

Zu den Herausforderungen der Betreuung angesichts ethischer Dilemmata. Ein Plädoyer gegen probate Rezepte und für die dialogische Fallbesprechung

Karolin Kuhn/Barbara Schellhammer/Wolfgang Neuser

I. Einleitung

Seit der Einführung des §37a SGB IX im Jahr 2021, der von den Trägern der Eingliederungshilfe ein einrichtungs- bzw. dienstleistungsbezogenes Gewaltschutzkonzept fordert, gerät das Thema „Gewaltschutz“ endlich in einem umfassenderen Sinn in den Blick. Verschiedene Formen von Gewalt sind nun ebenso mitzubeachten wie Gewalt durch Peers oder Einrichtungsexterne. So positiv diese Entwicklung zu bewerten ist, so sehr ist zu vermeiden, dass sich insbesondere unter den Betreuenden eine Angstmentalität entwickelt und sie nach möglichst leichten Lösungen bzw. Präventionsrezepten suchen. Beides hängt zusammen, denn Ängste vor befremdlicher Gewalt und übergriffigem Verhalten führen zu dem Wunsch nach möglichst effektiven Konzepten mit Anleitungsscharakter im Sinne von eindeutigen „wenn...dann Anweisungen“. Auf diese dürfen sich Betreuende jedoch nicht verlassen, wenn der schwierige Balanceakt zwischen Schutz und Ermöglichung gelingen und nicht neuen Formen von (struktureller) Gewalt durch ohnmächtige Rigidität Tür und Tor geöffnet werden soll.

Deswegen zeigt dieser Beitrag anhand der Fallvignette „Selbstbestimmung versus Gesundheitssorge“ exemplarisch die Wertkonflikte auf, die konkrete Situationen oft enthalten. Er lädt ein, die Spannung auszuhalten und bewusst in die – zugegebenermaßen weitaus aufwändigere – ethische Fallberatung einzusteigen. Denn sie bietet die Chance, wirklich danach zu suchen, was dem betroffenen Menschen in Bezug auf Gewaltschutz und Selbstbestimmung hilft.

II. Lebensweltlich-betreuerische Herausforderungen angesichts ethischer Zwiespälte

Der Fall der Frau mit Intelligenzminderung, die deutlich macht, dass sie selbstbestimmt ihre Sexualität leben möchte, Betreuende und Ärzte jedoch Sorge vor Krankheiten und Übergriffen haben, zeigt, dass in konkreten Betreuungssituationen zahlreiche ethische Dilemmata zu Tage treten, in denen unterschiedliche Grundwerte gegeneinander stehen. In diesem Fall steht die selbstbestimmte Freiheit der Frau gegen den Wert des Gesundheitsschutzes. Formulierungen wie „wohlthätiger Zwang“ oder „menschenrechtsbasierte Lebensführungsassistenz“ zeugen bereits sprachlich von der Schwierigkeit des Umgangs mit zwei kaum zu vereinbarenden Werten. Die UN-Behindertenrechtskonvention legt fest: „Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen“ (Art. 14 Abs. 1 lit a UN BRK). Zurecht stellt die Novelle des Betreuungsrechts heraus, dass es sich bei der rechtlichen Betreuung, ja schlussendlich bei allen Leistungen der Eingliederungshilfe, um *Unterstützung statt Vertretung*,¹ um Assistenz zur Kompensation von Einschränkungen und nicht um Bevormundung handeln soll. In § 1821 BGB heißt es wörtlich:

„(2) Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, dass dieser im Rahmen seiner Möglichkeiten sein Leben nach seinen Wünschen gestalten kann. Hierzu hat der Betreuer die Wünsche des Betreuten festzustellen. Diesen hat der Betreuer vorbehaltlich des Absatzes 3 zu entsprechen und den Betreuten bei deren Umsetzung rechtlich zu unterstützen. (...)

(3) Den Wünschen des Betreuten hat der Betreuer nicht zu entsprechen, soweit

1. die Person des Betreuten oder dessen Vermögen hierdurch erheblich gefährdet würde und der Betreute diese Gefahr aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, oder

2. dies dem Betreuer nicht zuzumuten ist.“

Was also, wenn die Wünsche des oder der Betreuten eine Gefährdung für sie oder ihn darstellen? Eine Stärkung der Freiheit und Eigenverantwortung bringt notwendigerweise die Vergrößerung der Wahl- und Entscheidungs-

