

Selbstbestimmung – Verhinderung oder Befähigung durch Fürsorge?

Andreas Peter Neuner

I. Einleitung

Selbst- und Fremdbestimmung befinden sich in einem Spannungsverhältnis zwischen dem gewünschten individuellen, politischen und gesellschaftlichen Empowerment¹ von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung einerseits und der erlebten paternalistischen Bevormundung andererseits. Häufig wird Letzteres durch scheinbare Fürsorge begründet und die Selbstbestimmung von Betroffenen eingeschränkt. Dies gilt für viele Lebensbereiche und insbesondere auch für die Sexualität.² Nichtsdestotrotz stellt gleichzeitig fürsorgliches Handeln ein wichtiges Moment für die in der Betreuung involvierten Fachkräfte, wie beispielsweise die Pflege, dar.³ In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, ob sich durch Konzeptionen der Fürsorge die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung ermöglichen lassen kann. Hierbei werden zuerst die wesentlichen historischen Entwicklungen über die Bedeutung des Begriffes Selbstbestimmung aus Perspektive der *Self-Advocacy Movements* und des Empowerment-Konzeptes aufgezeigt, wobei ich mich auf die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts bis heute beschränke und die rechtlichen Veränderungen durch die UN-Behindertenrechtskonvention miteinbeziehe. Von diesen Ansprüchen ausgehend wird anschließend der Paternalismus als (medizin-)ethisches Konzept beschrieben und spezifisch hinsichtlich Sexualität kontextualisiert, sowie für eine Vermeidung von paternalistischen Ansätzen argumentiert. Abschließend wird anhand der

1 Vgl. *Theunissen*, Empowerment. Wegweiser für Inklusion und Teilhabe behinderter Menschen, 4. Aufl. 2022, 37 ff.

2 Vgl. *Römis*ch, Sexualisierte Gewalt in Institutionen der Behindertenhilfe, in: Wazlawik/Freck (Hrsg.), Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen, 2017, 105 (111 f.).

3 Vgl. *Biller-Andorno*, Fürsorgeethik (Ethics of Care), in: Biller-Andorno/Monteverde/Krones/Eichinger (Hrsg.), Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik, 2021, 91 ff.

Care-Ethik und Elisabeth Conradis Ethik der Achtsamkeit dargelegt, wie sich Fürsorge ohne Paternalismus gestalten lassen kann.

II. Historische Entwicklung von Fremdbestimmung zur Selbstvertretung

Bevor auf Selbstbestimmung eingegangen wird, erscheint es vorerst wichtig zu sein, das Ausmaß der früheren Fremdbestimmung zu skizzieren. So erfolgte in den 1950er bis 1970er Jahren die Unterbringung in den verantwortlichen Einrichtungen in großen Bettensälen unter prekären hygienischen Bedingungen. Zudem waren die Betroffenen in diesen Einrichtungen systematisch Gewalt durch die Betreuer:innen ausgesetzt, was sich unter anderem durch den durchgängigen Einsatz von pharmakologischer Sedierung und physischer Fixierung zeigte.

„Ebenso waren Leugnung, Verdrängung und Verbot jeglicher Form von Sexualität wesentliche Kennzeichen der restriktiven Strukturen, die das Leben der Menschen in den Einrichtungen bestimmten. Das zentrale Ziel der Sexualpädagogik war bis weit in die 1970er-Jahre, sexuelle Wünsche von Menschen mit Behinderungen zu ignorieren und zu unterbinden.“⁴

Sexuelle Bedürfnisse wurden auch durch den Einsatz von Medikamenten unterdrückt. In den 1980er und 1990er Jahren verbesserte sich die Situation in den Einrichtungen durch die zunehmende gesellschaftliche Wahrnehmung sowie den Einsatz von Interessenverbänden. Bettensäle und Geschlechtertrennung wurden beispielsweise abgeschafft, und statt Ausgrenzung wurde Unterstützung zum erklärten Ziel der Betreuung und des pädagogischen, sowie pflegerischen Arbeitens. Dieses als Normalisierung bezeichnete Paradigma hatte den entscheidenden Nachteil, dass der Umgang sich vor allem an den Defiziten orientierte. Die Sexualität begann in den 1990er Jahren Teil von Fachdiskursen und als Bedürfnis anerkannt zu werden.⁵ In der gleichen Zeit bildeten sich erste Selbstvertretungsgruppen in der Bundesrepublik Deutschland. Mitunter ausschlaggebend hierfür war ein Kongress von der Lebenshilfe e. V., der im Jahr 1994 mit dem

4 Specht, Sexuelle Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen. Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen für die institutionelle Praxis, Zeitschrift für Sexualforschung 34 (2021), 175 (176).

