



**Mental
Health
Europe**

Equal rights.
Better mental health.
For all.

December 2025

Umdenken und Wiederaufbau: Auf dem Weg zu rechtsbasierten und geschlechtergerechten psychischen Gesundheitssystemen in Europa

Umdenken und Wiederaufbau:
Auf dem Weg zu rechtsbasierten und
geschlechtergerechten psychischen
Gesundheitssystemen in Europa

2025

Haftungsausschluss: Dieses Dokument wurde mithilfe einer maschinellen Übersetzungssoftware aus dem Englischen übersetzt; daher kann die Richtigkeit der Übersetzung nicht garantiert werden.

„Denn mit den Werkzeugen des Herrn lässt sich das Haus des Herrn niemals abbauen. Sie mögen es uns ermöglichen, ihn vorübergehend mit seinen eigenen Waffen zu schlagen, aber sie werden uns niemals zu echten Veränderungen verhelfen. Rassismus und Homophobie sind reale Bedingungen unseres aller Lebens an diesem Ort und zu dieser Zeit. Ich fordere jeden von uns hier auf, tief in sich selbst zu gehen und sich mit dem Schrecken und dem Abscheu vor allem, was anders ist, auseinanderzusetzen. Seht, wessen Gesicht er trägt. Dann kann das Persönliche als Politisches beginnen, alle unsere Entscheidungen zu erhellen.“

Audre Lorde

Autorin:

Dr. Ugnė Grigaitė

Mitinhaberin, Projektmanagerin und Forscherin bei der NGO Mental Health Perspectives, www.perspektyvos.org;

Doktor der globalen öffentlichen Gesundheit, Institut für globale psychische Gesundheit Lissabon, Zentrum für umfassende Gesundheitsforschung, Medizinische Fakultät NOVA, Universität NOVA Lissabon.

Rezensenten:

Ann-Katrin Orr, MHE Policy Officer, und Camille Roux, MHE Policy Manager.

Redakteur:

Nabil Sanaullah, MHE Communications Manager.

Design und Layout:

Alexandre Verlinden bei Grat-Grat.

Im Auftrag von Mental Health Europe

Danksagungen:

Für ihre wertvolle Beratung, Unterstützung und wesentlichen Beiträge danken wir Cianán B. Russell und ILGA Europe, Camille Butin und dem IPPF European Network, Julieann Cullen und dem Global Mental Health Peer Network, Giulia Traversi und dem European Disability Forum sowie EIGE.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	6
Einleitung	8
Warum Gender in der psychischen Gesundheit eine Rolle spielt: Umfang und Ziele des Berichts	8
Intersektionale und rechtsbasierte Perspektive	8
Aktuelle Realitäten in Europa und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit	10
Geschlechtsspezifische Ungleichheiten, geschlechtsspezifische Gewalt und die psychische Gesundheit von Frauen und Mädchen	10
Lesbische, bisexuelle, transsexuelle und intersexuelle Frauen: Marginalisierung und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit	13
Psychoziale Behinderung und die geschlechtsspezifischen Realitäten von Zwang und Institutionalisierung	15
Medizinische Frauenfeindlichkeit und Abwertung von Lebenserfahrungen in der psychischen Gesundheit und im Gesundheitswesen	18
Geschlecht und Intersektionalität in der psychischen Gesundheit.....	21
Praktische Relevanz des psychosozialen Modells der psychischen Gesundheit	21
Herausforderungen durch Datenlücken und geschlechtsblinde psychische Gesundheitssysteme	22
Partizipative und inklusive Forschung, Politik und Praxis	22
Ganzheitliche Ansätze zur psychischen Gesundheit.....	24
Soziale Determinanten und Genesungsansatz	24
Trauma- und gewaltbewusste Betreuung.....	24
EU-Politik zu Gleichstellung und psychischer Gesundheit	27
Überblick über die wichtigsten EU-Rahmenwerke.....	27
Lücken und Silos: Mangelnde Integration zwischen Agenden für psychische Gesundheit und Gleichstellung der Geschlechter.....	31
Schlussfolgerung	32
Politische Empfehlungen	34
Empfehlungen für EU-Institutionen:	34
Empfehlungen für die Mitgliedstaaten:	35
Anhang 1: Methoden	37
Methodik und ethischer Ansatz	37
Reflexivität und methodische Reflexion	37
Anhang 2: Glossar	39

Zusammenfassung

Diese EU-weite Studie untersucht die Schnittstelle zwischen Geschlecht und psychischer Gesundheit anhand der Erfahrungen von Personen, die sich als Frauen identifizieren, und liefert evidenzbasierte und menschenrechtsorientierte politische Empfehlungen für Entscheidungsträger auf EU- und nationaler Ebene. Sie beleuchtet die psychische Gesundheit von Frauen, darunter lesbische, bisexuelle, transsexuelle und intersexuelle (LBTI+) Frauen sowie Frauen mit psychosozialen Behinderungen, und liefert Erkenntnisse für eine inklusive, geschlechtergerechte und auf Genesung ausgerichtete Politik. Sie zeigt, dass trotz der Verpflichtungen der EU zu Geschlechtergleichstellung, psychischer Gesundheit und Behindertenrechten diese Agenden und die damit verbundenen Daten und Überwachungsinstrumente nach wie vor fragmentiert sind.

Systemische geschlechtsspezifische Ungleichheiten wirken sich direkt auf die psychische Gesundheit von Frauen aus. Sozioökonomische Ungleichheiten, darunter geschlechtsspezifische Lohn- und Rentenunterschiede, prekäre Arbeitsverhältnisse und unverhältnismäßige Betreuungsaufgaben, verstärken psychische Belastungen. Einer der wichtigsten Faktoren für die psychische Gesundheit von Frauen ist die Gefährdung durch geschlechtsspezifische Gewalt (GBV), die das Risiko einer schlechten psychischen Gesundheit erhöht, während Frauen mit psychischen Erkrankungen einem viel höheren Risiko ausgesetzt sind, GBV zu erleben. Marginalisierte Gruppen, darunter Migrantinnen, Flüchtlinge, rassifizierte Frauen und LBTI+-Frauen, sehen sich weiteren erheblichen Hindernissen für eine sichere, traumainformierte und genesungsorientierte psychische Gesundheitsversorgung gegenüber. LBTI+-Frauen sind aufgrund von Stigmatisierung, Minderheitenstress und systemischer Ausgrenzung oft mit erhöhten Risiken für ihre psychische Gesundheit konfrontiert. So sind Transfrauen vermehrt Gewalt ausgesetzt, während intersexuelle Frauen unverhältnismäßig häufig nicht einvernehmlichen medizinischen Eingriffen unterzogen werden.

Geschlechtsspezifische Vorurteile führen oft dazu, dass die Erfahrungen von Frauen heruntergespielt, abgetan oder übermäßig medizinisiert werden, was den Kreislauf der Entmachtung, auch innerhalb von Diensten und Institutionen, noch verstärkt. Frauen mit psychosozialen Behinderungen sind überproportional häufig sexueller Gewalt, Zwangsmaßnahmen, Zwangsmedikation, Isolation und in einigen Fällen Zwangssterilisation oder der Verweigerung reproduktiver Rechte ausgesetzt. Solche Verstöße schaden unmittelbar und langfristig der psychischen Gesundheit und dem Vertrauen in das Gesundheits- und Unterstützungssystem. Diese Praktiken untergraben die körperliche Autonomie, verschlimmern Traumata und verstoßen gegen die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UNCRPD).

Dieser Bericht unterstreicht eine dringende Botschaft: Maßnahmen zur psychischen Gesundheit, die das Geschlecht außer Acht lassen, und Maßnahmen zur Gleichstellung der Geschlechter, die deren Schnittstelle mit der psychischen Gesundheit vernachlässigen, bergen die Gefahr, Ungleichheiten zu verstärken und marginalisierte Bevölkerungsgruppen weiter auszugrenzen. Um Geschlecht und psychische Gesundheit zu verstehen, bedarf es einer intersektionalen Perspektive, die berücksichtigt, wie soziale Position, Identität und strukturelle Ungleichheiten die psychische Gesundheit beeinflussen. Dies steht im Einklang mit dem psychosozialen Modell der psychischen Gesundheit, das die psychische Gesundheit in einem breiteren Lebenskontext betrachtet. Soziale und umweltbedingte Determinanten wie Armut, Ungleichheit, Gewalt und Traumata haben einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit.

Die Unterstützung durch Gleichaltrige und die Gemeinschaft ist von entscheidender Bedeutung, wird jedoch nur unzureichend finanziert. Eine Stärkung dieser Unterstützung neben der professionellen Betreuung ist dringend erforderlich. Die persönliche Genesung sollte durch komplexe Unterstützungssysteme gefördert

werden, darunter die Unterstützung durch Gleichaltrige, zugängliche gemeindebasierte Dienste und integrative Maßnahmen, die in ihrer Konzeption und Praxis Menschen mit gelebter und aktueller Erfahrung als Experten für ihre eigene Genesung anerkennen und somit Autonomie, Wahlmöglichkeiten und sinnvolle Teilhabe in den Vordergrund stellen.

Die Neugestaltung der psychischen Gesundheitssysteme – sowohl in der Politik als auch in der Praxis – unter Berücksichtigung der Geschlechtergerechtigkeit erfordert strukturelle Veränderungen. Die Einbettung eines geschlechtergerechten, psychosozialen, modellbasierten und genesungsorientierten Ansatzes in Strategien für Gesundheit, Gleichstellung, Behinderung und Menschenrechte ist von entscheidender Bedeutung. Die Politik muss sich mit geschlechtsspezifischer Gewalt, ungleicher Pflegebelastung, restriktiven Normen und institutioneller Diskriminierung befassen und gleichzeitig traumainformierte, partizipative, von Überlebenden geleitete, psychosoziale, menschenrechtsbasierte und genesungsorientierte Ansätze fördern. Die Verankerung der Geschlechtergerechtigkeit in der psychischen Gesundheit ist eine Menschenrechtsverpflichtung und ein Gebot des öffentlichen Interesses, das im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention, der Istanbul-Konvention und den Gleichstellungs- und Menschenrechtsverpflichtungen der EU steht.