1 Grziwotz, Spezialreport: Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts, 2021, 2.

möglichkeiten mit sich. Diese können immer auch so genutzt werden, dass man sich selbst oder andere in Gefahr bringt, eine Gefahr, die steigt, wenn nötige Informationen, Hintergründe und Zusammenhänge aufgrund der kognitiven Einschränkung nicht oder nicht vollständig vorhanden sind bzw. nicht leicht erworben werden können. Wo liegt die Grenze, ab der von einer Gefährdung der Person zu sprechen wäre? Gesundheitsgefährdendes Verhalten mit dem Risiko, sich dabei mit (behandel- aber nicht mehr heilbaren) Sexualkrankheiten zu infizieren oder doch einmal an den/die Falschen zu geraten und Gewalt zu erleben, stellt wohl von außen betrachtet eine Selbstgefährdung dar, weshalb ein bloßes „Laufenlassen“ oder „Zusehen“ als Formen der Vernachlässigung auszuschließen sind. Verbote oder Vorgaben hingegen kämen einer Einschränkung der Freiheit der Betroffenen gleich, die zudem in der Praxis nur mit massivem Personaleinsatz (Betreuung rund um die Uhr) und sehr restriktiven, ja freiheitsentziehenden Maßnahmen gegen den Willen der Person durchzusetzen wären. Schon hier zeigt sich, dass eine Lösung, die die Frau in den Mittelpunkt stellt und ihre Lösung werden kann, anzustreben ist. Was kann der Frau also unterstützend und im Rahmen von Aufklärung angeboten werden? Was, wenn sie einfach keinen „safer Sex“ praktizieren und sich auch nicht über mögliche Konsequenzen aufklären lassen möchte? Was, wenn sie die Konsequenzen trotz Aufklärung nicht voll umfänglich versteht? Was, wenn sie sich trotz Verstehens gegen den Gesundheitsschutz entscheidet? Auch vermeintlich nicht behinderte Menschen führen mitunter einen riskanten Lebensstil und setzen sich Gefahren für Leib und Leben aus.

Das Dilemma zeigt, dass in der Praxis eine bloße „Assistenz“ bei kognitiv (stärker) eingeschränkten Menschen oft nicht realistisch ist, wenn gleichzeitig ein umfassender Gewaltschutz gewährleistet werden soll. Wie fast alle anderen Fallvignetten in diesem Buch auch zeigen, treten im lebensweltlichen Alltag oft ethische Dilemmata auf, die auszuhalten und partizipativ bzw. „co-kreativ“ zu lösen eine hohe Anforderung an das Betreuungspersonal stellen. Denn schlussendlich sind es die Fachkräfte vor Ort, die die Wertkonflikte erleben und, wenn sie mit notwendigen Entscheidungen allein gelassen werden, einer starken emotionalen Belastung ausgesetzt sind oder Gefahr laufen, die Rolle als Assistenzkräfte aus vermeintlich guten Gründen (gewaltvoll) zu überschreiten. Sie sind es, die die Spannung und Balance zwischen Schutz und Ermöglichung zu halten haben – jeden Tag neu.

Wir möchten in der Folge zunächst anhand dialogphilosophischer Überlegungen das Spannungsfeld zwischen professioneller Unterstützung und

Offenheit für die Bedürfnisse geistig behinderter Menschen näher beschreiben (III.), um darauf aufbauend einen konkreten Vorschlag zu unterbreiten, wie eben innerhalb dieses Spannungsfelds mit ethischen Herausforderungen umgegangen werden kann (IV.).

III. Zwischen dem Ich-Es der Professionalität und dem Ich-Du der Responsivität

Jegliches Handeln in sozialen Berufen vollzieht sich einerseits zwischen einer professionellen Expertise verbunden mit Fachwissen, einschlägigen Kompetenzen sowie klaren Handlungsvorgaben und andererseits der Notwendigkeit, sich auf die jeweilige Person, ihre Situation, ihre besonderen Bedürfnisse und Herausforderungen einzulassen. Man könnte auch sagen, es vollzieht sich zwischen Macht und Ohnmacht, zwischen Begriff und Begriffslosigkeit, zwischen Methoden und Methodenlosigkeit. Die Extreme auf beiden Seiten führen nicht nur in handlungspraktische, sondern auch in ethische Probleme.

Aufschlussreich um dieses Spannungsfeld sozialer Professionen insbesondere auch aus einer ethischen Perspektive zu verstehen, ist das sog. „dialogische Prinzip“ von Martin Buber. Damit beschreibt der bekannte Philosoph eine Haltung, die wir der Welt gegenüber einnehmen und unterscheidet dabei zwischen den beiden Formen *Ich-Du* und *Ich-Es*.

In *Ich-Es* teilen wir ein und kategorisieren, Buber spricht von einem Koordinatensystem. „Jedes Es grenzt an anderes Es, Es ist nur dadurch, daß es an andere grenzt.“² Wir benutzen und gebrauchen die nach unserem Verstehen und Kategorien eingeteilte Wirklichkeit als Mittel, um die Welt zu verstehen. Mein Du „leibt“ mir nicht gegenüber, sondern wird von mir gesehen als eine „Vielheit von Inhalten“.³ Das Ich gilt als „Eigenwesen“, weil wir monologisch vorgehen und klar definierten Methoden folgen. In *Ich-Es* erfahren und untersuchen wir die Welt oberflächlich, einseitig und distanziert von außen. Wir rekurrieren auf die Vergangenheit und gehen mit „Gegenständlichkeiten“ um – alle Stereotype, Meinungen und Schemata haben hier ihren Ort ebenso wie die Einteilung in Krankheitsbilder, Kennzahlen von Intelligenz und darauf aufbauende Handlungsempfehlungen.

