



# Ein Leitfaden zur Abschaffung von Zwang und Fixierung in der psychiatrischen Versorgung



# WILLKOMMEN!

## EINFÜHRUNG

Dieser Ratgeber ist die vierte Ausgabe unserer Leitfaden-Reihe. „Ein Leitfaden zur Abschaffung von Zwang und Fixierung in der psychiatrischen Versorgung“ folgt auf den „Leitfaden zu Psychopharmaka“, den „Leitfaden zu persönlicher Recovery in der psychiatrischen Versorgung“ und den „Leitfaden für psychiatrische Diagnosen“.

Dieser Leitfaden soll Menschen, die mit dem psychosozialen Gesundheitssystem in Berührung kommen, entweder als Nutzer\*innen oder indirekt als Freund\*innen oder Familienangehörige von Nutzer\*innen, dabei helfen, die Situation zu analysieren, zu verstehen und sich aktiv zu beteiligen, anstatt passiv Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Für viele Menschen kann die Erfahrung, Psychiatriepatient\*in zu werden, Gefühle von Einsamkeit, Demütigung und Angst auslösen. Das kann sich noch verschlimmern, wenn die Behandlung unfreiwillig oder zwanghaft erfolgt, was zu zusätzlichem Leid und dauerhaftem Trauma führen kann.

Leider lassen die meisten Staaten in der psychiatrischen Versorgung noch immer Formen von Zwangsbehandlung und Fixierung zu, die als gerechtfertigt gelten, wenn die betreffende Person eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellt.

Heutzutage werden Zwangsmaßnahmen in der Regel als „letztes Mittel“ mit Leitlinien und obligatorischen Schulungen eingesetzt, doch auch ihr Einsatz als Mittel der Wahl oder Notfallversorgung ist nach wie vor weit verbreitet und nimmt in Einrichtungen, die unter großem Druck stehen, sogar noch zu.

Dieser Leitfaden soll Wege aufzeigen, wie psychisch Erkrankte und ihre Unterstützer\*innen sich Gehör verschaffen und die Kontrolle über ihren Körper und ihr Leben wiedererlangen **können**.

# 1. Welche Formen von Zwangsbehandlung und Fixierung gibt es?

Zwangsbehandlung und Fixierungsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung haben eine lange und zugegebenermaßen düstere Geschichte. Folgende Formen der Fixierung werden praktiziert:

**X Physische Fixierung:** Manuelles Fixieren einer Person, um Bewegungen zu verhindern oder einzuschränken

**X Mechanische Fixierung:** die Verwendung von Vorrichtungen (z. B. Gurten, Gürtel, Bettgitter usw.), um Bewegungen zu verhindern oder einzuschränken

**X Chemische oder pharmakologische Ruhigstellung:** Einsatz von Beruhigungsmitteln zur Kontrolle oder Unterdrückung von Verhalten (z. B. schnelle Beruhigung)

**X Isolierung:** Einsperren in einen Raum oder einen abgelegenen Bereich, den eine Person nicht frei verlassen kann



ALS ZWANGSMASSNAHMEN WERDEN SOLCHE BEZEICHNET, DIE DEN ÜBLICHEN MEDIZINISCHEN GRUNDSATZ, DASS EINE VOLLSTÄNDIG INFORMIERTE EINWILLIGUNG ZUR BEHANDLUNG ERFORDERLICH IST, MISSACHTEN ODER UMGEHEN.

Dies kann durch die Androhung von Konsequenzen für Nichteinhaltung geschehen, wie z. B. die erzwungene Wiedereinweisung in eine Klinik oder jede andere Art der Missachtung des ausdrücklichen Willens der zu behandelnden Person (z. B. Zwangsinjektionen oder gemeinschaftliche Behandlungsanordnungen).