Einleitung

Warum Gender in der psychischen Gesundheit eine Rolle spielt: Umfang und Ziele des Berichts „ “

Das Geschlecht prägt grundlegend, wie Menschen psychische Herausforderungen erleben, ausdrücken und darauf reagieren, doch es ist oft unsichtbar und bleibt in den vorherrschenden politischen Rahmenbedingungen für psychische Gesundheit marginal. Von den sozialen Bedingungen und Traumata, die zu psychischen Belastungen beitragen, bis hin zu der Art und Weise, wie Menschen diagnostiziert, behandelt, unterstützt oder von der Versorgung ausgeschlossen werden, ist das Geschlecht ein entscheidender Faktor für die psychische Gesundheit.¹

In verschiedenen Gruppen zeigen sich unterschiedliche Muster. Frauen sind überproportional von Angstzuständen, Depressionen und stressbedingten Erkrankungen betroffen, was oft mit der ungleichen Verteilung unbezahlter Pflegeaufgaben, geschlechtsspezifischer Gewalt (GBV) und anhaltenden strukturellen Ungleichheiten zusammenhängt.² Im Gegensatz dazu sind Männer eher mit Druck konfrontiert, der mit vorherrschenden Normen der Männlichkeit verbunden ist, wie z. B. Erwartungen an Härte, Selbstständigkeit und Unterdrückung von Emotionen. Diese „Normen“ können als Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfe wirken und stehen in Zusammenhang mit erhöhten Raten von Substanzkonsum und Suizid.^{3 4} Darüber hinaus scheint die Prävalenz psychischer Erkrankungen in bestimmten Gruppen, insbesondere bei älteren Männern und jungen Frauen, zu steigen.⁵ Diese Unterschiede zeigen, wie wichtig es ist, Strategien und Praktiken im Bereich der psychischen Gesundheit zu entwickeln, die nicht nur geschlechtsspezifisch sind, sondern auch restriktive, schädliche und binäre Stereotypen aktiv in Frage stellen und die systemischen Ursachen dafür angehen.⁶

Dieser Bericht zielt darauf ab, das Thema Geschlecht aus dem Randbereich in den Mittelpunkt der Debatte über die Politik im Bereich der psychischen Gesundheit auf EU-Ebene zu rücken. Durch die Untersuchung, wie Systeme der psychischen Gesundheit geschlechtsspezifische Ungleichheiten reproduzieren oder ihnen entgegenwirken, werden Schlüsselbereiche für Veränderungen identifiziert. Der Bericht zeigt neue Trends auf und hebt bisher zu wenig beachtete Herausforderungen hervor, wobei diese in einer kritischen Betrachtung der aktuellen politischen Landschaft in der EU eingeordnet werden. Im Anschluss an diese Analyse folgen konkrete, mehrstufige Empfehlungen für den Aufbau inklusiver, geschlechtergerechter Systeme der psychischen Gesundheit. Das Ziel besteht nicht nur darin, zu informieren, sondern auch die Grundlage für eine nachhaltige Interessenvertretung zu schaffen, um sicherzustellen, dass künftige Strategien für psychische Gesundheit und Geschlechtergleichstellung auf Gleichheit, Gerechtigkeit und gelebter Erfahrung beruhen.

aus intersektionaler und rechtsbasierter Perspektive

¹ Baños RM, Miragall M. (2024) Gender Matters: Ein entscheidender Faktor für die psychische Gesundheit. *Spanische Zeitschrift für Psychologie*. 27:e28. DOI:10.1017/SJP.2024.29

² Ebenda.

³ Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. (2010) Länderübergreifende Zusammenhänge zwischen Geschlecht und psychischen Störungen in den Weltgesundheitsumfragen der Weltgesundheitsorganisation. *Arch Gen Psychiatry*. 66(7):785–795. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

⁴ WHO (2025) Weltweite psychische Gesundheit heute: Aktuelle Daten. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>

⁵ Eurofound (2025) Psychische Gesundheit: Risikogruppen, Trends, Dienstleistungen und Strategien:

<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

⁶ IPPF European Network: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Zugriff am 22. Oktober 2025.

Dieser Bericht verfolgt einen intersektionalen und rechtsbasierten Ansatz zum Verständnis von Geschlecht und psychischer Gesundheit in Europa. Basierend auf den Grundsätzen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UNCRPD) erkennt er psychische Gesundheit als ein Thema der öffentlichen Gesundheit, der Menschenrechte, der sozialen Gerechtigkeit und der Geschlechtergerechtigkeit an. Eine intersektionale Perspektive wird angewendet, um zu erklären, wie sich überlappende Strukturen der Unterdrückung, wie Frauenfeindlichkeit, Sexismus, Ableismus, Transphobie und Homophobie, gegenseitig beeinflussen und so die psychische Gesundheit, den Zugang zu Gesundheitsversorgung und die gelebten Erfahrungen mit psychischer Gesundheit und psychosozialer Behinderung prägen können. Anstatt Geschlecht als binäre oder isolierte Kategorie zu behandeln, hebt dieser Ansatz hervor, wie Geschlecht mit anderen Identitäts- und Machtachsen zusammenwirkt und so vielschichtige Ungleichheiten erzeugt.

Der Bericht konzentriert sich auf soziale und strukturelle Determinanten der psychischen Gesundheit (z. B. geschlechtsspezifische Gewalt, Diskriminierung und Institutionalisierung) und nicht auf individualisierte, pathologisierte oder biomedizinische Erklärungen für psychische Belastungen. Die primäre Methode ist deskbasiert und stützt sich auf Forschungsergebnisse, darunter Erfahrungsberichte und Fürsprache von Menschen mit eigener Erfahrung. Der Schwerpunkt liegt auf Gruppen, die oft aus dem Mainstream-Politikdiskurs ausgeschlossen sind, um sicherzustellen, dass die Empfehlungen von den am stärksten Betroffenen mitgestaltet werden. Dieser Ansatz steht im Einklang mit dem Engagement von Mental Health Europe (MHE) für Menschenrechte, Gleichberechtigung und eine sinnvolle Beteiligung an der Reform der psychischen Gesundheit.

Weitere Einzelheiten zur vorwiegend deskbasierten Methodik, Reflexivität und ethischen Überlegungen finden Sie in Anhang 1. Ein Glossar der in diesem Bericht verwendeten Schlüsselbegriffe ist in Anhang 2 enthalten.

Aktuelle Realitäten in Europa und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Geschlechtsspezifische Ungleichheiten, geschlechtsspezifische Gewalt und die psychische Gesundheit von Frauen und Mädchen

„Ich habe das Gefühl, dass ein sehr, sehr großer Teil meiner Erfahrungen darauf zurückzuführen ist, dass ich eine Frau bin. (...) Und jetzt fühle ich mich sehr unsicher, bei der Arbeit und auf der Straße. Ich habe ständig Angst, dass mich jemand angreifen könnte, weil Belästigungen so häufig vorkommen. Nun, so ist es eben. Ich bin mir fast immer bewusst, dass ich eine Frau bin, es ist sehr schwer, das zu vergessen.“ – Eine Frau mit einer psychosozialen Behinderung.⁷

Frauen und Mädchen in der gesamten EU sind weiterhin mit systemischen geschlechtsspezifischen Ungleichheiten konfrontiert, die sich direkt auf ihre psychische Gesundheit auswirken. Sozioökonomische Ungleichheiten, wie das anhaltende geschlechtsspezifische Lohngefälle und die geschlechtsspezifische Rentenlücke⁸, ein höherer Anteil an Teilzeitarbeit und prekären Beschäftigungsverhältnissen sowie eine unverhältnismäßig hohe Betreuungslast, erhöhen die Belastung von Frauen durch Stress, finanzielle Unsicherheit und soziale Ausgrenzung. Diese strukturellen Ungleichheiten erhöhen das Risiko für psychische Erkrankungen und schränken den Zugang zu Ressourcen und Unterstützung ein, wobei oft schon die Zugänglichkeit selbst ein Problem darstellt.⁹ Gleichzeitig mangelt es den Gesundheitssystemen in ganz Europa, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung, häufig an einer geschlechtersensiblen Perspektive, sodass oft nicht berücksichtigt wird, wie die psychische Gesundheit von Frauen durch umfassendere soziale Determinanten geprägt wird.¹⁰ Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines psychosozialen Ansatzes sowohl für das Verständnis der psychischen Gesundheit als auch für die Gestaltung von Dienstleistungen und politischen Maßnahmen. Es gibt Belege dafür, dass Frauen unter den Nutzern primärer psychischer Gesundheitsdienste überproportional vertreten sind.^{11 12 13} Außerdem ist in den letzten zehn Jahren die Selbstmordrate bei Frauen unter 20 Jahren gestiegen, was auf neue Vulnerabilitäten hinweist, die geschlechtsspezifische Präventionsstrategien erfordern.¹⁴

Geschlechtsspezifische Gewalt ist ein entscheidender Faktor, der die psychische Gesundheit von Frauen in Europa beeinträchtigt und tiefgreifende negative Auswirkungen hat. Geschlechtsspezifische Gewalt stellt ein bedeutendes globales Problem für die öffentliche psychische Gesundheit dar, da sie weit verbreitet ist und weitreichende Folgen für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Einzelpersonen sowie für

⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfahrungen von Frauen mit Behinderungen in Litauen, wenn ihr Geschlecht, ihre Behinderung, häusliche Gewalt und psychische Gesundheitsdienste miteinander verflochten sind. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

⁸ Europäisches Parlament, Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten und Ausschuss für die Rechte der Frau und die Gleichstellung der Geschlechter (2025) Bericht über das geschlechtsspezifische Lohngefälle und die geschlechtsspezifische Rentenlücke in der EU: Sachstand, Herausforderungen und weiteres Vorgehen sowie Entwicklung von Leitlinien für eine bessere Bewertung und gerechtere Vergütung von Arbeit in frauendominierten Sektoren (2025/2038(INI)).

⁹ Europäisches Netzwerk für Datenjournalismus (2021) Bezahlen oder aufschieben: Wie Europa mit Depressionen und Angstzuständen umgeht. https://www.europeandatajournalism.eu/cp_data_news/pay-up-or-put-it-off-how-europe-treats-depression-and-anxiety/

¹⁰ Justyna Kucharska (2018) Kumulatives Trauma, Geschlechterdiskriminierung und psychische Gesundheit bei Frauen: die vermittelnde Rolle des Selbstwertgefühls, *Journal of Mental Health*, 27:5, 416-423, DOI: 10.1080/09638237.2017.1417548.

¹¹ Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et al. (2016) Der Einfluss des Geschlechts und anderer Patientenmerkmale auf das Gesundheitsverhalten: eine QUALICOPC-Studie. *BMC Primary Care*. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>

¹² Gao, Y., Burns, R., Leach, L. et al. (2024) Untersuchung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen: eine Literaturübersicht. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05965-z>

¹³ Bernal Arenas M, Arroyo-Sánchez A, Torres Parejo Ú, Muñoz-Negro JE. (2025) Eine systematische Überprüfung und Metaanalyse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Behandlung von Angstzuständen und Depressionen. *International Journal of Social Psychiatry*. DOI: [10.1177/00207640251331898](https://doi.org/10.1177/00207640251331898)

¹⁴ Eurofound (2025) Psychische Gesundheit: Risikogruppen, Trends, Dienstleistungen und Strategien. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

Gemeinschaften auf lokaler und globaler Ebene hat. Mindestens jede dritte Frau¹⁵ hat psychische, wirtschaftliche, körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt, einschließlich häuslicher Gewalt und Gewalt durch Intimpartner, mit tiefgreifenden und lang anhaltenden Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit und langfristigen Folgen für die psychische Gesundheit wie posttraumatischer Stress, Depressionen, Angstzustände, Substanzkonsum und Suizidalität. Ähnlich hohe Missbrauchsraten, insbesondere Gewalt durch Intimpartner, betreffen auch Mädchen im Teenageralter: Fast jede vierte jugendliche Frau, die in einer Beziehung war, gibt weltweit an, solche Gewalt erlebt zu haben.¹⁶

Frauen, die geschlechtsspezifische Gewalt erlebt haben, entwickeln mindestens dreimal häufiger psychische Erkrankungen als Frauen ohne solche Erfahrungen. Umgekehrt sind Frauen mit psychischen Erkrankungen einem erhöhten Risiko ausgesetzt, geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt zu sein. Das Risiko ist für Frauen mit psychosozialen Behinderungen noch größer, die zwei- bis fünfmal häufiger Gewalt erfahren als Frauen ohne Behinderungen.¹⁷ Diese Schäden werden oft durch Stigmatisierung, Schuldzuweisungen an die Opfer und soziale Ausgrenzung verstärkt, was zusammen die Genesung behindern und den Zugang zu angemessener psychologischer Betreuung einschränken kann. Überlebende geschlechtsspezifischer Gewalt sind häufig mit einer erneuten Traumatisierung konfrontiert, wenn sie mit Institutionen wie dem Gesundheits- und Sozialwesen, den Strafverfolgungsbehörden und der Justiz in Kontakt kommen. Wenn beispielsweise Überlebende sexueller Gewalt in Irland psychologische Hilfe in Anspruch nehmen, können die Beratungsnotizen ihrer Therapeuten von den Rechtsbeiständen der mutmaßlichen Täter eingesehen werden.¹⁸

Trotz der Verpflichtungen auf EU-Ebene ist die Bereitstellung von Dienstleistungen nach wie vor unterfinanziert und in den Mitgliedstaaten ungleich verteilt. Migrantinnen, Flüchtlinge und Frauen aus Minderheiten sowie Frauen mit psychosozialen Behinderungen sehen sich zusätzlichen Hindernissen gegenüber, wenn es um eine sichere, traumainformierte und gewaltfreie Betreuung und Schutz geht.¹⁹ Die Bewältigung der psychischen Auswirkungen geschlechtsspezifischer Gewalt erfordert einen auf die Überlebenden ausgerichteten und auf ihren Erfahrungen basierenden Ansatz, der eine zugängliche und angemessene psychologische Betreuung und komplexe Unterstützung mit rechtlichen, gesundheitlichen und sozialen Maßnahmen kombiniert und gleichzeitig die umfassenderen strukturellen Ungleichheiten sowie kulturelle und gesellschaftliche „Normen“ angeht, die Gewalt begünstigen.

