

Diagnosen des Fallverstehens

Müller, Burkhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Müller, B. (2012). Diagnosen des Fallverstehens. *Widersprüche : Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 32(125), 95–109. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-437609>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Burkhard Müller

Diagnosen des Fallverstehens

Diagnose heißt im gängigen Verständnis: genau verstehen können, was der Fall ist, z.B. was mit KlientInnen „los ist“, einer Gruppe oder einem Familiensystem los ist, der Einrichtung XY los ist etc. Seltener wird gefragt, was mit uns los ist, die wir solche Fragen stellen, vorausgesetzt wir stecken tatsächlich in der Fallarbeit drin und fragen nicht nur akademisch. Vor allem für Studierende, die allererst lernen sollen, was „Diagnose“ für ihr zukünftiges berufliches Handeln bedeuten kann, macht es einen großen Unterschied, ob sie als erstes diagnostische „Methoden“ angeboten bekommen, die sie dann auf „Fälle“ anzuwenden lernen, oder ob sie zuerst lernen, wie sie ihre eigenen Wahrnehmungsweisen befragen können, um fähig zu werden, ihre Anfänger-Ratlosigkeit im Umgang mit KlientInnen schrittweise zu meistern (Müller 2011).

Ich gehe jedenfalls davon aus, Situationen Sozialer Arbeit, in denen praktisch notwendig Diagnosen gebraucht werden, sind solche, in denen Ratlosigkeit am Anfang steht: Wir verstehen nicht, wir sind von dem, was z.B. im Lebenslauf eines Kindes passiert ist, geschockt, wissen nicht weiter – also suchen wir nach Diagnosen, die uns erklären, wieso. Was damit erreicht werden kann, ist nicht immer ganz klar. Sind es Einsichten und Schritte zu weiterführendem Handeln, oder geht es vor allem darum, die unangenehme Ratlosigkeit los zu werden? Studierende Anfänger verspüren diese Ratlosigkeit vielleicht stärker als routinierte Sozialarbeiter, aber auch der Druck, sie schnell wieder los zu werden, ist besonders groß. Meine Vermutung jedenfalls ist, dass für beide gilt: Nicht nur unsere Fälle bedürfen der Diagnose, sondern auch unser Fallverstehen selbst; genauer: unser vermeintliches immer-schon-verstanden-haben. Letzteres meint der Titel dieses Beitrages. Geht es also um Diagnose dessen, was der Fall ist? Oder um Diagnose des Verstehens dessen, was der Fall ist (Hörster 2005)?

Ich nehme an, dass diese Frage hinter den seltsamen Debatten über Diagnosen in der Sozialpädagogik steckt. Wer hat recht: Ist Diagnose notwendiges

Zentralelement professioneller Kompetenz? Oder ist sie professionell verbrämte „üble Nachrede“ (Kunstreich 2003 und die Debatte in *Widersprüche* Heft 88, 2003), oft jedenfalls aufgeklebtes Etikett, das dazu dient, Intervention zu rechtfertigen, vielleicht auch ihre Finanzierung zu rechtfertigen, vielleicht auch nur zu rechtfertigen, dass Misserfolge der Hilfe den KlientInnen und ihren desolaten Lebensverhältnissen zuzuschreiben sind, nicht aber der Sozialen Arbeit selbst? Ist wahr, dass Diagnostik in der Sozialen Arbeit unterm Strich wenig dazu beiträgt, dass wirklich etwas Hilfreiches geschehen kann? Ich bin in dieser Frage gespalten: Einerseits glaube ich, dass es ohne Diagnosen, oder, allgemeiner gesagt, ohne kasuistische Einübung und Gelegenheiten zum besseren Fallverstehen keine wirklich professionelle Soziale Arbeit geben kann. Andererseits habe ich Sympathie für das Misstrauen, das Kollegen wie z.B. Timm Kunstreich gegen diagnostische Ansätze und Methoden hegen. Ich werde versuchen, an Beispielen zu zeigen, worin dies Misstrauen berechtigt ist und warum es hilfreich wäre, diagnostische Praxis in der Sozialen Arbeit auf ihr eigentliches Ziel hinzuweisen: nämlich Arbeit an der Erweiterung aber auch an den Grenzen der eigenen Möglichkeiten, sich mit ihren AdressatInnen und deren Lebenswelt zu verständigen.

Genauer: Ich versuche zu zeigen, dass diagnostische Fragen und Orientierungen oft erschweren oder geradezu blockieren, sich mit KlientInnen, Kindern, Jugendlichen etc. zu verständigen, dass aber die je konkreten Gründe, warum das so ist, ihrerseits der Diagnose bedürfen. Wahr ist: Solange ich mich verständigen kann, brauche ich keine Diagnose. Eins schließt das andere in gewisser Weise sogar aus: Wenn ich mit jemand rede, kann ich nicht gleichzeitig „die Wahrheit“ über ihn wissen wollen (vgl. Schäfer 1986 S. 339). Erst wenn ich mich nicht mehr verständigen kann, muss ich diagnostizieren: Wieso, was versteh ich nicht? Und was kann ich daran ändern?

Ich gehe deshalb davon aus, dass a) die Verständigung mit ihren Adressaten ein zentrales Ziel jeder Sozialen Arbeit sein muss, dass b) nicht jedes verstehen wollen, was mit KlientInnen „los ist“, dieser Verständigung dient, sondern manches auch Verständigungschancen verschüttet, dass c) natürlich Verständigung auch an unüberwindliche Grenzen stoßen kann und hier Diagnostik im herkömmlichen, vor allem psychologischen oder medizinischen Sinne ihren notwendigen Platz hat und schließlich, dass d) auch dann nicht nur wichtig ist, herauszufinden, was mit KlientInnen „los ist“, sondern zuerst wichtig ist, das eigene mich-nicht-verständigen-können besser zu verstehen. Dies bedeutet zugleich, dass der Zweifel an den eigenen diagnostischen – impliziten oder expliziten – Vorannahmen zum Prozess einer professionellen Diagnose notwendig dazu gehört. Wenn sie keine Strategien hat, sich immer auch der eigenen Handlungslogik zu widersetzen, vergibt sie Chancen wirklich hilfreich zu sein.

