

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Integration - Möglichkeiten und Grenzen Interdisziplinäre Diskurse

Johann Götschl: Wege zur Integration? Dynamische Zusammenhänge zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität. Wissenschaftsphilosophische Zugänge

Peter Filzmaier: Integration als politische „Mission impossible“? Ein Thema zwischen Inhalten und Wettbewerbslogik

Klaus Ottomeyer: Flucht, Trauma, Integration in der heutigen Gesellschaft

Rudolf Richter: Integration wohin? Ist Integration in einer globalisierten Welt möglich?

Klaus Dörner: Die Funktion der Ethik für die Integration

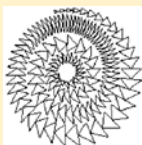
Günter Schiepek: Integration in der Psychotherapie - Was kann die Neurobiologie leisten? Welche Kriterien sollte eine Integration erfüllen? Wie sieht eine Integration auf der Basis der Synergetik aus?

Ilse Orth/Hilarion G. Petzold: Leib, Sprache, Geschichte in einer integrativen und kreativen Psychotherapie. Über die Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“

Marianne Springer-Kremser, Katharina Leithner-Dziubas, Alexandra Fritz: Ist die Psychotherapie weiblich? Zur Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in psychotherapeutischer Praxis und in der Psychotherapieforschung

Christian Pieringer/Walter Pieringer: Die Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Theorie

Theodor Meißel: Zur Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Praxeologie



INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Begründet von Charlotte Bühler (†) und Hilarion Petzold

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. Dr. *Hilarion G. Petzold*, Düsseldorf/Amsterdam/Paris
Prof. Dr. med. *Anton Leitner*, Krems

Mitherausgeber: Dr. phil. *Renate Frühmann*, Salzburg • Prof. Dr. phil. *Michael Märten*, Ev. Fachhochschule Frankfurt
• Prof. Dr. phil. *Heidi Möller*, Universität Kassel • Dipl.-Sup. *Ilse Orth*, MSc. Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen • Dipl.soz.päd. *Peter Osten*, MSc. Fritz Perls Institut, Düsseldorf • Prof. Dr. med. *Ulrich Sch-
nyder*, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich • Prof. Dr. päd. *Waldemar Schuch* M.A., Donau-Universität
Krems

Redaktion: *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec*, MAS

Wissenschaftlicher Beirat: Univ.-Prof. Dr. phil. *Reiner Bastine*, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
• Univ.-Prof. Dr. *Urs Baumann*, Psychologisches Institut der Universität Salzburg • Univ.-Prof. Dr. *Josef Egger*, Univ.
Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz • Univ.-Prof. Dr. *Winfried Huber*, Lehrstuhl f. Klinische
Psychologie der Universität Löwen • Univ.-Prof. Dr. med. *Horst Kächele*, Abt. Psychotherapie der Universität Ulm •
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. *Uwe Koch*, Abt. für Medizinische Psychologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf •
Univ.-Prof. Dr. phil. *Jürgen Kriz*, Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück • Dr. med. *Grete A. Leutz*, Moreno
Institut Überlingen • Univ.-Prof. Dr. phil. *Harry Schröder*, Fachbereich Psychologie der Universität Leipzig

International Board: Approaches to therapy: *George I. Brown*, Santa Barbara, Integrative Pädagogik (Confluent Educa-
tion) • *Ruth C. Cohn*, Düsseldorf, Themenzentrierte Interaktion • *Fanita English*, Philadelphia, Transaktionale Analyse •
Bernd Fittkau, Hamburg, Transpersonale Psychologie • *Stanislav Grof*, Big Sur, Psycholytische Therapie • *Jack J. Leedy*,
New York, Poesietherapie • *Alexander Lowen*, New York, Bioenergetische Analyse • *Ilse Middendorf*, Berlin, Atemthera-
pie • *Zerka T. Moreno*, New York, Psychodrama • *Herbert Otto*, La Jolla, Persönlichkeitsentfaltung (Personal Growth) •
Anne A. Schützenberger-Ancelin, Paris, Gruppendynamik • *Johanna Sieper*, Düsseldorf, Therapeutisches Theater • *Jan
Velzeboer*, Maarsen, Kreativitätstraining • *Carl Whitaker*, Madison, Familientherapie • *Ken Wilber*, Boston, Spektrum-
Psychologie • *Joseph Zinker*, Cleveland, Gestalttherapie