# 2. Gibt es Alternativen zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen und Fixierung?

2017 hat Mental Health Europe (MHE) Stellung bezogen zu Artikel 12 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), und sich für die Umstellung aller psychiatrischen Versorgung und Gesetze auf vollständige konsensuale Praktiken eingesetzt, die frei von Zwang und substituierter Entscheidungsfindung sind. Zwei Jahre später erstellten wir einen Bericht über **vielversprechende Praktiken zur Prävention, Reduktion und Abschaffung von Zwangsmaßnahmen in Europa.**

Dieser Bericht listet Alternativen auf, die derzeit in den verschiedenen europäischen Ländern angewendet werden und von MHE-Mitgliedern und -Partnern zusammengetragen wurden. Zur Veranschaulichung der Prinzipien, auf denen sie beruhen, werden hier einige Beispiele aufgeführt.

## ITALIEN

**Psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern SPDCs (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura)**

SPDCs wurden 1978 während des Deinstitutionalisierungsprozesses in Italien durch dasselbe Gesetz eingerichtet, das die Schließung psychiatrischer Kliniken auf nationaler Ebene anordnete und damit ein deutliches Zeichen für die Verlagerung des Schwerpunkts der Dienste von der Klinik auf die Gemeindepsychiatrie und ein soziales statt medizinisches Paradigma setzte. SPDCs sind psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, die Menschen in kritischem Zustand aufnehmen, sowohl freiwillig als auch unfreiwillig eingewiesen, wenn die Unterstützung durch die gemeindepsychiatrischen Dienste erfolglos war.

Es gibt SPDCs, die ausschließlich offene Stationen haben und seit vielen Jahren auf Zwangsmaßnahmen verzichten („no restraint SPDCs“), während andere SPDCs immer noch auch geschlossene Stationen führen, aber parallel darauf abzielen, Zwangsbehandlungen zu reduzieren oder abzuschaffen. Die auf Zwangsmaßnahmen verzichtenden SPDCs beruhen auf einer Politik der offenen Türen und der Achtung von Rechten, Freiheit und Würde der Menschen. Das Programm basiert auf dem Dialog und der Ermutigung der Betroffenen, Verantwortung für ihre Genesung zu übernehmen.

Die Umstellung auf ein SPDC ohne Zwangsmaßnahmen ist ein langwieriger Prozess, der Fortbildungsmaßnahmen für die Fachkräfte und das Erlernen neuer Kompetenzen erfordert, aber auch einen neuen Blick auf Menschen mit psychischen Erkrankungen in der breiten Gesellschaft nötig macht. Offenheit, Vertrauen und Kooperationsbereitschaft gegenüber Menschen innerhalb und außerhalb der Klinik sind unerlässlich. Das SPDC-Programm „No Restraint“

umfasst ein großes Netzwerk an Organisationen und Diensten sowohl auf Krankenhaus- als auch auf gemeindepsychiatrischer Ebene, z. B. Nutzer- und Familienorganisationen, lokale Behörden sowie Polizei und Justiz. Je besser die regionalen Dienste organisiert und koordiniert sind, desto weniger stationäre Aufenthalte sind erforderlich.

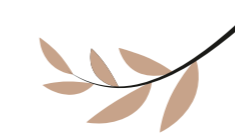
#### **FINNLAND**

##### **Ansatz des „Offenen Dialogs“ bei akuter Psychose**

Hierbei handelt es sich um ein ursprünglich in Finnland entwickeltes Konzept, bei dem die Entscheidungen über die Versorgung von der betroffenen Person gemeinsam mit einem von ihr gewählten Netzwerk getroffen werden. Das Modell des „Offenen Dialogs“ wurde ursprünglich als Behandlungsalternative zur Vermeidung von Klinikaufenthalten entwickelt. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen wie Isolierung und Fixierung verringert.