„Ich würde davon ausgehen, dass die Person, die mich missbraucht hat, wusste, dass ich eine schutzbedürftige Person war, weil die Antidepressiva gefunden wurden, und er wusste sehr gut, dass es sich um Medikamente zur Behandlung von psychischen Erkrankungen handelte. Es war stigmatisiert. Ich wurde als „Psycho“ und ähnliches bezeichnet.“ – Eine Frau mit einer psychosozialen Behinderung.²⁰

„Es gibt kein System, sie wissen nicht, wie sie reagieren sollen, wenn es zu Gewalt gegen eine Person mit Behinderung kommt. Sie haben keine Ahnung, keine einzige Institution weiß, wie man in solchen Situationen

¹⁵ WHO (2021) Gewalt gegen Frauen: Prävalenzschätzungen. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

¹⁶ LynnMarie Sardinha, Ilknur Yüksel-Kaptanoğlu, Mathieu Maheu-Giroux, Claudia García-Moreno (2024) Gewalt gegen jugendliche Mädchen durch Intimpartner: regionale und nationale Prävalenzschätzungen und damit verbundene Faktoren auf Länderebene. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8:9, 636 – 646. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(24\)00145-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(24)00145-7/fulltext)

¹⁷ Grigaitė, U. (2025) Reaktionen auf die psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Überlebenden häuslicher Gewalt durch psychologische Dienste in Litauen und Portugal. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

¹⁸ Irischer Verband für humanistische und integrative Psychotherapie (2025) Erklärung des IAHIP zur Verwendung von Therapieberichten in Gerichtsverfahren wegen sexueller Übergriffe: <https://iahip.org/IAHIP-Statement-Therapy-Notes>

¹⁹ UNHCR (2024) Integrationshandbuch: Psychische Gesundheit. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/mental-health/mental-health>

²⁰ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfahrungen von Frauen mit Behinderungen in Litauen, wenn ihr Geschlecht, ihre Behinderung, häusliche Gewalt und psychische Gesundheitsdienste miteinander verflochten sind. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

vorgehen soll. Das ist eine Tatsache.“ – Eine Frau mit einer psychosozialen Behinderung, die in einer Einrichtung lebt und häusliche Gewalt erlebt hat.²¹

Das aktuelle politische Klima in Europa verschärft diese Herausforderungen noch. Der Aufstieg von Anti-Gender-Bewegungen, der Rückschritt bei den Frauenrechten und die Gegenreaktion gegen Organisationen, die sich für die Gleichstellung der Geschlechter einsetzen, untergraben die Fortschritte bei der Gleichstellung der Geschlechter und schwächen die Infrastruktur der Unterstützung für Frauen und Mädchen. Im Gesundheitswesen sind Frauen weiterhin mit Formen medizinischer Frauenfeindlichkeit konfrontiert, darunter die Nichtbeachtung ihrer Symptome, Übermedikation oder die Pathologisierung ihrer Notlage, anstatt deren soziale und geschlechtsspezifische Ursachen anzuerkennen. Dies vertieft nicht nur das Misstrauen gegenüber den Dienstleistungen, sondern perpetuiert auch den Kreislauf von Schaden und Ausgrenzung. Diese Dynamik wird noch verstärkt, wenn das Geschlecht mit anderen Achsen der Marginalisierung zusammentrifft. Beispielsweise sehen sich Frauen, die Rassismus erfahren, oft mit zusätzlichen Hindernissen konfrontiert, wie der systematischen Unterbewertung ihrer Schmerzen oder der Verharmlosung ihrer Symptome, was die dringende Notwendigkeit eines intersektionalen Ansatzes sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch in der Politikgestaltung unterstreicht.²²

Diese jüngsten politischen und gesellschaftlichen Trends sowie die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen beeinträchtigen die psychische Gesundheit von Frauen und ihren Zugang zu psychologischer Betreuung erheblich.²³ Diese Trends schaffen ein feindseliges Umfeld für Frauen und bedrohen ihre reproduktiven Rechte, die Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität und ihre Beteiligung an Interessenvertretung.²⁴ Menschenrechtsverteidiger, insbesondere Frauen, sind zunehmender Stigmatisierung, Einschüchterung und psychischem Stress ausgesetzt.²⁵ Marginalisierte Gruppen wie Migrantinnen, Frauen mit Behinderungen und LGBTI+-Frauen sind besonders gefährdet. Das Konzept des Minderheitenstresses ist wichtig, um diese Ergebnisse als Ergebnis sich überschneidender sozialer und struktureller Unterdrückung und nicht nur als Ergebnis individueller Faktoren zu verstehen.²⁶

Gleichzeitig gibt es einige ermutigende Initiativen auf EU-Ebene, wie im Abschnitt „Überblick über die wichtigsten EU-Rahmenwerke“ dieses Berichts erwähnt, die zumindest teilweise die Bedeutung der Bekämpfung sich überschneidender Ungleichheiten aufgrund von „ „ (Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Religion, sexuelle Orientierung und Transgender-Identität) anerkennen. Vor Ort bieten zivilgesellschaftliche Organisationen und Frauenrechtsgruppen weiterhin innovative, gemeindebasierte Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit und Unterstützung an und füllen damit oft kritische Lücken, die von den formalen Systemen hinterlassen werden.

Insgesamt unterstreichen geschlechtsspezifische Ungleichheiten, geschlechtsspezifische Gewalt und systemische Diskriminierung die dringende Notwendigkeit, dass die EU-Institutionen und die Mitgliedstaaten die psychische Gesundheit von Frauen umfassender als Frage der Rechte und der Gleichstellung angehen. Dies erfordert nachhaltige Investitionen in geschlechtssensible, geschlechtergerechte, traumainformierte

²¹ Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED: Behindertengerechte Einrichtungen und Programme zur Prävention von Gewalt gegen Frauen und Kinder in Bulgarien. Kera Foundation: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

²² MHE (2024) Die Auswirkungen von Rassendiskriminierung auf die psychische Gesundheit: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Report-The-mental-health-impacts-of-racial-discrimination.pdf>

²³ UN Women (2025) Frauenrechte 30 Jahre nach Peking im Rückblick: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2025/03/womens-rights-in-review-30-years-after-beijing>

²⁴ Frank C. Worrell (2023) Die Verweigerung von Schwangerschaftsabbrüchen gefährdet die psychische und physische Gesundheit von Frauen. *American Journal of Public Health*. 113, 382-383: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307241>

²⁵ Zeugenaussagen von SRHR-Verteidigern, die in Polen angegriffen werden: <https://defendthedefenders.eu>. Zugriff am 22 Oktober 2025.

²⁶ Matthew Rivas-Koehl, Dane Rivas-Koehl, Shardé McNeil Smith (2023) Das zeitliche intersektionale Minderheitenstressmodell: Die Minderheitenstress-Theorie neu denken. *Journal of Family Theory and Review*. <https://doi.org/10.1111/jftr.12529>

und gewaltbewusste sowie auf Genesung ausgerichtete psychologische Dienste, eine strengere Durchsetzung der EU-Verpflichtungen zum Schutz von Frauen und Mädchen vor Gewalt und eine sinnvolle Einbeziehung von Frauen mit eigener Erfahrung in die Gestaltung und Überwachung von Politikmaßnahmen.

„Ich wusste, dass etwas mit mir nicht stimmte, wegen der Essstörung, weil ich meine Periode nicht mehr hatte (...). Damals begann ich, zu Psychologen und sogar zu einem Psychiater zu gehen, und ich nahm Antidepressiva. Es war wirklich schwer für mich. Aber damals haben sie mich vielleicht nach der Gewalt gefragt, aber selbst wenn sie das getan haben, haben sie nicht weiter darüber gesprochen. Wir haben dieses Thema der Gewalt nicht angesprochen.“ – Eine Frau mit einer psychosozialen Behinderung.²⁷

„Die einzige Lösung, die ich [für die Traumata] habe, ist, zum Psychiater zu gehen und mich mit Medikamenten vollzustopfen. Ich nehme 15 Tabletten pro Tag. Ich nehme Medikamente. Was Unterstützung angeht, hat mir noch nie jemand etwas empfohlen. Es gibt nur Medikamente, Medikamente und noch mehr Medikamente.“ – Eine Frau mit einer psychosozialen Behinderung.²⁸

„Besonders als ich ein Teenager war und anfang, [zu einem Psychologen] zu gehen, hätte [häusliche Gewalt] angesprochen werden und mehr Aufmerksamkeit erhalten müssen. Denn ich wuchs in ständiger extremer Anspannung auf. In allerhand Scham, Schuldgefühlen und Anspannung. Und das interessierte niemanden.“ – Eine Frau mit einer psychosozialen Behinderung.²⁹

Lesbische, bisexuelle, transsexuelle und intersexuelle Frauen: Marginalisierung und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

Lesbische, bisexuelle, transsexuelle und intersexuelle (LBTI+) Frauen sind oft mit einer Reihe spezifischer psychischer Probleme konfrontiert, die durch sich überschneidende Erfahrungen von Minderheitenstress, Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt geprägt sind. Forschungsergebnisse und Erkenntnisse aus der Praxis zeigen übereinstimmend, dass LBTI+-Frauen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen und Symptome wie Depressionen, Angstzustände und Suizidgedanken ausgesetzt sind.³⁰ Diese Ergebnisse sind auf systemische Ausgrenzung, Ablehnung durch die Familie, feindselige gesellschaftliche Narrative und die anhaltende Bedrohung und Erfahrung von Gewalt zurückzuführen.

