

# **Klinische Sozialarbeit als Menschenrechtsarbeit – was könnte das heißen?**

**Petra Stockmann**

Petra Stockmann

## Klinische Sozialarbeit als Menschenrechtsarbeit – was könnte das heißen?

Behandlungsmöglichkeiten und die Rolle der Sozialen  
Arbeit

## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Petra Stockmann

Klinische Sozialarbeit als Menschenrechtsarbeit – was könnte das heißen?

Behandlungsmöglichkeiten und die Rolle der Sozialen Arbeit

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:

"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2011 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

ISBN 978-3-934247-50-4

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

### **Anschrift:**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

### **Kontakt:**

[info@zks-verlag.de](mailto:info@zks-verlag.de)

[www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de)

Tel./Fax (09561) 33197

### **Gesellschafter der ZKS:**

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.  
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

## **Klinische Sozialarbeit als Menschenrechtsarbeit - was könnte das heißen?**

### **Einige Gedanken zu einem menschenrechtlich erweiterten Kompetenzprofil mit Erläuterungen am Beispiel der Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen**

*von Petra Stockmann, Ph.D.*

Klinische Sozialarbeit fühlt sich insbesondere für Menschen in schweren psychosozialen Notlagen zuständig. Dies sind meist genau die Menschen, deren Menschenrechte am schlechtesten geschützt und am wenigsten realisiert sind. Indem wir als Klinische SozialarbeiterInnen sowohl an der Befähigung der Person, an deren (Selbst-)Wertschätzung und an der Veränderung ihrer Umwelt arbeiten, tragen wir auf vielfache Weise zum Schutz und zur Realisierung verschiedenster Menschenrechte unserer KlientInnen bei. Wir leisten also konkrete Menschenrechtsarbeit. Zum Nutzen der KlientInnen und zur Erweiterung von Handlungsspielräumen in der eigenen Arbeit mag es hilfreich sein, unsere klinisch-sozialarbeiterischen Tätigkeiten auch in menschenrechtlichen Kategorien zu reflektieren und darzustellen.

Was könnte eine solche ergänzende menschenrechtliche Perspektive für Forschung und Aus- und Weiterbildung bedeuten? Das Kompetenzprofil Klinischer SozialarbeiterInnen umfasst Fähigkeiten in den Bereichen Wissen, Können und Haltung.<sup>1</sup> Wenn wir Klinische Sozialarbeit als Menschenrechtsprofession verstehen, stellt sich die Frage, wie sich diese ergänzende menschenrechtliche Perspektive in den drei Bereichen widerspiegeln und wie sie in die Curricula der entsprechenden Studiengänge integriert werden kann. Dazu bedarf es zunächst einiger wissenschaftlicher Vorarbeiten, einschließlich der Erarbeitung von Lehrinhalten für verschiedene Kompetenzlevels,<sup>2</sup> die sich in die Curricula integrieren lassen, ohne die Studienpläne zu überfrachten. Im Folgenden möchte ich nur einige Ideen, die nicht nach Kompetenzlevels differenziert, sondern allgemein gehalten sind, zum menschenrechtlich erweiterten Kompetenzprofil vorstellen, die ich im Anschluss am Beispiel der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen exemplarisch zu konkretisieren versuche.

#### *Menschenrechtliche Wissenskompetenz*

Um die eigenen Tätigkeiten als Menschenrechtsarbeit reflektieren und darstellen zu können, benötigen Klinische SozialarbeiterInnen grundlegendes Wissen über die für ihr Tätigkeitsfeld relevanten Menschenrechte und Menschenrechtsabkommen, deren Rechtsverbindlichkeit und Justiziabilität sowie über Instanzen zu ihrer Überwachung und Durchsetzung. Ferner benötigen sie Wissen darum, wie Diagnose und Interventionen in menschenrechtlichen Kategorien reflektiert werden können. Für die Klinische Sozialarbeit als Wissenschaft bedeutet dies, zunächst einmal zu erarbeiten, welche Menschenrechtsinstrumente überhaupt für die Arbeit relevant sind. Meines Wissens gibt es bisher keine systematische Erfassung und Zuordnung der bestehenden Menschenrechtsinstrumente zu Arbeitsfeldern der (Klinischen) Sozialarbeit. Ferner bedarf es einer Operationalisierung der Instrumente für die Praxis. Dazu gehört unter anderem, die diagnostischen Methoden um die menschenrechtliche Perspektive zu erweitern. Ansätze dazu gibt es ja bereits, beispielsweise mit den Inklusi-

---

<sup>1</sup> Vgl. die Ausführungen von Pauls & Mühlum (o.J.) zu Kompetenzen Klinischer SozialarbeiterInnen.