Ehemalige Boardmitglieder: *George Bach* • *Kenneth D. Benne* • *Vladimir N. Iljine* • *Klaus Grawe* • *Hanscarl Leuner* • *Jakob
L. Moreno* • *Lore Perls* • *Virginia Satir* • *Norbert Nagler*

INTEGRATIVE THERAPIE • Erscheinungsweise: viermal jährlich in freier Folge

Bezugspreis: Einzelheft € 11,-, Doppelheft € 22,-, Studentenabonnement € 33,-, Jahresabonnement € 42,-, zzgl. Ver-
sandkosten

Schriftleitung: Prof. Dr. H. Petzold, FPI, Achenbachstraße 40, D-40237 Düsseldorf
Prof. Dr. med. Anton Leitner, Dr. Karl Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

Redaktion: *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec* MAS, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Manuskripte und Buchbesprechungen sind an die Schriftleitung in zwei Exemplaren zu senden. Richtlinien zur Erstel-
lung von Manuskripten sind bei der Redaktion erhältlich.

© Mit der Veröffentlichung in der Zeitschrift gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die
FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Edition Donau-Universität Krems, Dr. Karl-Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

Verlag: Krammer Verlag, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Klaus Dörner

Die Funktion der Ethik für die Integration

Die für mich plausibelste Definition von Ethik stammt immer noch von einem Krankenpfleger einer Langzeitstation des psychiatrischen Krankenhauses Gütersloh. Auf meine Frage, warum es seit 1980 in der Medizin und den Psychowissenschaften einen plötzlichen Ethik-Boom gebe, obwohl wir doch auch schon vorher immer versucht hätten, richtig und gut zu handeln, war seine Antwort: „Ach, wissen Sie, Ethik ist nur was für Leute, die nicht mehr wissen, was sich gehört!“ Der Sinn dieser schlichten Antwort: Wir richten unser Handeln stets nach geltenden moralischen Normen. Nur wenn diese Normen ihre Geltung verlieren, werfen wir unsere grauen Zellen für die freie ethische Reflexion an, um die neuen Realitäten auf die Begründbarkeit und Verallgemeinerbarkeit dazu passender neuer Normen hinzudiskutieren, bis wir wieder ein Gleichgewicht zwischen den neuen Realitäten und Gültigkeit beanspruchenden, handlungsleitenden moralischen Normen gefunden haben, auch wenn auch dies wieder nur für eine gewisse Zeit gelten kann.

Nun haben mir die Veranstalter den Begriff „Funktion der Ethik“ vorgegeben. Erst dachte ich: „Mein Gott, jetzt wollen die auch schon die Ethik funktionalisieren“. Dann fiel mir aber ein, dass der Ethik-Boom gleichzeitig einsetzte mit den Bestrebungen, die bisherigen moralischen Normen des Helfens in den helfenden Berufen zu ersetzen durch eine Ethik der Ökonomie, der Verbetriebswirtschaftlichung des Helfens entsprechend – ebenfalls seit 1980.

Die zum homo oeconomicus passende Ethik hat in der Tat eine Funktion, nämlich die Funktion der Akzeptanzbeschaffung für die Ökonomisierung des Helfens, nicht so sehr der Volkswirtschaft – dagegen wäre ja nichts zu sagen – sondern vor allem im Sinne der Verbetriebswirtschaftlichung: So wird aus dem Patienten der marktsouveräne, selbstbestimmte, isolierte Kunde, der in Wahrnehmung seines Wunsch- und Wahlrechts Psychopharma- und Psychotherapie-Produkte am Markt kauft. Dort unterbieten sich die Anbieter im Wettbewerb im Preis und damit in der Qualität; sie machen aber den dadurch drohenden Einnahmeverlust gleich mehrfach wett, indem sie:

1. zunehmend Hilfebereiche der Selbsthilfe und der Bürgerhilfe durch Professionalisierung den Bürgern wegnehmen,
2. das Helfen kostentreibend institutionalisieren,
3. die Produktangebote durch unendliche Spezialisierungen diversifizieren,
4. indem sie vor allem nach dem zwingenden Expansionsgebot des Marktes (ein Betrieb, der nicht wächst, ist schon weg vom Fenster) ihren Kundenkreis auf immer weniger hilfsbedürftige, auf immer gesündere Menschen ausdehnen, notfalls neue Bedürfnisse für ihre Produktpalette erfinden und

5. damit das englische Hart-inverse-care-law bestätigen, wonach unter Marktbedingungen im Bereich des Helfens das Geld immer dahin fließt, wo es mit dem geringsten Aufwand den größten Profit erzielt, die Therapieangebote also bei den erfolversprechendsten und am wenigsten Hilfsbedürftigen beginnen, weshalb man zu den Hilfsbedürftigsten leider nicht mehr kommt – all dies natürlich qualitätsgesichert und am Zielerreichungsgrad der Ergebnisse der selbstbestimmten Hilfeplankonferenzen stets orientiert.

Damit ist gesichert, dass diese Funktion dieser Ethik zwar dem herrschenden Trend zur Leiden privatisierenden und die Individuen isolierenden Dienstleistungs- und damit Marktgesellschaften entspricht, jedoch der sozialen Integration der hilfsbedürftigen Menschen nicht nur nicht mehr dient, sondern sie vielmehr ausgrenzend schädigt und insofern integrations-feindlich ist.

Nun ist es hier aber – nach dem Titel – meine Aufgabe, Ihnen die Funktionen der Ethik für Integration, also zugunsten der Integration darzustellen. Zwar können wir als Zwischenergebnis die eben beschriebene am Markt orientierte Ethik schon mal erwähnen, um aber zu klären, welche ethische Reflexion zu moralischen Normen führt, die integrationsförderndes Handeln begünstigen, müssen wir erst noch klären, was unter sozialer Integration zu verstehen ist. Sie ist – in meinem Verständnis – das oberste Gebot aller helfenden Berufe, wofür die Bürger überhaupt nur bereit sind, Steuern oder Beiträge zu zahlen. Denn integrationsbedürftig sind Menschen, die aufgrund des Ausmaßes ihres Hilfebedarfs mit ihrem familiären Hilfesystem nicht auskommen und insofern ausgegrenzt sind oder von Ausgrenzung bedroht sind. Das sind in diesem Zusammenhang vor allem schwerer beeinträchtigte geistig Behinderte, psychisch Kranke, Körperbehinderte, Alterspflegebedürftige, Demente und Sterbende. Sie bedürfen der Eingliederung, Rehabilitation oder besser der Resozialisierung.

Das Ziel der so verstandenen Integration (oder Inklusion, community care, community living) – und damit fangen die ethischen Fragen schon an – besteht darin, dass die Bürger mit Hilfebedarf und die Bürger ohne Hilfebedarf ihre Beziehungen möglichst weitgehend selbst regeln, und zwar so, dass nicht nur die Hilfsbedürftigen sich nahtlos anpassen, ihre Eigenheiten aufgeben, sich assimilieren, sondern dass beide Seiten aufeinander zugehen und sich aneinander verändern. Billiger ist nachhaltige Integration nicht zu haben. Und genau das verlangt von den professionellen Therapeuten und anderen helfenden Berufen die grundsätzliche Bereitschaft, sich auch gegen die eigenen ökonomischen Interessen überflüssig zu machen, weshalb ja auch bis zum Beginn der Moderne das Helfen als etwas galt, wofür man kein Geld nehmen durfte, im Wesentlichen im Wechselspiel der Bürger realisiert. Solange also ein Hilfsbedürftiger noch - stationär oder ambulant – von therapeutischen Profis umzingelt ist, existiert keine Integration.