In ganz Europa stoßen LBTI+-Frauen häufig auf Hindernisse beim Zugang zu sicheren und bestätigenden psychologischen Dienstleistungen. Diskriminierung im Gesundheitswesen ist nach wie vor weit verbreitet, und selbst wenn keine offene Feindseligkeit herrscht, mangelt es vielen Anbietern an einer angemessenen Ausbildung in LGBTQI-spezifischen Fragen. Dies führt zu Situationen, in denen Betroffene entweder wesentliche Aspekte ihrer Identität verbergen, was die Wirksamkeit der Therapie beeinträchtigen kann, oder subtilen, aber schädlichen Formen der Entwertung ausgesetzt sind.^{31 32} Darüber hinaus ist der Mangel an

²⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfahrungen von Frauen mit Behinderungen in Litauen, wenn ihr Geschlecht, ihre Behinderung, häusliche Gewalt und psychische Gesundheitsdienste miteinander verflochten sind. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²⁸ Patrícia Neca (2023) DIS-CONNECTED: Behindertengerechte Einrichtungen und Programme zur Prävention von Gewalt gegen Frauen und Kinder in Portugal. Fenacerci: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_PT_EN.pdf

²⁹ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfahrungen von Frauen mit Behinderungen in Litauen, wenn ihr Geschlecht, ihre Behinderung, häusliche Gewalt und psychische Gesundheitsdienste miteinander verflochten sind. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

³⁰ FRA Data Explorer: <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtiq-survey-iii>. Zugriff am 22. Oktober 2025.

³¹ Europarat (2024) Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und Zugang zu Gesundheitsversorgung für LGBTI-Personen in Europa: <https://rm.coe.int/prems-124824-gbr-2575-right-to-the-highest-attainable-standard-of-health/1680b1ba4d>

³² Bettergaría, J., Matsuno, E., Conover K.J. (2021) Schulung von Anbietern psychologischer Gesundheitsdienste in queerer Pflege: Eine systematische Übersicht. *Psychologie der sexuellen Orientierung und Geschlechtervielfalt*, Band 8(3), 365-377. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-92937-006>

LGBTQI-sensiblen Anbietern von psychologischen Gesundheitsdiensten und psychosozialer Unterstützung besonders akut für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen, die keinen einfachen Zugang zu Therapien in ihrer Muttersprache haben, was zu langen Wartelisten und weiterer Ausgrenzung führt.³³

Da viele LGBTQI+-Frauen auch unter sozioökonomischer Prekarität leiden, ist private psychologische Betreuung oft finanziell unerschwinglich, was strukturelle Ungleichheiten verstärkt.³⁴ ³⁵ Spezifische Erfahrungen verstärken diese Herausforderungen in verschiedenen Untergruppen. Beispielsweise sind lesbische und bisexuelle Frauen sowohl mit Hypersexualisierung als auch mit Desexualisierung konfrontiert, wobei viele sexueller Gewalt ausgesetzt sind.³⁶ Bisexuelle Frauen erleben oft Auslöschung, insbesondere in heterosexuellen Beziehungen, was ihre Identitätsbestätigung untergräbt.³⁷ Darüber hinaus sind Transfrauen unerbittlichen Angriffen von Anti-Gender-Bewegungen und feindseligen Medienberichten ausgesetzt, die sie als Bedrohung und nicht als Opfer oder Überlebende darstellen, was zu sozialer Isolation, erhöhter Angst³⁸ und eingeschränkter Mobilität im öffentlichen Raum führt. Sie sind auch unverhältnismäßig häufig Gewalt ausgesetzt, einschließlich Mord, wobei Transfrauen mit Hautfarbe, Migrantinnen und Sexarbeiterinnen am stärksten gefährdet sind.³⁹

Darüber hinaus werden viele intersexuelle Frauen in ihrer Kindheit oft ohne ihre Zustimmung medizinisch unnötigen Eingriffen unterzogen, was zu langfristigen Traumata und Misstrauen gegenüber Gesundheitsdienstleistern führt. Daher sind intersexuelle Frauen besonders schweren psychischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die auf medizinische, familiäre und gesellschaftliche Traumata zurückzuführen sind. Die nicht einvernehmlichen und medizinisch unnötigen Eingriffe, die darauf abzielen, ihre Körper auf der Grundlage gesellschaftlicher „Normen“ zu „normalisieren“, werden oft unter starkem Druck von Ärzten und Familien durchgeführt und hinterlassen bei den Betroffenen langfristige psychische Schäden, eine gestörte körperliche Integrität und Misstrauen gegenüber Gesundheitsdienstleistern.⁴⁰ Da feminisierende Operationen häufiger sind als maskulinisierende, werden intersexuelle Kinder unabhängig von ihrer Identität unverhältnismäßig oft zur weiblichen Geschlechtszuweisung hingeführt, was zu einer Überrepräsentation von intersexuellen Frauen und einer erheblichen Anzahl von trans- und nicht-binären intersexuellen Menschen führt.⁴¹ Das Aufwachsen unter diesen Bedingungen ist oft mit familiären Belastungen, gesellschaftlicher Stigmatisierung und einem Mangel an unterstützenden Modellen für die Identitätsentwicklung verbunden. Als Erwachsene zögern viele intersexuelle Frauen, medizinische Hilfe, einschließlich psychologischer Unterstützung, in Anspruch zu nehmen, oder vermeiden dies sogar ganz, da die Dienstleister selbst möglicherweise für ihr früheres Trauma verantwortlich waren. Dies verstärkt den Kreislauf aus Ausgrenzung, Isolation und unbehandeltem Leid und unterstreicht die dringende

³³ Nyikavaranda, P., Pantelic, M., Jones, C.J. et al. (2023) Hindernisse und Förderfaktoren für die Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung in der Primärversorgung und im sozialen Umfeld von Migrantinnen in Europa: eine systematische Überprüfung aus feministischer Perspektive. *International Journal for Equity in Health*. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01990-8>

³⁴ Bianca D.M., Wilson, Allegra R. Gordon, Christy Mallory, Soon Kyu Choi, M.V. Lee Badgett (2021) Gesundheit und sozioökonomisches Wohlergehen von LBQ-Frauen in den USA. <https://glma.org/docs/LBQ-Women-Mar-2021.pdf>

³⁵ Kinitz, D.J., Shahidi, F.V., Kia, H. et al. (2024) Prekäre Beschäftigung: Ein vernachlässigtes Thema unter lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgender Arbeitnehmern. *Sexualitätsforschung und Sozialpolitik*. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00950-3>

³⁶ Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., Parks, K. A. (2014). Sexuelle Viktimisierung und damit verbundene Risiken bei lesbischen und bisexuellen Frauen. *Gewalt gegen Frauen*, 19(5), 634-657. <https://doi.org/10.1177/1077801213490557>

³⁷ Emma M. Leonard (2021) Die Auslöschung des Monosexismus: Eine Untersuchung der Identitätsentwicklung bei bisexuellen Frauen. *Missouri State University*. <https://bearworks.missouristate.edu/theses/3702>

³⁸ Cirley Novais Valente Junior, Adriane Mesquita de Medeiros (2022) Stimme und Geschlechtsinkongruenz: Zusammenhang zwischen der Selbstwahrnehmung der Stimme und der psychischen Gesundheit von Transfrauen. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.10.002>

³⁹ Aktualisierung der Trans Murder Monitoring-Daten (2024) <https://tgeu.org/files/uploads/2024/11/TGEU-TMM-TDoR2024-Table-2.pdf>. Pressemitteilung (2024): <https://tgeu.org/will-the-cycle-of-violence-ever-end-tgeus-trans-murder-monitoring-project-crosses-5000-cases/>

⁴⁰ Valentine Hallard (2024) Intersexuelle Körper, Operationen und das Streben nach „Normalität“. Menschenrechtsforschungszentrum: <https://www.humanrightsresearch.org/post/intersex-bodies-surgery-and-the-pursuit-of-normality>

⁴¹ Human Rights Watch (2017) „Ich möchte so sein, wie die Natur mich geschaffen hat“: Medizinisch unnötige Operationen an intersexuellen Kindern in den USA. <https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>

Notwendigkeit einer traumainformierten, gewaltfreien und rechtsbasierten Gesundheitsversorgung sowie einer von Gleichaltrigen geleiteten Unterstützung für intersexuelle Gemeinschaften.^{42 43}

All diese Erfahrungen verdeutlichen insgesamt die tiefgreifenden psychologischen Folgen von Pathologisierung, Zwang, Marginalisierung und Trauma für LBTI+-Frauen. Die gemeinschaftsbasierte Unterstützung durch Gleichaltrige spielt eine entscheidende Rolle bei der Milderung dieser Schäden. Von Gleichaltrigen geleitete oder informierte Gruppen bieten oft die einzigen sicheren und bestätigenden Räume, die LBTI+-Frauen in der gesamten EU zur Verfügung stehen. Diese Initiativen sind jedoch nach wie vor stark unterfinanziert, werden in der Regel von Freiwilligen getragen und sind anfällig für Zusammenbrüche, wenn wichtige Personen ausbrengen.⁴⁴ Die Stärkung und Ausstattung von Gemeindezentren, die neben professioneller psychosozialer Betreuung auch Peer-Unterstützung anbieten können, ist eine vielversprechende und dringend notwendige Maßnahme. Diese Situation wird durch die eingeschränkte Finanzierung in der gesamten EU noch verschärft, was die dringende Notwendigkeit unterstreicht, der psychischen Gesundheit sowohl in politischen als auch in Finanzierungsentscheidungen künftig Vorrang einzuräumen.

Schließlich verschärfen strukturelle Lücken in der Politik und der Gestaltung von Dienstleistungen all diese Ungleichheiten für LBTI+-Frauen. Programme zur psychischen Gesundheit auf EU-Ebene sind für Organisationen, die mit intersektional marginalisierten Bevölkerungsgruppen arbeiten, oft unzugänglich, insbesondere in Ländern, in denen LGBTQI+-Personen und -Gemeinschaften bereits von staatlichen Fördermitteln ausgeschlossen sind.⁴⁵ Ohne gezielte Ressourcen und systemische Reformen werden die spezifischen psychischen Gesundheitsbedürfnisse von LBTI+-Frauen weiterhin übersehen werden. Um dies zu ändern, sind nicht nur Finanzmittel und Schulungen für Dienstleister erforderlich, sondern auch die Förderung von Ansätzen, die von Überlebenden geleitet und in der Gemeinschaft verwurzelt sind, sowie die Anerkennung der besonderen Ursachen für die Notlage von LGBTQI+-Frauen: Ausgrenzung aus der Familie, gesellschaftliche Stigmatisierung, Anti-Gender-Politik, Pathologisierung, medizinisierte und institutionelle Gewalt.

Psychosoziale Behinderung und die geschlechtsspezifischen Realitäten von Zwang und Institutionalisierung

Frauen und Mädchen mit psychosozialen Behinderungen in der EU sind mit tiefgreifenden und anhaltenden Verletzungen ihrer Rechte konfrontiert, die oft in einem Erbe und verbleibenden Aspekten der Institutionalisierung, Zwangsmaßnahmen und systemischen Diskriminierung begründet sind. Trotz einiger Fortschritte bei der Deinstitutionalisierung bleiben viele Frauen in psychiatrischen Kliniken, segregierten Pflegeeinrichtungen oder anderen segregierten Einrichtungen untergebracht, wo sie einem erhöhten Risiko von Vernachlässigung, Zwang und geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt sind.^{46 47 48} Institutionelle Umgebungen verschlimmern häufig die Notlage, anstatt sie zu lindern, indem sie Frauen ihrer Autonomie

⁴² OII Europe (2020) Ein Bericht über die Situation von intersexuellen Menschen in Europa und Zentralasien: <https://www.oii-europe.org/covid-19-survey-report/>

⁴³ OII Europe (2022) Follow-up-Umfrage zu COVID-19 und Intersexualität: <https://www.oii-europe.org/oii-europe-follow-up-covid-19-intersex-survey-2022/>

⁴⁴ Erin Howe und Somjen Frazer (2021) Finanzierung zur Bewältigung sich wandelnder Realitäten: LGBTI-Organisationen zur Finanzierungslage in Europa und Zentralasien. Strength in Numbers Consulting Group für ILGA-Europe. <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Funding-Meet-Changing-Realities-LGBTI-Organisations-State-Funding-Europe-Central-Asia.pdf>

⁴⁵ Ebenda.