5 Vgl. *ibid.*, 176 f.

Leitspruch „Ich weiß doch selbst was ich will! Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung“⁶ gehalten wurde. Die ersten Vorläufer solcher „*Self-Advocacy Movements* (Selbstvertretungs-Selbstbestimmungs- oder Selbsthilfebewegungen)“⁷ waren in anderen Ländern, wie beispielsweise den USA, Kanada oder Schweden, bereits seit den 1960er und 1970er Jahren aktiv.⁸ Bis dato sind Selbstvertretungsgruppen in Deutschland im Gegensatz zum englischen Sprachraum weniger präsent. Dies ist unter anderen auf die Möglichkeit der Repräsentation durch Heimbeiräte zurückzuführen, die eine ähnliche Funktion erfüllen. Damit einhergehend wird aber auch die Bildung solcher Gruppierungen aufgrund tradierter Rollenverständnisse und Sorge vor einem potenziellen Verlust von „Macht und Einfluss“⁹ in den Einrichtungen teilweise unzureichend unterstützt.¹⁰

Im Zusammenhang der Selbstbestimmungsbewegungen sind vier Prinzipien von Bedeutung. Unterstützung soll erstens so gestaltet werden, dass „ein kritisches Bewusstsein“¹¹ in Bezug auf die individuellen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen gebildet werden kann. Gleichzeitig soll zweitens sich dieses Bewusstsein nicht an den Defiziten, sondern an den Kompetenzen und Stärken orientieren. Das dritte Prinzip beinhaltet die „Förderung individueller Empowerment Fähigkeiten (individual empowerment) und kollektiver Handlungskompetenzen (collective actions)“.¹² Auf individueller Ebene ist darunter unter anderen das Lernen über die eigenen Fähigkeiten und die Aneignung von Wissen zu verstehen, um dann wiederum auf kollektiver Ebene zusammenzuarbeiten und die eigenen Standpunkte öffentlichkeitswirksam darlegen zu können. Zuletzt sollen Berater:innen eine Unterstützungsfunktion in beispielsweise politischen Prozessen oder Verhandlungen in Einrichtungen einnehmen, wobei zu beachten ist, dass die Berater:innen von der Gruppierung selbstgewählt sind und aus Gründen möglicher Befangenheit nicht in derselben Einrichtung arbeiten sollten, in der die Mitglieder wohnen, sowie sich nicht an den Defiziten orientieren. Allerdings besteht ein Risiko der Vereinnahmung

6 Theunissen, Empowerment, 4. Aufl. 2022, 94.

7 Ibid., 86.

8 Vgl. Ibid., 87f.

9 Ibid., 97.

10 Vgl. Ibid., 96f.

11 Ibid., 92.

12 Ibid., 93.

oder der Manipulation durch die Berater:innen.¹³ Kein direktes Prinzip und dennoch bedeutsam für die *Self-Advocacy Movements* ist, dass durch die Gruppierungen auch jene vertreten werden sollen, die sich nicht artikulieren können und in besonderer Weise Unterstützung bei grundlegenden Aktivitäten, wie beispielsweise Körperpflege oder Essen, benötigen.¹⁴