<sup>2</sup> Vgl. Pauls & Gahleitner 2008 für die Ausarbeitung verschiedener Kompetenzlevels in Klinischer Sozialarbeit.

onscharts von Peter Pantucek oder dem Person-in-Environment-System von Karls & Wandrei.<sup>3</sup>

### *Menschenrechtliche Handlungskompetenz*

Um Klinische SozialarbeiterInnen zu befähigen, die Probleme ihrer KlientInnen auch in menschenrechtlichen Kategorien zu reflektieren, bedarf es wiederum zunächst der wissenschaftlichen Vorarbeit, um zu erarbeiten, welche Bedürfnisse und Schwierigkeiten mit welchen Rechten assoziiert sind und welche Interventionen zur Realisierung welcher Rechte beitragen können. Ein menschenrechtlicher Blick neben dem klinischen kann für Klinische SozialarbeiterInnen hilfreich sein, um das Eintreten für konkrete Rechte ihrer KlientInnen als eigene Aufgabe zu begreifen. Wie Silvia Staub-Bernasconi (2008: 22) in ihren Ausführungen zum dritten Mandat Sozialer Arbeit treffend beschreibt, legitimieren dessen zwei Komponenten, nämlich der Einsatz wissenschaftlich begründeter Methoden und eine ethische Basis, die sich auf die Menschenrechte als Grundlage bezieht, „... wenn nötig, eigenbestimmte Aufträge bzw. die reflektierte Annahme, Modifikation oder Verweigerung von Aufträgen seitens der Träger wie der AdressatInnen.“ Bei gravierenden Problemen müsse eine so verstandene Soziale Arbeit also nicht erst auf einen Auftrag warten, welcher, wie sie schreibt, ohnehin auf sich warten lassen würde (id. 2007: 7). Um solcher Art Aufträge oder Aufgaben in der eigenen Arbeit identifizieren zu können, mag es hilfreich sein, das oft vorgegebene Paradigma der Zielorientierung um einen Ansatz der Aufgabenorientierung zu erweitern.<sup>4</sup>

### *Menschenrechtliche Haltung*

Klinische Sozialarbeit als Menschenrechtsprofession zu verstehen, kann für den Bereich Haltung bedeuten, (angehende) Klinische SozialarbeiterInnen dafür zu sensibilisieren, die eigene Praxis mit Bezug auf konkrete menschenrechtliche Normen zu reflektieren. Dies berührt viele Bereiche: Es bedeutet unter anderem, Haltung und Verhalten gegenüber KlientInnen und anderen Personen im Arbeitsumfeld, Sprache und Begrifflichkeiten, Abläufe von Arbeitsprozessen sowie auch Aufbau und Struktur von Trägern und Institutionen an menschenrechtlichen Normen zu orientieren.<sup>5</sup>

### ***Beispiel: Relevanz der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen***

Ich möchte das Gesagte mit einigen Gedanken zu Implikationen der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen exemplarisch konkretisieren. Die *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) wurde am 13.12.2006 von der Generalversammlung der UNO angenommen. Gemeinsam mit den Regierungen der anderen EU-Staaten hat die Bundesregierung die Konvention am 30. März 2007, dem Tag ihrer Freigabe zur Signierung, unterzeichnet. Es ist eine der jüngsten der neun Kernkonventionen, zu denen internationale Organe zur Vertragsüberwachung existieren. Im Dezember 2008 haben Bundestag und Bundesrat dem Ratifikationsgesetz zugestimmt, welches die

---

<sup>3</sup> Vgl. zum Beispiel die Materialien auf der Homepage von Peter Pantucek: Inklusionschart: <http://www.pantucek.com/diagnose/IC/index.html> und PIE-System-Arbeitsblätter auf Deutsch: [http://www.pantucek.com/index\\_swtexte.html](http://www.pantucek.com/index_swtexte.html). Vgl. zum Thema menschenrechtliche Diagnostik auch Staub-Bernasconi, 2008: 12ff; Arnegger 2008.