In *Ich-Du* dagegen werden „Wesenheiten“ in der Gegenwart gelebt („gegenwartend“). Buber spricht von der „Vergegenwärtigung“ des Anderen.

2 Buber, *Ich und Du*, 11. Aufl. 1995, 4.

3 Ibid., 13.

Darin werden wir zur *Person* als „Zweck an sich“ (Kant). Denn in *Ich-Du* geben wir alles „Mittelhafte“ auf, wir lassen uns auf einen transformativen Zwischenraum ein, der die Anschauungsformen von Raum und Zeit ebenso sprengt, wie alle Kategorien: „Ich werdend spreche ich Du“, schreibt Buber. Und weiter:

„Die Beziehung zum Du ist unmittelbar. Zwischen Ich und Du steht keine Begrifflichkeit, kein Vorwissen und keine Phantasie; und das Gedächtnis selber verwandelt sich, da es aus der Einzelung in die Ganzheit stürzt. Zwischen Ich und Du steht kein Zweck, keine Gier und keine Vorwegnahme (...). Alles Mittel ist Hindernis. Nur wo alles Mittel zerfallen ist, geschieht die Begegnung.“⁴

Ich-Du widersetzt sich verkürzten Ideologien, umfassenden Erklärungen und einfachen Schablonen. Die Es-Menschheit, die einer imaginäre, postuliere und propagiere, habe mit der leibhaftigen Menschheit nichts zu tun, schreibt Buber.⁵ *Ich-Du* beschreibt daher eine grundlegend antiautoritäre Haltung. Denn sie widersetzt sich der vielschichtigen Dynamik unterschiedlicher Faktoren von Fremdbestimmung und sieht die innere Eigenwertigkeit der Person.

Nun könnte man meinen, Buber betrachte die Haltung des *Ich-Es* als etwas grundlegend Schlechtes, das es zu vermeiden gilt. Dem ist jedoch nicht so – und das ist auch für die skizzierte Herausforderung Betreuender von großer Bedeutung. Buber erkennt: „Ich-Es ist nicht von Übel“ und fährt fort: „Es ist vom Übel, [wenn es] sich anmaßt, das Seiende zu sein.“⁶ Die von uns „geordnete Welt“ ist nicht die „Weltordnung“⁷ – und trotzdem brauchen wir das „Koordinatensystem“ unserer „geordneten Welt“, um uns zurechtzufinden. Wir werden unten im Zusammenhang mit der Menschenwürde noch sehen, dass wir es einerseits mit einem Abstraktum zu tun haben, das sich kaum greifen lässt, aber einen enormen Anspruch an uns stellt (*Ich-Du*), dass es andererseits aber auch eine Praxis der Menschenwürde geben muss, die ganz konkret nach entsprechenden Handlungsmodi sucht, die nicht zuletzt in professionellen Rahmungen wie in Handlungsanleitungen, Schulungen, gesetzlichen Regelungen, Leitlinien etc. ihren Ausdruck finden (*Ich-Es*).

4 Ibid., 12.

5 Ibid., 14.

6 Ibid., 44.

7 Ibid., 31.

Erst in der Spannung von gelebter *Ich-Du* und *Ich-Es* Haltung ist der dialogische Umgang mit ethischen Dilemmata leb- und leistungsfähig. Denn nur dann gelingt die Balance von Selbst- und Fremdsorge sowie ein professioneller Umgang, der nicht auf der einen oder anderen Seite in ein Extrem abgleitet, oder gar von einem Extrem ins andere „überkompensiert“. Nur wenn wir Methoden haben, mit Befremdlichem umzugehen, können wir zuhören – ohne die Orientierung und Sicherheit, die sie vermitteln, stehen wir in der Gefahr, reaktiv die Würde des anderen (und damit auch unsere eigene) zu verletzen. Anders gesagt: es braucht ein „Koordinatensystem“, um *Ich-Du* leben zu können. Zugleich müssen wir aber auch immer wieder den Mut haben, uns einzulassen, überraschen zu lassen, anders zu hören, und wirklich vom anderen her zu kommen. Buber beschreibt die „Hinwendung“⁸ als dialogische Grundbewegung. Treffend beschreibt er die wichtige Balance von *Ich-Du* und *Ich-Es* mit der Aussage, „ohne Es kann der Mensch nicht leben. Aber wer mit ihm allein lebt, ist nicht der Mensch.“⁹ Das heuristische Modell des sog. „Wertequadrates“¹⁰ möchte das Gesagte veranschaulichen:

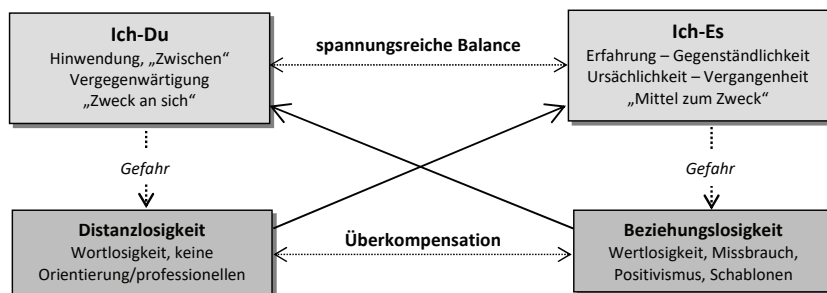


Abb. 1: Spannungsverhältnis von *Ich-Du* und *Ich-Es*

Marianne Heimbach-Steins betont, es sei und bleibe eine Aufgabe ethischer Begleitung, Kritik und Begründung in diesem Bewusstsein ständiger Ambi-

8 Buber, *Zwiesprache*, in: ders., *Das dialogische Prinzip*, 1984, 139 (170).

9 Buber, *Ich und Du*, 11. Aufl. 1995, 34.

10 Das „Wertequadrat“ hat viele Urheber. Der Grundgedanke geht auf Aristoteles’ *Nikomachische Ethik* zurück. Nicolai Hartmann hat dessen Grundgedanken tugendhafter komplementärer Gegensätze in ein Wertequadrat übertragen, Paul Helwig hat es von ihm übernommen. Populär wurde es durch von Thun, *Miteinander Reden*, Bd. 2: *Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*, 1989.

valenz die Anforderungen an die Praxis zu ergründen, die mit dem Postulat der Menschenwürde verbunden sei. Des Weiteren führt sie aus:

„Sie [die ethische Begleitung] kann ihr [der Menschenwürde] nur im Bewusstsein der Kontextualität sittlicher Einsicht sowie der Vielfalt der Sprechweisen, in denen der Anspruch der Menschenwürde artikuliert, befragt und verteidigt wird, gerecht werden.“¹¹

Vor diesem theoretischen Hintergrund erfolgt nun ein konkreter Vorschlag für ein mögliches Vorgehen einer ethischen Fallberatung, die sich in drei Schritte gliedert.

IV. Schritte einer dialogisch motivierten ethischen Fallberatung

Ethik lässt sich als Reflexion und Begründung von Handeln definieren. Sie arbeite die der Menschenwürde inhärenten Ansprüche aus, schreibt Heimbach-Steins, und führt fort:

„Sie entwirft Orientierungsangebote, wie mit der Spannung zwischen Autonomie (Selbstbestimmung) und Abhängigkeit (Schutzbedürfnis) umzugehen ist. Diese Spannung gibt der grundlegenden Verletzlichkeit des Subjekts Ausdruck und übersetzt gewissermaßen die Folgen der Verletzlichkeit auf die Ebene normativer Reflexion. Sie verweist auf die Notwendigkeit, handlungsleitende Kriterien zu erarbeiten, nach denen diese Grundspannung zwar nicht aufgelöst, aber ethisch rechtfertigungsbedürftig austariert werden kann.“¹²

Eine ethische Fallberatung – oder auch eine heilpädagogische Fallberatung mit dem Fokus auf ethische Fragen und zugrundeliegende Wertkonflikte – bietet den an der Betreuung mitwirkenden Personen die Möglichkeit, die Entscheidung für oder gegen eine (pflegerische, heilpädagogische, therapeutische) Maßnahme in einem gegliederten Prozess gemeinsam mit Klient:in, rechtlicher Betreuung und gegebenenfalls weiteren Beteiligten zu entwickeln. Auf diese Weise werden die jeweiligen Bedürfnisse, im beschriebenen Fall nach Selbstbestimmung und Schutz, auf Seiten der Betreuten sowie nach tragbarer Verantwortung und Verhaltenssicherheit auf Seiten des Betreuungsteams, in gleichem Maße wahr- und ernstgenommen.

11 Heimbach-Steins, Die Praxis der Menschenwürde. Eine christliche Perspektive, zur Debatte 2023, 6.

12 Ibid., 11.

Ein weiterer wesentlicher Grund (im doppelten Sinne!) für die Durchführung strukturierter Fallberatungen (z. B. im Rahmen eines integrierten Teilhabepланverfahrens) ist die Notwendigkeit, die jeweils vorliegende Situation in ihren vielen Facetten und aus möglichst vielen Perspektiven heraus „dicht“ zu verstehen. Denn jede Situation ist einmalig. Sie wird nicht nur durch die aktuelle physische und psychische Verfassung der betroffenen Personen mit ihren jeweiligen individuellen Einschränkungen sowie deren momentane Beziehungskonstellation bestimmt, sondern auch durch sozio-kulturelle und rechtliche Rahmungen. Daneben spielen zahlreiche Dynamiken eine Rolle, die zum Teil auch unbewusst und unterschwellig wirken und an unerwarteter Stelle zuweilen auch symptomatisch verzerrt zutage treten. So gilt es, diversen Einflussfaktoren auf die Schliche zu kommen. Wie wird beispielsweise der Entscheidungsprozess von wem und aufgrund welcher Motive in welche Richtung beeinflusst? Welche Rolle spielen Machtdynamiken, wer drückt wen in die Ohnmacht? Weitere wichtige Facetten der Situation sind ferner das Selbstverständnis und ggf. das Leitbild der Betreuungseinrichtung, denn auch hier wirken kulturelle, zum Teil auch religiös gewachsene Werte, insbesondere wenn es um ethisch besonders heikle Fragen der Sexualität geht.

