

Arm dran: Wie Menschen mit seelischer Behinderung soziale Teilhabe verwehrt wird

10 Thesen von Markus Kellmann

Gliederung:

1. Alles halb so schlimm? Zur Bagatellisierung seelischer Behinderung
2. Haste mal `ne Mark? Die Rückkehr der „armen Irren“ und der sozialen Frage auf die Tagesordnung der Sozialpsychiatrie
3. Wenn nicht einmal ein Lotto-Gewinn weiterhilft: Kein Ausweg aus der Armut für Menschen mit seelischer Behinderung
4. Wohnung und Job Mangelware – Was die Lebenssituation noch prekärer macht
5. Alles Bio oder was? Zur Vernachlässigung der sozialen Bedingtheit seelischer Behinderung, einer echten Sozialraumorientierung und der Herstellung sozialer Netze
6. *One trick pony*: Tabletten und sonst nichts?
7. Wir müssen draußen bleiben. Die schöne, neue Welt der Sozialpsychiatrie bleibt außen vor. Die Qual der Wahl zwischen Fremdbestimmung und Überforderung
8. Krank, kränker und früher tot: Höhere Multimorbidität und Mortalität
9. Nichts wert sein: Diskriminierung, Stigma und Scham
10. Wer hört uns? Kaum Selbstvertretung auf individueller, kollektiver und politischer Ebene

1. Alles halb so schlimm? Zur Bagatellisierung seelischer Behinderung

Die Bagatellisierung seelischer Behinderung beginnt mit der verwendeten Begrifflichkeit: Der Begriff *seelische* oder *psychische Behinderung* findet nämlich weder bei den betroffenen Klient*innen noch in der Fachwelt angemessene Berücksichtigung. Sondern er wird vielfach durch *psychische Beeinträchtigung* oder *Krankheit* ersetzt (auch wenn von *schwerer psychischer Beeinträchtigung* oder *Serious Mental Illness (SMI)* die Rede ist). Viele Klient*innen lehnen den Behinderungsbegriff für sich ab, weil sie ihn als stigmatisierend und beschämend empfinden. Die sozialpsychiatrische Szene verwendet ihn auch selten – sei es aus Solidarisie-

rung mit den Klient*innen, aus Denkfaulheit oder, weil sie tatsächlich vorrangig Menschen mit (nur) einer psychischen Erkrankung im Blickfeld hat.

Psychische Erkrankung und Behinderung sind aber nicht dasselbe. Behinderung ist nicht nur schwerwiegender, sondern auch komplexer und nach neuem Verständnis (ICF, BTHG) viel progressiver und weniger stigmatisierend definiert als angenommen: Nämlich dadurch, dass der Prozess des Behindert-Werdens, also die sozialen Rahmenbedingungen von Behinderung, deutlicher in den Vordergrund rücken. Deren Bedeutung wird aber in der Realität weiterhin unterschätzt und bagatellisiert.

In den letzten beiden Jahrzehnten wurde die Individualisierung sozialpsychiatrischer Hilfen forciert und ihre Orientierung an Selbstbestimmung und persönlichen Ressourcen propagiert. Bei allen positiven Effekten droht das aber auch, das Ausmaß des subjektiven Leidens an seelischer Behinderung in den Hintergrund zu rücken sowie die betroffenen Klient*innen als vermeintlich *souveräne Kunden* und *Selbstoptimierer* zu überfordern. Ein reduziertes Verständnis von Teilhabe als Selbstbestimmung plus Inklusion wie in der UN-BRK greift zu kurz.

2. Haste mal 'ne Mark? Die Rückkehr der „armen Irren“ und der sozialen Frage auf die Tagesordnung der Sozialpsychiatrie

Menschen mit seelischer Behinderung sind arm. Ich kenne jedenfalls keinen, der nicht unterhalb der Armutsschwelle lebt. Und mehr als 95 % der Klient*innen, mit denen ich zu tun habe, sind auf staatliche Transferleistungen angewiesen. Teilhabe aber kostet Geld. Geld, das fehlt, nicht gesellschaftlich - Reichtum ist mehr als genug vorhanden -, sondern den Menschen, die am verletzlichsten sind und es am nötigsten brauchen. Und dann reden wir erst mal nur vom rein finanziellen Aspekt der Armut und noch nicht von ihren sozialen und psychischen Begleitumständen, die ich hier zusammenfassend als prekäre Lebensumstände bezeichne.