<sup>4</sup> Zum Ansatz der Aufgabenorientierung oder Task-Analyse vgl. Pauls, 2011: 188ff, Stockmann 2011, 2011a. Der Ansatz findet sich z.Zt. in der Weiterentwicklung.

<sup>5</sup> Zu Ausführungen über Menschenrechte in sozialarbeiterischer Praxis vgl. z.B. Ife, 2008: 188ff; Arnegger 2008.

Konvention mit Wirkung vom 26. März 2009 in bindendes innerstaatliches Recht überführt hat. Die Bundesrepublik ist darüber hinaus Vertragsstaat des Fakultativprotokolls der Konvention und anerkennt so die Möglichkeit, dass Einzelpersonen oder Personengruppen sich nach Erschöpfung innerstaatlicher Rechtsbehelfe mit ihrer Beschwerde an das *Committee on the Rights of Persons with Disabilities* wenden, wenn sie ihre durch die Konvention garantierten Rechte verletzt sehen.

Inwiefern ist die Konvention relevant für Klinische Sozialarbeit? Was ergibt sich aus der Konvention für die Kompetenzbereiche Wissen, Können und Haltung?

Die Konvention benennt als diejenigen, für die das Übereinkommen gilt, folgende: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen (im Original: *physical, mental, intellectual or sensory impairments*) haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe (im Original: *participation*) an der Gesellschaft hindern können.“ (Art. 1 CRPD) Langfristige körperliche, psychische, kognitive oder Sinnesbeeinträchtigungen hat ein Großteil der Menschen, für die sich Klinische Sozialarbeit zuständig fühlt, nämlich insbesondere „schwer beeinträchtigte Kinder und Jugendliche ..., psychisch kranke Menschen, drogen- und alkoholabhängige Menschen, chronisch körperlich kranke ... und behinderte Menschen, traumatisierte Personen ..., dissoziale gewalttätige und straffällige Menschen.“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005: 47f). Ebenso betagte Menschen. Somit ist die Konvention von hoher Relevanz für die Arbeit Klinischer SozialarbeiterInnen.

#### *Menschenrechtliche Wissenskompetenz Klinischer SozialarbeiterInnen mit Bezug auf die CRPD*

Für Klinische SozialarbeiterInnen ist es wichtig zu wissen, dass der CRPD eine enorme politische Veränderungskraft innewohnt. Mit der CRPD hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden: Behinderung wird in der Konvention nicht länger im Individuum verortet, sondern unmissverständlich als gesellschaftlich konstruiert aufgefasst, was, wie Bielefeld (2009: 9) schreibt, die Möglichkeit aufzeigt, sie als strukturelles Unrecht zu adressieren. Die Konvention anerkennt, dass „... Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe (im Original: *participation*) an der Gesellschaft hindern.“ (Präambel Abs. e, CRPD). Dieses Verständnis ist ein anderes als die Definition von Behinderung im SGB IX, welche besagt: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und damit ihre Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 (1) SGB IX). Nach dem Verständnis der CRPD machen die Begriffe geistige, seelische und körperliche Behinderung, wie sie in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern auftauchen, keinen Sinn mehr: Geistige Behinderungen wären nach dem CRPD-Verständnis die mentalen gesellschaftlichen Barrieren, nicht die kognitiven Beeinträchtigungen der Personen, die heute noch als Menschen mit geistiger Behinderung klassifiziert werden.