III. Selbstbestimmung aus Perspektive des Empowerments

Das heutige Paradigma der Inklusion, sowie damit einhergehend Empowerment und Selbstbestimmung, steht im Einklang mit den Prinzipien der *Self-Advocacy Movements*.¹⁵ Das Empowerment-Konzept umfasst nicht nur Aspekte der Selbstbestimmung, sondern ebenso die Teilhabe, ergo die Partizipation in demokratischen Prozessen, Verteilungsgerechtigkeit und Emanzipation.¹⁶ Diese Ansprüche drücken sich zusätzlich in Gesetzen wie das 2009 von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) und das 2016 in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz aus.¹⁷ Im Hinblick auf die Selbstbestimmung sind aus Perspektive des Empowerments mehrere Dimensionen von Bedeutung.¹⁸ So betont der erste Grundsatz der UN-BRK, dass die „Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ (Art. 3 lit. a UN-BRK), geachtet werden muss. Dementsprechend handelt es sich bei Selbstbestimmung um „eigene, selbstverantwortliche Entscheidungs- und Regiekompetenzen.“¹⁹ Ein grundsätzliches Problem für Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung diesbezüglich ist, dass ihnen Selbstbestimmung als Autonomie im Sinne von Vernunft oder Einsichtsfähigkeit abgesprochen wird.²⁰ Um Exklusionsmechanismen zu vermeiden, sollte deswegen von einer prinzipiellen Fähigkeit ausgegangen werden, selbstbestimmt zu sein, „sei es nur rudimentär, im Gefühlsausdruck oder auf der Ebene der ‚Leiblichkeit‘ wahrnehmbar.“²¹

13 Vgl. *ibid.*, 91ff.

14 Vgl. *Ibid.*, 99.

15 Vgl. *Specht*, Zeitschrift für Sexualforschung 34 (2021), 176.

16 *Theunissen*, Empowerment, 4. Aufl. 2022, 39–49.

17 Vgl. *Specht*, Zeitschrift für Sexualforschung 34 (2021), 177.

18 Vgl. *Theunissen*, Empowerment, 4. Aufl. 2022, 94.

19 *Ibid.*, 40.

20 Vgl. *ibid.*, 39 f.

21 *Ibid.*, 40.

Die pädagogische Perspektive ist ebenfalls von Bedeutung, da hierdurch Selbstbestimmung in einen Prozess des lebenslangen Lernens eingebunden wird. Somit kann aber auch die Entwicklung der Selbstbestimmung gehemmt werden. Dies wird bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung durch beispielsweise einen infantilisierenden Umgang, Überprotektion oder das Ignorieren von persönlichen Lebenszielen perpetuiert.²² Die UN-BRK fordert auch die Bereitstellung von Möglichkeiten des lebenslangen Lernens (Art. 24 Abs. 1 UN-BRK) und verbietet „Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken“ (Art. 8 Abs. 1 Buchst. b UN-BRK). Allerdings ist Selbstbestimmung kein individualistisches Konzept. Selbstbestimmung ist „nicht Freisetzung von sozialen Bindungen, sondern eigenverantwortliches Entscheiden und autonomes Handeln in der Beziehung zum Du“.²³ In diesem relationalen Verhältnis besteht ein Spannungsfeld, und es gilt einerseits, nicht durch Zwänge von außen in ein spezifisches Rollenverständnis festgeschrieben zu werden, wodurch wiederum die Entwicklung der Selbstbestimmung gehemmt werden kann. Andererseits sollen Bedürfnisse nicht rücksichtslos durchgesetzt werden, ergo es sollte sich nicht durch innere Zwänge geleitet werden lassen.²⁴

„Zur Entwicklung einer solchen Fähigkeit bedarf es einer haltgebenden vertrauensvollen, sicherheitsstiftenden und verlässlichen Lebenswelt, die es versteht, Autonomieprozesse zu erkennen, wertzuschätzen und zu unterstützen.“²⁵

Auch wenn es Fortschritte durch neue gesetzliche Anforderungen und den Einsatz verschiedener Akteure innerhalb der letzten Jahrzehnte gegeben hat,²⁶ leben nichtsdestotrotz teilweise Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung unter kritischen Bedingungen. Ein Aspekt, der empirisch bisher noch nicht in einem größeren Umfang untersucht wurde, sind zum Beispiel Unterbringungen in geschlossenen Heimen. Eine retrospektive Aktenanalyse, die lediglich 42 Personen eingeschlossen hat und auch Menschen mit psychischen Erkrankungen miteinbezieht, kommt zu dem Ergebnis, dass allgemein die Bewohner:innen häufig fernab ihres ursprünglichen Wohnortes in diesen Einrichtungen untergebracht sind und speziell Men-

22 Vgl. *ibid.*, 41.

23 *Ibid.*, 42.

