeit

²¹ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, 2015, S. 229 ff.; Krey/Heinrich/Hellmann, Strafrecht Besonderer Teil, Band 1, 2012, S. 158 ff.; Kindhäuser, Strafrecht Besonderer Teil I, 2017, S. 198 ff., 212 ff.; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 156 ff.; Wolmerath, Mobbing, Rechtshandbuch für die Praxis, S. 59 ff.; Hörnle, Grob anstößiges Verhalten, S. 136 ff.

²² Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 157; siehe zudem im Zusammenhang von Ehrverletzungsdelikten und psychischen Verletzungen u.a. Knauer, Der Schutz der Psyche im Strafrecht, 2013, S. 72 f.

nach § 240 II StGB – eine Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapien“ durchführenden Person wegen (versuchter/vollendeter) Nötigung nach § 240 StGB in Betracht.²³

3.2 Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapien“ durchführenden Person wegen Körperverletzungsdelikten

Mit Blick auf eine Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapien“ durchführenden Person wegen (vorsätzlicher/fahrlässiger) *Körperverletzung* nach §§ 223 ff. StGB stellen sich im Zusammenhang mit den sog. „Konversionstherapien“ sowohl auf der Tatbestands- als auch auf der Rechtswidrigkeitsebene der Körperverletzungsdelikte eine Vielzahl an Fragestellungen, welche im Strafrecht u.a. im Kontext der *medizinisch nicht indizierten* Behandlung sowie zudem im Kontext *kontraindizierter* Behandlungen zu den zentralen und zum Teil umstrittenen Diskussionsbereichen gehören.²⁴ Als auch für die sog. „Konversionstherapien“ relevante Fragestellungen sind hier u.a. zu nennen: die Fragen zu der für das Strafrecht zu wählenden richtigen Anknüpfung an und Unterscheidung zwischen den *Begrifflichkeiten von Krankheit/Gesundheit und/oder fehlender/vorliegender medizinischer Indikationen*, die Fragen im Zusammenhang mit der *Tatbestandsmäßigkeit* der Körperverletzungsdelikte sowie die Fragen im Zusammenhang mit der *rechtfertigenden Einwilligung* des Betroffenen auf der Ebene der Rechtswidrigkeit, u.a. zur Einwilligungsbefugnis und Einwilligungsfähigkeit (insbesondere bei Minderjährigen), zur Aufklärungspflicht sowie zur Sittenwidrigkeit der Körperverletzung. Von den im Rahmen der Körperverletzungsdelikte zu beachtenden vielzähligen Fragen wird nachfolgend auf einige *ausgewählte* Fragen näher eingegangen:

Hinsichtlich der Fragen der für das Strafrecht zu wählenden richtigen Anknüpfung an und Unterscheidung zwischen den *Begrifflichkeiten* von Krankheit/Gesundheit und/oder vorliegender/fehlender medizinischer Indikation ist zu beachten und zu betonen, dass

²³ Siehe hierzu u.a. Schönke/Schröder/Eisele, Strafgesetzbuch, Kommentar, 2019, § 240, Rn. 4 ff., 9 ff.; Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 176 ff.; Wolmerath, Mobbing, Rechts-handbuch für die Praxis, S. 56 ff.; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 184 ff.

²⁴ Siehe hierzu u.a. Brunner, The crooked straight – Reorientierungstherapien aus ethischer Sicht, in: Steger (Hrsg.), Was ist krank?, S. 151 ff., 163 ff., 173 ff., 180 ff.; Steger, Menschenwürde und sexuelle Identität, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin, S. 905 ff., 906 ff., 908 ff.; Wolf, Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 2006, S. 591 ff.; Wagner/Rossel, Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 2006, S. 603 ff.

Homosexualität keine Krankheit, keine psychische Störung und daher auch nicht behandlungsbedürftig ist,²⁵ was mit Bezug auf die strafrechtliche Beurteilung sog. „Konversionstherapien“ bedeutet, dass diese in den Bereich der *medizinisch nicht indizierten* Behandlung einzuordnen sind, für welchen – im Vergleich zur medizinisch indizierten ärztlichen Heilbehandlung – im Bereich der Körperverletzungsdelikte auf der Tatbestands- und Rechtswidrigkeitsebene teilweise andere Anforderungen (teils umstritten) diskutiert werden (u.a. hinsichtlich der Tatbestandsmäßigkeit sowie bei der rechtfertigenden Einwilligung hinsichtlich der Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit und die Aufklärungspflicht).²⁶ Die Begriffe *Krankheit/Gesundheit* sowie *medizinische Indikation bzw. Nichtindikation*, einschließlich ihrer präzisen Definition und Trennung voneinander, sind im Recht nicht eindeutig geklärt und abhängig vom jeweiligen rechtlichen Kontext,²⁷ wobei im Recht (insbesondere im (Medizin-)Strafrecht sowie auch im Bereich der Körperverletzungsdelikte) auf den Begriff der *Indikation* als zentralen Anknüpfungspunkt für die Unterscheidung zwischen medizinisch indizierter ärztlicher Heilbehandlung und medizinisch nicht indizierter Behandlung zurückgegriffen wird.²⁸ Auch mit Blick auf zukünftig für sog. „Konversionstherapien“ zu schaffende rechtliche Verbotsnormen sollte daher auf die für das jeweilige Rechtsgebiet zu wählende präzise begriffliche Einordnung, z.B. unter Anknüpfung an den Begriff der *medizinisch nicht indizierten* Behandlung, geachtet werden.

Unter Zugrundelegung der Einordnung der sog. „Konversionstherapien“ in den Bereich der *medizinisch nicht indizierten Behandlung* stellt sich der in Rechtsprechung und Literatur zur ärztlichen Heilbehandlung bestehende Meinungsstreit, ob eine ärztliche

²⁵ Siehe hierzu u.a. Steger, Menschenwürde und sexuelle Identität, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin, S. 905 ff., 906 f.; Brunner, The crooked straight – Reorientierungstherapien aus ethischer Sicht, in: Steger (Hrsg.), Was ist krank?, S. 151 ff., 182 ff.; Beschluss des Bundesrates vom 17.05.2019, Drucksache 161/19, Anlage S. 1, 3 f.

²⁶ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, 2015, S. 39 ff.

²⁷ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 42 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, 2015, S. 29 ff.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, 2000, S. 44 ff., 81 ff.

²⁸ Siehe hierzu u.a. Schroth, Ärztliches Handeln und strafrechtlicher Maßstab, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, 2010, S. 21 ff.; Joost, Schönheitsoperationen – die Einwilligung in medizinisch nicht indizierte „wunscherfüllende“ Eingriffe, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, 2010, S. 384 ff., 393 ff.; Hilgendorf, Einführung in das Medizinstrafrecht, 2016, S. 9 ff., 13; Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 42 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 29 ff., 349 f.

Heilbehandlung vom Tatbestand der Körperverletzungsdelikte erfasst ist oder nicht erfasst ist,²⁹ für die sog. „Konversionstherapien“ nicht, da eine *Eröffnung des Tatbestandes* der Körperverletzungsdelikte für eine *medizinisch nicht indizierte* Behandlung (überwiegend) anerkannt wird.³⁰

Der Tatbestand der einfachen Körperverletzung (§ 223 StGB) verlangt eine körperliche Misshandlung oder Gesundheitsschädigung:

Für eine *körperliche Misshandlung* wird hierbei auf eine Beschränkung auf die *Körpersphäre* abgestellt, wonach eine nicht nur unerhebliche Beeinträchtigung des *körperlichen* Wohlbefindens oder der *körperlichen* Unversehrtheit verlangt wird.³¹ Reine Befindlichkeitsstörungen und rein psychisch-seelische Beeinträchtigungen *ohne körperliche* Auswirkungen werden von dem Tatbestandsmerkmal der (schon vom Wortlaut her entsprechend bezeichneten) *körperlichen* Misshandlung hingegen nicht erfasst und eine Einbeziehung rein psychisch-seelischer Beeinträchtigungen *ohne* körperliche Auswirkungen in das Tatbestandsmerkmal der körperlichen Misshandlung wird als Verstoß gegen das verfassungsrechtliche Analogieverbot (Art. 103 II GG) diskutiert.³² Führen psychisch-seelische Beeinträchtigungen aber *mittelbar* zu *körperlichen* Folgen (z.B. Schock, Magen- oder Kopfschmerzen, Übelkeit usw.), dann ist der erforderliche *Körperbezug* gegeben und das Tatbestandsmerkmal der körperlichen Misshandlung erfüllt.³³ Kommt es im Rahmen sog. „Konversionstherapien“ mithin zu einer *nicht nur unerheblichen* Beeinträchtigung des *körperlichen* Wohlbefindens oder der *körperlichen* Unversehrtheit – etwa im Zusammenhang mit Elektroschocks, Hormonbehandlungen oder zu Übelkeit führenden Medikamenten – oder führen die durch die sog. „Konversionstherapien“ hervorgerufenen

²⁹ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 138 ff.; Hilgendorf, Einführung in das Medizinstrafrecht, S. 9 ff.; Immig, Die Selbstbestimmungsaufklärung im Arztstrafrecht, 2016, S. 62 ff.; Joost, Schönheitsoperationen – die Einwilligung in medizinisch nicht indizierte „wunscherfüllende“ Eingriffe, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 407 ff.; Kindhäuser, Strafrecht, Besonderer Teil I, S. 98 ff.

³⁰ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 104 ff.; Joost, Schönheitsoperationen – die Einwilligung in medizinisch nicht indizierte „wunscherfüllende“ Eingriffe, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 407 ff.; Hilgendorf, Einführung in das Medizinstrafrecht, S. 13; Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 150 ff.

³¹ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 101 ff.; Kindhäuser, Strafrecht Besonderer Teil I, S. 90 f.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 170 ff.; Ruppert, Juristische Rundschau 2016, S. 686 ff., 689.

³² Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 81 f.

³³ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 101 ff.; Krey/Heinrich/Hellmann, Strafrecht Besonderer Teil, Band 1, S. 69 ff.

psychisch-seelischen Beeinträchtigungen *mittelbar* zu nicht nur unerheblichen *körperlichen* Folgewirkungen, dann ist das Tatbestandsmerkmal der körperlichen Misshandlung erfüllt.³⁴ Hierbei ist hinzuzufügen, dass (was wiederum zu einem Diskussionspunkt in Schrifttum und Rechtsprechung führt) aufgrund des engen wechselseitigen Zusammenwirkens von Psyche und Körper teils *keine hohen* Anforderungen an den erforderlichen Körperlichkeitsbezug und/oder das Erheblichkeitskriterium gestellt werden.³⁵

Für das Tatbestandsmerkmal der *Gesundheitsschädigung* wird das Hervorrufen oder Steigern eines nicht nur unerheblichen krankhaften, d.h. *pathologischen* Zustandes verlangt.³⁶ Mit Blick auf den Schutz des (nicht nur physischen, sondern auch) psychisch-seelischen Bereichs eines von einer sog. „Konversionstherapie“ betroffenen Menschen fragt sich nun, ob und inwieweit psychisch-seelische Beeinträchtigungen von dem Tatbestandsmerkmal der Gesundheitsschädigung erfasst werden können, wobei zu berücksichtigen ist, dass unter den weitreichenden psychisch-seelischen Bereich eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte fallen, die beginnend bei z.B. Gefühls-/Gemütsbeeinträchtigungen, Stimmungsschwankungen, Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls, Zunahme des Gefühls des Nicht-Anerkannt-Werdens über u.a. Ängstlichkeit, Traurigkeit, Gereiztheit oder depressive Verstimmungen bis hin zu u.a. seelisch-psychischen Krankheiten reichen können.³⁷ Reine Befindlichkeitsstörungen und rein psychisch-seelische Beeinträchtigungen *ohne* Krankheitswert werden für das Tatbestandsmerkmal der Gesundheitsschädigung als nicht genügend angesehen.³⁸ Es fragt sich aber, ob ein durch sog. „Konversionstherapien“ zurechenbar verursachter psychischer Zustand *mit* Krankheitswert vom Tatbestandsmerkmal der Gesundheitsschädigung erfasst sein könnte; damit

³⁴ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 102 f.; siehe im Zusammenhang mit Mobbing u.a. Wolmerath, Mobbing, Rechtshandbuch für die Praxis, S. 54 f.; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 81 f.

³⁵ Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 81 f., 84 ff.; Ruppert, Juristische Rundschau 2016, S. 686 ff., 689 ff.

³⁶ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 103; Krey/Heinrich/Hellmann, Strafrecht Besonderer Teil, Band 1, S. 71 f.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 173, 189 ff.; Ruppert, Juristische Rundschau 2016, S. 686 ff., 689.

³⁷ Siehe hierzu u.a. Steger, Menschenwürde und sexuelle Identität, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin, S. 905 ff., 906 ff., 908 ff.; Brunner, The crooked straight – Reorientierungstherapien aus ethischer Sicht, in: Steger (Hrsg.), Was ist krank?, S. 151 ff., 158 ff., 163 ff.; siehe im Zusammenhang mit Mobbing u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 49 f., 82 ff.

³⁸ Siehe hierzu u.a. Wolmerath, Mobbing, Rechtshandbuch für die Praxis, S. 55; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 82 ff.

einher geht der im Strafrecht *umstrittene* Aspekt, ob (ebenso wie bei dem Tatbestandsmerkmal der körperlichen Misshandlung) für das Tatbestandsmerkmal der Gesundheitsschädigung zusätzlich zu dem Erfordernis eines *pathologischen* Zustandes (also eines Zustandes *mit Krankheitswert*) ein *Körperlichkeitsbezug* erforderlich ist (und welche geringen/hohen Anforderungen an den erforderlichen Körperlichkeitsbezug und/oder das Erheblichkeitskriterium zu stellen sind). Angesprochen ist der umstrittene Aspekt, ob das Tatbestandsmerkmal der Gesundheitsschädigung gerade einen *physisch-pathologischen* Zustand (d.h. einen *physischen* Zustand *mit Krankheitswert*) verlangt, oder ob auch die *Psyche* in den Gesundheitsbegriff einzubeziehen ist und damit auch ein *psychisch-pathologischer* Zustand (d.h. ein *psychischer* Zustand *mit Krankheitswert*) von dem Tatbestandsmerkmal der Gesundheitsschädigung erfasst sein könnte;³⁹ gerade aufgrund der engen Wechselwirkungen zwischen Psyche und Körper lässt sich hier zudem fragen, ob und in welcher Weise sich Psyche und Körper klar voneinander trennen oder auch nicht trennen lassen und wie die fließenden Übergänge zwischen ihnen zu bestimmen und einzuordnen sind.

Durch sog. „Konversionstherapien“ zurechenbar herbeigeführte psychisch-seelische Beeinträchtigungen, mit denen *nicht nur unerhebliche körperliche Folgewirkungen* oder gar ein *physisch-pathologischer Zustand* einhergehen, können daher bereits von dem gegenwärtig geltenden § 223 StGB mit seinen Tatbestandsmerkmalen der körperlichen Misshandlung und/oder der Gesundheitsschädigung erfasst werden. Einer darüberhinausgehenden tatbestandsmäßigen Erweiterung auf reine Befindlichkeitsstörungen und rein psychisch-seelische Beeinträchtigungen *ohne Körperlichkeitsbezug* und/oder *ohne Krankheitswert* ist hingegen (zum Ersten) in Bezug auf das Tatbestandsmerkmal der *körperlichen Misshandlung* in § 223 StGB *kritisch entgegenzuhalten*, dass einer solchen Erweiterung der eindeutige Gesetzeswortlaut „*körperlich* (mißhandelt)“ und damit das Analogieverbot (Art. 103 II GG) entgegenstehen.⁴⁰ In Bezug auf das Tatbestandsmerkmal der *Gesundheitsschädigung* sind (zum Zweiten) hinsichtlich der Frage einer tatbe-

³⁹ Siehe hierzu u.a. Krey/Heinrich/Hellmann, Strafrecht Besonderer Teil, Band 1, S. 71 f.; Kindhäuser, Strafrecht Besonderer Teil I, S. 91; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 82 ff.; Wolmerath, Mobbing, Rechtshandbuch für die Praxis, S. 55; Knauer, Der Schutz der Psyche im Strafrecht, S. 52 ff., 199 ff.; Ruppert, Juristische Rundschau 2016, S. 686 ff., 689; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 366 f.

⁴⁰ Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 81 f.

standsmäßigen Erweiterung auf reine Befindlichkeitsstörungen und rein psychisch-seelische Beeinträchtigungen *ohne Körperlichkeitsbezug* und/oder *ohne Krankheitswert* die bezüglich einer solchen Erweiterung diskutierten *Bedenken* zu beachten, zum einen mit Blick auf die *Gefahr einer konturenlosen Erweiterung* des Körperverletzungstatbestandes unter Verletzung des *Bestimmtheitsgebots* und zum anderen mit Blick auf das wichtige Erfordernis eines sich *präzise bestimmen lassenden Rechtsgutes*.⁴¹ Angesprochen sind hier die diskutierten und ihrerseits umstrittenen Fragen, ob und wie sich die *Psyche* als *Rechtsgut präzise bestimmen* lässt, sowie darüberhinausgehend, ob, inwieweit und in welcher Weise sich – nicht nur im Bereich der Körperverletzungsdelikte, sondern auch über diese hinausgehend für den *gesamten Bereich des Strafrechts* – der psychisch-seelische Bereich vom Strafrecht als *gerade strafrechtlich zu schützendes* Rechtsgut präzise bestimmt erfassen oder nicht erfassen lässt,⁴² werden doch – wie bereits oben beispielhaft ausgeführt – von dem psychisch-seelischen Bereich eine *Vielzahl ganz unterschiedlicher Aspekte* (z.B. auch Gefühls-/Gemütsbeeinträchtigungen, Stimmungsschwankungen, Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls, Zunahme des Gefühls des Nicht-Anerkannt-Werdens) erfasst.

Es wäre grundsätzlich zu *befürworten* und zu *begrüßen*, dass sich das gegenwärtige und zukünftige Strafrecht dem Schutz des psychisch-seelischen Bereichs in einem größeren Masse öffnet und widmet.⁴³ Jedoch hat – gerade weil zu dem psychisch-seelischen Bereich eine *Vielzahl ganz unterschiedlicher Aspekte* gehören – das Strafrecht hierbei jeweils *präzise* und *differenziert* zu prüfen, *welche* dieser ganz unterschiedlichen Aspekte des psychisch-seelischen Bereichs vom Schutz des Strafrechts erfasst oder eben nicht erfasst werden können, und zwar *unter Beachtung* der Erfordernisse des *subsidiären strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes*, des *ultima-ratio-Prinzips* und des *Bestimmtheitsgebots*. Gerade mit Bezug auf das Erfordernis des *subsidiären strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes* bleibt hierbei des Weiteren mit Blick auf den sog. Gefühlsschutz zu beachten, dass der Schutz von *reinen* Gefühlen und Emotionen als solchen vor Verletzungen (z.B. in Gestalt des Schutzes vor unerwünschten Gefühlen und negativen Emotionen)

⁴¹ Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 86; Eser, ZStW 97 (1985), S. 1 ff., 18 f.; Ruppert, Juristische Rundschau 2016, S. 686 ff., 690 ff., 693; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 366 f.

⁴² Siehe hierzu u.a. Knauer, Der Schutz der Psyche im Strafrecht, u.a. S. 39 ff., 80 ff., 106 ff., 149 ff., 230 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 366 f., 370 ff.

⁴³ Siehe hierzu u.a. Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 371 ff.

vom *strafrechtlichen Rechtsgut* als *nicht* erfasst angesehen wird:⁴⁴ Durch das Strafrecht wird mithin *kein reiner Gefühlsschutz* gewährt und *verletzte Gefühle* allein und als solche genügen mangels strafrechtlichen Rechtsgutes nicht als Rechtfertigung einer strafrechtlichen Verbotsnorm.⁴⁵ Im Zusammenhang mit den sog. „Konversionstherapien“ bedeutet dies, dass *verletzte Gefühle* allein und als solche – z.B. in Gestalt von bei den von den sog. „Konversionstherapien“ Betroffenen verursachten Gefühls-/Gemütsbeeinträchtigungen, Stimmungsschwankungen oder Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls – *keine ausreichende Grundlage und Rechtfertigung* darstellen für eine strafbewehrte Verbotsnorm für sog. „Konversionstherapien“.

Ob und inwieweit der psychisch-seelische Bereich vom Gesundheitsbegriff des § 223 StGB erfasst werden soll sowie – über die Körperverletzungsdelikte hinausgehend – ob und inwieweit das *gesamte Strafrecht* den strafrechtlichen Schutz des psychisch-seelischen Bereichs vertiefen und erweitern soll, ist eine im Strafrecht bereits seit längerem diskutierte und umstrittene Fragestellung. Dies bedeutet mit Blick auf die sog. „Konversionstherapien“, dass der Gesichtspunkt, ob, inwieweit und in welcher Weise der psychisch-seelische Bereich der von den sog. „Konversionstherapien“ Betroffenen vom gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht (und hier u.a. von den Körperverletzungsdelikten) geschützt werden kann und soll, nicht *nur allein und isoliert* für die sog. „Konversionstherapien“ beantwortet werden kann und darf, sondern vielmehr – über die sog. „Konversionstherapien“ hinausgehend – in eine in Wissenschaft, Rechtsprechung und Rechtspraxis gegenwärtig und zukünftig zu führende bzw. zu vertiefende *größere und umfassende* Diskussion zum strafrechtlichen Schutz des psychisch-seelischen Bereichs eines Menschen einzuordnen ist. Bereits an dieser Stelle zeigt sich, dass für die Frage eines strafbewehrten Verbots sog. „Konversionstherapien“ *kein* sich *nur isoliert und eingeschränkt* auf die sog. „Konversionstherapien“ beziehender Blick zugrunde gelegt werden darf, sondern vielmehr ein *erweiterter* Blick erforderlich ist, der sich u.a. umfassend mit der Frage nach dem strafrechtlichen Schutz des psychisch-seelischen Bereichs eines Menschen auseinandersetzt.⁴⁶

⁴⁴ Siehe u.a. Roxin, Strafrecht, Allgemeiner Teil, Bd. I, S. 22 f.; Hörnle, Grob anstößiges Verhalten, S. 78 ff., 84; siehe zudem Knauer, Der Schutz der Psyche im Strafrecht, S. 73 f.

⁴⁵ Siehe hierzu u.a. Roxin, Strafrecht, Allgemeiner Teil, Bd. I, S. 22 f.; Hörnle, Grob anstößiges Verhalten, S. 78 ff., 84.

⁴⁶ Siehe hierzu bereits die Ausführungen unter A. sowie zudem die Ausführungen unter D.

Lässt sich der Tatbestand des § 223 StGB – wie oben aufgezeigt – jedenfalls in Bezug auf einige der durch sog. „Konversionstherapien“ herbeigeführte Verletzungen bejahen, dann ist zudem über § 223 StGB hinausgehend die mögliche tatbestandsmäßige Erfüllung der Straftatbestände der *gefährlichen Körperverletzung* nach § 224 StGB und der *schweren Körperverletzung* nach § 226 StGB zu berücksichtigen, etwa des § 224 I Nr. 1 StGB mit Blick auf eine gesundheitsschädliche Wirkung von z.B. Medikamenten,⁴⁷ des § 224 I Nr. 2 StGB mit Blick auf z.B. Elektroschocks⁴⁸ sowie des § 226 I Nr. 3 (geistige Krankheit) StGB mit Blick auf krankhafte seelische Störungen i.S.d. § 20 StGB (z.B. endogene Psychosen).⁴⁹

Zeigt sich damit, dass zumindest einige der durch sog. „Konversionstherapien“ herbeigeführte Verletzungen tatbestandsmäßig von den Körperverletzungsdelikten nach §§ 223 ff. StGB erfasst werden können und insoweit bereits gegenwärtig der Weg für eine Strafbarkeit wegen Körperverletzungsdelikten im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ geöffnet ist, so stellt sich nun – nach Bejahung der Tatbestandsmäßigkeit – die auch im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ wichtige weitere Frage nach der *Rechtswidrigkeit*. Als ausgewählte Gesichtspunkte wird nachfolgend auf einige der sich im Zusammenhang mit dem Rechtfertigungsgrund der *rechtfertigenden Einwilligung* stellenden Fragen näher eingegangen.⁵⁰ Im Vergleich zwischen dem medizinisch indizierten ärztlichen Heileingriff und der medizinisch nicht indizierten Behandlung werden bei der *medizinisch nicht indizierten* Behandlung (und erst recht im Falle einer *medizinisch nicht indizierten* und *kontraindizierten* Behandlung) *höhere* und *strengere* Anforderungen an die Voraussetzungen für die Bejahung der Wirksamkeit der rechtfertigenden Einwilligung für erforderlich gehalten, z.B. in Gestalt höherer Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit und an die Aufklärungspflicht.⁵¹

⁴⁷ Siehe hierzu u.a. Kindhäuser, Strafrecht, Besonderer Teil I, S. 103; v. Heintschel-Heinegg/Eschelbach, BeckOK StGB, 2019, § 224 Rn. 17; Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 110 ff.

⁴⁸ Siehe hierzu u.a. Hardtung in: Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch, MüKoStGB, 2017, § 224, Rn. 15 f., 26.

⁴⁹ Siehe hierzu u.a. v. Heintschel-Heinegg/Eschelbach, BeckOK StGB, 2019, § 226 Rn. 27; Kindhäuser/Neumann/Paeffgen, Nomos Kommentar Strafgesetzbuch, 2017, § 226 Rn. 35; Schönte/Schröder/Sternberg-Lieben, Strafgesetzbuch, Kommentar, 2019, § 226 Rn. 7.

⁵⁰ Zur rechtfertigenden Einwilligung siehe u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, 2017, S. 215 ff.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 285 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 142 ff.; Heger, medstra 4/2015, S. 199 ff., 202 ff.

⁵¹ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 224 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 328 ff.

Die Beurteilung der *Einwilligungsfähigkeit* bestimmt sich im Strafrecht weder nach den Vorschriften zur zivilrechtlichen Geschäftsfähigkeit noch nach bestimmten Altersgrenzen, sondern nach der tatsächlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit des einwilligenden Rechtsgutsinhabers, wonach dieser nach seiner individuellen geistigen und sittlichen Reife Wesen, Bedeutung und Tragweite des konkreten Eingriffs erkennen und sachgerecht beurteilen können muss.⁵² Wird bei volljährigen Personen – soweit keine gegenläufigen Anhaltspunkte für Urteilsdefizite vorliegen – von ihrer Einsichtsfähigkeit als Regelfall ausgegangen,⁵³ so bestehen bei Minderjährigen *höhere* Anforderungen: Zwar existieren auch bei Minderjährigen keine festen Altersgrenzen für die Bejahung/Verneinung ihrer Einsichtsfähigkeit, es wird aber in der Tendenz deren Einsichtsfähigkeit umso eher bejaht, umso näher sie der Volljährigkeitsgrenze kommen.⁵⁴ Ebenso wie bei Volljährigen wird auch bei Minderjährigen auf ihre individuelle tatsächliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit abgestellt, jedoch ist diese – anders als bei volljährigen Personen – positiv festzustellen und es werden zudem höhere Anforderungen an die Bejahung der Einsichtsfähigkeit von Minderjährigen angelegt.⁵⁵ Bei einer Einwilligung in eine *medizinisch nicht indizierte* Behandlung werden zudem streitig diskutiert zum einen die Frage, ob bei einem *einsichtsfähigen* Minderjährigen allein die Einwilligung des einsichtsfähigen Minderjährigen genügt oder ob zusätzlich die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters (z.B. der Eltern) erforderlich ist, sowie des Weiteren zum anderen die Frage, ob und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen, bei einem *nicht einsichtsfähigen* Minderjährigen eine stellvertretende Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter möglich oder nicht möglich ist⁵⁶ – auch diese zwei Fragestellungen, einschließlich der Frage eines zukünftig zu schaffenden Verbots der stellvertretenden Einwilligung im Zusammenhang mit

⁵² Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 217; Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 232 ff.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 308 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 161 ff.

⁵³ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 217; Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 232 ff.

⁵⁴ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 217; Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 240 ff.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 309 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 161, 336 ff.; Heger, medstra 4/2015, S. 199 ff., 203.

⁵⁵ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 240 ff.

⁵⁶ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 249 ff., 251 ff.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 309 ff., 312 ff.; Fateh-Moghadam, Die Einwilligung in die Lebendorganspende, 2008, S. 186 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 336 ff.

sog. „Konversionstherapien“, gehören zu den Gesichtspunkten, die es mit Blick auf zukünftige Regelungen zu einem rechtlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“ zu berücksichtigen und zu diskutieren gilt.⁵⁷

Eine der weiteren Voraussetzungen für eine wirksame rechtfertigende Einwilligung ist die *Freiheit der einwilligenden Person von Willensmängeln*, d.h. die Einwilligung darf nicht durch Gewalt oder Drohung herbeigeführt worden sein und nicht auf einem täuschungsbedingten Irrtum des Einwilligenden beruhen.⁵⁸ Zu diesem Erfordernis der von *Willensmängeln nicht beeinflussten* Einwilligung gehört auch das Erfordernis der *ärztlichen Aufklärungspflicht*, die Einhaltung der mit der ärztlichen Aufklärungspflicht verbundenen Anforderungen stellt eine strafrechtliche *Wirksamkeitsvoraussetzung* für die rechtfertigende Einwilligung dar.⁵⁹ Für eine wirksame rechtfertigende Einwilligung werden an die ärztliche Aufklärungspflicht bei einer *medizinisch nicht indizierten Behandlung* (und erst recht im Falle einer medizinisch nicht indizierten und kontraindizierten Behandlung) – *höhere* Anforderungen im Vergleich zu einem medizinisch indizierten ärztlichen Heileingriff sowie zudem – *strengste* Anforderungen gestellt, wonach eine vollumfängliche Aufklärung über die *fehlende medizinische Indikation*, d.h. über den *Indikationsmangel* (sowie im Falle einer kontraindizierten Behandlung über das Vorliegen der *Kontraindikation*) des Eingriffs, sowie zudem darüberhinausgehend über u.a. den Verlauf des Eingriffs, einschließlich der Anwendung von Außenseitermethoden und der Existenz von bestehenden alternativen Behandlungsmöglichkeiten, zudem über die Erfolgs- bzw. Nichterfolgsaussichten des Eingriffs und über die mit dem Eingriff einhergehenden Risiken und Gefahren nötig ist.⁶⁰ Gerade im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“

⁵⁷ Siehe zum erforderlichen besonderen Schutz von Minderjährigen u.a. Beschluss des Bundesrates vom 17.05.2019, Drucksache 161/19, Anlage S. 2, 3.

⁵⁸ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 219 ff.

⁵⁹ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 262 ff.; Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 2010, S. 705 ff.; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 2014, S. 261 ff.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 265 ff., 335 ff.

⁶⁰ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 271 ff., 294 f., 295 f.; Joost, Schönheitsoperationen – die Einwilligung in medizinisch nicht indizierte „wunscherfüllende“ Eingriffe, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 417 ff.; Schroth, Ärztliches Handeln und strafrechtlicher Maßstab, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 42 ff.; Hilgendorf, Einführung in das Medizinstrafrecht, S. 21 f.; Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 269 ff.; Tamm, Die Zulässigkeit von Außenseitermethoden und die dabei zu beachtenden Sorgfaltspflichten, 2007, S. 149 ff.; Heger, medstra 4/2015, S. 199 ff., 203 f.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 330 ff.; Brunner, The crooked straight – Reorientierungstherapien aus ethischer Sicht, in: Steger (Hrsg.), Was ist krank?, S. 182 ff.

kann sich die Unwirksamkeit der rechtfertigenden Einwilligung der von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen also bereits daraus ergeben, dass diese strengsten Anforderungen an die Aufklärungspflicht, die für eine *medizinisch nicht indizierte* (und kontraindizierte) Behandlung gelten, nicht eingehalten wurden, indem der von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffene über den Indikationsmangel und/oder über die Kontraindikation und/oder über weitere zur Aufklärungspflicht gehörende Umstände nicht und/oder nicht ausreichend aufgeklärt worden ist.

Im Zusammenhang mit *zukünftig* zu schaffenden *außerstrafrechtlichen* Regelungen zu einem Verbot sog. „Konversionstherapien“ wäre hier (z.B.) an die erforderliche *Erhöhung* der (z.B. im jeweiligen Berufsrecht geregelten/zu regelnden) Anforderungen an den Umfang, die Durchführung und Überprüfung der *Aufklärungspflicht* für Therapien und andere Behandlungen anbietende, in Arzt-, Therapie- und Heilpraktikerberufen und in anderen Berufsgruppen tätige Personen zu denken. Näher zu diskutieren und zu prüfen wäre diesbezüglich zudem, ob sich solche *zukünftigen außerstrafrechtlichen* Regelungen (u.a.) zu den erforderlichen Aufklärungspflichten verbinden ließen mit *zukünftigen außerstrafrechtlichen* Regelungen (z.B. im Berufsrecht, im Zivilrecht und ggf. im Ordnungswidrigkeitenrecht) zu den *Konsequenzen eines Verstoßes* gegen das Verbot sog. „Konversionstherapien“, z.B. in Gestalt des Verbots der Ausübung des Berufs/des Entzugs der beruflichen Zulassung, von zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen sowie von Sanktionen nach dem Ordnungswidrigkeitenrecht.⁶¹ Mit solchen *zukünftigen außerstrafrechtlichen* Regelungen u.a. zu den erforderlichen Aufklärungspflichten könnten wiederum *mittelbare* Auswirkungen auf das Strafrecht einhergehen, indem bei einem Verstoß gegen diese Anforderungen an die *Aufklärungspflicht* auch die rechtfertigende Einwilligung des von sog. „Konversionstherapien“ Betroffenen unwirksam wäre und damit (zusätzlich zu den *außerstrafrechtlichen* Konsequenzen) bei Vorliegen der weiteren Strafbarkeitsvoraussetzungen auch eine Strafbarkeit wegen u.a. Körperverletzungsdelikten möglich wäre.

Selbst wenn bei einer sog. „Konversionstherapie“ eine ausreichende Aufklärung des in die sog. „Konversionstherapie“ einwilligenden Betroffenen erfolgt ist und zudem alle

⁶¹ Siehe hierzu sowie zu weiteren Maßnahmen (z.B. dem Ausschluss medizinischer Vergütungsleistungen für sog. „Konversionstherapien“, dem Entzug öffentlicher Gelder und sonstiger Unterstützungsleistungen der öffentlichen Hand) u.a. Beschluss des Bundesrates vom 17.05.2019, Drucksache 161/19, Anlage S. 2, 3.

weiteren Wirksamkeitsvoraussetzungen der rechtfertigenden Einwilligung vorliegen, so dass die rechtfertigende Einwilligung an sich wirksam ist und diese damit an sich eine Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person wegen Körperverletzungsdelikten ausschließen würde, kann dieser Einwilligung im Falle der *Sittenwidrigkeit* der Tat nach § 228 StGB die rechtfertigende Wirkung ausnahmsweise genommen werden.⁶² Es ist damit in jedem Einzelfall einer durchgeführten sog. „Konversionstherapie“ zu prüfen, ob diese sich als sittenwidrig darstellt und damit der an sich vorliegenden Einwilligung des von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen die rechtfertigende Wirkung entzieht. Insbesondere in Fällen einer kontraindizierten Behandlung ist zudem umstritten, ob eine wirksame Einwilligung in eine kontraindizierte Behandlung überhaupt möglich ist, was teilweise unter Abstellen auf unterschiedliche Begründungen verneint wird, teilweise aber innerhalb der Grenzen des § 228 StGB, d.h. solange die Tat nicht sittenwidrig ist, bei gegebener ordnungsgemäßer Aufklärung (einschließlich der Aufklärung über die Kontraindikation) bejaht wird.⁶³ Der Begriff der „guten Sitten“ in § 228 StGB wird restriktiv verstanden: Führen weder allein das Fehlen einer medizinischen Indikation noch allein eine Verletzung standesrechtlicher Vorgaben als solche automatisch zur Sittenwidrigkeit der Tat,⁶⁴ so sind darüberhinausgehend die anzulegenden Kriterien für das Begriffsverständnis der Sittenwidrigkeitsklausel im Einzelnen streitig. Auch für die für jeden Einzelfall durchzuführende Beurteilung der Sittenwidrigkeit einer vorgenommenen sog. „Konversionstherapie“ ist diese umstrittene Diskussion zu den anzulegenden Kriterien für die Sittenwidrigkeit zu beachten, wobei hierbei u.a. auf das *Kriterium der Schwere des tatbestandlichen Rechtsgutsangriffs* – und das Gewicht der dem Opfer drohenden Verletzung in Gestalt von z.B. konkreter Todesgefahr oder konkreter

⁶² Zur Sittenwidrigkeit der Tat nach § 228 StGB siehe u.a. Tag, Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, S. 299 ff.; Fateh-Moghadam, Die Einwilligung in die Lebendorganspende, S. 208 ff.; Eser, ZStW 97 (1985), S. 1 ff., 12, 15, 23 ff.; Stegmüller, Die Sittenwidrigkeit der Körperverletzung trotz Einwilligung des Verletzten - § 228 StGB, 2009, S. 25 ff.; Gülpen, Der Begriff der guten Sitten in § 228 StGB, 2009, S. 280 ff., 353 ff.; Heger, medstra 4/2015, S. 199 ff., 205; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 332 ff., 370 f.; Morgenstern, JZ 2017, S. 1146 ff.

⁶³ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 296 ff.; Joost, Schönheitsoperationen – die Einwilligung in medizinisch nicht indizierte „wunscherfüllende“ Eingriffe, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 420 ff.; Schroth, Ärztliches Handeln und strafrechtlicher Maßstab, in: Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, S. 43 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 30.

⁶⁴ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 212 ff.; Heger, medstra 4/2015, S. 199 ff., 205.

Gefahr eines schweren Körperverletzungserfolges – und/oder auf das *Kriterium des Tatzecks/des Zwecks der Körperverletzungshandlung* abgestellt wird.⁶⁵

Abhängig davon, zu welchen Ergebnissen man hinsichtlich der Voraussetzungen der rechtfertigenden Einwilligung (u.a. der Einwilligungsbefugnis und -fähigkeit des Betroffenen, der Aufklärungspflicht sowie der Sittenwidrigkeit der Tat) gelangt – was für jeden Einzelfall einer sog. „Konversionstherapie“ zu beurteilen ist –, zeigt sich damit, dass der Einwilligung des von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen entweder eine rechtfertigende und damit strafbarkeitsausschließende Wirkung zukommen kann oder eben nicht zukommt mit der Folge einer dann (bei Vorliegen auch aller weiteren Strafbarkeitsvoraussetzungen) möglichen Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person wegen Körperverletzungsdelikten.

Mit Blick auf die Frage, ob im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ eine Bestrafung der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person wegen Körperverletzungsdelikten nach dem *gegenwärtigen Strafrecht* möglich ist, lässt sich diese Frage – unter der Voraussetzung des Vorliegens aller (oben näher aufgezeigten) Strafbarkeitsvoraussetzungen – mithin bejahen.

3.3 Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person wegen Tötungsdelikten

Konnten die vorgängigen Ausführungen aufzeigen, dass bereits nach *gegenwärtigem Strafrecht* im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ – unter der Voraussetzung des Vorliegens aller (oben näher aufgezeigten) Strafbarkeitsvoraussetzungen – eine Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person wegen *Körperverletzungsdelikten* sowie zudem wegen *Ehrverletzungsdelikten* und *Nötigung* möglich ist, so kommt des Weiteren für den Fall eines Suizides des von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen die Frage nach der Möglichkeit einer Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person (und/oder anderer Personen) wegen (*vorsätzlicher/fahrlässiger*) *Tötungsdelikte* nach § 212 StGB (Totschlag), § 211 StGB (Mord, z.B. bei Vorliegen von niedrigen Beweggründen) oder § 222 StGB (Fahrlässige Tötung) in Betracht, und zwar entweder in Form eines Begehungsdelikts oder – im Fall,

⁶⁵ Siehe hierzu u.a. Wagner, Die Schönheitsoperation im Strafrecht, S. 197 ff.; Gülpen, Der Begriff der guten Sitten in § 228 StGB, S. 280 ff., 353 ff.; Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, S. 332 ff.; Fateh-Moghadam, Die Einwilligung in die Lebendorganspende, S. 108 ff.

dass nicht verhindert wird, dass der von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffene sich das Leben nimmt – in Form eines Unterlassungsdelikts;⁶⁶ im letzteren Fall ist zudem eine mögliche Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person (und/oder anderer Personen) wegen *Unterlassener Hilfeleistung nach § 323c StGB* zu prüfen. Dies führt zu dem großen – und im Strafrecht umfangreich vertieften – Diskussionsgegenstand der *Abgrenzung von Verantwortungsbereichen*, konkret der Abgrenzung zwischen dem Verantwortungsbereich des Opfers und des Verantwortungsbereichs des Täters. Angesprochen ist mit dieser Abgrenzung von Verantwortungsbereichen bezogen auf den Fall, in dem sich ein Mensch sein eigenes Leben nimmt, die Unterscheidung und Abgrenzung zwischen *strafloser Teilnahme an einer freiverantwortlichen Selbstverletzung (Selbsttötung)* einerseits und *strafbarer Fremdverletzung (Fremdtötung)* andererseits.⁶⁷ Nachfolgend werden hierzu einige ausgewählte *grundlegende* Aspekte näher dargestellt, welche ebenso zu beachten sind in Fällen sog. „Konversionstherapien“, bei welchen und in deren Folge der von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffene sich sein Leben nimmt und sodann zu prüfen ist, ob und inwieweit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person dieser Suizid des von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen unter strafrechtlichen Gesichtspunkten zugerechnet werden kann.⁶⁸

Die Selbsttötung und auch die versuchte Selbsttötung (sowie ebenso die Selbstverletzung und versuchte Selbstverletzung) ist für den von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen, der sich sein eigenes Leben nimmt bzw. dies versucht (oder der sich selbst verletzt bzw. dies versucht) straflos.⁶⁹ Solange es sich bei dem Suizid um eine *freiverantwortliche Selbsttötung* des von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen handelt, kommt f für andere Personen, (z.B. für die die sog. „Konversionstherapie“ durchführende Person), *keine Strafbarkeit wegen Anstiftung oder Beihilfe* zur Selbsttötung (aufgrund Fehlens einer tatbestandsmäßigen und rechtswidrigen Haupttat⁷⁰) und auch

⁶⁶ Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 219 ff.; Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 76 ff.

⁶⁷ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 94 ff., 222, 379 ff.; Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 10, 68 ff., 101, 159 ff.; Kindhäuser, Strafrecht Allgemeiner Teil, 2017, S. 122 ff.; Krey/Esser, Deutsches Strafrecht, Allgemeiner Teil, 2016, S. 148 ff.; Murmann, Die Selbstverantwortung des Opfers im Strafrecht, 2005, S. 317 ff.

⁶⁸ Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 201 ff.

⁶⁹ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 10; Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 94 ff.

⁷⁰ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 10; Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 94; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 203.

keine Strafbarkeit wegen vorsätzlicher/fahrlässiger Tötung in Betracht, da – im Falle des Vorliegens der *Freiverantwortlichkeit* der Selbsttötung durch den von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen und seiner *Tatherrschaft* über den unmittelbar lebensbeendenden Akt – der objektive Zurechnungszusammenhang entfällt, welcher erforderlich ist für eine Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person wegen vorsätzlicher/fahrlässiger Tötung.⁷¹

Erst dann, wenn es an diesen Voraussetzungen der *Freiverantwortlichkeit* der Selbsttötung und/oder der *Tatherrschaft* des sich selbst tötenden Menschen *fehlt*, d.h. erst dann, wenn der von sog. „Konversionstherapien“ Betroffene keine freie und eigenverantwortliche Willensentscheidung für oder gegen seinen Suizid treffen konnte und die Konstellation der *strafbaren Fremdverletzung (Fremdtötung)* vorliegt, kommt (bei Vorliegen auch aller weiteren Strafbarkeitsvoraussetzungen⁷²) für andere Personen, z.B. für die die sog. „Konversionstherapie“ durchführende Person, eine Strafbarkeit wegen *vorsätzlicher Tötung in mittelbarer Täterschaft* oder wegen *fahrlässiger Tötung* in Betracht.⁷³ Die Anforderungen an die *Freiverantwortlichkeit* der Selbsttötung sind hierbei ihrerseits in streitiger Diskussion: Eine *nicht freiverantwortliche* Selbsttötung wird z.B. angenommen im Fall der Schuldunfähigkeit bei Kindern unter 14 Jahren nach § 19 StGB, im Falle der Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB sowie im Fall, dass sich der sich selbst tötende Mensch in einer Zwangs- bzw. Notstandslage im Sinne des § 35 StGB (Entschuldigender Notstand) befindet. Sowohl für die Bejahung der Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB werden *hohe* Voraussetzungen an den psychisch-seelischen Bereich verlangt (indem das Vorliegen einer krankhaften seelischen Störung, einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung, von Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit erforderlich ist) als auch greift § 35 StGB nur in *restriktiver* Weise ein bei einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für die notstandsfähigen Rechtsgüter des Lebens, Leibes oder der Freiheit.⁷⁴ Wie bereits angeführt, gehören zum psychisch-seelischen Bereich eines Menschen eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte, die beginnend

⁷¹ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 94 ff., 222; Rengier, Strafrecht, Besonderer Teil II, S. 10, 68 ff., 101, 159 ff.; Krey/Esser, Deutsches Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 148 ff.; Kindhäuser, Strafrecht Allgemeiner Teil, S. 122 ff.; Murmann, Die Selbstverantwortung des Opfers im Strafrecht, S. 317 ff.; Heger, medstra 4/2015, S. 199 ff., 201.

⁷² Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 212 ff.

⁷³ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 379 ff.

⁷⁴ Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 204 ff.

bei z.B. Gefühls-/Gemütsbeeinträchtigungen, Stimmungsschwankungen, Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls, Zunahme des Gefühls des Nicht-Anerkannt-Werdens usw. bis hin zu z.B. seelisch-psychischen Krankheiten reichen. Hat sich der von sog. „Konversionstherapien“ Betroffene mithin im Zeitpunkt der Durchführung seiner Suizidentscheidung in einem der in § 20 StGB genannten psychischen Zustände, z.B. in einer endogenen Psychose oder Neurose,⁷⁵ oder in einer Zwangs- bzw. Notstandslage im Sinne des § 35 StGB befunden, dann fehlt bei ihm die Freiverantwortlichkeit der Selbsttötung; hingegen kommt für psychisch-seelische Belastungen *unterhalb* der Anforderungen der §§ 20, 35 StGB ein Entfallen der Freiverantwortlichkeit der Selbsttötung auf der Grundlage der §§ 20, 35 StGB nicht in Betracht.⁷⁶ Jedoch wird für das Entfallen der Freiverantwortlichkeit der Selbsttötung eine *Ausweitung* über die §§ 20, 35 StGB hinausgehend (umstritten) diskutiert, wonach die Freiverantwortlichkeit der Selbsttötungsentscheidung an den Anforderungen der *rechtfertigenden Einwilligung* und der *Ernstlichkeit* des Verlangens nach dem eigenen Tod (§ 216 StGB) zu messen sei.⁷⁷ Ein *Entfallen* der Freiverantwortlichkeit der Selbsttötung kommt danach bereits dann in Betracht, wenn die Selbsttötungsentscheidung auf *wesentlichen Willensmängeln*, z.B. auf Täuschung, Drohung, Irrtümern, beruht, und könnte zudem bereits dann zu bejahen sein (was für jeden Einzelfall konkret zu prüfen ist), wenn sich der von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffene in einer depressiven Verstimmung und aus von ihm subjektiv empfundener tiefer Verzweiflung, seelischer Zerrüttung und Ausweglosigkeit sein Leben nimmt.⁷⁸

⁷⁵ Siehe hierzu u.a. Rengier, Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 230; Schönke/Schröder/Perron/Weißer, Strafgesetzbuch, Kommentar, 2019, § 20 Rn. 11, 21.

⁷⁶ Siehe hierzu u.a. Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 204 ff.

⁷⁷ Siehe hierzu u.a. Krey/Esser, Deutsches Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 150 ff.; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 204 ff., 209 ff.

⁷⁸ Siehe hierzu u.a. Krey/Esser, Deutsches Strafrecht, Allgemeiner Teil, S. 150 ff.; Mühe, Mobbing am Arbeitsplatz – Strafbarkeitsrisiko oder Strafrechtslücke?, S. 209 ff.

4 Darlegung und Zusammenführung ausgewählter Fragestellungen und Empfehlungen zu einem zukünftigen rechtlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“

Damit soll zum abschließenden Teil dieses Aufsatzes übergeleitet werden. Die vorgängigen Ausführungen haben (*zum Ersten*) gezeigt, dass bereits nach *gegenwärtigem Strafrecht* – unter der Voraussetzung des Vorliegens aller (oben näher aufgezeigten) Strafbarkeitsvoraussetzungen – im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ eine Strafbarkeit der die sog. „Konversionstherapie“ durchführenden Person wegen *Körperverletzungsdelikten*, *Ehrverletzungsdelikten* und *Nötigung* sowie – für den Fall eines Suizides des von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen – wegen *Tötungsdelikten* möglich ist und dass daher im gegenwärtigen Strafrecht keine Strafbarkeitslücken bestehen mit Bezug auf diese durch diese Straftatbestände bereits nach gegenwärtigem Strafrecht geschützten speziellen Teilaspekte des allgemeinen Persönlichkeitsrechts in Gestalt des Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, der Ehre und der persönlichen Freiheit in Gestalt der Freiheit der Willensentschließung und Willensbetätigung.

Aufgezeigt wurde zudem (*zum Zweiten*), dass *darüberhinausgehenden Erweiterungen* des Strafrechtsschutzes mit Blick auf die Frage eines zukünftigen strafbewehrten Verbots von sog. „Konversionstherapien“ mehrere Bedenken, u.a. aus Sicht des *subsidiären strafrechtlichen Rechtsgüterschutzes*, des *ultima-ratio*-Prinzips sowie des *Bestimmtheitsgebots* entgegenstehen, z.B. – wie es in den vorangehenden Aufsatzteilen näher ausgeführt wurde – hinsichtlich eines strafrechtlichen Schutzes des allgemeinen Persönlichkeitsrechts *als solches* mit seinen vielfältigen Teilaspekten, hinsichtlich des strafrechtlichen Schutzes des ebenso vielfältige und verschiedene Aspekte umfassenden gesamten psychisch-seelischen Bereichs eines Menschen sowie hinsichtlich der Frage eines strafrechtlichen reinen Gefühlsschutzes. Im Zusammenhang mit sog. „Konversionstherapien“ eintretende Verletzungen von Leben, körperlicher Unversehrtheit, Ehre und persönlicher Freiheit können – unter der Voraussetzung des Vorliegens aller (oben näher aufgezeigten) Strafbarkeitsvoraussetzungen – bereits gegenwärtig durch die Lebens-, Körperverletzungs-, Nötigungs- und Ehrverletzungsdelikte erfasst werden. Mit Blick auf die Frage nach einem *darüberhinausgehenden erweiterten* strafrechtlichen Schutz des psychisch-seelischen Bereichs eines Menschen – welcher als solcher grundsätzlich *zu befürworten und zu begrüßen* ist – ist zunächst, und zwar nicht nur allein bezogen auf sog. „Konver-

sionstherapien“, sondern eingeordnet in einen zukünftig zu führenden bzw. zu vertiefenden *größeren* und *umfassenden* Diskussionszusammenhang, zu beantworten, *welche* der vielfältigen und verschiedenen Aspekte des psychisch-seelischen Bereichs vom Strafrecht, und zwar unter Beachtung des *subsidiären Rechtsgüterschutzes*, des *ultima-ratio*-Prinzips sowie *Bestimmtheitsgebots*, zulässig erfasst werden können oder eben nicht erfasst werden können.