Ich will im Folgenden diese Thesen anhand von drei Fallbeispielen plausibilisieren, die Studierende aus ihren Praktika in einem der Seminare zur Verfügung gestellt haben, aus denen mein Lehrbuch zum Fallverstehen (Müller 2009/2012) entstanden ist. Es handelt sich dabei nicht um Beispiele gelungener Diagnosen, sondern um Beispiele, die zeigen, wie unser Alltagsdenken funktioniert, wenn wir mit schwierigen Fällen konfrontiert werden. Obwohl ich sehr viele solcher Fallgeschichten gesammelt habe, gibt es nicht viele, die so offen die Schwierigkeiten sichtbar machen, in die das Fallverstehen geraten kann, wenn es sich sozusagen zu schnell auf diagnostische Fragen stürzt. Für den Mut zu dieser Offenheit danke ich diesen Studierenden sehr. Er ist alles andere als selbstverständlich. Ich erlaube mir nur deshalb die anonyme Veröffentlichung, weil ich glaube, dass ähnliche Reaktionen auf „schockierende“ Fälle in der Sozialen Arbeit sehr verbreitet sind (wenn auch meist verdeckter) und deshalb die Beispiele hilfreich sind, genauer zu analysieren, was hier abläuft.

Ich diskutiere anhand des ersten Beispiels, wie Ratlosigkeit den Blick in eine Richtung diagnostischer Fragen nach Ursachen lenkt, und dabei Fragen nach Verständigungsmöglichkeiten ausblendet. Ich diskutiere am zweiten Beispiel, wie schockierende Konfrontation mit dem Verhalten eines Kindes nicht nur zur Blockade von Verständigungsmöglichkeiten führen, sondern Reaktionsweisen erzeugen kann, die Verständigungschancen aktiv verhindern. Ich diskutiere am dritten Beispiel, wie Bestandsaufnahmen des nicht akzeptablen Verhaltens einer Klientin nur scheinbar einer Diagnose ihrer Probleme dienen, faktisch aber der Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen seitens ihrer Betreuer. Ich knüpfe zum Schluss daran Überlegungen zu einer Diagnostik der Verständigungsmöglichkeiten und ihrer Grenzen und stelle sie in den Kontext einer Kasuistik Sozialer Arbeit.

Nicht-verstehen-können als Verständigungsblockade

Fragt man Studierende, Sozialarbeiterinnen oder auch Lehrbücher danach, was für gelingende Soziale Arbeit wichtig ist, so wird man vor allem Antworten der Art kriegen, dass die Verständigung mit KlientInnen und über ihre Anliegen sehr hohe Priorität haben. Grundsätze Sozialer Arbeit unterstreichen dieses Verständnis, wie das weithin konsensfähige Prinzip der Lebensweltorientierung, Dialog und Beratung als methodische Arbeitsprinzipien, Strategien des Empowerment etc. Von der klassischen Grundregel des Case Work, die Probleme in den Mittelpunkt zu stellen, die KlientInnen haben, nicht diejenigen, die sie machen, bis zu neueren Ansätzen aus „Nutzersicht“ (Oelerich/Schaarschuch 2005) konzipierter sozialer Dienstleistungen weist alles in diese Richtung.

Mehr oder weniger selbstverständlich setzen alle diese Grundsätze voraus, Soziale Arbeit habe die Pflicht und ihre Akteure seien auch in der Lage, ihre Adressaten und ihre Bedürfnisse zu verstehen und folglich auch, sich mit ihnen zu verständigen. Dies schafft einen interessanten Zugang zur Frage nach Diagnosen in der Sozialen Arbeit, der nicht von der normativen Frage nach ihrer Legitimität ausgeht, sondern von der Frage: Wer braucht Diagnosen? Nicht die KlientInnen brauchen Diagnosen, sondern die Akteure Sozialer Arbeit. Diagnosen braucht, wer etwas nicht verstehen kann und deshalb Mittel und Wege sucht, diesen Zustand zu überwinden. Wer dagegen annimmt, KlientInnen, ihre Bedürfnisse und Lebenslage zu verstehen, wird zumeist auch annehmen, sich mit ihnen verständigen zu können und diagnostische Methoden eher entbehrlich finden. Dies beantwortet nicht die Frage, ob solche Methoden in der Sozialen Arbeit nützlich oder schädlich seien, wohl aber die Frage, warum die schlichten und evidenten Grundsätze einer „KlientInnenorientierten“ Sozialen Arbeit oft so schwer in praktisches Handeln umzusetzen sind. Sie laufen in dem Moment ins Leere, wo SozialarbeiterInnen nicht nachvollziehen können, was ihre KlientInnen tun, wozu und warum sie es tun. SozialarbeiterInnen brauchen dann Diagnosen, Methoden des Fallverstehens und der gute Rat, sich doch mit den KlientInnen zu verständigen, läuft ebenfalls ins Leere.

Die Frage, welche Art des Fallverstehens hier weiterhelfen könnte, ist damit aber noch nicht beantwortet. Ich habe in meinem Konzept des „multiperspektivischen Fallverstehens“ (Müller 2009) Fragen in den Mittelpunkt gestellt, die den Blick auf das richten, was zwischen Sozialarbeiterin und Klient passiert: Wie, wo, aus welchem Anlass begegnen sie sich, wie kommt ihr Kontakt zustande, wie unterscheidet sich das, was die eine Seite von der andern will – oder nicht will etc. Als „Situationserfassung“, „Zugangsd Diagnose“ und „Perspektivenanalyse“ kann man solche Fragen systematisieren (Hochuli Freund; Stotz 2010, Kap 8 und 9). So einfach der Gedanke scheint, dass man erst mal mit einem Menschen in Kontakt kommen und die Situation verstehen muss, in der das möglich ist, ehe man anfangen kann, das Gegenüber – aus welchen Gründen immer – zu diagnostizieren, so schwierig scheint es, ihn praktisch umzusetzen. Meine Studierenden jedenfalls neigen dazu, immer schon einen Schritt weiter zu sein: Nämlich in den Fallgeschichten die jeweiligen KlientInnen, ihre Wünsche und Bedürfnisse sowie deren Gründe verstehen zu wollen; vor allem aber, wissen zu wollen, was dann zu tun ist. Die paradoxe Folge dieses Wissen-Wollens ist, dass es, wie das Fallbeispiel zeigt, sehr schnell gar nicht mehr um das Verstehen von KlientInnen geht, sondern darum, sich ihr Verhalten erklären zu können. Und das ist etwas anderes.