⁴⁶ MHE und University of Kent (2017) Kartierung und Verständnis von Ausgrenzung in Europa: <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

⁴⁷ WHO Europa (2018) Psychische Gesundheit, Menschenrechte und Versorgungsstandards: Bewertung der Qualität der institutionellen Versorgung von Erwachsenen mit psychosozialen und geistigen Behinderungen in der Europäischen Region der WHO: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342203/9789289053204-eng.pdf?sequence=1>

⁴⁸ Grigaitė, U., Levickaitė, K., Juodkaitė, D., Goštautaitė-Midttun, N. (2025) Förderung der menschenrechtsbasierten Deinstitutionalisierung in Litauen durch Anwendung der QualityRights-Bewertungen der Weltgesundheitsorganisation. *International Journal for Quality in Healthcare*, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae118>

berauben, ihre Erfahrungen zum Schweigen bringen und die Stigmatisierung sowohl von Behinderung als auch von psychischer Gesundheit verstärken.

Die geschlechtsspezifische Dimension der Institutionalisierung wird oft übersehen. Frauen mit psychosozialen Behinderungen sind in institutionellen Kontexten unverhältnismäßig häufig sexueller Gewalt und geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt, darunter Zwangsmedikation, Isolation und in einigen Fällen Zwangssterilisation oder Verweigerung reproduktiver Rechte.^{49 50} Solche Verstöße verursachen nicht nur unmittelbaren Schaden, sondern haben auch langfristige Folgen für die psychische Gesundheit, die körperliche Autonomie und das Vertrauen in das Gesundheits- und Unterstützungssystem. Diese Praktiken stehen im Widerspruch zu den Verpflichtungen aus der von der EU ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention, die den Schutz der Rechtsfähigkeit, die Freiheit von Missbrauch und Zwang sowie das Recht auf ein unabhängiges Leben und die Einbeziehung in die Gemeinschaft vorschreibt. Ein geschlechtersensibler Ansatz zur Deinstitutionalisierung erfordert, dass Frauen Zugang zu sicheren, gemeindenahen Diensten haben, die speziell auf Gewaltrisiken eingehen und ganzheitliche Unterstützung bieten. Dazu gehören eine angemessene Finanzierung, geschlechtersensible Schulungen für das Personal und Mechanismen, die Frauen befähigen, während und nach dem Übergang aus der institutionellen Pflege Entscheidungen zu treffen und Kontrolle über ihr Leben auszuüben.

Laut dem Europäischen Behindertenforum (EDF)⁵¹ sind Frauen und Mädchen mit Behinderungen, einschließlich solcher mit psychosozialen Behinderungen, weiterhin einer Vielzahl schädlicher Stereotypen ausgesetzt. Diese verstärken die Diskriminierung und erhöhen die Gefährdung durch Gewalt, Ausgrenzung und Rechtsverletzungen, was wiederum zu schwerwiegenden negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit führen kann. Zu den gängigen Annahmen gehört die Überzeugung, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen nicht in der Lage sind, Kinder oder Verwandte zu versorgen, keine Kinder bekommen sollten oder unfähig sind, Entscheidungen über ihren eigenen Körper und ihre Sexualität zu treffen. Diese falschen Vorstellungen fördern Praktiken wie Zwangssterilisation, Zwangsverhütung und Abtreibung ohne freie und informierte Zustimmung, die gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention und der Istanbul-Konvention ausdrücklich verboten sind. Der Ausschluss von Sexualaufklärung und Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist weit verbreitet, was zu einem erhöhten Risiko von sexueller Gewalt, Ausbeutung, ungewollten Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Infektionen führt.

Weitere Stereotypen stellen Frauen und Mädchen mit Behinderungen als weniger bildungswürdig, für bestimmte Berufe ungeeignet oder als unfähig für Führungsaufgaben dar. Solche Vorurteile beeinträchtigen ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden, schränken ihre Teilhabe an Schulen, am Arbeitsplatz und am politischen Leben ein und perpetuieren so den Kreislauf von Marginalisierung, Entmachtung und wirtschaftlicher Abhängigkeit. Frauen und Mädchen mit psychosozialen Behinderungen werden durch schädliche Stereotypen und Mythen, die sie als angeblich gewalttätig, unberechenbar oder unzuverlässig darstellen, zusätzlich stigmatisiert. Diese Vorurteile untergraben nicht nur ihre Beschäftigungsaussichten und elterlichen Rechte, sondern schränken auch ihren Zugang zu Justiz- und Schutzdiensten ein, wobei Überlebenden von Gewalt oft die notwendige und angemessene Unterstützung, einschließlich psychologischer Betreuung, verweigert wird.

⁴⁹ EDF und CERMI Women's Foundation (2017) Beendigung der Zwangssterilisation von Frauen und Mädchen mit Behinderungen: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/06/EDF-and-CERMI-Womens-Foundation-report-on-ending-forced-sterilisation-of-women-and-girls-with-disabilities.pdf>

⁵⁰ EDF (2022) Zwangssterilisation von Menschen mit Behinderungen in der Europäischen Union: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/09/EDF_FS_0909-accessible.pdf

⁵¹ EDF (2025) EDF-Positionspapier zu Geschlechterstereotypen gegenüber Frauen mit Behinderungen: <https://www.edf-feph.org/publications/gender-stereotypes-against-women-with-disabilities/>

Frauen mit Behinderungen, die in Pflegeeinrichtungen leben, sind aufgrund von Isolation, Machtungleichgewichten und mangelnder Rechenschaftspflicht innerhalb institutioneller Einrichtungen einem erhöhten Risiko von Missbrauch ausgesetzt, wodurch Gewalt und ihre Folgen für die psychische Gesundheit häufiger auftreten und schwieriger zu melden sind. Außerdem werden sie in Fällen von Missbrauch seltener als glaubwürdige Zeuginnen anerkannt, was die Straflosigkeit weiter verstärkt.⁵² Diese sich überschneidenden Stereotypen, die in Ableismus und geschlechtsspezifischen Vorurteilen verwurzelt sind, verweigern Frauen und Mädchen mit psychosozialen Behinderungen ihr Recht auf Autonomie, Würde und Gleichberechtigung und erfordern dringende Maßnahmen durch inklusive Politik, Sensibilisierung, barrierefreie Dienstleistungen und gezielte Maßnahmen zum Abbau struktureller Diskriminierung.

„Nun, wenn man eine Behinderung hat, ist das sofort die erste Reaktion. Das Erste, was einem in den Sinn kommt, ist wie ein Stempel oder ein Etikett – dass sie sich Dinge ausdenken. Als ob das, was sie sagen, nicht wahr wäre. Als ob nur „nicht kranke Menschen“ die Wahrheit sagen könnten. (...) In diesem Sinne sind alle sehr, sehr schnell dabei zu sagen, dass man als Mensch mit Behinderung abgeschrieben ist. (...)“ – Ein Vormund eines Mädchens mit einer psychosozialen Behinderung, Opfer geschlechtsspezifischer Gewalt.⁵³

Diese Realitäten verstärken die strukturelle Ausgrenzung und lassen Frauen mit psychosozialen Behinderungen sowohl in der psychischen Gesundheitsversorgung als auch in der Gleichstellungsagenda am Rande stehen. Dennoch gibt es in ganz Europa einige vielversprechende Praktiken, die mögliche Wege nach vorne aufzeigen. Die Europäische Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030 legt erneut einen Schwerpunkt auf die Deinstitutionalisierung und die Stärkung der gemeindenahen Unterstützung und erkennt die Notwendigkeit an, Zwangsmodelle durch rechtsbasierte, personenzentrierte Ansätze zu ersetzen. Bei der Umsetzung dieser Maßnahmen werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, sicherzustellen, dass Investitionen in barrierefreie und erschwingliche gemeindenahen Dienste ausdrücklich die Hindernisse beseitigen, denen Frauen beim Zugang zu sozialen und psychischen Gesundheitsdiensten gegenüberstehen, und eine geschlechtsspezifische Perspektive in die Deinstitutionalisierungsmaßnahmen zu integrieren. EU-finanzierte Projekte sollten auch die zusätzlichen Herausforderungen berücksichtigen, denen Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind, die unter intersektionaler Diskriminierung leiden, darunter Angehörige rassischer und ethnischer Minderheiten, LGBTI+-Frauen und Frauen mit psychosozialen Behinderungen, um einen gerechten Zugang zu unterstützenden, inklusiven und sicheren gemeindenahen Dienstleistungen zu fördern.⁵⁴

Einige Mitgliedstaaten haben von Gleichaltrigen geleitete Krisenalternativen, Krisenunterkünfte und von Überlebenden initiierte Advocacy-Initiativen eingeführt, die das Potenzial nicht-zwanghafter, gemeindenaher Maßnahmen demonstrieren (z. B. die Krisenräume in Bochum in Deutschland⁵⁵, der Open-Dialogue-Ansatz in Finnland und das Triest-Modell in Italien⁵⁶). Zivilgesellschaftliche Organisationen, darunter Netzwerke für die Rechte von Frauen mit Behinderungen, machen weiterhin auf Missstände aufmerksam und bekämpfen diese, während sie gleichzeitig traumainformierte und gewaltbewusste Unterstützungsmodelle erproben, die die Handlungsfähigkeit und Lebenserfahrung von Frauen stärken.

⁵² Leanne Dowse, Simone Rowe, Eileen Baldry und Michael Baker (2021) Polizeiliches Vorgehen gegenüber Menschen mit Behinderungen: Forschungsbericht. <https://apo.org.au/node/314892>

⁵³ Grigaitė, U., Baltrušytė, G.M., Sipko, K. (2025) Zugang zur Justiz für Kinder mit Behinderungen, die Opfer von Straftaten in Litauen sind: Eine qualitative Studie. *The International Journal for Children's Rights*. <https://doi.org/10.1163/15718182-33010005>

⁵⁴ Europäische Kommission (2024) Leitlinien zum unabhängigen Leben und zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Gemeinschaft im Rahmen der EU-Finanzierung: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/commission-adopts-guidance-independent-living-persons-disabilities-2024-11-20_en

⁵⁵ Europarat (2021) Kompendium: Bewährte Verfahren zur Förderung freiwilliger Maßnahmen in der psychischen Gesundheitsversorgung. <https://rm.coe.int/inf-2021-9-compendium-final-e/1680b11f60>

⁵⁶ WHO (2021) Leitlinien zu gemeindenahen psychiatrischen Diensten: Förderung personenzentrierter und rechtsbasierter Ansätze. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

Um die Rechte von Frauen mit psychischen Behinderungen zu verwirklichen, müssen die EU und ihre Mitgliedstaaten über bloße Worte hinausgehen und die wirksame Umsetzung der Verpflichtungen aus dem UN-Behindertenrechtskonvention in der Praxis sicherstellen. Das bedeutet, in eine geschlechtersensible und geschlechtergerechte Deinstitutionalisierung zu investieren, Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen zu verbieten, den Zugang zu Justiz und Wiedergutmachung für Überlebende von Gewalt und Missbrauch sicherzustellen und die Führungsrolle von Lebenserfahrung in die Gestaltung und Überwachung von Dienstleistungen einzubeziehen. Der Schutz der psychischen Gesundheit und Würde von Frauen mit psychischen Behinderungen ist nicht nur eine Frage der Gesundheitsreform, sondern auch eine Frage der Geschlechtergerechtigkeit und der Menschenrechte, die im Mittelpunkt der Verpflichtungen der EU stehen.