In den vorgängigen Ausführungen ist zudem (*zum Dritten*) aufgezeigt worden, dass und in welcher Weise *zukünftig* zu schaffende *außerstrafrechtliche* Regelungen zu einem rechtlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“ auch *mittelbare* Auswirkungen auf das Strafrecht haben könnten: Um einen *jeden Menschen* – unabhängig von seinem Alter – vor sich auf die geschlechtliche und/oder sexuelle Identität beziehender Diskriminierung zu schützen, sollte sich ein zukünftig zu schaffendes außerstrafrechtliches Verbot sog. „Konversionstherapien“ nicht nur auf Minderjährige beziehen, sondern in seinen Schutzbereich einen *jeden Menschen*, d.h. *Volljährige und Minderjährige*, einbeziehen, wobei für Minderjährige aufgrund ihrer besonderen Verletzlichkeit *zusätzliche* Schutzaspekte in die außerstrafrechtlichen Regelungen zum Verbot sog. „Konversionstherapien“ aufzunehmen wären.⁷⁹

Im Zusammenhang mit diesen zukünftig für ein Verbot sog. „Konversionstherapien“ zu schaffenden außerstrafrechtlichen Regelungen sollte zudem auf eine erforderliche *präzise Definition des Begriffs* der sog. „Konversionstherapie“ geachtet werden, einschließlich der Klärung, welche *jeweils spezifischen* und *differenzierten* Anforderungen sich daraus für das *jeweilige* Rechtsgebiet des Zivilrechts, öffentlichen Rechts und Strafrechts ergeben, sowie einschließlich der Klärung, welche *Verhaltensweisen* und welche (Gefährdungs- und/oder Verletzungs-) *Folgen* von dem rechtlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“ umfasst sind sowie *an welche Personen* (z.B. an alle Personen unabhängig von Berufsgruppen oder nur an Personen bestimmter Berufsgruppen) sich das rechtliche Verbot sog. „Konversionstherapien“ richtet. Zu klären ist hierbei auch die *wichtige Frage, unter welchen Voraussetzungen* sich solche ins Recht aufzunehmende Verbotsaspekte als möglich erweisen, z.B. mit Blick auf die wichtige Frage, ob ein rechtliches Verbot sog. „Konversionstherapien“ *nur unter der Voraussetzung* möglich ist, dass die

⁷⁹ Siehe zum erforderlichen besonderen Schutz von Minderjährigen u.a. Beschluss des Bundesrates vom 17.05.2019, Drucksache 161/19, Anlage S. 2, 3.

sog. „Konversionstherapie“ *gegen oder ohne* den Willen des von der sog. „Konversionstherapie“ Betroffenen vorgenommen wird – womit das bereits zu Beginn dieses Aufsatzes angesprochene und in den nachfolgenden Aufsatzteilen mit Bezug auf das Strafrecht vertiefte Wechsel- und Spannungsverhältnis zwischen der *Autonomie* des Menschen einerseits und dem *Gesichtspunkt des (straf-)rechtlichen Paternalismus* andererseits angesprochen ist.⁸⁰

Einhergehend mit diesen erforderlichen begrifflichen und inhaltlichen Klärungen wäre des Weiteren auf eine präzise begriffliche Einordnung der sog. „Konversionstherapie“ zu achten, z.B. unter Anknüpfung an den Begriff der *medizinisch nicht indizierten* Behandlung, was mit Blick auf die damit einhergehenden *mittelbaren* Auswirkungen auf das Strafrecht bedeutet, dass bei der strafrechtlichen Beurteilung im Zusammenhang mit den sog. „Konversionstherapien“ (nicht die im Strafrecht für den medizinisch indizierten ärztlichen Heileingriff, sondern) die im Strafrecht für die medizinisch nicht indizierte Behandlung erarbeiteten und diskutierten Grundlagen herangezogen werden könnten. Indem im Zusammenhang mit dem zukünftig zu schaffenden rechtlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“ zudem die hiermit einhergehenden verschiedenen einzelnen Verbotsэлеmente in die *jeweils einschlägigen außerstrafrechtlichen Regelungen* (z.B. im Berufsrecht, im Zivilrecht und/oder im Ordnungswidrigkeitenrecht) aufgenommen werden – u.a. hinsichtlich der Anforderungen an die Aufklärungspflicht sowie hinsichtlich der Konsequenzen eines Verstoßes gegen das Verbot sog. „Konversionstherapien“ – kann auch dies *mittelbare* Auswirkungen auf das Strafrecht haben, z.B. im Zusammenhang mit den für eine Fahrlässigkeitsstrafbarkeit zu beachtenden Sorgfaltsanforderungen und/oder im Zusammenhang mit den sich bei der rechtfertigenden Einwilligung des von sog. „Konversionstherapien“ Betroffenen stellenden Fragen.

Nicht zuletzt sollte (*zum Vierten*) mit Blick auf zukünftig zu schaffende Regelungen zu einem rechtlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“ darauf geachtet werden, dass ein solches rechtliches Verbot sog. „Konversionstherapien“ eine zwar *wichtige und notwendige*, aber *allein nicht ausreichende* Maßnahme ist, um für einen jeden Menschen einen *umfassenden* Schutz seiner geschlechtlichen und/oder sexuellen Identität sicherzustellen. Nicht nur allein das, was zu verbieten ist – nämlich die sog. „Konversionstherapien“ – gilt es im zukünftigen Recht zu regeln, sondern vielmehr *darüberhinausgehend* sind

⁸⁰ Siehe hierzu die Ausführungen unter A., B. und C.2.,3.; siehe zudem u.a. die Beiträge in: von Hirsch/Neumann/Seelmann (Hrsg.), Paternalismus im Strafrecht.

die geltenden rechtlichen Regelungen (z.B. im Berufsrecht) daraufhin zu überprüfen – und *im Falle von bestehenden Schutzlücken entsprechend zu verbessern* –, ob sie ausreichende und umfassende Schutz- und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen für einen jeden Menschen, welcher zum Schutz seiner geschlechtlichen und/oder sexuellen Identität Unterstützung und Hilfe sucht.⁸¹

Notwendig ist (*zum Fünften*) neben diesen sich auf das *Recht* und die *rechtlichen* Regelungen beziehenden Erfordernissen zum Schutz der geschlechtlichen und/oder sexuellen Identität zudem eine über das Recht hinausgehende *gesamtgesellschaftliche* Stärkung der Anerkennung und Wertschätzung eines jeden Menschen in seiner geschlechtlichen und/oder sexuellen Identität.⁸²

⁸¹ Siehe hierzu u.a. Beschluss des Bundesrates vom 17.05.2019, Drucksache 161/19, Anlage S. 2, 3.

⁸² Siehe hierzu u.a. Beschluss des Bundesrates vom 17.05.2019, Drucksache 161/19, Anlage S. 2, 3.

**Ergänzende Anmerkungen zu den Ergebnissen
der Erörterungen der Kommissionssitzungen
zum Thema Verbot sogenannter „Konversionstherapien“**

– Ahmet Alagün –

Richter am Amtsgericht a.w.a.R.,
Richter des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Vorbemerkung

Die Fachtagung, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld zum geplanten gesetzlichen Verbot von sogenannten Konversionstherapien fachlich begleitend durchgeführt wurde, hat im Ergebnis aufgezeigt, dass ein solches Verbot aus medizinischer Sicht geboten und rechtlich möglich ist.¹ Im Rahmen des dort geführten Fachaustauschs bestand über die erheblichen Feststellungen zur rechtlichen Beurteilung des Sachverhalts im Wesentlichen Einigkeit. In diesem Aufsatz sollen einige Schwerpunktfragen erörtert werden, die darüberhinausgehend in besonderer Weise bedenkenswert sind bzw. nicht ausreichend in den Blick genommen wurden. Ergänzend wird auf den Impulsvortrag IV, den Gabriele Lünsmann am 8.05.2019 hielt,² Bezug genommen, der einen guten Überblick über die Thematik gibt und weitere Regelungsschwerpunkte benennt.

Homosexualität ist genauso wie u.a. Heterosexualität keine Krankheit, weshalb eine Behandlungsbedürftigkeit nicht besteht. Daher kann es nicht überraschen, dass keine wissenschaftlich ernstzunehmende Studie existiert, die den Schluss zuließe, dass die sexuelle Orientierung durch solche Interventionsformen dauerhaft verändert werden könnte. Für die Durchführung derartiger Pseudotherapien, die darauf gerichtet sind, die sexuelle Orientierung eines Menschen oder Teilaspekte davon durch gezielte Interventionen zu beeinflussen – ‚Sexual Orientation Change Efforts-SOCE‘ –, also sogenannte Konversionstherapien, bestehen keine medizinisch-psychotherapeutischen Indikationen.³ Demgegenüber steht aber, dass wider wissenschaftliche Erkenntnisse dennoch durchgeführten Maßnahmen im Regelfall erhebliche schädliche Auswirkungen auf die Opfer solcher Interventionen haben, die als Folge bis hin zum Suizid führen können.

Erste parlamentarische Gesetzentwürfe⁴ zum Verbot der sogenannten Konversionstherapien, wie auch Wortbeiträge anlässlich des Fachaustauschs im Rahmen der o.g.

¹ Siehe die Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 11.06.2019, veröffentlicht online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/2-quartal/kommission-verbot-konversionstherapien.html>.

² Gabriele Lünsmann, LSBTI* wirksam vor Konversionsversuchen schützen. Rechts- und gesellschaftspolitische Anforderungen an staatliches Handeln.

³ Vgl. dazu: Peer Birken, Gutachten im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH) zur Fragestellung von so genannten Konversionsbehandlungen bei homosexueller Orientierung., Hamburg 10.07.2019, veröffentlicht unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konversionstherapie/Gutachten_Prof._Dr._med._Peer_Birken.pdf.

⁴ Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 17/12849, 17. Wahlperiode, 20.03.2013 sowie Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 19/7932 (neu), 19. Wahlperiode, 20.02.2019.

Fachtagung, können den Eindruck erwecken, dass Maßnahmen erwogen werden, die den Gegebenheiten nicht ausreichend gerecht werden. Mit einigen dieser Fragen, insbesondere derjenigen wo ein Verbot zu verankern ist, ob nur Minderjährige oder auch Erwachsene schutzbedürftig sind, und ob rechtliche Bedenken im Hinblick auf Art. 4 Grundgesetz (GG), der im Wesentlichen die Glaubensfreiheit schützt, bestehen, setzen sich die nachfolgenden Erörterungen auseinander. Diese haben nicht den Anspruch, die aufgeworfenen Fragen rechtlich abschließend zu behandeln, da dies den Rahmen des Vorliegenden sprengen würde. Die abschließende verfassungsrechtliche Bewertung kann letztlich auch nur anhand eines ausformulierten Gesetzesvorschlages erfolgen und muss daher weiteren Betrachtungen vorbehalten bleiben.

2 Notwendigkeit der Ächtung von unethischem Verhalten als Gesetzesziel

Stellt man sich im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens die Frage, wie man einen Lebenssachverhalt bewerten und rechtlich regeln möchte, kommt es im Wesentlichen darauf an, welches Ziel damit verfolgt wird. Der Sinn einer Regelung und der damit verfolgte Zweck spielen sowohl eine Rolle dafür, wo man ein solches Gesetz verankert wie auch dafür, welche Wirkung man diesem inhaltlich zukommen lassen will. Will man ein Verbotsgesetz erlassen wird ein verfolgter Zweck regelmäßig sein, dass bestimmte Rechtsgüter geschützt werden müssen. Allerdings kann gerade ein Verbot darüberhinausgehend auch dem Schutz von sozialetischen Handlungswerten dienen. Dies ist der Bereich, in dem sich ein Gesetzgebungsvorhaben hier bewegt. Mit den sogenannten Konversionstherapien wird in unethischer Weise in die Integrität von Menschen eingegriffen. Dies vor allem ist der Grund, weshalb das Ziel hinter den beabsichtigten gesetzlichen Regelungen nur auf eine effektive gesellschaftliche und rechtliche Ächtung solcher Maßnahmen gerichtet sein kann.

Mit diesen auf eine Änderung der sexuellen Orientierung gerichteten Maßnahmen wird – wie in der Vorbemerkung beschrieben – ohne berechtigten Anlass und zudem in untauglicher Weise versucht, die sexuelle Orientierung eines Menschen zu manipulieren. Dies hat teilweise Missbrauchscharakter und geschieht auf vielfältige Weise, beispielsweise im Rahmen einer aus anderen Gründen begonnenen Therapie. In einem anderen Extrem werden Maßnahmen angewandt, wie etwa der Versuch durch Gebete Dämonen auszutreiben (was im Rahmen des Fachaustauschs durch den Betroffenen einer solchen

Maßnahme anschaulich geschildert wurde). Selbst wenn andere Formen von Maßnahmen, wie Aversionstherapien, Elektroschocktherapien oder andere extremere Manipulationsformen jedenfalls in Deutschland derzeit möglicherweise nicht in nennenswerter Zahl zur Anwendung kommen, erscheint es nicht ausgeschlossen, dass vermehrt auch auf solche Formen der Manipulation der sexuellen Orientierung zurückgegriffen wird, wenn den Reparaturtherapien nicht nachhaltig Einhalt geboten wird.

Unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Auswirkung auf die Betroffenen dieser Maßnahmen müssen solche Versuche, die sexuelle Orientierung eines Menschen zu verändern, ohne Zweifel als unethisch bewertet werden. Hierüber besteht ein gesellschaftlicher Konsens, wie u.a. in dem einstimmig gefassten Beschluss des Bundesrates vom 17.05.2019 zum Ausdruck kommt.⁵

Die Frage ob es erforderlich ist, diese unethischen Interventionen einer Ächtung wie auch einem Verbot zu unterwerfen, ist daher eindeutig mit Ja zu beantworten.

3 Geschützter Personenkreis, Adressaten eines Verbots und zur Notwendigkeit des Verbots durch ein Strafgesetz

Die Frage, ob eine gesetzliche Regelung erforderlich ist, bedarf angesichts des Diskussionsstandes keiner tiefgreifenden Erörterung. Es bestand im Rahmen der Fachtagung Einvernehmen darüber, dass ein Verbot erforderlich ist. Allerdings kann nicht übersehen werden, dass ein Verbotsgesetz nur ein erster – wenn auch notwendiger – Schritt ist, und dass weitere Regelungen notwendig sind. Erforderlich ist es insbesondere auch sich darüber Gedanken zu machen, ob ein solches Gesetz nicht ausdrücklich als Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB auszugestalten ist, und ob Regeln der Beweiserleichterung bzw. der Beweislastumkehr einzuführen sind, um die Durchsetzung von materiellen Schadenersatzansprüchen zu erleichtern. Mögliche weitere Regelungsbereiche sind z.B. das Familienrecht, Regelungen zum Umgang mit Angehörigen der Arzt-, Therapie- und Heilpraktikerberufe, die einem Verbot zuwider handeln und nicht zuletzt – und nicht abschließend – Aufklärungs-, Informations- und Beratungsangebote für durch solche Maßnahmen Gefährdete und Betroffene sowie deren Familien, vor allem die Eltern.

⁵ Deutscher Bundesrat, BR-Drucksache 161/1/19 (Empfehlung) vom 03.05.2019. Beschluß der Empfehlung vom 17.05.2019, BR-Drucksache 161/19 (Beschluss).

Bei früheren Versuchen, eine gesetzliche Regelung zu schaffen, die in Richtung eines Verbots von Therapien mit dem Ziel der Änderung der sexuellen Orientierung gingen,⁶ wurden von vornherein mehrere Einschränkungen in Kauf genommen: Die Regelung wurde im Gesetz über die Ordnungswidrigkeiten (OWiG) verankert, geschützte Zielgruppe waren ausschließlich Minderjährige, geahndet werden sollte lediglich, dass berufs- oder gewerbsmäßig Therapien angeboten und durchgeführt werden. Auf diese unnötigen, teilweise schädlichen Selbstbeschränkungen soll im Folgenden eingegangen werden.

3.1 Geschützter Personenkreis

Dass Minderjährige vor Konversionsmaßnahmen in besonderer Weise geschützt werden müssen bedarf genauso wenig einer ausführlichen Erörterung wie der Umstand, dass von einem Verbot nicht nur die Durchführung der Therapie selbst, sondern auch die Vermittlung dieser Therapien und die Werbung für solche Maßnahmen wie auch die bewusste Falschinformation über die Behandlungsbedürftigkeit umfasst werden muss. In welcher Weise es notwendig und vor allem auch möglich ist, ein gesetzliches Verbot zur Durchführung von Konversionsmethoden auf Erwachsene zu erstrecken, wurde allerdings nicht ausreichend erörtert. Vielmehr wurde zum Teil vorschnell angenommen, dass ein solches Verbot, welches auch Erwachsene in den Schutzbereich einbezieht, (verfassungsrechtlich) nicht oder schwer durchsetzbar wäre. Dabei wird übersehen, dass es politisch aber auch aus Sicht des Verfassungsrechts geboten ist, auch Erwachsene vor unethischen Interventionen zu schützen, um so mehr, wenn sie sich als besonders vulnerabel erweisen.

Es gibt keinen nachvollziehbaren gesellschaftspolitischen oder rechtlichen Grund, das Verbot sogenannter Konversionstherapien ausschließlich auf Minderjährige zu beschränken. Gerade wenn die gesetzgeberischen Maßnahmen auf eine gesellschaftliche Ächtung hinwirken sollen, was unabdingbar ist, wenn man berücksichtigt, in welcher Weise das Leben der Opfer solcher Konversionsmaßnahmen beeinträchtigt wird, ist es erforderlich, Maßnahmen dieser Art insgesamt zu verbieten. Ein gesetzliches Verbot, welches nur Minderjährige schützt, im Übrigen aber den Versuch, die sexuelle Orientierung mit untauglichen Mitteln zu manipulieren, nicht verbietet, wird das Ziel, Maßnahmen dieser Art nachhaltig zu ächten, verfehlen. Vielmehr ist zu befürchten, dass durch ein solch

⁶ Vgl. Anmerkung 4 und 5.

inkonsequentes Vorgehen diejenigen, die Homosexualität wider jede seriöse wissenschaftliche Erkenntnis als zu behandelnde Krankheit ansehen, darin bestärkt werden, ihr Handeln als im Grunde genommen gerechtfertigt ansehen zu dürfen.

Es bestehen keine rechtlich nicht überwindbaren Hindernisse, nicht nur Minderjährige sondern auch Erwachsene in den Schutzbereich einer Verbotsnorm einzubeziehen. Gerade weil die Gefahr besteht, dass an dieser Stelle vorschnell Vorentscheidungen getroffen werden, ist es erforderlich, diesen Punkt sorgfältig zu überdenken und vor dem Hintergrund von Sinn und Zweck des beabsichtigten gesetzgeberischen Handelns zu prüfen.

Soweit eingewandt werden mag, dass das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) einer Einbeziehung von Erwachsenen in den Schutzbereich entgegenstehe, kann dem nicht gefolgt werden. Aus diesem Grundrecht folgt kein sachlicher Grund, wonach ein Verbotsgesetz mit der Einschränkung zu versehen wäre, dass nur Minderjährige zu schützen sind. Denn dadurch, dass Erwachsene in den Schutzbereich einbezogen werden, wird ihre Handlungsfreiheit nicht eingeschränkt; ihnen wird gerade, soweit dies erforderlich ist, vielmehr sogar ein Schutz zuteil. Denn eine Strafan drohung richtet sich nicht gegen den Erwachsenen, der Opfer einer solchen Maßnahme ist, sondern ausschließlich gegen den, der eine sog. Konversionstherapie anbietet, vermittelt, dafür wirbt oder bewusst falsch informiert. Zwar würde ein Verbot zur Durchführung solcher Therapien möglicherweise auch denjenigen betreffen, der sich in dem Wissen von den wissenschaftlichen Bedenken und trotz des Verbots diese anzubieten bzw. durchzuführen einer solchen Maßnahme unterziehen möchte. Hierbei ist aber schon zweifelhaft, ob es sich dann überhaupt um einen Eingriff in eine grundrechtlich geschützte Position handelt. Vielmehr wäre diese Folge, dass eine Therapie aufgrund des Verbots nicht durchgeführt werden darf, bloß eine Reflexwirkung des Verbotsgesetzes, welches aber ethisch und rechtlich geboten und aus Verfassungsgründen nicht zu beanstanden ist. Art. 2 GG beinhaltet zudem auch ein Fürsorgerecht des Staates. Die körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Leben und die Personenfreiheit bilden Grundrechtsverbürgungen, die zum einen als subjektive Rechte vor öffentlicher Gewalt schützen, aber darüber hinaus die öffentliche Gewalt auch verpflichten, die genannten Verbürgungen vor Eingriffen Dritter zu schützen.⁷

⁷ Vgl. dazu: Hofmann in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke, GG Kommentar zum Grundgesetz., 14. Auflage, Köln 2018, Art. 2 Rn. 20 m.w.N. Ferner: Martin Burgi, Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen gesetzlicher Maßnahmen (insbesondere Verbote) gegen Therapien bzw. Behandlungen mit dem Ziel einer Veränderung der sexuellen Orientierung

Lediglich ergänzend ist anzumerken, dass auch das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit nicht schrankenlos wirkt und es anerkannt ist, dass eine Einschränkung dieses Grundrechts – aufgrund eines Gesetzes, das formell und materiell verfassungsgemäß ist, und insbesondere dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht – möglich ist.⁸ Der Bürger kann nicht nur durch die Verfassung oder elementare Verfassungsgrundsätze sondern durch jede Rechtsnorm, die Bestandteil der verfassungsgemäßen Ordnung ist, legitim eingeschränkt werden (weitere Grundrechtsschranken sind die Sittengesetze und die Rechte anderer). Ohne die Grundrechtsproblematik im Einzelnen zu erörtern kann nicht übersehen werden, dass es viele Bereiche gibt, in denen die Handlungsfreiheit tatsächlich eingeschränkt wird, wenn gewichtige Rechtsgüter dies aus Sicht des Gesetzgebers rechtfertigen. Beispielhaft zu erwähnen sind etwa das Thema Drogen („kein Recht auf Rausch“) oder Bereiche, wo Menschen aufgrund eines Krankheitsbildes davor geschützt werden müssen, sich oder anderen Schaden zuzufügen (wie bei den Gesetzen, die freiheitsentziehende Unterbringung psychisch kranker Menschen in einem Fachkrankenhaus regeln). Auch folgt aus der allgemeinen Handlungsfreiheit beispielsweise kein uneingeschränktes Recht darauf, sich selbst zu schädigen wie beispielsweise § 228 StGB zu entnehmen ist. Zwar darf in eine Körperverletzung, etwa bei einem Heileingriff, eingewilligt werden, aber die Tat ist trotz der Einwilligung rechtswidrig, wenn sie gegen die guten Sitten verstößt.

Letztlich kann nicht außer Betracht bleiben, dass durch Therapien dieser Art in der Regel Menschen betroffen sind, die in besonderer Weise vulnerabel sind. Unabhängig davon, ob religiös bedingte Zweifel oder sonstige Probleme psychischer Natur der Grund für einen Therapiebeginn sind, oder ob die Zustimmung zu einer Konversionsmaßnahme auf einer Täuschung über ‚Heilung‘ und vermeintliche ‚Heilungschancen‘ beruht, sind Menschen, die sich auf eine Therapie bei einem Arzt oder Seelsorger einlassen, und diesem besonderes Vertrauen entgegen bringen, in besonderer Weise verletzbar. Insofern besteht eine vergleichbare Interessenlage wie bei Minderjährigen, bei denen eine besondere Schutzwürdigkeit als selbstverständlich angenommen wird. Soweit tatsächlich im Einzelfall Differenzierungen erforderlich sein sollten, hindert dies nicht grundsätzlich

(sog. Konversionstherapien). Rechtswissenschaftliches Kurzgutachten, erstattet im Auftrag der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH)., München 11.06.2019, veröffentlicht unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konversionstherapie/Gutachten_Prof._Dr._jur._Martin_Burgi.pdf, Seite 13 des Gutachtens.

⁸ Vgl. dazu: Hofmann in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke, GG Kommentar zum Grundgesetz., 14. Auflage, Köln 2018, Art. 2 Rn. 5 m.w.N.

die Einbeziehung auch Erwachsener in den Schutzbereich; vielmehr ist es dann die Aufgabe des Gesetzgebers, dem durch sorgfältige Formulierung des Gesetzeswortlauts, die Verfassungsmaßstäben Stand hält, gerecht zu werden, und seinem Schutzauftrag umfassend zu entsprechen.

3.2 Adressaten eines Verbots

Eine Einschränkung des Adressatenkreises, etwa auf berufs- oder gewerbsmäßig Handelnde, würde Umgehungstatbeständen zu großen Raum bieten, weil ggf. religiös motivierte Behandlungen oder spirituelle Heilungen, wenn diese nicht gewerbsmäßig betrieben werden, nicht erfasst würden. Eine solche Regelung würde den Zweck eines Verbots erheblich einschränken, wenn nicht vereiteln.

3.3 Ordnungswidrigkeit oder Straftat?

Für die Frage, wo und in welcher Form ein Verbot im Normenkanon verankert werden muss, ist in entscheidender Weise zu beachten, welcher gesellschaftliche und politische Sinn und Zweck mit einer solchen Norm verfolgt wird. Ein Verbot als bloße Ordnungswidrigkeit ist abzulehnen, weil dadurch der Zweck einer allgemeinen Ächtung von untauglichen Maßnahmen, die auf eine Änderung der sexuellen Orientierung gerichtet sind, konterkariert würde. In Deutschland werden als Ordnungswidrigkeiten lediglich eher geringfügigere Gesetzesübertretungen, die noch nicht den Unrechtscharakter einer Straftat erfüllen und die vor allem auch nur mit einer Geldbuße belegt sind, angesehen. Dabei spielt für die Bewertung eines Sachverhalts als Ordnungswidrigkeit zum Teil auch eine Rolle, dass einem Täter das mit einer Strafe verbundene Unwerturteil erspart bleiben soll. Bei sogenannten Konversionstherapien kann dies aus den o.g. Erwägungen kein Grund sein, um ein Verbot als Ordnungswidrigkeit zu regeln. Für die Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten ist anstatt des Richters nur die Verwaltungsbehörde zuständig (§ 35 Abs. 1 Satz 1 OWiG), in deren Ermessen eine Geldbuße liegt und die das Verfahren, solange es bei ihr anhängig ist, sogar einstellen kann (§ 47 Abs. 1 OWiG; sog. Opportunitätsprinzip), was im ungünstigen Falle die Gefahr eines regional unterschiedlichen Umgangs mit dieser Thematik ermöglichen würde. Typische Fälle, die als Ordnungswidrigkeit ausgestaltet sind, sind beispielsweise Verstöße gegen die Straßenverkehrsordnung (Rotlichtverstoß, Geschwindigkeitsüberschreitung u.a.), Verstöße gegen die Nachtruhe,

Verstöße gegen Verwaltungsvorschriften wie zum Beispiel die Verletzung einer Meldepflicht. Grund dafür, Sachverhalte als Ordnungswidrigkeit zu behandeln, welches systematisch eher zum Verwaltungsrecht als zum Strafrecht gehört, ist, dass es durch den Gesetzgeber bei leichten Rechtsverstößen als ausreichend angesehen wird, lediglich mit dem Mittel der Geldbuße und nicht der Strafe zu reagieren. Schon in diesen Begrifflichkeiten – Buße und Strafe – wird ein weiterer wesentlicher Unterschied deutlich. Grundsätzlich dürfen die zur Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten berufenen Verwaltungsbehörden keine Strafen verhängen, da die Verhängung von Kriminalstrafen zum Kern der Rechtsprechungstätigkeit gerechnet wird, die alleine dem Richter vorbehalten ist (Art. 92 GG). Der Ordnungswidrigkeit fehlt es im Gegensatz zu der Straftat an dem ethischen Unwert, also der moralischen Vorwerfbarkeit, auch wenn ein Fehlverhalten angenommen wird.

Schon diese kurze Skizze des Ordnungswidrigkeitenrechts und die Unterscheidungen zum Strafrecht zeigen deutlich, dass an dieser Stelle eine entscheidende Weichenstellung vorgenommen werden muss. Der Gesetzgeber muss eine Entscheidung darüber treffen, ob er 'Therapien', derer es mangels der Krankheit nicht bedarf, und die nachweisbar zu erheblichen Lebensbeeinträchtigungen bis hin zum Suizid führen können, als leichte Vergehen bagatellisieren möchte, oder als das behandeln will, was sie eigentlich sind, nämlich ein in hohem Maße unethisches und von einer aufgeklärten Gesellschaft nicht zu tolerierendes Verhalten. Wie bereits betont, kann Sinn und Zweck des Gesetzgebungsvorhabens nicht sein, ein solch gravierendes Fehlverhalten lediglich durch eine Geldbuße zu ahnden, und damit die Durchführung dieser Maßnahmen von ihrem Unrechtscharakter mit einem Rotlichtverstoß oder einer Geschwindigkeitsüberschreitung gleichzustellen. Interventionen, bei denen es zu Körperverletzungen, gefährlichen Körperverletzungen oder bei einem Suizid zu Körperverletzungen mit Todesfolge kommen kann, und die nicht selten auf Täuschung oder Irreführung aufbauen, und daher als Missbrauch anzusehen sind, sind Maßnahmen, deren ethischer Unwert nur im Umfeld des Kriminalstrafrechts angemessen berücksichtigt wird.

Ein weiteres Argument dafür, das Verbot und die Ächtung der Konversionsmaßnahmen im Strafgesetzbuch zu verankern, ist in Folgendem zu sehen: Im Rahmen des Fachaustauschs wurde geschildert, dass es beispielsweise Ärzte gibt, die nachhaltige Therapien dieser Art durchführen und welche Probleme damit verbunden sind, ihnen die Approbation zu entziehen, wenn sie ihr unethisches Handeln standesrechtswidrig fortsetzen. Das Strafgesetzbuch enthält aber in § 70 StGB für solche Fälle eine Norm, die es

dem Richter in bestimmten Fällen ermöglicht, ein (zeitlich begrenztes oder dauerhaftes) Berufsverbot auszusprechen. Die Anwendung dieser Norm ist aber nach geltendem Recht dem Richter (nicht der Verwaltungsbehörde, die eine Ordnungswidrigkeit ahndet) nur dann möglich, wenn Konversionstherapien aufgrund von im Kriminalstrafrecht verankerten Normen verboten sind.

4 Artikel 4, GG

Den Ausführungen in dem von Martin Burgi erstellten Gutachten,⁹ wonach das Verfassungsrecht keinen Grund bildet, die Zielsetzung eines Verbots sogenannter Konversionstherapien weiterzuverfolgen, ist zuzustimmen.

Nicht zuzustimmen ist der These, dass sich ein Verbot von Konversionstherapien nur dann mit Art. 4 GG vereinbaren ließe, wenn ein Verbot niedrigschwellig formuliert würde. Die Verfassung ist kein Instrument der Verhinderung. Sie setzt in einem Gesetzgebungsverfahren lediglich den Rahmen dafür, in welcher Weise Ziel und Zweck einer beabsichtigten Maßnahme umgesetzt werden können.

Schutzbereiche des Art. 4 GG sind die Religion, der Glaube, das Gewissen und das weltanschauliche Bekenntnis, wobei auch die negative Freiheit, an etwas nicht zu glauben, geschützt ist. Dabei umfasst die Glaubens- und Gewissensfreiheit nicht nur die (innere) Freiheit zu glauben oder nicht zu glauben, sondern auch die äußere Freiheit, den Glauben in der Öffentlichkeit zu manifestieren, zu bekennen und zu verbreiten.¹⁰ Zwar wird nach herrschender Meinung angenommen, dass Art. 4 Abs. 1 GG ein vorbehaltloses Grundrecht sei. Dennoch wird auch dieses Grundrecht nicht schrankenlos gewährt. Art. 4 GG kann jedenfalls durch verfassungsimmanente Schranken – also kollidierendes Verfassungsrecht – begrenzt werden. Eingriffe des Staates sind demnach möglich, wenn sie sich etwa auf Grundrechte Dritter oder Gemeinschaftsrechte von Verfassungsrang stützen. Zwar ist es einem Staat vor allem verwehrt, religiöse oder weltanschauliche Glaubenssätze als solche zu bewerten. Differenzierende staatliche Reaktionen, die an das äußere Verhalten anknüpfen, mögen diese auch religiös motiviert sein, sind dagegen nicht von vornherein verboten.

⁹ Vgl. dazu: Martin Burgi, a.a.O.

¹⁰ BVerfGE 41,29 (49).

Ein säkularer Staat, der die Religionsfreiheit achtet, ist nicht dazu verpflichtet, Maßnahmen zu dulden, die möglicherweise einen religiös motivierten Hintergrund haben, aber weder von dem Kernbereich des Art. 4 GG erfasst werden noch eine religiöse Handlung darstellen. Beurteilt der Staat eine Religion oder religiöse Handlungen nach ihren sozialen Auswirkungen, schließt dies notgedrungen ein, mittelbar auch religiöse Inhalte zu bewerten. Führt der religiös oder kulturell motivierte Grundrechtsgebrauch dazu, dass andere in ihrer Selbstbestimmung und Individualität, oder gar in ihrer Existenz bedroht werden, muss der Staat sogar einschreiten.¹¹ Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist es fernliegend anzunehmen, dass das Anbieten von Konversionsmaßnahmen überhaupt einen grundrechtsrelevanten Kernbereich betrifft. Berücksichtigt man zudem die Grundrechtspositionen von erheblichem Verfassungsrang, in die durch Konversionsmaßnahmen eingegriffen wird – nämlich das Recht des Einzelnen auf Leben und körperliche Unversehrtheit wie auch die Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GG – können keine vernünftigen Zweifel daran bestehen, dass ein Gesetzgeber – so er einen umfangreichen Schutz der Opfer denn überhaupt will – befugt ist, die Versuche der Veränderung der sexuellen Orientierung umfassend zu unterbinden und seine Bürger ausreichend zu schützen. Dies entspricht sogar der Pflicht des Staates, da die Verfassung auch einen Schutzauftrag an den Staat, den Einzelnen gegen Angriffe auf seine Würde zu schützen,¹² beinhaltet. Vor diesem Hintergrund kann bei der rechtlichen Bewertung, ob Verbote, die auch Erwachsene in den Schutzbereich einbeziehen, nicht außer Betracht bleiben, dass sogenannten Therapien oder okkulte Handlungen religiöser Gemeinschaften zum Zwecke des untauglichen Eingriffs in die sexuelle Orientierung ohne medizinisch-psychotherapeutische Indikation als unethisch verwerfliche Maßnahmen von Verfassung wegen keinen Anspruch auf vorrangigen Schutz haben.

Gerade im Interesse der Opfer solcher Konversionsmaßnahmen ist zu wünschen, dass ein Gesetzgeber sein Vorhaben, Maßnahmen dieser Art nachhaltig zu unterbinden, mit Mut und Tatkraft angeht, anstatt vor vermeintlichen verfassungsrechtlichen Hindernissen vorschnell zurückzuschrecken. Das Grundgesetz ist eine Verfassung, deren Auslegung, soweit notwendig, dem gesellschaftlichen Wandel Rechnung trägt. Wie der Präsident des Bundesverfassungsgerichts festgestellt hat,¹³ vermittelt das Grundgesetz zwar ein Stück zeitgeistlose Kontinuität, Beständigkeit und Stabilität, doch steht es gleichwohl nicht

¹¹ Vgl.: Hofmann, a.a.O., Art. 4 GG, Rn. 2.

¹² Hofmann, a.a.O., Art. 1 Rn. 3.

¹³ Voßkuhle, Der Wandel der Verfassung und seine Grenzen, JuS 2019, 417-423.

monolithisch und ungerührt als Fels in der Brandung der Zeit. In einer sich verändernden Gesellschaft wandelt sich auch die Verfassung, selbst wenn der Wortlaut der Verfassung teilweise gleichbleibt. Ein solcher Verfassungswandel nütze der Verfassung, weil er sie in der Zeit halte und in diesem Sinne Verfassungspflege sei. Beispielsweise fand eine Abkehr von den traditionellen Rollenbildern der 1950er Jahren statt, und auch die (gesellschaftliche) Einstellung zur Homosexualität hat sich radikal gewandelt. Dies fand in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts seinen Niederschlag, etwa in den Entscheidungen zur eingetragenen Lebenspartnerschaft, dem Familienzuschlag, der Sukzessivadoption und auch zur sog. Dritten Option. Das Bundesverfassungsgericht vollzieht den gesellschaftlichen Wandel, soweit dieser aus der Perspektive des Rechts relevant ist, nach, und handelt damit aus Verpflichtung zur Verfassung. Es bestehen daher keine Zweifel daran, dass auch das Bundesverfassungsgericht die Notwendigkeit eines effektiven Schutzes vor Konversionsmaßnahmen angemessen bewerten und sich einer Regelung, die insbesondere die Opfer wirksam und umfassend schützt, nicht entgegenstellen wird.

5 Fazit

So sehr das Einvernehmen darüber zu begrüßen ist, dass Maßnahmen zur Veränderung der sexuellen Orientierung zu verbieten sind, ist es erforderlich, bei dem geplanten Gesetzgebungsverfahren nicht auf halbem Wege stehen zu bleiben.

Die Konversionsmethoden, mit denen oftmals durch Täuschung und Ausnutzung von Vertrauenspositionen in erhebliche Grundrechte Dritter eingegriffen wird, und die geeignet sind, das Leben der Betroffenen langdauernd zu beeinträchtigen, sind unethische und schädliche Maßnahmen. Das Ziel eines Gesetzgebungsvorhabens muss daher auf eine effektive Ächtung solcher Maßnahmen gerichtet sein.

Eine Ächtung macht es erforderlich, das Verbot im Kriminalstrafrecht zu verankern und nicht nur als Ordnungswidrigkeit auszugestalten. Letzteres würde den Unrechtscharakter der Konversionsmethoden nicht widerspiegeln und Maßnahmen dieser Art bagatellisieren. Zudem sollte die Entscheidung im Einzelfall dem Richtervorbehalt unterliegen.

Es ist erforderlich, das Verbot nicht nur auf Minderjährige zu erstrecken. Vielmehr müssen auch Erwachsene in den Schutzbereich eines Verbots einbezogen werden,

zumindest soweit diese – was bei Therapien regelmäßig der Fall ist – besonders vulnerabel sind.

Grundsätzliche verfassungsrechtliche Bedenken gegen einen umfassenden Schutz der Betroffenen und ein Verbot, das wirksam ist und diesen Namen verdient, bestehen auch im Hinblick auf Art. 4 GG nicht. Die in diesem Artikel verbürgte Religions- und Glaubensfreiheit rechtfertigt das Anbieten von sogenannten Konversionstherapien genauso wenig, wie den Eingriff in die Selbstbestimmung und Individualität oder gar in die Existenz anderer.

Teil C

**Schwerpunkt
Gesundheit und Psychotherapie**

Ethische Grundsätze in der Psychotherapie von LSBT Menschen

– Prof. Dr. med. Götz Mundle –

Referat sexuelle Orientierungen und Identitäten
der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.,
Leiter des Zentrums für seelische Gesundheit, Oberbergklinik City Berlin,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Vorbemerkungen

„Menschen aus dem LSBT-Spektrum sind so individuell und heterogen wie alle anderen Menschen auch. Es gibt weder die eine LSBT-Person noch die eine LSBT-Lebenswelt“ (Nieder et al. 2019). So unterschiedlich und vielfältig wie die Lebenswelten sind auch Psychotherapien für und mit Menschen aus dem LSBT-Spektrum. Die Besonderheiten in den Entwicklungsgeschichten von LSBT Menschen und deren Lebenswelten erfordern spezifische Kenntnisse und spezifische Kompetenzen in der Psychotherapie. Alleine die unterschiedlichen Dimensionen des Begriffes sexuelle Orientierung als erotisches Begehren, Sexualverhalten und Identität verdeutlichen die Notwendigkeit eines spezifischen Fachwissens für Psychotherapeut_innen. Unterschiedliche Lebenswelten von LSBT-Menschen, z. B. bei der Beziehungsgestaltung mit offenen Partnerschaften oder Regenbogenfamilien, die soziale Verankerung bzw. Vereinsamung von LSBT-Menschen im Alter, sind weitere Beispiele für Spezifika in der Psychotherapie mit Menschen aus dem LSBT-Spektrum. Hinzu kommen besondere Herausforderungen, z. B. Coming-out-Prozesse und damit einhergehende Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen sowie das Thema Minderheitenstress oder internalisierte Homophobie. Dringend notwendig sind daher Curricula, die die Spezifika in der Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut_innen berücksichtigen. Die Forderung nach spezifischen Aus- und Weiterbildungsinhalten sollte jedoch nicht verwechselt werden sollte mit einer Forderung nach einer eigenen Psychotherapie. Die allgemeinen Grundprinzipien der Psychotherapie je nach Therapie-schule bzw. Fachkunde sind Grundlage einer allgemeinen Psychotherapie, die für alle Menschen gültig ist, auch für LSBT-Menschen (Kramer, 2015, Mahler et al., 2018, Nieder et al. 2019).

2 Ethische Prinzipien und ihre Anwendung in der Psychotherapie von LSBT Menschen

Eine Antwort auf die Frage, wie sich eine komplexe Situation in der Psychotherapie von LSBT Menschen hinsichtlich ihres ethischen Gehaltes erfassen und beurteilen lässt, bietet die sogenannte Prinzipienethik. Als ethisches Prinzip gilt, was auf übergeordneter Ebene, d. h. allgemein und losgelöst von einer konkreten Situation, etwas moralisch Gutes umschreibt (Maio, 2017). Grundlage der Prinzipienethik stellen die vier ethischen Prinzipien Autonomie, Wohl tun, Nicht Schaden und Gerechtigkeit dar (Beauchamp & Childress 2013).

Diese vier Prinzipien werden immer wieder um weitere Aspekte ergänzt. Im Sinne eines ethischen Orientierungsrahmens wurde vom Deutschen Ethikrat der Begriff des Patient_innenwohl beschrieben (Deutscher Ethikrat, 2016). Der Deutsche Ethikrat bezeichnet diese Kategorie als „Leitprinzip der Gesundheitsversorgung“ und versteht hierbei folgende drei Aspekte: (a) Selbstbestimmung bzw. die Selbstbestimmung ermöglichende Sorge, (b) Gewährleistung guter Behandlungsqualität und (c) Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit angesichts knapper Ressourcen. Im Zusammenhang mit dem letztgenannten Aspekt hebt der Deutsche Ethikrat weiterhin hervor, dass es um die „gerechtfertigte Berücksichtigung des jeweils Angemessenen“ geht: „Ohne auch nur ansatzweise die breite Diskussion über Notwendigkeit und Grenzen der gesellschaftlichen Reaktion auf soziale Ungleichheiten hier diskutieren zu können, lässt sich doch festhalten, dass sich ein breiter Konsens darüber etabliert hat, dass jeder Mensch die faire Chance haben sollte, seine eigene Persönlichkeit im Rahmen der gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entwickeln und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.“

Eine zweite wichtige Ergänzung zu den vier Prinzipien besteht in der Kategorie *Würde*. Unbestreitbar ist die Würde in den Rechtsnormen prominent verankert, bspw. in der Präambel der Allgemeinen Menschenrechtserklärung („Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten“ und dem Grundgesetz („Die Würde des Menschen ist unantastbar“, Art. 1 GG). Trotzdem ist dieser Begriff umstritten. Für viele ist der Begriff nicht ausreichend konkretisierbar, um als ethisches Prinzip im Sinne der Prinzipienethik methodisch wirksam zu sein. Für andere liegt gerade in der Weite des Begriffes der methodische Wert: „Wer gedemütigt wird, wird von anderen herabgesetzt und nicht als Gleicher anerkannt. [...] Würde haben heißt, als Gleicher anerkannt zu sein, über dessen Leben nicht verfügt werden darf, der darüber vielmehr selbst verfügt und entsprechend als jemand anerkannt wird, der normative Autorität über das eigene Leben besitzt“ (Schaber, 2012). Die Achtung der Würde des_der jeweils anderen setzt voraus, diese_n in ihrer_seiner ganzen Individualität gleichberechtigt anzuerkennen und der_dem Gegenüber das Recht zuzugestehen, über sämtliche Facetten des Ichs zu befinden („normative Autorität“). Das bezieht sich ausdrücklich auch auf sexuelle Orientierungen und geschlechtliche Identitäten (Cahill et al., 2014). Steger (2013) leitet zudem daraus ab, dass zur Achtung der Menschenwürde im Zusammenhang mit sexueller Identität bzw. sexuellen Orientierungen und geschlechtlicher Identität eine annehmende Grundhaltung, ein wertschätzender und vorurteilsfreier Umgang sowie die Unterstützung eines positiven Selbstbezuges gehören.

3 Konversionsverfahren im Kontext der Prinzipienethik

In der Gesellschaft, Medizin und in der Psychotherapie wurden unterschiedliche, nicht der heterosexuellen Norm entsprechende sexuelle Orientierungen und geschlechtliche Identitäten über viele Jahre, teilweise noch heute, pathologisiert und damit stigmatisiert. (Bayer 1981, King & Bartlett 1999; Hammaberg 2009; LambdaLegal 2010; Wolf 2010; EU Agency for Fundamental Rights 2013, 2014, Mundle et al. 2015; Güldenring, 2015; Sauer et al. 2015; Health4LGBTI 2017; Nieder et al. 2016; Nieder & Güldenring, 2017; TGEU 2018). Gerade von Psychotherapeuten, die eigentlich Experten der menschlichen Psyche und damit auch der unterschiedlichen sexuellen Orientierungen und Identitäten sein sollten, wurde Menschen aus dem LSBT-Spektrum Schaden zugefügt (Brunner 2007, King 2015; Wolf & Meyer 2017; Plöderl et al. 2018, Mahler et al. 2018). Die in unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen institutionalisierte und häufig unreflektierte Betrachtung von sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten aus dem LSBT-Spektrum als krankhaft oder pervers, führte zu dem Therapieziel und zu Versprechungen, Abweichungen von der Heteronormativität behandeln und heilen zu können. Ein Beispiel hierfür sind die sogenannten reparativen Verfahren (Nicolosi 1997), die einen Verstoß gegen die oben genannten ethischen Prinzipien, u. a. der Autonomie, des Wohltun und des Nicht Schaden darstellen (Brunner 2007). Die individuellen sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten werden bei diesen Verfahren nicht respektiert. Das Begehren und/oder Verhalten soll in Richtung Heteronormativität (d. h. hetero- und cissexuell) verändert werden. Ein empirisches Fundament hatten weder die Versprechungen noch die reparativen Verfahren an sich. Empirische Studien belegen im Gegenteil sowohl ihre Nicht-Wirksamkeit als auf ihre negativen Auswirkungen wie z. B. daraus resultierende Depressionen, Angststörungen oder auch suizidale Krisen (Bradshaw et al. 2015, Shidlo & Schroeder 2002). Aufgrund des Verstoßes gegen die ethischen Grundprinzipien sind diese Verfahren in einigen Ländern, vor allem in der Psychotherapie mit Minderjährigen, mittlerweile verboten. Als erster Staat hat Kalifornien die „Heilung“ homo- und transsexueller Jugendlicher verboten. Mittlerweile gibt es 14 Bundesstaaten in den USA, die die sogenannten Konversionstherapien verboten haben (Connecticut, Hawaii, Illinois, Kalifornien, Maryland, Nevada, New Hampshire, New Jersey, Oregon, Rhode Island, Vermont und Washington). In Europa sind alleine in Malta als einzigem EU Staat „Konversionstherapien“ generell verboten (Nieder et al. 2019).

4 Grundzüge der affirmativen Psychotherapie

Im Gegensatz zu den Konversionsverfahren basiert die affirmative Psychotherapie auf den ethischen Prinzipien Autonomie, Wohl tun, Nicht Schaden, Gerechtigkeit sowie Selbstbestimmung und freie Entfaltung der Persönlichkeit. Daher stellt die affirmative Therapie heute die von allen relevanten Fachgesellschaften (APA 2012, APA 2012, DGPPN 2013, APA 2015) empfohlene Psychotherapieform dar. In einer Stellungnahme zu „Natural variations of human sexuality“ formuliert die World Medical Association (2013), dass Homosexualität eine natürliche Form menschlicher Sexualität darstellt und Psychotherapie nicht auf die sexuelle Orientierung selbst, sondern auf die damit verbundenen Konflikte fokussieren soll. Die „reparativen“ Methoden werden als unethisch und als Verletzung der Menschenwürde bezeichnet. In ihrer Stellungnahme zu „Transgender People“ markiert die World Medical Association (2015) die Autonomie bzw. das Selbstbestimmungsrecht jedes Einzelnen gegenüber ihrem/seinem Geschlecht. Behandelnde Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen und auch Regierungen sowie staatliche Organisationen werden aufgefordert, adäquate Behandlungsangebote in der Gesundheitsversorgung einzurichten, die ohne Diskriminierung (Nicht-Schaden) die Individualität des Einzelnen berücksichtigen und respektieren (Wohl-tun, Würde).

Grundsätzlich zielt die affirmative Psychotherapie darauf ab, KlientInnen in ihrem Prozess der Akzeptanz und Integration ihrer sexuellen Orientierung und Identität (ob Homo, Hetero, Bi, Trans, Queer...) zu unterstützen und unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten als gesunde Varianten menschlicher Sexualität und Identität zu begreifen. Hierbei geht es entsprechend der Prinzipienethik um eine offene, wertfreie und wertschätzende Erforschung, Akzeptanz und Integration der sexuellen Orientierung und Identität als Teil der Persönlichkeit. Die spezifischen Bedürfnisse von LGBTI Patienten in den jeweiligen sozialen Bezügen, z.B. Familie, Arbeitswelt oder Religion sind zu berücksichtigen. Um eine offene und wertfreie Akzeptanz von unterschiedlichen sexuellen Orientierungen als gesunde Varianten menschlicher Sexualität bei Patienten und Therapeuten zu ermöglichen, sind eigene Wertvorstellungen und Einstellungen, insbesondere Scham- und Schuldgefühle sowie internalisierte homo- und Transphobie auch im Kontext bisheriger Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen zu thematisieren (Cabaj&Klinger 1996; Davis 1996; Ritter&Terndrup 2002; Rauchfleisch et al. 2002; Fiedler 2006; King et al. 2007; Göth&Kohn 2014; Kramer 2015).

Von der American Psychological Association (APA) wurden auf der Basis der „Ethics of Psychologists and Code of Conduct“ (2002, 2017) (<https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>) Leitlinien für die Psychological Practice of Lesbian, Gay and Bisexual Clients (APA 2012) formuliert, die bis dato eine gültige Grundlage und Orientierung für die psychotherapeutische Behandlung von Personen aus dem LSB-Spektrum darstellen. In dem Code of Conduct werden die ethischen Grundprinzipien Wohl tun und Nicht Schaden (Beneficence and Nonmaleficence) sowie darüber hinaus Wertschätzung und Verantwortung (Fidelity and Responsibility), Integrität, Gerechtigkeit sowie Respekt für die Rechte und vor der Würde des Einzelnen (Respect of peoples rights and dignity) formuliert. Die Leitlinie der APA selbst (siehe Tabelle 1) beinhaltet 21 Empfehlungen, die auf ethischer und wissenschaftlicher erarbeitet wurden. Gegliedert sind sie in die fünf Abschnitte (A) Grundhaltungen gegenüber Homosexualität und Bisexualität, (B) Aspekte von Vielfalt, (C) Arbeitsplatz und berufliches Umfeld, (D) Aus- und Weiterbildung sowie (E) Forschung. Gefordert wird eine offene Grundhaltung und ein differenzierten Verständnis von Psychotherapeut_innen gegenüber den Lebenswelten von LSB-Menschen und deren spezifischen Herausforderungen im Sinne von Stigmatisierung und Diskriminierung im Alltag. Neben der Grundhaltung, unterschiedliche sexuelle Orientierungen nicht als Krankheit sondern als natürliche und gesunde Form menschlicher Sexualität zu betrachten, werden Psychotherapeut_innen aufgefordert, sich Fachwissen für die Besonderheiten der Lebenswelten und die besonderen Herausforderungen von LSB-Menschen anzueignen. Hierzu gehören u. a. Kenntnisse über Effekte von Stigmatisierung und unterschiedlichen Formen von Diskriminierung sowie Kenntnisse über mögliche Besonderheiten von Beziehungen von Menschen aus dem LSB-Spektrum, auch im Kontext der Herkunftsfamilie. Außerdem werden Psychotherapeut_innen aufgefordert, ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie sich die eigene Haltung gegenüber LSB-Menschen auf den psychotherapeutischen Prozess auswirken kann. Empfohlen werden Fortbildungen, Supervision oder falls notwendig, auch die Überweisung an eine_n Psychotherapeut_in mit entsprechenden Fachkenntnissen.