Der „Offene Dialog“ basiert auf der Unterstützung vor Ort, in den Wohnungen und Gemeinden der Menschen. Die Leistungserbringer sind bestrebt, regelmäßige „Netzwerktreffen“ zwischen den Betroffenen und den von ihnen gewählten Netzwerken aus Freund\*innen, Betreuungspersonen oder Familienangehörigen sowie Gesundheitsfachkräften zu ermöglichen. Es wird großer Wert darauf gelegt, dass alle Stimmen und Perspektiven gleichberechtigt einbezogen werden, sowohl als Mittel als auch als Ziel der Behandlung. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Transparenz gegenüber der betroffenen Person, auf Einfühlungsvermögen und positiver Wertschätzung.

Es gibt noch keine umfassende Studie zu den direkten Auswirkungen des „Offenen Dialogs“ auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, aber in Lappland hat das Modell die medizinische Notfallbehandlung vollständig ersetzt. Eine zweijährige Nachbeobachtung



verzeichnete einen Rückgang stationärer Aufenthalte, eine Zunahme von Familientreffen, geringere Medikamenteneinnahme, weniger Rückfälle und einen im Durchschnitt besseren Beschäftigungsstatus.

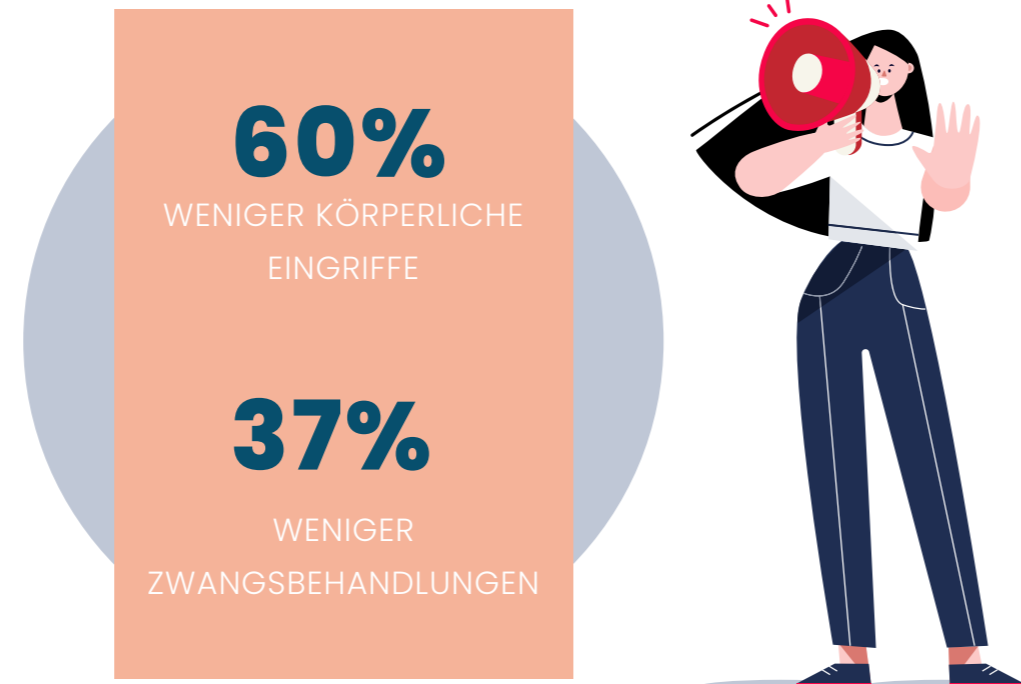
#### **VEREINIGTES KÖNIGREICH (UK)**

##### **Die Initiative „No Force First“**

Diese Initiative zielt darauf ab, das Konzept psychiatrischer Stationen von „containment“ hin zu Recovery zu verschieben und letztlich eine zwangsfreie Umgebung zu schaffen. Dieser aus den Vereinigten Staaten stammende Ansatz wurde von einigen im Vereinigten Königreich ansässigen Gesundheitsorganisationen übernommen. Dahinter steckt die Annahme, dass es so etwas wie eine erzwungene Recovery oder Genesung nicht gibt. Die „No Force First“-Politik zielt darauf ab, durch die folgenden Initiativen ein Umfeld ohne Zwang zu schaffen:

- ✓ Förderung der Zusammenarbeit zwischen Nutzer\*innen und Personal, um die Stationen stärker auf Recovery auszurichten;
- ✓ Entwicklung von Schulungsprogrammen in Zusammenarbeit mit den Nutzer\*innen und Förderung von Ausbildung in Deeskalationstechniken;
- ✓ Entwicklung kooperativer statt restriktiver Kultur, um Aggressionen, Selbstverletzungen und körperliche Interventionen zu vermeiden;
- ✓ Entwicklung eines tieferen Verständnisses für die Nutzer\*innen, um ihre Erfahrungen auf eine traumasensible, empathische Weise zu betrachten, zudem gemeinsame Arbeit am Aufbau von Resilienz;
- ✓ Einbeziehung der Erfahrungen von Nutzer\*innen und Einbeziehung gemeinschaftlicher Arbeit;
- ✓ Sensibilisierung von Nutzer\*innen und Angehörigen;
- ✓ Aufzeichnung von Daten betreffend der Anwendung von Zwangsmaßnahmen und unmittelbare Analyse von Vorfällen.

Der britische Mersey Care NHS Foundation Trust machte zusammen mit anderen Initiativen Gebrauch vom „No Force First“-Konzept und verzeichnete in den ersten zwei Jahren nach Umsetzung einen Rückgang körperlicher Eingriffe um etwa 60 %. Der Ansatz wurde dann auf sämtlichen Stationen des Trusts umgesetzt, und zwischen April 2016 und August 2017 kam es zu einem Rückgang von 37 % bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen sowie zu einer Verringerung der Krankenstände und der Personalfuktuation.



## 3. Unterstützung von Wahlfreiheit und informierter Einwilligung

Bei den oben beschriebenen Programmen geht es darum, die Kultur psychiatrischer Versorgung zu verändern, und im Falle der ersten beiden Programme auch die Kultur der gesamten Gesellschaft und ihrer Einrichtungen, in welche die Versorgung eingebettet ist.

Allerdings muss der\*die Einzelne auch dabei unterstützt werden, seine\*ihre Präferenzen und Entscheidungen zu artikulieren und danach zu handeln, wenn die Kultur weniger entgegenkommend ist. Eine Vertrauensperson, ein\*e Peer-Berater\*in oder eine Patientenverfügung, welche diese Präferenzen und Entscheidungen unterstützen, können eine große Hilfe sein, wie die

folgenden Programme zeigen.

### SCHWEDEN

#### Das schwedische Programm persönlicher Ombudsleute

„Personligt Ombud Skåne“ oder „PO“ ist ein Konzept, das 1995 von Menschen mit psychosozialen Behinderungen als „nutzergesteuerter Dienst mit persönlichen Vertreter\*innen“ ins Leben gerufen wurde. Ziel ist es, die Entscheidungsfindung von Menschen mit seelischen oder psychischen Behinderungen zu erleichtern, wenn es um die Unterstützung geht, die sie von öffentlichen Behörden und Sozialdiensten benötigen.

Die Ombudsperson investiert viel Zeit und Fürsorge in den Vertrauensaufbau und stellt sicher, dass ihre Klient\*innen die Hilfen und Dienstleistungen erhalten,

auf die sie Anspruch haben und die sie sich wünschen. Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) halten es für ein geeignetes Modell für die Unterstützte Entscheidungsfindung, da Ombudsleute es den Betroffenen ermöglichen, ihre Rechte durchzusetzen und Entscheidungen in persönlichen oder rechtlichen Angelegenheiten zu artikulieren. Die persönliche Ombudsperson ist somit eine Option, Zwangspraktiken zu begrenzen und die Zahl psychischer Krisen zu verringern.