Ziel des Beratungsprozesses ist es, diejenige Betreuungsmaßnahme zu erarbeiten, die das Wohlergehen der betroffenen Menschen in ihrer gegenwärtigen Lage am ehesten fördert. Ihre Bedürfnisse nach Lebenserfüllung und Orientierungserfordernisse des Unterstützungspersonals sollen bestmöglich befriedigt werden. Dabei wird sich zeigen, dass „Lösungen“ ganz im Sinne Hannah Arendts immer in *statu nascendi* sind, also nie ein für alle Mal und endgültig getroffen, sondern immer wieder neu geboren werden. Denn Betreuende stehen in der Verantwortung, d.h. sie sind „antwortlich“, so gut es geht gemeinsam mit den ihnen anvertrauten Menschen einen Weg zu suchen. Dabei unterscheidet Arendt zwischen „Herstellen“ und „Handeln“ und untermauert damit die Notwendigkeit, nicht bei Rezepten und Anleitungen zum rechten Umgang mit Problemen stehenzubleiben, sondern im (wie auch immer gearteten) kommunikativen Handeln die Wirklichkeit so zu verändern, dass sie stets neu lebensdienlich ist.¹³

In diesem Sinne und in diesem Raum metaethischer Überlegungen stehen die nachfolgenden drei Schritte zur ethischen Urteilsbildung, die entlang der Fallvignette „Selbstbestimmung versus Gesundheitssorge“ vorgestellt werden. Diese sind:

13 Vgl. Arendt, Vita activa oder vom tätigen Leben, 2019.

1. Situations- und Problemanalyse
2. Bewusstwerdung und Reflexion von handlungsleitenden Ethik-Konzepten: Menschenwürde als zentrales Kriterium
3. Abwägung der Argumente und (tentative) Beschlussfassung

1. Schritt: Situations- und Problemanalyse

Die in Rede stehende Frau führt ein promiscues Sexualleben und ist damit sehr zufrieden. Sie hat klare Vorstellungen von ihren Wünschen und von den Grenzen, die ihre Partner und sie selbst zu respektieren haben. Ihre Entscheidung für ungeschützten Sex ist nach dem Lustprinzip getroffen. Ein Problembewusstsein hinsichtlich der damit verursachten Gefährdung ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Partner hat sie nicht; nicht einmal die Intervention ihrer Frauenärztin hat eine kritische Selbstreflexion bewirkt. Sie selbst sieht also momentan keinerlei Änderungsbedarf ihres Verhaltens.

Von ihrer Verhaltensweise betroffen sind direkt nur ihre Sexualpartner und indirekt das Betreuungspersonal, insofern es eine Verantwortung für den Gesundheits- und Gewaltschutz der sexuell verkehrenden Personen sieht. Zu ihrem Freund hat die Frau offenbar eine engere über den Sex hinausgehende Beziehung. Dieser scheint aber kein Problem mit ihren sonstigen Sexualkontakten zu haben, auch nicht hinsichtlich seiner eigenen gesundheitlichen Gefährdung, wobei unklar ist, inwieweit er über die mögliche Gefährdung informiert ist und diese versteht. Die Frau sieht keine Notwendigkeit einer unterstützenden Begleitung. Die ethische Problematik reduziert sich somit auf die Frage, ob das Betreuungspersonal Maßnahmen zum Gesundheitsschutz ergreifen soll oder nicht. Muss ihr geholfen werden, obwohl sie diese „Hilfe“ als unerlaubten Eingriff in ihre Freiheit erleben dürfte? Es gilt, das Gewicht der ethischen Güter Autonomie und Gesundheitsfürsorge in der gegebenen Situation zu bemessen und gegeneinander abzuwägen. Diese Problemstellung, d.h. die widerstreitenden Werte sollten am Ende der Situationsanalyse auf möglichst einfache Weise und in leichter Sprache zusammengefasst werden. Dies könnte hier im Blick auf die Frau formuliert z. B. lauten:

1. Sie sind erwachsen. Sie dürfen Sex haben – mit wem Sie wollen, wann Sie wollen, wie Sie wollen. Es muss nur der andere auch wollen.

2. Sex ohne Gummi kann krank machen. Sie können krank werden. Ihre verschiedenen Partner können krank werden. Auch ihr Freund kann krank werden. Man sieht nicht, ob jemand krank ist. Man merkt nicht, wenn man jemanden ansteckt.