A. Einstellung zu Homosexualität und Bisexualität

1. Psycholog_innen bemühen sich, Effekte von Stigmatisierung (z.B. Vorurteile, Diskriminierungen oder Gewalt) und die unterschiedlichen Ausprägungen in den unterschiedlichen Lebenskontexten von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen zu verstehen.
2. Psycholog_innen verstehen Homo- und Bisexualität nicht als Hinweis auf eine psychische Störung.
3. Psycholog_innen verstehen, dass gleichgeschlechtliche sexuelle Anziehung, Gefühle und Verhaltensweisen normale Varianten menschlicher Sexualität sind und dass Verfahren, die die sexuelle Orientierung selbst verändern wollen, nicht wirksam sind und Schaden anrichten können.
4. Psycholog_innen werden darin bestärkt, zu erkennen, wie ihre Einstellung und ihre Kenntnisse zu lesbischen, schwulen und bisexuellen Themen für die Einschätzung und Behandlung bedeutsam sein kann, und – wenn angezeigt – Beratung einzuholen oder weiterzuüberweisen.
5. Psycholog_innen sind angehalten, die besonderen Herausforderungen anzuerkennen, die bisexuelle Menschen erfahren.
6. Psycholog_innen bemühen sich darum, bei der Arbeit mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen zwischen Themen im Zusammenhang mit sexueller Orientierung und Themen im Zusammenhang mit Geschlechtsidentität zu unterscheiden.
7. Psycholog_innen bemühen sich darum, bezüglich lesbischer, schwuler und bisexueller Beziehungen gut Bescheid zu wissen, und sie respektieren deren Wichtigkeit.
8. Psycholog_innen bemühen sich, die besonderen Umstände und Herausforderungen zu verstehen, denen lesbische, schwule und bisexuelle Eltern gegenüberstehen.
9. Psycholog_innen erkennen an, dass Familien von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen auch Personen mit einschließen können, die nicht im rechtlichen Sinne oder biologisch verwandt sind.
10. Psycholog_innen bemühen sich darum, zu verstehen, wie die homo- oder bisexuelle Orientierung einer Person auf die Herkunftsfamilie und die Beziehung zu dieser Einfluss nehmen kann.

B. Themen der Vielfalt

11. Psycholog_innen werden darin bestärkt, die besonderen Lebensfragen und Herausforderungen anzuerkennen, die lesbische, schwule und bisexuelle Angehörige ethnischer Minderheiten erfahren und die sich auf vielfältige und oftmals konfligierende kulturelle Normen, Werte und Überzeugungen beziehen.
12. Psycholog_innen werden aufgefordert, Einflüsse von Religion und Spiritualität in den Lebenswelten von lesbischen, schwulen, und bisexuellen Personen zu berücksichtigen.
13. Psycholog_innen berücksichtigen Generationsunterschiede innerhalb der lesbisch-schwul-bisexuellen Bevölkerung und die besondere Situation, die lesbische, schwule und bisexuelle Ältere erfahren.
14. Psycholog_innen bemühen sich darum, die besonderen Probleme und Risiken zu verstehen, die für lesbische, schwule und bisexuelle Jugendliche bestehen.
15. Psycholog_innen sind aufgefordert, die besonderen Herausforderungen anzuerkennen, die von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen mit körperlichen und seelischen Behinderungen erfahren werden.
16. Psycholog_innen bemühen sich, Auswirkungen von HIV/AIDS auf den Lebensalltag von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen und deren soziales Umfeld zu verstehen.

C. Wirtschafts- und Arbeitsleben

17. Psycholog_innen werden aufgefordert, den Einfluss des sozioökonomischen Status auf die psychische Gesundheit von lesbischen, schwulen und bisexuellen Klienten zu berücksichtigen.
18. Psycholog_innen bemühen sich, die besonderen Herausforderungen, die am Arbeitsplatz für lesbische, schwule und bisexuelle Personen vorhanden sind, zu verstehen.

D. Aus-, Fort- und Weiterbildung

19. Psycholog_innen unterstützen Maßnahmen der beruflichen Fort- und Weiterbildung zu Themen rund um Homo- und Bisexualität.
20. Psycholog_innen sind aufgefordert, ihre Kenntnisse über und ihr Verständnis von Homo- und Bisexualität durch fortlaufende Weiterbildung, Training, Supervision und Beratung zu erweitern.

E. Forschung

21. Bei der Verwendung und Verbreitung von Forschungsergebnissen zu Fragen der sexuellen Orientierung und damit verwandten Themenbereichen werden Psycholog_innen aufgefordert, diese umfassend und genau wiederzugeben sowie einen möglichen Missbrauch bzw. Missinterpretationen sorgfältig im Auge zu haben.

Tab. 1: Empfehlungen für Psychological Practice With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients (APA, 2012, Kramer 2015, Nieder et al. 2019)

5 Zusammenfassung

Die affirmativen Psychotherapien stellen aus Sicht aller relevanten Psychotherapieverbänden heute die Standardtherapie für Menschen aus dem LSBT Spektrum dar. Ziel einer affirmativen Psychotherapie ist es, die Akzeptanz und Integration aller sexuellen Orientierungen und Identitäten (ob Homo, Hetero, Bi, Trans, Queer...) als Teil der Persönlichkeit zu unterstützen und unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten als gesunde Varianten menschlicher Sexualität und Identität zu begreifen. Hierbei geht es entsprechend der Prinzipienethik um eine offene, wertfreie und wertschätzende Erforschung, Akzeptanz und Integration der sexuellen Orientierung und Identität als Teil der Persönlichkeit. Psychotherapeut_innen, die Menschen aus dem LSBT-Spektrum behandeln möchten, benötigen dafür sowohl eine LSBT-Expertise (z. B. über Coming-Prozesse, Diskriminierungserfahrungen, Minderheitenstress und die jeweiligen potentiellen Folgen incl. der aktuellen Behandlungsleitlinien) als auch LSBT-Sensibilität. Hierzu ge-

hört auch eine kritische Auseinandersetzung mit eigenen, häufig heteronormativen Wertvorstellungen, Grundhaltungen incl. möglicher internalisierter homophober Anteile. Eine LSBT sensible therapeutische Haltung stellt nach Preß und Gmelch (2014) „das zentrale Therapeutenmerkmal“ dar, „da es die Organisation therapiebezogener Denk-, Bewertungs- und Gefühlsmuster in Beziehung zu therapierelevantem Verhalten, persönlicher Philosophie und therapeutischen Kompetenzen“ (ebd.) setzt. Eine offene und informierte therapeutische Haltung ist die Voraussetzung, um die oben eingeführte Prinzipienethik zielführend anwenden zu können.

Literatur

- American Psychiatric Association. (2012). Position statement of access to care for transgender and gender variant individuals. Retrieved on Dec 3, 2013 from ps2012_transgendercare.
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10-42.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol*, 70(9), 832-864. doi:10.1037/a0039906
- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. New York: Basic Books.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (Vol. 7). New York: Oxford.
- Bradshaw, K., Dehlin, J. P., Crowell, K. A., Galliher, R. V., & Bradshaw, W. S. (2015). Sexual orientation change efforts through psychotherapy for LGBTQ individuals affiliated with the Church of Jesus Christ of Latter-day Saints. *Journal of sex & marital therapy*, 41(4), 391-412.
- Brunner, Jürgen (2007): The crooked straight – Reorientierungstherapien aus ethischer Sicht. In: Steger, Florian (Hrsg.): Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie, Gießen, S. 151 – 188.
- Cabaj, R., & Klinger, R. (1996). Psychotherapeutic interventions with lesbian and gay couples. In R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health* (pp. 485–502). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cahill, S., Singal, R., Grasso, C., King, D., Mayer, K., Baker, K., & Makadon, H. (2014). Do ask, do tell: high levels of acceptability by patients of routine collection of sexual orientation and gender identity data in four diverse American community health centers. *PLOS ONE*, 9(9), e107104. doi:10.1371/journal.pone.0107104
- Davies, D. (1996). Towards a model of gay affirmative therapy.
- Deutscher Ethikrat. (2016). *Patientenwohl als Ethischer Maßstab für das Krankenhaus*. Berlin.
- DGPPN (2013) *Stellungnahme des DGPPN Referates "Sexuelle Orientierungen in Psychiatrie und Psychotherapie zu Konversionstherapien bzw. reparativen Verfahren bei Homosexualität*. Berlin

- European Union Agency for Fundamental Rights. (2013). *EU LGBT survey: European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey*. Retrieved from Luxembourg: <http://fra.europa.eu/en/publication/2013/eu-lgbt-survey-european-union-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-survey-results>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Retrieved from Luxembourg: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>
- Fiedler, P. (2006). Affirmative Psychotherapie bei Lesben, Schwulen und Bisexuellen.
- Göth, M., & Kohn, R. (2014). Affirmative Therapie und Beratung. In Sexuelle Orientierung (pp. 91-122). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Güldenring, A.-K. (2015). A critical view of transgender health care in Germany: Psychopathologizing gender identity – Symptom of 'disordered' psychiatric/psychological diagnostics? *Int Rev Psychiat*, 27(5), 427–434. doi:doi.org/10.3109/09540261.2015.1083948
- Hammarberg, T. (2009). Human Rights and Gender Identity. Strasbourg: Council of Europe, Commissioner for Human Rights.
- Health4LGBTI. (2017). *Qualitative research - Focus groups studies with LGBTI people and health professionals: Final overview report on the outcomes of the focus groups*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en#fragment_2
- King, M. (2015). Attitudes of therapists and other health professionals towards their LGB patients. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 396-404.
- King, M., & Bartlett, A. (1999). British psychiatry and homosexuality. *The British Journal of Psychiatry*, 175(2), 106-113.
- King, M., Semlyen, J., Killaspy, H., Nazareth, I., & Osborn, D. (2007). A systematic review of research on counselling and psychotherapy for lesbian, gay, bisexual & transgender people. *British Association for Counselling and Psychotherapy*.
- Kramer, J. (2015). Entwicklung der VLSP-Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47(1), 9-19.
- Lambda Legal. (2010). *When health care isn't caring: Lambda Legal's survey of discrimination against LGBT people and people with HIV*. Retrieved from <http://www.lambdalegal.org/publications/when-health-care-isnt-caring>
- Maio, G. (2017). *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Mahler, L., Mundle, G., Plöderl (2018) Wirkungen und Nebenwirkungen des Krankheitskonzepts „Homosexualität“. *Fortschr Neurol Psychiat*, 86: 1–8
- Mundle, G., Mahler, L., & Bhugra, D. (2015). Homosexuality and mental health. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 355-356.
- Nicolosi, J. (1997). *Reparative therapy of male homosexuality: A new clinical approach*. Jason Aronson.
- Nieder, T. O., Briken, P., & Güldenring, A. K. (2016). Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans*-Gesundheit: Eine aktuelle Übersicht zur Diagnostik und Behandlung. *InFo Neurol Psychiat*, 18(12), 37-45.
- Nieder, T. O., & Güldenring, A. (2017). Psychotherapie und Trans*-Gesundheit: Der therapeutische Effekt der Entpsychopathologisierung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 38(1), 8-25.

- Nieder, T.O., Gülkenring, A., Woellert K., Mahler, L., Mundle G. Spezifisch gleich behandeln: Zur Ethik einer Psychotherapie mit lesbischen, schwulen, bi-/pansexuellen und trans Menschen in Steger & Brunner (Hrsg) Ethik in der psychotherapeutischen Praxis. Praxis, Kohlhammer im Druck
- Plöderl, M., Mahler, L., Nieder, T. O., & Mundle, G. (2018). LGBTI and Mental Illness. In D. Bhugra, K. Bhui, S. Wong, & S. Gilman (Eds.), *Oxford Textbook of Public Mental Health*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Preß, H., & Gmelch, M. (2014). Der Klient als Experte! Eine therapeutische Haltung, die Selbstmanagement ernst nimmt. *Systema*, 1/2014, 35-50.
- Rauchfleisch, Udo, Frossard, Waser, Wiesendanger, Roth, (2002). Gleich und doch anders: Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexualen und ihren Angehörigen. Stuttgart: Klett-Cotta. ISBN 360894236X
- Ritter, KY, Terndrup, AI (2002). Handbook of Affirmative Psychotherapy with Lesbians and Gay Men. New York: Guilford. ISBN 1572307145
- Sauer, A., Gülkenring, A., & Tuidel, E. (2015). Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Eds.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich* (pp. 420-432). Bern: Huber.
- Schaber, P. (2012). Menschenwürde: ein für die Medizinethik irrelevanter Begriff? *Zeitschrift für Ethik in der Medizin*.
- Shidlo, A., & Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers' report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 249.
- Steger, F. (2013). Menschenwürde und sexuelle Identität. In J. C. Joerden, E. Hilgendorf, & F. Thiele (Eds.), *Menschenwürde und Medizin* (pp. 905-918). Berlin: Duncker.
- TGEU. (2018). Trans Murder Monitoring Update TDOR 2018: <https://transrespect.org/en/research/trans-murder-monitoring/>.
- Wolf, G. (2010). Barrieren für homosexuelle Patienten. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, A2166-2167.
- Wolf, G., & Meyer, E. (2017). Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 16, 130-139.
- World Medical Association. (2013). WMA Statement on Natural Variations of Human Sexuality. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-natural-variations-of-human-sexuality/>.
- World Medical Association. (2015). WMA Statement on Transgender People. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/>.

Formen und Folgen von „Konversionsbehandlungen“ an homosexuellen, gendernonkonformen und trans*geschlechtlichen Personen¹

– Dr. Gisela Wolf –

Psychologische_r Psychotherapeut_in,
Verband für LSBTIQ in der Psychologie (VLSP*) e.V.,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

¹ Der Text basiert auf einem ausführlicheren Text von Wolf (2013) über Konversionsbehandlungen. Dort ist die Forschungslage bis 2013 umfänglich referiert und es werden dort auch die religiös motivierten Konversionsbemühungen ausführlicher dargestellt.

1 Begriffsbestimmung

Konversionsbehandlungen umfassen alle geplanten professionellen und paraprofessionellen Interventionen, durch die die Homo- oder Bisexualität, Genderidentität oder der Genderausdruck von Personen in asexuelles, heterosexuelles oder mit dem Zuweisungsgeschlecht konform gehendes Verhalten umgewandelt werden soll (Human Rights Campaign 2019a). Es macht Sinn, die Interventionen zur Konversion sexueller Orientierung und Genderidentität gemeinsam zu betrachten, weil die Konversionsbemühungen begründenden ideologischen Systeme der angeblichen Höherwertigkeit normativer Geschlechtlichkeit (die sogenannte „Cis-Normativität“) und normativer sexueller Orientierung (die sogenannte „Heteronormativität“) eng miteinander verbunden sind und sich auch aufeinander beziehen. Personen, die trans*geschlechtliche Personen in cisgeschlechtliche Personen umpolen möchten, streben dies oft auch an, weil sie eine mögliche homosexuelle Entwicklung gewaltsam unterbinden möchten. Umgekehrt richtet sich jemand, der die homosexuelle Entwicklung einer Person in Heterosexualität konvertieren möchte, oft gleichzeitig gegen einen nonkonformen Genderausdruck der betroffenen Person (siehe die Erfahrungen von Scholinski 1987, die weiter unten referiert werden). Konversionsbemühungen liegen immer Einstellungen zugrunde, die homosexuelle, gendernonkonforme und trans*geschlechtliche Personen entwerten und sind deshalb sowohl in der Intention als auch in der Durchführung als feindselig und gewaltsam zu werten.

Beispiel:

Im Jahr 2000 veröffentlichte die Partei „Christliche Mitte“ ein Flugblatt mit dem Titel „NEIN zur Homosexualität“. Darin schrieb sie u.a. *„Homosex ist keine Liebe!“*, bezeichnete Homosexualität als *„Verirrung, Verführung, Neurose“* und argumentierte weiter: *„Homos haben eine unreife, egozentrische und infantile Persönlichkeit ... Homos leiden unter mangelhafter Identifikation mit der eigenen Geschlechterrolle“*. Leser_innen des Flugblattes konnten auf der Rückseite ankreuzen *„Ich bin gegen die Praxis der Homosexualität“* und weitere Flugblätter zum Verteilen ordern (Christliche Mitte 2000). In einem überarbeiteten Flugblatt schloss die „Christliche Mitte“ das Heilungsversprechen an: *„Homosexualität ist heilbar“*. (vergl. Schulze 2013).

Die Fürsprecher_innen von Konversionsbehandlungen wählen oft den Begriff „reparative Therapien“. Damit möchten sie deutlich machen, dass sie Homosexualität und Trans*geschlechtlichkeit als behandlungsbedürftige Zustände betrachten und die Ansicht vertreten, eine „Therapie“ wäre hier sowohl möglich als auch angebracht. Als durch die „Therapie“ anzustrebende Idealziele postulieren sie heterosexuell gelebte Langzeitbeziehungen bzw. eine dem Zuweisungsgeschlecht konform gehende Geschlechtsidentität oder einen entsprechend konformen Genderausdruck (z.B. Beier, Bosinski, Loewitt 2005, Comiskey 1997). Der Begriff einer „Therapie“ sollte jedoch mit Konversionsbehandlungen nicht mehr in Verbindung gebracht werden, da es sich bei Konversionsbehandlungen nicht um indizierte wissenschaftlich anerkannte Verfahren zur Linderung oder Heilung eines Leidens handelt. Vielmehr stellen Konversionsbehandlungen ideologisch geprägte Umerziehungsversuche dar, die zum einen bei den davon Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit ein erhebliches Leiden verursachen und zum anderen in der Gesamtgesellschaft Vorurteile gegen lesbische, schwule, bisexuelle, gendernonkonform auftretende und trans* Personen reifizieren.

2 Die Basis von Konversionsbehandlungen

Die Basis von Umpolungsversuchen homosexueller Orientierung, Trans*geschlechtlichkeit und gendernonkonformen Geschlechtsausdruck ist die Konstruktion von Homosexualität und Trans*geschlechtlichkeit als „Störung“, die dann je nach dem epistemologischen Hintergrund der Behandler_innen im Bereich der psychischen Erkrankungen oder der moralischen Fehlentwicklungen situiert wird.

Die Vorstellung, dass Homosexualität oder Trans*geschlechtlichkeit „Krankheiten“ seien, die durch Psychotherapie „kuriert“ werden kann, ist in der Bevölkerung noch verbreitet (vergl. die europäische Übersicht: Council of Europe Publishing 2011). Auf dieser vorurteilsbelasteten Basis können homonegativ eingestellte Angehörige beispielsweise einem lesbischen oder schwulen Familienmitglied eine psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel einer Heterosexualisierung androhen (entsprechende Berichte finden sich beispielsweise in Reinberg & Rossbach 1995). Diese Drohungen sind dann besonders fatal, wenn die davon Betroffenen wenig Möglichkeiten haben, sich den Behandlungsversuchen zu entziehen, weil sie z.B. noch sehr jung sind, in enge religiöse oder kulturelle Zusammenhänge eingebunden sind, psychisch sehr stark belastet sind oder in

Institutionen leben müssen (Wolf 2004). Homo- und trans*negative Angehörige bauen erheblichen Druck auf homo- und trans*geschlechtliche Personen auf, verstärken damit deren internalisierte Homo- und Transnegativität.

Zwischen 1999 und 2004 habe ich im Rahmen meiner Dissertation lesbische Frauen nach ihrer Gesundheit im Coming-out-Prozess befragt. Mehrere der lesbischen Interviewpartnerinnen berichteten von Erfahrungen mit Konversionsandrohungen durch ihr soziales Umfeld. Zudem hatten Gesundheitsprofessionelle, an die sich die Interviewpartnerinnen im Coming-out-Prozess aufgrund von Belastungssymptomen gewandt hatten, versucht ihnen mittels Entwertungen ihre sexuelle Orientierung auszureden. Eine lesbische Interviewpartnerin berichtete von dem sozialen Druck durch ihr soziales Umfeld, als sie anfang, ihre sexuelle Orientierung zur Sprache zu bringen:

„Ich (hab's) dann meiner Mutter erzählt irgendwann und dann (...) die Reaktionen, die waren höllisch (...) Meine Mutter hat's natürlich meinem Vater erzählt. Mein Vater hat dann gesagt: 'Ja, du bist nicht mehr meine Tochter. Und das hätte ich nie von dir erwartet und du enttäuschst mich und du darfst meinen Namen nicht mehr tragen.' (...) solche Reaktionen kamen da her (...) Meine Mutter hat also mich auch nicht unterstützt. Meine Schwester gab auch noch einen drauf, beschimpfte mich: 'Du lesbische Sau! Du bist abartig.' Und so weiter (...) also volle Breitseite. In der Schule lief's überhaupt dann auch nicht mehr gut, weil, ich hatte eben diese massiven Probleme und war alleine, hatte zwar heterosexuelle Freundinnen, die sich aber auch immer mehr von mir abwandten, einige aus Angst, nehm ich an, dass ich sie anbaggern könnte, die anderen, weil sie diese ewigen Probleme nicht mehr hören konnten, was ich auf der einen Seite verstehen kann, auf der anderen Seite aber auch traurig ist (...) Ja, die haben mich dann auch mehr oder weniger im Stich gelassen, dass ich dann irgendwann ganz alleine war (...) aus dem Elternhaus (...) wär (ich) am liebsten weggegangen, aber ich wusste nicht, wohin. Ich komm aus einem sehr behüteten Elternhaus (...) wo man auch vorher eigentlich nie drüber gesprochen hat, auch niemand mit gerechnet hat, obwohl meine Mutter irgendwann mal sagte: 'Das hab' ich schon bei dir gemerkt, als du ein kleines Kind warst.' (...) Und mein Vater hat also am heftigsten reagiert, ja, also ganz schlimm. Also, der (...) war in seinem männlichen Stolz dermaßen gekränkt, (...) das hat der überhaupt nicht gecheckt. Also (...) da hat er mir auch die volle Breitseite gegeben. Hat gedacht, ich würde ihn provozieren wollen damit. Er hat sich dann (...) auch informiert in medizinischen Zeitschriften, wie ist das mit der Homosexualität (...) Er wollte es auf keinen Fall, dass das in der Öffentlichkeit breitgetreten wird (Wolf 2004, S. 194-195).

Schließlich drängte ihr Onkel darauf, dass sie sich psychotherapeutisch behandeln lassen sollte, um ihre sexuelle Orientierung zu verändern. Freundinnen von ihr mussten ähnliche Erfahrungen machen:

„(...) bei den Freundinnen, mit denen ich zusammen war, die kamen teilweise auch aus so 'm strengen Elternhaus (...) eine Freundin von mir wollten die Eltern auch zum Psychologen schicken und umpolen, dass sie schon selber anfang zu zweifeln.“

(Wolf 2004, S. 249).

3 Das Spektrum von Konversionsbehandlungen

Für Deutschland gibt es keine aktuellen Untersuchungen über die Prävalenz von Konversionsversuchen. Weltweit fehlen Studien zu der Prävalenz und den Folgen von Konversionsbehandlungen an Trans*personen. Wir wissen jedoch einiges über die Methoden, mit denen aktuell in Deutschland und anderen Ländern Konversionen von sexuellen Orientierungen und Genderidentitäten angestrebt werden. Auch sind die Akteursgruppen bekannt und deren Motivationen. Medizinisch und psychotherapeutisch tätige Konversionsbefürworter_innen benutzen den hohen Status ihrer Profession, um ihrem Handeln Legitimität zuzuschreiben. Sie erreichen damit weite Teile der Bevölkerung, die dann Diskriminierungen und Schikanen gegen homosexuelle und trans* Personen dadurch rechtfertigen, dass sie wiederum auf durch Mediziner_innen und Psychotherapeut_innen angebotene Konversionsbemühungen verweisen. Damit werden gesellschaftliche Diskriminierungen und Gewalt gegen homo- und trans*geschlechtliche Menschen immer wieder reifiziert und ein vielfacher Druck dahingehend ausgeübt, eine nicht-konforme Genderidentität oder sexuelle Orientierung so zu unterdrücken, dass sie unlebbar wird.

Aus Deutschland gibt diverse Erfahrungsberichte von Betroffenen von Konversionsbehandlungen (z.B. Platte 2018, Wolf 2004). Aus US-Amerikanischen Forschungsarbeiten (Übersicht in: Flentje, Heck & Cochran 2013) ist bekannt, dass ärztliche, psychotherapeutische und seelsorgerische Konversionsversuche derzeit überwiegend so gestaltet werden, dass darin eine gezielte und tendenziöse Fokussierung auf die Veränderung homosexueller Orientierung und trans*geschlechtlicher Identitäten vorgenommen wird. Gleichzeitig werden die Möglichkeiten der Akzeptanz, Validierung und Affirmation homosexueller Orientierungen und trans*geschlechtlicher Identitäten verschwiegen. Vielfach versuchen Psychotherapeut_innen, Klient_innen eine Veränderung ihrer soziosexuellen Orientierung mittels gezielter homonegativer (Morrow 1999) oder trans*feindlicher Bemerkungen in Kombination mit einer ausdrücklichen Betonung der Vorzüge heterosexueller und cisnormativer Lebensweisen nahelegen (vergl. Wolf 2004). In Deutschland sind hier auch medizinische Argumentationen relevant, nach denen trans*geschlechtlichen Jugendlichen gezielt geschlechtsangleichende Behandlungen (insbesondere Hormontherapien) verweigert werden sollen, um sie zur Annahme des Zuweisungsgeschlechts zu drängen (Korte 2019). So wird Druck auf die Betroffenen aufgebaut.

Die aktuell eingesetzten Konversionsmethoden in der Psychotherapie umfassen überwiegend kognitive Strategien, mit denen ein nicht-homosexuelles Leben positiv und ein homosexuelles Leben negativ besetzt werden sollen, die gezielte Verstärkung gender- und heteronormativen Verhaltens (bei Kindern: Spielen mit Spielzeug, welches stereotyp dem Zuweisungsgeschlecht zugeordnet wird, Sport, Schminken, sich mit gegengeschlechtlichen Personen verabreden), Entwicklung von Strategien zur Vermeidung homosexueller Gedanken (Gedanken-Stopp-Technik) und zur Vermeidung homosexuellen Verhaltens oder gendernonkonformen Auftretens, die Förderung asexueller Freundschaften zu Personen des gleichen Geschlechts, die biografische Suche nach den vermeintlichen „Ursachen“ der Homosexualität oder Trans*geschlechtlichkeit (die dann häufig dysfunktionalen Familienbeziehungen und Traumata zugeschrieben werden) sowie religiöse Praktiken (z.B. Gebete, Bibelstudien, Teufelsaustreibungen). In Einzelfällen werden Hypnose oder regressionsfördernde Therapien (z.B. Rebirthing) angewandt (vergl.: Coyle, Milton & Annesley 2000, Institute of Medicine 2011, Frossard 2000, Gutmann 1996, Haldeman 1994, Herzog, Schäfer & Emmert 2005, S. 239, Ise & Steffens 2000, Morrow 1999, Lang 2000, Wiesendanger 2001, Wolf 2004).

Neben explizit angekündigten und geplanten Konversionsbehandlungen gibt es in vielen therapeutischen Settings subtilere Versuche, heterosexualisierend und gendernormierend auf lesbische, schwule, bisexuelle und trans*geschlechtliche Personen einzuwirken. Die Prävalenz dieser impliziten Konversionsversuche ist wahrscheinlich aktuell deutlich höher als die Prävalenz expliziter Konversionsversuche. Die impliziten Konversionsversuche dürften jedoch ähnlichen Schaden anrichten wie die expliziten Konversionsversuche. Zudem stellen sie die davon Betroffenen vor die schwierige Herausforderung, sich anschließend mühsam aus dem manipulativen Denksystem ihrer Behandler_innen zu lösen und zu erkennen und einordnen zu lernen, dass ihnen Gewalt widerfahren ist. Auch den impliziten Konversionsversuchen durch Mediziner_innen und Psychotherapeut_innen liegen Vorurteilsstrukturen und veraltetes Wissen auf Seiten der Therapeut_innen zugrunde. Diese Wissensdefizite sind strukturell verursacht: weder in den Approbationsausbildungen von Mediziner_innen noch von Psychotherapeut_innen wird regelhaft fachgerechtes Wissen über sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten vermittelt. Dementsprechend sind homonegative Einstellungen unter Fachleuten im psychosozialen/medizinischen Bereich noch weit verbreitet (Calmbach & Rauchfleisch 1999, Überblick bei Wolf 2004).

2009 veröffentlichten Bartlett, Smith und King die Ergebnisse ihrer Befragung von

1328 Psychotherapeut_innen in Großbritannien. 17% der Befragten benannten, dass sie sich bereits darum bemüht hätten, homosexuelle Gefühle bei ihren Klient_innen zu reduzieren oder zu verändern. Besonders häufig hatten sich ältere männliche Therapeuten für solche Behandlungsziele engagiert. Die Klient_innen hatten meist wegen Verwirrung aufgrund ihrer soziosexuellen Orientierung oder aufgrund sozialen Drucks an die entsprechenden Therapeut_innen gewandt (Bartlett, Smith & King 2009). Zahlreiche weitere Untersuchungen belegen Fälle, in denen Therapeut_innen die soziosexuelle Orientierung ihrer Klientinnen behandeln wollten, obwohl sich die Klientinnen mit ganz anderen Therapieanliegen an sie gewandt hatten (Morrow 1999, Tiemann, Kennedy & Haga 1998, Weisbrod 1996, S. 102).

In der Untersuchung von Stein-Hilbers (1999) berichteten fast 15% der Lesben, die Psychotherapie machen oder gemacht haben, dass ihnen von ihren Therapeut_innen nahe gelegt wurde, es sei besser, heterosexuell zu sein. 10% der von Frossard (2000) in der Schweiz befragten lesbischen Frauen mit Psychotherapieerfahrungen berichteten, dass ihre Therapeut_innen die Homosexualität als das ursächliche Problem, das zur Therapie geführt haben sollte, betrachtet hatten. Ein Fünftel der Therapeut_innen hätten es begrüßt, wenn ihre lesbische Klientin wieder sexuelle Beziehungen zu Männern eingegangen wäre, ein Therapeut wurde sexuell übergriffig, vorgeblich, um seiner Klientin heterosexuelle Erfahrungen zu ermöglichen. In Bezug auf 20% der untersuchten Therapie gaben die lesbischen Klientinnen an, ihr_e Therapeut_in habe ihr Lesbischsein aufgrund eines Defizitmodells erklärt, indem er/sie die lesbische soziosexuelle Identität auf Fehlentwicklungen innerhalb der Sozialisation, beispielsweise auf traumatischen Erlebnisse in der Kindheit, zurückgeführt habe (Frossard 2000).

Im deutschsprachigen Raum finden wir in medizinischen und psychotherapeutischen Fachbüchern und Weiterbildungen immer wieder Äußerungen, die Konversionsversuche an gendernonkonformen und trans*geschlechtlichen Kindern und Jugendlichen proklamieren, so z.B. in den Behandlungsempfehlungen von Beier, Bosinski, Loewit (2005, S. 411):

"Einzeltherapie: Ein Therapeut gleichen Geschlechts, der zugleich Rollenmodellcharakter bekommt, sollte eingesetzt werden. Die Therapie bezieht sich auf gemeinsame Spiel- (Zeichen-, Gesprächs-) aktivität, wobei geschlechtskonforme Verhaltensangebote gemacht und adäquate Verhaltensweisen belohnt werden (z.B. durch modifizierte token economie). Geschlechtsatypische Verhaltensweisen werden nicht beachtet bzw. – beiläufig – unterbunden (jedoch nicht sanktioniert) ...

Kinder-Gruppentherapie: *Im Zusammenspiel mit einer gemischtgeschlechtlichen Kleingruppe (max. 5 Kinder, die nicht unbedingt das gleiche Störungsbild aufweisen sollten) werden vom begleitenden Therapeuten geschlechtstypische Spielangebote mit Rollen für beide Geschlechter (z.B. Vater-Mutter-Kind, Indianerdorf usw.) angeboten und ebenfalls geschlechtskonforme Verhaltensweisen des betroffenen Kindes durch Lob und Positionsgewinn verstärkt, nicht-konforme Verhaltensweisen nicht beachtet bzw. unterbunden (aber nicht sanktioniert)"*

Bis ins 20. Jahrhundert wurden in Europa und den USA Konversionsbehandlungen auch in Form von EKT (Elektro-Konvulsiv-Therapie), Aversionstherapie mittels Elektroschocks und Apomorphin (einem Brechmittel), Clitoridectomie, Lobotomie, Hypothalamotomie, Hormonbehandlung, Hysterektomie, Psychiatrisierung und mittels medikamentöser Behandlungen durchgeführt (Amnesty International 2001, Beckstead 2012, Clarke, Ellis, Peel & Riggs 2010, Council of Europe 2000, S. 8, Davies & Neal 1996, S. 17-19, Frossard 2000, Gutmann 1996, Haldeman 1994, Human Rights Watch & IGLHRC 1998, Ise & Steffens 2000, Scholinski 1995, 1998). In Deutschland haben sich in der Zeit des Nationalsozialismus zahlreiche Ärzte an operativen Zwangsbehandlungen homosexueller Männer beteiligt. Viele der entsprechend Behandelten starben daran (Grau 2004).

Zwangsweise Hormonbehandlungen von Homosexuellen sowie zwangsweise Hormonbehandlungen von Trans*personen jeweils mit Hormonen des Zuweisungsgeschlechts sind aktuell aus verschiedenen Ländern bekannt (z.B. Jama 2008). Hiermit besteht in Deutschland diesbezüglich die Gefahr, dass z.B. trans*negativ eingestellte Eltern ihre Kinder in diese Länder verbringen, um sie dort entsprechend „behandeln“ zu lassen.

4 Medizinethische Einordnung von Konversionsbehandlungen

1998 berichtete Daphne (heute: Dylan) Scholinski auf dem Internationalen Tribunal zu Menschenrechtsverletzungen gegen sexuelle Minoritäten über seine Erfahrungen als Jugendliche_r in psychiatrischer Behandlung in den 1980er Jahren in den USA. In diese Behandlung war Scholinski überwiesen worden, weil er sich nicht entsprechend der ihm zugewiesenen weiblichen Rolle verhalten konnte und wollte (vergl. ausführlich: Scholinski 1998, weiter zu Konversionsbehandlungen gegen Trans*: Günther, Teren, Wolf 2019):

„Die Ärzte versuchten mich wegen ‚Prä-Homosexualität‘ zu behandeln und wegen jeglichem Wunsch, den ich ihrer Meinung nach hatte, ein Junge zu sein. Dem lagen ihre Annahmen zugrunde, die sie auf meine ‚Kleidungswahl, meine Freundschaftsmuster und beruflichen Ziele‘ stützten. Ein erheblicher Teil der sogenannten ‚Behandlungen‘ bestand aus Druck, mich den bestehenden Normen von Heterosexualität und Femininität anzupassen. Ich wurde gezwungen zu versuchen, femininer zu werden. Ich sollte mich mehr um mein Äußeres kümmern, lernen mich zu schminken; mich mehr wie ein Mädchen zu kleiden; mein Haar in Locken zu legen und zu pflegen; und Zeit mit Mädchen zu verbringen um Mädchensachen zu lernen, zum Beispiel was Jungs mögen etc.‘

Diese Versuche, mich zu zwingen, so zu sein, wie sie wollten, dass ich sein sollte, scheiterten. So sahen sie mich als Versager an. Ich würde nie ‚normal weiblich‘ werden. Sie setzten mich auf einen ‚Punkteplan‘. Ich erhielt Punkte für ‚gutes Verhalten‘ und verlor sie für ‚schlechtes Verhalten‘. ...

Ein Mitglied des Behandlungsteams hielt mir einmal [während ich am Boden lag, G. W.] seinen Fuß an den Kopf während er sagte: ‚Halt die Klappe, Du verdammter verrückter queerer arsch.‘ Danach schrie er nach Hilfe, um mich zu beruhigen, weil er den Eindruck hatte, ich würde die Kontrolle verlieren.“ (Scholinski 1995, 18-21, Übersetzung: G. W.).

Der Bericht von Scholinski macht deutlich, wie die ideologische Ausrichtung der Gesundheitsprofessionellen, die versuchten, ihn zu konvertieren, deren Empathiebereitschaft blockierte. So wurde die Gewalt ihm gegenüber ihm legitimiert. Durch die Behandlung im „Team“ bestätigten die beteiligten Gesundheitsprofessionellen sich immer wieder gegenseitig in ihrem Handeln, obwohl sehr deutlich gewesen sein muss, wie Scholinski darunter litt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die auch in Deutschland aktuell noch angewandten Konversionsbehandlungen die gleiche psychische Dynamik schaffen: Die ideologisch verfestigte und durch Gruppenprozesse getragene Entwertungsbereitschaft der Behandler_innen gegenüber den behandelten queeren Personen führen bei den Behandler_innen wiederum zur Distanzierung, zum othering, zum Verlust der Empathie und ermöglichen damit die Weiterführung der Behandlung, auch wenn diese Schaden anrichtet. Scholinski schilderte auf dem Tribunal auch die Folgen dieser Behandlung:

„Ich blieb durch homophobe Beratung und ‚Behandlung‘ traumatisiert zurück. Zerstört, zum Schweigen gebracht, fallengelassen; mit emotionalen Narben, die ein Leben brauchen werden, um zu heilen. Als geistesgestört bezeichnet und behandelt zu werden wegen dem, was ich bin, hatte über eine lange Zeit den Effekt, mich daran zu hindern, über meine Erfahrungen zu sprechen.“ (Scholinski 1995, 21, Übersetzung: G. W.).

Konversionen homosexuellen in heterosexuelles Handeln oder homosexueller in heterosexuelle Orientierung oder einer trans*geschlechtlichen Identität in eine cisgeschlechtliche Identität oder auch das Erreichen eines genderkonformen Geschlechtsausdruck können heute keine professionell legitimierbares Therapieziel einer medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung mehr darstellen. Wissenschaftliche Untersuchungen von Konversionsbehandlungen haben keine gesundheitsförderlichen Effekte dieser Behandlungen valide nachweisen können. Hingegen sind als Behandlungsfolgen bei den Betroffenen solcher Umpolungsversuche Ängste, sexuelle und Beziehungsschwierigkeiten, depressive Symptome und Suizidalität bis hin zu vollendetem Suizid aufgetreten (Beckstead 2012, Human Rights Campaign 2019, Wagner & Rossel 2006). Konversionsbehandlungen verstoßen gegen zentrale medizinethische Prinzipien der Wahrung von Autonomie und Selbstbestimmung, Abwendung von Schaden und Benevolenz (Beauchamps & Childress 1998). Auch Konversionsversuche der Trans*geschlechtlichkeit gelten heute in der Medizin als unethisch (Fraser 2015, Preuss, Nieder & Briken 2005, Shelton 2017).

5 Fazit

Konversionsbehandlungen greifen tief in die Würde und Selbstbestimmung ein und richten bei den davon Betroffenen gesundheitliche Schäden an (Wolf 2013). Dem entsprechend haben sich zahlreiche medizinische und psychologische Fachgremien unterdessen einhellig gegen Konversionsbehandlungen ausgesprochen (Bieschke, McClanahan, Tozer, Grzegorek & Park 1999, World Medical Association 2013, Wolf 2013, aktueller Überblick ausgewählter professioneller Stellungnahmen gegen Konversionsbehandlungen: Human Rights Campaign 2019b).

6 Empfehlungen

6.1 Gesamtgesellschaftliche Aufklärungs- und Antidiskriminierungsarbeit:

Das enge soziale Umfeld, insbesondere Herkunftsfamilien, Schulen, Peergruppen sind maßgeblich daran beteiligt, eine Person in eine Konversionsbehandlung zu bringen. Gegen trans* und gendernonkonforme Kinder und gegen lesbische, schwule, bisexuelle,

trans*, nonbinäre und gendernonkonforme Jugendliche richtet sich insbesondere in Schulen, konservativen religiösen Gemeinschaften und Herkunftsfamilien massiver Druck. Dies sind auch die häufigsten Orte von Gewalt gegen diese Kinder und Jugendlichen (Institute of Medicine 2011). Die Gewalt, die von Angehörigen ausgeübt wird, erhöht die Gefahr für Kinder und Jugendliche, die in solchen Kontexten aufwachsen, an psychischen Belastungsreaktionen zu erkranken und/oder suizidal zu werden (Plöderl & Fartacek 2009) Entsprechend vulnerabilisierte Personen können sich weniger gegen Konversionsversuche wehren.

Homo- und trans*feindliche nahe soziale Umfelder sind auch wesentlich dafür verantwortlich, wenn Personen Homo- und Trans*negativität internalisieren, was dann der wesentliche Bedingungsfaktor dafür ist, als Erwachsene selbst Konversionsbehandlungen aufzusuchen (Tozer & Hayes 2004, Günther, Teren & Wolf 2019).

Bildungsarbeit steht hier vor der Herausforderung, diskriminierenden und gewaltfördernden Einstellungen in der Bevölkerung nachhaltig und durch die Vermittlung zutreffender Informationen und sozialer Kompetenzen zum Umgang mit Diversität entgegenzutreten. Zu den Inhalten von Bildungsarbeit zu sexueller Orientierung und Genderidentitäten gehören auch zutreffende Informationen über Konversionsbehandlungen. Es müssen entsprechende Ressourcen für diese Bildungsarbeit zur Verfügung gestellt werden.

6.2 Aufklärung und Weiterbildung im Gesundheitssystem:

Eine effektive gesundheits- und gesellschaftspolitische Arbeit gegen Konversionsbehandlung muss neben einer breiten Implementierung der professionellen entsprechenden Leitlinien gegen Konversionsbehandlungen in Institutionen des Gesundheitswesens und in medizinischen, psychotherapeutischen und heilpraktischen Fachverbänden auch Weiterbildungsmaßnahmen über lesbische, schwule, bisexuelle, queere, nonbinäre, trans* und inter* Lebensweisen, Identitäten und Genderdiversität für Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen umfassen. Psychotherapeut_innen und Ärzt_innen sind hier auch aufgefordert, auch den Behandlungsbedürfnissen von Klient_innen, die Konversionsbehandlungen nachfragen, fachlich und ethisch kompetent zu begegnen und die Selbstbestimmung dieser Klient_innen im Umgang mit Entscheidungen bezüglich des Lebens der soziosexuellen Orientierung und Genderidentität zu fördern (nähere Ausführungen dazu in Wolf 2013)

Fachgerechte Informationen zu Genderdiversität und sexueller Orientierung, zum kompetenten Umgang mit queeren Personen in Medizin und Psychotherapie sollten in die Approbationsausbildungen von Mediziner_innen und Psychotherapeut_innen aufgenommen werden. Trans*personen benötigen in vielen Fällen eine fachlich gute und bedarfsgerechte medizinische Versorgung im Transitionsprozess (Günther, Teren & Wolf 2019), um nicht weiter unter Druck zu geraten.

Hier stehen die Kammern in der Pflicht, die Integration der entsprechenden Weiterbildungsangebote für Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen in die zur Approbation führenden Ausbildungen einzufordern. Auch sollten die Kammern sichtbare und erreichbare Beschwerdemöglichkeiten für Personen zu schaffen, deren Behandler_innen versucht haben, sie hin zu einem gendernormativen oder heteronormen Verhalten zu konvertieren.

6.3 Verbot von Konversionsbehandlungen:

Das Angebot von, die Werbung für und die Durchführung von Konversionsbehandlungen sollten verboten werden. Das Verbot sollte sich sowohl auf Konversionsbehandlungen der Trans*geschlechtlichkeit, als auch der Homo- und Bisexualität sowie von gendernonkonformen Geschlechtsausdruck beziehen.

6.4 Verbesserung der Forschungslage zum Thema:

Derzeitig fehlen zum Thema in Deutschland valide Forschungsdaten zum Thema. So ist eine Verbesserung der Forschungslage zur tatsächlichen Häufigkeit, zu den aktuellen Anwendungsformen von Konversionsbehandlungen und deren spezifischen Konsequenzen, zum fachlichen therapeutischen Umgang mit Konversionsschäden, sowie zur Verbreitung und Veränderung homo- und trans*negativer Einstellungen und Handlungspraxen bei Professionellen im Gesundheitswesen erforderlich. Diese Daten sollen zur zielgerichteten Prävention von Konversionsbehandlungen und zur evidenzbasierten Interventionsplanung bei Schädigungen durch Konversionsbehandlungen dienen.

Literatur

Amnesty International: Crimes of hate, conspiracy of silence. Torture and ill-treatment based on sexual identity, London 2001.

Bartlett, Annie, Smith, Glenn & King, Michael: The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation, *BMC Psychiatry*, 9 -11, 2009.

Beauchamp, Tom L. & Childress, James F.: Principles of biomedical ethics, New York 1989.

Beckstead, A. Lee: Can we Change Sexual Orientation? *Archives of sexual Behavior*, Vol. 41, Issue 1, 121-134, February 2012.

Beier, Klaus M., Bosinski, Hartmut A. G., Loewitt, Kurt: Sexualmedizin, 2. Auflage, München 2005.

Bieschke, Kathleen J., McClanahan, Mary, Tozer, Erinn, Grzegorek, Jennifer L. & Park, Jeeseon: Programmatic research on the treatment of lesbian, gay, and bisexual clients: the past, the present, and the course for the future, in: Perez, Ruperto M., DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (Hrsg.): *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*, Washington, DC., 309-335, 1999.

Calmbach, Beatrice & Rauchfleisch, Udo: Lesbenfeindliche Einstellungen in sozialen Berufen, *Wege zum Menschen*, 51, 39-45, 1999.

Christliche Mitte: NEIN zur Homosexualität, Lippstadt 2000.

Clarke, Victoria, Ellis, Sonja J., Peel, Elisabeth & Riggs, Damien W.: *Lesbian Gay Bisexual Trans & Queer Psychology. An Introduction*, UK 2010.

Comiskey, Andrew: *Befreite Sexualität. Heilung und Reifung der eigenen sexuellen Identität. Hilfen für Seelsorger und Berater*, Erzhausen 1997.

Council of Europe Publishing: Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity in Europe, 2011, http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_en.pdf, Meldung vom 01.09. 2011.

Coyle, Adrian, Milton, Martin & Annesley, Phyllis: The Silencing of Lesbian and Gay Voices in Psycho"therapeutic" Texts, Training and Practice, in: Steffens, Melanie C. & Biechele, Ulrich (Hrsg.): *Annual Review of Lesbian, Gay, and Bisexual Issues in European Psychology*, 1, 95-124, 2001.

Davies, Dominic & Neal, Charles: An historical overview of homosexuality and therapy, in: Davies, Dominic & Neal, Charles (Hrsg.): *Pink therapy. A guide for counsellors and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*, Buckingham/Philadelphia, 11-23, 1996.

Flentje, Annesa, Heck, Nicholas C. & Cochran, Bryan N.: Sexual Reorientation Therapy Interventions: Perspectives of Ex-Ex-Gay Individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 17 (3), 256-277, 2013.

Fraser, Lin: Gender Dysphoria: Definition and Evolution Through the Years, in: Trombetta, Carlo,

Liguori, Giovanni., Bertolotto, Michele (Hrsg.): Management of Gender Dysphoria. A Multidisciplinary Approach, Milan/Heidelberg/New York/Dordrecht/London, 19-31, 2015.

Frossard, Jacqueline.: Lesbische Frauen in der Psychotherapie. Dissertation, vorgelegt der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel, Basel 2000.

Grau, Günther (Hrsg.): Homosexualität in der NS-Zeit: Dokumente einer Diskriminierung und Verfolgung, Frankfurt a. M. 2004.

Günther, Mari, Teren, Kirsten & Wolf, Gisela: Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die Gesundheitsversorgung, München 2019 i. pr.

Gutmann, Claudia: „An irrational fear of the opposite sex“- Verhaltenstherapeutische Heterosexualisierungsversuche bei weiblicher und männlicher Homosexualität, in: Reipen, Margret (Hrsg.): Ganz normal?! Lesbischer und Schwuler Alltag zwischen Anpassung und Selbstbestimmung, München/Wien, 122-131, 1996.

Haldeman, Douglas C.: The Practice and Ethics of Sexual Orientation Conversion Therapy, Journal of Counseling and Clinical Psychology, 62 (2), 221-227, 1994.

Herzog, Dagmar, Schäfer, Ursel & Emmert, Anne: Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts, München 2005.

Human Rights Campaign: The Lies and Dangers of Efforts to Change Sexual Orientation or Gender Identity, 2019a, <https://www.hrc.org/resources/the-lies-and-dangers-of-reparative-therapy>, Meldung vom 24.04.2019.

Human Rights Campaign: Policy and Position Statements on Conversion Therapy, 2019b, <https://www.hrc.org/resources/policy-and-position-statements-on-conversion-therapy>, Meldung vom 06.06.2019.

Human Rights Watch & IGLHRC (International Gay and Lesbian Human Rights Commission): Public Scandals: Sexual Orientation and Criminal Law in Romania. A report by Human Rights Watch and the International Gay and Lesbian Human Rights Commission, New York/Washington/London/Brussels 1998.

Institute of Medicine (IOM): The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington 2011.

Ise, Michaela & Steffens, Melanie C.: Von der Pathologisierung zur Ignoranz. Heterosexismus in der Psychologie, Forum Wissenschaft, 3, 17-20, 2000.

Jama, Afdhere: Illegal citizens. Queer lives in the muslim world, USA 2008.

Korte, Alexander (im Spiegel-Gespräch mit Barbara Hardinghaus und Maik Großekathöfer): „Macht doch endlich, sonst bringe ich mich um“. Der Kinderpsychiater Alexander Korte behandelt Mädchen und Jungen, die sich im falschen Körper fühlen. Die Zahl der Diagnosen ist heute fünfmal so hoch wie 2013, jede Woche kommen neue Patienten hinzu, die Wartezeit kann ein Jahr betragen. Was ist da los? Der Spiegel, 4/19.01.2019, 48-52, 2019.

Lang, Jens: Therapien zur Heilung von Homosexualität. Ein Überblick über Umpolungsorganisationen in den USA und in Deutschland. VLSP aktuell (Nachrichten des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V.), 10, 6-8, 2000.

Morrow, Susan L.: First do no harm: Therapist issues in Psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients, in: Perez, Ruperto M., DeBord, Kurt A. & Bieschke, Kathleen J. (Hrsg.): Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients, Washington, 137–156, 1999.

Platte, Timo (Hrsg.): Nicht mehr schweigen. Der lange Weg queerer Christinnen und Christen zu einem authentischen Leben, Berlin 2018.

Plöderl, Martin & Fartacek, Reinhold: Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians, Archives of Sexual Behavior, 38 (3), 400-410, 2009.

Preuss, Wilhelm F., Nieder, Timo O. & Briken, Peer: Schwerpunkte der Psychotherapie bei transsexuellen Entwicklungen, DNP-Der Neurologe & Psychiater, 13 (10), 2-8, 2012.

Reinberg, Brigitte & Roßbach, Edith: Stichprobe Lesben, Pfaffenweiler 1995.

Scholinski, Daphne: (ohne Titel), in: The International Tribunal on Human Rights Violations Against Sexual Minorities, International Gay and Lesbian Human Rights Commission & Community United Against Violence, San Francisco/USA, 18-21, 1995.

Scholinski, Daphne: The last time I wore a dress, New York 1998.

Shelton, Michael: Fundamentals of LSBT substance use disorders. Multiple identities, multiple challenges, New York 2017.

Schulze, Micha: Queer.de stellt Strafanzeige. Christliche Mitte: „Homosex ist keine Liebe.“, https://www.queer.de/detail.php?article_id=19583, Meldung vom 12.06.2019 (Erscheinungsdatum des Artikels: 2013).

Stein-Hilbers, Marlene (Projektleitung)/ Holzbecher, Monika, Klodwig, Bernadette, Kroder, Uta, Soine, Stefanie, Goldammer, Almuth & Noack, Inka (Projektmitarbeiterinnen) (Hrsg.: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen) (1999). Gewalt gegen lesbische Frauen: Studie über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen. Düsseldorf 1999.

Tiemann, Kathleen A., Kennedy, Sally A. & Haga, Myrna P.: Rural lesbians' Strategies for Coming Out to Health Care Professionals, in: Ponticelli, Christy M. (Hrsg.): Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care: Opening Doors, New York/London, 61-76, 1998.

Tozer, Erinn & Hayes, Jeffrey A.: Why Do Individuals Seek Conversion Therapy? The Role of Religiosity, Internalized Homonegativity, and Identity Development, THE COUNSELING PSYCHOLOGIST, 32, 5, September, 716-740, 2004.

Wagner, Christof & Rossel, Erich: Konversionstherapie bei Homosexuellen, Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 38 (3). 603-612, 2006.

Weisbrod, Mechthild: Psychotherapieerfahrungen lesbischer Frauen während ihres Coming outs, Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Freiburg, Freiburg 1996.

Wiesendanger, Tim K.: Schwule und Lesben in Psychotherapie, Seelsorge und Beratung. Ein Wegweiser, Göttingen 2001.

Wolf, Gisela: Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess, Herbolzheim 2004.

Wolf, Gisela: Konversionsbehandlungen, https://www.vlsp.de/files/pdf/konversionsbehandlungen_0.pdf, Meldung vom 11.06.2019 (Erscheinungsdatum des Textes: 2013).

World Medical Association (WMA): WMA Statement on Natural Variations of Human Sexuality. Adopted by the 64th General Assembly, Fortaleza, Brasil, October 2013. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s13/>, Meldung vom 26.10.2013.