1. Fallgeschichte:

„Aus meinem Praktikum in einem Migrationszentrum: In die Beratungsstelle kamen überwiegend Personen, die in irgendeiner Weise Hilfe mit den Papieren benötigten. Dabei handelte es sich nicht nur um das Ausfüllen von Formularen, sondern auch Anträge, die fristgerecht gestellt werden mussten, oder Briefe, die an den Anwalt oder eine Behörde zu schicken waren. Die meisten der KlientInnen suchten die Migrationsberatungsstelle also entweder auf, um ihren Pass verlängern zu lassen (bzw. Hilfe dazu zu erhalten) oder um eine Niederlassungserlaubnis zu erhalten. Dabei fiel auf, dass viele der Betroffenen erst dann Hilfe in Anspruch nehmen wollten, wenn die Frist schon abgelaufen war. Mein Mentor ärgerte sich an einem Tag über eine Frau, die immer wieder mit Problemen zu ihm kam und dann sofort Hilfestellung haben wollte, aber trotzdem immer wieder (trotz rechtzeitiger Vorwarnung) die Fristen verstreichen ließ. Auch hatte diese Frau nie die erforderlichen Unterlagen dabei und kümmerte sich nicht darum primär die Sprache zu erlernen.“

Ich habe mich gefragt, warum viele dieser Betroffenen so gleichgültig reagieren, wenn man ihnen mitteilt, dass man leider nichts mehr für sie tun kann und damit die unmittelbare Ausreise bevorsteht. Ich frage mich, warum diese Personen erst etwas unternehmen, wenn es zu spät ist, anstatt sich vorher zu informieren, oder wenigstens dann Hilfe zu suchen, wenn sie darauf hingewiesen werden.“

Die Studentin hat viel beobachtet: Die KlientInnen wollen vor allem Hilfe beim Ausfüllen von nötigen Anträgen, aber sie kommen zu spät damit an; sie lassen trotz Warnung Fristen verstreichen; sie wollen dann Hilfe, ohne die notwendigen Unterlagen mitzubringen; und sie kümmern sich nicht darum, deutsch zu lernen etc. Diese Studentin versteckt ihre Ratlosigkeit über solches Verhalten nicht, wie das manche aus sentimentaler „Mitbetroffenheit“ tun, sondern sagt, nicht ohne vorwurfsvollen Unterton, dass sie das nicht verstehen könne. Sie interpretiert die beobachtete Haltung als „gleichgültig reagieren“ und fragt sich: Wieso ist das so? Damit hat sie eine „diagnostische“ Frage gestellt. Es gibt gute Gründe sie zu stellen. Ist es wirklich Gleichgültigkeit? Oder Faulheit? Oder Angst? Oder Desorientierung? Oder Anderes? Ich kann und will diese Fragen hier nicht beantworten, sondern darauf aufmerksam machen, dass eine andere Frage überhaupt nicht auftaucht. Nämlich die Frage, wie eine Verständigung mit diesen KlientInnen zustande kommen könnte. Weder die Praktikantin stellte sie selbst, noch kann sie berichten, dass ihre Praktikums-Anleiter sie stellen. Dabei wäre das die wichtigste Voraussetzung, um einer Antwort auf jene diagnostische Frage näher zu kommen: Was hindert sie, diese KlientInnen zu fragen?

Verallgemeinernd lässt sich daraus eine (provokierend gemeinte) Behauptung ableiten:

1. Behauptung: Praktisch konfrontiert mit nicht verstehbarem KlientInnenverhalten neigen SozialpädagogInnen dazu, diagnostische Fragen (wieso, weshalb?) zu

stellen, die sie davon abhalten oder vergessen lassen zu fragen, was sie tun könnten um sich besser zu verständigen.

Ich weiß: Theoretisch ist das nichts Neues. Es gibt Lehrbücher, die uns sagen, dass es nicht genüge, Fälle zu erklären und das, was der Fall ist, wissenschaftlich zu klassifizieren, sondern auch ein „hermeneutischer“ Zugang nötig sei, der den individuellen „Sinn“ erschließt, den schwer verständliches oder störendes Verhalten von KlientInnen für diese selbst hat (z.B. Mollenhauer/Uhlendorf 1992). Praktisch aber ist damit noch nicht viel gewonnen. Denn, wie das Beispiel nahelegt, ist es offenbar viel leichter, Erklärungen für ein Verhalten zu finden als an dessen subjektiven „Sinn“ ranzukommen. Denn dies würde riskieren, sich selbst damit zu konfrontieren „diesen „Sinn“ entweder nicht verstehen oder nicht teilen zu können oder vom Gegenüber eben deshalb Ablehnung zu erfahren. In allen Fällen bedeutet das Konfrontation mit der eigenen Ratlosigkeit, die es erst mal auszuhalten gilt. Deshalb sind auch „hermeneutische“ Diagnosen keineswegs dagegen gefeit, unter der Hand doch als Erklärungen für Fehlverhalten, nicht aber als riskante Zugänge und Wege der Verständigung genutzt zu werden. Ich unterstelle deshalb auch bei diesem Beispiel nicht, dass es an Versuchen fehlte, sich mit so handelnden KlientInnen zu verständigen. An der guten Absicht fehlt es auch sonst meist nicht. Das Beispiel zeigt aber: Wenn die Versuche scheitern, richtet sich der Blick wie selbstverständlich auf die KlientInnenseite: Warum sind die so? Der blinde Fleck sitzt immer im Auge des Betrachters. Das nächste Beispiel verdeutlicht dies weiter.