„Es muss jedoch betont werden, dass es nach wie vor nur wenige zugängliche Daten zu behinderungsspezifischer Gewalt, zu Gewalt in geschlossenen Einrichtungen (Institutionen, Asylzentren oder psychiatrischen Kliniken), zur Beziehung zwischen dem Opfer en und dem/den Täter(n) sowie zu den Hindernissen bei der Anzeige von Gewalt gibt, die Frauen und Mädchen mit Behinderungen zum Schweigen bringen und unsichtbar machen, wie das Europäische Behindertenforum betont.⁵⁷“⁵⁸

Medizinische Frauenfeindlichkeit und Abwertung von Lebenserfahrungen in der psychischen Gesundheitsversorgung und im Gesundheitswesen

In ganz Europa sind Frauen nach wie vor mit stark geschlechtsspezifischen Vorurteilen und Diskriminierungen innerhalb der Gesundheitssysteme konfrontiert, einschließlich der psychischen Gesundheitsdienste. Medizinische Frauenfeindlichkeit in der psychischen Gesundheitsversorgung kann sich in einer Übermedikalisierung der Leiden von Frauen, Fehldiagnosen und der Nichtberücksichtigung sozialer und struktureller Faktoren, die die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen, äußern. Depressionen, Angstzustände oder traumabedingte Erkrankungen werden häufig als individuelle „Pathologie“ behandelt, anstatt als Reaktion auf Gewalt, Diskriminierung oder gesellschaftliche Ungleichheiten anerkannt zu werden. Dies verstärkt einen Kreislauf, in dem Frauen regelmäßig zum Schweigen gebracht, ihr Leiden medizinisiert und ihre Autonomie untergraben wird.

Eine damit verbundene Dimension ist die epistemische (intellektuelle) Ungerechtigkeit⁵⁹ : Frauen werden allzu oft als unzuverlässige Erzählerinnen ihres eigenen Leidens positioniert, wobei Kliniker biomedizinische oder psychiatrische Rahmenkonzepte gegenüber den Berichten aus erster Hand über das Leiden bevorzugen.⁶⁰ Dies ist besonders schädlich für Überlebende geschlechtsspezifischer Gewalt, deren Aussagen oft angezweifelt, heruntergespielt oder als vermeintliche Symptome einer psychiatrischen Erkrankung umgedeutet werden, beispielsweise in Fällen, in denen sich epistemische Privilegien in der Psychiatrie manifestieren.⁶¹ Für Frauen mit psychosozialen Behinderungen wird diese Dynamik durch strukturelle Diskriminierung aufgrund von Behinderung noch verstärkt, was zu einer anhaltenden Ausgrenzung von Entscheidungen über ihre eigene Pflege und Unterstützung führt.

⁵⁷ EDF (2021) EDF-Positionspapier zu Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderungen in der Europäischen Union: <https://www.edf-fehp.org/publications/edf-position-paper-on-violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-european-union>

⁵⁸ Yousra Sandabad (2024) RESPONSE: Responsive services to address gender-based violence against women with disabilities – State of the Art Report. https://easdpd.eu/fileadmin/user_upload/Projects/0_RESPONSE_State_of_the_Art_Report.pdf

⁵⁹ Fricker, M. (2007) Epistemische Ungerechtigkeit: Macht und die Ethik des Wissens. *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁶⁰ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Unter dem Dach der epistemischen Ungerechtigkeit Kommunikation und epistemische Ungerechtigkeit in klinischen Begegnungen: eine kritische Übersichtsarbeit. *Ethik, Medizin und öffentliche Gesundheit*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁶¹ Kidd, I. J., Spencer, L., Carel, H. (2022) Epistemische Ungerechtigkeit in der psychiatrischen Forschung und Praxis. *Philosophische Psychologie*, 38(2), 503–531. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333>

„Ja, als ich in Sofia war und anfang, über die sexuelle [Gewalt] zu sprechen, glaube ich nicht, dass sie mir wirklich geglaubt haben. Das passiert auch, wenn man es ihnen erzählt. Sie denken, dass alles durch die Psychose verursacht wird.“ – Eine Frau mit einer psychosozialen Behinderung, die mehrere Formen geschlechtsspezifischer Gewalt erlebt hat.⁶²

Die Folgen medizinischer Frauenfeindlichkeit und der Abwertung von Lebenserfahrungen sind tiefgreifend. Sie tragen zu verspäteten oder unzureichenden Diagnosen, unangemessenen oder zwanghaften Behandlungen und einem Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem bei. Darüber hinaus perpetuieren diese Dynamiken Stigmatisierung und schaffen Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfe, sodass viele Frauen keine wirksame, auf ihren Rechten basierende Unterstützung erhalten. Sie reproduzieren auch strukturelle Ungleichheiten: So sind Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen beispielsweise einer doppelten Belastung durch rassistische und geschlechtsspezifische Vorurteile ausgesetzt, während Trans- und Intersexuelle zusätzlich mit Pathologisierung und Delegitimierung ihrer Identität konfrontiert sind.

Darüber hinaus sehen sich Frauen in ganz Europa weiterhin mit systemischen Hindernissen für ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRHR) konfrontiert. Restriktive Abtreibungsgesetze, ungleicher Zugang zu assistierten Reproduktionstechnologien und das Fehlen einer universellen, stigmatisierungsfreien Versorgung schaffen rechtliche, finanzielle und praktische Hindernisse. Diese Hindernisse zwingen Frauen oft dazu, notwendige Gesundheitsleistungen aufzuschieben oder darauf zu verzichten, was sich unverhältnismäßig stark auf Frauen aus marginalisierten Gruppen auswirkt.⁶³ Darüber hinaus gefährden allgemeine Kürzungen der globalen Hilfe in Verbindung mit der zunehmenden Gegenbewegung gegen die Gleichstellung der Geschlechter die Gesundheit von Frauen zusätzlich.⁶⁴

Laut der International Planned Parenthood Federation (IPPF) – European Network stellen inkonsistente nationale Politiken einen klaren Verstoß gegen die reproduktiven Rechte dar und vertiefen bestehende Ungleichheiten in der gesamten Region. Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie ist nach wie vor eine weit verbreitete und unzureichend bekämpfte Form geschlechtsspezifischer Gewalt, die Misshandlung, Nötigung, Vernachlässigung und nicht einvernehmliche Eingriffe im Gesundheitswesen umfasst.⁶⁵ Solche Verstöße untergraben die körperliche und reproduktive Autonomie, führen zu anhaltendem Misstrauen gegenüber Gesundheitssystemen und verdeutlichen das Fehlen wirksamer Schutzmaßnahmen, Rechenschaftspflicht und professioneller Ausbildung. Frauen, die mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, darunter Frauen mit Behinderungen, Migrantinnen, LGBTI+-Frauen und Überlebende geschlechtsspezifischer Gewalt, sind am stärksten von Ausgrenzung, Misshandlung und systematischer Vernachlässigung bedroht, während trans- und intersexuelle Frauen besonders schweren Verletzungen ihrer Gesundheit und Menschenrechte ausgesetzt sind.

Um diese Lücken zu schließen, sind umfassende, intersektionale Maßnahmen erforderlich, die berücksichtigen, wie Geschlecht, Sexualität, Migrationsstatus, Behinderung, ethnische Zugehörigkeit und sozioökonomische Stellung den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen. Die Ausweitung einer umfassenden Sexualaufklärung, die Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte sowie die Bekämpfung von Gewalt in der Geburtshilfe und

⁶² Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED: Behindertengerechte Einrichtungen und Programme zur Prävention von Gewalt gegen Frauen und Kinder in Bulgarien. Kera Foundation: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

⁶³ IPPF European Network: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Zugriff am 22. Oktober 2025.

⁶⁴ UN Women (2025) Fortschritte bei den Zielen für nachhaltige Entwicklung: Gender Snapshot 2025. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2025-09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2025-en.pdf>

⁶⁵ IPPF European Network (2022) Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie: <https://europe.ippf.org/resource/gynaecological-and-obstetric-violence-form-gender-based-violence>

Gynäkologie müssen als dringende Erfordernisse im Bereich der psychischen Gesundheit und der Menschenrechte priorisiert werden. Der EU kommt dabei eine wesentliche Rolle zu: Sie muss den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und den damit verbundenen Rechten in allen Mitgliedstaaten harmonisieren, grenzüberschreitende Solidaritätsmechanismen für Schwangerschaftsabbrüche unterstützen, medizinische und institutionelle Gewalt bekämpfen und die Finanzierung von Frauenrechts- und SRHR-Organisationen verstärken, um eine gerechte, rechtsbasierte und auf Genesung ausgerichtete Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten.

Letztendlich erfordert die Beseitigung medizinischer Frauenfeindlichkeit und epistemischer Ungerechtigkeit im Gesundheitswesen mehr als nur schrittweise Reformen. Es bedarf struktureller Veränderungen hin zu Geschlechtergerechtigkeit, rechtsbasierten Praktiken und Mechanismen der Rechenschaftspflicht, die sicherstellen, dass die Lebenserfahrungen von Frauen nicht nur gehört, sondern auch umgesetzt werden. Ohne einen solchen Wandel besteht die Gefahr, dass die psychischen Gesundheitssysteme genau die Ungleichheiten reproduzieren, die sie eigentlich bekämpfen sollen.

Geschlecht und Intersektionalität in der psychischen Gesundheit

Praktische Relevanz des psychosozialen Modells der psychischen Gesundheit

Um Geschlecht und psychische Gesundheit zu verstehen, bedarf es einer intersektionalen Perspektive, die berücksichtigt, wie soziale Position, Identität und strukturelle Ungleichheiten die gelebten Erfahrungen von Leid und psychischer Gesundheit prägen. Intersektionalität bedeutet in der Praxis, anzuerkennen, dass Geschlecht oft mit anderen Faktoren zusammenwirkt: Menschen können auch Diskriminierung aufgrund anderer Aspekte ihrer Identität ausgesetzt sein, wie Behinderung, Alter, ethnische Zugehörigkeit, soziale Schicht, Migrationsstatus oder Sexualität, und diese kombinierten Kräfte können das Risiko für psychische Probleme und Erkrankungen erhöhen.

Ein solcher Ansatz steht in starkem Einklang mit dem psychosozialen Modell der psychischen Gesundheit⁶⁶, das eng gefasste biomedizinische Interpretationen in Frage stellt, indem es psychische Gesundheit in einem breiteren Lebenskontext betrachtet. Genesung wird nicht einfach durch biomedizinische Behandlungsergebnisse definiert, sondern erhält eine individuelle Bedeutung und steht in Zusammenhang mit Faktoren wie komplexen Unterstützungssystemen, die Peer-Unterstützung, zugängliche, gemeindebasierte, individualisierte, personenzentrierte Dienste und inklusive Strategien umfassen. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die Idee, dass Menschen mit eigener Erfahrung Experten für ihre eigene Genesung sind und dass Wahlmöglichkeiten, Autonomie und sinnvolle Teilhabe für die psychische Gesundheit unerlässlich sind.