Eine solche von uns Profis zu fordernde integrationsdienliche Grundhaltung hat einer Reihe handlungsleitender Normen zu folgen, die ich hier zur Diskussion stelle, zumal sie sich mir bewährt haben – vor allem bei der Integration aller 435 chronisch psychisch Kranken und Behinderten des psychiatrischen Krankenhauses Gütersloh, die nach 17 Jahren alle in eigenen Wohnungen und mit eigenen Arbeitsmöglichkeiten lebten:

1. Bei der Integration geht es nicht um die therapeutische Bearbeitung von Individuen, sondern um die Bearbeitung der Bedingungen der Beziehungen zwischen den Bürgern mit und ohne Hilfebedarf.
2. Solche Beziehungsarbeit hat vom Wissen um die Wahrscheinlichkeit der Fehlerhaftigkeit aller meiner verbalen und Verhaltens-Äußerungen auszugehen, einfach weil sie zunächst nur von mir aus kommen; dies kann ich nur durch eine Grundhaltung kompensieren, die ausstrahlt, dass der jeweils Andere mich jederzeit angstfrei verbessern oder korrigieren kann, was für mich bis heute das Schwerste an meinem Beruf ist. Für uns in Gütersloh hat sich damals hierzu der Leitsatz bewährt: „Hören – in Gehorsam – ohne Hörigkeit“.
3. Professionelle Dienstleistung – wie heute unser Tun gern bezeichnet wird – besteht, wenn man den Wortsinn ernstnimmt, aus zwei Tätigkeiten: Je zur Hälfte aus „Leisten“ und „Dienen“: im Leisten setze ich meine jeweiligen therapeutischen Techniken von oben herab ein, für die ich mich (auch gut) bezahlen lassen darf. Damit diese sich aber nicht zu aneignend und gewalttätig auf den Patienten auswirken, habe ich sie einzubetten in eine tragfähige Beziehung, zu der ich aber nie durch mein Leisten kommen kann, sondern nur von unten herauf dienend und damit unbezahlbar.
4. Integrationsfördernd bin ich als Profi nur, wenn ich mich in Vorleistung von den Hilfsbedürftigen so zurückziehe, dass ich – verantwortlich kalkulierend – eine Lücke, eine Notlage herstelle und riskiere; denn dies ist die zwingende Voraussetzung nicht nur für die Mobilisierung der Selbsthilfe-Ressourcen, sondern noch wichtiger für die Fremdhilfe der Bürger um den Betroffenen herum, die ihrerseits ihr „Helfensbedürfnis“, das man an sich bei jedem Menschen unterstellen kann, gegen ihren gesund-egoistischen Widerstand nur realisieren können, wenn es eine wirkliche Not zu wenden gilt. Nur so kann aus Profi-Hilfe, soweit wie möglich, Bürger-Hilfe werden und damit Integration real stattfinden.
5. Da für solche gelingende Integration nicht der Hilfsbedürftige, sondern die anderen Bürger den sozial längeren und schwereren Weg zurückzulegen haben, muss ich als Profi von meinem immer zu kleinen Zeitbudget den größeren Teil nicht für den Hilfsbedürftigen, sondern für die Bürger drumherum – Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn – verausgaben. Diese formale Ungerechtigkeit ist zugleich materielle Gerechtigkeit. Soweit ich sehe, gibt es keine Norm, gegen die wir Profis so häufig und den Hilfsbedürftigen schädigend verstoßen.