SozialpädagogInnen als Diagnostiker

2. Fallgeschichte:

„Seit seinem dritten Lebensjahr besucht der jetzt fünfjährige Peter (Name geändert) den Kindergarten. Im Laufe des letzten Jahres suchte er sich Kinder, mit denen er sich aus dem Gruppenalltag zurückziehen konnte.

Er verbringt seine Zeit viel in der Puppenwohnung oder baut Höhlen. An diesen Orten spielt er, mit den jeweils ausgesuchten Kindern, Szenen aus dem erwachsenen Sexualleben nach. Aber nicht in der Art, die man als Doktorspiele oder Familiennachstellung bezeichnen würde, sondern er übernimmt eins zu eins den Geschlechtsakt mit allem was dazu gehört. Da solche Dinge in einem Kindergarten verboten sind, ziehen die Erzieherinnen ihn natürlich aus der Situation heraus. Sobald sie diese „Spiele“ allerdings unterbrechen fängt Peter an die anderen Kinder und die Erwachsenen körperlich durch Beißen, Treten und Schlagen zu verletzen sowie die Umstehenden durch Fäkalsprache und Schimpfwörter aufs übelste zu beleidigen.

Hintergrund: Peters Mutter ist Sozialarbeiterin und lebt nicht mit dem Vater zusammen. Dieser sitzt seit drei Jahren im Gefängnis. Die Mutter hat seit zwei Jahren

einen neuen Freund, mit dem sie aber noch nicht zusammen lebt. Peter und seine Mutter besuchen den Vater regelmäßig im Gefängnis.

Ein Gespräch mit der Gruppenleitung, KiGa-Leitung und der Mutter hat bereits stattgefunden, aber bis heute zu keinem Ergebnis geführt. Zuhause verhalte Peter sich nicht so und die Mutter wüsste auch nicht, wie sie das Verhalten ihres Sohnes ändern sollte.“

Im Unterschied zum ersten Beispiel, in dem nur Fragen gestellt werden, die auf mögliche Diagnosen verweisen, sehen wir hier Erzieherinnen im vollen Prozess des Diagnostizierens begriffen. Ausgangspunkt ist wieder ein erst mal nicht verstehbares, als schockierend erlebtes Ereignis: Ein fünfjähriger Junge in einer Kita nutzt Rückzugsräume als „Höhlen“, um mit jeweils ausgesuchten anderen Kindern, Szenen aus dem erwachsenen Sexualleben nachzuspielen. Mir geht es wieder nicht darum, selbst zu diagnostizieren, was da, warum, wirklich vorgefallen ist, und auch nicht, zu bestreiten, dass eine genaue Beschreibung des Vorgefallenen nützlich wäre. Auch hier will ich nur auf die völlig selbstverständliche Art aufmerksam machen, in der die Fallerzählung aus einer Fallbeschreibung eine sehr komplexen Sammlung „diagnostischer“ Befunde macht. Der Schock, die Ratlosigkeit bleiben nicht nur ausgeblendet, sondern werden gleichsam mit einer Batterie diagnostischer Indizien aktiv zugedeckt:

Das Spiel des Fünfjährigen wird als Pseudo-Spiel diagnostiziert, seine Höhlen zu Verstecken für ungestörten sexuellen Missbrauch, der laut Beschreibung in „eins zu eins nachvollzogenen erwachsenen Geschlechtsakten“ besteht. (Dass dies einem Fünfjährigen allein physisch kaum möglich sein dürfte, spielt keine Rolle). Dies Verhalten hat „natürlich“ (also in zweifelsfreier Evidenz über die nicht nachzudenken ist) Zwangsmaßnahmen zur Folge: Das Kind „aus der Situation herausziehen“ heißt das, offenkundig durch körperlich zwingendes Eingreifen. Dies wieder löst „übelstes“ aggressives Fehlverhalten des Jungen aus, was ebenso „natürlich“ die Notwendigkeit jener Zwangsmaßnahme bestätigt. All dies zusammen lässt den Blick des Erzählers auf einen diagnostischen „Hintergrund“ schwenken, der als Erklärung für solche Verhaltensweisen eines fünfjährigen Jungen angeboten wird. Wie selbstverständlich ist zuerst die Mutter im Blick: Zwar ist sie Sozialarbeiterin; aber dass sie nicht mit dem Vater zusammenlebt, dieser im Gefängnis sitzt und die Mutter ihn mit dem Jungen dort regelmäßig besucht, werden als für den Fall relevante „Hintergrund“-Informationen berichtet. Dass diese Beobachtungen für das Verhalten des Kindes relevant seien, wird nicht gesagt und gerade so als selbstverständlich stillschweigend unterstellt. Dasselbe gilt für den Umstand, dass ein „Gespräch“ mit der Mutter – wohl über jenes Verhalten ihres Kindes – „ohne Ergebnis“ blieb. Ihre Leugnung, dass es zu Hause ein solches Problem gebe

(weshalb es wohl am Kindergarten liegen muss) wird selbst zum Indiz, das auf sie zurück fällt. Was beweist all das? Ein Zusammenhang all dieser Beobachtungen ergibt sich nur, wenn man sie als diagnostische Indizien für eine Erklärung des Fehlverhaltens von Peter liest. Als „Ergebnis“ scheint laut Bericht unbezweifelbar: Was mit Peter los ist, mag noch unklar sein, aber daran, dass etwas mit ihm los sein muss, scheint kein vernünftiger Zweifel mehr möglich.

Ronald Laing hat diese Transformation von Beobachtungen in Diagnose in seinem Gedichtbuch „Knoten“ beschrieben:

„Er glaubt nicht, dass etwas mit ihm los ist, weil ein Teil von dem, was mit ihm los ist, ist, dass er nicht glaubt, dass etwas mit ihm los ist. Also müssen wir ihm helfen zu erkennen, dass die Tatsache, dass er nicht glaubt, dass etwas mit ihm los ist, ein Teil von dem ist, was mit ihm los ist“ (1972, S. 11).