Die Konvention hat zudem auch einen ressourcen- und stärkenorientierten Blick auf die Menschen, für die sie gilt, indem der wertvolle Beitrag, den Menschen mit Beeinträchtigungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können (Präambel, Abs. m), gewürdigt wird. In der CRPD werden viel stärker, als mir aus anderen Menschenrechtsinstrumenten bekannt ist, emotionale Bedürfnisse und korrespondierende Rechte thematisiert. Neben dem ungewöhnlich häufigen Verweis auf die Würde von Menschen mit Beeinträchtigungen (neun Mal) finden Autonomie,

Respekt, Selbstwertgefühl (Art. 24 (1a)), Selbstachtung (Art. 16 (4)), Identität (Art. 30 (4)), Zugehörigkeitsgefühl (Präambel, Abs. m) sowie das Recht auf seelische Unversehrtheit (Art. 17) Erwähnung. Bielefeld (2009: 10) weist darauf hin, dass der Begriff Zugehörigkeitsgefühl seines Wissens in keinem anderen Menschenrechtsinstrument vorkommt und bisher nicht zum Menschenrechtsdiskurs gehörte. Hier gibt es viele Anknüpfungspunkte für Klinische Sozialarbeit und für ein Verständnis auch therapeutischer Interventionen als Menschenrechtsarbeit.

Der Konvention liegt das Verständnis zugrunde, dass Menschen mit Beeinträchtigungen immer und überall selbstverständlich dazugehören. Wie dazu auf der Homepage des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen zu lesen ist:<sup>6</sup>

„Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention bedeutet, dass allen Menschen von Anfang an in allen gesellschaftlichen Bereichen eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe möglich ist. ... Um ein solches selbstverständliches Miteinander zu gewährleisten, schafft die Gesellschaft die notwendigen Voraussetzungen ... Nicht der Mensch mit Behinderung passt sich an, sondern die Gemeinschaft sorgt dafür, dass ihre Angebote für alle zugänglich sind. Inklusion bedeutet jedoch mehr als die Gewährleistung von umfassender Barrierefreiheit. Sie bezieht sich auf die vollständige Einbeziehung behinderter Menschen ins gesellschaftliche Leben, ihre gleichberechtigte Anerkennung und Würdigung: kurzum die Verwirklichung umfassender, gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe.“

Wenn Menschen selbstverständlich dazugehören, brauchen sie nicht integriert zu werden. Daher sind die Begriffe Integration, wie *inclusion* in der offiziellen deutschen Übersetzung der CRPD<sup>7</sup> fälschlicherweise wiedergegeben wird, und Eingliederung(shilfe) im SGB obsolet. Nicht die betroffenen Menschen müssen eingegliedert werden, sondern die Gesellschaft muss sich wandeln und barrierefrei werden. Wenn überhaupt, müsste Eingliederungshilfe diesem Verständnis zufolge eine Hilfe zur Beseitigung gesellschaftlicher Barrieren sein, also eine auf die Gesellschaft gerichtete Maßnahme, nicht der Name einer Unterstützungsmaßnahme für Menschen mit Beeinträchtigungen.

In der Konvention geht es ganz maßgeblich auch um einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel, um die Etablierung einer menschenrechtlichen Alltagskultur, hier mit Fokus auf dem Respekt und der Wertschätzung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Dies geht über die Kodifizierung von Abwehr- und Leistungsrechten, wie sie sich in der ersten und zweiten Generation der Menschenrechtsinstrumente findet, deutlich hinaus. Mit der Ratifizierung der Konvention verpflichtet sich der Staat dazu, Maßnahmen zu ergreifen, um Bewusstseinsbildung in allen Bereichen der Gesellschaft zu fördern sowie Vorurteile und schädlichen Praktiken in allen Lebensbereichen zu bekämpfen (Art. (8)). Hier gibt es unter Umständen auch Anknüpfungspunkte für die Schaffung neuer Aufgabenfelder für entsprechend ausgebildete Klinische SozialarbeiterInnen.