Teil D

Schwerpunkt

Anbieter, Vermittler und Handlungsbedarfe

**Was wissen wir über „Konversionstherapien“
in Deutschland?
Anbieter, Angebote und Vermittler
—
Methoden und Auswirkungen auf die Opfer**

– Dr. Ina-Marie Blomeyer –

Ministerialrätin,
Leiterin des Referats 215
„Gleichgeschlechtliche Lebensweisen / Geschlechtliche Vielfalt“
Beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Vorbemerkungen

Aus Sicht des Fachreferates „Gleichgeschlechtlich Lebensweisen, Geschlechtliche Vielfalt“ des BMFSFJ wurde die Einberufung der Kommission begrüßt.

Das BMFSFJ arbeitet gesellschaftspolitisch für die Anerkennung und Akzeptanz von gleichgeschlechtlichen Lebensweisen und geschlechtlicher Vielfalt und den Abbau von Benachteiligungen, Diskriminierungen bis hin zu Gewalt gegenüber lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen (LSBTI*). LSBTI* Personen werden immer noch stigmatisiert und diskriminiert. Das zeigen zahlreiche Studien z.B. der europäischen Grundrechteagentur, der Antidiskriminierungsstelle des Bundes oder die Ergebnisse der vom BMFSFJ durchgeführten partizipativen Fachaustausche und Fachgespräche mit Wissenschaft und Verbänden.

Das Thema Konversionstherapien tritt in der fachlichen Arbeit auf, häufig ohne dass dieser Begriff für das, was die Menschen erleben, fällt.

Unter Konversionsbehandlung wird verstanden¹, der Versuch, Homosexualität oder Transgeschlechtlichkeit einer Person mittels therapeutischer oder seelsorgerischer Maßnahmen in asexuelles, heterosexuelles oder genderkonformes Verhalten zu ändern. Die Fürsprecher_innen von Konversionsbehandlungen wählen oft den Begriff "reparative Therapien". Der Begriff der "Therapie" ist missverständlich, da die Behandlungen zum einen keine wissenschaftlich anerkannten Verfahren zur Linderung oder Heilung eines Leidens darstellen und es zum anderen kein zu behandelndes Leiden gibt. Konversionsbehandlungen unterscheiden sich durch ihre Folgen für die "Behandelten". Befürworter_innen von Konversionsbehandlungen halten Homosexualität" oder Transgeschlechtlichkeiten für krankhaft oder für moralische Fehlentwicklungen².

2 Was wir wissen

Die Einführung eines gesetzlichen Verbots von Konversionsbehandlungen wird diskutiert, weil bekannt ist, dass diese den lesbischen, schwulen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen körperliche und seelische Schäden verursachen können.

¹ <https://www.regenbogenportal.de/homosexuelle-heilen/>

² <https://www.regenbogenportal.de/homosexuelle-heilen/>

Nach allem, was wir im BMFSFJ wissen, sind diese Behandlungen gefährlich. Und diese Behandlungen zur vermeintlichen Umwandlung der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität gelten auch als fachlich nicht tragbar und unethisch:

- Homosexualität wird im weltweit anerkannten Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation seit 1990 nicht mehr als "Krankheit" oder "Störung" klassifiziert.
- Im Jahr 2018 wurde Transsexualität / Transgeschlechtlichkeit von der Liste der psychischen Krankheiten der WHO gestrichen. Der Weltärztebund sieht in „Konversionstherapien“ gegenüber Menschen mit „Variationen der menschlichen Sexualität“ ein menschenrechtsverletzendes Verhalten.
- Die Menschenrechtskonventionen der Vereinten Nationen, die Europäische Menschenrechtskonvention, das jüngste Non-paper zur Zukunft der LGBTI-Maßnahmenliste der Europäischen Kommission fordern ein Vorgehen gegen Diskriminierung und damit auch gegen eine stigmatisierende Pathologisierung von LSBTI*-Personen.

3 Familienpolitische Perspektive

Manchen Eltern ist vielleicht nicht bewusst, dass sie ihren Kindern durch solche Behandlungen Schaden zufügen können. Auch manche junge Menschen, die sich solchen Behandlungen (freiwillig) unterziehen, wissen dies nicht.

Manche Eltern fühlen sich überfordert und hilflos, wenn ihr Kind lesbisch, schwul, trans- oder intergeschlechtlich ist. Der Impuls sich beim Outing oder der Frage, wie mit Varianten der Geschlechtsmerkmale umgegangen werden kann, Hilfe bei „heilenden“ Seelsorger_innen und/oder Therapeut_innen zu holen, rührt, nach den Erkenntnissen, die wir in Fachaustauschen des BMFSFJ erlangt haben, häufig auch aus mangelnder Information zum Thema Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Geschlechtliche Vielfalt her.

Nicht allen Eltern oder Betroffenen, ist bekannt, dass man aus einem homo-, trans- oder intersexuellen Kind/Menschen, keine heterosexuelle oder binär geschlechtsnormierte Persönlichkeit „durch Behandlung machen“ kann.

LSBTI* Personen sind nicht krank auf Grund ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Geschlechtsidentität oder ihrer körperlichen Geschlechtsmerkmale.

Betroffenen, denen in der Therapie beigebracht wird, gleichgeschlechtlich liebende Gefühle oder die eigene Geschlechtlichkeit zu unterdrücken, stehen jedoch, nach dem was wir aus den Fachaustauschen mit beratenden Personen und Angehörigen wissen,

unter ständiger Spannung. D.h. sie werden z.T. psychisch und körperlich krank durch die Stigmatisierung „als krank“. Uns wurde berichtet von Verlust des Selbstwertgefühls, der Lebensfreude, Essstörungen, Substanzmissbrauch, Depression, Abhauen von zu Hause, Schulabbruch, Obdachlosigkeit, Suizidalität.

4 Zahlen

Das Suizidrisiko von lesbischen und schwulen Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren wird vier- bis siebenmal höher als das aller Jugendlichen in derselben Altersgruppe eingeschätzt³. Darüber hinaus steigt das Suizidrisiko an, je jünger die Jugendlichen bei ihrem Coming Out sind. Bei trans*Personen wird die Suizidalitätsrate sogar auf 60% geschätzt⁴. Während für die Gesamtbevölkerung Deutschlands geschätzt wird, dass etwa acht bis zehn Prozent der über 60-jährigen Menschen unter einer Depression leiden, berichten ca. 30 Prozent der über 60-jährigen lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen über wiederkehrende depressive Episoden⁵. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die ohnehin bestehende Angst vor Stigmatisierung, Diskriminierung, Ausgrenzung und Gewalt durch Konversionsbehandlungen noch verstärkt wird.

Etwa 45%, also fast die Hälfte aller LSBTI*-Jugendlichen in Deutschland, geben an, Angst vor Diskriminierung in ihrer eigenen Familie zu haben⁶.

Lediglich etwa 1% aller lesbischen und schwulen Jugendlichen geben an, noch nicht diskriminiert worden zu sein⁷. Nach einer Erhebung der EU-Grundrechteagentur äußerten 58 % der befragten trans*Personen aus Deutschland, dass sie in den letzten 12 Monaten diskriminiert oder belästigt worden seien⁸.

³ <http://www.coming-out-day.de/informationen/fakten.html>

⁴ Email von Mari Günter, 03.05.2019 – ansonsten könnte vllt die Zahl von der Website hier genommen werden: <https://www.dijg.de/transsexualitaet-geschlechtsumwandlung/studien/>

⁵ Langer, Phil C. (2017): "Gesundes Altern schwuler Männer.". In: Bundesinteressensvertretung schwuler Senioren e.V. Zuletzt abgerufen am 31.03.2018 von http://schwuleundalter.de/wp-content/uploads/2017/07/Gesundes-Altern-schwuler-Männer_Phil-Langer.pdf.

⁶ https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/DJI_Broschuere_ComingOut.pdf

⁷ https://www.ms.niedersachsen.de/download/9171/Dokumentation_Schwule_Jugendliche_Ergebnisse_zur_Lebenssituation_sozialen_und_sexuellen_Identitaet_.pdf

Alternativ (neuere Zahlen): 82% der Teenager in Deutschland werden diskriminiert (https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/DJI_Broschuere_ComingOut.pdf)

⁸ Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014): Leben als Trans* in der EU. Vergleichende Datenanalyse aus der EU-LGBT-Erhebung. Zusammenfassung, S. 3. Zuletzt abgerufen am 20.02.2019 von fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-being-trans-eu-comparative-summary_de.pdf.

Die ohnehin bestehende Angst vor Stigmatisierung, Diskriminierung, Ausgrenzung und Gewalt wird durch Konversionsbehandlungen eher verstärkt.

Insbesondere Kinder und Jugendliche können, wenn die Eltern sie zu einer solchen Behandlung drängen, nicht differenzieren, wenn hier Vorurteile perpetuiert werden.

5 Handlungsbedarfe sehen wir aus gesellschaftspolitischer Sicht

Aus fach-, familien- und gesellschaftspolitischer Sicht besteht Übereinstimmung mit dem BMG, dass es dringend notwendig ist, dass keine Konversionstherapien an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Hinblick auf sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität (Trans und Inter*) stattfinden.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollten **zwei politische Strategien gemeinsam verfolgt werden** a) die Frage nach einem gesetzlichen Verbot und b) die Frage nach möglichst auch gesetzlich verankerten gesellschaftspolitischen Begleitmaßnahmen – ähnlich diskutieren wir auch z.B. im Hinblick auf das im Koalitionsvertrag vorgesehene gesetzliche Verbot an Kindern geschlechtsverändernde Operationen vorzunehmen – denn ein Verbot alleine ändert nicht die Vorurteile und Ursachen.

5.1 Zum gesetzlichen Verbot

Ein gesetzliches Verbot sollte alle Menschen vor Konversionstherapien im oben definierten Sinn schützen und dabei insbesondere das Kindeswohl, das allgemeine Persönlichkeitsrecht und die Menschenwürde und die darin erhaltenen Rechte auf Selbstbestimmung im Hinblick auf sexuelle und geschlechtliche Identität adressieren. Bei der Formulierung der Norm bietet es sich ggf. an, an die Schutzgüter anzuknüpfen, damit ein umfassender Schutz für schwule, lesbische, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche Menschen geschaffen wird.

5.2 Gesellschaftspolitischen Begleitmaßnahmen

Jedes gesetzliche Verbot kann in der Praxis umgangen werden und hat primär erstmal eine Signal- und Abschreckungswirkung. Es muss daher vor allem auch weiterhin ein öffentliches Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit und ein nicht binär normierter intergeschlechtlicher Körper und eine diverse Geschlechtsidentität keine Krankheit oder Störung sind.

Wir schauen in unserer fachpolitischen Arbeit im BMFSFJ in erster Linie auf die Familien, wo die Frage (des Konversierens des eigenen Kindes) zuerst auftaucht.

Die staatliche Schutzpflicht für Minderjährige und Familienpolitik steht hier thematisch für das BMFSFJ im Vordergrund. Eltern, die Kinder oder Jugendliche ggf. vermeintlich gut meinend „heilen“ wollen und ggf. unwissentlich damit ihr Kind schädigen, brauchen gute und **verlässliche Informationen und Unterstützung**.

Das BMFSFJ hat ein Informationsangebot geschaffen unter **www.regenbogenportal.de**. Es handelt sich um ein Informations- und Wissensportal für LSBTI*-Personen, Angehörige aber auch Fachkräfte im Bildungs-, Gesundheits- oder Arbeitsmarktsektor. Das Portal bietet aber auch erstmalig einen bundesweiten und regionalen Überblick über Anlaufstellen zu Beratungs-, Freizeit- und Selbsthilfeangeboten.

Auch im Rahmen der Diskussionen, wie ein Verbot von geschlechtsverändernden Operationen an Kindern umgesetzt oder das Transsexuellengesetz reformiert werden sollte, setzt sich das BMFSFJ für die **Verbesserung von Informationsangeboten und Beratungsstrukturen** ein. Insofern wird auch auf **Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** hingewiesen, die hier wichtige Aufklärungsarbeit im Prozess leisten kann und weiterhin leisten sollte.

Wir haben 3 Jahre das Projekt des LSVD „Regenbogenfamilienkompetenz“ gefördert und für Modellprojekte zum Themenfeld „Abbau von Trans- und Homofeindlichkeit“ konnten im Bundesprogramm „Demokratie Leben“ Interessenbekundungen auf Zuwendungen abgegeben werden.

Wichtig erscheint familienpolitisch, dass Eltern, Kinder und Jugendliche bei einem „Coming-Out“ z.B. als lesbisch oder trans* oder einem Wunsch des intergeschlechtlichen Kindes mit einem nicht-binären Körper oder einer diversen Geschlechtsidentität zu leben, eine gute und unterstützende Beratung finden. Dann kommt die Idee, eine psychisch ggf. gefährliche und faktisch sinnlose Konversionsbehandlung könnte „heilen“ möglichst gar nicht erst auf.

Es braucht Wissen in der Bevölkerung darüber, dass die Betroffenen Personen sich an die Landes- oder Bundesärztekammer wenden können mit einer Beschwerde.

Es braucht Informationen darüber, wo es LSBTI*-Beratungsstellen gibt, die Adressen fachlich kompetenter Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen kennen.

Aus fachpolitischer Sicht erscheint es daher sinnvoll, neben einem gesetzlichen Verbot, Familien zu befähigen, Kinder und Jugendliche oder Eltern bei einem homosexuellen oder transgeschlechtlichen Coming Out zu stärken und Familienangehörigen eine positive Stärkung zu geben. Familiäre Unterstützung hat eine immense Bedeutung für die Entwicklung der Kinder- und Jugendlichen. Beratungsstrukturen können hier positive Steuerungswirkung entfalten. Diese Aspekte sollten bei den Überlegungen für eine gesetzliche Regelung einbezogen werden.

**Diskriminierungserfahrungen von LSBT*
und Bevölkerungseinstellungen**

–

Erkenntnisse der Antidiskriminierungsstelle des Bundes

– Niklas Hofmann –

Oberregierungsrat,
Referent Presse und politische Planung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Einleitung

Seit Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) im Jahr 2006 hat die Antidiskriminierungsstelle des Bundes in fast 1300 Fällen Menschen zu Diskriminierung aufgrund der sexuellen Identität beraten. Entsprechend dem begrenzten Geltungsbereich des AGG ging es dabei vor allem um Ungleichbehandlungen im Berufsleben und auf dem Arbeitsmarkt sowie beim Zugang zu Gütern und Dienstleistungen.

2015 meldete sich in der Beratung auch ein unmittelbar von einem „Konversionsversuch“ Betroffener. Der „Therapieversuch“ lag zu jenem Zeitpunkt bereits einige Jahre zurück. Der Betroffene hatte eine Therapie aufgrund von Angstzuständen begonnen. Der Therapeut versuchte später, sie auf seine Homosexualität auszuweiten, da er eine „verdrängte Heterosexualität“ vermutete. Der „Konversionsversuch“ führte zu einer Verschlechterung des psychischen Zustands des Betroffenen, zu Depressionen, Panikattacken und Suizidgedanken. Er brach die Therapie schließlich ab und verklagte den Therapeuten mehrere Jahre später. Ihm wurden in der ersten Instanz Schadenersatz und ein Schmerzensgeld zugesprochen; in der zweiten Instanz kam es zu einem der erstinstanzlichen Entscheidung entsprechenden Vergleich.

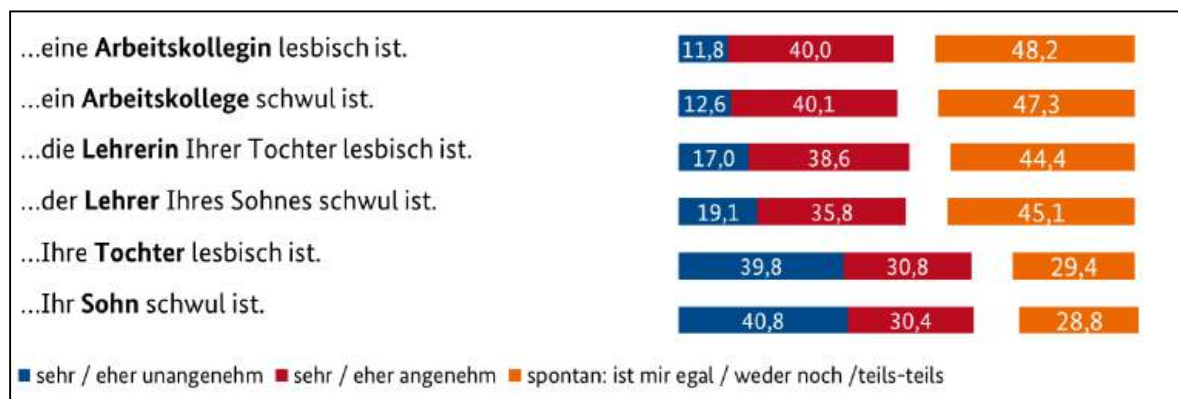
Der geschilderte Fall war der einzige einer vermeintlichen „Konversionstherapie“, der in der Beratung der Antidiskriminierungsstelle registriert worden ist. Den juristischen Berater*innen begegnen allerdings regelmäßig Vorfälle, aus denen die Geisteshaltung spricht, die sexuelle Orientierung oder die geschlechtliche Identität seien therapiebedürftig bzw. therapiefähig. Da kommt es zu Beleidigungen durch „Witze“ über eine „Umpolung“ von Betroffenen. Es ereignen sich Vorfälle, die eher in den Bereich der sexuellen Belästigung gehören. Und es gibt Fälle wie den eines Berufsschülers, dem vom Lehrer gesagt wird, er solle sich „professionelle Hilfe“ holen wegen seiner psychischen Belastungen – zu denen er explizit auch die sexuelle Identität zählt.

Zu den gesetzlichen Aufgaben der Antidiskriminierungsstelle gehört neben der Beratung von Betroffenen auch die Forschung zu Diskriminierung, ihren Wirkungen und den hinter ihr stehenden Vorurteilsstrukturen. Im Jahr 2017 hat die Antidiskriminierungsstelle die bevölkerungsrepräsentative Studie „Einstellungen

gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen“¹ von Prof. Dr. Beate Küpper u.a. in Auftrag gegeben und vorgestellt. Darin wurde untersucht, wie die Bevölkerung auf sexuelle Minderheiten blickt, auch Fragen zu Trans*phobie waren enthalten. Als ein zentrales Ergebnis zeigte sich, dass die so genannte klassische Homophobie, also die ganz offene Abwertung von nicht-heterosexuellen Lebensweisen beispielsweise als unmoralisch oder unnatürlich, im Vergleich zu früheren Jahrzehnten weiter abgenommen hat. Nur 12 Prozent der Befragten vertreten solche Auffassungen. Vergleichsweise weit verbreitet sind hingegen Ansichten, die einer modernen Homophobie zuzuordnen sind, wie etwa: „Homosexuelle sollen aufhören, so einen Wirbel um ihre Sexualität zu machen.“ Bei 25 Prozent sind vergleichbare Einstellungen zu finden. Außerdem stellte das Forschungsteam fest, dass Vorbehalte umso größer sind, je näher das Thema sexuelle Vielfalt dem persönlichen Lebensbereich rückt. Nur 12 Prozent der Befragten fänden es unangenehm, wenn eine Arbeitskollegin lesbisch ist, 17 Prozent stört es bei der Lehrerin ihrer Tochter, aber 40 Prozent bei der Tochter selbst. Bei schwulen Männern sind die Zahlen jeweils noch etwas höher.

2 Einstellungen in Abhängigkeit vom Kontext (Angaben in Prozent)

Wie fühlen sich die folgenden Situationen an? Sie erfahren, dass ...



Quelle: Küpper, Klocke, Hoffmann 2017

¹ Küpper, Beate; Klocke, Ulrich; Hoffmann, Lena-Carlotta (2017): Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Hrsg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

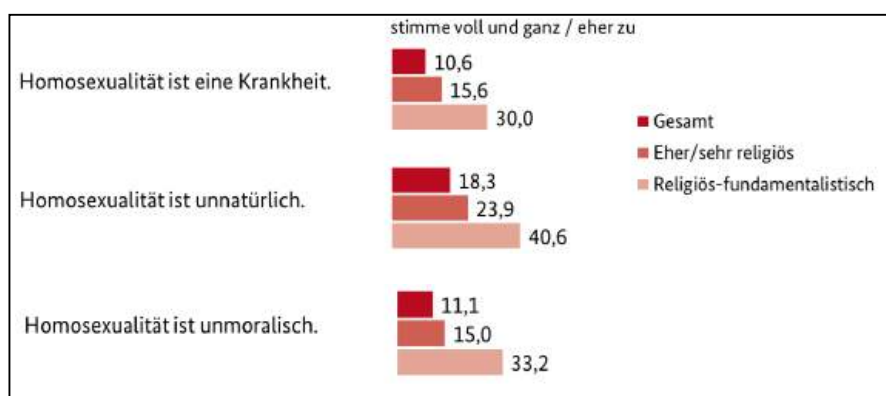
Blicken wir aber noch einmal auf die klassische Homophobie: Neben der Ablehnung gleicher Rechte zählen hier als Indikatoren unter anderem drei Aussagen:

- Homosexualität ist unmoralisch, das sagen fast 10 Prozent der Befragten,
- Homosexualität ist unnatürlich, das sagen 18 Prozent,
- und Homosexualität ist eine Krankheit, das sagen 11 Prozent.

Diese Zahlen mögen auf den ersten Blick erfreulich niedrig erscheinen. Wesentlich stärker sind abwertende Einstellungen aber in verschiedenen Teilgruppen verbreitet. Die klassische Homophobie ist bei Über-60-jährigen stärker ausgeprägt, bei Männern, in der (in sich sehr heterogenen) Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund, bei Befragten mit niedriger Schulbildung, auch bei Anhängern bestimmter politischer Parteien.

3 Einstellung zu Aspekten klassischer Homophobie

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?



Quelle: Küpper, Klock, Hoffmann 2017

Auffallend ist zudem der Zusammenhang mit Religiosität. Während etwa 11 Prozent aller Befragten in der repräsentativen Erhebung der Aussage zustimmen, dass Homosexualität eine Krankheit ist, tun das fast 16 Prozent derjenigen, die sich selbst als eher oder sehr religiös bezeichnen, und sogar 30 Prozent der fundamentalistisch geprägten Menschen, die ihre Religion als die einzig wahre ansehen – unabhängig davon, um welche Religion bzw. Konfession es sich handelt. Das gleiche Bild zeigt sich bei abwertenden Einstellungen gegenüber Trans*Personen, die 35,6 Prozent der

religiösen Fundamentalist*innen teilen, gegenüber 20,5 Prozent in der Bevölkerung insgesamt. Das deckt sich mit dem was der Kommission in ihren Sitzungen über die Präsenz von „Therapieangeboten“ gerade im religiös-fundamentalistischen Umfeld bekannt wurde.

Homophobe Einstellungen, die mit einer Vorstellung von Homosexualität als (von außen) veränderbar oder gar heilbar einhergehen, sind also bei einem signifikanten Teil der Bevölkerung nach wie vor wirksam, in manchen Teilbereichen der Gesellschaft könnten sie sogar prägend für den Umgang mit sexuellen Minderheiten sein.

Gesellschaftliche Haltungen bereiten oftmals den Boden für die Diskriminierung von Minderheiten. Die von der Antidiskriminierungsstelle und der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld geförderte Studie „Out im Office?!“² hat – ebenfalls 2017 – die Arbeitssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgeschlechtlichen Menschen untersucht. 67 Prozent der befragten lesbischen und schwulen Beschäftigten haben nach dem AGG verbotene Diskriminierung im Beruf erlebt, ebenso 54 Prozent der Trans*-Beschäftigten. Zu diesen Erfahrungen gehört in mehr als jedem zehnten Fall auch direkt arbeitsplatzrelevante Diskriminierung – also verweigerte Einstellungen, Versetzungen oder Kündigungen. Bei Trans*-Personen liegt die Zahl wesentlich höher; jede vierte Befragte erlebte arbeitsplatzrelevante Diskriminierung. 28 Prozent der lesbischen und schwulen Beschäftigten und 43 Prozent der Trans*Beschäftigten bekam am Arbeitsplatz unangemessene sexuelle Anspielungen mit, wozu auch Witze über das „Umpolen“ gehören. Und 28 Prozent der lesbisch-schwulen und 47 Prozent der Trans*-Beschäftigten erleben am Arbeitsplatz ein „Ignorieren“ ihrer sexuellen oder Geschlechtsidentität, worunter auch ein aktives Verleugnen durch Kolleg*innen und Vorgesetzte verstanden werden kann.

² Frohn, Dominic; Meinhold, Florian; Schmidt, Christina (2017): „Out im Office?!“ Sexuelle Identität und Geschlechtsidentität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz. Hrsg. v. IDA Institut für Diversity- & Antidiskriminierungsforschung.

4 Diskriminierungserfahrungen von LSBT*-Personen am Arbeitsplatz (Auswahl)

Diskriminierungserfahrungen	Lesbisch/ Schwul	Bisexuell	Trans*
Ignorieren der Person/ihrer sexuellen Identität bzw. der benannten Geschlechtsidentität	28,0 % (663)	31,1% (64)	46,9% (134)
Unangenehme sexuelle Anspielungen	28,0% (663)	28,8% (60)	42,8% (122)

Quelle: Frohn, Meinhold, Schmidt 2017

Aus der Arbeit vieler Beratungsstellen, aber auch aus der Betroffenenbefragung „Diskriminierungserfahrungen in Deutschland“³ der Antidiskriminierungsstelle ist zudem bekannt, dass homosexuelle und Trans*Personen zu den Gruppen gehören, die in Freizeit und Öffentlichkeit überdurchschnittlich häufig Beleidigungen, Bedrohungen oder gar körperlichen Angriffen ausgesetzt sind.

Die Antidiskriminierungsstelle kommt vor diesem Hintergrund zu dem Schluss, dass die Praxis der „Konversionsversuche“, nicht nur, wie in der Kommissionsarbeit deutlich wurde, schweren Schaden bei individuell Betroffenen anrichten kann, sondern auf gesellschaftlicher Ebene schädlich ist. Sie pathologisiert sexuelle und geschlechtliche Vielfalt und kann so diskriminierenden Haltungen und Handlungen Vorschub leisten. Die Antidiskriminierungsstelle geht davon aus, dass ein Verbot, also die gesellschaftliche Ächtung von „Konversionstherapien“, eine wichtige Signalwirkung für den Schutz von LSBT* vor Diskriminierung entfalten würde. Dabei sollte sowohl die sexuelle Orientierung als auch die geschlechtliche Identität berücksichtigt werden. Die Antidiskriminierungsstelle ist zudem überzeugt, dass sanktionsbewehrte gesetzliche Verbote eine einstellungsverändernde Wirkung haben können. Das ist nicht zuletzt einer der Grundgedanken hinter dem Diskriminierungsverbot des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes.

Um einen nachhaltigen Effekt zu erzielen, müssen gesetzliche Verbote jedoch durch Aufklärungs- und Bildungsmaßnahmen flankiert werden. In Schulen ist das nicht nur

³ Kalkum, Dorina; Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland anhand der sexuellen Identität. Ergebnisse einer quantitativen Betroffenenbefragung und qualitativer Interviews. Hrsg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

eine Aufgabe für den Sexualkundeunterricht, vielmehr sollte sexuelle und geschlechtliche Vielfalt fächerübergreifend abgebildet werden. Je selbstverständlicher diese Tatsachen des menschlichen Lebens vermittelt werden, desto weniger Raum gibt es für Ausgrenzung und Diskriminierung.

Die Widerstände in der Bevölkerung, die hiergegen teilweise ausgemacht werden, sind nach Erkenntnis der Antidiskriminierungsstelle bei weitem nicht so groß wie oft suggeriert wird. Die Untersuchung von Prof Dr. Küpper u.a. hat gezeigt, dass fast 90 Prozent der Menschen für Schulen das Ziel der Vermittlung von „Akzeptanz“ – und nicht nur „Toleranz“ – für nicht-heterosexuelle Menschen befürworten.

Staatliches Handeln gegen „Konversionsmaßnahmen“ und der Menschenrechtsschutz von LSBTI

– Dr. Petra Follmar-Otto –

Leiterin der Abteilung Menschenrechtspolitik Inland/Europa,
Deutsches Institut für Menschenrechte,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Einleitung

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“, so beginnt der erste Artikel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948, des Grundsteins des modernen Menschenrechtsschutzes.¹ Die Menschenrechte schützen jeden Menschen gleichermaßen. Dazu gehört auch der Schutz vor Diskriminierung und Gewalt wegen der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität, so hat es der UN-Menschenrechtsrat trotz nach wie vor bestehender Widerstände mehrfach bekräftigt.² Sonderberichterstatter_innen des UN-Menschenrechtsrates, UN-Fachausschüsse und das Hochkommissariat für Menschenrechte haben Konversionsmaßnahmen, d.h. den Versuch, durch vorgeblich therapeutische Maßnahmen auf die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität eines Menschen einzuwirken, als Menschenrechtsverletzung adressiert, wie unten näher ausgeführt wird.

Der vorliegende Beitrag ordnet das Thema Konversionsmaßnahmen im ersten Schritt normativ im Menschenrechtsschutzsystem ein (1.), um dann zu erörtern, welche staatlichen Handlungsverpflichtungen daraus auf nationaler Ebene folgen (2.). Um Menschen wirksam vor Konversionsmaßnahmen hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität zu schützen, stellt dabei ein Verbot nur einen Baustein in einem umfassenden menschenrechtlichen Ansatz dar. Abschließend wirft der Beitrag ein Schlaglicht darauf, welche Bedeutung ein entschiedenes Vorgehen Deutschlands gegen Konversionsmaßnahmen im Inland auch für die auswärtige Menschenrechtspolitik haben kann (3.).

¹ URL: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuell/70-jahre-aemr/artikel-der-allgemeinen-erklaerung-der-menschenrechte/>. (Alle Links zuletzt aufgerufen am 05.08.2019)

² UN-Menschenrechtsrat: Human Rights Council Resolution - Protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity (adopted on 30 June 2016), A/HRC/RES/32/2; Human Rights Council resolution - Human rights, sexual orientation and gender identity (adopted 26 September 2014) - A/HRC/RES/27/32; Human Rights Council resolution - Human rights, sexual orientation and gender identity (adopted 17 June 2011), A/HRC/RES/17/19. Dokumente abrufbar unter URL: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/LGBTUNResolutions.aspx>.

2 Konversionsmaßnahmen als Menschenrechtsverletzung

2.1 Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität in den Menschenrechtsverträgen

In den internationalen und europäischen Menschenrechtsverträgen findet sich nirgends ein explizites Verbot von Konversionsmaßnahmen bezüglich der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität. Das ist zunächst wenig überraschend, da die Menschenrechtsverträge allgemeine Normierungen enthalten – etwa das Folter- und Misshandlungsverbot oder das Recht auf Gesundheit –, die dann durch nationale oder internationale Gerichte oder durch zur Überwachung der Verträge berufene Fachausschüsse auf konkrete Gefährdungslagen und Verletzungshandlungen im Einzelfall angewendet werden.

Zwar sind die Rechte von LSBTI in den rechtsverbindlichen Menschenrechtsverträgen schwach normiert; sie wurden aber, befördert durch die Arbeit der Zivilgesellschaft, durch Rechtsprechung und die Praxis von Staaten und internationalen Organisationen in den vergangenen Jahrzehnten als Menschenrechte anerkannt:

So findet sich ein explizites Verbot der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität weder in den UN-Menschenrechtsverträgen noch in jenen des Europarats, genauso wenig wie in Artikel 3 des Grundgesetzes. Obwohl sowohl die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte als auch die Europäische Menschenrechtskonvention und das Grundgesetz in ihrer Entstehungsgeschichte als unmittelbare Reaktion auf die Menschheitsverbrechen des Nationalsozialismus zu lesen sind, wurde die Verfolgung und Vernichtung von Homosexuellen und Transgender auch in den Grund- und Menschenrechtsdokumenten tabuisiert und damit die andauernde staatliche und nichtstaatliche Repression und Verfolgung von LSBTI in der Nachkriegsgeschichte faktisch legitimiert.³ Bis heute weigern sich etliche Staaten, den Schutz vor Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität verbindlich festzuschreiben.

Mittlerweile ist durch die Rechtsprechung etwa des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte sowie durch die Auslegungspraxis der UN-Fachausschüsse aber unbestritten anerkannt, dass die in den Konventionen niedergelegten Menschenrechte frei

³ Zum Grundgesetz: Baer/ Markard in: Mangold/Klein/Starck Grundgesetz, 7. Auflage 2018, Art.3 Abs. 3 Rz. 388; zur AEMR: Hilsenrath/Hamilton (2018): Equality and the Universal Declaration of Human Rights: progress and challenges for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) equality, in: Ferstman et al. (Ed.): Contemporary Human Rights Challenges. The Universal Declaration of Human Rights and its Continuing Relevance. Oxon: Routledge, S. 55 f.

von Diskriminierung wegen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität gewährleistet werden müssen. Die Menschenrechte von LSBTI sind dementsprechend Gegenstand der Arbeit des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte⁴, der Menschenrechtskommissarin des Europarates⁵ sowie der EU-Grundrechteagentur⁶.

Was dies für die einzelnen Menschenrechte heißt, welche spezifischen Gefährdungslagen die Staaten zum Schutz der Menschenrechte von LSBTI aufgreifen müssen, das hat eine Gruppe führender Völkerrechtler_innen aus verschiedenen Weltregionen und Mandatsträger_innen in den UN- Menschenrechtsgremien im Jahr 2006 in den „Yogyakarta Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität“ systematisch aufgefächert.⁷ Auch wenn diese Prinzipien völkerrechtlich nicht verbindlich sind, gelten sie dank der Autorität und Diversität der beteiligten Personen als führende völkerrechtliche Lehrmeinung, die bei der Auslegung der Menschenrechtsverträge heranzuziehen ist, und haben großen Einfluss auf die Rechtspraxis von internationalen Gremien und Staaten gewonnen.⁸ Im Jahr 2017 wurden die Prinzipien um weitere Aspekte ergänzt, insbesondere hinsichtlich der Rechte transgeschlechtlicher, transsexueller und intergeschlechtlicher Menschen. In dieser Ergänzung wird auch erstmals das Thema Konversions„therapien“ aufgegriffen.

2.2 Positionen von Menschenrechtsgremien zu Konversions„therapien“

Bereits 2010 hatte der Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit Konversionsmaßnahmen als Verletzung dieses Rechts eingeordnet.⁹ Ein wesentlicher Schritt für die Einordnung von Konversionsmaßnahmen als Menschenrechtsverletzung war der vielbeachtete Bericht des UN Sonderberichterstatters gegen Folter, Mendez, zu Folter und Misshandlung in medizinischen Settings im Jahr 2013.¹⁰ Dort findet sich der Absatz:

⁴ URL: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/LGBT.aspx>

⁵ URL: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/thematic-work/lgbti>

⁶ URL: <https://fra.europa.eu/en/theme/lgbti>

⁷ URL: <http://yogyakartaprinciples.org>

⁸ O’Flaherty, Michael (2017): The Yogyakarta Principles at Ten, in: Hellebrecht, Anne (Ed.): Human Rights, Sexual Orientation and Gender Identity, Oxon: Routledge; Kämpf, Andrea (2015): Just head-banging won’t work. How state donors can further human rights of LGBTI in development cooperation and what LGBTI think about it. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte, S. 17 f.

⁹ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, UN-Dok. A/HRC/14/20.

¹⁰ Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, UN-Dok. A/HRC/22/53.

„Lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle und intersexuelle Menschen

88. Der Sonderberichterstatter ruft alle Staaten auf, alle Gesetze aufzuheben, die invasive und irreversible Behandlungen gestatten, einschließlich zwangsweiser geschlechtsnormalisierender Operationen, unfreiwilliger Sterilisation, unethischer Versuche, der Verwendung als medizinisches Anschauungsobjekt, „reparativer Therapien“ oder „Konversionstherapien“, sofern ohne die freie informierte Einwilligung der betroffenen Person durchgesetzt oder vorgenommen. (...)“¹¹

Damit werden Konversionsmaßnahmen in den Kontext schädigender medizinisch oder therapeutisch begründeter Maßnahmen an LSBTI gestellt, die ohne wirksame Einwilligung der betroffenen Person einen Verstoß gegen das Folter- und Misshandlungsverbot darstellen.

Diese Bewertung wurde in der Folge vom 2016 durch den UN-Menschenrechtsrat eingesetzten Unabhängigen Experten zum Schutz vor Diskriminierung und Gewalt aufgrund sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität übernommen. Er empfiehlt den Staaten, solche „Therapien“ gesetzlich zu verbieten.¹² Auch die Fachausschüsse zur UN-Anti-Folterkonvention¹³ und zum Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte¹⁴ übernehmen diese Wertung und haben in der Staatenberichtsprüfung einzelne Staaten aufgefordert, ein Verbot der Durchführung und Bewerbung solcher Maßnahmen zu erlassen und sicherzustellen, dass keine öffentlichen Gebäude für die Bewerbung oder Durchführung genutzt werden.

In den Staatenberichtsverfahren zu Deutschland wurde das Thema bislang nicht aufgegriffen, was sicherlich auch damit zu tun hat, dass den Ausschüssen bislang keine Informationen über Vorkommen und Ausmaß von Konversionsmaßnahmen in Deutschland vorgelegt wurden.¹⁵

¹¹ Ebd., S. 23; dieser Absatz wurde 2017 wörtlich in die Yogyakarta-Prinzipien+10 (Fn. 7) aufgenommen.

¹² Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, UN-Dok. A/HRC/38/43.

¹³ Committee against Torture: Concluding observations on the fifth periodic report of China, UN-Dok. CAT/C/CHN/CO/5, Ziff. 55 f.

¹⁴ Human Rights Committee: Concluding observations on the fourth periodic report of the Republic of Korea, UN-Dok. CCPR/C/KOR/CO/4, Ziff. 15.

¹⁵ Für NGOs bieten die anstehenden Prüfungen Deutschlands vor dem UN-Menschenrechtsausschuss und dem UN-Kinderrechtsausschuss Gelegenheit dafür, den Ausschüssen durch Parallelberichte Informationen zu Konversionsmaßnahmen in Deutschland zu Verfügung zu stellen. Nähere Informationen zu den Verfahren und zu Beteiligungsmöglichkeiten für NGOs: www.institut-fuer-menschenrechte.de.

Konversionsmaßnahmen werden im internationalen Menschenrechtsschutzsystem somit klar als Menschenrechtsverletzung eingeordnet, wobei sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und körperliche Geschlechtsmerkmale zusammengedacht werden.

3 Nationale Ebene: Welche staatlichen Pflichten resultieren aus den menschenrechtlichen Vorgaben?

3.1 Verpflichtungsdimensionen: Achtung, Schutz und Gewährleistung

Die Menschenrechte gebieten also staatliches Handeln, um Menschen wirksam vor Angriffen auf ihre sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität durch Konversionsmaßnahmen zu schützen. Diese menschenrechtliche Verpflichtung richtet sich an Deutschland als Vertragsstaat der verschiedenen Menschenrechtsverträge. Die Verpflichtungen und Rechte aus den von Deutschland ratifizierten Verträgen sind völkerrechtlich verbindlich und können die Grundlage für individuelle Rechtspositionen aller Menschen unter deutscher Hoheitsgewalt bilden. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sind sie zur Auslegung nationalen Rechts heranzuziehen, auch zur Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte des Grundgesetzes.¹⁶

Menschenrechte geben dabei das Ziel vor, das der Staat erreichen soll (hier: den wirksamen Schutz vor Konversionsmaßnahmen). Bei der Wahl der Mittel zur Erreichung dieses Ziels hat der Staat einen Handlungsspielraum. Allerdings müssen die ergriffenen Maßnahmen wirksam sein, und der Staat muss die verschiedenen Verpflichtungsdimensionen der Menschenrechte berücksichtigen, nämlich die Achtung, den Schutz und die Gewährleistung der Rechte.

Die **Achtungspflicht** bedeutet, dass der Staat nicht durch eigenes Handeln Menschenrechte verletzen darf. Bezogen auf Konversionsmaßnahmen heißt dies erstens, dass solche Maßnahmen dürfen nicht durch staatliche Akteure ausgeführt oder befördert werden dürfen. Zweitens muss der Staat auch sicherstellen, dass er durch gesetzliche Regelungen nicht zu einer erhöhten Vulnerabilität von LSBTI für solche Maßnahmen beiträgt. Regelt der Gesetzgeber etwa eine Beratungspflicht für die Veränderung des personenstandsrechtlichen Geschlechtseintrag¹⁷, muss er zugleich sicherstellen, dass

¹⁶ Ständige Rechtsprechung; BVerfGE 74, 358 (370); 111, 307 (317); BVerfG 2 BvR 882/09 vom 23.03.2011, Rn. 52; 2 BvR 2365/09 vom 04.05.2011, Rn. 86.

¹⁷ Vgl. den Referentenentwurf des GeschlechtseintragsänderungsG, Stand 08.05.2019.

Berater_innen ausgeschlossen werden, die Konversionsmaßnahmen propagieren oder durchführen. Andere Beispiele für die Achtungspflicht sind der Ausschluss der Kostenübernahme für solche Angebote im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, oder die Nichtzulassung von Anbietern in staatlichen Bildungseinrichtungen.

Die **Schutzpflicht** erfordert, dass der Staat wirksam vor Rechtsverletzungen durch Dritte schützt. Zentraler Bestandteil der Schutzpflicht bei Konversionsmaßnahmen ist das strafrechtliche Verbot dieser Praktiken und die wirksame Strafverfolgung. Hinsichtlich erwachsener Opfer ist dabei zu prüfen, ob eine umfassende Strafbarkeit als Körperverletzung bereits nach geltendem Recht gegeben ist. Hinsichtlich Kindern und Jugendlichen als Opfer sollte ein familienrechtliches Einwilligungsverbot für die Eltern, analog zum Verbot der Einwilligung in eine Sterilisation, geprüft werden. Damit die Strafverfolgung bei bestehender Strafbarkeit auch tatsächlich effektiv ist, müssen Strafverfolgungsbehörden und Gerichte durch Fortbildung für Konversionsmaßnahmen und ihre schädigenden Folgen sensibilisiert werden. Auch ein Verbot des Bewerbens und Anbietens solcher Maßnahmen ist Teil der Schutzpflicht und könnte etwa im Ordnungswidrigkeitenrecht geregelt werden.

Die **Gewährleistungspflicht** schließlich verpflichtet den Staat, die Rahmenbedingungen dafür bereitzustellen, dass Menschen ihre Rechte auch tatsächlich wahrnehmen können. Hierzu gehören zum Beispiel Informations- und Beratungsangebote für LSBTI und ihre Familien, aber auch zugängliche Beschwerdewege und die Sensibilisierung von Beschwerdegruppen, etwa in ärztlichen/ therapeutischen Selbstverwaltungskörperschaften und den Religionsgemeinschaften.

3.2 Schutzzumfang: Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität

Im politischen Diskurs scheint bislang offen, ob das angestrebte Verbot lediglich Konversionsmaßnahmen umfassen soll, die auf eine Veränderung der sexuellen Orientierung abzielen, oder ob auch Maßnahmen einbezogen werden sollen, die auf eine Veränderung der selbst empfundenen Geschlechtsidentität abzielen.¹⁸

¹⁸ Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Ahndung von Behandlungen mit dem Ziel der Änderung der sexuellen Orientierung bei Minderjährigen, BT-Drs: 19/7932(neu) vom 20.02.2019; Entschließung des Bundesrates - Akzeptanz und Wertschätzung statt Pathologisierung und Diskriminierung: Menschen in ihrer sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität stärken – „Konversionstherapien“ verbieten, BR-Drs. 161/19 vom 04.04.2019; Pressemitteilung des

Praxisberichte zeigen, dass Anbieter von Konversionstherapien auf die „Korrektur“ von Abweichungen von einer binären, heteronormativen Geschlechterordnung abzielen, also sowohl auf sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität.¹⁹ Aus grund- und menschenrechtlicher Sicht muss das Verbot von Konversionsmaßnahmen daher auf sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität erstreckt werden: Beide Aspekte genießen gleichermaßen Grund- und Menschenrechtsschutz, für beide liegt eine faktische Gefährdungslage vor, und zwingende Gründe für eine differenzierende Behandlung sind nicht ersichtlich. Die Regelung eines Verbots ist auch unproblematisch möglich, ohne dabei auf das derzeit ebenfalls laufende Gesetzgebungsverfahren zur Regelung des Transsexuellenrechts vorzugreifen.

Die freie, selbstbestimmt ausgelebte sexuelle Orientierung und die selbstempfundene Geschlechtsidentität sind als Teil des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz) und des Rechts auf Privatleben (Art. 8 Europäische Menschenrechtskonvention) geschützt.²⁰ Als Elemente der gleichberechtigten geschlechtlichen Selbstbestimmung fallen sie zudem unter den Schutz des Diskriminierungsverbotes.²¹ Geschützt sind dabei sowohl das Recht auf Selbstbestimmung der individuellen Identität und auf deren Darstellung nach außen (Schutz der Identität) als auch der Schutz der Intimsphäre vor ungewollter Offenbarung (Schutz der Integrität).

Die Rechtsprechung zur Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität wird aus der Perspektive der Queer Theory dafür kritisiert, dass sie mit essenzenialisierenden Kategorienbildungen wie „homosexuell“ und „transsexuell“ arbeitet.²² Dadurch könne die Schutzintention in ihr Gegenteil verkehrt werden, indem Menschen gezwungen werden, sich in die gebildeten Schutzkategorien einzupassen, damit ihnen der Schutz nicht versagt wird. Um dies zu vermeiden, ist der Rückbezug auf das Ziel des Diskriminierungsverbotes, den Schutz vor strukturellen

Bundesgesundheitsministeriums vom 11.06.2019, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/2-quartal/kommission-verbot-konversionstherapien.html>.

¹⁹ Vortrag Hartmut Rus, Netzwerk „Mission Aufklärung“, URL: <http://www.mission-aufklaerung.de>

²⁰ Starck in v. Mangoldt/Klein/Starck, Grundgesetz, Art. 2, Rz. 108-110; Meyer-Ladewig/ Nettesheim/ v. Raumer: EMRK. Handkommentar. 4. Auflage 2017, Art. 8 Rz. 24 ff.

²¹ Baer/Markard (Fn. 3), Rz. 452 ff. und 456 ff.

²² Gonzalez-Salzberg, Damian A (2019): *Sexuality & Transsexuality under the European Convention on Human Rights. A Queer Reading of Human Rights Law*. Oxford: Hart Publishing; Otto, Dianne (2017): *Queering gender (identity) in international law*, in: Hellum, Anne (Fn. 9).

Diskriminierungsgefährdungen²³, hilfreich. Es geht also darum, zu ermitteln, für welche Personen strukturelle Gefährdungslagen für die schädigenden Auswirkungen von Konversionsbehandlungen bestehen – dies sind alle Menschen, die von der Erwartungen einer binären, heteronormativen Geschlechterordnung abweichen.

Ein unterschiedlicher Schutzzumfang bezogen auf die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität rechtfertigt sich auch nicht dadurch, dass das Geschlecht (anders als die sexuelle Orientierung) als Kategorie im Personenstandsregister erfasst wird. Wie der Staat die Voraussetzungen personenstandsrechtliche Eintragung und Änderung des Geschlechtseintrags regeln sollte - durch Begutachtung, Beratungsnachweis oder auf der Basis einer Selbsterklärung -, ist derzeit politisch umstritten. Für die Frage des Verbots von Konversionsmaßnahmen bezüglich der Geschlechtsidentität ist diese Frage jedoch irrelevant:

Auch bei der derzeit noch geltenden Begutachtungspflicht nach dem Transsexuellengesetz²⁴ geht es nach dem Gesetzeszweck allein um die *Feststellung* der selbst empfundenen Geschlechtsidentität als Grundlage für die personenstandsrechtliche Eintragung, nicht aber um eine *Einwirkung* auf die Geschlechtsidentität oder gar deren Veränderung.²⁵ Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Nichtannahmebeschluss zur Gutachtenpflicht im Transsexuellengesetz vom Oktober 2017 festgehalten, dass die Grundrechte der Betroffenen der inhaltlichen Ausrichtung der Begutachtung Grenzen setzen. Insbesondere „darf das Gutachtenverfahren nach § 4 Abs. 3 TSG nicht dazu genutzt werden, die Betroffenen zu einer therapeutischen Behandlung ihrer (als vermeintliche Krankheit begriffenen) Transsexualität hinzuführen“.²⁶

4 Bedeutung eines Verbots für die auswärtige Menschenrechtspolitik

Die Bundesregierung bezeichnet den Einsatz gegen Diskriminierung von LSBTI als eine der Säulen der auswärtigen Menschenrechtspolitik, sowohl multilateral in den UN als auch in der bilateralen Außen- und Entwicklungspolitik.²⁷ Seit einigen Jahren wird dieses

²³ BVerfG, Beschluss vom 10. Oktober 2017, 1 BvR 2019/16, Rz. 59.

²⁴ Siehe allerdings zur Kritik an den dem Transsexuellengesetz zugrundeliegenden Vorannahmen, die wissenschaftlich überholt sind, etwa Adamietz, Laura/Bager, Katharina (2017): Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen. BMFSFJ: Berlin.

²⁵ BVerfG, Beschluss vom 17. Oktober 2017, 1 BvR 747/17, Rz. 9f.

²⁶ BVerfG, Beschluss vom 17. Oktober 2017, 1 BvR 747/17, Rz. 12.

²⁷ Zur Entwicklungspolitik vgl. Kämpf (Fn. 8).

Handlungsfeld im Aktionsplan Menschenrechte der Bundesregierung fortgeschrieben.²⁸ Im Nationalen Aktionsplan gegen Rassismus und Ideologien der Ungleichwertigkeit von 2017 verpflichtet sich die Bundesregierung, in Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft ein LSBTI-Inklusionskonzept für die Auswärtige Politik und die Entwicklungszusammenarbeit zu initiieren.²⁹ Die Europäische Union hat 2013 eine Außenpolitische Leitlinie zum Schutz und zur Förderung von LSBTI-Rechten verabschiedet.³⁰ Auf UN-Ebene ist Deutschland Mitglied in der LGBTI Core Group, einer informellen überregionalen Gruppe von Staaten und Nichtregierungsorganisationen, die sich in den UN für LSBTI-Rechte einsetzen, sowie der intergouvernementalen Equal Rights Coalition³¹. In all diese Foren und Prozesse kann die Bundesregierung das Thema Kampf gegen Konversionsmaßnahmen verstärkt hineintragen, wenn sie auf ihre Maßnahmen auf nationaler Ebene Bezug nehmen kann. Sie könnte damit die zunehmenden Anstrengungen unterstützen, eine globale Verurteilung dieser Praktiken auf internationaler und nationaler Ebene zu erreichen.³²

Das Engagement für LSBTI-Rechte in der auswärtigen Politik ist umso wichtiger, je mehr die Legitimität des internationalen Menschenrechtsschutzsystems und multilateralen Handelns insgesamt von Staaten in Zweifel gezogen und angegriffen wird. Menschenrechte sind keine selbstverständliche Erfolgsgeschichte; sie müssen immer wieder neu begründet und verteidigt werden. Der Druck auf Menschenrechte und Räume der Zivilgesellschaft betrifft als allererstes vulnerable Gruppen. Die internationale Glaubwürdigkeit Deutschlands in der Menschenrechtspolitik hängt dabei auch vom eigenen Handeln auf nationaler Ebene ab.

²⁸ Aktueller Aktionsplan Menschenrechte (2019/2020) im 13. Bericht der Bundesregierung über ihre Menschenrechtspolitik, S. 254; URL: <https://www.auswaertiges-amt.de/blob/2189116/e54af63a9686a57a1487a65df98b9bff/190213-mrb-13-download-data.pdf>.

²⁹ Nationaler Aktionsplan gegen Rassismus. Positionen und Maßnahmen zum Umgang mit Ideologien der Ungleichwertigkeit und den darauf bezogenen Diskriminierungen; URL: <https://www.bmfsfj.de/blob/116798/5fc38044a1dd8edec34de568ad59e2b9/nationaler-aktionsplan-rassismus-data.pdf>

³⁰ URL: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/EN/foraff/137584.pdf

³¹ URL: https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/human_rights-droits_homme/coalition-equal-rights-droits-egaux.aspx?lang=eng.

³² Aktueller weltweiter Überblick in: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (2019): State-Sponsored Homophobia 2019. 13th Edition. ILGA: Geneva, S. 26 und 269 ff.

5 Fazit

Konversionsmaßnahmen, also der Versuch, durch vorgeblich therapeutische Maßnahmen auf die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität eines Menschen einzuwirken, stellen eine Menschenrechtsverletzung dar. Diese Form der Misshandlung von LSBTI hat in den vergangenen Jahren zunehmende Aufmerksamkeit bei internationalen Menschenrechtsgremien gewonnen, und auf nationaler Ebene haben Regierungen begonnen, mit Verboten und weiteren Maßnahmen gegen solche Praktiken vorzugehen.