Wichtig ist, dass die eingehende Situationsbetrachtung in eine konkrete Formulierung der ethischen Fragestellung mündet: Welches Problem soll gelöst werden? Hier könnte es lauten: Überwiegt die Pflicht zur Gesundheitsvor- und -fürsorge auf Seiten der Betreuenden das Recht auf Selbstbestimmung der Frau in einem Maße, das die Intervention des Betreuungspersonals erforderlich macht mit dem Ziel, dass die Frau Einsicht in die Selbst- und Fremdgefährdung erhält oder sogar nur noch geschützten Sex hat? Oder in leichter Sprache: Was ist wichtiger – Ihre Freiheit oder Ihre Gesundheit? Die Freiheit der Männer oder die Gesundheit der Männer?

2. Schritt: Bewusstwerdung und Reflexion von handlungsleitenden Ethik-Konzepten: Menschenwürde als zentrales Kriterium

Zentraler ethischer Maßstab sollte das ganzheitliche Wohlergehen der betreuten Personen sein. Dass sich dies leicht sagt, aber nicht einfach einzuholen ist, zeigt die folgende grundsätzliche Frage. Welche ethischen Prinzipien und Konzepte sollen handlungsleitend sein? Eine Folgenabschätzung etwa weisen die Ansätze der Verantwortungsethik (Max Weber, Hans Jonas, Dietrich Bonhoeffer) und des Utilitarismus (John Stuart Mill) auf. Im ersten Falle haben ethische Maßstäbe (Normeninstanz) wie der Respekt vor der Autonomie sowie die Situation (Wirklichkeitsinstanz) der Gesundheitsgefährdung das gleiche Gewicht. Die Abwägung der Folgen einer Intervention und der Folgen einer Nichtintervention hilft zur Entscheidungsfindung (Entscheidungsinstanz). Im vorliegenden Problem hängt die Frage, welche Reaktion das geringere Übel wäre, von der medizinischen Einschätzung des Gefährdungspotenzials ungeschützten Geschlechtsverkehrs ab. Im Utilitarismus werden die Folgen einer Handlung nach dem Kriterium der Nützlichkeit bewertet. Ethisch gut ist, was möglichst viele Interessen befriedigt. Das befreit im vorliegenden Fall jedoch nicht von der Abwägung.

In krassem Gegensatz zu diesen beiden Konzepten steht beispielsweise der kategorische Imperativ Immanuel Kants. Sachlage und Folgen einer Handlung sind für ihn völlig irrelevant. Sein formales Prinzip, dass die

Maxime einer Handlung immer Grundlage einer allgemeinen Gesetzgebung zu sein hat, gilt kategorisch ohne situationsbedingte Ausnahme.¹⁴ Die Entscheidung müsste also klar zugunsten der Gesundheitsorge und entsprechender Maßnahmen fallen, weil ungeschützter Verkehr keinesfalls zur allgemeinen Regel erhoben werden kann.

Einen nochmals ganz anderen Zugang wählt etwa Carol Gilligan mit der von ihr entwickelten Care-Ethik, auf der wiederum die Ethik der Achtsamkeit fußt. Hier tritt das Kriterium der individuellen Autonomie zurück zugunsten der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, so dass die Fürsorge und der Beziehungserhalt im Mittelpunkt stehen.¹⁵ Auch dieser Ansatz entlastet nicht vom Abwägen des Für und Wider ungeschützten Geschlechtsverkehrs.

So lassen sich viele weitere Ethik-Konzepte wie die Tugendethik oder das Naturrecht durchdeklinieren, auch solche aus anderen Kulturen und Religionen, wie beispielsweise die afrikanische Palaverethik, die islamische Gesetzesethik oder die buddhistische autonome Ethik. Gerade im Blick auf das Tabuthema Sexualität besteht zudem immer die Gefahr, dass persönliche, gesellschaftliche oder religiöse Werte unreflektiert als bindend angesehen und den betreuten Personen von außen oktroyiert werden.

Es empfiehlt sich deswegen der Austausch darüber, welche ethischen Konzepte bzw. welche Werte für die Beteiligten an der Fallbesprechung zentral sind. So kann man z. B. die Grundhaltung von Personal fremdkultureller Herkunft besser verstehen. Dabei zeigt sich häufig auch, wie wenig begründet oder reflektiert und allein auf impliziten Alltags- und Gewohnheitsprämissen ethische Entscheidungen getroffen werden, die dementsprechend zahlreiche blinde Flecken aufweisen. Diese Bewusstwerdung wiederum ermöglicht eine bessere Einfühlung in die von einer Entscheidung betroffenen Personen. Sie erhöht die Chance, eine abweichende Argumentation zu verstehen und schafft den Boden dafür, sich – entgegen eigener Werte und Überzeugungen – radikal auf die Menschenwürde der Betroffenen und die daraus erwachsenden Rechte zu verständigen.

Im beschriebenen Fall bieten sich die mit der Verantwortungsethik verwandten Modelle der dialogischen und responsiven Ethik für die Urteilsbildung an. Wie ihre Bezeichnungen bereits ausdrücken, zielen diese

14 Vgl. *Kant*, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten (2. Aufl. 1785), in: Kants gesammelte Schriften. Hrsg. v. d. Königlich Preussischen Akademie der Wissenschaften, Band 4, 1911, 385 (399 ff.).