Prekäre Lebensumstände bedeuten z.B. Arbeitslosigkeit oder prekäre Beschäftigung, Wohnungsnot, soziale Isolation und Segregation, Opfer einer entwürdigenden Sozialbürokratie zu sein, Scham und Stigmatisierung, schlechter Gesundheitszustand usw. usf. Der wechselwirksame Zusammenhang von prekären Lebensbedingungen und psychischer Behinderung ist trotz Ignoranz und Bagatellisierung (bei der Entstehung des BTHG spielte er kaum eine Rolle) unstrittig und vielfach belegt. Seelische Behinderung, macht arm. Armut macht psychisch krank und verfestigt eine seelische Behinderung.

Armut erhöht Stress und Vulnerabilität. Sie höhlt die persönlichen Ressourcen aus, die notwendig sind, um trotz psychischer Erkrankung persönlich wichtige Teilhabemöglichkeiten zu erschließen. In diesem Sinne be- und verhindert Armut sowohl Teilhabe als auch Genesung (nicht im Sinne von Heilung, sondern von *Recovery* als Bewältigung der psychischen Erkrankung).

3. Wenn nicht einmal ein Lotto-Gewinn weiterhilft: Kein Ausweg aus der Armut für Menschen mit seelischer Behinderung

Alle Menschen mit seelischer Behinderung im Erwerbsalter, die ich kenne, sind nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachzugehen - nicht einmal in unterstützter Form (Zuverdienst etc.). Selbst die Quote der WfBM-Besucher*innen liegt gerade einmal bei 15 % dieser Klient*innen (10 % stationär, 20% ambulant). Und auch diese Gruppe ist komplett auf staatliche Transferleistungen angewiesen.

Bei der vollmundig verkündeten Anhebung der Freibeträge im BTHG, was Einkommen und Vermögen betrifft, geht die o.a. Gruppe völlig leer aus. Eine Vermögensbildung ist mit dem Regelsatz der Sozialhilfe (ambulant) bzw. dem Barbetrag zur persönlichen Verfügung (stationär) schlichtweg unmöglich.

Kein/e Heimbewohner/in erhält aufgrund einer etwaigen Alters-, Erwerbsminderungs- oder anderen Rente auch nur einen Cent mehr (das kassiert alles der Kostenträger ein). Im Fall einer Pflegedürftigkeit erhält der/die Heimbewohner/in ebenfalls nichts von der ohnehin auf 266 €/Monat pauschalierten Leistung der Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI (auch nicht die Wohneinrichtung, sondern wieder nur der Kostenträger).

Selbst eine etwaige Erbschaft bringt nichts. Im stationären Bereich sieht der/die Erbende seit ein paar Jahren nichts mehr; der Sozialhilfeträger zieht den Betrag komplett zur Begleichung vergangener (und ggf. zukünftiger) Heimkosten ein. Auch im ambulanten Setting kommt kaum etwas von dem Geld an, weil der behinderte Mensch sofort zum/r Selbstzahler/in wird für seine Existenzsicherung und Miete, für die Fachleistungsstunden des Betreuten Wohnens und für die rechtliche Betreuung, bis das Geld aufgebraucht ist.

Der m.W. einzige Geldzufluss, der nicht angetastet wird, ist die Opferentschädigung. Makaber genug. Auch der Zuverdienst mit Flaschensammeln ist legal (aber ein raues Pflaster), Betteln ist es nicht.

4. Wohnung und Job Mangelware – Was die Lebenssituation noch prekärer macht

Verschärft werden die prekären Lebensumstände vieler Menschen mit seelischer Behinderung noch durch die allgemeine Wohnungsnot und das Fehlen geeigneter, auskömmlicher (Mindestlohn), meinetwegen auch unterstützter Arbeitsplätze. Ich konzentriere mich hier auf das Thema Wohnen.