Zur besseren Überwachung der Umsetzung der Konvention wird in derselben festgeschrieben, dass neben dem internationalen Überwachungsmechanismus auch ein oder mehrere nationale Mechanismen etabliert werden. In Deutschland wurden verschiedene Organe ins Leben gerufen, um die Umsetzung der Konvention zu unterstützen und zu überwachen: Die Staatliche Anlaufstelle (*Focal*

---

<sup>6</sup> Vgl. <http://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Landkarte/2Bewertung/Bewertung.html> (22.11.2011).

<sup>7</sup> Die deutsche Übersetzung ist eine zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung. Es gibt eine Schattenübersetzung des Netzwerks Artikel 3, welche eine Reihe von Korrekturvorschlägen enthält; für letztere vgl. [http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093\\_schattenubersetzung-endgs.pdf](http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093_schattenubersetzung-endgs.pdf). Ich benutze im Folgenden die Abkürzung des englischen Namens der Konvention, denn m.E. widerspricht der verkürzte deutsche Name, Behindertenrechtskonvention, dem neuen Verständnis von Behinderung der Konvention.

*Point*) ist beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angesiedelt.<sup>8</sup> Sie zeichnet auf nationaler und internationaler Ebene verantwortlich für die Umsetzung der Konvention. Die Staatliche Anlaufstelle war federführend bei der Erstellung des Nationalen Aktionsplanes zur Umsetzung der CRPD. Beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen ist die Staatliche Koordinierungsstelle angesiedelt. Zu ihren Aufgaben gehört u.a., als Schnittstelle zwischen Zivilgesellschaft und staatlichen Stelle zu fungieren sowie Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung zu leisten. Oberstes Entscheidungsgremium der Koordinierungsstelle ist der neu eingerichtete Inklusionsbeirat, dem vier Fachausschüsse zugeordnet sind.

Die Überwachung der Konvention obliegt einer unabhängigen Institution. Zu diesem Zwecke beauftragten Bundestag und Bundesrat das Deutsche Institut für Menschenrechte, eine Monitoring-Stelle einzurichten, welche im Mai 2009 ihre Arbeit aufnahm. Explizit wird in der CRPD ferner bestimmt, dass die Zivilgesellschaft in den Überwachungsprozess einbezogen wird und in vollem Umfang daran teilnimmt. Hier können sich auch Klinische SozialarbeiterInnen als Teil der Zivilgesellschaft angesprochen fühlen.

Die Ratifizierung der CRPD hat einiges in Bewegung gesetzt: Es gibt den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der Konvention,<sup>9</sup> Aktionspläne der Länder sind in Vorbereitung. In dem Nationalen Aktionsplan werden Ziele festgeschrieben, welche in den nächsten Jahren u.a. auch Auswirkungen auf einige Tätigkeitsbereiche Klinischer SozialarbeiterInnen haben werden.

Klinische SozialarbeiterInnen benötigen natürlich auch ein grundlegendes Wissen darüber, welche Rechte konkret in der CRPD festgeschrieben sind. Eine solche Darstellung würde hier zu weit führen. Ferner mögen Fachkräfte auf einem fortgeschrittenen Kompetenzniveau sich vielleicht auch für die Frage interessieren, wie sich die Rechte im CRPD zu den gesetzlichen Grundlagen verhalten, die die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeitsbereiche definieren.<sup>10</sup>

### *Menschenrechtliche Handlungskompetenz mit Bezug auf die CRPD*

Wie könnten Klinische SozialarbeiterInnen ihre Tätigkeiten mit Bezug auf die CRPD reflektieren? Die Rechte von Menschen mit langfristigen körperlichen, psychischen, kognitiven oder Sinnesbeeinträchtigungen werden oft verletzt und sind vielfach nicht realisiert. Ich möchte nur an einem Beispiel verdeutlichen, wie Klinische SozialarbeiterInnen ihre Tätigkeiten in menschenrechtlichen Kategorien reflektieren könnten.

---

<sup>8</sup> Vgl. für dies und das Folgende Informationen auf der Homepage des Bundesbeauftragten für die Belange behinderter Menschen: [http://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Koordinierungsstelle/GesetzlicherAuftrag/GesetzlicherAuftrag\\_node.html](http://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Koordinierungsstelle/GesetzlicherAuftrag/GesetzlicherAuftrag_node.html) (21.11.2011).