Wendet man diese Perspektive auf das Geschlecht an, wird deutlich, wie geschlechtsspezifische Ungleichheiten, darunter geschlechtsspezifische Gewalt, ungleiche Betreuungsaufgaben und systemische Frauenfeindlichkeit, sich direkt auf die psychische Gesundheit auswirken. Wie gezeigt wurde, sehen sich Frauen oft mit sich überschneidenden Barrieren konfrontiert, die Ausgrenzung und Not verschärfen. Beispielsweise können Migrantinnen, rassifizierte Frauen, Frauen mit psychosozialen Behinderungen oder LGBTI+-Frauen in den Bereichen Gesundheit, Beschäftigung oder Wohnen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sein, die untrennbar mit ihrer psychischen Gesundheit verbunden ist. Der psychosoziale Ansatz erkennt diese sich überschneidenden Ungleichheiten an und bietet einen Rahmen für die Entwicklung von Maßnahmen, die sowohl den individuellen Bedürfnissen als auch strukturellen Ungerechtigkeiten Rechnung tragen.

Für die politischen Entscheidungsträger der EU unterstreicht dieser Rahmen eine dringende Botschaft: Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit, die das Geschlecht außer Acht lassen (oder umgekehrt: Maßnahmen zur Gleichstellung der Geschlechter, die die psychische Gesundheit und die Rechte von Menschen mit Behinderungen übersehen), und Intersektionalität bergen die Gefahr, dass sich die Ungleichheit vertieft und die am stärksten marginalisierten Menschen zurückgelassen werden. Ein geschlechtertransformativer, geschlechtergerechter, psychosozialer Ansatz sollte daher in die Strategien der EU zu Gesundheit, Gleichstellung und Menschenrechten eingebettet werden. Dies erfordert nicht nur Investitionen in zugängliche und inklusive psychische Gesundheitsdienste, sondern auch koordinierte

⁶⁶ MHE (2023) Förderung des Verständnisses des psychosozialen Modells der psychischen Gesundheit: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

⁶⁷ Karilė Levickaitė und Ugnė Grigaitė (2020) Psychische Gesundheit, psychosoziale Behinderung und das Recht auf ein Leben in der Gemeinschaft: Deinstitutionalisierung und Einsatz für Veränderungen. https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

Maßnahmen auf EU-Ebene zum Abbau struktureller Barrieren wie geschlechtsspezifische Gewalt, Diskriminierung und prekäre sozioökonomische Bedingungen, die die psychische Gesundheit von Frauen beeinträchtigen. Durch die Berücksichtigung von Intersektionalität in Politik und Praxis kann sich die EU als weltweit führend bei der Neugestaltung von Systemen der psychischen Gesundheit durch Gleichstellung, Gerechtigkeit und Menschenrechte positionieren. Diese Vision steht in Einklang mit den Verpflichtungen der EU gemäß dem UN-Behindertenrechtsübereinkommen und der Istanbul-Konvention, die beide das Recht auf vollständige Inklusion, Gleichstellung und Freiheit von Gewalt und Diskriminierung bekräftigen.

Herausforderungen durch Datenlücken und geschlechtsblinde psychische Gesundheitssysteme

Ein anhaltendes Hindernis für eine wirksame geschlechtersensible und geschlechtergerechte Politik und Praxis im Bereich der psychischen Gesundheit in der EU ist der Mangel an umfassenden, aufgeschlüsselten Daten. Aktuelle Forschungsergebnisse und Daten zu Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit berücksichtigen häufig nicht die Unterschiede in den Erfahrungen und Ergebnissen, die sich aus dem Geschlecht, sich überschneidenden Identitäten oder sozialen Determinanten ergeben. Diese Unsichtbarkeit beeinträchtigt die Fähigkeit der politischen Entscheidungsträger, gezielte Maßnahmen zu konzipieren, Ressourcen gerecht zu verteilen und die Wirksamkeit von Dienstleistungen zu überwachen. Darüber hinaus arbeiten viele bestehende Systeme der psychischen Gesundheitsversorgung unter geschlechtsneutralen Annahmen und übersehen dabei, wie strukturelle Ungleichheiten, geschlechtsspezifische Gewalt, Pflegeverantwortlichkeiten sowie soziale Erwartungen und „Normen“ die Ergebnisse im Bereich der psychischen Gesundheit beeinflussen.⁶⁸

Um diese Lücken zu schließen, ist ein systematischer, rechtsbasierter Ansatz für die Datenerhebung, -überwachung und -auswertung erforderlich. Dazu gehört die routinemäßige Aufschlüsselung von Indikatoren für psychische Gesundheit nach Geschlecht, Alter, Migrationsstatus, Art der Behinderung, sozioökonomischem Status und anderen sich überschneidenden Faktoren, wobei gleichzeitig robuste Schutzmaßnahmen gewährleistet werden müssen. Die Ergänzung quantitativer Daten durch qualitative Erkenntnisse, einschließlich Erfahrungsberichten, kann Barrieren, diskriminierende Praktiken und ungedeckte Bedürfnisse aufzeigen, die bei traditionellen Messgrößen oft übersehen werden. Investitionen in qualitativ hochwertige Forschung, die auf einem umfassenden intersektionalen Verständnis basiert, müssen priorisiert werden, wobei Transparenz, ethische Schutzmaßnahmen und die Beteiligung der Gemeinschaft gewährleistet sein müssen.

Wichtig ist, dass die Verbesserung geschlechtergerechter und sektorübergreifender Datensysteme nicht nur eine technische Notwendigkeit ist, sondern eine Frage der Menschenrechte, der Rechenschaftspflicht und der sozialen Gerechtigkeit, die evidenzbasierte Maßnahmen ermöglicht, die die UN-Behindertenrechtskonvention und die Istanbul-Konvention einhalten und eine sinnvolle Inklusion für alle Menschen in ganz Europa fördern.

Partizipative und inklusive Forschung, Politik und Praxis

⁶⁸ Mischa Barr, Renata Anderson, Sandra Morris, Kate Johnston-Ataata (2024) Auf dem Weg zu einem geschlechtsspezifischen Verständnis der Erfahrungen von Frauen mit psychischer Gesundheit und dem psychischen Gesundheitssystem. *Women's Health Victoria*, Themenpapier 17.2. https://www.whv.org.au/wp-content/uploads/2023/01/Issues-Paper-17-2_Nov-2024_Towards-a-gendered-understanding-of-womens-experiences-of-mental-health-and-the-mental-health-system.pdf

Die Gewährleistung einer partizipativen und inklusiven Forschung, Politikgestaltung und Praxis im Bereich der psychischen Gesundheit ist unerlässlich, um geschlechtsspezifische Ungleichheiten zu beseitigen und die Geschlechtergerechtigkeit in der psychischen Gesundheit zu fördern. Traditionelle Ansätze marginalisieren oft die Stimmen derjenigen, die selbst Erfahrungen gemacht haben, insbesondere von Frauen, sowie von Angehörigen intersektionaler marginalisierter Gruppen wie Migrant*innen, LGBTQI+-Personen und Menschen mit Behinderungen. Diese Ausgrenzung schränkt die Relevanz, Wirksamkeit und Gerechtigkeit von Maßnahmen und Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit ein und verstärkt epistemische Ungerechtigkeit und systemische Barrieren.

Partizipative Ansätze beinhalten die gemeinsame Gestaltung und Entwicklung von Forschung, Politik und Dienstleistungen mit den am stärksten Betroffenen, wobei gelebte und aktuelle Erfahrungen als Fachwissen anerkannt werden. Durch die Förderung einer sinnvollen Beteiligung in jeder Phase erhöhen solche Ansätze die Rechenschaftspflicht, die Relevanz und das Potenzial für systemische Veränderungen. Die Befürwortung partizipativer und inklusiver Ansätze fordert die EU-Institutionen und Mitgliedstaaten auf, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Führungsrolle von Lebenserfahrung vorschreiben, die gemeinsame Gestaltung und Produktion in die Politik- und Dienstleistungsgestaltung einbetten und Forschung finanzieren, die Inklusion priorisiert. Solche Bemühungen stehen im Einklang mit den rechtsbasierten Verpflichtungen gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention und den umfassenderen EU-Rahmenwerken für Gleichstellung und Antidiskriminierung und gewährleisten, dass die Systeme der psychischen Gesundheit gerecht und reaktionsfähig sind und strukturelle und geschlechtsspezifische Determinanten der psychischen Gesundheit berücksichtigen können. Auch andere relevante Politikbereiche wie Wohnungswesen, Sozialpolitik und Digitalisierung müssen sowohl geschlechtsspezifische als auch psychische Gesundheitsaspekte berücksichtigen.

Ganzheitliche Ansätze für die psychische Gesundheit

Soziale Determinanten und Genesungsansatz

Der intersektionale und psychosoziale Ansatz knüpft nahtlos an das Konzept der sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit an. Er erkennt an, dass die psychische Gesundheit stark von sozioökonomischen und ökologischen Bedingungen beeinflusst wird, und betont die Notwendigkeit, Ungleichheit, Diskriminierung und Gewalt zu bekämpfen, was insbesondere bei der Diskussion über die psychische Gesundheit von Frauen relevant ist. Ein solcher ganzheitlicher Ansatz für psychische Gesundheit erfordert entschlossene Schritte hin zu integrierten, gemeindebasierten, geschlechtergerechten und rechtsbasierten Perspektiven. Die Auseinandersetzung mit psychischer Gesundheit erfordert daher auch Maßnahmen im Rahmen der Sozial-, Wirtschafts- und Gleichstellungspolitik, die Prävention, Inklusion und Würde ermöglichen.

In diesem Rahmen ist der Recovery-Ansatz⁶⁹ von entscheidender Bedeutung. Im Zusammenhang mit Geschlecht und psychischer Gesundheit erfordert der Recovery-Ansatz Dienstleistungen, die auf die individuellen Realitäten eingehen, einschließlich der Gefährdung durch geschlechtsspezifische Gewalt und des ungleichen Zugangs zu Ressourcen. Vielversprechende Praktiken finden sich bereits in gemeindebasierten Peer-Support-Netzwerken, von Überlebenden geleiteten Diensten und geschlechtersensiblen Krisenalternativen, die Sicherheit, Wahlmöglichkeiten, Handlungsfähigkeit, Autonomie und Würde gegenüber Zwang und Institutionalisierung priorisieren.⁷⁰

Auf EU-Ebene spiegelt die Europäische Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen die Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention wider, die mit dem Recovery-Ansatz im Einklang stehen, erkennt aber auch die bestehenden rechtlichen und systemischen Hindernisse an, insbesondere für Frauen mit psychosozialen Behinderungen. Es finden derzeit politische Diskussionen statt, aber Erfahrungsberichte zeigen, dass institutionelle, zwanghafte und paternalistische Praktiken symbolisch und praktisch nach wie vor fest verankert sind. Um recovery-orientierte, rechtsbasierte Systeme der psychischen Gesundheit zu verwirklichen, müssen die EU-Politik und die berufliche Praxis mit klaren Leitlinien, Instrumenten und Mechanismen der Rechenschaftspflicht ausgestattet werden, die den Recovery-Ansatz und die Recovery-Grundsätze in die tägliche Pflege umsetzen.