Das menschenrechtliche Ziel ist, Menschen wirksam vor Angriffen auf ihre sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität und somit vor Konversionsmaßnahmen und ihren schädlichen Folgen zu schützen. Erforderlich ist deshalb ein Gesamtkonzept, das die staatliche Achtungs- und Schutz- und Gewährleistungspflicht umfasst. Neben einem Verbot als zentralem Baustein gehören dazu auch Informations- und Beratungsangebote für LSBTI und ihre Familien, die Sensibilisierung von Berufsgruppen in der Bildung, in Medizin und Psychologie und in Strafverfolgung und Justiz, sowie die Schaffung zugänglicher Beschwerdewege für Betroffene. Der Schutzzumfang aller Maßnahmen muss sich dabei auf sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität gleichermaßen erstrecken.

LSBTI* wirksam vor „Konversionsversuchen“ schützen
—
**Rechts- und gesellschaftspolitische Anforderungen
an staatliches Handeln**

– Gabriela Lünsmann –

Rechtsanwältin und Fachanwältin für Familienrecht,
Bundesvorstand Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e.V.,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Vorbemerkungen

Das Verhältnis von lesbischen Frauen, schwulen Männern und trans* sowie inter*geschlechtlichen Menschen zur Medizin ist historisch wie aktuell betrachtet schwierig. Es ist geprägt durch Hybris und Pathologisierung auf der einen, sowie leidvolle Erfahrung und Misstrauen auf der anderen Seite. Die sog. Konversions- oder Reparativtherapien, die Gegenstand der Arbeit dieser Fachkommission sind, begründen dieses Misstrauen einmal mehr.

Der LSVD begrüßt die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums ebenso, wie die gemeinsame Bundesratsinitiative der Länder Hessen, Berlin, Bremen, Saarland und Schleswig-Holstein. Es ist erfreulich, dass deren Antrag aus der Befassung in den Ausschüssen am vergangenen Freitag mit einer uneingeschränkten Beschlussempfehlung an den Bundesrat hervorging. Dies zeigt, dass es inzwischen im politischen Betrieb einen über Parteigrenzen hinaus getragenen Konsens zu den Rechten von Lesben, Schwulen und Bisexuellen, sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen gibt. Dies war vor einigen Jahren noch nicht der Fall; damals scheiterte ein ähnlicher Antrag.

Dennoch muss hier auch gesagt werden, dass die Zeit für politisches Handeln zu diesem Thema längst reif ist! Der LSVD fordert nicht seit Jahren, sondern seit Jahrzehnten wirksame politische Intervention gegen sog. Konversionstherapien; insbesondere zum Schutz von homo- und bisexuellen sowie trans* und inter*geschlechtlichen Minderjährigen!

2 Rechtliche Einordnung

Die sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität des Menschen gehören nach Internationalen Menschenrechtsstandards zum Kern der Persönlichkeit und sind untrennbarer Bestandteil der Menschenwürde. Dies hat auch das Bundesverfassungsgericht in einer ganzen Reihe von Entscheidungen in großer Differenziertheit immer wieder betont.

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Der Artikel 1 unserer Verfassung ist keine leere Floskel. Er ist vielmehr Ausdruck einer bewussten Verpflichtung auf unverletzliche und unveräußerliche Menschenrechte als nicht verhandelbare Grundlage des gesellschaftlichen Zusammenlebens in diesem Land.

Auf dieser Grundlage haben Lesben, Schwule und Bisexuelle sowie trans* und inter*geschlechtliche Menschen ein Recht auf Diskriminierungsschutz. Dieses Recht umfasst den Schutz ihrer körperlichen und seelischen Unversehrtheit und vor allem auch den Schutz davor, dem Versuch der Änderung ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer geschlechtlichen Identität ausgesetzt zu sein.

Denn der Versuch, durch sog. Konversionstherapien die sexuelle Orientierung oder die geschlechtliche Identität zu ändern, ist – und das muss in aller Deutlichkeit gesagt werden – nichts Geringeres als eine Menschenrechtsverletzung

3 Medizinische Einordnung

Der Versuch der Befürworter und Anbieter solche Therapien medizinisch zu rechtfertigen, ist längst wissenschaftlich gescheitert. Jedenfalls an dieser Stelle ist Teilen der medizinischen Wissenschaft zu attestieren, dass sie der Politik voraus sind.

Die Streichung von Homosexualität aus der Liste psychischer Erkrankungen durch die Weltgesundheitsorganisation WHO liegt mehr als ein Vierteljahrhundert zurück. In der neusten Auflage des internationalen Diagnoseschlüssels für Krankheiten ICD 11, der im Juni 2018 veröffentlicht wurde, ist nun auch Transgeschlechtlichkeit endlich nicht mehr als Störung der Geschlechtsidentität und als mentale Erkrankung klassifiziert. Bereits 1992 stellte die Weltgesundheitsorganisation mit sehr deutlichen Worten klar, dass gleichgeschlechtliche Sexualität weder eine Krankheit noch moralisch verwerflich ist und dass Versuche, die soziosexuelle Orientierung zu ‚reparieren‘, nichts anderes darstellen, als psychologisch verbrämte soziale und religiöse Vorurteile. Alle weltweit führenden psychiatrischen und psychologischen Fachgesellschaften lehnen solche fälschlicherweise als „Therapien“ bezeichneten Versuche ab und stufen sie als unwirksam und potenziell gefährlich für die Ratsuchenden ein.

Der Weltärztebund distanzierte sich 2013 auf Initiative der deutschen Bundesärztekammer und der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie deren britischer und französischer Partnerorganisationen, klar von jeder Pathologisierung von Homo- und Transsexualität und stellte fest, dass sog. Konversionstherapien unethisch und menschenrechtswidrig sind.

Die Berufsorganisationen stellten damit in erfreulicher Unmissverständlichkeit klar, dass Mediziner*Innen und Psycholog*Innen, die sog. Konversionstherapien anbieten,

sich weit jenseits der Position aller einschlägigen Fachverbände, der Bundesärztekammer und des Weltärztebundes bewegen.

Doch trotz der beschriebenen Erkenntnisse gibt es weiterhin Ärzt*innen, Therapeut*innen, und Verbände, die die Auffassung vertreten, es handle sich bei Homo-, Bi- und Transsexualität um psychische Störungen oder Krankheitsbilder, die mit entsprechenden Interventionen „geheilt“ oder gezielt „verändert“ werden könnten. Offen oder auch verdeckt werden von fragwürdigen Einrichtungen in medizinischen wie religiösen Kontexten weiter Konversions- oder Reparativtherapien beworben, angeboten und durchgeführt.

Die Verwendung des Begriffs „Therapie“ ist hierbei jedoch irreführend. Es handelt sich vielmehr um Versuche von teils selbst erklärten, teils aber auch zugelassener Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen oder religiösen Verfechtern, Homosexualität von Klient*innen in asexuelles oder heterosexuelles Verhalten umzuwandeln. Diese Angebote richten sich vor allem an Menschen aus konservativ-religiösen Lebensumfeldern, die aufgrund von Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen mit ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität in Konflikt geraten. Sie sind deshalb besonders verletzlich und empfänglich für solche scheinbaren Hilfsangebote, die eine Identitätsänderung versprechen und vorgeben, einen vermeintlich „normalen“ Zustand herzustellen.

Diese Betroffenen erleben ihre eigenen Gefühle oft als Widerspruch zu ihrer religiösen Überzeugung und erhoffen sich von diesen Therapien aufgrund verinnerlichter Homo- oder Trans*Phobie eine Veränderung. Statt sie jedoch darin zu bestärken, sich so anzunehmen wie sie sind, werden ihnen in dort falsche Hoffnungen gemacht und es werden Schuld, Selbsthass und Scham begünstigt - mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen.

Schwer tun sich Ärzt*innen auch noch mit der Thematik von Trans* Kindern im Bereich der Pädiatrie; hier wird in Fachartikeln und Lehrbüchern leider noch immer die Auffassung vertreten, dass rollenkonformes Verhalten durch Sanktionierung von Abweichungen gefördert werden könne und dass durch Abwarten der Pubertät eine sog. „Versöhnung mit dem Geburtsgeschlecht“ erreicht werden könne. Dies führt bei ohnehin verunsicherten Eltern dazu, dass die Leidtragenden dieser fachwissenschaftlich nicht begründeten Auffassung schließlich die Kinder sind, denen oft noch mehr als älteren Jugendlichen jedes Mitspracherecht verwehrt wird.

Es besteht daher dringender Handlungsbedarf, denn therapeutische Interventionen mit dem Ziel der Änderung der sexuellen Orientierung oder der geschlechtlichen Identität

sind nicht nur erfolglos. Sie sind erwiesenermaßen für die Betroffenen schädlich und gefährlich. Gerade bei Kindern und Jugendlichen führen solche Interventionen zu schwerwiegenden psychischen Belastungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und zu einem erhöhten Suizidalitätsrisiko. Dies ist umso alarmierender, als LSBT*I-Jugendliche aufgrund von Diskriminierungserfahrungen ohnehin bereits ein im Verhältnis zu ihrer altersentsprechenden Vergleichsgruppe 3-fach erhöhtes Suizidrisiko haben.

Die wissenschaftlichen Grundlagen, die hier politisches Handeln nicht nur legitimieren, sondern zwingend erfordern, sind langjährig bekannt!

4 Notwendige Rechtliche Maßnahmen

Es besteht rechtlicher und – wie später auszuführen sein wird - auch gesellschaftspolitischer Handlungsbedarf. Denn die Sicherstellung des psychischen und physischen Wohlergehens von LSBTI* Personen und der Schutz vor Schäden durch Konversionstherapien sind Aufgabe des Staates.

4.1 Einwilligungsfähige Volljährige

Konversionstherapien an einwilligungsfähigen Volljährigen sind nach den gängigen medizinrechtlichen Grundsätzen zu beurteilen: Jede medizinische Behandlung hat bereits nach geltendem Recht mehrere Voraussetzungen: Sie bedarf

1. einer Diagnose,
2. eines Therapieziels,
3. einer indizierten Behandlung, die geeignet ist, das Therapieziel zu erreichen und
4. einer informierten Einwilligung des Betroffenen nach umfassender Aufklärung.

Konversionstherapien erfüllen keine dieser Voraussetzungen!!! Da weder einer gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung, noch Trans* oder Inter*geschlechtlichkeit ein Krankheitswert zukommt, fehlt es bereits an einer Diagnose.

Die Änderung der sexuellen Orientierung und der geschlechtlichen Identität ist aufgrund ihres Charakters als Bestandteil der Persönlichkeit kein zulässiges Behandlungsziel. Zudem kann das vorgegebene Ziel mit der Behandlung aus wissenschaftlicher Sicht auch nicht erreicht werden. Schließlich wird es regelmäßig selbst bei grundsätzlich

einwilligungsfähigen Volljährigen an einer wirksamen Einwilligung fehlen, da die wirksame Einwilligung eine umfassende Aufklärung über die Erreichbarkeit der Behandlungsziele und die möglichen schädlichen Nebenwirkungen voraussetzt. Eine sog. Konversionstherapie kann als medizinische Behandlung daher niemals indiziert sein und es wird regelmäßig an einer wirksamen Einwilligung fehlen.

Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Heilpraktiker*innen, die diese Behandlungen dennoch durchführen, machen sich wegen Körperverletzung, gefährlicher Körperverletzung oder – bei einem durch die Konversionstherapie bedingten Suizid - wegen Körperverletzung mit Todesfolge strafbar. Betroffene können bereits nach geltendem Recht Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche geltend machen. Dies zeigt, dass der Aufklärung über die Unzulässigkeit solcher Therapien besondere Bedeutung zukommt für die Befähigung der Betroffenen zur Wahrnehmung ihrer Rechte.

Gleichzeitig verstoßen alle genannten Berufsgruppen mit der Durchführung von sog. Konversionstherapien gegen geltendes Berufsrecht. Für die Ächtung dieser Therapien ist es jedoch erforderlich, dass die Berufsverbände ihrerseits ebenfalls Aufklärung betreiben und die ihnen zu Gebote stehenden Sanktionen auch anwenden.

Problematisch und rechtlich äußerst schwer zu fassen bleibt allerdings die Sanktionierung von Therapieangeboten durch Seelsorger*innen, durch nicht förmlich qualifizierte Berater*innen und andere Laien. Hier könnte der vom Bundesverband der Psychotherapeut*innen vorgestellte Gedanke der Verankerung einer Regelung zum Schutz vor Eingriffen in die sexuelle Orientierung durch psychologische Laien im Antidiskriminierungsrecht des AGG evtl. weiterentwickelt werden.

4.2 Minderjährige

Besonderes Augenmerk muss dem Schutz von Minderjährigen gelten: Zu ihrem Schutz ist ein ausdrückliches strafbewährtes Verbot von Konversionstherapien erforderlich; das Wächteramt des Staates über das Kindeswohl gebietet dies, zumal die Durchführung von Konversionstherapien an Jugendlichen regelmäßig unter Beteiligung von deren Eltern stattfindet. Ein solches Verbot sollte neben der Durchführung auch die Vermittlung dieser Therapien und die Werbung dafür umfassen.

Besondere Aufmerksamkeit muss zudem Trans* Kindern zuteilwerden. Sie sind in einer besonderen Situation, weil sie sich in noch größerer Abhängigkeit befinden, als dies bei Jugendlichen der Fall ist. Konversionsversuche erleben sie bereits dann, wenn frühe

Rollenwechsel von Eltern, KinderärztI*nnen und dem sonstigen Umfeld unterbunden und sanktioniert werden. Hier ist es dringend notwendig, neben einem Verbot geeignete Beratungsangebote für Kinder und Eltern einzurichten und nachhaltig zu sichern.

Ein Verbot von Konversionsversuchen an LSBTI* Kindern und Jugendlichen bedarf zudem einer familienrechtlichen Verankerung, indem eine Einwilligung in Konversionsversuche grundsätzlich auch im Rahmen der elterlichen Sorge ausgeschlossen ist.

Weiter sollten andere besonders vulnerable Gruppen in eine solche Regelung einbezogen werden; hier sind insbesondere Heranwachsende und Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Blick zu nehmen. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen könnte eine Regelung im Betreuungsrecht denkbar sein, welche die Einwilligung in eine Konversionstherapie grundsätzlich ausschließt.

4.3 Sonstige Rechtsgebiete

Aus Sicht des LSVD bedarf es für die effektive Ächtung neben dem genannten Verbot der Konversionstherapien für Minderjährige eines umfassenden Maßnahmenpakets:

Die Unzulässigkeit der Kostenerstattung für solche „Therapien“ nach dem Sozialgesetzbuch SGB V im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sollte selbstverständlich sein; hier sind die Krankenversicherungen allerdings zusätzlich gehalten, sicherzustellen, dass eine Vergütung nicht über den Umweg anderer Diagnosen stattfindet. Mit den genannten Regelungen einhergehen muss eine öffentliche Positionierung zu Konversionstherapien im Bereich der schulischen Bildung. Anders als zuletzt an Grundschulen in Sachsen, dürfen Schulen keine Plattform bieten für die Betätigung christlich -fundamentalistischer Vereine, die bekannt dafür sind, dass sie für Konversionstherapien werben und diese vermitteln. Schließlich darf es keinerlei öffentliche Förderung für Institutionen geben, die Konversionstherapien anbieten oder empfehlen. Auch dürfen Organisationen, die Konversionstherapien anbieten, vermitteln oder fördern keine Anerkennung als gemeinnützig genießen. Ebenso ist ein eventueller Status als freier Träger der Jugendhilfe mit der Befürwortung von Konversionstherapien nicht vereinbar. Darüber hinaus sollten Organisationen, die Konversionstherapien befürworten über eine Unvereinbarkeitsklausel mit dem Ausschluss aus Wohlfahrtsverbänden rechnen müssen, wie dies bereits in Fall des Ausschlusses eines Vereins aus dem DPWV geschehen ist.

5 Homo- und Transphobie

Neben den genannten Einzelmaßnahmen ist es aus Sicht des LSVD dringend erforderlich, auch die Ideologie zu adressieren, die hinter der Verbreitung und Förderung von sog. Konversionstherapien steht und die sich durch eine ausgeprägte Homo- und Transphobie auszeichnet. Konversionstherapien sind Ausdruck gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit.

In diesem Sinne greifen sie nicht nur LSBTI* an, sondern sind ihrem Charakter nach zutiefst demokratiefeindlich. LSBTI*-Feindlichkeit ist eine Ideologie der Ungleichheit, welche die Abwertung von Menschen zum Inhalt hat. Sie erfährt permanent Bestätigung, solange der Staat Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans*, inter* geschlechtliche Menschen keine gleichen Rechte gewährt. Eine Politik, die gegen „Homo- und Transphobie“ und andere Formen der Menschenfeindlichkeit entschieden vorgehen will, LSBTI* aber gleiche Rechte verweigert, macht sich selbst unglaubwürdig.

Notwendiges Ziel eines glaubwürdigen und wirksamen Aktionsplans gegen LSBTI* Feindlichkeit muss daher die Beseitigung aller rechtlichen und tatsächlichen Diskriminierungen sein.

Dieser Hintergrund unterstreicht die Bedeutung von gesellschaftlicher Akzeptanz und gelebtem Respekt für LSBTI* als notwendige Rahmenbedingung jeder erfolgreichen Intervention gegen sog. Konversionstherapien. Je selbstverständlicher Akzeptanz und Respekt sind, desto wirksamer ist der Schutz und desto weniger Boden hat eine Ideologie, die unter dem Deckmantel von Pseudowissenschaftlichkeit und Religiosität dem Angebot von Konversionstherapien das Wort redet.

Die Einordnung von Konversionsversuchen als Menschenrechtsverletzungen macht die Bedeutung von deren Bekämpfung über den Einzelfall hinaus deutlich.

Lesben-, Schwulen-, Bisexuellen-, Trans*-, Inter*- Feindlichkeit (LSBTI-Feindlichkeit) sind wie Sexismus, Rassismus, Antisemitismus, Islamfeindlichkeit oder Antiziganismus mit den Grundwerten nicht zu vereinbaren, denen das Grundgesetz Deutschlands verpflichtet ist. Sie stehen in offenem Widerspruch zur freiheitlich, demokratisch und sozial verfassten Gesellschaftsordnung Deutschlands.

Vor diesem Hintergrund ist Konversionstherapien ebenso wie bestehenden LSBTI-feindlichen Straf- und Gewalttaten, Übergriffen und Anfeindungen, Diskriminierungen und

Benachteiligungen zu begegnen. Homophobe und transphobe Stimmen sprechen Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans*, inter* und queeren Menschen gleiche Rechte und gleiche Menschenwürde ab. Religiöse Fundamentalist*innen, Rechtspopulist*innen und Rechtsextreme kämpfen mit großer Verve und zunehmend gut vernetzt dafür, LSBTI* gleiche Rechte und Entfaltungsmöglichkeiten zu verweigern und sie aus dem öffentlichen Leben zu drängen. So laufen sie z. B. vielerorts mit Hassparolen gegen eine Pädagogik der Vielfalt an und sie kritisieren antifeministisch den angeblichen „Genderwahn“. LSBTI*-feindliche Einstellungen und Handlungen finden sich aber weit über das genannte Spektrum hinaus – auch in der so genannten „Mitte der Gesellschaft“. Konversionstherapien sind dabei ein weiterer Ausdruck dieser demokratie- und menschenrechtsfeindlichen Grundhaltung.

Es ist Aufgabe des Staates, bestehende strukturelle und institutionelle Barrieren zu beseitigen, die der vollen gesellschaftlichen Teilhabe von LSBTI* und der umfassenden Verwirklichung ihrer verfassungsmäßig garantierten Menschenrechte weiterhin im Weg stehen.

Hierzu ist neben den genannten konkreten Maßnahmen zur Ächtung von Konversionstherapien der noch immer ausstehende Nationale Aktionsplan gegen Homo- und Trans*-Phobie ein wichtiges politisches Mittel.

6 Respektarbeit

Um gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit nachhaltig zu begegnen, braucht es eine breit angelegte Respektarbeit. Es muss mit dem Nationalen Aktionsplan eine nachhaltige nationale Strategie entwickelt werden, die aktiv für Respekt und die Akzeptanz der Vielfalt sexueller Orientierungen, geschlechtlicher Identitäten sowie des Geschlechtsausdrucks durch geeignete Medien und Materialien wirbt.

Es ist zu begrüßen, dass das Bundesprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) „Demokratie leben! Aktiv gegen Rechtsextremismus, Gewalt und Menschenfeindlichkeit“ erstmals ausdrücklich auch Modellprogramme zum Bereich „Homophobie und Transphobie“ ausgeschrieben hat.

Wesentlich ist, die Bundesprogramme zur Demokratieförderung und gegen gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit zu verstetigen und weiter auszubauen; insbesondere

auch das Aufgabenfeld der Bekämpfung von LSBTI*-Feindlichkeit und des Empowerments zukünftig in allen Bundesprogrammen als Regelthema ausdrücklich auszuweisen und dafür strukturelle Förderungen und angemessene Mittel zur Verfügung zu stellen.

Die Arbeit gegen LSBTI* Feindlichkeit bei der Bundeszentrale für politische Bildung in der Erwachsenenbildung und beruflichen Bildung sollte zudem verstärkt werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte in der Öffentlichkeit breit über die Gefährlichkeit sogenannter „Konversions“- oder „Reparativ“-Therapien und über deren Anbieter aus dem christlich-fundamentalistischen Spektrum aufklären.

Weiter ist es wichtig, zivilgesellschaftliche Aktivitäten zu unterstützen, um Hassreden, Hassmusik, LSBTI* feindliche Hetze in sozialen Netzwerken und auf Onlineportalen effektiv entgegenzuwirken, sowie engagiert alle rechtlichen Möglichkeiten zu nutzen, gegen solche Hetze vorzugehen, Täter*innen zu ermitteln und zur Verantwortung zu ziehen.

7 Religionsgemeinschaften

Schließlich ist die Verantwortung der Religionsgemeinschaften einzufordern. Das Grundrecht auf Religionsfreiheit ist kein Freibrief für die Diskriminierung von LSBTI*. Es ist nicht von der Religionsfreiheit gedeckt, LSBTI* elementare Grundrechte abzusprechen.

Alle Religionsgemeinschaften sind aufgefordert, ihre ablehnende Haltung gegenüber gleichgeschlechtlicher Liebe und der Vielfalt geschlechtlicher Identitäten zu überdenken und weiterzuentwickeln. Das bedeutet, dass sie ihren gesellschaftlichen Beitrag zur Bekämpfung von Diskriminierung und LSBTI*-feindlicher Hasskriminalität leisten müssen.

Die Evangelische Kirche in Deutschland und viele ihre Landeskirchen haben sich in den letzten Jahren von früherer Ausgrenzung distanziert und sich nach oft heftigen inneren Debatten für LSBTI* geöffnet. Die meisten evangelischen Landeskirchen bieten gleichgeschlechtlichen Paaren heute kirchliche Trauungen oder zumindest Partnerschaftssegnungen an. Weite Teile der Katholischen Kirche, orthodoxe Kirchen, evangelikale Gruppen und die meisten islamischen Organisationen in Deutschland lehnen dagegen gelebte Homosexualität als schwere Sünde ab, auch wenn es dort ebenfalls mutige liberale Stimmen gibt, die unseren Respekt und unsere volle Unterstützung haben. Insbesondere die Katholische Amtskirche und evangelikale Organisationen haben aber in Deutschland bisher jede rechtliche Verbesserung für LSBTI* massiv politisch bekämpft

und tun dies auch heute noch. Sie tragen Verantwortung an vergangener wie fortdauernder Diskriminierung. Es ist unverantwortlich, wenn religiöse Autoritäten zu konkreten Fällen von Diskriminierung und Gewalt gegenüber LSBTI* konsequent schweigen oder sie nicht eindeutig verurteilen.

Eine Öffentliche Distanzierung aller Religionsgemeinschaften – insbesondere der institutionalisierten und einflussreichen beiden großen Kirchen – von Konversionstherapien ist unabdingbar. Vor allem religiöse Autoritäten wie die Deutsche Bischofskonferenz und die EKD müssten sich daher öffentlich von solchen gefährlichen Pseudo-Therapien distanzieren.

8 Fazit

Zum Abschluss möchte ich noch einmal nachdrücklich darauf hinweisen, dass die Problematik von Konversionstherapien kein akademisches Problem ist. Es geht dabei um Menschen, es geht dabei um gestohlene Jugend und um zerstörte Leben. Und manchmal geht es dabei um Leben und Tod, wenn Menschen aufgrund solcher Therapien keinen anderen Ausweg als den Suizid sehen.

Gerade junge LSBTI*Menschen haben zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit Anspruch auf Schutz und Sicherheit. LSBTI* Jugendliche brauchen noch mehr als andere Empowerment und Stärkung für ihr Coming-Out und den Weg in ein selbstbewusstes Leben in einer Gesellschaft, die sich des Wertes von Vielfalt bewusst ist.

Zur Erreichung dieses Ziels wäre auch die seit Langem geforderte Aufnahme des Diskriminierungsverbotes aufgrund der sexuellen Identität in den Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz ein wichtiges Signal.

Die Ex-Gay-Bewegung in Deutschland und ihr Einfluss auf Jugendliche

– Hartmut Rus –

Ansprechpartner des Netzwerks „Mission Aufklärung“
(gegen sog. „Konversionstherapien“),
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Vorbemerkungen

Seit vielen Jahren beobachtet das bundesweite LSVD-Projekt „Mission Aufklärung“¹ die Aktivitäten der sog. „Ex-Gay-Bewegung“ in Deutschland. Das Netzwerk „Mission Aufklärung“ ist aus einem Arbeitsbereich des LSVD Sachsen entstanden, um Umpolungsangeboten entgegenzutreten. Der nachfolgende Text und weiterführende Links beziehen sich vor allem auf Erfahrungen aus Besuchen von Workshops und Informationsveranstaltungen der Ex-Gay-Bewegung und auf Gespräche mit Aussteiger*innen und Investigativjournalist*innen, die in den letzten fünfzehn Jahren im Rahmen der Projekt- und Aufklärungsarbeit stattfanden.

2 Grundlage der Weltanschauung der Ex-Gay-Bewegung

Die Ex-Gay-Bewegung ist eine weltweite Bewegung von unabhängigen Organisationen und Einzelpersonen, die sich der Veränderung von Homosexuellen hin zur Heterosexualität verschrieben haben.

Sie sehen sich teilweise auch als Gegenstück zur Homosexuellenbewegung im öffentlichen Diskurs, zum Beispiel im Jahr 2009, als „Mission Aufklärung des LSVD“ die Medienkampagne gegen Homoheiler*innen auf dem „6. Internationalen Kongresses für Psychotherapie und Seelsorge“, an der Universität Marburg initiierte. Daraufhin gab es eine massive Gegenreaktion von Homoheilungsunterstützer*innen mit der Initiative „Für Freiheit und Selbstbestimmung - gegen totalitäre Bestrebungen der Lesben- und Schwulenverbände“.² Es gab viele hundert Unterstützer*innen für Konversionsangebote aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft.³

Die Vielzahl und teilweise abweichende Ideologien können nur schwer zusammengefasst werden. Ich versuche im Folgenden einen Überblick der wiederkehrenden Hauptargumente aus der Praxis in Deutschland zu vermitteln. In den Fußnoten sind Beispiele mit weiteren Details aufgeführt.

¹ Mehr Infos unter www.mission.aufklaerung.de

² Medrum.de, Für Freiheit und Selbstbestimmung - gegen totalitäre Bestrebungen der Lesben- und Schwulenverbände, 20.04.2009, archivierter Link: <http://nix.nainokami.net/?q=node/2448> (13.06.2019)

³ Medrum.de, Unterzeichner der Erklärung "Für Freiheit und Selbstbestimmung", archivierter Link: <http://nix.nainokami.net/?q=content/unterzeichner-der-erklaerung-fuer-freiheit-und-selbstbestimmung> (13.06.2019)

Der größte, gebetsmühlenartig vorgetragene Vorwurf dieser Bewegung auf Veranstaltungen, die ich besucht habe, ist, dass die Streichung von Homosexualität aus der Liste der Krankheiten (ICD-10) durch die WHO mehr eine politische als eine wissenschaftliche Entscheidung gewesen sei, die nur aufgrund des medienwirksamen und extremen Drucks von lesbischen und schwulen Aktivist*innen auf Therapeut*innen getroffen wurde. Die Therapiefreiheit sei daher damals zum Nachteil von Patient*innen eingeschränkt worden.^{4,5}

Denn Gott habe Mann und Frau mit festgelegten und sich in der Ehe ergänzenden Identitäten und polaren Rollenmodellen erschaffen. Menschen hätten per se eine heterosexuelle Orientierung. Sexualität diene der Fortpflanzung und sollte idealerweise ausschließlich in einer fruchtbaren heterosexuellen Ehe gelebt werden.⁶

Alles, was von dieser Norm abweicht, hätte psychologische oder andere medizinische Ursachen, die oft krankhafter Natur seien. So wäre gleichgeschlechtliches Begehren nur ein Symptom für tiefere psychologische Konflikte und Traumata. Diese Konflikte müssten gelöst werden, dann würde auch das ungewollte Begehren verschwinden und die naturgegebene heterosexuelle Orientierung freigelegt. Homosexualität gilt demnach als veränder- und damit therapierbar.⁷

Die Aktivist*innen der Ex-Gay Bewegung bestreiten häufig auch, dass sie umpolen wollen, da sie eine homosexuelle Orientierung als Faktum ablehnen. Der Mensch sei zudem mehr als nur sein Trieb. Schwul, bisexuell oder lesbisch zu sein, wäre folglich eine bewusste Entscheidung, das gleichgeschlechtliche Begehren als „Lebensstil“ auszuleben.

Um fluide sexuelle Gefühle besser in den Griff zu bekommen, sollte vor dem hochgradig selbstzerstörerischen „homosexuellen Lebensstil“ gewarnt und gerade Kinder und

⁴ Vgl. Erlebnisbericht zu einer Ex-Gay-veranstaltung 2012, http://www.mission-aufklaerung.de/fileadmin/dateien/Beitr%C3%A4ge/Erlebnisbericht_zu_ExGay-Veranstaltung_17112012.pdf (13.06.2019)

⁵ Vgl. Kath.net, Interview mit Christl Vonholdt vom 30 Juni 2012, „'Eine homosexuelle Identität ist nicht natürlich oder gegeben'“, <http://www.kath.net/news/37140> (13.06.2019)

⁶ Vgl. Erlebnisbericht zu einer Ex-Gay-veranstaltung 2012, http://www.mission-aufklaerung.de/fileadmin/dateien/Beitr%C3%A4ge/Erlebnisbericht_zu_ExGay-Veranstaltung_17112012.pdf (13.06.2019)

⁷ Vgl. Erlebnisbericht zu einer Ex-Gay-veranstaltung 2012, http://www.mission-aufklaerung.de/fileadmin/dateien/Beitr%C3%A4ge/Erlebnisbericht_zu_ExGay-Veranstaltung_17112012.pdf, S. 2 (13.06.2019)

Jugendliche geschützt werden. Höhere Depressions- und Suizidraten werden nicht mit gesellschaftlicher Diskriminierung, sondern mit einem „riskanten Lebensstil“ begründet.⁸

Als angeblichen Beleg bemüht man oft fragwürdige Statistiken, wie beispielsweise die häufig zitierte „Remafedi-Studie 1991“, wo nach Umfragen 61% der homosexuellen Jugendlichen missbraucht worden seien, 51% wegen Verbrechen verhaftet, 29% sich prostituieren und 85% Drogen nehmen würden.⁹

Um ein Abdriften in das sogenannte „Homosexuellenmilieu“ zu vermeiden, soll man demzufolge die Veränderungswilligen im Vorfeld davon aktiv fernhalten, denn *„Remafedis Studie zeigt: Je früher das „Coming-out“ stattfindet, desto höher ist die Suizidrate“*.¹⁰

Daraus folgt als Handlungsanweisung: in *„Schulprojekte und Empfehlungen für Jugendliche, Eltern, Pädagogen und andere Multiplikatoren ist aufzunehmen, daß dringend von frühen sexuellen Erfahrungen abzuraten ist“* und *„dringend von einer Festlegung (einem „Coming-out“) als homosexuell, bisexuell oder lesbisch im Jugendalter abgeraten werden muß“*.¹¹

*„Jugendliche sollten in ihrer geschlechtlichen Identität als Junge oder Mädchen bestärkt werden, nicht im Annehmen einer irgendwie sexualisierten Identität. Jugendliche sollten unbedingt ermutigt werden, mit einem möglichen „Coming-out“ zu warten, bis sie erwachsen sind, bis sie alle Informationen kennen – auch die über die Möglichkeiten der Veränderung einer homosexuellen Neigung hin zur Heterosexualität, auch die über das höhere Risiko psychischer Erkrankungen bei homosexuell lebenden Männern und Frauen und nicht zuletzt die über das hohe Risiko physischer Erkrankungen durch männlichen homosexuellen Sex.“*¹²

⁸ Vgl. Christl Ruth Vonholdt: Homosexuell empfindende Jugendliche und die Frage nach den Suizidversuchen, Deutsches Institut für Jugend und Gesellschaft (DIJG), Bulletin Sonderdruck, Herbst 2005, S.25.,
Online-Version: <https://www.dijg.de/homosexualitaet/wissenschaftliche-studien/homosexualitaet-jugendliche-suizidversuche> (13.06.2019)

⁹ Vgl. Christl Ruth Vonholdt: Homosexuell empfindende Jugendliche und die Frage nach den Suizidversuchen, DIJG, Bulletin Sonderdruck, Herbst 2005, S.25. Online-Version: <https://www.dijg.de/homosexualitaet/wissenschaftliche-studien/homosexualitaet-jugendliche-suizidversuche> (13.06.2019)

¹⁰ Ebenda S.26, linke Spalte. Online-Version: <https://www.dijg.de/homosexualitaet/wissenschaftliche-studien/homosexualitaet-jugendliche-suizidversuche> (13.06.2019)

¹¹ Ebenda, S.26. Online-Version: <https://www.dijg.de/homosexualitaet/wissenschaftliche-studien/homosexualitaet-jugendliche-suizidversuche> (13.06.2019)

¹² Ebenda, S.26. Online-Version: <https://www.dijg.de/homosexualitaet/wissenschaftliche-studien/homosexualitaet-jugendliche-suizidversuche> (13.06.2019)

Diese in vielen Lebensbereichen verbreitete homophobe Ideologie hat weitreichende Folgen, auch für die betroffenen Multiplikator*innen selbst. Viele Ex-Gay-Aktivist*innen können ihr Begehren nicht mit ihrer religiösen Anschauung vereinbaren und wollen diesen Konflikt „lösen“. Sie schwören dem behaupteten „homosexuellen Lebensstil“ offiziell ab und suchen in einer heterosexuellen Ehe mit Kindern den Ausweg. Sie treten oft selbst als angeblich „geheilte“ Homosexuelle auf und werben für die Ideologie. Schlussendlich scheitern viele immer wieder, mit verheerenden Folgen für sich und ihr Umfeld. Ein aktuelles Beispiel dafür ist der Amerikaner und ehemalige „Schwulen-Therapeut“ David Matheson, der sich aus seinem „ideologischen Gefängnis“ befreien konnte.¹³

3 Die deutsche Struktur der Bewegung

Der internationale und religionsübergreifende Zusammenschluss von Aktivist*innen der Ex-Gay-Bewegung heißt „Internationale Vereinigung für Beratungs- und Therapiefreiheit“ (IFTCC).¹⁴ In Deutschland sind das „Deutsche Institut für Jugend und Gesellschaft“ (DIJG)¹⁵ der Offensive Junger Christen und das „Institut für dialogische und identitätsstiftende Seelsorge und Beratung e.V.“¹⁶ (vormals Wüstenstrom) besonders eifrige und sendungsbewusste Hauptakteure. Unterstützt werden sie vom evangelikalen Dachverband „Deutsche Evangelische Allianz“¹⁷ und dem „Bibelbund“¹⁸. Darüber hinaus gibt es weitere Beratungs- und Selbsthilfeorganisationen mit Hunderten von Berater*innen, die dabei „helfen“ wollen, dass Homosexuelle weiterhin heterosexuell in einer Ehe oder asexuell außerhalb einer Ehe leben. Viele Vereine aus dem religiösen Spektrum laden Aktivist*innen für Werbeveranstaltungen ein. Die Akteur*innen sind mannigfaltig in ihren Theorien und Therapieansätzen. So verbreitete der „Bund katholischer Ärzte“ in einem Faltblatt zum Kirchentag 2012, dass Homosexualität unter anderem eine „*Reifungs- und homoerotische Empfindungsstörung*“ sei, die unter anderem mit „*Logotherapie*“ und

¹³ Stern.de - Neo-Redaktion, Thomas Krause, „Berühmter \"Schwulen-Therapeut\" trennt sich von Frau und outet sich“, 25.01.2019, <https://www.stern.de/neon/herz/liebe-sex/david-matheson---schwulen-therapeut--outet-sich-als-schwul-8549812.html> (18.06.2019)

¹⁴ <https://iftcc.org/de/>

¹⁵ <https://www.dijg.de/>

¹⁶ <http://www.idisb.de/>

¹⁷ Die Evangelische Allianz in Deutschland, <https://www.ead.de/2019/12062019-dea-zum-geplanten-verbot-von-konversionstherapien/> (13.06.2019)

¹⁸ Bibelbund, <https://bibelbund.de/2019/02/seelsorge-nicht-kriminalisieren/> (13.06.2019)

„Nosoden, Konstitutionstherapie“ aus der Klassischen Homöopathie ärztlich therapiert werden könne.¹⁹

Diese unterschiedlichen Organisationen beraten Betroffene, bieten eigene Interventionspraktiken an oder vermitteln Betroffene an Ex-Gay-nahe Therapeut*innen, die sich selbst öffentlich sehr in der Deckung halten. Weiterhin werden Berater*innen und Heilpraktiker*innen nach der eigenen Weltanschauung ausgebildet. Aussteiger*innen wird über Anwalt*innen mit rechtlichen Schritten gedroht, um negatives Aufsehen zu vermeiden.²⁰

Geworben wird für diese Angebote etwa durch Ex-Gay-Vertreter*innen, auf missionarischen Veranstaltungen oder in der Seelsorge und Beratungsarbeit. Bedenklich ist auch, dass Jugendliche in diese Kreise unbewusst hineingeraten können, beispielweise durch scheinbar harmlose Informationsveranstaltungen in Jungen Gemeinden, Schulen und Jugendvereinen.

Viele dieser Umpolungswerber*innen treten weniger transparent auf als noch vor einigen Jahren und betonen öffentlich, dass sie selbst keine Konversionsinterventionen mehr anbieten würden. Gleichzeitig vertreten sie weiterhin oben beschriebene Ideologien im neuen Gewand, die in darauf basierende Hilfsangeboten münden. So behauptet zum Beispiel der ehemalige Verein Wüstenstrom²¹, heute idisb e.V., in seiner „Presseerklärung zur Veröffentlichung des Kurzgutachtens des BGM“: *„Wir betreiben weder Konversionstherapie noch fokussieren wir in der Beratung auf Veränderung von sexueller Orientierung“*.²² Gleichzeitig wird das zweijährige Programm *„Reise zum Mannsein“* angeboten.²³ Das Programm richtet sich unter anderem auch an Männer, die *„Kontakte zu anderen Männern oder deren Stärken erotisieren und sexualisieren“*.²⁴ Der Autor der

¹⁹ Das Faltblatt kann zur Verfügung gestellt werden. Bitte an www.mission-aufklaerung.de wenden.

²⁰ Ein Beispiel aus 2008 von den Praktiken des damaligen Wüstenstrom e.V., heute: „Institut für dialogische und identitätsstiftende Seelsorge und Beratung e.V.“, <http://www.mission-aufklaerung.de/lsvd-aktionen/2008/wuestenstrom-bedroht-aussteiger-nach-swr-beitraegen.html> (13.06.2019)

²¹ Zu den früheren Aussagen und Zitaten von Wüstenstrom empfehle ich die Stellungnahme von Manfred Bruns, Bundesanwalt beim Bundesgerichtshof a.D vom 19. April 2008: „Zur Frage, ob das Therapieangebot der Organisation Wüstenstrom auf „Umpolung“ abzielt“, http://www.mission-aufklaerung.de/fileadmin/dateien/Zur_Frage_ob_W%C3%BCstenstrom.pdf (21.06.2019)

²² idisb e.V., Presseerklärung zur Veröffentlichung des Kurzgutachtens des BGM, 17.06.2019, <https://www.idisb.de/aktuell/presseerkl%C3%A4rung-zur-ver%C3%B6ffentlichung-des-kurzgutachtens-des-bgm/> (21.06.2019)

²³ idisb e.V., <https://www.idisb.de/veranstaltungen.html> (21.06.2019).

²⁴ idisb e.V., <https://www.idisb.de/reise-zum-mannsein.html> (21.06.2019)

Pressemitteilung Markus Hoffmann ist gleichzeitig Deutschlandsprecher der „Internationale Vereinigung für Beratungs- und Therapiefreiheit“ (IFTCC).²⁵ *„Die IFTCC möchte ein fürsorgliches, nicht-urteilendes Umfeld schaffen, in dem Menschen, die ihre ungewünschten Gefühle und Verhaltensweisen überwinden möchten, die gesuchte Unterstützung finden können.“*²⁶

Die größte Gefahr sind die homophoben Ideologien, die Opfern Angst vor dem Annehmen des „homosexuellen Lebensstils“ machen und unwissenschaftliche Hoffnungen wecken, die „fluiden“ homosexuellen Gefühle könnten durch Interventionen verändert werden. Jugendliche sind daher besonders gefährdet, wenn ihnen dieses homophobe Weltbild von Erwachsenen eingeredet bzw. anezogen wird. Betroffene lassen sich nach der homophoben Beratung „freiwillig“ auf fragwürdigste Interventionen ein.

Die angeworbenen und ideologisierten Multiplikator*innen setzen Betroffene häufig mit teilweise missionarischem Eifer im eigenen sozialen Umfeld unter Druck, sich auf die Beratungsangebote der Ex-Gay-Bewegung einzulassen. Besonders fragwürdig sind hier über das Internet bestellbare Selbsttherapie-Bücher, wie beispielsweise des Autors Gerard van den Aardweg, die teilweise extreme Verfahren vorstellen und Betroffenen aus dem eigenen sozialen Umfeld zugesteckt werden.

Eine umfangreiche Zitatensammlung mit den von Gerard van den Aardweg empfohlenen Methoden kann auf www.mission-aufklaerung.de heruntergeladen werden.²⁷ *„Seine auf Drohungen basierende „**Methode des "Durchprügelns"** (aus seinem Buch „Das Drama des gewöhnlichen Homosexuellen“, S. 440) als eines der vielen „Gegenmittel mit Sofortwirkung“ (S. 426) bei Homosexualität und die dazugehörigen Hinweise zur Selbsttherapie wie „**schnappe Dir einen Teller mit Glasscherben und friss sie auf**“, „**hinunter mit der Flasche Blausäure**“ oder „**...Benzin über den Kopf, und dann machen wir ein Feuerchen**“ (S. 440) werden hier ebenfalls näher beleuchtet.“*²⁸

²⁵ IFTCC, <https://iftcc.org/de/mitwirkende/> (21.06.2019)

²⁶ IFTCC, <https://iftcc.org/de/uber-uns/> (21.06.2019)

²⁷ Walter Conzelmann, Zitate aus dem Buch „Das Drama des gewöhnlichen Homosexuellen“ von Gerard J. M. van den Aardweg, <http://www.mission-aufklaerung.de/fileadmin/dateien/Beitr%C3%A4ge/aardweg.pdf> (13.06.2019)

²⁸ Mission Aufklärung, <http://www.mission-aufklaerung.de/umpolungsproblematik/homoheiler-in-deutschland/sonstige-gruppen.html> (13.06.2019)

4 Fallbeispiel: Leo e.V.

Ein Fall aus Bennisungen in Sachsen-Anhalt zeigt, wie schwer es staatlichen Stellen fällt, die staatlichen finanziellen Förderungen für Homoheiler*innen in der Jugendarbeit zu streichen. Der Web-Blog Leo Watch dokumentiert die Affäre um die „Gesellschaft für Lebensorientierung e.V.“, kurz „Leo e.V.“ aus Bennisungen.²⁹ Der Vereinszweck des „Leo e.V.“ ist es, *„aus überkonfessioneller christlicher Verantwortung heraus Lebensorientierung und Lebenshilfe anzubieten.“*³⁰

Wie Fernsehberichte im Jahre 2014 mit versteckter Kamera zeigten, wurden Seminar-Teilnehmer*innen auf Wunsch, „Therapien“ zur Veränderung unerwünschter Homosexualität vorgestellt. Dabei wurden u. a. Theorien von Gerard van den Aardweg gelehrt, der gleichzeitig im wissenschaftlichen Beirat des Vereins sitzt.^{31,32}

In einer amtlichen Befragung bestritt der Verein jedoch, solche „Therapien“ anzubieten. Nach Bekanntwerden der Homo-Heiler-Werbekurse im Frühjahr 2014 schloss der Vorstand des PARITÄTISCHEN Sachsen-Anhalt nach Beschlussfassung den Verein aus dem Paritätischen Wohlfahrtsverband aus.³³ Auch der zuständige Landkreis Mansfeld-Südharz versuchte, den Verein aus der freien Trägerschaft in der Jugendhilfe auszuschließen. Damit sollte verhindert werden, dass der Verein weiter öffentliche Gelder erhält. Dieser Ausschluss wurde 2016 nach einer Klage des Leo-Vereins gegen den Landkreis durch ein Gerichtsurteil für ungültig erklärt. Die Sitzung des Jugendhilfeausschusses entschied, von einem zweiten Ausschluss des Vereins aus der Trägerschaft in der Jugendhilfe abzusehen, da nicht genug vorgelegen hätte.^{34,35}

²⁹ Leo Watch, <https://leowatchblog.wordpress.com/> (13.06.2019)

³⁰ Leo e.V., <https://leoevbennisungen.wordpress.com/menschen/> (13.06.2019)

³¹ Leo Watch, <https://leowatchblog.wordpress.com/protokoll-eines-skandals/> (18.6.2019)

³² Leo e.V., <https://leoevbennisungen.wordpress.com/menschen/> (13.06.2019)

³³ Der PARITÄTISCHE Sachsen-Anhalt, Pressemitteilung 25.03.2014: <https://www.paritaet-lsa.de/presse/pressemitteilungen/presseedetail/news/den-ausschluss-des-vereins-leo-ev-aus-dem-paritaetischen-wohlfahrtsverband-hat-der-vorstand-des-par/> (13.06.2019)

³⁴ Leo Watch, <https://leowatchblog.wordpress.com/protokoll-eines-skandals/> (18.6.2019)

³⁵ Leo Watch, Die Beschlussvorlage, <https://leowatchblog.files.wordpress.com/2017/09/beschlussvorlage-jha-252017.pdf> (21.06.2019)

5 Fallbeispiel: TeenStar - Problemfelder in der Schulaufklärung

Die *ojcos-stiftung des internationalen Missionswerkes „Offensive Junger Christen“*³⁶, die das „Deutsche Institut für Jugend und Gesellschaft“ betreibt, wirbt auf ihrer Homepage für die „familiengerechte Sexualerziehung“³⁷ und sammelt Spenden für TeenStar Deutschland. So ist unter anderem auf der Homepage geschrieben: *„Mit insgesamt 60 Kindern, 24 Jungs und 36 Mädchen, konnten wir an einer Gesamtschule in einem sozialen Brennpunkt von Jena, einen TeenSTAR-Kurs durchführen. [...] Sie merkten schnell, dass es hier etwas wirklich Gutes für die Kinder gemacht wird und fortan unterstützten sie uns. Das war besonders beim extra anberaumten Klassenstufen-Elternabend hilfreich, bei welchem wir Fragen und Bedenken jeder Art zu begegnen hatten. [...] Das war 2016. Anfang dieses Jahres rief die diesjährige Verantwortliche der vierten Klassen bereits im Januar an und wollte uns als Kursleiter rechtzeitig buchen. [...] dieses Mal drei Tage mit drei Referenten und bekamen ungefragt die Kursbücher von der Schule gestellt und einen höheren Betrag als letztes Jahr überwiesen, so dass wir diesmal knapp auf unsere Kosten kamen. [...] Ohne die Förderung der ojcos-stiftung mit über 500 Euro für die 120 Kursbücher und das Honorar wäre der Einstieg bei dieser Schule nicht möglich gewesen. Vielen Dank!“*³⁸

TeenStar hat Angebote für schulische Sexuaufklärung und es gibt deutsche Schulen, von denen sie für Workshops mit Schüler*innen eingeladen wurden. Um Jugendliche zu schützen, empfehlen Verantwortliche für Schulen in Österreich, diese Organisation nicht einzuladen.^{39,40}

TeenStar bietet zudem mehrmonatige außerschulische Jahrgangs-Kurse mit wöchentlichen Treffen, regelmäßige Einzelgespräche für Jugendliche, Hausbesuche und Weiterbildung zur Sexualerziehung für Eltern an. Dabei entstehen persönliche Beziehungen zwischen Jugendlichen, Eltern und lehrenden Berater*innen.

³⁶ Spiegel-Online, Annette Langer, Staatsförderung für Homosexuellen-Therapie, 05.12.2012 <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/homosexualitaet-verein-bietet-angebliche-therapie-an-a-871001.html> (13.06.2019)

³⁷ Ojocs-Stiftung, <https://www.ojcos-stiftung.de/projekte/teenstar/> (13.06.2019)

³⁸ Ojocs-Stiftung, <https://www.ojcos-stiftung.de/projekte/teenstar/> (13.06.2019)

³⁹ Der Standard, <https://derstandard.at/2000100603615/TeenSTAR-Fassmann-empfehl-Schulen-Ende-der-Zusammenarbeit> (13.06.2019)

⁴⁰ Der Standard, <https://derstandard.at/2000098387331/Aufklaerung-in-der-Causa-Teen-star-Mangelhaft> (13.06.2019)

TeenStar ist Teil einer internationalen, streng konservativen Sexualerziehungsbewegung⁴¹ mit missionarischen Tendenzen und „230 Mitgliedern“ in Deutschland.⁴² TeenStar Österreich hat in von der Zeitschrift Falter veröffentlichten internen Schulungsunterlagen jegliche sexuelle Aktivitäten vor oder außerhalb der Ehe grundsätzlich als negativ gesehen. Verbreitet werden teilweise auch Gesundheitswarnungen vor Selbstbefriedigung, die als eine Art Ich-Bezogenheit pathologisiert wird.⁴³ Die einzig gute Verhütungsmethode sei die Enthaltsamkeit oder absolute Treue in der Ehe. Alle anderen Verhütungsmethoden werden als zu riskant und weniger hilfreich zum Schutz vor Krankheit oder Empfängnis dargestellt.

Man gibt sich auf den ersten Blick weltanschaulich neutral und wissenschaftlich. Das macht die eigentlichen Ziele des Vereins für hilfebedürftige Jugendliche oder deren Eltern undurchschaubar. Dabei wird dieses Projekt in Deutschland und in Osteuropa von der Offensive Junger Christen mit Spendensammlungen⁴⁴ zur Ausbreitung einer rigiden Sexualmoral und damit verbundener Weltanschauung vorangetrieben.

2018 wurde das interne, nicht öffentliche Schulungsmaterial der Berater*innen aus 2017 in Österreich geleakt. Die Materialien zum Thema Homosexualität entstammten dabei der Ex-Gay-Bewegung, vor allem vom DIJG. TeenStar Österreich hat nach dem Leak sofort reagiert und strich zeitnah die Inhalte aus seinen Schulungsunterlagen und behauptet seitdem, dass die Unterlagen nicht länger aktuell gewesen seien.⁴⁵ Man geht gezielt mit anwaltlicher Hilfe den Weg von Unterlassungsaufforderungen gegen Kritiker*innen, falls jemand auf die „alten“ Unterlagen zum Thema Homosexualität verweist und sie als aktuell darstellt.