Seit dem Jahr 2000 wurde das „PO“-Programm auf das gesamte Land ausgeweitet. Obwohl es noch keine Belege für die Auswirkungen auf Zwangsbehandlung gibt, hat eine fünfjährige Bewertung des Programms durch die Regierung gezeigt, dass das System in sozioökonomischer Hinsicht Kosten spart, da Personen mit „PO“-Unterstützung schneller unabhängig von psychiatrischen Diensten werden, mehr Kontrolle über ihr Leben erlangen und sich ihre psychosoziale Situation insgesamt verbessert. Infolgedessen begann das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt, „PO“ als neues soziales Instrument zu fördern.

Im Jahr 2013 trat eine neue Verordnung in Kraft, mit der eine dauerhafte Finanzierung des „PO“-Programms eingeführt wurde. Das Konzept ist auf großes Interesse gestoßen und hat aufsuchende Dienste in anderen Ländern inspiriert.

## Vorausplanung

Vorausplanung in Form von Patientenverfügungen oder Vorabklärungen ermöglicht, dass eine Person im Voraus Entscheidungen für sich selbst oder für andere trifft, insbesondere als Vorsorge für Krisenzeiten. Die Vorausplanung kann sich auf Behandlungspräferenzen, Informationen über Nebenwirkungen früher eingenommener Medikamente und andere Informationen beziehen, z. B. wer in einem bestimmten Fall kontaktiert werden soll und wer nicht. Sie kann dazu beitragen, dem Willen und den Wünschen der Betroffenen nachzukommen.

Eine formelle Art der Vorausplanung ist die Vorsorgevollmacht, mit der die betroffene Person jemand anderen beauftragt, sie im Falle einer künftigen Krise zu unterstützen. Eine informelle Form der Vorausplanung ist die Behandlungsvereinbarung, die auf einem Plan basiert, den die Betroffenen zusammen mit Gesundheitsfachkräften und, falls gewünscht oder erforderlich, einer Vertrauensperson, Peer-Berater\*innen oder Verwandten erstellen. Der Plan enthält Vorabklärungen zu den Wünschen bezüglich der Versorgung im Falle eines künftigen Rückfalls.

Patientenverfügungen werden nicht immer befolgt, da sich die Gesundheitsfachkräfte im „bestem Interesse“ ihrer Klient\*innen/Patient\*innen oft über deren Wünsche hinwegsetzen. Es ist jedoch wichtig zu bedenken, dass Nutzer\*innen das gleiche Recht haben,

DIE VORAUSPLANUNG WIRD ALS MITTEL ZUR VERRINGERUNG VON ZWANGSEINWEISUNGEN UND ZWANGSBEHANDLUNGEN ANGESEHEN, DA DIE NUTZER\*INNEN DAS GEFÜHL VON KONTROLLE UND ERMÄCHTIGUNG ERLANGEN, ZUVERSICHTLICHER IN DIE ZUKUNFT BLICKEN UND IHRE BEDÜRFNISSE RESPEKTIERT SEHEN.

ihre Meinung zu ändern, wie jede\*r andere auch, und dass dies nicht als Entschuldigung dafür dienen sollte, ihnen Maßnahmen der Vorausplanung vorzuenthalten, die je nach Land gesetzlich durchsetzbar sind und von den Gesundheitsfachkräften befolgt werden müssen.

## Intentional Peer-Support

Intentional Peer Support, zu Deutsch etwa „gezielte Peer-Beratung“, ist ein Ansatz, der zum Aufbau von Beziehungen einlädt, die auf Gegenseitigkeit beruhen, explorativ und sich der Machtverhältnisse bewusst sind. Die Peers treffen sich auf Grundlage gemeinsamer Erfahrungen und oft mit dem Wunsch, ihr Leben zu verändern. Sie lernen, zwischenmenschliche

Beziehungen zu nutzen, um Sachverhalte aus neuen Blickwinkeln zu betrachten, ein größeres Bewusstsein für Beziehungs- und Persönlichkeitsmuster zu entwickeln und sich gegenseitig beim Ausprobieren von Neuem zu unterstützen und zu fordern.