<sup>9</sup> Der Nationale Aktionsplan (NAP) ist erhältlich unter: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile) (22.11.2011).

Für eine Stellungnahme der Monitoring-Stelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte zum NAP vgl.: [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx\\_commerce/stellungnahme\\_zum\\_nationalen\\_aktionsplan\\_der\\_bundesregierung\\_17\\_10\\_2011.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/stellungnahme_zum_nationalen_aktionsplan_der_bundesregierung_17_10_2011.pdf) (22.11.2011).

<sup>10</sup> Für Klinische SozialarbeiterInnen, die im psychiatrischen Bereich arbeiten, mag von Interesse sein, dass die Ratifizierung der CRPD dazu geführt hat, dass Rechtsgutachten in Auftrag gegeben wurden zu der Frage, wie sich die CRPD zu Bestimmungen in den PsychKGs verhält, namentlich zu Bestimmungen zur Zwangsbehandlung und -unterbringung. Vgl. Stellungnahmen für das PsychKG Berlin: [http://www.die-bpe.de/stellungnahme/inhalt\\_3.htm](http://www.die-bpe.de/stellungnahme/inhalt_3.htm). Vgl. Stellungnahme für das PsychKG NRW: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/Gutachten/gutachten-zur-behindertenrechtskonvention.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/Gutachten/gutachten-zur-behindertenrechtskonvention.pdf) (22.11.2011).



Ausschluss, Diskriminierung, Beleidigung, Hänseleien und Mobbing gehören meist zum Alltag von Menschen mit Beeinträchtigungen. Das heißt, ihre Rechte auf Inklusion, auf Freiheit von Diskriminierung und jeder Form von Gewalt sowie ihre Rechte auf körperliche und seelische Unversehrtheit werden oft verletzt. Nicht zuletzt zum Nutzen der KlientInnen mag es hilfreich sein, wenn Klinische SozialarbeiterInnen diese Probleme ihrer KlientInnen auch als Menschenrechtsverletzungen erkennen und darauf reagieren können.

Für den Bereich der Diagnose kann das folgendes bedeuten: In einer Eingangsdiagnostik können Erfahrungen von Diskriminierung und Beleidigung etc. festgehalten und als Verletzung o.g. Rechte kategorisiert werden. Weiter können im Verlauf einer psychosozialen Beratung oder Behandlung Hinweise auf akute Fälle von Diskriminierung und Beleidigung etc. registriert und als Anzeichen oder Marker für anstehende Aufgaben betrachtet werden. Zu dieser Art Identifizierung von Aufgaben bietet sich das erwähnte Task-Analyse-Modell als Instrument an. Aus diesem Modell würde sich dann ergeben, dass Aufgaben u.a. in den Bereichen Kompetenzerweiterung der KlientInnen und Umweltinterventionen anstehen, um entsprechende Rechte der KlientInnen zu schützen oder zu realisieren.

**Aufgabenbereich Kompetenzerweiterung:** Stellt eine Fachkraft fest, dass ein Klient Opfer von Schikanen und Mobbing z.B. in der Schule ist, ist es ihre Aufgabe, dem Klienten Strategien zu vermitteln, wie er sich selbst schützen kann. Bei entsprechenden Fähigkeiten des Klienten kann sie darüber hinaus gemeinsam mit ihm sein Verhalten reflektieren und alternative Verhaltensweisen trainieren, die ihn weniger anfällig für Hänseleien machen. Auf diese Weise hilft die Fachkraft mit sozial- und psychotherapeutischen Interventionen, das Recht des Klienten auf seelische Unversehrtheit und Freiheit von Gewalt zu realisieren.