Es gab keine öffentliche Stellungnahme, dass man den Mitarbeitenden eine Abkehr vom weltweiten Programm der Ex-Gay- Ideologie aufgetragen hätte und keine öffentlich auffindbaren Informationen über eine Distanzierung von der Homoheilungsideologie. Es liegen bisher keine öffentlichen Informationen vor, für welche Einrichtungen in Deutschland sich ausgesprochen wird, falls Probleme im Bereich Homo-, Trans,- oder

⁴¹ Teenstar.org, Liste aller Länder, <https://teenstar.org/worldwide/> (13.06.2019)

⁴² Freie Presse, <https://www.freiepresse.de/mittelsachsen/rochlitz/autorin-schreibt-ueber-liebe-und-sex-artikel10300098> (13.06.2019)

⁴³ Vgl. Screenshot auf Falter.at, <https://cms.falter.at/falter/2018/11/20/teenstar-leaks-galerie/?foto=5> (13.06.2019)

⁴⁴ Offensive Junger Christen (OJC), <https://www.ojc.de/weltweit/teenstar/> (13.06.2019)

⁴⁵ Vgl. Falter.at, <https://www.falter.at/archiv/wp/teenstar-leaks-stellen-aufklaerungsarbeit-an-pflichtschulen-in-frage> (13.06.2019)

Intersexualität auftreten. Neben der mangelnden Transparenz sammeln Ex-Gay-nahe Organisationen auch heute noch Spenden für das Programm.⁴⁶

Der einzige Hinweis auf der deutschen Seite zur Homosexualität ist folgender: „Das Konzept berücksichtigt, dass das **Hingezogensein zum eigenen Geschlecht** in der Adoleszenz einer hohen **Fluidität** unterworfen ist.“⁴⁷ [...] „TeenSTAR vermeidet es daher, Jugendliche vorschnell auf eine bestimmte sexuelle Orientierung festzulegen, und ermutigt sie, sich über ihre menschliche Individualität zu definieren und nicht über ihre erotischen Empfindungen, die wandelbar sein können und nur einen Teil der Gesamtpersönlichkeit ausmachen.“⁴⁸

Wegen der vielen Unklarheiten zur TeenStar Organisation und deren Lehren und Empfehlungen zum Thema Homosexualität sollten die Aktivitäten in Deutschland ebenfalls überprüft werden, ob das Werben für das TeenStar Programm an Schulen - wie im Beispiel Jena – heute im Gedanken einer ganzheitlichen, diskriminierungsfreien Sexuaufklärung von Jugendlichen noch Sinn macht. In Österreich wurde vom Fachminister empfohlen, die Zusammenarbeit einzustellen. Ab dem „Schuljahr 2020/21 soll ein mit Expert*innen besetzter Akkreditierungsrat darüber entscheiden, wer an der Schule Aufklärungsunterricht betreiben darf. Vereine müssen sich bewerben und erhalten dann ein entsprechendes Qualitätsgütesiegel.“⁴⁹

6 Persönliche Worte

Zum Schluss noch ein paar persönliche Worte. Das Projekt „Mission Aufklärung“ beobachtet seit vielen Jahren aufmerksam die Aktivitäten der Ex-Gay-Netzwerke. Mit Medienkampagnen hat es sich immer wieder bei staatlich geförderten oder wissenschaftlichen Veranstaltungen, an denen sog. Homoheiler*innen teilnahmen, zu Wort gemeldet und protestiert. Umfangreiche Erlebnisberichte können auf www.mission-aufklaerung.de eingesehen und heruntergeladen werden.

⁴⁶ Ojocs-Stiftung, <https://www.ojocs-stiftung.de/projekte/teenstar/> (13.06.2019)

⁴⁷ TeenStar Deutschland, <https://www.teen-star.de/teenstarsexualpaedagogik/grundkonzept/> (13.06.2019)

⁴⁸ TeenStar Deutschland, <https://www.teen-star.de/teenstarsexualpaedagogik/grundkonzept/> (13.06.2019)

⁴⁹ Der Standard, <https://derstandard.at/2000100603615/TeenSTAR-Fassmann-empfehl-Schulen-Ende-der-Zusammenarbeit> (13.06.2019)

Während meiner ehrenamtlichen Arbeit habe ich die vielen Abgründe in diesem Umfeld persönlich erlebt. So zum Beispiel Jugendliche, die nach „Dämonenaustreibungen“ mit den daraus resultierenden psychologischen Folgeschäden psychiatrisch behandelt werden mussten. Ich habe lange Gespräche mit dem Aussteiger*innen geführt, teilweise auch das persönliche Gespräch mit den Peiniger*innen gesucht. Diese waschen ihre Hände meist in Unschuld, verweisen auf die Freiwilligkeit der Angebote und machen die Opfer zu Täter*innen.

Die häufig christlichen Umpoler*innen wollen den Betroffenen eigentlich helfen, erreichen aber nicht selten das Gegenteil. Statt Änderungen im Begehren, kommt es oft zu schweren Depressionen und Selbstwertproblemen und großer Verzweiflung. Wenn Betroffene die Therapie erfolglos abbrechen, sind sie meist ausgebrannt und kehren ihrem Glauben nicht selten den Rücken. Viele Ex-Gay-Aussteiger*innen berichteten häufig von Selbstmordversuchen. Wie viele sich tatsächlich das Leben nahmen, kann wohl nie genau ermittelt werden.

Wird diese Bewegung öffentlich kritisiert, kommt es nicht selten zu massiven konzentrierten Gegenreaktionen. Durch gerichtliche Unterlassungsverfügungen auf Antrag der Organisationen des Ex-Gay-Spektrums und Basis absurder Beschuldigungen wurden kritische Journalist*innen zeitweilig massiv so an der Arbeit gehindert, dass es ihnen nicht möglich war, über die aktuelle Entwicklung der Strukturen zu berichten.^{50,51} Aussteiger*innen, die von diesen Praktiken berichten, wurden massiv unter Druck gesetzt und in ihrer religiösen Gemeinde geächtet. Jegliche Verantwortung für Therapie-Folgeschäden wird immer auf die Opfer abgeladen und begleitende Zeug*innen mit Anwaltsschreiben massiv eingeschüchtert und abgeschreckt. Wir konnten in solchen Fällen die Anwalt*innen der Betroffenen, bzw. die begleitenden Journalist*innen, mit gesammelten Quellenmaterialien und Expertise unterstützen, um den manipulativen Angriffen besser entgegenzutreten.⁵²

⁵⁰ Mission Aufklärung „Frühjahr 2008: Wüstenstrom verliert Prozess“, <http://www.mission-aufklaerung.de/lsvd-aktionen/2008/wuestenstrom-verliert-prozess.html> (13.06.2019)

⁵¹ Taz.de, Gitta Düperthal: Zulässige Aussage getätigt – „Gericht urteilt: Die Homosexuellen-Arbeit des evangelikalen Vereins „Wüstenstrom“ darf als „Umpolen“ bezeichnet werden.“ <http://www.taz.de/!845688> (13.06.2019)

⁵² Ein Beispiel aus 2008 von den Praktiken des damaligen Wüstenstrom e.V., heute: „Institut für dialogische und identitätsstiftende Seelsorge und Beratung e.V.“, <http://www.mission-aufklaerung.de/lsvd-aktionen/2008/wuestenstrom-bedroht-aussteiger-nach-swr-beitraegen.html> (13.06.2019)

In unserer Arbeit haben wir immer wieder erlebt, wie sehr staatliche und auch kirchliche Institutionen in Unkenntnis der Materie und fehlender juristischer Handhabe die Hände gebunden sind. Die homophoben Organisationen werden wegen einer fehlenden Sicht auf die Tragweite dieser Aktivitäten sogar teilweise finanziell gefördert, etwa aufgrund der ausgesprochenen Gemeinnützigkeit oder durch die Anerkennung als „Träger der freien Jugendhilfe“. Die Offensive Junger Christen (OJC) e.V., die das „Deutsche Institut für Jugend und Gesellschaft“ betreibt, wird zum Beispiel auch mit Mitteln vom „Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ sowie vom „Hessischen Sozialministerium“ gefördert.^{53,54} Die OJC bietet das Freiwillige Soziale Jahr und den Bundesfreiwilligendienst an.⁵⁵

Insbesondere religiöse LSBT-Jugendliche sind in Deutschland so seit Jahren staatlich und kirchlich geförderten Gefährdungspotentialen ausgesetzt. Trans* Personen haben es in den Kreisen noch schwerer, weil sie aus deren Sicht die von Gott gegebene Ordnung von Mann und Frau komplett in Frage stellen. Daher liegt der Fokus darauf, trans* Personen von möglichen Geschlechtsanpassungen abzuhalten.⁵⁶

Das Angebot und die Verbreitung der falschen Hoffnung auf „Heilung von Homosexualität“ sind ein massives Druckmittel und eine extreme Diskriminierung von LSBT mit hohem Schadenspotential. Die häufig vorgebrachte „Freiwilligkeit der Angebote“ ist eine Ausrede für durch manipulative und unwissenschaftliche Beratung herbeigeführte Einwilligungen. Der Gesetzgeber ist gefordert, endlich regulierend einzugreifen.

⁵³ Offensive Junger Christen e.V., <https://www.ojc.de/begegnung/freiwilliges-soziales-jahr/> (13.06.2019)

⁵⁴ Spiegel-Online, Annette Langer, Staatsförderung für Homosexuellen-Therapie, 05.12.2012 <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/homosexualitaet-verein-bietet-angebliche-therapie-an-a-871001.html> (13.06.2019)

⁵⁵ Offensive Junger Christen e.V., <https://www.ojc.de/begegnung/freiwilliges-soziales-jahr/> (13.06.2019)

⁵⁶ Deutschen Institut für Jugend und Gesellschaft, <https://www.dijg.de/transsexualitaet-geschlechtsumwandlung/studien/> (13.06.2019)

7 Wichtige Handlungsfelder für den Staat im Allgemeinen

Neben dem Verbot sogenannter Konversionstherapien oder ähnlicher Homoheilungsinterventionen sollten meiner Meinung nach weitere wichtige Maßnahmen, gegebenenfalls in Abstimmung mit den Ländern, zur Eindämmung der Gefahren ergriffen werden:

- Einstellung jeglicher staatlichen und kirchlichen Förderung von Homoheilungs-ideologie-lastigen Organisationen.
- Nicht nur die praktische Anwendung der Konversionsinterventionen muss sanktioniert werden, sondern auch Vermittlung dorthin und die Werbung dafür.
- Jugendschutzmaßnahmen in Hinblick auf Selbsttherapiebücher und Homoheilungswerbung sowie Einführung einer Kennzeichnungspflicht als jugendgefährdende Schrift.
- Die Lehrpläne müssen für alle staatlichen Schultypen und freie Träger verpflichtend umgestellt werden, damit auf wissenschaftlicher Basis über LSBT Themen aufgeklärt wird, vor homophoben Ideologien und sogenannten Konversionsinterventionen wirksam gewarnt wird.
- Es müssen Beratungsstellen für Betroffene von Konversionstherapien geschaffen werden. Über Ausstiegsprogramme sollte ebenfalls nachgedacht werden.
- Organisationen müssen spürbar sanktioniert werden, wenn sie Kinder und Jugendlichen den Gefährdungspotentialen durch Werbung für pseudowissenschaftliche Homoheilungsideologien aussetzen. (Entzug der Gemeinnützigkeit, Geldbußen, strengere Überwachung durch Jugendämter, Ausschluss aus staatlichen Förderprogrammen ...)

Teil E

**Schwerpunkt
Perspektiven betroffener Personen
und vulnerabler Gruppen**

Erfahrungsbericht Raphaelle Rousseau

—

Erfahrungen einer Betroffenen sogenannter „Konversionstherapien“

Verschriftlichung des Impulsvortrags zur 1. Fachkommission
vom 08. Mai 2019

– Rapahelle Rousseau –

Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

Liebe Unterstützer, liebe Betroffene und auch Angehörige von Betroffenen,

vielen Dank, dass sie heute hier sind und dem Thema ihre Zeit widmen – und dass ich hier sein darf.

Mein Name ist Raphaëlle, ich bin Geschäftsfrau und Künstlerin und habe meine Sozio-phobie und Ängste heute überwunden, um von meiner Erfahrung mit meiner Konversionstherapie zu berichten.

Aber bevor ich dazu komme, ist es wichtig, zu verstehen, welche Art Nährboden nötig ist, dass so eine Therapie überhaupt Wurzeln schlagen kann. Meine Basis ist nämlich keine außerordentliche Basis, sondern eine, auf welcher noch heute viele Menschen aufwachsen.

Schon als kleines Kind habe ich bemerkt, dass ich anders war. Recht früh habe ich nur mit Jungs gespielt und mich in das ein oder andere Mädchen verguckt. Aber mir lebte die komplette Ausradierung homoromantischer Charaktere in Märchen, Disneyfilmen, Erzählungen, Videospielen, bei Freunden und in Büchern vor, dass ich eine Art "Anomalie" damit war. Etwas so Ungewolltes und Schlechtes, dass darüber noch nicht einmal gesprochen wurde. Es existierte schlichtweg nicht. Und wenn, dann nur in einer so selten und schwer zugänglichen Form, dass sie nicht an mich heranreichte.

Später erfuhr ich, wie es leider noch heute bei vielen LGBT+ Betroffenen üblich ist, auch von meinen Eltern keine Unterstützung, was meine Identität anbelangte. Ihre Antipathie war nicht laut und deutlich, sondern subtil, dabei konstant und selbstverständlich. Zurückblickend glaube ich, dass sie damals schon versuchten, mich auf Ihre eigene Art und Weise zu "konvertieren". Verständlicherweise, wenn sie Homoromantik für etwas Verdrehtes hielten und ihrem Kind die besten Möglichkeiten in dieser heteronormativen Welt bieten wollen, nicht wahr?

Mir wurden alle queeren Bücher, die ich mir gekauft hatte, weggenommen, ich durfte nicht von meinen Partnerinnen erzählen (übrigens bis heute) und musste sie vor den Rest meiner Familie verstecken, ich bekam jahrelang sehr mannbezogene Geschenke und es wurden sogar hin und wieder Dates mit Männern für mich arrangiert.

Ich bin ein sehr feinfühler Mensch. Als meine Eltern nach Jahren merken, dass es bei mir nicht nur schlichtweg eine "Phase" war, bemerkte ich, wie enttäuscht sie waren. Wie sie nicht verstanden, warum sie so etwas wie mich verdient hatten. Warum sie kein

normales Kind haben durften. Wir distanzierten uns daher immer mehr. Das ist das Gefühl, mit dem ich groß geworden bin. Mit welchem ich den Kontakt aus Schmerz auf beiden Seiten immer mehr abwürgen musste.

Irgendwann war ich zwar volljährig, aber immer noch ein Kind, und von zu Hause ausgezogen, und hatte nur noch meine damalige Therapeutin als einzige autoritäre Bezugsperson. Zu der ich übrigens nicht primär wegen meiner Sexualität gegangen war, sondern weil ich mich grundlegend falsch in dieser Welt fühlte, ohne den Finger wirklich darauf deuten zu können. Und weil ich, wie ich heute weiß, daraus resultierend Depressionen hatte.

Ich war dann bereits seit einem Jahr in ihrer Behandlung und hatte ein intimes Vertrauensverhältnis zu ihr aufgebaut. Sie war damals neben meiner Partnerin meine einzige richtige Bezugsperson in meinem Leben, mit der ich über Probleme sprechen konnte. Irgendwann sagte sie zu mir: "Raphaelle, deine Homosexualität zu Frauen ist nur ein Symptom tiefliegender psychischer Probleme, aber wenn du willst, können wir trotzdem versuchen, das zu behandeln, damit du endlich einen *richtigen* Partner findest und dein Leben anfangen kann."

Es stand außer Frage, dass es eine Erkrankung war, die mich zu einem minderwertigen Menschen in einer minderwertigen Beziehung machte.

Ich vertraute ihr. Ich glaubte ihr. Und merkte nicht einmal, wie dieser ganze Vorschlag ihrer Seite mich und auch meine damalige Partnerin auf viele Arten degradierte.

Zur Therapie an sich also: Es wird hier jedem klar sein, aber falls nicht, möchte ich sagen, dass es nicht "die *eine* Konversionstherapie" gibt, dass es keine feste Methodik gibt. Konversionstherapie ist ein Überbegriff für alles, was Homosexualität als krank oder falsch, und daher als behandelbar darstellt. Das kann von Simplen Gesprächen über Camps bis zu Geisteraustreibungen reichen.

In meinem Fall kann ich nichts Dramatisches berichten. Zumindest nichts, was spannend für reißerische Flugblätter wäre. Ähnlich wie die Entgegenwirkung meiner Eltern verlief die Therapie leise und konstant; Dadurch, dass sie aber selbstbewusst von einer autoritären Person ausging, der ich mich in meiner verwundbarsten und verwirrendsten Zeit anvertraute, war sie wie langsam wirkendes Gift. Es war die Art, wie sie Dinge ausdrückte. Wie sie ganz selbstverständlich davon ausging, dass meine Affinität zu Frauen ein Symptom sein muss. Wie sie mir suggerierte, dass ein gleichgeschlechtlicher Partner kein richtiger Partner wäre. Wie aus allen ihren Taten hindurchschien, dass sie mich für

krank hielt. Ich wusste damals so wie heute, dass sie stets souverän war und ihre Arbeit ihrem besten Gewissen nach gemacht hat, dass sie alle gegeben hatte, wozu sie in der Lage war und was sie mit ihrem Wissensstand für richtig hielt. Das machte es um so intensiver für mich.

Ihre Aussagen und Therapieansätze wurden mit der Zeit immer gewagter. Sie offenbarte mir zum Beispiel, dass unsere neue Generation zum großen Teil psychisch krank sein werde, weil mittlerweile so viele Homosexuelle Kinder haben dürfen. Dass diesen Kindern eine wichtige Bezugsperson fehle, und sie deswegen gestört aufwachsen würden. Sie kennen diese typischen Argumente alle sicherlich selbst.

Mir waren sie bis dato unbekannt, aber auf meine Frage, warum es dann jetzt nicht schon schlimm wäre, weil es so viele alleinerziehende Eltern gibt, hatte sie nie eine Antwort gegeben. Da hätte ich schon skeptisch werden müssen, wäre ich nicht so verzweifelt gewesen.

Sie versuchte mich dazu zu bringen, mit meinem damaligen besten Freund zu schlafen. Da ich Künstlerin bin, beauftragte sie mich, ihn in der Manier nackt zu zeichnen, wie ich eine Frau nackt zeichnen würde, und dass ich mir Bilder von nackten Frauen, die mich berühren, anschauen, und diese Gefühle dann auf ihn transponieren sollte. Ich wehrte mich immer mehr. Nicht nur fühlte sich das für mich falsch an, ich empfand es auch als respektlos meinem besten Freund gegenüber. Sie versuchte es dann mit Lichttherapie und noch mehr indoktrinierenden Gesprächen. Viel war auch Zuckerbrot und Peitsche. Wenn ich auf ihr Drängen hin auf ein Blind Date mit einem Mann ging, war ich das gute Mädchen. Wenn ich ihr erzählte, wie verliebt ich in meine Freundin war, das zu behandelnde Mädchen. Ich erinnere mich daran, dass ich einmal berichtete, dass ich einen Traum sexueller Natur von einem Mann hatte, und sie sagte "Wunderbar, Raphaelle! Ich habe das Gefühl, dass du langsam geheilt wirst, wie schön das ist. Ich freue mich für dich.". Es interessierte sie nicht einmal, dass es ein Albtraum war.

Im Übrigen war mir zu dieser Zeit nie bewusst, dass ich einer Form der Konversionstherapie unterlag. Für mich war es schlichtweg eine "Therapie" die der Heilung galt. Erst vor Kurzem, als ich ein Interview in dieser Richtung gab, wurde mir wirklich bewusst, was das für ein Eingriff war und dass es sich hierbei um eine Konversionstherapie handelte.

Wie auch immer.

Irgendwann, nach vielleicht einem Jahr, als sich nach etlichen Dates (die für mich und meine Date-Partner immer sehr unschön verliefen) und Versuchen keine Besserung einstellte, erzählte sie mir, dass es auch die Möglichkeit für Elektroschocks gäbe.

Sie erklärte mir, dass ich dabei Bilder zu sehen kriegen würde, und jedes Mal, wenn darauf eine Frau zu sehen ist, würde mir eine Form des Schmerzes zugefügt werden, so dass mein Geist damit negative Assoziationen verbinden würde. Ob sie selbst diese Therapie durchgeführt oder sie mich weitergeleitet hätte kann ich heute nicht mehr sagen, denn das war der Moment, in welchem ich das Handtuch warf. Ich wollte das nicht. Ich hatte keine Kraft mehr. Also akzeptierte ich einfach, dass ich krank war. "Nicht therapierbar", hatte meine Therapeutin zum Schluss in unserer letzten Sitzung voller Enttäuschung noch gesagt. Eine Bezeichnung, die bis heute in mir Schmerz auslöst, mir vollends das Gefühl gab, dass ich für immer ein ungewollter Schandfleck dieser Gesellschaft sein würde.

Ich ging aus dieser Therapie noch gebrochener, als ich jemals zuvor war.

Trost fand ich auch nicht in der LGBT+ Szene, weil ich niemand Betroffenes kannte und ich von außen nicht verstehen konnte, wie Menschen stolz auf etwas sein konnten, was doch offensichtlich - wie mir beigebracht wurde - krank war, und daher distanzierte ich mich von ihr komplett.

Wie sah es also für mich nach dieser Therapie aus?

Das Gefühl, nicht dazu zu gehören, war so verheerend, dass es zu mehreren Klinikaufenthalten und sogar zu Suizidversuchen kam, und ich jahrelang nicht fähig war, etwas zur Gesellschaft beizutragen, allein schon, weil ich mich nicht als Teil von ihr sah. Die Angst, unzulänglich zu sein war über die Jahre gereift und hat einen Rattenschwanz an weiteren Problemen und Komplexen hinter sich hergezogen, wie auch zu meiner starken Soziophobie und etwas, was sich "Imposter Syndrom" nennt. Dem permanenten Gefühl, nicht den Erwartungen anderer zu entsprechen, was dazu führte, dass ich mich fast dauerhaft immer lieber allein zurückzog, als weiterhin zu enttäuschen, und damit fast alle sozialen Kontakte mied. Ich fühlte mich als unliebsamer Bodensatz. Sogar als Monster.

Nicht, weil ich Verbrechen begangen hatte, weil ich mutmaßlich gefährlich für andere Menschen war oder anderen Menschen das Leben schwer machte. Sondern alles nur, weil mein Herz für die ein oder andere Frau etwas schneller schlug.

Erst jetzt, nach einem Jahrzehnt beginne ich zu verstehen, dass ich nicht falsch bin.

Also: Dahingestellt, ob es nun angeboren, ein posttraumatisches Verhalten oder – wenn es denn unbedingt sein muss – eine "Krankheit" ist: ich hätte damals ein weitaus gesünderes, produktiveres und glücklicheres Leben geführt, wenn die sogenannte "Fachkraft" meines Vertrauens mir nicht das Gefühl gegeben hätte, falsch zu sein. Nicht dann erst akzeptiert und vollwertig, wenn meine absolut private Sexualität irgendeiner Norm entspricht.

Wenn man stattdessen meine aus der Kindheit mitgegebene Suggestion, nicht normal zu sein und mein Selbstbewusstsein therapiert und mir das Gefühl gegeben hätte, ich wäre ein richtiger Mensch und ein wichtiger Bestandteil dieser Gesellschaft, unabhängig davon, für wen mein Herz schlägt.

Wenn man mich aufgefangen und mir gezeigt hätte, dass es doch vollkommen egal ist, wen ich liebe, und dass es genauso lapidar wie ein Lieblingssessen oder ein Musikgeschmack ist. Anstatt etwas zu „therapieren“, was mich grundsätzlich ausmacht und niemanden auf dieser Erde in irgendeiner Form schadet, hätte man mir helfen sollen, diese Seite an mir als die harmlose private Selbstverständlichkeit zu sehen, die sie ist. Und dass es absolut keinen Impact auf meinen Wert als Menschen hat. Dass ich in Ordnung bin, wie ich bin.

Stellvertretend für alle Betroffenen danke ich für Ihre Aufmerksamkeit.

Interview mit Mike F.

—

Erfahrungen eines Betroffenen sogenannter „Konversionstherapien“

– Interview geführt von Timm Giesbers –

Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

Wie definieren Sie heute Ihre eigene Sexualität?

Hundertprozentig homosexuell.

Wann waren Sie sich Ihrer Homosexualität zum ersten Mal im Leben bewusst?

Das ist mir schon sehr früh bewusst gewesen, würde ich sagen. Meines Wissens nach war das sogar noch in der Grundschule, in der dritten Klasse. Ich habe mehr den Jungs hinterher geguckt, das aber damals noch nicht verstanden. Das habe ich dann mit etwa 12 oder 13 gewusst. In dem Alter wurde mir meine Homosexualität dann ganz klar bewusst.

Das war erst mal ein Gefühl der Unsicherheit. Ich wollte es damals niemandem sagen. Im Prinzip war es für mich ein sehr beschämendes Gefühl, weil man sich sehr unsicher ist, wie die Umwelt reagiert oder auch Angst davor hatte, dass das bei mir jemand mitbekommen könnte.

Wie hat Ihr Umfeld denn auf Ihre Homosexualität reagiert?

Ich habe zuerst meiner Schwester davon erzählt. Die hat darauf recht positiv reagiert. Als nächstes habe ich mich meinem Bruder gegenüber geöffnet. Er war zunächst etwas verunsichert, aber auch er hat mir ganz klar gesagt, wenn das nun so ist, dann bleibe ich natürlich trotzdem dein Bruder.

Meinen Eltern gegenüber habe ich im Alter von 17 oder 18 Jahren geoutet. Die haben damals am Telefon auch recht cool und lässig reagiert. Ich hatte damals auch eine ganz andere Reaktion erwartet, aber mir haben sie da eher so eine „Na und?“-Haltung signalisiert. Also die Familie hat sehr positiv reagiert. Für die damalige Zeit war das schon noch recht unüblich. Aber meine Eltern waren damals einigermaßen liberal eingestellt, obwohl sie beide sehr christlich aufgewachsen sind.

Wie würden Sie ihr Umfeld denn beschreiben? War das grundsätzlich christlich geprägt?

Ja. Ich würde sagen: Ich wurde katholisch geboren, evangelisch erzogen und bin freikirchlich aufgewachsen. Tatsächlich habe ich also mein Umfeld sehr christlich erlebt. Ich bin sehr früh in den Kinderkreis, Jungschar, Jugendkreis und alle weiteren Institutionen der Frei Kirche (EG/CVJM etc.) gegangen. Auch meine Großmutter hat das

sehr unterstützt und immer dafür gesorgt, dass wir bei Bibellesekreisen dabei waren oder auch im Zeltlager. Sie war und ist sehr sehr christlich. Ich bin damals auch mit einer großen Freude hingegangen und hatte dort großen Spaß. Ich bin also richtig in die christliche Gemeinschaft hineingewachsen und habe alles vertreten, was ich dort gelernt habe.

Haben Sie dort bereits eine kritische Haltung zu Homosexualität erlebt?

Im Prinzip erlebt man das ja die ganze Zeit über. Man bekommt es aus speziellen Bibelstellen mit, die angesprochen werden. Da lernt man ja ganz explizit, dass Gott es ablehnt wie ich bin oder auch dass ausgelebte Homosexualität eine Sünde ist. Natürlich wurde auch gesagt, dass man ja selbst nichts dafür kann, wie man ist. Wichtig ist nur, dass ich nichts davon auslebe, dann ist es noch in Ordnung. Mir wurde gesagt, dass man sich ja nicht von heute auf morgen verändern kann, aber es versuchen soll und daran arbeiten kann. Wichtig war immer, dass man diese Veränderung selbst auch wirklich will und Gott darum bittet, indem man genug betet. Das habe ich damals schon viel gehört. Erst später im Leben, als es wirklich in die Therapien ging, wurden diese Aussagen natürlich noch viel intensiver deutlich. Sexualität war aber definitiv immer ein verpöntes Thema und offen darüber gesprochen hat man damals so gut wie nicht. So musste ich mir vor allem auch selbst Wege suchen, für mich damit umzugehen.

Wie sind Sie dann damit umgegangen?

Ich hatte mit 16 Jahren mein erstes Mal. Für mich war es sehr schwer damit umzugehen und das für mich zu verarbeiten. Ich war dadurch sehr verunsichert. Mein Glaube hat mir ja klar gesagt, dass das vor Gott nicht in Ordnung ist und auch meine Umwelt hat mir das gespiegelt.

Deshalb habe ich mich zunächst an Gesprächstherapeuten gewandt. Nur leider war das nicht erfolgreich und ich habe weiter nach Therapeuten gesucht, so bin ich zum Verein „Weißes Kreuz“ nach Kassel gefahren. Durch das Weiße Kreuz bin ich dann zu einem Therapeuten aus Marburg gekommen. Dieser hat mich dann zum Verein „Wüstenstrom“ vermittelt. Anfangs habe ich sogar noch sexuelle Kontakte zu Männern gesucht, später habe ich das auch im Rahmen der Therapie bei „Wüstenstrom“ komplett aufgegeben.

Wie sind Sie an diese Therapeuten/Berater herangekommen?

Das ist ja jetzt ein wenig her, deshalb kann ich das gar nicht mehr ganz genau sagen. Aber ich meine den allerersten Kontakt habe ich mir selbst gesucht. Ich hatte meinem Umfeld da noch nichts von der Homosexualität gesagt und nur angegeben, dass ich wohl jemanden brauche, um mal über einige Problem zu sprechen. Und die Empfehlungen haben mich dann zu christlich-geprägten Therapeuten gebracht. Dadurch kam ich dann immer tiefer in diese Szene hinein. Mir wurde von den christlichen Therapeuten dann immer mehr davon erzählt und beim Weißen Kreuz habe ich dann zum ersten Mal von den Therapien für homosexuelle Männer gehört. Mir wurde von positiven Beispielen erzählt, bei denen eine solche Heilung funktioniert hat. Das hat mich wahnsinnig motiviert auch eine Therapie zu machen. Ich habe mir gedacht, wenn es Männer gibt, die nach der Therapie nicht mehr homosexuell sind, dann muss ich da hin, denn die können mir wirklich weiterhelfen. Zu dem Zeitpunkt habe ich noch nicht verstanden, dass es auch bisexuelle Menschen gibt, denen es natürlich einfacher fällt Ihre homosexuelle Seite abzulegen, weil man ja noch die heterosexuelle Seite ausleben kann und so natürlich eher sagen kann: „ich bin geheilt“.

So bin ich zu Wüstenstrom gekommen.

Wie lief diese Therapie ab?

Das ging etwa über ein halbes Jahr, gestartet habe ich damit Anfang 2000. Damals war ich 21 Jahre alt. Den ersten Kontakt zu Wüstenstrom hatte ich per Telefon, wonach ich zu einem Vorgespräch eingeladen wurde. Das hat an einem anderen Ort stattgefunden, als die eigentliche Therapie später. Ich saß dort zwei Herren gegenüber, die mich ausgefragt haben, ob ich wirklich bereit bin die Therapie durchzuziehen und ob ich mir bewusst bin, dass das für mich hieße, sexuelle Kontakte zu Männern zu unterlassen. Wenn ich das nicht täte, so sagte man mir, könnte es sein, dass die Therapie nicht richtig funktioniere. Mir wurde auch erklärt, dass die Therapie für Menschen ist, die sexuelle Konflikte in ihrem Leben haben. Es wurde also sehr darauf geachtet, dass diese Therapie nicht nur zum Heilen der Homosexualität da ist. Aber im Verlauf der Therapie wurde klar, dass eigentlich fast alle Teilnehmer der Therapien genau aus dem gleichen Ziel da waren wie ich. Die Kernzielgruppe waren homosexuelle Männer. Die Therapien waren also klar ausgelegt auf eine Heilung der eigenen Sexualität mit dem Ziel nach der Therapie nicht

mehr homosexuell zu sein oder aber zumindest mit den Jahren keine homosexuellen Gedanken mehr zu haben und diese nicht mehr auszuleben.

Wie ging es dort weiter?

Ich habe nach dem Erstgespräch eine Einladung bekommen und dann folgten wöchentlich ein oder zwei Termine. Wir haben dort eine Arbeitsmappe erhalten, wo die Themen der Sitzungen und weitere Erläuterungen zur Therapie aufgeführt wurden. Die Therapie inklusive Arbeitsmaterials hat mich damals (ermäßigt) 300 DM gekostet.

Die Termine liefen nach meiner Erinnerung häufig so ab: Wir haben uns zunächst in der großen Gruppe getroffen, das Thema wurde vorgestellt und dann haben wir dieses Thema in Kleingruppen bearbeitet - auf uns bezogen aber auch im Bezug zu persönlichen Geschichten, die wir ansprechen wollten. Es gab in der Kleingruppe im Anschluss einen Gebetskreis. Daraufhin wurde in der großen Gruppe ein Referat zum jeweiligen Thema gehalten. Zu Beginn und am Ende wurden noch christliche Lieder gesungen. Die Themen waren zum Beispiel: „Vaterwunde, Mutterwunde, Bedürftigkeit eingestehen, Jesu Sündenbekenntnis, Buße, Stärkung des Willens, Götzenwiderrufen.“

Christliche Inhalte haben also eine große Rolle gespielt. Die Therapie war christlich fundiert. Aber es kamen auch Themen wie Missbrauch, Pornografie oder Narzissmus auf den Tisch. Ein wichtiges Thema war auch die gesunde Gemeinschaft mit anderen heterosexuellen Menschen.

Allein an den Themen kann man eigentlich sehen, dass es klar auf eine Heilung homosexueller Männer ausgelegt war. Nach außen hin wurde dieser Eindruck immer vermieden.

Können Sie erläutern, wie Homosexualität in den Therapien dargestellt wurde? Mit welcher Wertung wurde diese sexuelle Orientierung versehen?

Das, was ich in Erinnerung habe, habe ich so auch in anderen christlichen Gemeinschaften erlebt. Homosexualität war immer nur dann in Ordnung, solange ich sie nicht auslebe. Sobald ich aber meine Sexualität auslebe, trete ich in Sünde und muss mir diese Sünde vergeben lassen. Deshalb wurde für diese Sünden immer wieder sehr viel gebetet. Also wurde Homosexualität ganz klar als Sünde definiert. Damit wurde dann auch wirklich Druck ausgeübt. Wir alle waren für diese christliche Perspektive natürlich sehr empfänglich. Erst später habe ich erfahren, dass auch im christlichen Kosmos ganz andere, positive Haltungen zu Homosexualität existieren. Diese werden aber leider meist

nicht offen und klar ausgesprochen, weil dieses ja mit Scham besetzt ist und Konfrontation auch innerhalb einer Gemeinschaft bedeutet.

Wie wurde Ihnen seitens der Therapie-Anbieter erklärt, wie die Heilung funktioniert?

Das kann ich nicht mehr detailliert sagen, weil es zu lange her ist. Aber ich erinnere mich, dass uns erklärt wurde, wie die Heilung eintreten kann. In jedem Fall war es wichtig, vor Gott zu treten und ihn im Gebet zu begegnen. Ich muss darüber hinaus versuchen, meine sexuellen Bedürfnisse zu unterdrücken. Beispielsweise durch ein Unterlassen von Selbstbefriedigung oder den Verzicht auf Konsum von Pornographie. Außerdem sollte ich gesunde Freundschaften zu heterosexuellen Männern aufbauen. Die sollten dann so eine Art Vorbild für mich sein, damit ich mir da anschauen kann, wie ein heterosexuelles Leben aussieht.

Aber es wurde mir auch erklärt, dass man zum Beispiel an seiner Beziehung zu seinen Eltern arbeiten muss. Mir wurde gesagt, dass meine Homosexualität wohl durch eine problematische Beziehung zu Vater und Mutter entstanden ist und dass diese Beziehung aufgearbeitet werden muss, damit ich eine Heilung für mich erlangen kann.

Wurde in den Therapien Druck auf Sie ausgeübt?

Die Therapeuten haben in dem Sinne Druck ausgeübt, als dass sie mir sagten, ich müsse meine homosexuellen Kontakte niederlegen, die ich bis dato hatte. Ich hatte damals zwar nicht sehr viele homosexuelle Freunde, aber die paar, die ich hatte, musste ich verlassen. Das hat natürlich auch bei denen einen bleibenden Eindruck hinterlassen. Dann ist natürlich auch mit dem christlichen Glauben selbst, mit den Bibelstellen, Druck ausgeübt worden. Diese Zitate haben großen Einfluss auf mich gehabt.

Aber insgesamt würde ich sagen, dass die Therapeuten gar nicht mit allzu viel Druck arbeiten mussten, weil ich dort ja eigentlich freiwillig war. Ich habe mir schon selbst am allermeisten Druck aufgeladen, erfolgreich an meiner Sexualität zu arbeiten. Es war dann eher der eigene Erwartungsdruck, der von den Erzählungen der Therapeuten genährt wurde. Ich habe dann gedacht, wenn ich will, dass das erfolgreich ist, muss ich konsequent dahinterstehen. Insofern habe ich selbst dafür gesorgt, dass ich einsam bin. Ich habe versucht, mein Ich über Jahre zu verstellen. So habe ich mich in einen riesigen Konflikt hineinmanövriert.

Wie ging es für Sie nach der Therapie weiter?

Nach dieser Therapie habe ich fast 10 volle Jahre komplett abstinert gelebt und meine Sexualität nicht mehr ausgelebt. Anfangs noch mit großer Motivation und Überzeugung. Ich hatte da die große Hoffnung, dass das klappt und ich geheilt werden könnte. In der mittleren Phase kamen die ersten Zweifel. Aber die Gedanken in meinem Kopf haben mir klar gesagt, dass dieser Kampf für Gott ist. Ich wollte nicht in die Hölle kommen, wenn ich Gott nicht gefalle. Ich hatte große Angst davor, nicht gottgefällig zu leben. Am Ende dieser Zeit wurde mir aber auch klar, dass ich nicht weiterkomme und die Enthaltsamkeit nicht meine sexuelle Orientierung ändert. Ich habe mich in dieser Zeit selbst verleugnet. Ich hatte immer große Angst, Nähe zuzulassen, weil mir klar war, dass ich dann Probleme mit Gott bekommen kann oder in Konflikte mit mir selbst oder meinen christlichen Mitmenschen kommen könnte. Mit jemandem darüber sprechen konnte ich jedoch auch nicht, weil ich aus meiner christlichen Gemeinschaft immer auch gespiegelt bekam, dass Homosexualität kein gottgefälliges Leben ist.

Wieso haben Sie sich dann doch entschieden, homosexuell zu leben und sich von der Therapie zu distanzieren?

Das war ein Prozess für mich. Aber ich bin zu der Einsicht gelangt, dass ich so nicht weiterleben kann, weil ich in eine Depression gefallen bin. Ich wollte nicht mehr leben und konnte auch nicht mehr. Die Kraft ist mir aus gegangen. Mir ging es sehr schlecht und ich konnte mit dem Druck nicht mehr umgehen, nicht der Mensch sein zu können, der ich eigentlich bin. Ich habe ja auch gemerkt, dass sich an meiner Sexualität auch trotz der Therapien nichts verändert. Das hat mich auch dazu gebracht, nicht mehr blind in die christliche Lehre zu vertrauen oder an das zu glauben, was mir in den Therapien erzählt wurde. Zudem habe ich nach einigen Jahren Kontakt zu der Gruppe „Zwischenraum“ bekommen, die mir sehr geholfen hat mit der Homosexualität und dem Glauben umzugehen (dies ist eine christliche Gruppe, die Glauben und Homosexualität im Einklang sehen und auch leben). Auch durch das Buch von Valeria Hinck „Streitfall Liebe - Bibliche Plädoyers wider die Ausgrenzung homosexueller Menschen“ entstand eine ganze Menge Umdenken in mir.

Würden Sie sagen, dass Ihnen diese „Konversionstherapien“ geschadet haben?

Ja, ganz klar. Ich habe wegen der Teilnahme an den Therapien einen riesigen Teil meines Lebens nicht gelebt, wenn ich das rückblickend betrachte. Sexuelle Erfahrungen habe ich deshalb nicht gemacht, die mir heute fehlen. Stark ausgeprägte „ungesunde“ Nähebedürfnisse, die ich heute habe, hätte ich eventuell nicht, hätte ich sie in meiner Jugend ausleben können. Mir fehlt einfach auch das Ausleben meiner Sexualität, was in der Jugend/jungen Erwachsenenalter sonst üblich und nützlich ist. Etwas, dass ich ja zehn Jahre lang unterbunden habe, durch den Druck der Therapien. Psychisch gesehen habe ich eine lange Zeit so extrem mit mir selbst zu tun gehabt, dass ich mir gar kein gesundes Leben aufbauen konnte. Diese Geschichten hängen mir heute noch nach. Ich hatte völlig verlernt zu flirten oder auf Menschen zuzugehen. Und ich frage mich noch immer, warum ich dachte, dass mir dort geholfen werden könnte. Einiges an und in den Therapien hat mir langfristig geschadet. Das alles habe ich zu Beginn und während der Therapien leider aufgrund meiner erlernten fehlerhaften Einstellung und meiner ungenügenden Erfahrung nicht verstanden.

Machen Sie den Menschen, die die Therapie anbieten Vorwürfe?

Ich mache schon den Vorwurf, dass im Vorfeld der Therapien nicht ausreichend aufgeklärt wird, worum es eigentlich genau geht. Und vor allem, dass uns Teilnehmern dieses klare Versprechen einer Heilung in Aussicht gestellt wird. Außerdem waren meines Wissens nach keine ausgebildeten Therapeuten oder Doktoren an den Therapien beteiligt. Ich frage mich, ob uns nicht eigentlich Laien dort angeleitet haben und uns das so nicht bewusst war. Von einer nach fachlichen Gesichtspunkten ausgerichteten Psychotherapie, deren Wirkung empirisch belegt ist, kann man in diesem Fall eigentlich gar nicht sprechen. Und außerdem waren viele der Referenten selbst in einem Konflikt, weil sie auch homosexuell waren oder auch an den Therapien teilgenommen hatten. Wenn ich dieses Wissen was ich heute habe damals schon gehabt hätte, hätte ich natürlich nie an diesen „Therapien“ teilgenommen.

Glauben Sie, dass Homosexualität überhaupt Bestandteil einer Therapie sein sollte?

Ja, aber ganz anders als bei mir - viel wichtiger ist es, das eigene Ich zu stärken, so dass man sich selbst akzeptieren kann. Und selber geliebt fühlen kann, so wie man wirklich ist.

Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern, dass gläubige Menschen in Ihrer Glaubensgemeinschaft akzeptiert werden?

Zunächst müsste ein offener Umgang mit dem Thema in den Gemeinden vorhanden sein.

Des Weiteren müsste das Thema mehr in den Predigten und Hauskreisen der Gemeinden ernsthaft und positiv kommuniziert und bearbeitet werden. Eine ehrliche und wirkliche Annahme mit allen Aktivitäten ohne Ausschluss von einigen Dingen (z.B. Kinderarbeit) muss möglich sein.

Die Bundesregierung plant ein Verbot sog. „Konversionstherapien“. Welche darüber hinaus gehende Maßnahmen wünschen Sie sich?

Was auch sehr wichtig ist - wenn das Gesetz vom Verbot der sogenannten „Konversionstherapien“ verabschiedet wird - wäre, dass die christliche Fachliteratur, die aus den USA zu uns rüberkommt, genauer auf ihr fundamentalistisches Leitbild hin geprüft und zur Not auch verboten werden sollte. Etliches an Literatur, die aus den USA kommt, wird einfach nur eins zu eins übersetzt und bei uns über christliche Medienverlage weiterverbreitet. So kommen auch Junge Menschen schnell an die schlechte Fachliteratur, die das Leid weiter fördert. Ein Verbot der sogenannten „Konversionstherapien“ alleine bringt nichts, wenn die Literatur genau das fundamentalistische Bild weiterverbreiten darf. Bücher wie „Homosexualität muss kein Schicksal sein“ von Joseph Nicolosi, oder „Umkehr der Liebe. Hoffnung und Heilung für Homosexualität“ von Mario Bergner etc. sind gefährlich und verbreiten ein falsches und ungenaues Bild.

Wie können aus Ihrer Sicht insbesondere junge Menschen vor solchen Angeboten geschützt werden?

Ganz klar ein Verbot solcher sogenannten Therapien für junge Menschen unter 18 Jahren!

Zudem sollte es mehr Öffentlichkeitsarbeit geben. Ich denke da beispielsweise an Aufklärungsarbeit in Schulen und öffentlichen Vereinen, die neben der Aidshilfe mitteilen, dass christliche, homosexuelle Menschen bei ihnen willkommen sind. Außerdem könnte mehr Werbung mit dem Inhalt „Pro Christ und Homosexualität“ in den Medien erscheinen.

Interview mit Bastian Melcher
—
**Erfahrungen eines Betroffenen
sogenannter „Konversionstherapien“**

– Interview geführt von Timm Giesbers –

Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

Wie definieren Sie heute Ihre eigene Sexualität?

Ich bin homosexuell und lebe mit einem Mann zusammen.

Wann waren Sie sich Ihrer Homosexualität zum ersten Mal im Leben bewusst?

Das ist mir schon ziemlich früh klar, wenn ich mich zurückerinnere. Ich habe als Kind schon ganz gern mit Geschlechterrollen gespielt, also das klassische Mutter-Vater-Kind-Spiel. Später am Anfang der Pubertät, also mit 10, 11 oder 12 haben die anderen Jungen in meiner Klasse angefangen im Playboy zu Blättern und ich habe gemerkt, das finde ich einfach langweilig, das interessiert mich nicht so.

Wie haben Sie sich mit dieser Erkenntnis gefühlt?

Ich habe das anfangs so nicht wahrgenommen oder realisiert, dass dieses Desinteresse für Frauen jetzt bedeutet, dass ich schwul bin. Erst später als ich gemerkt habe, es geht da wirklich um sexuelle Gefühle für Männer wurde mir das klar. Da habe ich dann auch festgestellt, dass es für Homosexuelle in Deutschland nicht so einfach ist, weder in der Familie noch außerhalb. Dass mich etwas von den anderen Jungen in der Schule unterscheidet, hat mich dann auch sehr belastet. Diese Erkenntnis zu haben, das ist eine schwerwiegende Erfahrung.

Wie würden Sie ihr Umfeld denn beschreiben? War das grundsätzlich christlich geprägt?

Ja sehr. Ich bin selbst auch in der Kirche engagiert gewesen. Meine Familie ist sehr christlich und das hat mich geprägt. Ich habe also alles mitgemacht, vom Kindergottesdienst über die Konfirmation und dann auch später in der Kirche mitgearbeitet. Für mich war daher auch immer klar, dass Gott Mann und Frau geschaffen hat, damit sie eine Familie gründen und andere Alternativen gab es in meinem Weltbild damals gar nicht. Davon war ich absolut überzeugt.

Haben Sie damals bereits eine ablehnende Haltung zu Ihrer eigenen Sexualität aufgebaut?

Genau, ich habe mir meine Zukunft immer so ausgemalt: Eine Familie gründen, einen roten VW-Bus fahren, ganz viele Kinder haben. Es war für mich auch total klar, dass man so ein Leben als gläubiger Christ lebt. Die Vorstellung eine Regenbogen-Familie zu haben, war für mich gar keine Möglichkeit. Ich habe später auch immer wieder Beziehungen mit Männern abgebrochen, weil ich mir sicher war, dass das keine Zukunft haben kann.

Mein Bild von Homosexualität war sehr davon geprägt, was die Kirche darüber gelehrt hat. Diese konservative Haltung habe ich dann auch für mich verinnerlicht. Allgemein ist in der Kirche das Thema Homosexualität aber auch einfach ein großes Tabu, es wurde also insgesamt kaum darüber gesprochen. Wenn überhaupt, dann war es eher so, dass die klassische Familie sehr hervorgehoben wurde und klar gezeigt wurde, das ist eigentlich das Bild, das auch Gott sich wünscht.

Wie ist Ihre Familie dann mit Ihrem Outing umgegangen?

Ich hatte zunächst sehr große Angst mich zu outen, weil ich mich gefürchtet habe, sie zu enttäuschen, einen Fehler zu machen und ich befürchtet habe, meine Familie würde denken, ich sei falsch, so wie ich bin. Es blieb aber schwierig für meine Familie. Man hat gemerkt, dass sie damit nicht so gut umgehen können. Wir hatten aber auch weder im Umfeld oder Freundeskreis Beispiele, an denen man sich hätte orientieren können. Und auch innerhalb meiner Familie haben wir nie über Homosexualität gesprochen.

Wie sind Sie dann damit umgegangen?

Ich habe mich sehr allein gefühlt, weil ich niemandem von meiner Situation erzählt habe. Diese Situation war für mich sehr bedrückend. Damals war ich total davon überzeugt, dass ich mit diesem Schicksal, homosexuell zu sein, komplett alleine war. Ich habe auch sehr lang gewartet, bis ich es einer Freundin aus meiner Klasse erzählt habe. Sie hat sehr positiv reagiert und mir kein negatives Feedback gegeben. Deshalb habe ich dann auch diesen Kreis erweitert und mehr Menschen davon erzählt.

Parallel zu diesen Outings haben Sie sich dann aber trotzdem Hilfe gesucht und versucht, nicht mehr homosexuell zu sein?

Zuerst bin ich zu meinem Jugendpastor gegangen und habe mich ihm anvertraut. Ich habe ihm gesagt, dass ich wohl auf Männer stehe und das nicht möchte und deshalb Hilfe brauche. Er war damit wohl auch überfordert und hatte auch selbst noch keine Erfahrungen mit dem Thema. Also hat er erstmal mit mir gebetet und mir seine Unterstützung angeboten. Er hat mir dann von einem anderen Pastor in Bremen erzählt, der mehr Erfahrung mit dem Thema hat und mir weiterhelfen könne. Da habe ich auch zum ersten Mal davon gehört, dass dieser Pastor spezielle Kurse anbietet.

Ich habe damals auch nicht weiter darüber nachgedacht, was genau in diesen Kursen passieren soll. Ich hatte die Vorstellung, dass das sicherlich mit Gebeten zu tun hat und dann ganz auf Gott vertraut. Für mich war klar, da sind Leute, die können mir helfen. Ich war komplett überzeugt davon, dass Gott die ganze Welt erschaffen hat und alle Macht besitzt. Gott kann kranke Menschen heilen, psychische Probleme auflösen und dann wird er mir auch helfen können. Gott wird das können, Gott kann das alles. Als krank habe ich mich jedoch nicht empfunden, Homosexualität wurde mir gegenüber auch nicht als wirkliche Krankheit bezeichnet. Stattdessen habe ich dann aber die wildesten Theorien von Christen gehört, wieso ich nun homosexuell bin. Oft wurde erzählt, dass wohl in meinem Leben etwas schiefgelaufen sei oder in meinem Verhältnis zu meinen Eltern etwas nicht stimme. Sogar Dämonen sollen mich besessen haben. Da gab es ganz viele verrückte Theorien.

Wie lief diese Therapie ab?

Erstmal habe ich über zwei Jahre gewartet, bis ich mich gemeldet habe und auch der Leidensdruck noch größer wurde. Ich hatte einfach auch Angst davor, was dort genau passiert. Meine Eltern wussten dann aber auch Bescheid. Sie mussten dort bestätigen, dass ich den Kurs machen kann, denn ich war zu dem Zeitpunkt noch minderjährig. Meine Eltern haben mich auf diesem Weg also auch unterstützt, weil sie selbst auch der Meinung waren, dass meine Homosexualität nicht Gottes Wille sein kann. Ich wollte aber auch selbst unbedingt teilnehmen, weil ich sehr unter der Vorstellung, schwul zu sein, gelitten habe.

Wie ging es für dich weiter?

Ich habe danach über acht Jahre hinweg ganz viele verschiedene Dinge versucht. Unter anderem einen Kurs, namens „Living Waters“. Der ging sechs Monate und lief im Prinzip ab, wie bei den Anonymen Alkoholikern. Man hat sich also hingestellt und gesagt: „Hallo, ich bin Bastian und ich bin schwul, könnt ihr für mich beten.“ Dann habe ich Einzeltherapien gemacht mit gläubigen Seelsorgern, zum Beispiel vom Verein wüstenstrom. Ich habe immer weitergesucht, wer mir helfen kann und in aller Welt nach Predigern Ausschau gehalten, aus Indien oder Amerika, und immer wieder für mich beten lassen. Ich habe mich an jeden Grashalm geklammert und immer gehofft, dass ich jemanden finde, der es schafft, dass Gott durch ihn wirkt.

Ganz zum Schluss dieses jahrelangen Prozesses bin ich auf einen gläubigen Arzt getroffen, der davon überzeugt war, dass es Dämonen sind, die mich besessen haben. Deshalb hat er an mir einen Exorzismus durchgeführt. Und ich habe ihm das damals auch geglaubt. Zu dem Zeitpunkt war ich bereits 20 Jahre alt. Ich wollte einfach unbedingt diese Gefühle loswerden und habe irgendwann alles geglaubt. Ich wollte auch glauben, dass mir irgendwann jemand helfen kann.

Wie lief der Exorzismus genau ab?