Das heißt auf den Fall bezogen: Die Leugnung der Mutter, mit dem Problem zu tun zu haben, wird, genau wie die Gegenwehr von Peter, als Beweis behandelt, dass die eigene Orientierung der Professionellen dem Fall angemessen sei. Auf die angedeuteten Vermutungen bezüglich der „Hintergründe“ legt sich der Bericht zwar nicht fest, wohl aber wird der Blick eindeutig in diese Richtung gelenkt, worin zugleich die Erwartung impliziert ist, wissenschaftlich geprüftes Erkennen könne eine solche Diagnose liefern. Ich verallgemeinere das wieder zu einer provozierenden Behauptung:

2. Behauptung: SozialpädagogInnen, die mit schwierigen oder schockierenden Verhaltensweisen konfrontiert sind, neigen zu wilden Diagnosen, die sie zwar nicht beweisen können, was sie aber „wissenschaftlichen“ (d.h. psychologischen) Diagnosen zutrauen. Sie ordnen sich damit fremder Fachkompetenz unter; ihre eigene, schwierige Aufgabe, Verständigungschancen auszuloten, gerät dabei in Vergessenheit.

Ich will damit keineswegs bestreiten, dass ein solcher Fall eine „diagnostische“ Frage nahe legen kann oder sogar muss: Wieso macht ein Fünfjähriger „Doktorspiele“ mit anderen, die irgendwie keine mehr sind? Mir geht es nur um die atemberaubende Selbstverständlichkeit, mit der in dem Bericht mögliche Fragen in unbezweifelbare Fakten verwandelt. Dagegen fehlt in dem Bericht jeder Hinweis auf einen „diagnostischen“ Blick in Richtung auf die Beziehungen und die Umstände des Beobachteten: wurde versucht, mit diesem Kind – wie auch mit den andern – darüber zu reden, was sein Recht ist, Phantasien zu spielen und was er mit andern Kindern dabei machen und was nicht machen darf? Die „natürlich“ erforderliche Zwangsmaßnahme lässt vergessen, dass es auch mit einem fünfjährigen Kind Verständigung über die Anerkennung unterschiedlicher Ansprüche geben könnte, und dass daraus, gerade wenn es nur mühsam geht, neues Verstehen dessen entstehen könnte, was hier außer dem Nachahmen von erwachsenem

Sexualverhalten noch geschieht. Stattdessen deckt gerade die wilde Diagnostik zu, den Schock, das eigene Nicht-verstehen dessen, was das Kind da tut, überhaupt zu spüren und an sich heran zu lassen. Weitergehende Fragen, die in Richtung auf bessere Chancen der Verständigung zielen, tauchen dann erst recht nicht auf: Wie entstehen solche Situationen und was tun Erzieherinnen und Kinder ehe sie entstehen? Tragen die Reaktionen der Erzieherinnen zur Deeskalation bei oder verschärfen sie ungewollt das Problem etc.? Das nächste Beispiel zeigt anhand eines ganz anderen Arbeitsfeldes, dem Betreuten Wohnen behinderter Menschen, eine weitere Facette solcher Ausblendung von Fragen nach Verständigungschancen.

SozialpädagogInnen als Rechtfertiger dessen, was nun mal sein muss

3. Fallgeschichte:

„A. lebt seit etwa 6 Monaten in der teilverselbstständigen Wohngruppe in einer Einrichtung für geistig Behinderte Menschen. Sie ist 53 Jahre alt.

Einzelfalldokumentation: N. und ich haben heute Morgen nach unserem Team-Gespräch zusammen As. Zimmer durchgesehen. Dies war dadurch begründet, dass schon zuvor immer wieder Lebensmittel, die offensichtlich aus dem Bestand der Gruppe waren, bei ihr im Zimmer gefunden wurden. Bei dieser heutigen ‚Ausmistaktion‘ boten sich uns dann Fundsachen in einem schockierenden Ausmaß.

In den Schränken, Schubladen und unterm Bett hatte sie Lebensmittel aus der Gruppe versteckt, die im Normalfall die Versorgung der Gruppe für eine ganze Woche gewährleisten würden. Über Käse, Nutella, Cornflakes, Joghurts, Ketchup, Gewürze, Säfte und Wasser war alles zu finden. Hinzu kamen diverse Flaschen, die mit einer undefinierbaren Flüssigkeit gefüllt waren und etliche Pfandflaschen, die zum Bestand des Hauses gehören.

Außerdem fanden wir mehrere volle Aschenbecher, die, zusätzlich zum Geruch im Zimmer, darauf schließen lassen, dass A. im Zimmer raucht. Der erschreckendste Fund war allerdings ein Dolch, den sie in einer Schublade aufbewahrte, diesen haben wir direkt an uns genommen. Zusätzlich kamen diverse Wäschestücke zum Vorschein, die wir nicht eindeutig A. zuordnen konnten. Diese waren zuhauf in diversen Plastiktüten und Rucksäcken (die teilweise schon Schimmelflecken aufwiesen und einen SEHR unangenehmen Geruch von sich gaben) verstaut.“

Auch dies ist ein Fall, der Sozialpädagoginnen mit einem Ereignis konfrontiert, das zunächst einmal ratlos macht. Eine geistig behinderte Frau, die in einer „teilverselbstständigen Wohngruppe“ lebt, verhält sich auf eine Weise, die hier explizit „schockierend“ genannt wird: Sie hortet geklaute Lebensmittel der Wohngruppe, die in ihrem Zimmer verschimmeln, ebenso Flaschen mit „undefinierbarem Inhalt“ sowie leere Flaschen, die bei ihr gehortet werden; sie benutzt

Aschenbecher trotz Rauchverbot, füllt und stapelt Rucksäcke und Plastiktüten gefüllt mit verschimmelten und stinkenden Wäschestücken ungeklärter Herkunft. Die emotionale Betroffenheit der Berichtenden durch diesen Fall wird hier besonders deutlich. Gemeinsam mit den beiden andern Fallberichten ist hier, dass Beschreibungen von Verständigungsmöglichkeiten mit Frau A. ebenso völlig fehlen, wie genauere Auslotungen von deren Grenzen, wozu z.B. die Klärung von Chancen der betroffenen Wohngruppe, sich zu wehren, gehören könnte. Die Unmöglichkeit einer solchen Verständigung wird mit der Art der Fallbeschreibung gleichsam stillschweigend mitgeliefert. Der Unterschied zu den beiden andern Berichten ist, dass hier auch die Frage, wie das beschriebene Verhalten von Frau A. zu erklären sein könnte, nicht mehr auftaucht. Der Bericht hat eher den Charakter einer „Dokumentation“ (so wird er auch genannt). Die Art der Beschreibung des Verhaltens der Betreuten hat das Ziel, das Vorgehen (und vielleicht weitere Maßnahmen) der Betreuerinnen zu rechtfertigen, nicht aber jenes Verhalten zu ändern.