**Aufgabenbereich Umweltinterventionen:** Wenn ein Kind in der Schule ständiges Opfer von Schikanen und Mobbing ist, tragen Interventionen, um dies zu verhindern, ebenso dazu bei, die Rechte des Klienten zu realisieren. Dies kann durch Coaching der LehrerInnen bezüglich geeigneter Maßnahmen, durch die Installierung einer Schülersistenz oder notfalls auch durch einen Schulwechsel erfolgen. Dabei kann es unter Umständen durchaus auch angebracht sein, darauf hinzuweisen, dass hier Menschenrechtsverletzungen stattfinden, wenn etwa von Schulseite keine Maßnahmen zur Verhinderung oder Bearbeitung von Mobbing-Vorkommnissen unternommen werden. Immerhin schreibt die CRPD neben dem Recht auf seelische Unversehrtheit und Freiheit von Gewalt im Artikel zum Recht auf Bildung fest, dass der Staat sich verpflichtet, sofortige Maßnahmen zu ergreifen, u.a. was die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems angeht, auch bei Kindern von früher Kindheit an (Art. 8 (2b)), und dafür zu sorgen, dass staatliche Behörden und öffentliche Einrichtungen im Einklang mit der Konvention handeln (Art. 4 (1d)).

Soweit ein Beispiel, wie Diagnose und Interventionen in menschenrechtlichen Kategorien reflektiert werden könnten. Wie erwähnt, wäre für die verschiedenen Interventionen psychosozialer Beratung und Behandlung Klinischer SozialarbeiterInnen zunächst einmal auszuarbeiten, mit welchen Rechten von Menschen mit Beeinträchtigten sie in Verbindung stehen, um dies dann ebenso explizit machen zu können. Wie in dem Beispiel dargestellt, zähle ich sowohl Umweltinterventionen als auch Interventionen zur Kompetenzerweiterung der KlientInnen, des Weiteren ebenso Interventionen zur Verbesserung der (Selbst-)Wertschätzung, zu Tätigkeiten, die Rechte von KlientInnen schützen und realisieren helfen können. Auch psychotherapeutische Interventionen Klinischer SozialarbeiterInnen können diesem Verständnis zufolge als Menschenrechtsarbeit verstanden werden.

### *Menschenrechtliche Haltung mit Bezug auf die CRPD*

Für den Bereich Haltung ist es wichtig, Klinische SozialarbeiterInnen für den Geist der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren. Die Konvention schreibt ein radikales Verständnis von Inklusion fest. Dies berührt Fragen nach der Haltung von uns Klinischen SozialarbeiterInnen, die wir mit Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten: Habe ich selbst die Einstellung, dass Menschen mit Beeinträchtigungen, besonders wenn diese Beeinträchtigungen sehr schwer sind, selbstverständlich dazugehören und sich die Gesellschaft wandeln und barrierefrei werden muss? Das heißt, unterstütze ich das Recht meiner KlientInnen auf Inklusion und setze mich aktiv für den Abbau bestehender Barrieren ein? Sehe ich das spezielle Sein meiner KlientInnen als eine Bereicherung für unsere Kultur? Die Veränderungen beginnen im Kopf. Ich denke, wir als Klinische SozialarbeiterInnen müssen diese Haltungen wirklich verinnerlichen, um sie dann in die Gesellschaft tragen zu können. Das heißt nicht, dass Inklusion immer um jeden Preis durchgesetzt werden muss, was unter den gegebenen Umständen oftmals nicht unbedingt zum Wohle der KlientInnen ist. Aber wir müssen die gedankliche Kehrtwende machen und damit helfen, den gesellschaftlichen Bewusstseinswandel Stück für Stück voranzubringen.

Jim Ife (2008: 188ff) beschreibt die Notwendigkeit, unsere Sprache nach menschenrechtlichen Kriterien zu verändern. Wie erwähnt, wird in der Konvention Behinderung als gesellschaftlich konstruiert verstanden, was bedeutet, dass die entsprechenden Begrifflichkeiten in der Sozial- und anderen Gesetzgebung zu modifizieren sind. Solange dies jedoch nicht geschehen ist und wir mit den überholten Begrifflichkeiten gegenüber Ämtern operieren müssen, können wir zumindest in der täglichen Arbeit die Begrifflichkeiten in Frage stellen und auf das neue Verständnis von Behinderung hinweisen sowie selbst nach Möglichkeit die Begriffe vermeiden und stattdessen von (konkreten) Beeinträchtigungen sprechen. Die Veränderung von Begrifflichkeiten muss jedoch weiter gehen. Für den medizinischen Bereich gibt es da Vorschläge der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer für die Kommunikation zwischen Ärztin und Patient.<sup>11</sup> Klinische SozialarbeiterInnen könnten sich hier für ihre Bereiche in die Diskussion einbringen.