6. Da man in **A** kaum lernen kann, was man in **B** braucht, sind fast alle Trainingsmaßnahmen innerhalb einer Institution Teufelswerk, weil sie zwar dem Erhalt unseres Profi-Arbeitsplatzes dienen, jedoch die Integration des Hilfsbedürftigen nur hinauszögern. Es gilt daher der Satz: Erst platzieren, dann rehabilitieren und therapieren.
7. Integration kann nur im Horizont des speziell dafür in allen Kulturen der Menschheitsgeschichte vorgesehenen dritten Sozialraums (zwischen dem Sozialraum des Privaten und des Öffentlichen) erfolgen, also etwa in der Größenordnung eines Viertels, eines Stadtteils, einer Dorfgemeinschaft, auch einer Kirchengemeinde, also der Nachbarschaft, die manche auch den Wir-Raum nennen. Denn Bürgerhilfe lässt sich niemals für **die** psychisch Kranken (oder Dementen), sondern nur für **unsere** psychisch Kranken (Dementen) mobilisieren, also lokal-kleinräumig in einem verlässlich begrenzten Sozialraum. Verantwortung ist letztlich territorial definiert. Daher lässt sich auch Profi-Hilfe nur für das Territorium des dritten Sozialraums mit Bürgerhilfe zu dem für die Integration notwendigen Bürger-Profi-Mix des Helfens synchronisieren. Wenn wir Profis unser Hilfepotential entsprechend lokal umorganisieren, ist dies auch mit dem Verzicht, mit dem Rückbau von zuviel Spezialisierung verbunden. Der Vorteil für diese schmerzhafteste Operation besteht darin, dass dieser große Sozialraum weitgehend markt-resistent ist.
8. Da alle Menschen unterschiedslos ihre Tagesdosis an Bedeutung für Andere (für Andere da sein, notwendig sein) brauchen (zuviel davon ist ungesund, zuwenig davon ist noch ungesünder), bevor sie die dann noch übrige Zeit als Frei-Zeit zwecks Selbstbestimmung genießen können, sind sie insofern auch objektiv helfensbedürftig, auch wenn sich kaum jemand von sich aus dazu bekennen kann. Dies gilt für zu integrierende Hilfsbedürftige eher noch mehr als für andere Menschen wegen ihres prekären Gleichgewichts zwischen Nehmen und Geben, da sie dazu verurteilt sind, mehr Hilfe nehmen zu müssen als Andere. Daher ist Integration nicht etwa mit der Etablierung des Hilfsbedürftigen in seiner Wohnung abgeschlossen, sondern erst dann, wenn ihm auch hinreichend Gelegenheiten vermittelt sind, zu seiner Tagesdosis an Bedeutung für Andere zu kommen, notfalls professionell zu organisieren, in jedem seiner drei Sozialräume: Im Privatraum ist z. B. die Haushaltsführung, im dritten Sozialraum der Nachbarschaft die Präsenz für einen Hilfsbedürftigen Nachbarn und im öffentlichen Sozialraum sind es alle Formen des Arbeitens, und sei es auch „nur“ als Stundenlöhner in einer Zuverdienstfirma, weshalb wir in Gütersloh zwölf solcher Zuverdienstfirmen gegründet haben. Diese Profi-Aufgabe wird am häufigsten vergessen.
9. Das führt zwingend zur Geltung des kategorischen Imperativs der Integration: „Handele in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen beim jeweils Letzten beginnst, wo es sich am wenigsten lohnt.“

Das gilt für die psychotherapeutische Praxis ebenso wie für die Station eines Krankenhauses oder Heims oder für den Verantwortungsbereich eines Vereins. Und das gilt auch dann, wenn man natürlich einzuräumen hat, dass kein Mensch zu der ständigen Befolgung dieser Norm in der Lage ist. Bei Anerkennung der Geltung dieser Norm reicht es aber auch schon pragmatisch, wenn wir die jeweils Letzten in den Gesamtprozess unseres Tätigseins einstreuen, wenn wir gerade die Kraft dazu haben. Denn wenn ich mich auf das Integrieren der Lohnendsten beschränke, mache ich mich schuldig, daran mitzuarbeiten, dass am anderen Ende des Spektrums eine Konzentration der Unerträglichsten entsteht – in der Regel in einer Institution, über deren unzumutbare Bedingungen wir uns dann gern das Maul zerreißen. So komme ich durch den ganz pragmatischen Vollzug meiner Integrationsarbeit – ungewollt und überraschend – zu der anfangs gar nicht beabsichtigten radikalen Norm, dass Integration nur für alle oder für keinen gelten kann und dass man nicht ein bisschen integrieren kann. Die Schweden und die Norweger haben diese moralische Krise für ihr ganzes Land durchlitten, bis ihnen klar wurde, dass sie – dem menschenrechtlichen Integrationsanspruch folgend – keine Alternative dazu hätten, als den Aufenthalt in einer Institution wegen einer Behinderung gesetzlich zu verbieten.