Um Rechtfertigung geht es hier, weil die Betreuerinnen, formal gesehen, fachliche Regelverletzungen begehen, die einer Erklärung bedürfen: Sie dringen ohne Erlaubnis der Betroffenen in deren Privatbereich ein und machen dort eine „Ausmistaktion“, deren „Fundsachen“ diese Zwangsmaßnahmen wiederum rechtfertigen. Ich will hier gar nicht die Berechtigung solchen Vorgehens im konkreten Fall bezweifeln. Das steht mir nicht zu. Ich will nur darauf aufmerksam machen, welche Funktion die dramatische Darstellung der Verhaltensweisen von Frau A. hier haben: Auf der inhaltlichen Ebene sind es Befunde, die, wie bei dem Kind Peter, als Symptome gestörten Verhaltens zu deuten sind und damit als Ansatzpunkt für die Diagnose fachgerechter Handlungsoptionen im Umgang mit Frau A. und der Wohngruppe dienen könnten. Aber nichts in dem Bericht deutet darauf hin, dass in eine solche Richtung gedacht wird. Es geht ihm um die Rechtfertigung der Intervention. Und eben dafür ist die dramatische Darstellung des Fehlverhaltens der Frau N. nützlich: Wer den Bericht hört oder liest, soll auch emotional keinen Zweifel mehr daran haben, dass der Eingriff notwendig und angemessen war. Ich verallgemeinere das wieder zu einer provokativen Behauptung:

3. Behauptung: Was als Sammlung von Befunden für sozialpädagogische Diagnosen erscheint, hat oft nur den praktischen Zweck nachzuweisen, dass kein dienstliches Fehlverhalten vorliegt, wenn Maßnahmen ergriffen werden müssen, die nicht den Charakter freiwilliger Kooperation mit KlientInnen haben.

Was haben die drei Beispiele gemeinsam? Sie lenken angesichts schockierender und/oder ratlos machender Verhaltensweisen von KlientInnen den Blick auf die Frage: Was ist mit diesen KlientInnen (Ratsuchende, Kleinkind, Behinderte) los?

Dabei verschwindet in allen drei Beispielen die Frage aus dem Blickfeld: Was ist zwischen denen, die so fragen und den KlientInnen los?

Ich behaupte damit nicht, Beziehungsklärung sei alles, worum Sozialpädagoginnen sich kümmern müssten. Es gibt sachliche Gründe, die eine Verständigung mit KlientInnen blockieren können, z.B. krankhafte Störungen, Sucht, Demenz, kulturelle Fremdheit, Abhängigkeiten von Mächtigen, Verstrickungen, das doppelte Mandat von Hilfe und Kontrolle etc. Ihre Wirkungen zu kennen ist wichtig. Wenn aber die Diagnose mehr als Allgemeinwissen produzieren und im konkreten Fall hilfreich sein soll, dann geht es um die Reihenfolge. Wo die Verständigungskunst nicht an der ersten Stelle steht, passiert leicht, was die Beispiele zeigen: Die entsprechenden Fragen nach Verständigungsmöglichkeiten verschwinden zwischen der Diagnose von Hilfebedarfen und der Diagnose von gesellschaftlichen Umständen und Bedingungen der Hilfe. Und genau damit kann zugleich auf der Ebene der professionellen Ideologien und Sonntagsreden an dem festgehalten werden, was nach unbestrittener fachlicher Auffassung das Wichtigste ist, was SozialpädagogInnen tun können: Nämlich mit schwierigen KlientInnen Verständigung zu suchen und mit ihrer Fremdheit umzugehen.

Diagnostik der Verständigungsmöglichkeiten und ihrer Grenzen

Verständigungskunst oder Zugangs- und Beziehungsdagnostik nenne ich in meiner Kasuistik den „Fall mit“ (Müller 2009 Kap. 6). Diese Ebene des Fallverstehens ist darin merkwürdig, dass sie einerseits auf die banale Selbstverständlichkeit verweist, dass Soziale Arbeit immer Arbeit mit Menschen ist und deshalb in ihren Wirkungen mit der Verständigung mit diesen Menschen steht und fällt. Gerade weil das so banal ist, wird bei Schwierigkeiten, die Diagnosen erfordern, dieses „mit Menschen“ immer als Voraussetzung diagnostischer Arbeit unterstellt, aber nicht selbst als diagnostische Aufgabe behandelt. Was ist impliziert wenn man sagt, dass Verständigungsmöglichkeiten selbst zur diagnostischen Aufgabe werden? Vor allem ist impliziert, dass es Ziel der Diagnose erst mal nicht ist, KlientInnen zu verstehen, weil dies bestenfalls Folge besserer Verständigung sein kann. Ziel auf dieser Ebene ist aber auch nicht, sachliche Fragen (z.B. Mangelzustände, unerwünschte Verhaltensweisen, Hilflosigkeit etc.) aus ihren Ursachen zu erklären; sondern als erstes herauszufinden, wie in Konflikten über solche „Sachen“ Chancen der Verständigung entstehen können.

Auf dieser Beziehungsebene (Fall mit) ist deshalb Diagnose immer schon Intervention und Diagnose gleichsam die selbstreflexive Seite der Intervention (Müller 2008). Statt von Diagnose kann man hier auch von „genau hören können“ reden.

Professionelles Zuhören kann nur als Einheit von Diagnose und Intervention gedacht werden. Dabei läuft, wie von der psychoanalytischen Pädagogik zu lernen ist (Dörr/Göppel 2003; Dörr/Müller 2012), auf dieser Ebene Verstehen des Anderen vor allem über das Verstehen der eigenen Reaktionen auf den Anderen. Und schließlich gehört dazu, aushalten zu können, dass Verständigung nicht herstellbar, sondern immer Gabe des Andern ist. Trotzdem kann man viel dafür tun, diese Gabe zu ermöglichen.