15 Vgl. *Gilligan*, Die andere Stimme. Lebenskonflikte und die Moral der Frau, 1982.

Ansätze auf die angemessene Antwort auf das Menschsein in der jeweiligen Herausforderungssituation. Um das Wohlergehen des Menschen geht es aller Ethik, aber eine legalistischer Ansatz will es durch Gesetze fördern, während eine antwortende Ethik, ausgehend von der gleichen Würde der betreuten und betreuenden Personen, nicht moralisiert, sondern im zugewandten Hören auf Gesagtes und Ungesagtes auf die Widerfahrnisse und Ansprüche beider Seiten eingeht. Es ist somit an dieser Stelle der Diskussion, d.h. nach der Bewusstmachung der verschiedenen in der Runde vorherrschenden Ansichten und Werten, herauszuarbeiten, dass die Menschenwürde den wegweisenden Maßstab für die weitere Besprechung und Lösungssuche bilden soll.

Die Achtung der Menschenwürde bedeutet hier, dass die Frau unabhängig von ihrer geistigen Verfassung das Recht auf Befriedigung ihrer sexuellen Bedürfnisse hat wie jede andere Person auch. Ihre Promiskuität ist dabei unerheblich, solange es ihre freie Wahl ist, steht ihr diese zu – unabhängig von den Werten der Betreuenden oder dem Leitbild einer Einrichtung. Ihre gesundheitliche Selbstgefährdung durch ungeschützten Verkehr mit wechselnden Partnern ist allerdings um ihrer selbst und der Würde bzw. Gesundheit der Partner willen zu beachten.

Das Würde-Kriterium erfordert zudem, dass die betroffene Person in den Beratungsprozess einbezogen wird. Darauf kann nur verzichtet werden, wenn die betroffene Person so stark eingeschränkt ist, dass sie selbst mit Unterstützung (Fallberatung in leichter Sprache, Visualisierungen mit Metacom, Einsatz von Talkern etc.) nicht zur Teilnahme in der Lage ist, oder die Teilnahme trotz mehrfacher Einladung ablehnt. Die gemeinsame Besprechung kann auch ein Beitrag sein, der betroffenen Person das Dilemma zu vermitteln und sie so zu einer bewussteren Entscheidung zu befähigen. Ganz nach dem Leitwort „nicht ohne uns über uns“ stellt sie die entscheidende Stimme dar. Da man in der Praxis immer Gefahr läuft, über statt mit den Betroffenen zu reden, ist ratsam, ihr eine Person an die Seite zu stellen, die ihr „anwältlich“ hilft und sicherstellt, dass sie einbezogen ist und der Diskussion folgen kann.

3. Schritt: Abwägung der Argumente und (tentative) Entscheidung

Nun muss die Frage beantwortet werden, ob in der gegebenen Situation das Selbstbestimmungsrecht der Frau oder die Gesundheitssorge für sie und ihre Partner das höhere Gewicht hat. So ist zunächst zu fragen, ob

wirklich alles getan wurde, die Frau auf für sie angemessene und ausreichend häufige Weise in die Thematik der sexuell übertragbaren Krankheiten und ihrer Folgen einzuführen. Falls sie dies lernen könnte, aber nicht möchte, oder falls sie es trotz aller Mühen nicht begreifen kann, wird die Frau möglicherweise nicht durch kognitives Verstehen, höchstens durch Erleiden der Krankheitsfolgen unter ärztlicher Kommentierung „zur Vernunft“ kommen. Für die Gefährdung der gegebenenfalls ebenfalls geistig eingeschränkten Partner trifft das Gleiche zu. Auch ihnen gegenüber können keine Zwangsmaßnahmen ergriffen werden, solange von keiner Seite Gewalt ausgeht. Für beide Gefährdungsrichtungen ist entscheidend, wo die Grenze zwischen zumutbarer und unzumutbarer Selbst- und Fremdgefährdung verläuft. Auf diese soll aus möglichst vielen Richtungen (medizinisch, heilpädagogisch, rechtlich etc.) geblickt werden.