Die allgemeine Wohnungsnot, insbesondere das eklatante Fehlen bezahlbaren Wohnraums – längst nicht mehr nur in den Großstädten und Ballungsräumen -, ist nicht vom Himmel gefallen. Sie ist ein Produkt neoliberaler Politik der letzten Jahrzehnte: die Privatisierung öffentlichen (kommunalen oder genossenschaftlichen) Wohnungsbestandes, Immobilienbesitz als Spekulationsobjekt, der Verlust und fehlende Neubau von Sozialwohnungen, Gentrifizierungseffekte, Mietpreisexlosionen. Überdurchschnittlich stark betroffen davon sind ausgerechnet Bezieh*innen geringer Einkommen oder staatlicher Transferleistungen. Eine Folge ist zudem eine immer stärkere soziale Segregation (auch und gerade dort, wo noch genügend Wohnraum vorhanden ist).¹

Als Folge davon finden Menschen mit seelischer Behinderung zu oft

- keinen bezahlbaren Wohnraum, um aus einem Heim auszuziehen,
- müssen sich mit üblen Wohnverhältnissen (Renovierungsrückstand, schlechte Isolierung, schikanöse Hausverwaltung etc.) zufriedengeben,
- sind auf Wohnraum in sozialen Brennpunkten, in marginalisierten oder sozial segregierten Ghettos, mit hoher Umweltbelastung, ohne angemessene, soziale Infrastruktur angewiesen.

Alles keine gesundheits- und genesungsförderlichen Lebensbedingungen, von gelingender Teilhabe ganz zu schweigen. Oder sie bekommen bei mehr als genügend nicht-behinderten Bewerber*innen erst gar keine Wohnung vermietet,

- wenn ihre Behinderung oder psychiatrische, gar forensische Vorgeschichte bekannt ist,
- wenn sie eine Privatinsolvenz angemeldet, eine negative Schufa-Auskunft oder auch nur eine rechtliche Betreuung haben.

Das wird hierzulande nicht nur von privaten Vermietern, sondern auch von einigen gemeinnützigen Wohnungsgesellschaften so praktiziert.

¹ Vgl. das aktuelle Kurzgutachten des SoVD zu Wohnverhältnissen in Deutschland: Stephan Junker, Mietbelastung, soziale Ungleichheit und Armut, August 2018, siehe https://www.sovd.de/fileadmin/bilder/web-Wohnverhaeltnisse_in_Deutschland_2018_10_19.pdf

5. Alles Bio oder was? Zur Vernachlässigung der sozialen Bedingtheit seelischer Behinderung, einer echten Sozialraumorientierung und der Herstellung sozialer Netze

Schlimm genug, dass Armut (prekäre Lebensbedingungen) als prägende Lebenserfahrung von Menschen mit seelischer Behinderung bagatellisiert oder als naturgegeben hingenommen wird. Noch schlimmer ist, dass der wechselwirksame Zusammenhang von psychischer und somatischer Krankheit und von Armut (prekären Lebensbedingungen) in Theorie und Praxis, also Forschung, Diagnostik, Behandlung, Teilhabeplanung und -leistung oft ausgeblendet wird oder unterbelichtet bleibt. Geschweige denn, dass er angemessen skandalisiert wird. Dabei liefert sowohl das Behinderungsmodell der *ICF* als auch der für die Teilhabe-Thematik adaptierte *Capabilities Approach* hierfür durchaus das Rüstzeug (zu beidem später mehr).

Die seit Jahren propagierte Sozialraumorientierung könnte hier eine wichtige Rolle spielen, wenn sie ihrem Namen und Anspruch gerecht würde. Dann würde sie nämlich die sozialen Rahmenbedingungen der Klient*innen als prägende Faktoren und ihre sozialen Netzwerke als wichtige Ressourcen in den Vordergrund sozialpsychiatrischen Agierens rücken. Doch echte Sozialraumorientierung spielt, von Alibiprojekten abgesehen, in der psychiatrischen Praxis weiterhin nur eine untergeordnete Rolle. In der Eingliederungshilfe leidet die Sozialraumorientierung zudem darunter, dass sie nicht finanziert wird. Sie kommt in der Logik personenzentrierter *Face to face*-Leistungen (Fachleistungsstunden im Betreuten Wohnen) nicht vor. Dagegen wird das kostenverringende, nicht entlohnte Engagement im Sozialraum (nachbarschaftliche Hilfe, Engagement von Freund*innen, Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen) gerne abgeschöpft.