Es gab dabei kein brennendes Kreuzifix, so wie in manchen Horrorfilmen. Ich sollte mich einfach auf einen Stuhl setzen, dann hat der Arzt, von dem ich erzählt habe, seine Hand auf mich gelegt und angefangen zu beten. Teilweise still, dann laut und in fremden Sprachen. Er nannte das göttliche Engelssprachen. Ich habe das nicht verstanden natürlich. Als er fertig war, hat er mich gefragt, ob ich irgendetwas bemerkt hätte. Das hatte ich nicht, nichts gespürt und nichts gesehen. Der Arzt hat mir dann jedoch erzählt, dass er gesehen habe wie Rauch aus meinem Rücken gestiegen sei. Das seien die Dämonen gewesen, die mich verlassen hätten. Allerdings sei in mir noch ein großer Dämon und den müsse er weiterbearbeiten. Deshalb hat er noch weitergebetet. Ich habe ihm aber weiter geglaubt, dass es Engel und auch böse Mächte gibt, die einen besetzen können.

Können Sie erläutern, wie Homosexualität in den Therapien dargestellt wurde? Mit welcher Wertung wurde diese sexuelle Orientierung versehen?

Homosexualität wurde als Verfehlung der sexuellen Orientierung dargestellt. Eine Form der Sexualität, die nicht von Gott gewollt sei. Sie wurde als Sünde vor Gott betitelt, als eine Lebensform, die nicht im Einklang mit Gottes Willen stehe.

Wie wurde Ihnen seitens der Therapie-Anbieter erklärt, wie die Heilung funktioniert?

Letztlich allein durch Gottes Willen und seine Kraft. Dazu sollte man sich von homosexuellen Menschen fernhalten. Es wurde geraten, ebenfalls enthaltsam zu leben. Man sollte alle Gedanken auf Gott ausrichten und viel Beten und für sich Beten lassen. Zusätzlich sollte man der Versuchung, bzw. Angeboten homosexueller Handlungen widerstehen. Es gab also keine Garantie, dass es nur durch eine Therapie möglich wäre, Heilung zu erfahren.

Wurde in den Therapien Druck auf Sie ausgeübt?

Nein, man hat mich nie gezwungen etwas zu tun, was ich nicht wollte.

Würden Sie sagen, dass Ihnen diese „Konversionstherapien“ geschadet haben?

Ja, ganz klar. Ich bin teilweise depressiv geworden, habe versucht mir mit Medikamenten und Alkohol mir so ein bisschen das Leben schöner zu machen teilweise. Ich hab mich an manchen Tagen selbst verletzt, damit ich überhaupt irgendwas spüren kann. Und ich bin einfach innerlich total durchgedreht. Habe ein Doppelleben geführt, habe mich immer schlecht gefühlt, habe immer ein unglaublich schlechtes Gewissen gehabt, habe immer gedacht, ich bin falsch. Ich hab mich an manchen Tagen selbst verletzt, damit ich überhaupt irgendwas spüren kann. Manchmal habe ich gedacht, es wär besser, wenn ich einfach nicht mehr lebe.

Wieso haben Sie sich dann doch entschieden, homosexuell zu leben und sich von der Therapie zu distanzieren?

Ich hatte damals hauptsächlich christliche Freunde, die haben mich in dem Vorhaben, mich „heilen“ zu lassen, dann auch unterstützt. Aber durch mein Doppelleben hatte ich natürlich auch einige homosexuelle Bekannte. Da habe ich gelernt, dass man auch anders mit seiner Veranlagung umgehen kann und ein freies, glückliches Leben möglich ist. Außerdem habe ich natürlich gemerkt: Egal, was ich versuche, es ändert sich ja ohnehin nichts.

Nachdem ich es dann acht lange Jahre lang versucht habe, war ich mit meiner besten Freundin beim CSD in Hannover. Irgendwie bin ich ja weiter neugierig auf dieses Leben geblieben. Und in dem Moment habe ich mich entschieden, ich probiere es jetzt aus, homosexuell zu sein. Und in dem Moment habe ich mich dann auch endlich frei gefühlt.

Machen Sie den Menschen, die die Therapie anbieten heute Vorwürfe?

Mir wurde von all diesen Anbietern immer wieder Hoffnung gemacht, dass Gott mir helfen könne, dass er mich befreien könne. Das hat bei mir große Erwartungen geweckt und ich wurde am Ende immer wieder enttäuscht. Dadurch habe ich mich nur noch viel schlechter gefühlt. Mich aber wirklich zu unterstützen, auf diese Idee ist scheinbar niemand von ihnen gekommen.

Glauben Sie, dass Homosexualität überhaupt Bestandteil einer Therapie sein sollte?

Ich glaube, dass es hilfreich ist als homosexueller Mensch mit einem Therapeuten über seine Gefühle und Empfindungen zu reden. Dabei sollte der Patient ermutigt werden als homosexuelle Person zu leben und dazu stehen zu können. Lernen, für sich einstehen zu können. Aber es darf niemals darauf abzielen, Homosexualität verändern zu wollen.

Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern, dass gläubige Menschen in Ihrer Glaubensgemeinschaft akzeptiert werden?

Zum einen muss die Bundesregierung, der Staat, deutlich zeigen, dass Homosexualität, sowie Transsexualität keiner Veränderung bedarf. Dies auch durch ein Gesetz zum Verbot sog. Konversionstherapien. Somit würden evtl. auch mehr gläubige Menschen dort keine Differenzen mehr sehen. Solange jedoch manche Gläubige davon überzeugt sind,

dass Homosexualität Sünde sei und nicht von Gott gewollt ist, wird sich niemand in einer solchen Glaubensgemeinschaft wohl fühlen können.

Die Bundesregierung plant ein Verbot sog. „Konversionstherapien“. Welche darüber hinaus gehende Maßnahmen wünschen Sie sich?

Es sollten zentrale Beratungsstellen, sowohl im Netz als auch in Vereinen oder auch Behörden angeboten werden. Dort muss über sog. Konversionstherapien berichtet werden und die möglichen Folgen dargelegt werden. Betroffene müssen sich dahin wenden können. Weiterhin ist es sehr wichtig, auch in Schulen mehr Aufklärungsarbeit zu leisten. Bereits Kinder müssen wissen, dass Sexualität keine Entscheidung ist.

Wie können aus Ihrer Sicht insbesondere junge Menschen vor solchen Angeboten geschützt werden?

Ebenfalls durch Aufklärungsarbeiten und Schulen und Vereinen. Je öfter man darüber redet, dass es LGBTIQ-Personen gibt und dass es völlig normal und nicht veränderbar ist, umso weniger haben auch junge Menschen Angst davor - oder selbst Betroffene - Angst vor einem Outing.

Die doppelte Disziplinierung von Lesben
—
**(Konversions-) „Therapien“ als Reintegration
,widerständiger` Frauen in die
heteronormative und patriarchale Ordnung**

Verschriftlichung des Impulsvortrags zur 1. Fachkommission
vom 08. Mai 2019

– Stephanie Kuhnen –

Journalistin und Autorin

Ich bedanke mich für die Einladung, zu diesem wichtigen Thema eine weitere Perspektive vorbringen zu können, die in den Debatten bisher wenig Beachtung findet: die unterschiedlichen Ausrichtungen und Zurichtungen der sogenannten „Konversionen“ für Frauen und Männern. Zusätzlich plädiere ich dringend für einen kritischen Blick auf andere Therapieformen, die bewusst ihre Therapieziele auf heteronormative Lebensweisen und heteronormative Geschlechtsverhalten richten, auch wenn sie eine Ergebnisoffenheit behaupten. Hierbei sind vor allem christlich-esoterisch ausgerichtete Therapieformen, jedoch auch unterschiedliche Körpertherapien in den Fokus zu nehmen. Zusätzlich dringe ich auf die Förderung einer intensiveren, kritischen Auseinandersetzung mit dem Feld unter Einbeziehung von Expertinnen aus der feministischen Therapiebewegung.

Es ist richtig, diese Form der – meiner Meinung nach – legalen Folter der „Konversionstherapie“ zu verbieten.

Es scheint mir jedoch zu kurz gegriffen, einfach nur eine als extrem empfundene Geschmacksrichtung aus dem Sortiment zu nehmen, wenn das Grundrezept zur Herstellung einer nicht zeitgemäßen heteronormativen Geschlechter- und Gesellschaftsordnung bestehen bleibt. Dies betrifft mehrere Therapieformen und nicht nur das sichtbare Extrem der sogenannten „Konversionstherapie“.

Meine Kritik richtete sich vor allem an das Verständnis von Homosexualität als essentielles Merkmal, das sich bei als Frauen und als Männern positionierten Personen gleichermaßen als „sexuelle Orientierung“ äußert, ungeachtet ihrer unterschiedlichen Situationen und unterschiedlichen Handlungen, die sie ausüben müssen, um zum Erhalt ihrer Position, beizutragen.

Zunächst möchte ich kurz meine Sprechposition erläutern. Ich wurde eingeladen als Expertin für lesbische* Sichtbarkeiten aus identitäts- und körperpolitischen, sozialen, historischen und kulturellen Perspektiven. Zu diesen und anderen verwandten Themen publiziere ich seit über zwanzig Jahren.

Direkt persönliche Einblicke erhielt ich durch eine ehemalige Partnerin, die jahrelang aufgrund massiver Traumatisierung in ihrer Kindheit und familiärer Vorbelastung sich unterschiedlichen Therapieversuchen unterzog. In allen Therapien, von der staatlich anerkannten bis zur esoterisch-christlichen, von der alternativen Körper- zur

Psychotherapie und anderen, wurde ihre Bisexualität, bzw. ihre Entscheidung, lesbisch und kinderlos zu leben, dahingehend problematisiert, dass diese Lebensform nur eine Verweigerung sei, ihre Traumata, einige nannten das sogar „verwundete Weiblichkeit“, „aufzulösen“. Anfänglich konnte sie sich diesen Heilversprechungen und Manipulationsversuchen noch entziehen und die therapeutischen Beziehungen abbrechen. Als sie an Unterleibskrebs erkrankte, wurde ihr von sogenannten „Engels-Heilern“ aus dem Kreis der US-amerikanischen Familientherapeutin Doreen Virtue empfohlen, sich mit einer Zuwendung zu einem „gesunden, heterosexuellen“ Leben von dieser „selbstgewählten Blockade im Unterleib zu befreien“. Sie glaubte diesen Menschen, brach alle Kontakte zu Freund*innen ab, die dieser Entwicklung kritisch und sorgenvoll gegenüberstanden, wechselte buchstäblich über Nacht ihren Wohnort, suchte Beziehungen zu Männern und verzichtete auf eine medizinische Behandlung. Vor fünf Jahren, sieben Jahre nach ihrer Diagnose, suizidierte sie sich durch vielschichtige Abhängigkeiten von selbsternannten Therapeutinnen und Therapeuten aus der Esoterikszene hochverschuldet und mit Krebs im Endstadium.

Es ist mir an dieser Stelle wichtig darauf hinzuweisen, dass meine ehemalige Partnerin zu keinem Zeitpunkt sich einer „Konversionstherapie“ unterzog, genau genommen dennoch an einer starb. Wie auch in den Therapien, deren Ziel eine „Umkehrung“ von einer „falschen“ zu einer „richtigen“ sexuellen Orientierung ist, wurde behauptet, Krankheit, „Ver_rücktsein“ (Depression, Psychosen, bipolare Störungen etc.) und das permanente Gefühl von sozialer Erfolglosigkeit wären unmittelbare, sogar „selbst-bestrafende“ Folgen einer „falschen“ Lebens- und Beziehungsführung. Auch ist es wichtig zu betrachten, dass in diese „Therapiefallen“ nicht nur von ihren Eltern abhängige Jugendliche oder bildungsferne Personen verstrickt werden, sondern auch hochgebildete, gut situierte Erwachsene mit einem stabilen und liberalen sozialen Umfeld.

Diese New-Age-Therapien um die mittlerweile zum christlichen Fundamentalismus übergetretenen US-amerikanischen Familien- und Psychotherapeutin Doreen Virtue sind auch in Deutschland ein ungebremsstes Millionengeschäft. Ein ebenfalls sehr kritisch zu betrachtendes Feld sind die sogenannten „Familienaufstellungen“, beziehungsweise „Neues geistiges Familienstellen“ nach dem christlichen Familientherapeuten und Psychoanalytiker Bert Hellinger.

Das oben genannte Beispiel eines Therapieverlaufes illustriert, dass es schwerwiegende Unterschiede in den Ausprägungen, Strategien und Zielen von „Konversionen“ zwischen männlichen und weiblichen Homosexuellen gibt, die ich in meinem Vortrag offenlegen und unterstreichen will.

Einer der vielen aktuellen Belege ist die Arbeit der auch in Deutschland und anderen europäischen Ländern, besonders in Polen, seit über einem Jahrzehnt populären US-amerikanischen Familientherapeutin Janelle Hallman, die einen speziell auf lesbische Frauen zugeschnittenen und leicht über den Buchhandel zugänglichen „Konversions“-Leitfaden verfasst hat. 2008 erschien dieser als „The Heart of Same-Sex Attraction“. Auffallend ist neben den üblichen Überzeugungen, ein „richtiges“ und „christliches“ Leben sei für Frauen nur heterosexuell und im bei Geburt zugewiesenen Geschlecht möglich sowie weibliche Homosexualität sei eine Folge von Gewalterfahrungen durch Männer, wie tief sich die Autorin über Jahre in (weiße) lesbische Kultur bis hin in den Jargon eingearbeitet hat. Es scheint ironisch, dass Hallman in der Spezialisierung ihres Produktes herausarbeitet, was die Kritik an den Konversionstherapien oft vermissen lässt: ein Bewusstsein dafür, dass Lesben und Schwulen unterschiedliche Funktionen und Positionen zugedacht werden. Entsprechend differieren die Ansprachen und Versprechungen von Teilhabe und Anerkennung. Manchmal muten Erklärungsversuche für „female SSA“ (Same Sex Attraction) sogar recht populärfeministisch an, erweisen sich aber bei genauer Betrachtung als Heilsversprechen: eine „erfolgreiche“ Heterosexualität ist für gebärfähige Frauen nur in Mutterschaft, Häuslichkeit, Familiensinn, Care-Arbeit und Unterordnung unter den Mann zu finden, denn dies sei essentiell weiblich und mit „Frausein“ verbunden.

Hallmann arbeitet nicht nur selbst mit Klientinnen, sondern bildet ebenfalls Therapeutinnen und Therapeuten aus. In ihrem Leitfaden wird dezidiert beschrieben, wie bereits bestehende gleichgeschlechtliche Beziehungen und auch Regenbogenfamilien schrittweise zu trennen sind, wie Kontakte abgebrochen werden können und wie die Klientin einem geeigneten heterosexuellen Mann „zugeführt“ werden kann. Eine tragende Bedeutung kommt hierbei der Übernahme von Care Arbeit und Unterordnung innerhalb einer heterosexuellen Beziehung zu. Begründet wird diese „Resozialisierung“ mit einer behaupteten „natürlichen Weiblichkeit“ und einer „gottgewollten Ordnung“.

Diese Bedingungen erkennen wir heute in den Argumentationen der AfD, die Politikerinnen oder sichtbar erfolg- und einflussreiche Frauen in ihrem Wert daran misst, ob sie auch Mütter sind oder den rechtspopulistischen und antifeministischen Anwürfen gegen den sogenannten „Genderwahn“. Ähnliche frauenfeindliche Argumentationslinien finden sich in den Bestrebungen der vorgeblichen „Lebensschützern“, die Frauen eine selbstgewollte und -bestimmte Mutterschaft absprechen.

Wann immer der Strukturkategorie Frau zugewiesene Aufgaben und Eigenschaften verlassen oder deren Grenzen übertreten werden, können diese Personen institutionell und gesellschaftlich pathologisiert werden.

Ich erlaube mir einen kurzen historischen Exkurs, bei dem ich mich ausschließlich auf Lesben als „widerständige“ Personengruppe beziehe. Dabei verstehe ich Lesben nicht als potentiell gebärfähige Frauen mit einer von der Mehrheit abweichenden sexuellen Orientierung, sondern eine Gruppe von Menschen, denen anhand körperlicher Merkmale oder Handlungen, „Weiblichkeit“ abgesprochen wird. Solange sie die Anforderungen daran nicht erfüllen, weil sie dies nicht können oder auch nicht wollen, sind sie gesellschaftlich oder institutionell sanktionierbar und disziplinierbar. Daher ist der Begriff „Lesbe“ eher ein dynamischer Raum als ein Container und in dieser Logik verhält sich „Lesbe“ zu „Frau“ nicht notwendigerweise deckungsgleich.

Die Literaturwissenschaftlerin Nicole G. Albert untersucht in ihrer 2016 erschienen Dissertation „Lesbian Decadence. The Representation in art and literature in fin de siècle France“ die Ursprünge der Vorannahmen über „Lesben“, eigentlich die Erfindung der Lesben durch die noch junge Sexualwissenschaft mit damals noch relativ wenig Fallbeispielen, also Empirie, in Allianz mit der Literatur und Kunst dieser Zeit. Der Begriff „Lesbe“, „Lesbierin“ wurde zu dieser Zeit geprägt und hat wenig mit den „Feministischen Lesben“ der 1970er oder den „L-Word“-Lesben der 90er zu tun. Dies ist insofern wichtig, dass an die damals zum Teil kunstvoll herbeifantasierten Bilder über „les lesbiennes“ (von männlichen wie weiblichen Autor*innen, homosexuellen wie heterosexuellen) körperliche Merkmale und Verhaltensweisen geknüpft wurden, die heute noch viele Stereotype nähren, die als zu behandelnde Abweichungen und Grenzverletzungen gelten. Beispielsweise ein „männliches Verhalten“, „männliche Kleidung“ oder „erhöhter Sexualtrieb“ als Symptome. Oder die „Verführerin“ oder „Kriminelle“ als beliebte Topoi. Weibliche Sexualität war nicht denkbar oder visualisierbar, ohne eine „Vermännlichung“ oder

„Virilisierung“. Diese Fantasien über „Lesben“ popularisierten sich durch Übersetzungen der Romane und Gedichtbände so sehr, dass die fiktiven Vorstellungen davon, was „Lesben“ sind, wie sie aussehen, wie sie sich verhalten und welche Bedrohung sie für die patriarchal hierarchisierte Geschlechterordnung bedeuten könnten, eine regelrechte Panik auslösten, Lesben könnten ganze Gesellschaften zu Fall bringen. Da Lesben jedoch nicht durch den Strafgesetzbuchparagrafen 175 kriminalisiert und diszipliniert werden konnten, bot sich die Psychiatrie als Verfolgungsinstrument an, wo andere spezifisch für Frauen geltende Einschränkungen und Gesetze oder zugriffsberechtigte Personen wie Familienangehörige oder Ehemänner sie von ihren als subversiv betrachteten Tätigkeiten nicht abhalten konnten. Eine heute noch existente politische und sich derzeit revitalisierende Gegenströmung, die ebenfalls überall „Lesben“ (als dysfunktionale Frauen) in jeder Veränderung in Richtung politischer Teilhabe von Frauen witterte, war der Antifeminismus. So wurde beispielsweise das Universitätsstudium oder das Frauenwahlrecht bezichtigt, Familien zu zerstören, weil ehemals „gute“ Ehefrauen ihre Kinder und Ehemänner vernachlässigten. Dies wies die Frauenwahlrechtsbewegung selbstredend weit von sich, auch dort herrschte Panik vor „den Lesben“, fürchteten die gut situierten meist bürgerlichen Frauen um ihre Reputation und Statusverlust oder befürchteten nicht unbegründet eine Pathologisierung ihrer politischen Einmischung in das sie von gleichberechtigter Teilhabe ausschließende Staatsordnung. Gleichzeitig entstand die erste „homosexuelle“ Emanzipationsbewegung, nicht zufällig eng verknüpft mit der Sexualwissenschaft, die durch eine „neutrale“ Wissenschaft Gerechtigkeit schaffen wollte. 1904, in der bisher weltweit ersten bekannten lesbenpolitischen Rede, beklagte die Journalistin Anna Rüling (Pseudonym), die doppelte Unsichtbarkeit von „homosexuellen Frauen“ sowohl in der Frauen- als auch in der Homosexuellenbewegung. Es entbehrt nicht eines gewissen Ironie, dass die offenbar so Angst auslösenden Vorstellungen über „Lesben“, Vorurteile und damit einhergehende zum Teil drakonischen Disziplinierungswünsche übertriebenen und bewusst künstlerisch ausgeschmückten Fantasien entsprangen, die heute noch gewisse Gültigkeiten haben, und sogar teilweise zu Gültigkeiten geworden sind. Mit solchen Horrorszenarien werden heute noch Konversionslogiken bedient, eine homosexuelle Frau sei noch zu retten, weil sie gar nicht „so männlich“ wäre oder nur „Opfer einer Verführung“ oder einer zu anstrengenden Berufskarriere oder „temporären Verwirrung“ oder als Lesbe stünde ihr ein Leben in sexueller Verwahrlosung und Krankheit bevor.

In jedem Fall jedoch geht es in einer „Konversionstherapie“ für lesbische Frauen, anders als für schwule Männer, darum, in eine dienende, gebärende und umsorgende Funktion ohne Kapitalaustausch zurückgeführt zu werden.

An dieser Stelle möchte ich fragen, was denn die erhofften Vorteile einer Klientin sein könnten. Dies scheint mir für eine effektive und nötige Präventionsarbeit nicht unbedeutend, denn es gibt Menschen, die wollen von ihrer Homosexualität „befreit“ werden, da sie glauben, nicht die vielschichtigen Differenzerfahrungen und Diskriminierungen machten sie krank, sondern die Rückführung in ein dominantes und dominierendes System sei Heilung und nicht Ursache.

Lesben erfahren vielseitige Diskriminierungen. Sie sind „die anderen Frauen“ (ein veralteter Begriff für Lesben ist auch „Halb-Frauen“), als die „anderen Homosexuellen“ oft unsichtbar und nicht wichtig genug – als Frauen wird ihnen jede Opfererfahrung abgesprochen oder es muss zumindest eine Teilschuld übernommen werden. Ist die Diskriminierung oder der Ausschluss von Teilhabe struktureller Natur, scheint der Kampf um Subjektstatus und Sichtbarkeit noch aussichtsloser. Es liegt – so schmerzlich das sein mag – nah, sich von der Aufgabe der eigenen „sexuellen Orientierung“ eine Verschönerung von den alltäglichen, vielfältigen Stressoren zu erhoffen. Der Aufwand, das sich fügen in eine heteronormative Ordnung und heterosexuelle Handlungen, kann unter Umständen klein erscheinen, wenn die Anerkennung und Wertschätzung des familiären Umfeldes und einer homophoben/lesben- und transfeindlichen Gesellschaft daran hängt. Lesbischsein ist eine alltägliche doppelte Differenzerfahrung, als Lesben und als Frauen, ein permanenter Widerstand gegen die vielfältigen an sie herangetragenen Behauptungen von Defiziten gegenüber diversen Hegemonialäten. Daran führt gegenwärtig kein Weg dran vorbei.

Ich möchte deutlich dafür plädieren, die Kritik an den sogenannten „Konversionstherapien“ auf Psychiatrie und Religion zu erweitern. Alle Institutionen und Instanzen, die diese erwähnten Differenzen durch das Aufstellen von Normen produzieren. Zusätzlich möchte ich den Blick auch auf die Medizin lenken. Lesbenfeindlichkeit und Misogynie machen erwiesenermaßen krank. Und lesbisch lebende, cis-geschlechtliche Frauen treffen auf ein Gesundheitssystem, das eine heterosexuelle Lebensweise vorannimmt und daran genormt behandelt. Lesben fühlen sich dadurch bewusst von einer auf die weiblich-heterosexuell vergeschlechtliche und auf Mutterschaft zentrierte

Gesundheitsversorgung ausgeschlossen und viele wenden sich dadurch eher unwissenschaftlichen Behandlungsmethoden zu. Hierzu gibt es eine aufschlussreiche Studie von Professorin Dr. Gabriele Dennert von 2005 „Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland“ und weitere Forschung.

Wenn also die Grundstruktur, die diese gewaltvolle Methode der Produktion von hierarchisierter binärer Geschlechterordnung und heterosexueller Orientierung hervorbringt, nicht in eine kritische Betrachtung eingeschlossen wird, wird dieses extreme Produkt „Konversionstherapie“ sich einfach nur umetikettieren und das Marketing umformulieren. Menschen, die freiwillig oder gedrängt oder gezwungen, sich hier Hilfe erhoffen, sind bereits vorher Opfer von Diskriminierung geworden. Auch heute noch leben in Deutschland viele lesbische Frauen in heterosexuellen Partnerschaften und fürchten die vielschichtigen Sanktionen, die ein Coming-out nach sich ziehen könnte und höchstwahrscheinlich wird. Mädchen und sehr junge Frauen trauen sich erst später als Jungen zu, offen homosexuell zu leben und gleichgeschlechtliche Partnerinnenschaften einzugehen. In diesen vielen Fällen hat die Konversion schon vor der Konversionstherapie gewirkt. Dagegen muss eine an Gleichwertigkeit aller Menschen und an tatsächlicher Entscheidungsfreiheit der eignen Lebensform interessierte Gesellschaft vereint arbeiten.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

**Rechtliche und gesellschaftliche Aspekte
eines gesetzlichen Verbots
sogenannter „Konversionstherapien“
–
Bedarfe von trans* Menschen**

– Petra Weitzel –

1. Vorsitzende des Vorstands
Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V.,
Mitglied der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit
zum geplanten gesetzlichen Verbot sogenannter „Konversionstherapien“

1 Begriffsbestimmungen

Zum Verständnis, weshalb ein Verbot trans* (* steht für transident, transsexuell, transgender) Menschen einschließen muss, bedarf es einer gemeinsamen Sprache und Verständnis der Begriffe.

„Konversionstherapie“ bedeutet für homosexuelle und trans* Personen gleichsam der Versuch, den bestehenden Zustand „heilen“ oder „reparieren“ zu wollen, hier im Sinne einer Aufhebung des trans* Seins. Dies ist nicht möglich.⁽¹⁾ Die Methoden dazu sind bei trans* Menschen vielfältiger als bei homosexuellen Menschen.

Unter „geschlechtlicher Identität“ verstehen wir das durch äußere Einwirkung nicht veränderbare erlebte Geschlecht, das nur von einer Person selbst erklärt werden kann und bestimmend ist. Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht, der Personenstand, sowie die geschlechtlichen Körpermerkmale können davon abweichen und das in unterschiedlichem Umfang.

„Geschlechtsangleichung“ bedeutet ausschließlich die selbstbestimmte Anpassung der geschlechtlichen Merkmale und/oder der noch abweichenden, bei der Geburt zugewiesenen sozialen und rechtlichen Rolle an das erlebte Geschlecht bzw. der geschlechtlichen Identität. Ein transidenter Mensch ist richtig wie er ist, die bei der Geburt erfolgte Zuweisung unzutreffend. Jede fremdbestimmte Maßnahme ohne Möglichkeit zur Einwilligung oder Erschleichen derselben durch falsche Informationen ist eine Form der Körperverletzung.

Wenn in diesem Beitrag von „Kindern“ und „Jugendlichen“ gesprochen wird, dann ist für Jugendliche die medizinische Definition, der Beginn des „Tanner II“ Stadiums maßgeblich, der je nach Geschlecht bei ca. 8-13 Jahren liegt.

Transsexualität oder geschlechtliche Inkongruenz, wie es in der aktualisierten Klassifikation ICD-11 der WHO Diagnosen HA60/HA61 heißt, gilt nicht mehr als psychische oder Verhaltensstörung, sondern als medizinischer Zustand. Wo keine psychische Krankheit ist, gibt es auch keine zu therapieren.

Im Rahmen der Kommissionsitzungen wurde durch den verfassungsrechtlichen Fachbeitrag von Prof. Dr. Burgi der Standpunkt auch auf dem Podium vertreten, dass es grundsätzliche rechtliche Unterschiede zwischen der Betrachtung von Konversionsversuchen bei homosexuellen Menschen vs. trans* Menschen gäbe. Diese Unterschiede wurden mit

der nicht gesicherten Selbstidentifikation der betroffenen Personen begründet. Trans* Menschen, die über einen Konversionsversuch hätten berichten können, waren nicht eingeladen.

2 Vorhandene Gesetzgebung zu einem Verbot von Konversionsversuchen

Im Ausland sind in 16 Bundesstaaten und zwei Städten der USA sowie im EU Staat Malta Konversionsversuche bei trans* und homosexuellen Menschen jeweils gleichzeitig verboten worden. Malta hat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Geschlechtsangleichung ein weiteres Gesetz eingeführt, dass ein Recht auf erwünschte medizinische Maßnahmen sichert. In Österreich verabschiedete das Parlament am 2.7.2019 einstimmig einen Entschließungsantrag zum Verbot von Konversionsversuchen an lesbisch, schwulen, trans* und intersexuellen Jugendlichen. ⁽²⁾

3 Rechtsprechung und Studienlage zu geschlechtlicher Identität

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seinen Beschlüssen wiederholt die geschlechtliche Identität unter den Schutz des Art. 3 GG gestellt. ⁽³⁾

In Verbindung mit der erfolgten Entpathologisierung der WHO Klassifikation muss bei Menschen mit erklärter geschlechtlicher Nichtübereinstimmung bzw. Inkongruenz von einer in psychischer Gesundheit verfassten Erklärung ausgegangen werden, die nicht grundlos angefochten bzw. einem Konversionsversuch ausgesetzt werden darf. Die Sicherheit der Selbsteinschätzung ist durch die Studienlage bestätigt. Mehr als 99% aller Personen, die das doppelte psychiatrische Begutachtungsverfahren nach dem Transsexuellengesetz durchlaufen bekommen ihr Gutachten. ^{(4) (5)} Dabei ist zu beachten, dass diese Zahl Menschen aller Altersgruppen enthält, also auch Kinder und Jugendliche. Menschen, die nach einer Personenstandsänderung bedauern und die geschlechtliche Zuordnung wieder rückgängig machen wollen, sind selten. Nach Auskunft per E-Mail der Geschäftsstelle des für Rheinland-Pfalz zuständigen Gerichts Frankenthal vom 13.4.2015 gab es in im vorangegangenen Zehnjahreszeitraum nur 3 Personen in 453 Verfahren nach dem Transsexuellengesetz, die einen Zweit- oder Drittantrag gestellt haben, mithin 0,43%.

4 Therapeutische Leitlinien

Während für Erwachsene eine evidenzbasierte „S3 Leitlinie Geschlechtsdysphorie“⁽⁶⁾ vorliegt gibt es derzeit nur eine S1 Fassung für Kinder und Jugendliche,⁽⁷⁾ die keine Studien zur Grundlage hatte. Auf S. 7 der Leitlinie für Kinder und Jugendliche gibt es keine klare Empfehlung für oder gegen eine gegengeschlechtliche Hormontherapie, die an dieser Stelle auch erst ab 16 Jahren empfohlen wird. Eine S3 Fassung ist seit 2017 in Arbeit wird aber durch mediale Arbeit in der Fertigstellung behindert.^{(8) (9) (10)}

Für alle Altersgruppen gleichermaßen wird von einer Therapie, die eine Transsexualität aufheben soll, abgeraten. Der Leitlinie für Kinder und Jugendliche enthält jedoch zahlreiche Elemente, die einem Therapeuten erlauben, die Diagnose Transsexualität zu umgehen und damit die in diesem Aufsatz unter Methoden beschriebenen Konditionierungsversuche anwenden zu können.

Durch die Begutachtungsrichtlinie Transsexualität des MDS⁽¹¹⁾, die dem wissenschaftlichen Stand des Jahres 1997 entspricht, werden trans* Menschen verpflichtet eine Psychotherapie nachzuweisen bevor sie geschlechtsangleichende Maßnahmen von einer gesetzlichen Krankenkasse erstattet bekommen. Dies steht im Gegensatz zur S3 Leitlinie Geschlechtsdysphorie und ist ein Einfallstor für Konversionsversuche, da diese Pflicht unabhängig vom Bedarf besteht.

5 Methoden zu „Konversionstherapien“ bei trans* Personen

Neben den in den Kommissionssitzungen vorgetragenen Konversionsversuchen mit christlich religiösem Hintergrund wie Dämonenaustreibung oder Wegbeten gibt es Maßnahmen, die den Anschein einer Psychotherapie wahren.

Trans* Menschen und vor allem Jugendliche sollen zum einen möglichst „unauffällig“ von ihrem Wunsch nach geschlechtlicher Angleichung abgebracht und in ihrem „biologischen“ Geschlecht „gefestigt“ werden. Eine religiöse Motivation solcher Angebote wird häufig durch Lenken der Blickrichtung auf Fruchtbarkeit und Fortpflanzung verdeckt.

In Anlehnung an die Arbeiten von Kenneth Zucker sei den Eltern zu raten, ihren Kindern und Jugendlichen Spielzeug und Kleidung, die nicht zum bei der Geburt zugewiesenen „biologischen Geschlecht“ passen sollen, unauffällig wegzunehmen und sie zu Spielen und Betätigung anzuhalten, die ihrem Zuweisungsgeschlecht entsprechen. Konsequenz wird eine „falsche“ Spielzeugwahl eines Jugendlichen als Indikator für das Fehlen eines

transsexuellen Hintergrundes interpretiert und heteronormative Vorstellungen von angeblich geschlechtsspezifischem Rollenvorhalten als verbindlich gesetzt. Die inkonsistente Theorie dahinter ist: Ein Kind, dass erklärt ein Mädchen zu sein, und als Junge zugewiesen wurde, soll mit Jungen Fußball spielen damit es in seinem „biologischen Geschlecht gestärkt“ wird, und wer gerne Fußball spielt, kann kein Mädchen sein. Die Ursachen der Transsexualität werden als Folge einer angeblichen Beeinflussung von außen und als Verhalten relativiert. ^{(12) (13) (14)}

In einem 2005 erschienen Fachbuch „Störungen der Geschlechtsidentität“ von H. Bosinski, Mitglied der DGSMTW, finden wir auf Seite 411:

„Einzeltherapie: Ein Therapeut gleichen Geschlechts, der zugleich Rollenmodellcharakter bekommt, sollte eingesetzt werden. Die Therapie bezieht sich auf das gemeinsame Spiel- (Zeichen-, Gesprächs-)aktivität, wobei geschlechtskonforme Verhaltensangebote gemacht und adäquate Verhaltensweisen belohnt werden (z.B. durch modified token economy). Geschlechtsatypische Verhaltensweisen werden nicht beachtet bzw. – beiläufig unterbunden (jedoch nicht sanktioniert).“

Alternativ soll in Gruppen mit bis zu 5 Kindern gespielt, Spielangebote gemacht und das gleiche operante Konditionierungssystem zur Anwendung kommen.

Konsequent verweigern die genannten Behandler eine pubertätshemmende Therapie am Beginn der Pubertät und brandmarken sie als verantwortungslos. (1) Eine Hormontherapieverweigerung ist für Jugendliche und Erwachsene zu mehr als 50% ein Grund für einen Suizidversuch. Darüber hinaus werden ab dem Jugendalter pubertätshemmende und/oder gegengeschlechtliche Hormontherapie über Jahre hinausgezögert oder grundsätzlich, d. h. ohne individuelle Betrachtung abgelehnt.

In Kreisen mit religiöser Motivation wie dem Bund Katholischer Ärzte finden wir z.B. folgende Aussage:

„Die heute praktizierte operative Geschlechtsumwandlung ist letztlich nicht zielführend und sogar gefährlich, weil sie die Ursachen in Geist und Seele dieser Menschen nicht behandelt.“ ⁽¹⁵⁾

Ferner:

„Wir BKÄ- und homöopathischen Ärzte aber sagen, dass leidende Menschen mit diesem Beschwerdebild fachliche Hilfe (Homöopathie, Psychotherapie, ...) bekommen

können und sollen. (Das an sich ist nicht 'katholische Therapie', sondern als katholische Ärzte und Christen müssen wir von diesen speziellen, verschwiegenen Heilverfahren wissen und sie auch klar benennen.)" ⁽¹⁵⁾

Es folgen Empfehlungen zu Homöopathie und Verweisen zu einschlägigen evangelikalen Vereinen wie der DIJG.

6 Auswirkungen

Das Erfahren einer solchen „Therapie“ wird durch die betroffenen Menschen als komplette Ablehnung durch ihre Umwelt wahrgenommen, insbesondere dann, wenn Personensorgeberechtigte sich bewusst oder unbewusst auf eine derartige Therapieform bei Kindern und Jugendlichen einlassen.

Statt den durch Transsexualität bestehenden Leidensdruck zu mindern, der durch das Leben in der als unpassend empfunden sozialen Rolle, sowie den geschlechtlichen Merkmalen des Körpers verursacht wird, kann sich dieser während dieser Zeit des „Aussitzens“ weiter verstärken und zu Depressionen und Suizidversuchen führen.

Bei Jugendlichen sind die Folgen dramatischer als bei Erwachsenen, weil sich durch frühzeitige medizinische Intervention die unerwünschte Vermännlichung oder Verweiblichung des Körpers noch verhindern ließe und dies aus Sicht der Jugendlichen eine mutwillige Zerstörung ihrer zukünftigen Akzeptanz in der Gesellschaft bedeutet.

Während Erwachsene die Möglichkeit haben, Therapeut_innen zu wechseln, sind Kinder und Jugendliche dieser Situation hilflos ausgeliefert, solange sie keine Unterstützung durch Dritte, (andere Verwandte, Jugendamt, Pädagog_innen, Erzieher_innen), bekommen. Fehlinformationen zum sozialen Rollenwechsel oder Hormontherapie führen häufig zu Streit um das Sorgerecht zwischen den Elternteilen, und die Jugendlichen müssen Jahre auf eine Gerichtsentscheidung warten, bis sie ihre Hormontherapie bekommen. ⁽³⁾

Dieses Gefühl der Hilflosigkeit äußert sich in einem stark erhöhten Anteil klinisch relevanter Depressionen und Suizidversuche im Vergleich zu jungen Menschen, die medizinische Unterstützung bekommen, die der Auflösung geschlechtlicher Inkongruenz positiv neutral gegenüber steht. ^{(16) (17)}

Mangelnde Unterstützung durch Verwandte und die Weigerung von Ärzten, die erwünschte geschlechtsangleichende Therapie durchzuführen, werden bei Erwachsenen zu über 50% als Grund eines Suizidversuchs angegeben. ^{(18) (19)} Aus diesem Grund werden

solche Behandlungsansätze, die darauf abzielen, die Geschlechtsidentität und den Ausdruck der Geschlechtlichkeit eines Menschen so zu verändern, dass sie besser mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmen schon seit 2012 von der World Professionals Association for Transgender Health (WPATH) als erfolglos und ethisch nicht mehr vertretbar angesehen.⁽¹⁾

7 Beispiele

Leelah Alcorn aus Ohio, USA ist das bekannteste Opfer einer „Konversionstherapie“. Im Dezember 2014 schrieb sie in ihrem Abschiedsbrief:

“My mom started taking me to a therapist, but would only take me to christian therapists, (who were all very biased) so I never actually got the therapy I needed to cure me of my depression. I only got more christians telling me that I was selfish and wrong and that I should look to God for help.”⁽²⁰⁾

Nach 4 Jahren zeitweiser erzwungener Isolation von Schule und Freunden warf sich Leelah Alcorn im Alter von 18 Jahren vor einen Lastwagen. Sie konnte es nicht ertragen, dass ihr Körper inzwischen weitgehend männlich ausgeprägt war. Mit 14 hätte sie noch die Chance gehabt, mit Hilfe pubertätshemmender Medikamente und später gegengeschlechtlicher Hormone einen weiblich ausgeformten Körper zu entwickeln.

Jayden Lowe aus Cambridge, Großbritannien, wurde mit 16 mitgeteilt, er müsse zwei Jahre warten bevor er bei der einzigen Spezialklinik des Landes wegen einer Hormontherapie vorstellig werden könne.⁽²¹⁾ ⁽²⁾ Als er 18 wurde, teilte die Klinik ihm mit, er sei nun als Erwachsener eingestuft und müsse weitere vier Jahre warten. Jayden warf sich im September 2018 vor einen Zug und starb.

Einer der prominentesten Verweigerer einer angemessenen Therapie, Dr. Alexander Korte von der LMU München, hält jedoch eine pubertätshemmende und auch eine sog. gegengeschlechtliche Hormontherapie im Jugendalter für „unverantwortlich“.⁽⁹⁾ Ein offener Brief⁽¹⁰⁾ der großen Mehrheit seiner deutschen Fachkollegen widerspricht dieser Ansicht und sieht diese Therapie bei Jugendlichen -so wie auch wir- im Individualfall als angemessen an. Wiederholt bezeichnete Korte selbst eine von den Betroffenen ausdrücklich erwünschte Hormontherapie als „Konversionstherapie“ vermeintlich homosexueller Jugendlicher. Die geschlechtliche Identität der von ihm betreuten Jugendlichen⁽²²⁾ und ihre Einwilligungsfähigkeit⁽²³⁾ werden somit komplett in Abrede gestellt.

Eine weitere wissenschaftlich nicht belegte Meinung finden wir bei Dr. Christian Spaemann:

„Bei allem Erfolg sollten wir uns eingestehen, dass es kein Ruhmesblatt für uns ist, einer tiefgreifenden Identitätsstörung mit Hormonen und Messer zu Leibe rücken zu müssen. Unser Bestreben sollte sein, Wege zu finden, das Leid so zu lindern, dass diese Maßnahmen eines Tages der Vergangenheit angehören.“ ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Dazu ist zu sagen, dass es bisher nicht dauerhaft gelungen ist, einen Menschen durch Beeinflussung von seiner Transsexualität zu „befreien“ und eine Reihe von Studien verweisen auf genetische Ursachen. ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

Da es aus ethischen Gründen nicht in Frage kommt, trans* Menschen auf Basis genetischer Informationen auszusortieren oder auf irgendeine Art manipulativ einzugreifen, ist Spaemanns Aussage nichts weiter als Irreführung.

Eine andere Variante, Trans* bei Jugendlichen auf äußere Umstände zu lenken, damit der Selbstbestimmung dieses Menschen zu entziehen und etwas zum „Heilen“ zu suggerieren, ist die Suche nach Ursachen in der Familie. Bekanntheit erreichte der Fall „Alex“, der im Jahr 2012 auf Betreiben einer Mitarbeiterin der Charité beinahe zum Entzug des Sorgerechts für ein trans* Mädchen führte. ⁽²⁷⁾

Der meistzitierte Autor für solche „Maßstäbe“, Kenneth Zucker, wurde 2017 von seiner Klinik in Toronto wg. nicht mehr zeitgemäßer Methoden fristlos entlassen. ⁽²⁸⁾

Dies sind leider keine Einzelfälle. Landauf landab gibt es Psychotherapeut_innen oder Psychiater_innen, die aus völliger Unwissenheit⁽²²⁾ das gleiche Vorgehen praktizieren. Transsexualität ist selbst im Bereich Sexualtherapie in der universitären Ausbildung kein Pflichtwissen.

8 Welche Regelungen sind notwendig, um speziell für Trans* und Inter ein wirksames Verbot zu erzielen?

Jede zwanghafte oder verdeckte Form der Beeinflussung eines Menschen hin zu seinem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht, jede grundsätzliche Verweigerung hormonell-medizinischer Intervention ohne Betrachtung der individuellen Entwicklung gegen den erklärten Wunsch eines trans* Klienten ist unabhängig davon, wer diese Methoden anwendet, zu untersagen, weil diese Methoden eindeutig zu mehr Leiden und sogar Tod führen können. Die Weigerung, anerkannte Therapien ⁽¹⁰⁾ in Betracht zu ziehen, kommt

wg. gesundheitlicher Schäden und lebenslanger Stigmatisierung bei Kindern und Jugendlichen einer Kindeswohlgefährdung gleich. Die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften sind Empfehlungen und daher unverbindlich. Grundsätzlich kann hier jeder in weiten Grenzen machen was er will. Eine einmal als schädlich definierte bewusste Unterlassung einer Therapie oder der Versuch einer fremdbestimmten Konversion kann nicht auf Basis einer Selbstregulierung der Medizin verhindert werden. Da mehrere prominente Mitglieder zumindest eines Berufsfachverbandes eine Affinität zu den genannten Methoden haben, reichen berufsständische Empfehlungen nicht aus und ein Verstoß muss strafrechtlich relevant werden. Als Vorstufe kann der Verlust der ärztlichen Approbation angedroht und, wie Prof. Dr. Burgi in der Podiumsdiskussion bestätigte, die Therapiefreiheit eingeschränkt werden. Daten aus den USA lassen annehmen, dass die Mehrheit der Konversionsversuche innerhalb des medizinischen Systems erfolgt. ⁽²⁹⁾

Die Sicherheit der geschlechtlichen Selbstidentifikation eines Menschen ist bei Erwachsenen und auch bei Jugendlichen ab Beginn der Pubertät hoch. Eine gründliche Sichtung der Studienlage widerlegt Meinungen von einigen bestimmten Ärzten und religiös motivierten Angeboten. Kinder und Jugendliche müssen auch gegen den Willen ihrer Personensorgeberechtigten die freie Wahl eines Therapeuten und bei Indikation durch diesen den Zugang zu Hormontherapie haben. Dabei ist ein einfacher Zugang zur Unterstützung durch geeignete Stellen zu gewährleisten. Dazu sind Jugendämter, Schulpsychologische Dienste und verwandte Einrichtungen zur Fortbildung bei geeigneten Fachverbänden zu verpflichten. Diese Fortbildung muss aus erster Hand erfolgen, d.h. unter Inanspruchnahme von Therapeuten, die ergebnisoffen arbeiten, mit Verbänden, die bezüglich der Sexualentwicklung von Kindern und Jugendlichen Experten sind und Beteiligung von Verbänden intersexueller und trans* Menschen, die mit Fortbildung Erfahrung haben.

Therapeuten, die ihre Dienste Menschen anbieten dürfen, die unter einer geschlechtlichen Nichtübereinstimmung leiden, welche trans* Personen wie intersexuelle Menschen gleichermaßen betreffen kann, müssen eine entsprechende Ausbildung haben, die es in geregelter Form derzeit nicht gibt. Die universitäre Ausbildung muss in diesem Bereich ausgerüstet werden. Nur so ist zu verhindern, dass die Notlage der Behandlungssuchenden zu Konversionsversuchen missbraucht wird. Seelsorgerische Angebote im religiösen Bereich sind nur positiv wirksam, wenn sie affirmativ im Sinne der Stärkung der selbst-erklärten geschlechtlichen Identität sind. Alles andere ist zu untersagen, weil potentiell krankmachend.

Zusammenfassend ist ein Verbot von Konversionsmaßnahmen auf fremdbestimmte Veränderungsversuche der geschlechtlichen Identität zu erweitern. Die Therapiefreiheit endet bei als schädlich erkannten Konversionsversuchen aller Art. Darin inbegriffen ist ausdrücklich auch die Umgehung einer geschlechtsangleichenden Therapie mit dem Ziel einer Konversion d.h. pauschale Verhinderung einer selbstbestimmten Geschlechtsangleichung ohne Ansehen der Person. Das Recht auf Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen bei Jugendlichen im medizinischen Sinne muss gestärkt werden.

Literatur

1. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_German.pdf Standards of Care S.20.
2. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/A/A_00558/fname_726931.pdf.
3. 1 BvR 1914/17 RN 31-36, 1 BvR 16/72 RN6, 1 BvR 747/17 RN12, 1 BvR 2019/16 RN 37-40.
4. Bernd Meyenburg, Karin Renter-Schmidt, Gunter Schmidt: Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. In: Zeitschrift für Sexualkunde, 28/2015 S. 107-120.
5. Bernd Meyenburg, Expertendiskussion der Begutachtung zum Transsexuellengesetz. In Zeitschrift für Sexualkunde 29/2016, S. 57-61.
6. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf.
7. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-014l_S1_St%C3%B6rungen_Geschlechtsidentit%C3%A4t_2013-08_01.pdf.
8. <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/veranstaltungen/archiv/klinische-ethik-ss-16/leitfaden-korte.pdf>.
9. <https://www.spiegel.de/plus/geschlechtsumwandlungen-macht-doch-endlich-sonst-bringe-ich-mich-um-a-00000000-0002-0001-0000-000161911783>.
10. Dienstag, 05. Februar 2019 um 09:54 Uhr.
11. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/07_RL_Transsex_2009.pdf.
12. Jannik Franzen: „Spielend ein richtiger Junge werden: Zur Geschlechternormierung im medizinisch-psychologischen Umgang mit sogenannten „Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter“ S.112-117.
13. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171070/Geschlechterdichotomie-transkulturell-bedingt>.

14. <http://www.trans-infos.de/aktuelles/psychiater-und-schwulenheiler-christian-spaemann-verunglimpft-medizinische-geschlechtsangleichung-im-deutschen-aerzteblatt>.
15. <https://www.bkae.org/index.php?id=1581>.
16. Baseline Characteristics of Transgender Youth Seeking Care, J.Olson, Journal of Adolescent Health 2015, Volume 57, Issue 4, S. 374–380.
17. <https://www.telethonkids.org.au/our-research/brain-and-behaviour/mental-health-and-youth/youth-mental-health/trans-pathways/> Trans Pathways S.34-35, 45, 80.
18. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf> S.2.
19. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf> S.8.
20. Abschiedsbrief von Leelah Alcorn
<https://web.archive.org/web/20150101052635/http://lazerprincess.tumblr.com/post/106447705738/suicide-note>.
21. Transgender teen resorted to online treatments before tragic death
<https://www.cambridge-news.co.uk/news/cambridge-news/transgender-teen-resorted-online-treatments-16046382>, .
22. https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2015/DJI_Broschuere_ComingOut.pdf S.12/16/25 .
23. Mirjam Siedenbiedel: „Selbstbestimmung über das eigene Geschlecht: Rechtliche Aspekte des Behandlungswunsches transsexueller Minderjähriger“, NOMOS..
24. G.Spizzirri; C.M.A.Pereira et.al: Grey and white matter volumes either in treatment-naïve or hormone-treated transgender women: a voxel-based morphometry study In: nature.com , 15. Januar 2018 .
25. V. Harley, Prince Henry’s Institute of Medical Research, Melbourne abc.net.au Transsexual study re-veals genetic link abc.net.au , am 27. Oktober 2008 .
26. Genetic Link Between Gender Dysphoria and Sex Hormone Signaling, Madeleine Foreman, Lauren Hare, Kate York, Kara Balakrishnan, Francisco J Sánchez, Fintan Harte, Jaco Erasmus, Eric Vilain, Vincent R Harley. In: The Journal of Clinical Endocrinology & Meta.
27. <http://www.taz.de/!5097684/>.
28. <https://www.theglobeandmail.com/news/toronto/camh-to-wind-down-controversial-gender-identity-clinic-services/article27766580/>.
29. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Conversion-Therapy-LGBT-Youth-Jan-2018.pdf>.

Teil F

Empfehlungen

Formulierungs- und Definitionsvorschlag für sogenannte „Konversionstherapien“

1 Vorbemerkungen

A. Die juristischen Fragestellungen sollten zunächst klären, in welchem/n Bereich(en) des Rechts eine Regelung angestrebt wird: im Öffentlichen Recht oder im Zivilrecht.

B. Wenn Regelungen im Öffentlichen Recht angestrebt werden, wäre zu klären, ob hier im Rahmen des Strafrechts oder des Ordnungs- bzw. Verwaltungsrechts agiert werden soll. Dies ist vor allem eine strategische Fragestellung, die über die Erfolgsaussicht neuer Regelungen entscheidet. Diese Erfolgsaussicht können jedoch eher Jurist_innen einschätzen, da es letztlich um eine Abwägung verschiedener Rechtsgüter geht, die im Grundgesetz festgeschrieben sind.

C. Eine weitere wichtige Frage besteht darin, ob eine Regelung sowohl für Kinder bzw. Minderjährige oder auch für Erwachsene getroffen werden soll. Die Vermutung ist, dass bei einer Abwägung unterschiedlicher Rechtsgüter (z.B. körperliche Unversehrtheit vs. freie Entfaltung der Persönlichkeit) eine Regelung für Minderjährige mit Bezug auf das staatliche Wächteramt (Art. 6 Satz 2 GG) eher umzusetzen sein dürfte, als eine Regelung, die auch oder nur für Erwachsene gilt.

D. Hier schließt sich die Frage an, ob weitere, ergänzende Regelungen angestrebt werden sollten, z.B. im Berufsethos bestimmter Professionen, in Statuten von Kammern und berufsständischen Organisationen oder die Vergaberegeln finanzieller Fördermittel staatlicher Organisationen und Ministerien (z.B. ein Ausschluss von staatlichen Fördermitteln für Organisationen, die Konversionsbehandlungen anbieten und/oder bewerben).