Zum Bereich menschenrechtliche Haltung gehört m.E. außerdem, dass wir als Klinische SozialarbeiterInnen es uns zur Aufgaben machen, uns in unserem Umfeld für eine menschenrechtliche Alltagskultur einzusetzen. Ferner können wir den Aufruf der Konvention an die Zivilgesellschaft ernst nehmen und uns aktiv an der Überwachung der Konvention beteiligen.

\* \* \*

Vielleicht haben die obigen Ausführungen das Interesse geweckt, an diesen Themen weiterzuarbeiten. Meines Erachtens stehen hier für die Klinische Sozialarbeit in Forschung, Lehre und Praxis eine Reihe wichtiger Aufgaben an.

---

<sup>11</sup> Vgl. <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/StellUNBehinderungen.pdf> (22.11.2011).

## Literatur

ARNEGGER, Manuel (2008): „Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession in der Praxis“, in: *Sozial Extra*, Mai 2008, abgerufen unter: [http://www.vsjournals.de/pdf/sozialextra\\_mai.pdf](http://www.vsjournals.de/pdf/sozialextra_mai.pdf) (20.11.2011)

BIELEFELD, Heiner (2009): *Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention, Essay No. 5*, Deutsches Institut für Menschenrechte, 3. Aufl.

[http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Essay/essay\\_zum\\_innovationspotential\\_der\\_un-behindertenrechtskonvention\\_auflage3.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Essay/essay_zum_innovationspotential_der_un-behindertenrechtskonvention_auflage3.pdf) (20.11.2011)

CRPD / Convention on the Rights of Persons with Disabilities:

[http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRPD\\_behindertenrechtskonvention/crpd\\_en.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_en.pdf) (20.11.2011)

GEIßLER-PILTZ, Brigitte; Albert MÜHLUM & Helmut PAULS (2005): *Klinische Sozialarbeit*, München

IFE, Jim (2008): *Human Rights and Social Work. Towards Rights-Based Practice*, Cambridge, 2. Aufl.

PAULS, Helmut (2011): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*, 2. überarbeitete Aufl., Weinheim etc.

PAULS, Helmut & Albert MÜHLUM (o.J.): „*Klinische Kompetenzen*“. *Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit*. Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit

<http://www.klinische-sozialarbeit.de/Klinische%20Kompetenzen%20-%20Eine%20Ortsbestimmung%20der%20DGS-Sektion%20KlinSA.pdf> (20.7.2011).

PAULS, Helmut & Silke B. GAHLEITNER (2008): „Progressive Levels der professionellen Kompetenz in Klinischer Sozialarbeit“, in: *Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 4 (1), S. 6-12

STAUB-BERNASCONI, Silvia (2007): *Vom beruflichen Doppel- zum Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit*

[http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/Vom\\_Doppel-\\_zum\\_Tripelmandat.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Vom_Doppel-_zum_Tripelmandat.pdf) (22.11.2011)

STAUB-BERNASCONI, Silvia (2008): „Menschenrechte in ihrer Relevanz für die Soziale Arbeit in Theorie und Praxis, oder: Was haben Menschenrechte überhaupt in der Sozialen Arbeit zu suchen?“, in: *Widersprüche*, Jg. 28, März 2008, S. 9-32

STOCKMANN, Petra (2011): *Sociotherapeutic interventions for children with Asperger Syndrome*. Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit, Bd. 15, Berlin

STOCKMANN, Petra (2011a): „Aufgabenorientierte soziotherapeutische Arbeit mit Kindern mit Asperger Syndrom“, in: *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Zeitschrift für die psychosoziale Praxis*, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Jg. 7 (2), 2011, S. 75-87

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen,

[http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRPD\\_behindertenrechtskonvention/crpd\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_de.pdf) (20.11.2011)