Tatsächlich verfügen Menschen mit seelischer Behinderung kaum über ein funktionierendes soziales Netz. Ein paar Zahlen aus eigener Anschauung:

- Weniger als 5 % der Klient*innen, die ich kenne, haben eine/n feste/n Partner/in,
- nur 1 % leben mit ihm/ihr zusammen,
- weniger als 50 % haben regelmäßigen Kontakt zur Herkunftsfamilie oder ihren eigenen Kindern/Ex-Partner*innen,
- weniger als 5 % haben Freund*innen außerhalb der Psychiatriegemeinde oder einen Menschen, der ihnen nähersteht als ihr/e Bezugsbetreuer/in.

Dass die in der BAESCAP-Studie ermittelte Lebenszufriedenheit in Wohnheimen tendenziell größer ist als beim Betreuten Wohnen in der eigenen Wohnung, hat auch damit zu tun, dass trotz der unfreiwilligen Zwangsgemeinschaft (mit Mitbewohner*innen und Mitarbeitenden) das Wohnheim verlässlicher soziale Kontakte

und Beziehungen unterschiedlicher Intensivität bietet. Beim Auszug aus einem Wohnheim in die eigene Wohnung muss die Frage beantwortet werden, was an deren Stelle tritt und es wäre illusorisch zu glauben, dass dies nur inklusive Angebote sein können/dürfen.

6. One trick pony: Tabletten und sonst nichts?

Menschen mit seelischer Behinderung werden in psychiatrischen Zusammenhängen (niedergelassene Psychiater*innen/Psychotherapeut*innen, Institutsambulanz, Kliniken) zumeist als *chronifizierte Drehtür-Patient*innen*, als *hoffnungslose* oder *austherapierte Fälle* wahrgenommen. Ihre Behandlung reduziert sich zu oft auf Pharmakotherapie. Diese erfolgt meist Jahre lang, wenn nicht permanent, häufig hoch dosiert und in Form umfangreicher Medikamenten-Cocktails.

Compliance oder *Adherence* wird auf die Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme reduziert. Wie mit der Frage von Medikamentenreduktion oder -absetzen umgegangen wird, hat oft etwas Willkürliches. Ich erlebe beide Extreme: Durchsetzungsfähigen Klient*innen, wird jeder Wunsch nach Medikamentenveränderung (sprich: Reduktion) vom dem/der behandelnden Psychiater/in bereitwillig erfüllt, damit bloß kein Konflikt aufkommt, zurückhaltendere Klient*innen werden in ihrem Wunsch nach Medikamentenreduktion nicht ernst genommen; seltener gelingt eine im Hilfesystem abgestimmte, unterstützte und verantwortungsvolle Medikamentenreduktion.

Nicht-medikamentöse Ansätze wie Psychotherapie, Psychoedukation, Psychose-Seminare oder *Adherence* (wenn damit mehr als nur *Compliance* gemeint ist) spielen in der Realität kaum eine Rolle (zu den Gründen siehe 7.).

7. Wir müssen draußen bleiben. Die schöne, neue Welt der Sozialpsychiatrie bleibt außen vor. Die Qual der Wahl zwischen Fremdbestimmung und Überforderung

Neue Tendenzen in der Sozialpsychiatrie erreichen ausgerechnet den Personenkreis, der sie am meisten benötigt, am wenigsten, wenn überhaupt. Das gilt für so unterschiedliche Ansätze wie *Integrierte Versorgung*, *Home Treatment/Stäb*, *ExIn-Genesungsbegleitung*, *Peer Counseling*, *Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung*. Ursache hierfür ist in meinen Augen ein *Creaming Effekt*, der lieber „*leichtere*“ - im Sinne von unkomplizierteren, absprachefähigen und erfolgsversprechenden - Klient*innen abschöpft, statt mit den „*Schwierigsten*“ zu begin-

nen. Oder man hat sie erst gar nicht im Blick, weil die o.a. Modelle in erster Linie für Menschen mit psychischer Erkrankung und eben nicht mit psychischer Behinderung entwickelt worden sind. Aus den Augen, aus dem Sinn...