Es ist gut denkbar, dass sich im vorliegenden Fall die Waage weder in die eine noch in die andere Richtung neigt, die Lösung also darin besteht, dass es keine „Lösung“ gibt. Jede Lösung von außen würde potentiell mehr Gewalt enthalten als das Risikopotential der jetzigen Situation. Dann ist die Spannung auszuhalten. Es macht jedoch einen Unterschied, ob ein solches Ergebnis „aus dem Bauch“ kommt oder am Ende eines Beratungsprozesses steht. Im letzteren Fall ist das Resultat gut begründet; es kann mit gutem Gewissen vor Angehörigen und übergeordneten Instanzen wie dem Leistungsträger vertreten werden. Schließlich stärkt die Tatsache, dass man gemeinsam gründlich abgewogen und eine vorläufige Erkenntnis erarbeitet hat, das gegenseitige Vertrauen und die Fähigkeit, die Unlösbarkeit des Dilemmas auszuhalten. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, dass hier nichts zu tun sei – ganz im Gegenteil geht es darum, aus dem ethischen Dilemma heraus vorsichtig unterschiedliche Schritte zu wagen, die auf dem gemeinsamen Weg begleitet, überprüft und entsprechend angepasst werden müssen. Es geht also bei Gewaltschutz ebenso wie bei Ermöglichung um einen *Prozess*, nicht um eine Lösung. Hier könnte man beispielsweise versuchen, die Frau noch intensiver über mögliche Krankheiten aufzuklären, ebenso wie ihre Sexualpartner; man könnte versuchen, gemeinsam mit ihr Sexualpraktiken zu finden, die für sie passen und gleichzeitig die Gesundheitsgefährdung einschränken; man könnte versuchen, auf die Sexualpartner einzuwirken o. ä. So bleibt auch das Ergebnis eine Einladung zu Dialog und kreativen Ideen statt wohlgemeintem aber gewaltbesetzten „wohltätigem Zwang“. Gleichzeitig sind die Assistent:innen vor Ort entlastet, weil die Entscheidung über den Umgang mit dem Dilemma eine gemeinsam getroffene ist, die auch im Alltag die Spannung erträglich macht.

V. Schluss

In der Praxis wird natürlich nicht die Zeit bleiben, unterschiedliche theoretische ethische Konzepte abzuwägen. Das ist auch gar nicht nötig, wenn sich die Beteiligten klar darüber werden, dass es unterschiedliche Begründungslinien gibt. Es kommt vor allem darauf an, die Problemstellungen aus den ad hoc Entscheidungen im Alltag zu lösen und über die (ethischen) Fallberatungen inklusiv, partizipativ und möglichst faktenbasiert zu beschreiben und begründet Entscheidungen zu treffen. Wenn die Würde aller Beteiligten, ganz besonders der zu unterstützenden kognitiv eingeschränkten Personen das zentrale Kriterium wird und bleibt, ist die Chance groß, dass diese in ihren unterschiedlichen Rechten auf Freiheit, Selbstbestimmung, Teilhabe, Schutz der Gesundheit und vor Gewalt etc. wahr- und ernst genommen wird. Dann kann das Dilemma umfassend betrachtet werden. So kann der Gefahr entgegengewirkt werden, dass Gewaltschutz gut gemeint zu neuer, durch das Betreuungspersonal ausgeübter Gewalt durch Einschränkung oder Entmündigung führt. Hierzu kann folgendes Ablaufschema hilfreich sein. Dabei müssen nicht alle Schritte bei einer Sitzung und mit jeweils allen Beteiligten ausgeführt werden. Wichtig ist jedoch, dass neben dem Betreuungsteam nach Möglichkeit auch Klient:in (und ihre Unterstützer:innen), rechtliche Betreuungen, Fachpersonal anderer Professionen etc. einbezogen werden.

1. Situations- und Problemanalyse

- Worin besteht das Problem?
- Wer ist von dem Problem wie betroffen?
Wer ist durch das Problem wie gefährdet?
Wer würde als erstes merken, dass das Problem gelöst ist?
Wer hätte vielleicht auch was dagegen, dass es gelöst wird?
- Welche Werte werden durch das Problem berührt (Freiheit, Selbstbestimmung, Gesundheit, Sicherheit etc.)?
- Welche zentrale(n) Frage(n) ergibt/ergeben sich aus der Problemanalyse?
- Diese werden in leichter Sprache/mit Hilfe von visuellen Kommunikationsmitteln so zusammengefasst, dass auch betroffene Klient:innen diese verstehen können.

2. Menschenwürde als zentrales Kriterium

- Die Beteiligten nehmen sich die Zeit, die eigenen Überzeugungen, Werte, Sorgen und Ängste im Blick auf die Problemstellung auszutauschen. (So geschieht eine Bewusstmachung der oft unreflektierten doch handlungsleitenden Konzepte.)
- Verständigung auf die Menschenwürde (mit ihren Selbstbestimmungs-, Freiheits-, Schutzwerten) als zentrales Kriterium.
- Konsequenzen für die Betrachtung der Problemlage:
Welche Entscheidungen/Lösungen verbieten sich durch diesen Blickwinkel?
Welche Handlungsoptionen eröffnen sich dadurch?

3. Entscheidung

- Festlegung der gemeinsamen Entscheidung, die auch in ihrem Werdegang schriftlich festzuhalten ist.
- Dabei ist zentral:
 - 1) Welcher Gefährdung soll begegnet werden?
 - 2) Was wünscht der/die Betroffene?
 - 3) Warum rechtfertigt die Gefährdungslage welche Eingriffe (nicht)?
 - 4) Warum ist welche Spannung wie auszuhalten?
 - 5) Welche Maßnahmen sollen ergriffen, welche Unterstützung angeboten werden?
 - 6) Was passiert, wenn die gemeinsame Entscheidung scheitert?
- Wann soll neu (partizipativ und inklusiv) auf die Situation geblickt werden?