Intentional Peer Support fördert unter anderem eine traumasensible Beziehungsgestaltung: Statt zu fragen, „Was stimmt nicht mit dir?“, lautet die Frage, „Was ist dir passiert?“. Intentional Peer Support bietet einen wirkungsvollen Rahmen für den Aufbau von Beziehungen, in denen beide Seiten gemeinsam lernen und wachsen. So entsteht die Möglichkeit, durch zwischenmenschliche Beziehungen und Gespräche neuen Sinn zu erschaffen, was zu einem besseren Verständnis von Krisen führt. Gegenseitigkeit und geteilte Stärke tragen dazu bei, Zwangsmaßnahmen zu verhindern.

Der Intentional Peer Support wurde als Alternative zu den traditionellen Peer-Support-Praktiken innerhalb der psychiatrischen Versorgung entwickelt. Er wurde vom Centre for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry und dem European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry als bewährtes Verfahren für „Unterstützte Entscheidungsfindung und Alternativen zu Zwang“ gefördert.

# 4. Was braucht es zur Reduktion oder Abschaffung von Zwangsbehandlung und Fixierungsmaßnahmen?

Der Einsatz von Zwangsbehandlung und Fixierungsmaßnahmen ist in der Kultur und den Methoden psychiatrischer Versorgung und sozialer Dienste fest verankert. Er ist jedoch keinesfalls unangefochten. Im Jahr 2019 unterbreitete der ehemalige UN-Sonderberichterstatter für das Recht auf körperliche und geistige Gesundheit, Dainius Puras, den bahnbrechenden Vorschlag eines „Rights-first“-Ansatzes, um dem weltweit zunehmenden Verlass auf Zwangsbehandlungen entgegenzuwirken.

DER ERSTE SCHRITT ZUR VERÄNDERUNG IST DIE GEMEINSAME ERKENNTNIS, DASS ZWANGSMASSNAHMEN FALSCH SIND, UND DIE VERPFLICHTUNG AUF FÜHRUNGSEBENE, ALLE FORMEN VON ZWANGSBEHANDLUNG UND FIXIERUNGSMASSNAHMEN ABZUSCHAFFEN.



Handeln beinhaltet:

## FOKUS AUF NUTZER\*INNEN

Fokus auf den Wünschen der Nutzer\*innen, Investition von Zeit und Einbeziehung von Mitarbeitenden und Kolleg\*innen

## AUFBAU VON KAPAZITÄTEN BEI MITARBEITENDEN UND BEAMT\*INNEN

Schulung von Personal, aber auch von Polizeikräften und anderen öffentlichen Bediensteten, unter Einbeziehung von Expert\*innen aus der Praxis

## VERBESSERUNG DER KOMMUNIKATION MIT DEN NUTZER\*INNEN

Investition von Zeit für die Verbesserung der Kommunikation mit den Nutzer\*innen im Kontext ihrer Familien und ihres sozialen Umfelds und Fokus auf der Zusammenarbeit im Rahmen eines genesungsorientierten Ansatzes

## DIE PHYSISCHE UMGEBUNG IST WICHTIG

Verbesserung der physischen Umwelt

## GEWÄHRLEISTUNG BEHÖRDENÜBERGREIFENDER ZUSAMMENARBEIT

Implementierung effektiver Arbeit auf kommunaler Ebene und Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste (z. B. Sozialdienste, Gesundheitsbehörden, Arbeitsvermittlung, lokale Freizeitangebote)

## ÜBERWACHUNG VON ZWANGSBEHANDLUNGEN

Überwachung und Datenerfassung in Bezug auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und gemeinsame Überprüfung von Vorfällen zur Identifizierung von Verbesserungsbedarfen

# 5. Was können wir als Nutzer\*innen oder Unterstützer\*innen tun?

## VERBÜNDETE FINDEN

Recherchieren Sie und schließen Sie sich mit regionalen und/oder bundesweiten Gruppen zusammen (insbesondere solchen, die von Psychiatrie-Erfahrenen geleitet werden), die sich für einen menschenrechtsbasierten Ansatz zur Linderung psychischer Probleme einsetzen.