24 Vgl. *ibid.*

25 *Ibid.*

26 Vgl. *Specht*, Zeitschrift für Sexualforschung 34 (2021), 176 ff.

schen mit sogenannter geistiger Behinderung im Schnitt seit 15,4 Jahren in diesen leben.²⁷ Außerdem „fehlte in dieser Untersuchung in der Mehrzahl eine Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit der und Alternativen zur Unterbringung.“²⁸ Geschlossene Heime stehen im Konflikt mit der UN-BRK, da der Wohnort eigentlich selbst gewählt werden darf und auch nicht an eine Einrichtung gebunden sein muss (s. Art. 18 lit. a UN-BRK). Des Weiteren sind insbesondere Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung im Vergleich zur restlichen Bevölkerung häufiger Opfer von multiplen Gewalterfahrungen und es werden in Bezug auf sexuelle Gewalt hierbei hohe Dunkelziffern vermutet.²⁹ Hinsichtlich der Sexualität sind auch noch sogenannte Mythen wirksam. Zwei dieser Mythen sind die Asexualität beziehungsweise die Infantilisierung und der gesteigerte Sexualtrieb. Mit letzterem ist eine vermeintlich erhöhte Gefahr vor sexuellen Übergriffen verbunden.³⁰ Zusätzlich werden in einigen Einrichtungen unzureichend Förderungsangebote bereitgestellt und der Fokus liegt eher auf den Pflegeleistungen. Dies ist unter anderen auf die Finanzierung zurückzuführen, da den Einrichtungen der maximale Pflegesatz ein größerer Anreiz sein kann als die Förderung. Zusätzlich wird die unzureichende Förderung auch durch tradierte paternalistische Strukturen und die starre Fokussierung auf die abrechenbaren pflegerischen Dimensionen begünstigt.³¹

IV. Paternalismus

Die Wahrung der Selbstbestimmung von Patient:innen ist für die Medizin und die in dem Bereich involvierten Fachkräfte ein besonders hohes Gut. So ist heutzutage die paternalistische Grundhaltung und das Nicht-involvieren in Entscheidungsprozesse immer mehr durch das „Ideal der par-

27 Vgl. *Brieger/Henkin/Schmitt-Schäfer/Klemmt/Röhrig/Hamann*, Geschlossene Heime für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung – Charakteristika von Bewohnenden anhand von Aktenanalysen, *Der Nervenarzt* 2023, 240–242.

28 *Ibid.*, 242.

29 Vgl. *Schrötte et al.*, Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Studie im Auftrag des BMFSFJ, Kurzfassung, 2012, 32.

30 Vgl. *Krüger/Schmitz/Niehaus*, Täterbezogene Mythen über geistige Behinderung und sexuelle Gewalt, *Recht und Psychiatrie* 2018, 87 (90).

31 *Theunissen*, Empowerment, 4. Aufl. 2022, 322.

tizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“)³² abgelöst worden. Jedoch wird sich in seltenen Fällen und insbesondere im psychiatrischen Fachbereich an der Einschätzung der Selbstbestimmungsfähigkeit und damit dem rechtlichen Begriff der Einwilligungsfähigkeit orientiert. Die Selbstbestimmungsfähigkeit ist hier ein „normatives Konzept“³³ das in erster Linie dem Schutz von Behandelten dienen soll, um gesundheitliche Schäden abzuwenden. Aus dieser Perspektive bedeutet selbstbestimmungsfähig zu sein, dass die für eine medizinische Aufklärung notwendigen Informationen ausreichend verstanden und beurteilt werden können, sowie die Fähigkeit zu besitzen, krankheitsbedingte Veränderungen auffassen zu können und ihnen gegenüber einsichtig zu sein. Zuletzt müssen getroffene Entscheidungen nonverbal oder verbal ausgedrückt werden können.³⁴

Medizinischer Paternalismus umfasst Handlungen, die ohne eine Zustimmung oder gegen den Willen einer Person durchgeführt werden, um entweder einen Benefit zu erreichen oder um einen Schaden abzuwenden. In Situationen bei eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit wird hierbei explizit von schwachem Paternalismus gesprochen. Ein konkretes Beispiel hierfür wäre, eine Person, die unter dem Einfluss eines Psychedelikums steht oder an einer schweren Depression erkrankt ist, am Suizid zu hindern. Hingegen handelt es sich bei starkem Paternalismus um Eingriffe, die zum Wohle, aber nichtsdestotrotz gegen den Willen einer Person durchgeführt werden, obwohl die Einwilligungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.³⁵