E. Eine juristische Argumentation für die oben genannten Regelungen wird nicht ohne eine wissenschaftliche Begründung auskommen, die den Schaden sog. Konversionsbehandlungen belegen. Dies lässt sich durch den Bericht der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld sowie durch zahlreiche internationale und auch deutsche Untersuchungen zur Diskriminierung von LSBTTIQ belegen. Internationale Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen sowie internalisierter Homonegativität und

psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen), Suchtverhalten und Suizid. Hier sollte diskutiert werden, ob das Minderheitenstressmodell von Meyer sowie das Coming-out-Phasenmodell nach Cass hilfreiche Argumentationshilfen sein können.

2 Formulierungs- und Definitionsvorschlag: Konversionsbehandlungen

Jede Maßnahme...

... im medizinischen, psychologischen, psychosozialen (z.B. Lebens- und Erziehungsberatung), anderweitig heilkundlichen, religiösen, psychosozialen, familien- und jugendrechtlichen Kontext (auch Eltern sollten stellvertretend für ihre Kinder nicht in eine Konversionsbehandlung einwilligen dürfen),

... mit der die selbstbestimmte (autonome) Ausübung sexuellen Orientierung, und/oder der geschlechtlichen Identität und/oder der angeborenen Varianten der Geschlechtsentwicklung durch die Ausübung von Behandlungen mit dem Ziel der Änderung/Umorientierung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität und/oder angeborenen Varianten der Geschlechtsentwicklung mit dem Ziel eine heterosexuelle Norm z.B. in Bezug auf die sexuelle Orientierung zu erfüllen bzw. nicht gegen eine solche zu verstoßen (sogen. „Konversionsbehandlungen“)

... in einer die freie Selbstbestimmung verletzenden Weise – z.B. durch Beeinträchtigung der freien Willensentschließung und/oder der freien Willensbetätigung durch z.B. Gewalt, Drohung, Zwang, Täuschung, nicht hinreichende Aufklärung, Verweigerung fachgerechter Information über sexuelle Orientierungen und Genderidentitäten und andere Irrtumsherbeiführungen, physische und/oder psychische Interventionen, Verabreichung von Mitteln (z.B. Medikamenten und anderen Substanzen), Herstellen/Aufrechterhalten von die freie Selbstbestimmung einschränkenden/ausschließenden Abhängigkeitsverhältnissen usw.

Diese Vorschläge wurden durch folgende Autor_innen und Institutionen erarbeitet:

- Prof. Dr. Daniela Demko LL.M.Eur.,
- **Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V.**
(vertreten durch Dr. Gisela Wolf);
- **Gesellschaft für Sexualpädagogik e.V.**
(vertreten durch Prof. Dr. Stefan Timmermanns);
- **Bundesstiftung Magnus Hirschfeld**
(vertreten durch Jörg Litwinschuh-Barthel und Christoph R. Alms).

10 Schwerpunktsetzungen der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld

1. Sowohl Behandlungen gegen die **sexuelle Orientierung** als auch gegen die **Geschlechtsidentität** (Trans*, Inter*, geschlechtliche Inkongruenz) sowie das Werben für und die Vermittlung zu heilkundlichen sog. „Konversionstherapien“ an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollte verboten werden.
2. Eine Verortung eines Verbots des Werbens, Vermittelns und Anbietens solcher Behandlungen im Strafgesetzbuch sehen wir nicht als zwingend notwendig an. Eine gesetzliche Lösung im Rahmen eines „**BMG-Gesetzes**“ halten wir für möglich und ausreichend, wenn bei Verstößen eine **einjährige Haftstrafe sowie eine hohe Geldbuße** drohen.
3. Gemeinnützigen Anbietern solcher Behandlungen sollte die **Gemeinnützigkeit entzogen** und **Schadenersatzforderungen** durch die Betroffenen ermöglicht werden. Öffentliche Gelder oder sonstige Unterstützungsleistungen an Anbieter oder Vermittler von Konversionsbehandlungen sollten gestoppt sowie Geldzahlungen zurückgefordert werden.
4. **Selbsthilfegruppen und -Vereine** von Betroffenen sollten in der Aufbauphase und bei eigenen Projekten staatlich finanziell unterstützt werden. Ihre Erfahrungsberichte sollten für die wissenschaftliche Aufarbeitung dokumentiert werden.
5. Das **Selbstbestimmungsrecht von LSBTTIQ-Jugendlichen** und jungen Erwachsenen sollte gestärkt werden. Konversionsmaßnahmen sind Diskriminierungen und Menschenrechtsverletzungen; der Staat hat hier eine Achtungs- und Schutzpflicht. LSBTTIQ-Jugendlichen könnte z.B. in einer Kampagne z.B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder des Bundesfamilienministeriums vermittelt werden, dass „sie so ok sind, wie sie sind“, und dass sie in ihrem Coming-out Unterstützung erfahren. Eltern sollte zugleich vermittelt werden, dass sie ihr Kind annehmen und unterstützen sollten. Bewussten Falschinformationen über die Behand-

lungsbedürftigkeit sollte der Staat konsequent entgegenwirken. Das **regenbogen-portal.de** des Bundesfamilienministeriums sollte konsequent ausgebaut und öffentlich breit beworben werden, um insbesondere Jugendliche, Familien und Fachkräfte über LSBTTIQ-Lebensweisen zu informieren.

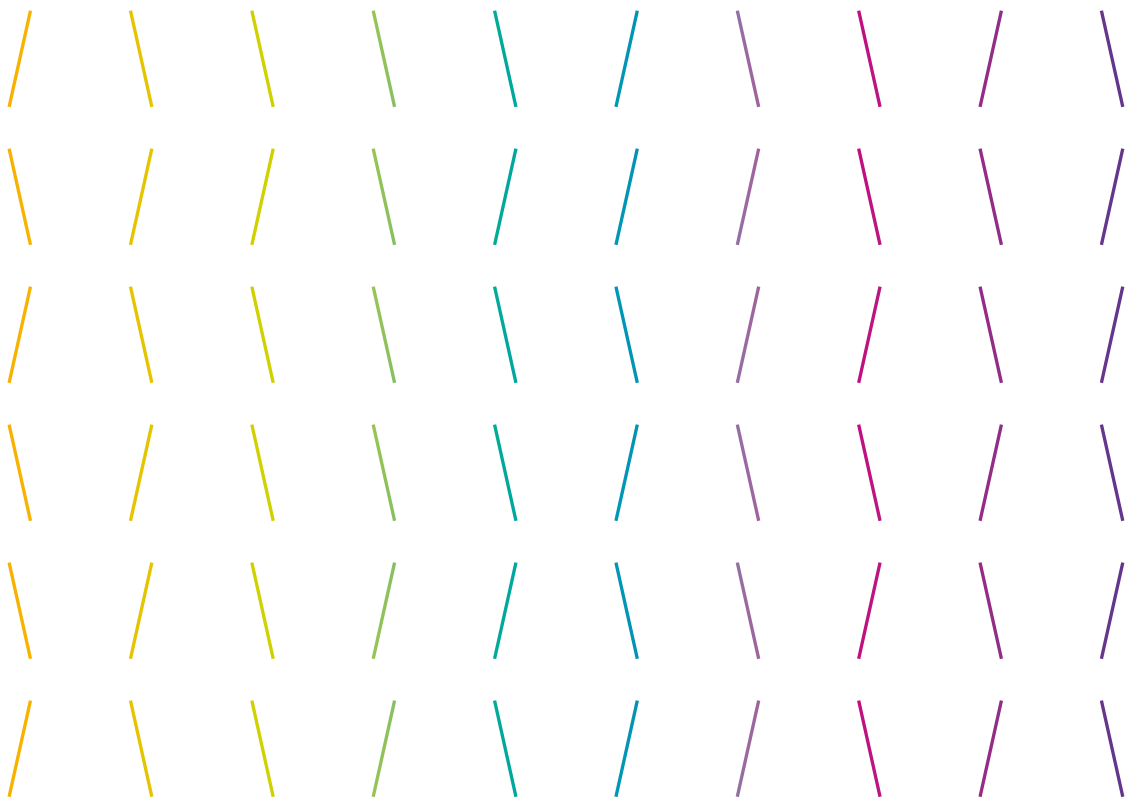
6. Ziel einer **nachhaltigen Antidiskriminierungsarbeit** des Staates sollte sein, die Akzeptanz und Integration unterschiedlicher sexueller Orientierungen und geschlechtlicher Identitäten als Teil der Persönlichkeit eines Menschen anzuerkennen, zu unterstützen und als eine gesunde Variante menschlicher Sexualität und Identität zu begreifen.
7. Als gesellschaftliche Begleitmaßnahme sollte ein **kontinuierlicher Dialog mit den Kirchen und Glaubensgemeinschaften** darüber geführt werden, dass Homosexualität, Trans* und Intersexualität keine Krankheiten sind, weswegen auch „seelsorgerische“-, religiös oder weltanschaulich motivierte Interventionen keinen Platz mehr in der Ausbildung sowie in den Berufsgruppen z.B. von Pfarrern, Priester_innen, Imamen und Rabbiner_innen mehr haben sollten. Hier regen wir die Finanzierung eines fünfjährigen Modellprojektes an, das einen solchen Dialog finanziert und wissenschaftlich begleitet.
8. **Lesbische, trans*- und intersexuelle Jugendliche** müssen besser erreicht und angesprochen werden als bisher. Hier könnten mit den zuständigen Verbänden und Projekten gezielte Maßnahmen – z.B. zur Teilhabe an Beratungsangeboten – entwickelt werden.
9. Beratung und Meldung: Der Staat hat die **Gewährleistungspflicht**, die Rahmenbedingungen bereitzustellen, dass das o.g. Selbstbestimmungsrecht auch wahrgenommen werden kann: Daher regen wir eine anonyme **Beratungsstelle z.B. bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** sowie eine **Beschwerde-Meldestelle z.B. beim Bundesamt für Justiz (BfJ)** an. Dazu bedarf es eines unter den zuständigen Bundesministerien abgestimmten Gesamtkonzeptes.

10. Fachverbände und Standesorganisationen der **Arzt-, Therapie- und Heilpraktikerberufe** sollten ihre ethischen Prinzipien konsequent durchsetzen, ihre Ausbildungspläne überarbeiten und bei Verstößen ihrer Mitglieder Sanktionsmöglichkeiten rasch und konsequent anwenden. **Gesetzliche und private Krankenkassen, Landeskammern und Bundesärztekammer** sollten Beschwerden rasch nachgehen und mit den zuständigen Behörden sowie der von uns empfohlenen Meldestelle zusammenarbeiten.

Anhang

Fachaustausch zum geplanten gesetzlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“

8. Mai und 5. Juni 2019
in Berlin



Fachaustausch zum geplanten gesetzlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“

46 Kommissionsmitglieder in alphabetischer Reihenfolge

1. Doris **Achelwilm**, MdB, Deutscher Bundestag, Fraktion DIE LINKE, Sprecherin für Gleichstellungs-, Queer- und Medienpolitik
2. Ahmet **Alagün**, Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule Juristen (BASJ), Richter des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin
3. Suphian **Al Sayad**, Referent, Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD) e.V.
4. Ingo **Behnel**, Leiter der Zentralabteilung, Europa und Internationales, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
5. Dr. Ina-Marie **Blomeyer**, Ministerialrätin, Leiterin des Referats Gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Geschlechtliche Vielfalt, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
6. Prof. Dr. med. Freia **De Bock**, Leiterin Abteilung 2, Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Aufklärung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
7. Dr. Jens **Brandenburg**, MdB, Deutscher Bundestag, FDP-Fraktion, Sprecher für LSBTI
8. Prof. Dr. Peer **Briken**, Referat Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V., Direktor des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Direktorium des Instituts für Psychotherapie, Stellv. Ärztlicher Leiter des Zentrums für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
9. Dr. Karl-Heinz **Brunner**, MdB, Deutscher Bundestag, Fraktion der SPD, Sprecher für Schwule und Lesben
10. Prof. Dr. iur. Martin **Burgi**, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Wirtschaftsverwaltungsrecht, Umwelt- und Sozialrecht, Juristische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)
11. Prof. Dr. Martin **Dannecker**, 1. Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) e.V.
12. Prof. Dr. phil. Arne **Dekker**, Vertreter des Fachbeirats der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH), Stellvertretender Direktor des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
13. Prof. Dr. Daniela **Demko** LL.M.Eur., Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Internationales Strafrecht, Strafrechtsvergleichung und Rechtsphilosophie, Juristenfakultät, Universität Leipzig
14. Shila **Erlbaum**, Referentin für Kultus, Familie und Bildung, Zentralrat der Juden in Deutschland K.d.ö.R.
15. Dr. Petra **Follmar-Otto**, Leiterin der Abteilung Menschenrechtspolitik Inland/Europa, Deutsches Institut für Menschenrechte
16. Mike **F.**, ehemaliger Teilnehmer einer sog. „Konversionstherapie“
17. Mari **Günther**, Systemische Therapeutin, Vorstand, Bundesvereinigung Trans* (BVT*) e.V.
18. Lucas **Hawrylak**, Vertreter des Bündnisses #HomoBrauchtKeineHeilung
19. Prof. Dr. Davina **Höblich**, Vorstandsvorsitzende pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Bundesverband
20. Niklas **Hofmann**, Oberregierungsrat, Referent Presse und politische Planung, Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS)
21. Katharina **Jestaedt**, Stellvertreterin des Leiters, Grundsatzfragen, Verhältnis Staat – Kirche, Entwicklungspolitik, Außen- und Sicherheitspolitik, Kommissariat der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin
22. Dr. Stefan **Kaufmann**, MdB, Deutscher Bundestag, CDU/CSU-Fraktion, Obmann im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung
23. Gernot **Kiefer**, Vorstand, Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)



24. Kai **Klose**, Staatsminister, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI), Vertreter der Bundesländer im Bundesrat, die im April 2019 einen Mehrländerantrag zum Verbot sog. „Konversionstherapien“ in den Bundesrat eingebracht haben
25. Heinz **Kropmanns**, Präsident, Verband Deutscher Heilpraktiker (VDH) e. V.
26. Prof. Dr. habil. Kerstin **Lammer**, Professorin für Seelsorge und Pastoraltheologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg, 2. Vorsitzende der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD (SKS)
27. Regina **Lange-Rönning**, Leiterin der Caritas-AIDS-Beratungsstelle, Deutscher Caritasverband e. V.
28. Sabine **Leutheusser-Schnarrenberger**, Bundesministerin der Justiz a. D.
29. Jörg **Litwischuh**, Geschäftsführender Vorstand, Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH)
30. Dr. med. Norbert **Loskamp**, Medizinischer Leiter, Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) e. V.
31. Gabriela **Lünsmann**, Rechtsanwältin, Bundesvorstand, Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) e. V.
32. Dr. med. Lieselotte **Mahler**, Oberärztin, Referat sexuelle Orientierungen und Identitäten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e. V., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (CCM), Charité Universitätsmedizin Berlin
33. Bastian **Melcher**, ehemaliger Teilnehmer einer sog. „Konversionstherapie“
34. Prof. Dr. med. Frank Ulrich **Montgomery**, Präsident, Bundesärztekammer
35. Prof. Dr. med. Götz **Mundle**, Referat sexuelle Orientierungen und Identitäten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e. V., Leiter des Zentrums für seelische Gesundheit, Oberbergklinik City Berlin
36. Dr. Dietrich **Munz**, Präsident, Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
37. Prof. Dr. Konstanze **Plett**, Bremer Institut für Gender-, Arbeits- und Sozialrecht (BIGAS), Universität Bremen
38. Raphaëlle **Rousseau**, ehemalige Teilnehmerin einer sog. „Konversionstherapie“
39. Susann **Rüthrich**, MdB, Deutscher Bundestag, Fraktion der SPD
40. Hartmut **Rus**, Ansprechpartner des Netzwerks „Mission Aufklärung“ (gegen sog. „Konversionstherapien“)
41. Ulle **Schauws**, MdB, Deutscher Bundestag, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Sprecherin für Frauen- und Queerpolitik
42. Prof. Dr. Stefan **Timmermanns**, Vorstand, Gesellschaft für Sexualpädagogik e. V. (GSP)
43. Petra **Weitzel**, 1. Vorsitzende des Vorstands, Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti) e. V.
44. Dr. phil. Gisela **Wolf**, Psychologische_r Psychotherapeut_in, Verband für LSBTIQ in der Psychologie (VLSP*) e. V.
45. Emi **Zeulner**, MdB, Deutscher Bundestag, Fraktion der CDU/CSU
46. Gudrun **Zollner**, Mitglied im Parteivorstand der CSU in Bayern

Wissen schafft Akzeptanz.



**BUNDESSTIFTUNG
MAGNUS
HIRSCHFELD**

Impressum:

Bundesstiftung Magnus Hirschfeld
Vorstand
Mohrenstraße 34
10117 Berlin
Tel +49 (0)30 20 89 87 65-0
vorstand@mh-stiftung.de
www.mh-stiftung.de

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Tagesordnung der 1. Kommissionssitzung

Fach Austausch zum geplanten gesetzlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“

am **Mittwoch, den 8. Mai 2019**, 10:00 bis 16:00 Uhr

im Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

10:00 Uhr	Registrierung und Begrüßungskaffee	14:00 Uhr	PODIUMSDISKUSSION unter Einbeziehung des Plenums: „Was wissen wir über Konversionstherapien in Deutschland? Anbieter, Angebote und Vermittler – Methoden, Auswirkungen auf die Opfer und zukünftig umsetzbare Präventionsmaßnahmen im Gesundheitssystem“ – IMPULSVORTRAG V: „Dunkelfeld Konversionstherapien in Deutschland – Einblicke in Strukturen und Methoden einer manipulativen Bewegung“ Hartmut Rus, Netzwerk „Mission Aufklärung“ – Dr. med. Lieselotte Mahler , Oberärztin, Charité Universitätsmedizin Berlin – Prof. Dr. med. Peer Briken , Direktor, UKE – Dr. phil. Gisela Wolf , Psychologische Psychotherapeutin, VLSP* – Prof. Dr. med. Götz Mundle , Leiter des Zentrums für seelische Gesundheit, Oberbergklinik City Berlin – Dr. Ina-Marie Blomeyer , Leiterin des Referats Gleichgeschlechtliche Lebensweisen, Geschlechtliche Vielfalt, BMFSFJ – Mari Günther , Systemische Therapeutin, Vorstand BVT*
10:30 Uhr	Begrüßung und Einführung in das Thema Jens Spahn , Bundesminister für Gesundheit		
10:40 Uhr	Begrüßung und Ausblick auf die Ziele der Kommissionsarbeit und die Bestandsaufnahme durch die BMH Jörg Litwischuh , Geschäftsführender Vorstand der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld		
10:50 Uhr	IMPULSVORTRÄGE I + II „Konversionstherapie“ aus Sicht zweier Betroffener: Vortrag von Raphaëlle Rousseau und Gespräch mit Mike F. – moderiert von Felicia Mutterer und Harald Pignatelli		
11:10 Uhr	IMPULSVORTRAG III: „Zur wissenschaftlichen Evidenz und möglichen negativen Folgen sogenannter Konversionstherapien bei Menschen mit homosexueller Orientierung“ Prof. Dr. med. Peer Briken , Direktor des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)		
11:35 Uhr	Rückfragen und moderierte Diskussion Felicia Mutterer und Harald Pignatelli , Moderation		
12:00 Uhr	Gemeinsames Mittagessen	15:00 Uhr	Kaffeepause
13:15 Uhr	IMPULSVORTRAG IV: „LSBTI* wirksam vor Konversionsversuchen schützen. Rechts- und gesellschaftspolitische Anforderungen an staatliches Handeln“ Gabriela Lünsmann , Rechtsanwältin, Bundesvorstand LSVD e.V.	15:20 Uhr	IMPULSVORTRAG VI: „Die doppelte Disziplinierung von Lesben: (Konversions-)Therapien als Reintegration ‚widerständiger‘ Frauen in die heteronormative und patriarchale Ordnung.“ Stephanie Kuhn , Journalistin und Buchautorin
13:40 Uhr	Rückfragen und moderierte Diskussion Felicia Mutterer und Harald Pignatelli , Moderation	15:40 Uhr	Rückfragen und moderierte Diskussion Felicia Mutterer und Harald Pignatelli , Moderation
		15:45 Uhr	Zusammenfassung des ersten Workshop-Tages, Ausblick und Verabschiedung Moderation gemeinsam mit Jörg Litwischuh
		16:00 Uhr	Ende der Veranstaltung

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Tagesordnung der 2. Kommissionssitzung

Fach Austausch zum geplanten gesetzlichen Verbot sog. „Konversionstherapien“

am **Mittwoch, den 5. Juni 2019**, 9:30 bis 17:00 Uhr

im Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

9:30 Uhr	Registrierung und Begrüßungskaffee	13:45 Uhr	PODIUMSDISKUSSION unter Einbeziehung des Plenums: „Rechtliche und gesellschaftspolitische Aspekte eines gesetzlichen Verbots“ — Prof. Dr. Martin Burgi, LMU München — Prof. Dr. Daniela Demko LL.M.Eur., Universität Leipzig — Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Bundesministerin der Justiz a.D. — Ahmet Alagün, Richter des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin, Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule Juristen (BASJ) — Susanne Stedtfeld, Leiterin der Stabsstelle Antidiskriminierung, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) — Niklas Hofmann, Referent Presse und politische Planung, Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) — Petra Weitzel, 1. Vorsitzende des Vorstands, Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti)
10:00 Uhr	Begrüßung und Rückblick auf die 1. Kommissionssitzung Jörg Litwischuh , Geschäftsführender Vorstand, Bundesstiftung Magnus Hirschfeld	15:00 Uhr	Kaffeepause
10:10 Uhr	Begrüßung und aktueller Stand sowie Ausblick im Verbotsverfahren Ingo Behnel , Leiter der Zentralabteilung, Europa und Internationales, Bundesministerium für Gesundheit	15:15 Uhr	IMPULSVORTRAG V: „Erfahrungen mit den Auswirkungen eines Therapieverbots auf das Gesundheitssystem des US-Bundesstaates New York“ (Arbeitstitel, Englisch mit deutscher Simultanübersetzung) Angela Fernandez , Division of Human Rights, New York State (angefragt)
10:20 Uhr	IMPULSVORTRAG I „Konversionstherapie“ aus Sicht eines Betroffenen: Gespräch mit Bastian Melcher – moderiert von Felicia Mutterer und Harald Pignatelli	15:45 Uhr	Rückfragen und moderierte Diskussion Felicia Mutterer und Harald Pignatelli
10:40 Uhr	IMPULSVORTRAG II „Verfassungsrechtliche Betrachtungen zu geplanten gesetzlichen Maßnahmen“ Prof. Dr. Martin Burgi , Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Wirtschaftsverwaltungsrecht, Umwelt- und Sozialrecht, Ludwig-Maximilians-Universität-München (LMU)	16:00 Uhr	IMPULSVORTRAG VI: „Staatliche Maßnahmen gegen Konversions-therapien im Kontext des Menschenrechtsschutzes von LSBTI“ Dr. Petra Follmar-Otto , Leiterin der Abteilung Menschenrechtspolitik Inland/Europa, Deutsches Institut für Menschenrechte
11:10 Uhr	Rückfragen und moderierte Diskussion Felicia Mutterer und Harald Pignatelli	16:30 Uhr	Rückfragen und moderierte Diskussion Felicia Mutterer und Harald Pignatelli
11:25 Uhr	IMPULSVORTRAG III „Malta's Ban on Conversion Practices: A Necessary Step towards LGBTIQ Equality“ (Englisch mit deutscher Simultanübersetzung) Gabriella Calleja , Leiterin der Unit Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression, Sex Characteristics (SOGIGESC), Menschenrechts- und Integrationsabteilung, Ministerium für Europaangelegenheiten und Gleichstellung der Republik Malta	16:45 Uhr	Zusammenfassung des zweiten Workshop-Tages und Ausblick auf das weitere Verfahren der Bestandsaufnahme Jörg Litwischuh , Bundesstiftung Magnus Hirschfeld
11:55 Uhr	Rückfragen und moderierte Diskussion Felicia Mutterer und Harald Pignatelli	16:55 Uhr	Verabschiedung Ingo Behnel , Bundesministerium für Gesundheit
12:00 Uhr	Gemeinsames Mittagessen	ca 17:00 Uhr	Ende der Veranstaltung
13:15 Uhr	IMPULSVORTRAG IV: „Sogenannte ‚Konversionstherapien‘ – betrachtet im Zusammenhang mit ausgewählten Aspekten des Strafrechts“ Prof. Dr. Daniela Demko LL.M.Eur. , Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Internationales Strafrecht, Strafrechtsvergleichung und Rechtsphilosophie, Universität Leipzig		

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

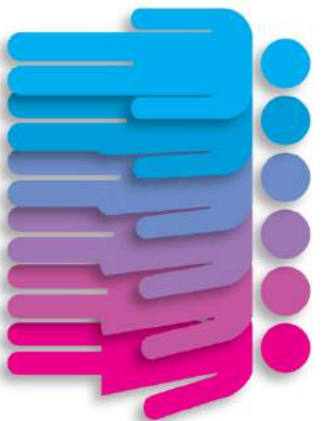
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Impressum: Bundesstiftung Magnus Hirschfeld · Vorstand · Mohrenstraße 34 · 10117 Berlin
Tel +49 (0)30 20 89 87 65-0 · vorstand@mh-stiftung.de · www.mh-stiftung.de
© 2019 Bundesstiftung Magnus Hirschfeld. Alle Rechte vorbehalten.

CONFERENCE

Bundesministerium für Gesundheit

BERLIN 5TH JUNE, 2019



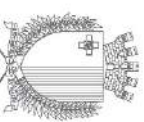
Malta's Ban on Conversion Practices: A necessary step towards LGBTQ Equality

Gabi Calleja

Head SOGIGESC Unit

Human Rights & Integration Directorate

MINISTRY FOR EUROPEAN AFFAIRS
AND EQUALITY



What is the
SOGIGESC Unit?

Setting up & aim

- The Sexual Orientation, Gender Identity, Gender expression & Sex Characteristics Unit was set up in June of 2018.
- Responsible for the monitoring and implementation of the Governments LGBTIQ Equality Strategy & Action Plan
- Works closely with the LGBTIQ Consultative Council

Composition of LGBTIQ CC

- Representatives of all LGBTIQ civil society:
 - Political party groupings: *Labour, Green, Nationalist*
 - LGBTIQ specific: *MGRM, WeAre*
 - Religious: *Drachma, Drachma Parents Group*
 - Regional: *LGBTI+ Gozo*
 - Human Rights: *aditus*
 - Trade Unions: *GWU Equal Opportunities*
 - Individual experts



Added value of SOGIGESC Unit

- Development of law and policy
- It ensures that government fully responds to LGBTIQ needs by acting as a focal point
- Mainstreaming function
- Sharing of good practices such as through hosting of study visits
- Empowerment of LGBTIQ communities

Affirmation of Sexual
Orientation, Gender Identity &
Gender Expression Act

Background

Important legislative milestones

1973: Decriminalisation

2004: Anti-discrimination provisions in employment

2012: Amendment to bias motivated crime provisions to include grounds of sexual orientation and gender identity among others;

2014: Constitutional Amendment

2014: Civil Unions

2015: Gender Identity, Gender Expression & Sex Characteristics Act

2016: Affirmation of Sexual Orientation, Gender Identity & Gender Expression Act

2017: Marriage Equality

2018: Inclusion of Trans Health Care under the NHS;

2018: Amendment to Embryo Protection Act

Introduction

- *Affirmation of Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression Act (Bill 167 of 2015)*
- Developed by the Ministry for Social Dialogue, Consumer Affairs and Civil Liberties along with the LGBTIQ Consultative Council

Website:

[https://meae.gov.mt/en/Public Consultations/
MSDC/Pages/Consultations/2016 Conversion T
herapy.aspx](https://meae.gov.mt/en/Public%20Consultations/MSDC/Pages/Consultations/2016%20Conversion%20Therapy.aspx)



Parliamentary Process

1st Reading: 11 December 2015

Public Consultation: 15 Dec 2015 – 15 Jan 2016

2nd Reading: 26 October 2016

Committee: 21 November 2016

3rd Reading: 05 December 2016

Signed into Law: 09 December 2016

Build-up

Conversion Practices

- In 2011, the Malta LGBTIQ Rights Movement organised a protest in front of the River of Love premises.



Goals of Conversion Practices

Formal ex-gay/ex-trans/conversion practices generally employs individual or group counselling, pastoral care or similar means to assist and encourage LGBTQ+ people to:

- Live 'healthy heterosexual' lives through marriage between a man and a woman or
- Live sexually pure lives through celibacy or abstinence even while remaining same-sex attracted, bi, trans and/or gender diverse or
- Ultimately change their same-sex attraction or gender identity

Types of conversion practices

The ex-gay/ex-trans conversion therapy movement is amorphic, encompassing a host of varied faith-based organisations and communities. Its main expressions are:

- Counselling in secular, unregulated counselling services (to address childhood trauma or work towards 'acceptable sexual/gender behaviours)
- Pastoral care/counselling;
- Prayer ministry including deliverance (exorcism)
- Support groups
- Conference and rallies
- Online interactive coursework and mentoring programmes

SO/GI Change Efforts

- Many expressions of SOCE exist at the micro level, making them difficult to recognise, quantify and regulate.
- The underlying ideology is firmly embedded in the everyday life of many faith communities as a collection of messages, beliefs and practices.
- For many people of faith, the idea that sexual orientation and gender identity can be 'fixed' is predicated on the notion that God created the universe with a specific order (natural law).
- This order denotes heterosexuality and cisgender identity as the intended order, meaning that LGBTQ people are broken and that this brokenness is due to sin.

Subtle forms of SOCE

- Pastoral advice
- Recommendations of websites
- Gender-segregated retreats and conferences
- Books and other resources
- Informal prayer ministry between peers
- Sermons or bible studies that reinforce ‘traditional gender roles’ and living as ‘men and women’ of God
- Testimonials that encourage or promote SO/GI change
- Individual efforts
- Removal from positions of community leadership
- Disowning from faith communities and families
- Content in educational and youth programmes

Public Consultation

Submissions to Public Consultation

Individuals:

Joseph Carmel Chetcuti

Jon Camilleri

Organisations

aditus Foundation

Catholic Church

River of Love Malta

National Institutions

Office of the Commissioner for Mental Health

Outcomes

The issues that arose included:

- i. The title of the Bill itself, and whether this should directly refer to the criminalisation of conversion practices or not;
- ii. The definition of ‘conversion therapy’, and the need to make it absolutely clear at law;
- iii. Some legal technicalities were also pointed out and were duly noted.

Catholic Church Position Paper

- In February of 2016, the Catholic Church issued a position paper entitled the Bill on Conversion Therapy.

Drachma ‘expected Church to state no sexual orientation is an illness’

Drachma says Church ‘missed chance to build bridges’ with LGBTQ community in position paper against criminalisation of conversion therapy



22 February 2016,
1:52pm
by Maltatoday Staff



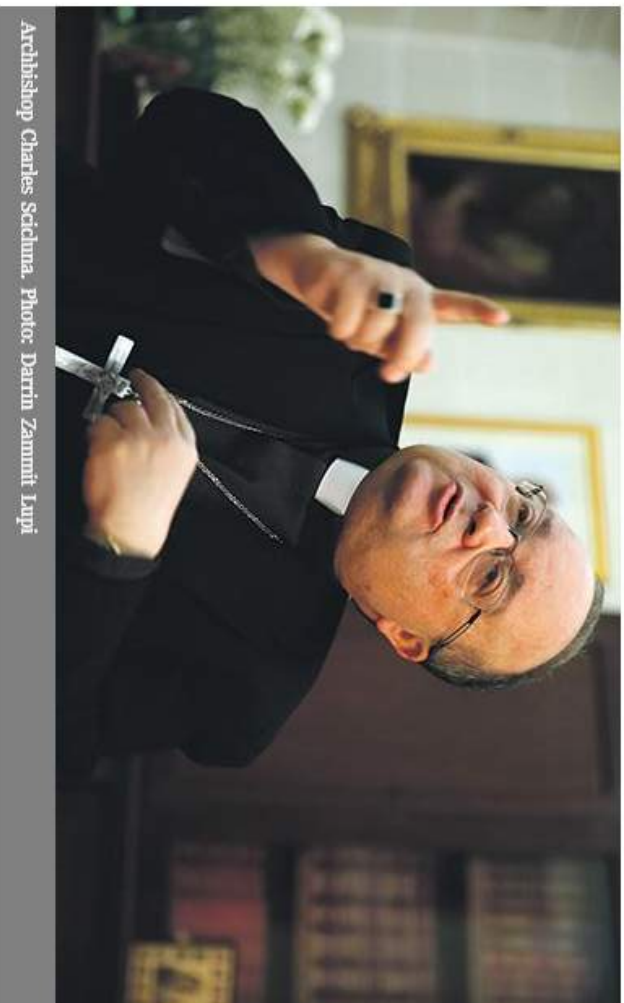
Additional Consultation Meetings

Following the closing of the public consultation period additional meetings were held with a number of stakeholders:

- Representatives of Professional Bodies;
- Catholic Church
- River of Love

Sunday, February 28, 2016, 15:34

Archbishop wants to build bridges with gay community



Archbishop Charles Scicluna. Photo: Darrin Zammit Lupi

On February 27, 2015, **Charles Scicluna** was named head of the Maltese Church. One year on, the outspoken Archbishop speaks to **Kurt Sansone** about change and the lessons learnt.

I want to reassure them that we are dead set against conversion therapy because we believe, as they do, as government does, that it goes against human dignity.

We do not subscribe to beliefs that describe gay people as sick.

These are labels that demean them. And certainly we are not going to associate gay people with paedophilia.

Appearing March 8 on the show, called *Xarabank*, Father Kevin Schembri, who teaches canon law at the University of Malta, also told the show's host, Peppi Azzopardi, that God created people with "difference sexual orientations," and that being homosexual "cannot be something bad, because he created it."



Father Kevin Schembri of Malta appears on the *Xarabank* television show.
(Facebook/Xarabank March 8 2019)

According to an English translation of his interview transcript provided to the Register, Father Schembri, who is the archdiocesan defender of the bond, went on to say that if a person recognizes he is "a gay person as created by God, he does not need to change," and he would actually be "harming himself" if he did not accept himself "as a gay person."

Affirmation of SOGIGE Act

Contents

Why is it necessary?

Effectively, Conversion Practices are about:

- Denying the existence of any sexual orientation other than heterosexuality;
- Denying the existence of diverse gender identities other than male and female;
- Conflating sex and gender;

Scope of the legislation

AN ACT to affirm that:

- *all persons have a sexual orientation, a gender identity and a gender expression,*
- *and that no particular combination of these three characteristics constitutes a disorder, disease, illness, deficiency, disability and, or shortcoming;*
- *and to prohibit conversion practices as a deceptive and harmful act or interventions against a person's sexual orientation, identity and, or gender expression.*

Definitions

conversion practices refers to any treatment, practice or sustained effort that aims to change, repress and, or eliminate a person's sexual orientation, gender identity and, or gender expression; such practices do not include –

- (a) any services and, or interventions related to the exploration and, or free development of a person and, or affirmation of one's identity with regard to one or more of the characteristics being affirmed by this Act, through counselling, psychotherapeutic services and, or similar services; or
- (b) any healthcare service related to the free development and, or affirmation of one's gender identity and, or gender expression of a person; and, or
- (c) any healthcare service related to the treatment of a mental disorder;

Definitions

professional refers to a person who is in possession of an official qualification and, or a warrant to practise as a counsellor, educator, family therapist, medical practitioner, nurse, pathologist, psychiatrist, psychologist, psychotherapist, social worker, and, or youth worker;

Definitions

mental disorder means a significant mental or behavioural dysfunction, exhibited by signs and, or symptoms indicating a disruption of mental functioning, including disturbance in one or more of the areas of thought, mood, volition, perception, cognition, orientation or memory which are present to such a degree as to be considered pathological in accordance with internationally accepted medical and diagnostic standards, with the exclusion of any form of pathologisation of sexual orientation, gender identity and, or gender expression as may be classified under the International Classification of Diseases or other similar internationally recognised classifications...

Definitions

vulnerable person refers to any person:

- (a) under the age of sixteen years; or
- (b) suffering from a mental disorder; or
- (c) considered by the competent court to be particularly at risk when taking into account the person's age, maturity, health, mental disability, other conditions including any situation of dependence, the psychological state and, or emotional state of that person.

What is banned?

3. It shall be unlawful -

(a) for any person to:

- (i) perform conversion practices on a vulnerable person; or
- (ii) perform involuntary and, or forced conversion practices on a person; or
- (iii) advertise conversion practices; and, or

What is banned?

(b) for a professional to:

- (i) offer and, or perform conversion practices on any person irrespective of whether compensation is received in exchange; or
- (ii) make a referral to any other person to perform conversion practices on any person.

Penalties

4. (1) Any person found guilty under the provisions of article 3(a) shall, upon conviction, be liable to a fine (*multa*) of not less than one thousand euro (€1,000) and not exceeding five thousand euro (€5,000), or to imprisonment for a term of not less than one month and not exceeding five months, or to both such fine and imprisonment:

Provided that the punishment prescribed for under this sub-article shall be increased by one to two degrees in those instances where any person performs conversion practices on a vulnerable person.

Penalties

(2) **Any professional** found guilty under the provisions of article 3(a) and, or (b) shall, upon conviction, be liable to a fine (*multa*) of not less than two thousand euro (€2,000) and not exceeding ten thousand euro (€10,000), or to imprisonment for a term of not less than three months and not exceeding one year, or to both such fine and imprisonment.

Affirmation of SOGIGE Act

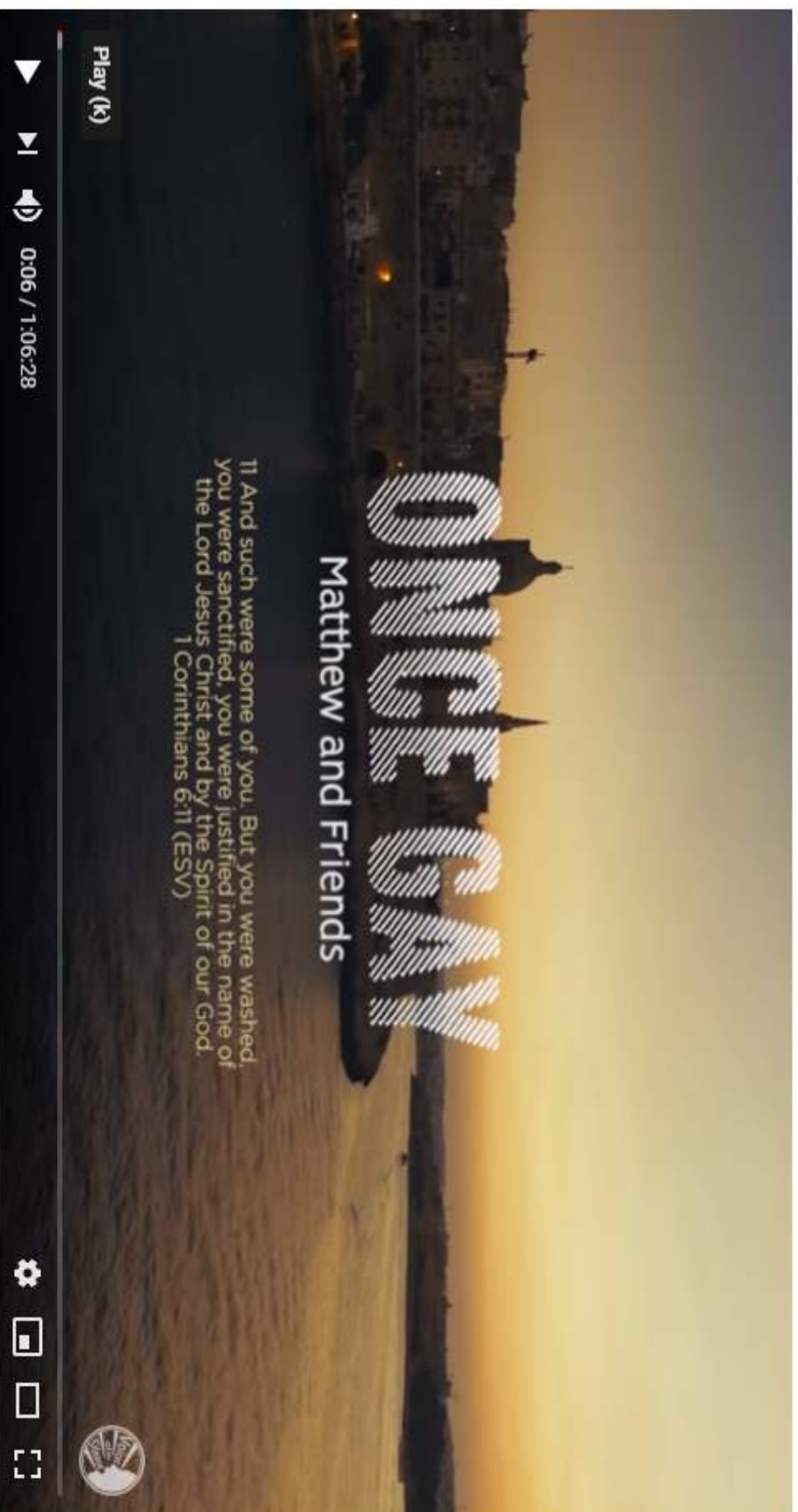
Conclusion

Conclusion

While the law criminalises advertising of conversion practices this is not sufficiently defined;

The promotion of conversion practices also needs to be addressed;

The legislation sends out a clear message with regards to government policy towards the affirmation of LGBTIQ identities;



Once Gay - Matthew and Friends

Other complimentary measures

- Inclusive educational curricula;
- Effective monitoring and standard setting for third parties working in schools such as chaplains and religious programmes;
- Awareness training for teachers and youth workers;
- Support services for survivors;
- Public health awareness campaigns;
- Research into the prevalence of conversion practices in all its forms;
- Clear guidelines and licencing regulation of professional bodies;

Concluding comments

- Malta's recent developments are testament to two key points:
 - *Political leadership*
 - *Community support*

Thank You

17.05.19

Beschluss
des Bundesrates

**Entschlieung des Bundesrates - Akzeptanz und Wertschätzung
statt Pathologisierung und Diskriminierung: Menschen in ihrer
sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität stärken -
„Konversionstherapien“ verbieten**

Der Bundesrat hat in seiner 977. Sitzung am 17. Mai 2019 die aus der Anlage ersichtliche Entschlieung gefasst.

Anlage

Entschließung des Bundesrates - Akzeptanz und Wertschätzung statt Pathologisierung und Diskriminierung: Menschen in ihrer sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität stärken - „Konversionstherapien“ verbieten

1. Der Bundesrat betont, dass die sexuelle und geschlechtliche Identität als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 GG) unter dem Schutz des Staates stehen.
2. Der Bundesrat teilt die Auffassung der Bundesregierung, dass Homosexualität keine Krankheit und deshalb auch nicht behandlungsbedürftig ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bereits 1990 Homosexualität von der Liste psychischer Krankheiten gestrichen. 1991 wurde die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) entsprechend geändert. Der Weltärztebund verurteilte 2013 „Konversionstherapien“ in seinem „Statement on Natural Variations of Human Sexuality“ als Menschenrechtsverletzung und mit der Ethik ärztlichen Handelns nicht vereinbar. Auch der Deutsche Ärztetag verurteilte in seinem Beschlussprotokoll im Jahr 2014 die Pathologisierung der sexuellen Orientierung durch entsprechende Therapien und warnte vor den negativen Auswirkungen dieser auf die Gesundheit.
3. Der Bundesrat betrachtet mit Sorge, dass auch in Deutschland nach wie vor sogenannte Konversionstherapien zur angeblichen „Heilung“ beziehungsweise „Umpolung“ insbesondere homosexueller Personen angeboten werden. Angebote, die darauf abzielen, die sexuelle Identität homo- und bisexueller Personen sowie die geschlechtliche Identität trans- und intersexueller Personen gezielt zu verändern, können laut zahlreicher Gutachten schwerwiegende psychische Erkrankungen zur Folge haben.

4. Der Bundesrat ist der Überzeugung, dass „Konversionstherapien“ und vor allem ihre öffentliche Bewerbung die Stigmatisierung, Pathologisierung und Diskriminierung homosexueller und bisexueller Personen verstärken und damit gesellschaftlicher Akzeptanz entgegenwirken.
5. Der Bundesrat sieht die besondere Verantwortung, Minderjährige in der freien Entfaltung und Entwicklung ihrer Persönlichkeit wertschätzend und diskriminierungsfrei zu unterstützen. Sie müssen in besonderer Weise vor „Konversionstherapien“ geschützt werden.
6. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung daher dafür zu sorgen, dass:
 - a) Maßnahmen unterstützt werden, die zur öffentlichen Aufklärung und Sensibilisierung in Bezug auf sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identitäten beitragen. Ziel soll sein, Akzeptanz und Wertschätzung im gesellschaftlichen Miteinander zu fördern, der Pathologisierung entgegenzuwirken sowie homosexualitäts- und transfeindlich motivierte Diskriminierung und Gewalt zu verhindern und zu beseitigen;
 - b) alle Regelungen in Bezug auf medizinische Vergütungsleistungen dahin gehend gefasst werden, dass solche für „Konversionstherapien“ sowohl direkt als auch indirekt ausgeschlossen sind;
 - c) geeignete Regelungen getroffen werden, die mit Konsequenzen für die Ausübung der jeweiligen Berufe, wie zum Beispiel Arzt-, Therapie-, Heilpraktikerberufe verbunden sind, wenn „Konversionstherapien“ von diesen angeboten oder empfohlen werden;
 - d) gemeinsam mit den Kammern und Fachgesellschaften Initiativen ergriffen werden, die eine Verbesserung der Ausbildung von Fachpersonal zum Themenbereich sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität zum Ziel haben;
 - e) eine angemessene Versorgung mit fachkompetenten Beratungs- und Therapieangeboten sichergestellt ist, die zur Stärkung der Entwicklung der eigenen sexuellen Identität und zur Vereinbarung mit dem eigenen Selbstbild positiv beitragen wie zum Beispiel Coming-Out Beratung;
 - f) geprüft wird, inwieweit weitere Personengruppen wie zum Beispiel trans- und intergeschlechtliche Personen ebenfalls von Anbietern von „Konversionstherapien“ adressiert werden, um diesen Personenkreis gleichermaßen zu schützen;

- g) Minderjährige vor „Konversionstherapien“ in besonderer Weise geschützt werden;
- h) geeignete gesetzliche Regelungen getroffen werden, die „Konversionstherapien“ verbieten. Zu diesem Zweck sollte zum Schutz Minderjähriger ein gesetzliches Verbot in Form einer Ordnungswidrigkeit festgeschrieben werden. Strafrechtliche Sanktionen sind zu prüfen. Hiervon sollen auch Angebote umfasst sein, die außerhalb des Gesundheitssystems angeboten werden. Es ist zu prüfen, ob solche gesetzlichen Regelungen Personen, die durch eine „Konversionstherapie“ Schaden erlitten haben, ermöglichen könnten, Schadenersatzansprüche gegen die Anbieter geltend zu machen;
- i) die Durchführung oder Bewerbung von „Konversionstherapien“ den Entzug von öffentlichen Geldern oder sonstigen Unterstützungsleistungen der öffentlichen Hand für anbietende Organisationen zur Folge hat;
- j) die Rolle und Verantwortung staatlicher Institutionen im Zusammenhang mit allen Versuchen, die sexuelle Identität gezielt zu verändern, historisch aufgearbeitet und dokumentiert wird.

Begründung

Es gibt nach wie vor Personen und Organisationen, die die Überzeugung vertreten und verbreiten, Homo- oder Bisexualität seien eine Erkrankung oder psychische Störung und könnten „geheilt“ oder gezielt verändert werden. Mit dieser Pathologisierung, die eine Form gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit darstellt, wird ein gesellschaftliches Klima befördert, das Diskriminierung, Abwertung und Stigmatisierung homo- und bisexueller Personen verstärkt. Entsprechendes gilt auch für transgeschlechtliche Personen. Dies kann bewirken, dass vor allem junge Menschen in der Phase ihrer Identitätsfindung ihre sexuelle Identität mit einer behandlungsbedürftigen Krankheit gleichsetzen, was zur Ablehnung der eigenen sexuellen Identität führt und schwerwiegende psychische Belastungen (Depressionen, Angsterkrankungen, erhöhtes Suizidrisiko) nach sich ziehen kann. „Behandlungen“ der sexuellen Orientierung und der geschlechtlichen Identität verletzen das verfassungsrechtlich geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht. Hier kommt dem Staat ein Schutzauftrag zu.

Aufklärungsarbeit und gesellschaftliche Akzeptanzförderung erfüllen dabei eine wichtige Schlüsselaufgabe. Eine offene und informierte Gesellschaft sowie ein wertschätzendes Miteinander tragen maßgeblich dazu bei, dass „Konversionstherapien“ die Nachfrage entzogen wird. Neben dieser gesellschaftspolitischen Aufgabe sind geeignete Regelungen im Gesundheitssystem zu treffen.

Die WHO hat bereits 1990 Homosexualität von der Liste psychischer Krankheiten gestrichen. 1991 wurde die ICD entsprechend geändert. Der 117. Deutsche Ärztetag hat 2014 betont, dass Homosexualität eine gleichwertige Varian-

te der unterschiedlichen sexuellen Orientierungen darstellt. Er forderte darüber hinaus die Streichung von Diagnosekategorien, die Homosexualität pathologisieren oder die Möglichkeit von Behandlungen oder Therapien als Option nahelegen. „Konversionstherapien“, die behaupteten, Homosexualität in asexuelles oder heterosexuelles Verhalten umwandeln zu können und den Eindruck vermitteln, dass Homosexualität eine Erkrankung sei, seien abzulehnen.

„Konversionstherapien“ werden darüber hinaus auch außerhalb des Gesundheitssystems angeboten und durchgeführt. Hier greifen sozial- und berufsrechtliche Regelungen nicht ausreichend. Weitere gesetzliche Regelungen im Bereich des Ordnungswidrigkeiten- und Strafrechts sind daher zu prüfen.

Malta hat 2015 als erstes europäisches Land im Rahmen seiner wegweisenden Gesetzgebung „Affirmation of Sexual Orientation, Gender Identity and Gender Expression Bill“ ein Verbot von Konversionstherapien verhängt. Im Vereinigten Königreich wird zurzeit über ein Verbot solcher Therapien diskutiert. Entsprechende gesetzliche Regelungen zum Verbot von „Konversionstherapien“ wurden auch bereits in mehreren Bundesstaaten der USA umgesetzt.

Impressum

Herausgeberin und verantwortlich für den Inhalt:

Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (BMH)
Mohrenstraße 34
D-10117 Berlin

Telefon: 030-208 987 65-0
Telefax: 030-208 987 65-2

vorstand@mh-stiftung.de

Vorstand: Jörg Litwinschuh-Barthel
Steuernummer 27/643/05572
Finanzamt für Körperschaften I Berlin

Redaktion: Jörg Litwinschuh-Barthel, Christoph R. Alms

Autor_innen (in alphabetischer Reihenfolge): Ahmet Alagün, Christoph R. Alms, Dr. Ina-Marie Blomeyer, Prof. Dr. med. Peer Briken, Prof. Dr. iur. Martin Burgi, Prof. Dr. Daniela Demko LL.M.Eur., Prof. Dr. phil. Arne Dekker, Mike F., Dr. Petra Follmar-Otto, Timm Giesbers, Niklas Hofmann, Kai Klose, Stephanie Kuhn, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Jörg Litwinschuh-Barthel, Gabriela Lünsmann, Bastian Melcher, Prof. Dr. med. Götz Mundle, Dr. rer. nat. Klaus Michael Reininger, Raphaëlle Rousseau, Hartmut Rus, Susanne Stedtfeld, Petra Weitzel, Dr. Gisela Wolf.

Verantwortlicher Redakteur gemäß § 7 Berliner Pressegesetz: Jörg Litwinschuh-Barthel (Anschrift wie oben)

Urheberrecht:

Der Abschlussbericht einschließlich aller seiner Teile wie Texte und Grafiken ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung unzulässig. Eine entgeltliche Weitergabe der Inhalte an Dritte ist nicht gestattet.

© Copyright Bundesministerium für Gesundheit, Bundesstiftung Magnus Hirschfeld, Berlin 2019.

Alle Rechte vorbehalten. Das BMH-Logo, das BMG-Logo, Texte, Grafiken und Anlagen dürfen nicht ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeberin und der Zuwendungsgeberin vervielfältigt und verbreitet werden.



Wissen
schafft
Akzeptanz.