## BERICHTE SAMMELN

Nichts spricht deutlicher als Erfahrung. Der Austausch von Erfahrung bzgl. Fällen, in denen falsch gehandelt wurde und das Aufzeigen von Beispielen, die einen anderen Ansatz bedurft hätten, sind starke Motivatoren für Veränderung. Der Aufstieg der sozialen Medien bietet Instrumente für das Sammeln und Verbreiten von Informationen und Ideen.

## DATEN ERFASSEN

In vielen Ländern sind die verschiedenen Dienste verpflichtet, Daten über die Anwendung von Zwangsbehandlungen zu

sammeln und zu veröffentlichen. Wenn man durchschaut, was vor sich geht, ist das ein Ausgangspunkt, an dem Fortschritte gemessen werden können.

## FÜHRUNGSPERSONEN IN IHRER REGION AUSFINDIG MACHEN UND KONTAKTIEREN

Finden Sie heraus, wer daran interessiert ist, etwas zu verändern. Möglicherweise gibt es Verbündete, einschließlich Gesundheitsorganisationen, Anwält\*innen, Menschenrechtsorganisationen und politischen Entscheidungsträger\*innen, die sich für das Thema engagieren. Niemand wendet gerne Gewalt an, und sie schadet nicht nur denjenigen, die sie erleiden, sondern verursacht auch erheblichen Stress bei denjenigen, die sie anwenden zu müssen glauben. Die „No Force First“-Philosophie hat nicht nur die Erfahrungen der Patient\*innen drastisch verbessert, sondern auch die des behandelnden Personals.

Der fortwährende Einsatz von gewaltsamer Fixierung und Zwangsbehandlung stellt einen internationalen Skandal dar. Es gibt immer Alternativen, und jeder Einzelfall bietet die Gelegenheit zu lernen, was besser hätte getan werden können. Helfen Sie mit, unsere Kultur so zu verändern, dass es nicht länger als akzeptabel gilt, den Grundsatz der informierten Einwilligung zur Behandlung zu missachten, und dass die Mitzeichnung der UNCRPD eine Verpflichtung bedeutet, die Rechte von Menschen mit Behinderung jederzeit und insbesondere in Krisenzeiten zu respektieren.

**Mental Health Europe setzt sich für die Reduktion und Abschaffung jedweder Form von Zwang in der psychiatrischen Versorgung ein, und zwar sowohl durch die Überwachung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen als auch durch die Förderung alternativer Methoden.**

HELFEN SIE MIT, UNSERE KULTUR SO ZU VERÄNDERN, DASS ES NICHT LÄNGER ALS AKZEPTABEL GILT, DEN GRUNDSATZ DER INFORMIERTEN EINWILLIGUNG ZUR BEHANDLUNG ZU MISSACHTEN.







## ÜBER MENTAL HEALTH EUROPE (MHE)

Mit über 70 Organisationen in über 30 Ländern ist MHE das größte unabhängige Netzwerk, das sich für die Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens sowie für den Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzt. Wir arbeiten kontinuierlich für soziale Eingliederung, Deinstitutionalisierung und die Achtung der Menschenrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wir schaffen Bewusstsein, um die Stigmatisierung psychisch Erkrankter in ganz Europa zu beenden.



Weitere Informationen finden Sie unter:



Die Arbeit von Mental Health Europe wird von der Europäischen Kommission durch das Programm Rechte, Gleichstellung und Unionsbürgerschaft unterstützt. Die in diesem Dokument enthaltenen Informationen spiegeln nicht zwangsläufig die Positionen oder Meinungen der Europäischen Kommission wider.

Die Arbeit von Mental Health Europe wird durch eine Förderung des Foundations Open Society Institute in Zusammenarbeit mit dem Public Health Program der Open Society Foundations unterstützt.