Auf diese Differenzierung werde ich weiterführend nicht mehr eingehen, sondern ganz allgemein auf Handlungen in der Praxis, die sich an einem scheinbaren Wohl sowie dem vermeintlichen Schutz hinsichtlich der Sexualität von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung beziehen. Allgemein ist festzuhalten, dass paternalistische Interventionen, die keine Verhinderung einer erheblichen Eigen- oder Fremdgefährdung umfassen, nicht vertretbar sind³⁶ und die Unterteilung in schwacher/starker Paternalismus unzureichend die genannte Mehrdimensionalität der Selbstbestim-

32 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN, Der Nervenarzt 2014, 1.

33 Ibid., 2.

34 Vgl. *ibid.*

35 Vgl. *Beauchamp/Childress*, The Principles of Biomedical Ethics 7. Aufl. 2009, 214–217.

36 Vgl. *Theunissen*, Empowerment, 4. Aufl. 2022, 47.

mung berücksichtigt. Es zeigt sich eine deutliche Spannung zwischen den normativen Konzeptionen von Selbstbestimmung als Empowerment und der Selbstbestimmungsfähigkeit. Nichtsdestotrotz ist der Bezug zur Medizin in puncto Sexualität von entscheidender Bedeutung, wie sich an dem Einsatz von schwangerschaftsverhütenden Maßnahmen in Einrichtungen zeigt. So werden teilweise Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung, obwohl sie nach eigenen Angaben nicht sexuell aktiv sind, trotzdem mit Kontrazeptiva, insbesondere Depotspritzen behandelt.³⁷ Diese Handhabung birgt zwei Problemstellen. Zum einen scheint es aus medizinethischer Sicht bedenklich zu sein, eine Patientin Nebenwirkungen auszusetzen, obwohl die Medikation schlicht nicht indiziert ist. Somit ist es fragwürdig, ob es sich überhaupt um einen medizinischen Paternalismus handelt, da kein Benefit durch diese Maßnahme erlangt wird und die Verhinderung einer Eigengefährdung auch nicht gegeben ist. Viel eher kann der Schutz von Frauen generell durch eine solche Praktik angezweifelt werden:

„Das fremdbestimmende Fürsorgeverhalten zum Schutz vor einer Schwangerschaft wird zu einem besonderen Risiko, nämlich als erwachsene Frau Opfer sexualisierter Gewalt zu werden, weil die Täter sich sicher sein können, dass die Folgen des Missbrauchs zumindest in Form einer Schwangerschaft unsichtbar bleiben.“³⁸

Weiterführend lassen sich Zusammenhänge zwischen Paternalismus und Vorurteilen bzw. Mythen über die Sexualität von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung feststellen. Zwar sind mittlerweile mehr Fortbildungsangebote möglich, die sich mit Sexualität befassen, nichtsdestotrotz sind diese Mythen in der Praxis teilweise immer noch präsent. Zum Beispiel äußert sich spezifisch bei Frauen die Infantilisierung durch das Ignorieren von Kinderwünschen. Ein Beispiel des Zusammenhanges zwischen angeblich gesteigerten Sexualtrieb und Paternalismus stammt aus einer Jugendeinrichtung, in der zur Diskussion stand, Spiegel aufzuhängen, mit denen den Jugendlichen ermöglicht werden sollte, ihren ganzen Körper und nicht nur ihre Gesichter an kleinen Spiegeln über den Waschbecken wahrzunehmen. Einige der Mitarbeiter:innen äußerten diesbezüglich Bedenken, da es zu einer sexuellen Enthemmung der Jugendlichen führen

37 Vgl. *Schrötte et al.*, Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung 2012, 40 f.

38 *Römis*ch, in Wazlawik/Freck (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen*, 2017, 112.