10. Fazit: Aus alledem ergibt sich, dass Integration an den ja auch berechtigten betriebswirtschaftlichen gesund-egoistischen Interessen von uns Profis in jeder Organisationsform unter den Bedingungen der Markt-Ethik scheitern muss. Der einzige integrationsfördernde Ausweg, den ich sehe, besteht in dem regionalen Sozialraumbudget, wonach jeder nach dem Anteil, mit dem er sich an der Integrationsaufgabe für eine bestimmte Region beteiligt, bezahlt wird, wie dies in Deutschland für den Bereich der Jugendhilfe in einigen Modellregionen immerhin erprobt wird. Denn nur dann kann jeder Profi, ohne sich zu schädigen, mit dem Letzten beginnen, kann die Hilfe dahin gelenkt werden, wo der Hilfebedarf am größten ist, auch wenn es dann für die Therapie der Gesunden nicht mehr ganz reicht. Wem all das noch nicht genügend unter die Haut gegangen ist, der möge sich bitte klarmachen, dass es in keiner Kultur der Menschheitsgeschichte einen so großen gesamtgesellschaftlichen Hilfebedarf gegeben hat wie bei uns – dank der exponentiellen Zunahme der Alterspflegebedürftigen, der körperlich chronisch Kranken und der Neo-Psychisch-Kranken – bei abnehmendem Wirtschaftswachstum und abnehmender Erwerbstätigkeit. Dies zwingt ökonomisch dazu, einen Teil des bisherigen Gesamthilfebedarfs vom Profi-Hilfe-System auf das Bürgerhilfesystem zurückzuverlagern und damit das Tempo der Integration zu beschleunigen. Ich habe die Begründung dafür in „Leben und sterben, wo ich hingehöre“ (Neumünster: Paranus) breiter entfaltet.

Man sieht: Die ethische Befolgung der heute geltenden fachlich-moralischen Normen für uns Profis und die gegenwärtigen ökonomischen Zwänge wirken gleichsinnig, kritisch

Zusammenfassung: Die Funktion der Ethik für die Integration

Differenziert greift *Klaus Dörner* die ethische Dimension und die Funktion der Ethik für die Integration auf. Aus den Problemen der Eingliederung der Patienten des psychiatrischen Krankenhauses Gütersloh in die Gesellschaft entwickelt *Dörner* ein rehabilitatives Resozialisierungsmodell, das die soziale Umgebung des Patienten in den Vordergrund rückt und stärker in den Heilungsprozess mit einbeziehen lässt. Kritische Gedanken stellen die ökonomisch-marktorientierte professionelle Hilfe in Frage, die die individuelle soziale Kompetenz in humanen Gemeinschaften verhindere. Für die Hilfebedürftigsten unserer Gesellschaft kann Integration nur im Horizont des speziell dafür in allen Kulturen der Menschheitsgeschichte vorgesehenen „dritten Sozialraums“ erfolgen.

Schlüsselwörter: Ethik, Resozialisierung, „dritter Sozialraum“, professionelle Hilfe, Integration

Summary: The function of ethics in integration

Klaus Dörner takes the ethical dimension and the function of ethics in integration in a differential way. From the problems of the incorporation of patients of the Gütersloh psychiatric hospital back into society, *Dörner* develops a rehabilitative resocialisation model, which moves the social surroundings of the patient into the foreground and includes them more strongly in the healing process. Critical thinking puts into question the economic-market oriented professional help, which obstructs the individual social competence in human communities. For those most in need of help in our society, integration can succeed only in the horizon of the “social third space”, specially planned for this in all cultures of human history.

Keywords: Ethics, resocialisation, „social third space“, professional help, integration

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

Nissenstrasse 3
20251 Hamburg
Deutschland