Warum ist „Beziehungsdiagnose“ zunächst einmal einfach genaues Zuhören? Weil Rezepte und Regeln für zugänglicheres und glaubwürdigeres Verhalten nicht genügen. Wenn ich mit Studierenden solche Fallgeschichten diskutiere, frage ich sie z.B., ob sie in den Fallgeschichten einen Hinweis auf irgend etwas finden, das diesen KlientInnen das Gefühl geben könnte, ihre Sichtweise der Geschichte interessiere und werde gehört. Das mag allzu einfach klingen. Aber ich bin überzeugt davon, dass es entscheidend wichtig ist, den Studierenden ein Verständnis dafür zu geben, dass die erste und Schlüsselaufgabe aller Diagnose achtsames Zuhören ist. Hier gilt zweifellos die klassische Methodenregel anzufangen, wo der Klient steht – was nicht unbedingt heißt, mit dem anzufangen, was KlientInnen als ihr Problem sehen, wohl aber, dies genau wahrzunehmen. Noch wichtiger ist, auf KlientInnen auch emotional zu hören, ohne den Fokus gleich auf „das Problem“ zu richten. Sigmund Freuds Konzept einer „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“, oder auch das Konzept eines „szenischen Verstehens“ können hier hilfreiche Anregungen sein. Was Gerd Schäfer (2007) zur „wahrnehmenden Beobachtung“ von kleinen Kindern sagt, gilt auch hier. Nur eine „ungerichtete Aufmerksamkeit“ findet Zugang zu der Art, wie Kinder denken, während alle „gerichtete“ Aufmerksamkeit unvermeidlich dem Regime der erwachsenen Hoffnungen und Befürchtungen folgt. Soziale Arbeit ist weder Therapie noch Kinderbeobachtung – aber die Art der benötigten Aufmerksamkeit hat Ähnlichkeiten. Nicht zu vergessen ist dabei, dass eine „diagnostische“ Aufgabe immer vorangeht, wenn auch nicht immer explizit: Nämlich herauszufinden, wie überhaupt eine Situation entstehen kann, die KlientInnen das Gefühl gibt, gehört zu werden, statt angeklagt zu sein.

Ich verweise, um dies plausibel zu machen, die Studierenden auf ihre eigenen Erfahrungen mit zuhören oder (nicht) gehört zu werden: Solche Erfahrungen erschließen zugleich Gefühl für den Unterschied zwischen Diagnose als Beziehungsgeschehen und als objektivierende Betrachtung. Im Akt des Zuhörens fällt Diagnose und Intervention zusammen, weil alles, was gehört wird, (und jede Reaktion darauf, bis hin zu unbewussten Impulsen) gleichzeitig das zu diagnostizierende Feld verändert, ebenso übrigens, wie im Akt des Nicht-Zuhörens. Um nicht missverstanden zu werden: Ich behaupte nicht, dass das immer so einfach

geht mit dem sich Verständigen: Die scheinbar einfachste Dimension Sozialer Arbeit (ich habe immer mit Menschen zu tun und kann nur mit ihnen was bewirken) ist zugleich die schwierigste. Sich über etwas verständigen zu können, kann mühsam erreichter Erfolg langer Arbeit mit Durststrecken sein und es ist kein Zufall, dass das Gefühl, Hilfe im Diagnostischen zu brauchen (durch therapeutische Zusatzausbildungen, Supervision etc.), sich vor allem am Misslingen von Arbeitsbeziehungen festmacht. Diagnostische Arbeit ohne die direkte Beteiligung von KlientInnen bleibt also notwendig in Situationen, in denen Verständigung misslingt. Aber auch dann sollte ihr erstes Ziel nicht sein herauszufinden, was mit einem Klienten „los ist“, sondern zu verstehen, woran Verständigung scheitert. Denn sich zu verständigen, ohne schon verstanden zu haben, ist sehr wohl möglich. Sich zu verständigen lässt sogar, wie uns Alltagserfahrung lehrt, das „richtig-verstanden-haben“ immer ein Stück weit offen. Umgekehrt aber ist einen Andern zu verstehen, ohne sich verständigen zu können, nicht möglich.

Am Leichtesten kann man das im Umgang mit kleinen Kindern lernen. Sich mit ihnen zu verständigen ist meistens einfach – sie wirklich zu verstehen nicht – meistens gerade dann nicht, wenn es Krach gibt, der nur schlimmsten Falles, wenn es gar nicht aufhört, zu Diagnosen führt. Aber Verständigungsformen zu finden, Deeskalieren zu können, mit Tricks umgehen zu können, Wege zu finden, das Gesicht zu wahren – all das, was die meisten Kinder recht gut können, sollten auch Pädagogen beherrschen. Natürlich kann das mit schwierigen KlientInnen zur erheblich größeren Herausforderung werden. Sich erklären zu können, weshalb das misslingt, ist (begrenzt) möglich und oft auch notwendig, ohne dass darüber Verständigung immer möglich wäre. Aber aus einer stimmigen Diagnose folgt noch keineswegs ein stimmiges Angebot. Manchmal ist es umgekehrt: auch eine klare Diagnose lässt ganz unklar, was zu tun ist. Denn sobald das, was zu tun ist, aktive Mitwirkung von KlientInnen voraussetzt, ist ohne Verständigung nicht mehr möglich, als Fehlverhalten (wie z.B. bei Frau A.) zwangsweise zu unterbinden.

Fallarbeit ist freilich nie nur Klärung von Verständigungsmöglichkeiten. Zwei andere Ebenen, die immer auch mit der Beziehungsebene verknüpft sind, spielen dabei unvermeidlich mit: Erstens, die Ebene der Abhängigkeit von anderen Instanzen und Relevanzbereichen, die zugleich Verständigung beeinflussen, sie oft behindern (in Fall 1 z.B. Ausländerbehörden oder Polizei); sie können als „Fall für“ nur schwer zu beeinflussen sein. Zweitens, ob die Klärung der Sachen, in Bezug auf die Verständigung möglich ist – oder auch nicht („Fall von“). Zu beidem sind hier nur kurze Bemerkungen möglich.