könne.³⁹ An diesem Beispiel zeigt sich auch, wie eine paternalistische Haltung den Prozess des Lernens durch Überprotektion hindern kann, anstatt die Potenziale einer verbesserten Körperwahrnehmung zu begrüßen. In Abgrenzung zum medizinischen Paternalismus müssen aber solche paternalistischen Verhaltensweisen anscheinend nicht unbedingt an eine direkte Ablehnung gebunden oder gegen den Willen der betroffenen Personen gerichtet sein. Unabhängig davon beinhalten sie ein prinzipielles Ausblenden der individuellen Möglichkeiten und Perspektiven. Aus der Zuschreibung von essentialistischen Eigenschaften folgen entsprechende Handlungen. Die Mythen der Enthemmung und der Infantilisierung scheinen die Gemeinsamkeit zu haben, dass durch beide das Lernen bezüglich der Sexualität abgesprochen wird und sie auf einer artifiziellen Schutzfunktion basieren. Die Enthemmung scheint hauptsächlich darauf ausgelegt zu sein, andere vor dem angeblich gesteigerten Sexualtrieb zu schützen, während die Infantilisierung hauptsächlich den Schutz der einzelnen Person garantieren sollte. Letztendlich sind es die Mythen kombiniert mit fehlender Selbstreflexion von Seiten des Personals über diese Vorannahmen, durch die die sexuelle Selbstbestimmung eingeschränkt werden kann. Gleichzeitig wird die Einschränkung auch durch die Machtstrukturen beeinflusst. So können Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung durch die Einschränkung ihrer sexuellen Bedürfnisse durch das Personal in eine Position der Machtlosigkeit gedrängt werden, deren Folge es sein kann, dass sich diese Machtlosigkeit internalisiert.⁴⁰ Diese Machtstrukturen sind einerseits notwendige Bedingung für paternalistische Handlungen, andererseits werden solche Strukturen wahrscheinlich durch scheinbare Schutzfunktionen oder vermeintlich gute Intentionen weiter gefestigt. Darüber hinaus wird insbesondere dann repressiv mit Sexualität umgegangen, wenn diese nicht mit den Vorstellungen der Betreuer:innen von Sexualität übereinstimmt und als ‚anormal‘ bewertet wird.⁴¹ Allerdings scheint es im Zusammenhang dieser Beispiele wichtig zu sein, Mitarbeiter:innen dieser Institutionen nicht prinzipiell vorzuverurteilen, und es gibt Bemühungen, diese Strukturen durch beispielsweise Fortbildungen zu verbessern, wobei dies durch unzureichende Finanzierung zusätzlich erschwert wird.⁴²

39 Vgl. *Specht*, Zeitschrift für Sexualforschung 34 (2021), 178 f.

40 Vgl. *Baab*, Sexuelle Selbstbestimmung in der Behindertenhilfe, Sozial Extra 42/6 (2016), 6 (7).

41 Vgl. *ibid.*

42 Vgl. *Specht*, Zeitschrift für Sexualforschung 34 (2021), 179.

IV. Fürsorge ohne Paternalismus

Die genannten Beispiele folgen keiner Intuition, die einer Fürsorgeethik beziehungsweise *ethics of care* entspricht. Fürsorge wird im deutschsprachigen Raum kontextabhängig unterschiedlich verwendet. So werden *bene-ficence*⁴³ und *care*⁴⁴ gleichermaßen irreführenderweise mit Fürsorge übersetzt. Ersteres bedeutet im Sinne der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress (medizinische) Handlungen, die einer Person zugutekommen.⁴⁵ Dies ist aus Perspektive der Care-Ethik ein unzureichender Begriff von Fürsorge. Ein wichtiger Grundgedanke ist zunächst, dass füreinander zu sorgen, beispielsweise in familiären, freundschaftlichen oder partnerschaftlichen Beziehungen, ein wesentliches Element für das menschliche Zusammensein ist. Demgegenüber sind die Berufs- und Bevölkerungsgruppen, die klassischerweise mit Care-Arbeit assoziiert sind, wie unter anderen Pflegekräfte, pflegende Angehörige oder Personen, die für die Kindererziehung verantwortlich sind, gesellschaftlich benachteiligt, insbesondere in finanzieller und anerkennungsbezogener Hinsicht.⁴⁶ Obwohl Menschen grundsätzlich relational aufeinander angewiesen sind, bestehen Asymmetrien bezüglich der individuellen Hilfsbedürftigkeit. Im Bewusstsein dieser Asymmetrien sieht sich die Care-Ethik. Hilfsbedürftig zu sein wird jedoch „aus sorge-ethischer Perspektive nicht als Unvollkommenheit betrachtet, sondern als Normalität und als paradigmatisch für Beziehungen überhaupt.“⁴⁷ Dementsprechend ist es keine Defizitorientierung. Vielmehr sind Angewiesenheit und Hilfsbedürftigkeit eine anthropologische Konstante. Es wird auch kein Paternalismus perpetuiert, wie der Begriff Asymmetrie dem ersten Anschein nach suggeriert, denn es ist Zielsetzung, diese Asymmetrien auszugleichen, um Selbstbestimmung zu erreichen.⁴⁸ Ein reflexives Moment über Asymmetrien scheint eher notwendig zu sein, um überhaupt die Möglichkeit zu haben, Machtstrukturen zu erfassen und einzugrenzen:

43 Vgl. Beauchamp, Der ‚Vier-Prinzipien‘-Ansatz in der Medizinethik, in: Biller-Andorno/Monteverde/Krones/Eichinger (Hrsg.), Medizinethik, 2021, 71 (77).

44 Vgl. Biller-Andorno, in: Biller-Andorno/Monteverde/Krones/Eichinger (Hrsg.), Medizinethik, 2021, 91.

45 Vgl. Beauchamp, in: Biller-Andorno/Monteverde/Krones/Eichinger (Hrsg.), Medizinethik, 2021, 77.

46 Vgl. Biller-Andorno, in: Biller-Andorno/Monteverde/Krones/Eichinger (Hrsg.), Medizinethik, 2021, 92 f.

47 Maio, Grundelemente einer Care-Ethik, Jahrbuch für Recht und Ethik 24 (2016), 241 (244).

48 Vgl. *ibid.*

„Wenn nämlich der Mangel an ganz bestimmten Fähigkeiten oder Möglichkeiten an das ‚Wesen‘ einer Person mündet und diese damit auf eine bestimmte Rolle festschreibt, kann aus einer Differenz der Macht eine Form der Herrschaft werden.“⁴⁹

Dies wird zusätzlich durch zwei weitere Aspekte aus Care-ethischer Perspektive in Bezug auf Beziehungen bekräftigt. Beziehungen sind einerseits so fundamental, dass beispielsweise durch das Fernbleiben von ihnen ethische Konflikte resultieren können. Andererseits lassen sich Antworten auf diese Konflikte nur über die Beziehungen finden und zwar sowohl auf affektiver als auch relationaler Ebene.⁵⁰ Machtstrukturen, die ein Herrschaftsverhältnis darstellen, können als eine defizitäre Ausprägung betrachtet werden, die aufgrund einer Einseitigkeit des Machtausübenden gegenüber dem Ohnmächtigen die Selbstbestimmung letzteren einschränken und somit die Bedeutung einer wirklichen Care-Beziehung negieren. Ein Vorteil der Care-Ethik ist zudem, dass sie ohne eine Rückbindung an Vernunft oder Einsichtsfähigkeit auskommt, da die Beziehungen im Vordergrund stehen und „Menschen zu achten [sind], deren Autonomie als verschieden eingeschätzt wird.“⁵¹ Demzufolge kann die Care-Ethik eher in einem relationalen Verständnis von Selbstbestimmung gesehen werden und nicht in einem individualisierten. Dies kommt ebenfalls durch den Begriff der Achtsamkeit zum Ausdruck. Achtsamkeit umfasst sowohl Achtung als auch Zuwendung gegenüber dem anderen.⁵² Dennoch wäre es nicht sinnführend, die „Beziehung schablonenhaft als Lösungsstrategie zu propagieren“⁵³ oder einen konkreten Leitfaden für die genannten Beispiele der Einschränkung sexueller Selbstbestimmung zu deduzieren, weil vor allem die Einzigartigkeit jeder Situation im Vordergrund steht. Diese Einzigartigkeit kommt mittels dreier Dimensionen zum Ausdruck:

- „(a) Betonung der Unmittelbarkeit und Würdigung der unmittelbaren Wahrnehmung,
- (b) Anerkennung der Singularität der Situation,

49 *Conradi*, Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit, 2001, 54.

50 Vgl. *Maio*, Jahrbuch für Recht und Ethik 24 (2016), 244 f.

51 *Conradi*, Take Care, 2001, 56.

52 Vgl. *ibid.*

53 *Maio*, Jahrbuch für Recht und Ethik 24 (2016), 245.