Sowohl in Wohneinrichtungen als auch im Betreuten Wohnen gibt es zwei gegensätzliche, aber oft gleichzeitig auftretende und gleichermaßen problematische Grundhaltungen: Geprägt sind sie die entweder von traditioneller, paternalistischer Fremdbestimmung („*Ich weiß besser, was für dich gut ist*“) oder von einem sich auf die Selbstbestimmung der Klient*innen berufenden Laissez-faire (Nichtstun, Ignoranz, Vernachlässigung). Beide werden Menschen mit seelischer Behinderung nicht gerecht. Entweder berücksichtigen sie die Autonomie und Eigenverantwortung der Betroffenen nicht angemessen und unterschätzen die Notwendigkeit ihrer aktiven Mitwirkung. Oder sie überfordern die Klient*innen dort, wo es vorrangig erst einmal um die (Wieder-)Erlangung von Eigenverantwortung und Entscheidungsspielräumen geht.

Notwendig ist ein auszuhandelnder Balanceakt, der beides braucht: „*Fürsorglichkeit*“ (im Sinne einer erweiterten *Care-Ethik* oder des *Capabilities Approach*) und Empowerment (als Respekt vor prinzipieller Autonomie und als Unterstützung zur Herstellung von Selbstwirksamkeit und real praktizierter Autonomie). Oder um mit Steinhart/Speck zu sprechen: Die „*eindimensionale Gegenüberstellung von Fürsorge und Selbstbestimmung auszuhebeln und so einen neuen und praxistauglichen Begriff von Solidarität und Verantwortung zu entwickeln*“.² Das ist bei Menschen mit seelischer Behinderung herausfordernder und aufwändiger als bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung.

8. Krank, kränker und früher tot: Höhere Multimorbidität und Mortalität³

Das Risiko von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, an einer somatischen Krankheit zu erkranken, ist eineinhalb- bis dreimal so hoch wie bei der nicht-psychisch kranken Bevölkerung. Ihre Lebenserwartung liegt 10 bis 25 Jahre darunter. Bei Menschen mit einer seelischen Behinderung verschärft sich dieser Befund noch; die Komorbidität liegt noch höher, auch die Anzahl psychiatrischer

² Ingmar Steinhart/Andreas Speck, *Der Capabilities Approach und die Sozialpsychiatrie*, in: *sozialpsychiatrische informationen*, 2/2016, S. 4-8

³ Bei diesen Ausführungen greife ich überwiegend auf die Beiträge im Themenheft „*An Leib und Seele krank. Somatische Komorbidität im Kontext psychischer Erkrankung*“, *sozialpsychiatrische informationen*, Nr. 4/2018, zurück.

Diagnosen nimmt zu. Das bestätigt auch die Befragung der Betroffenen in der BAESCAP-Studie zur Selbstwahrnehmung ihrer Gesundheit.

Als Ursachen für die höhere Morbidität und Mortalität gelten:

- der Mangel an Ressourcen infolge prekärer Lebensbedingungen (Armut, Arbeitslosigkeit, Nicht-Wissen/bildungsarmut, fehlender sozialer Rückhalt),
- Begleiterscheinungen der psychischen Erkrankung (Rückzug, Bewegungsmangel),
- die Nebenwirkungen langjähriger, hochdosierte Psychopharmaka ein ungesunder Lebensstil (insbesondere hoher Nikotinkonsum und Suchtmittelmissbrauch - auch als Selbstmedikation),
- sowie Mängel in der medizinischen, psychiatrischen und Eingliederungshilfe-Versorgung.

Der objektiv nachgewiesene wie subjektiv wahrgenommene, schlechtere Gesundheitszustand von Menschen mit einer seelischen Behinderung wiederum verschlechtert die Teilhabechancen der Betroffenen (auch aus eigener Sicht) maßgeblich.

9. Nichts wert sein: Diskriminierung, Scham und Stigma

Die beschriebene Diskriminierung von Menschen mit seelischer Behinderung stellt auch die Würde und den Selbstrespekt der Betroffenen in Frage. Sie ist ja durchaus ein realer Indikator dafür, was einer reichen Gesellschaft das menschenwürdige Leben ihrer verletzlichsten Mitglieder wert ist – oder eben nicht. Hinzu kommt eine gesellschaftliche Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung (erst recht mit forensischer Vorgeschichte). Daran haben auch zahlreiche Anti-Stigma-Programme nichts ändern können.