Die Frage, für wen ein jeweiliger Fall eigentlich ein Fall ist, wer da mitmischte und wie damit umzugehen sei, ist ebenfalls eine alles andere als einfache diag-

nostische Frage: Sie verweist auf das, was Stefan Köngeter (2009) als „Relationale Professionalität“ beschrieben hat. Nämlich als Frage: Wie kann eine Sozialarbeiterin nicht nur als Person, sondern als Mitarbeiterin einer Institution in Wechselwirkung mit anderen Institutionen, sicher handeln, wenn sie erkennt, dass sie in ein Netzwerk von Einflüssen auf ihre KlientInnen eingebunden und Teil davon ist? Weshalb sie nicht nur eine Chance zur Lösung von deren Problemen, sondern auch Teil von diesen Problemen selbst ist (z.B. wie im ersten Fall Teil einer Welt, welche Menschen, denen diese Welt fremd ist, lähmen und hilflos machen kann).

Daran hängt schließlich auch das, was in herkömmlichen Diagnosen am Anfang steht, nämlich zu bestimmen, welche Sachen, Probleme, Anliegen zu bearbeiten wären. Diagnose als Arbeit an den Verständigungsmöglichkeiten über Sachen/Anliegen (Fall von) hat mindestens drei Bezugspunkte: Erstens Verständigung über die Unterschiede der zu verändernden Sachen/Anliegen, also Anerkennung des Tatbestandes, dass das, was Sozialarbeitern und was ihren AdressatInnen wichtig ist bzw. was sie erreichen wollen, nicht deckungsgleich ist. So banal dieser Tatbestand ist, so wenig selbstverständlich ist es, die mühevollen Arbeit zu leisten, die damit, z.B. in Prozessen der Hilfeplanung (Schwabe 2005 Kap. 2), verbunden ist. Sie ist aber Voraussetzung dafür, dass die beiden anderen Bezugspunkte glaubwürdig gehandhabt werden können: Die Verständigung über Einigungsmöglichkeiten, und die Verständigung über Beiträge, die jeweils von den Beteiligten zur Erreichung vereinbarter Ziele zu leisten sind.

Deshalb ist es entscheidend, mit der intersubjektiven Dimension des dem KlientInnen-Zuhören anzufangen, weil nur dann die Chancen wachsen, den Fall auf Ebenen möglicher Lösungen zu verlagern (Hörster 2005) und auch in Bezug auf andere Fragen aufzuschließen (z.B.: wer spielt in dem Falle aus KlientInnen-sicht eine wirksame Rolle? Und welche ist die Sache, die wirkt, die verändert werden kann?) Die umgekehrte Reihenfolge macht das schwieriger: Wenn die Diagnose damit beginnt, die Art des zu behandelnden Problems zu klären und entsprechende Zuständigkeiten zu bestimmen, dann definiert das automatisch auch die Art des Zugangs zum KlientInnen- bzw. zum KlientInnensystem. AdressatInnen kommt dann nicht mehr die Rolle zu, die Art ihres Problems selbst mit zu definieren, sondern nur noch die Rolle, an der Lösung eines Problems mitzuwirken, das andere definiert haben.

SchlussThese: Fallarbeit als Diagnostik der Verständigungsmöglichkeiten geht nicht von einer zu bearbeitenden Sache aus, die durch Diagnose zu ermitteln ist. Diagnose heißt hier vielmehr: In sozial-moralischen Konflikten, in denen es keine neutrale Rolle gibt, verschüttete Zugänge zu gemeinsamer Arbeit an Auswegen aus Engpässen und Notlagen zu finden.

Literatur

- Dörr, Margret; Göppel, Rolf (Hrsg.) 2003: Bildung der Gefühle. Gießen
- Dörr, Margret; Müller, Burkhard (Hrsg.) 2012: Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität. 3. Aufl. Weinheim
- Hochuli Freund, Ursula; Stotz, Walter 2010: Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Stuttgart
- Hörster, Reinhard 2010. Sozialpädagogische Kasuistik. In Werner Thole (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit, 3. Aufl., Wiesbaden, S. 677-686
- Köngeter, Stefan 2008: Relationale Professionalität. Eine professionstheoretische Studie zu Arbeitsbeziehungen zwischen Eltern und SozialpädagogInnen in den Erziehungshilfen (Diss. Univ. Hildesheim). Wiesbaden
- Kunstreich, Timm 2003: Neodiagnostik- Modernisierung klinischer Professionalität? Exposé für ein Themenheft: In Redaktion Widersprüche H. 88 a. a. O. S. 7-10
- Laing, Ronald 1972: Knoten. Reinbek bei Hamburg
- Müller, Burkhard 2008: Was ist der Fall? Kasuistik und Konstruktion des Adressaten. ZfSp, 6. Jg. S. 391-406
- 2009/2012: Sozialpädagogisches Können. 6. Aufl., Freiburg i.B.: Lambertus; demnächst in überarbeiteter 7. Auflage
- 2011: Methoden in der Sozialpädagogik. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaften Online (EEO) Weinheim
- Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (Hrsg.) 2005: Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit: München
- Redaktion Widersprüche (Hrsg.) 2003: Neo-Diagnostik. Modernisierung klinischer Professionalität? Bielefeld
- Schäfer, Gerd E. 1986: Spiel, Spielraum und Verständigung. Weinheim
- 2007: Was ist frühkindliche Bildung? Aufgaben frühkindlicher Bildung. Teil 1 und 2 in: Schäfer, G.E. (Hrsg.): Bildung beginnt mit der Geburt. 2. erweiterte Auflage: Düsseldorf, S. 15-178
- Schwabe, Matthias 2005: Methoden der Hilfeplanung. Frankfurt am Main

Dr. Burkhard Müller, Prof. i. R. und Lehrbeauftragter am Institut für Sozial- und Organisationspädagogik der Universität Hildesheim sowie an der International Psychoanalytic University, Berlin. Adresse: Matterhornstr. 74a 14129 Berlin