(c) Notwendigkeit einer kreativen und nicht bloß regelgeleiteten Lösung des Konfliktes.“⁵⁴

Dieser Ansatz verdeutlicht, dass eine solche Konzeption von Fürsorge der Verfestigung von Mythen über die Sexualität keinen Vorschub leistet und ein singuläres Auffassen der Situation dies wahrscheinlich eher verhindern kann. Aus den kreativen Konfliktlösungsstrategien resultiert zudem, dass auch nicht eine allgemein richtige Lösung gefunden werden kann, sondern situativ nur jeweils passende Lösungen.⁵⁵ Insbesondere für die Ermöglichung von sexueller Selbstbestimmung scheint dies wesentlich zu sein, um individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden und nicht in Stereotypisierungen zu verfallen. Aber auch der Schutz kann durch eine individuelle Situationsreflexion besser ermöglicht werden, da in diesem Sinne sich zum Beispiel eine generelle prophylaktische Gabe von Kontrazeptiva nicht rechtfertigen lassen könnte. Die Responsivität ist ein weiteres wichtiges Kernmerkmal der Fürsorgeethik. Es ist das Antworten auf die Hilfsbedürftigkeit und nicht die Initiative, durch die fürsorglich sein zum Ausdruck kommt.⁵⁶ Dies scheint ebenfalls in Hinblick auf die Berater:innen von *Self-Adocacy Movements* relevant zu sein, denn hierdurch wird eine Vereinnahmung verhindert und nur gehandelt, falls die Hilfe auch wirklich notwendig ist. Zudem würde eine Defizitorientierung im Konflikt mit der Responsivität stehen, da das Antworten auf die Hilfebedürftigkeit keine Festlegung auf Vorannahmen und damit eine Defizitzuschreibung zulässt. Weiterführend kann die Responsivität eine besondere Herausforderung darstellen, wenn sich bereits ein Gefühl der Machtlosigkeit internalisiert hat, obwohl gleichzeitig auch eine Reflexionsmöglichkeit über diese Machtstrukturen ermöglicht wird. Jedoch sind Reflexionen über die konkreten fürsorglichen Handlungen nicht rein rational, sondern werden „mit emotional-intuitiven Aspekten“⁵⁷ verknüpft. Dies ist im Fall von Sexualität eine besonders kritische Dimension der Fürsorge. So können emotionale Intuitionen dann hinderlich sein, wenn diese mit einem Urteil über die Sexualität einhergehen und sexuelles Verhalten als ‚anormal‘ bewertet wird. Ein rein rationaler Zugang wäre aber auch unzureichend, da hierdurch beispielsweise das Einfühlungsvermögen vernachlässigt werden würde. Die Reflexion über die Emotionen im Kontext von Sexualität sind in diesem

54 Ibid., 246.

55 Vgl. *ibid.*, 247.

56 Vgl. *ibid.*, 246.

57 *Conradi*, *Take Care*, 2001, 56.

Fall einerseits entscheidend und andererseits besonders herausfordernd, denn es erfordert allen voran die Bereitschaft der involvierten Mitarbeiter:innen, auch die eigenen Perspektiven auf Sexualität zu hinterfragen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Selbstbestimmung durch praktizierte Fürsorge und deren Reflexion ermöglicht werden kann. Letzten Endes bleibt Selbstbestimmung nur Ziel der Fürsorge und nicht ihr grundlegender Wert.⁵⁸ Es ist allerdings notwendig, die Fürsorge aus den paternalistisch-institutionalisierten Praktiken zu emanzipieren und jenseits einer bloßen Standardisierung pflegerischer Handlungen zu verorten, um auch bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung den Ansprüchen von Selbstbestimmung und Empowerment – insbesondere, aber dennoch nicht ausschließlich in Fragen der Sexualität – gerecht zu werden. Besonders kritisch ist dies für jene Menschen, die sich nicht ausdrücken können, Gewalt erfahren, eingesperrt sind oder sich machtlos gegenüber den Strukturen fühlen. Somit bestehen noch erhebliche Hindernisse auf dem Weg zur Selbstbestimmung, weswegen diese Thematik vor allem auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene Beachtung erfahren sollte.

58 Vgl. *Conradi*, Selbstbestimmung durch Achtsamkeit, in: Moser/Horster (Hrsg.), *Ethik der Behindertenpädagogik. Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Eine Grundlegung*, 2012, 167 (181).