Dennoch erscheinen mir aufgrund meiner beschränkten Erfahrungen Scham, Selbststigmatisierung und Angst vor drohender Stigmatisierung die reale Stigmatisierung noch zu übertreffen. Ich kenne ambulant betreute Klient*innen, die extrem besorgt sind, dass ihre Nachbarschaft herausfinden könnte, dass sie psychisch krank sind, noch schlimmer: psychiatrisch oder gar forensisch untergebracht waren. Da löst schon der Besuch eines BeWo-Mitarbeitenden im gekennzeichneten Dienstwagen eine veritable Krise und scheitert die Teilnahme am gemeinsame Ausflug am als solchen erkennbaren Heimbus (wir sind daher dazu übergegangen, Dienstfahrzeuge ebenso wenig zu kennzeichnen wie Außenwohngruppen in der Gemeinde).

Scham ist nicht nur eine Folge gesellschaftlicher Stigmatisierung, sondern auch eine Folge des Ausbleibens von erlebter Selbstwirksamkeit und persönlichen Erfolgserlebnissen (selbst wenn diese real existieren). Häufige Enttäuschungen, Rückfälle, ein geringes Selbstwertgefühl, Versagensängste, sich selbst als unnützlich und überflüssig zu erleben, zehren an der Psyche eines jeden Menschen. Umso mehr an der eines psychisch behinderten Menschen, dem sie zudem wichtige, persönliche Ressourcen für die Bewältigung seiner psychischen Krankheit rauben.

10. Wer hört uns? Kaum Selbstvertretung auf individueller, kollektiver und politischer Ebene

Jeder zweite Sozialhilfebescheid und jede zweite Nebenkostenabrechnung sind falsch, Antrags- und Einspruchsverfahren sind unglaublich bürokratisch, kompliziert und langwierig, ständig drohen Sanktionen wegen fehlender Mitwirkung. Um die individuellen Rechte seelisch behinderter Menschen durchzusetzen, sind sie auf engagierte und kompetente rechtliche Betreuer*innen und/oder auf wohlwollende Sachbearbeiter*innen in den entsprechenden Behörden angewiesen. Sie müssen „*Glück haben*“.

Die kultivierte Abneigung vieler Klient*innen, sozialpsychiatrischer und politischer Akteur*innen gegen rechtliche Betreuungen und die Diskussion, rechtliche Betreuungen aufgrund der UN-BRK zu beschneiden oder abzuschaffen, droht, den Menschen mit seelischer Behinderung ihre wichtigsten Fürsprecher zu entziehen.

Die beschränkten Mitsprachemöglichkeiten der gesetzlich vorgegebenen, von Heimbewohner*innen gewählten Beiräte in stationären Wohneinrichtungen und das Fehlen eines entsprechenden Pendant im ambulanten Betreuten Wohnen mindern die Mitbestimmung und Partizipation von Menschen mit seelischer Behinderung in der Eingliederungshilfe. Im klinischen Bereich sieht es nicht besser aus. Von fehlenden Arbeitnehmerrechten und Personalvertretungen in unterstützten Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen (WfM) ganz zu schweigen.

Unter den politischen Interessensverbänden (z.B. bei der BTHG-Diskussion) dominieren Kostenträger, Einrichtungsträger und Selbstorganisationen von Menschen mit körperlicher Behinderung. Menschen mit psychischer Erkrankung, aber auch ihre Fürsprecher in Form von Angehörigen oder rechtlichen Betreuer*innen, treten allenfalls am Rande auf. Selbst die Betroffenenverbände und die zunehmend Gehör findenden ExIn-Genesungsbegleiter*innen können die Interessen von Menschen mit seelischer Behinderung nur bedingt repräsentieren, da sie

kaum selber zu diesem Personenkreis gehören und nicht in ihrer Lebenswelt zuhause sind.

*Markus Kellmann, Diplom-Pädagoge,
leitet als Abteilungsleiter der LVR-Klinik Viersen
den LVR-Wohnverbund Viersen, eine Eingliederungshilfeeinrichtung
für derzeit 67 stationär und 88 ambulant (BeWo, LiGa) betreute
Menschen mit seelischer Behinderung),
Kontakt: markus.kellmann@lvr.de*