Trauma- und gewaltbewusste Pflege

Für viele Frauen, darunter auch Überlebende geschlechtsspezifischer Gewalt, sind psychische Probleme tief in Traumata verwurzelt. Dienste, die dies nicht erkennen, riskieren, Überlebende durch Zwang, Unglauben oder mangelnde Sensibilität erneut zu traumatisieren.⁷¹ Ein wirklich genesungsorientiertes System der psychischen Gesundheit muss eine traumainformierte und gewaltbewusste Versorgung integrieren.⁷² ⁷³ Dies würde bedeuten, Sicherheit, Vertrauen und Empowerment in den Vordergrund zu stellen, die

⁶⁹ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Recovery in Mental Health Services: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

⁷⁰ WHO (2021) Leitlinien für gemeinde-nahe psychosoziale Dienste: Förderung personenbezogener und rechtsbasierter Ansätze. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

⁷¹ Grigaitė, U. (2025) Reaktionen auf die psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Überlebenden häuslicher Gewalt durch psychosoziale Dienste in Litauen und Portugal. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

⁷² Wathen, C. N. und Mantler, T. (2022) Trauma- und gewaltinformierte Betreuung: Ausrichtung von Interventionen bei Gewalt in Partnerschaften auf Gleichberechtigung. *Aktuelle Epidemiologieberichte*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷³ Wathen, C. N. und Varcoe C. (2023) Implementierung traumainformierter und gewaltinformierter Betreuung: Ein Handbuch. *University of Toronto Press*. ISBN: 978-1-4875-2927-7.

weitreichenden Auswirkungen von Gewalt auf das Leben von Frauen anzuerkennen und die Maßnahmen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit entsprechend anzupassen.

Trauma- und gewaltbewusste Pflege⁷⁴ en stellen eine Weiterentwicklung traditioneller traumabezogener Ansätze dar, wobei der Fokus von individuellen Interventionen auf ein umfassenderes Verständnis zwischenmenschlicher und struktureller Gewalt, insbesondere geschlechtsspezifischer Gewalt, ausgeweitet wird. Es betrachtet Erfahrungen verschiedener Formen von Gewalt im Kontext umfassenderer sozialer und struktureller Ungleichheiten und erkennt an, dass systemische Faktoren wie Armut, unsichere Wohnverhältnisse, Diskriminierung und durch Politik verursachte Schäden (z. B. restriktive Reproduktionsgesundheitspolitik, Ausschluss aus der Gesundheitsversorgung, Institutionalisierungspolitik) mit zwischenmenschlicher Gewalt zusammenwirken und die psychische Gesundheit beeinflussen. Es orientiert sich an vier Grundprinzipien: Verständnis und Anerkennung der Auswirkungen von Traumata und struktureller Gewalt; Priorisierung der physischen, emotionalen und kulturellen Sicherheit von Dienstleistungsnutzern und -anbietern; Förderung von personenzentrierter Zusammenarbeit, Wahlmöglichkeiten und Verbindungen; und Aufbau auf bestehenden Stärken bei gleichzeitiger Unterstützung der Entwicklung von Fähigkeiten und Kapazitäten.

Dieser Ansatz betont, dass **ein Trauma nicht nur eine psychologische Erfahrung ist, sondern auch durch soziale und strukturelle Bedingungen geprägt wird**. Er unterstreicht die Verantwortung von Organisationen und Anbietern, Systeme und Dienstleistungen an die individuellen Bedürfnisse anzupassen, anstatt von den Menschen zu verlangen, sich in unflexiblen Strukturen zurechtzufinden, um Unterstützung zu erhalten. In der Praxis integriert dieser Ansatz diese Prinzipien in Programme und Dienstleistungen und stellt sicher, dass Interventionen bedarfsgerecht, nachhaltig und in umfassendere Versorgungssysteme eingebettet sind.⁷⁵ Wichtig ist auch, dass er die Verantwortung der politischen Entscheidungsträger unterstreicht, die intersektionale Natur der psychischen Gesundheit anzuerkennen und sicherzustellen, dass diese Überlegungen in alle Politikbereiche einfließen, da Entscheidungen in Bereichen wie Gesundheit, Wohnen, Bildung und Sozialschutz sowohl den Bedarf an Unterstützung als auch deren Zugänglichkeit tiefgreifend beeinflussen.

Die Verankerung und Förderung solcher Ansätze als Standard in allen Systemen der psychischen Gesundheit (sowohl in der Politik als auch in der Praxis) wäre ein grundlegender Schritt in Richtung Geschlechtergerechtigkeit in der psychischen Gesundheitsversorgung: Durch die Verankerung traumainformierter und gewaltinformierter Prinzipien in der psychischen Gesundheitsversorgung und anderen Diensten wird die Versorgung nicht nur traumasensibel, sondern auch rechts- und genesungsbasiert, intersektional und auf die geschlechtsspezifischen Realitäten der Erfahrungen von Frauen ausgerichtet. Durch die Umverteilung der Wissensmacht kann die psychische Gesundheitsversorgung nicht nur inklusiver, sondern auch effektiver werden und sich an den Realitäten derjenigen orientieren, die sie unterstützen soll. Über die Dienstleistungen hinaus müssen diese Prinzipien jedoch auch in die Präventionsbemühungen einfließen, um sicherzustellen, dass die Systeme die Ursachen von Traumata und struktureller Gewalt bekämpfen, bevor sie sich in negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit manifestieren.

Ganzheitliche, geschlechtergerechte, genesungsorientierte, traumainformierte und gewaltbewusste sowie von Gleichaltrigen geleitete Ansätze sind keine optionalen Zusatzleistungen: Sie sind Voraussetzungen für

⁷⁴ Wathen, C. N. und Mantler, T. (2022) Trauma- und gewaltinformierte Betreuung: Ausrichtung von Interventionen bei Gewalt in Paarbeziehungen auf Gleichberechtigung. *Aktuelle Epidemiologieberichte*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷⁵ Ebenda.

den Aufbau von psychischen Gesundheitssystemen, die sowohl wirksam als auch gerecht sind. Auf EU-Ebene erfordert dies politische Maßnahmen, die Geschlechtergleichstellung, Intersektionalität und Menschenrechte ausdrücklich in Strategien zur psychischen Gesundheit integrieren und die Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention und der Istanbul-Konvention sicherstellen. Durch die Förderung ganzheitlicher und geschlechtergerechter Ansätze hat die EU die Möglichkeit, eine Vorreiterrolle bei der Neugestaltung von Systemen der psychischen Gesundheit zu übernehmen, die wirklich heilen statt Schaden anzurichten. Dies bietet auch die Gelegenheit zu erkennen, dass die psychische Gesundheit in allen Politikbereichen berücksichtigt werden muss, da Entscheidungen in den Bereichen Bildung, Wohnen, Beschäftigung, Migration, Justiz, Sozialschutz und darüber hinaus die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden tiefgreifend beeinflussen.

EU-Politik zu Geschlechtergleichstellung und psychischer Gesundheit

Überblick über die wichtigsten EU-Rahmenwerke

Gleichstellung der Geschlechter: Die EU-Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter

Die EU-Strategie für die Gleichstellung der Geschlechter 2020–2025⁷⁶ ist die Leitinitiative der Kommission zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern in ganz Europa. Sie enthält eine Reihe umfassender Ziele zur Beseitigung geschlechtsspezifischer Gewalt, zum Abbau von Stereotypen, zum Abbau von Ungleichheiten bei Löhnen, Renten, Betreuungsaufgaben sowie der politischen und wirtschaftlichen Teilhabe und zur Förderung der Geschlechterparität in Entscheidungsprozessen. Im Mittelpunkt der Strategie steht ein dualer Ansatz, der die Gleichstellung der Geschlechter in alle Politikbereiche einbezieht und gezielte Maßnahmen vorsieht, wobei Intersektionalität als Leitprinzip dient. Zu den jüngsten relevanten legislativen Meilensteinen in diesem Rahmen gehören die Richtlinie zur Lohntransparenz (2023), die Richtlinie zur ausgewogenen Vertretung von Frauen und Männern in Unternehmensvorständen (2022), die Richtlinie zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (2022) und die Europäische Pflegestrategie (2022), die alle darauf abzielen, strukturelle Ungleichheiten zu beseitigen, die sich auf das Leben von Frauen und damit auch auf ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirken.

Die Strategie hat auch Maßnahmen gegen geschlechtsspezifische Gewalt priorisiert, wobei die Richtlinie über Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt (2024) den ersten EU-weiten Rechtsrahmen darstellt, der bestimmte Formen von Gewalt unter Strafe stellt und den Opfern einen besseren Zugang zu Justiz und Unterstützungsdiensten wie Frauenhäusern und Hotlines ermöglicht. Ergänzende Maßnahmen sind der Beitritt der EU zum Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt – Istanbul-Konvention (2023), die Einrichtung des EU-Netzwerks zur Prävention von geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt (2023) und die Kampagne #EndGenderStereotypes (2023).

Diese Initiativen zeigen das wachsende Engagement der EU für den Abbau von Barrieren, die die Ungleichheit der Geschlechter verstärken. Allerdings deuten die nach wie vor bestehenden Geschlechterstereotypen, die sich im Eurobarometer zu Geschlechterstereotypen 2024⁷⁷ widerspiegeln, darauf hin, dass die Fortschritte nach wie vor unzureichend und in den einzelnen Mitgliedstaaten ungleichmäßig sind, was die Notwendigkeit nachhaltiger Anstrengungen unterstreicht, um sicherzustellen, dass die Gleichstellungszusagen vollständig in die Praxis umgesetzt werden.

In den EU-Politiken zu psychischer Gesundheit, psychosozialer Behinderung und geschlechtsspezifischer Gewalt, einschließlich der EU-Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter, sind mehrere Lücken erkennbar. Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA)⁷⁸ hat die Richtlinie zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt⁷⁹ kritisiert, weil sie schwerwiegende und neu auftretende Formen von Gewalt, wie institutionelle Gewalt gegen Frauen mit psychosozialen Behinderungen, reproduktive

⁷⁶ EU-Strategie für die Gleichstellung der Geschlechter (2020-2025): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en#gender-equality-strategy-2020-2025

⁷⁷ Eurobarometer zu Geschlechterstereotypen (2024): <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2974>

⁷⁸ Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss (2024) Stellungnahme SOC/798: Gewalt gegen Frauen als Menschenrechtsproblem: Stand der Maßnahmen in der EU. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/violence-against-women-human-rights-issue-state-play-measures-across-eu>

⁷⁹ EU-Richtlinie zu Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (2024): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32024L1385&qid=1716811631310>

Ausbeutung und Zwangssterilisation, nicht berücksichtigt. Der EWSA hebt außerdem hervor, dass sexuelle und reproduktive Rechte wie der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen, Notfallverhütung und Schutz vor Belästigung in Kliniken nicht als Formen von Gewalt anerkannt werden, obwohl in einigen Mitgliedstaaten, darunter Polen und Ungarn, zunehmend Einschränkungen gelten, die tiefgreifende negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben können.^{80 81} Darüber hinaus stellt der Ausschuss fest, dass es an einer soliden, opferzentrierten Unterstützung und Koordinierung zwischen allgemeinen Gesundheitsdiensten, psychischer Gesundheitsversorgung und spezialisierten Opferhilfsdiensten mangelt, und weist darauf hin, dass die Vernachlässigung der psychischen Gesundheitsbedürfnisse von Überlebenden eine Menschenrechtsverletzung darstellt.

Diese Kritik steht im Einklang mit der Position des EDF^{82 83}, der betont, dass die EU-Richtlinie nach wie vor Lücken aufweist, die Frauen und Mädchen mit psychosozialen und anderen Behinderungen benachteiligen. Gesetze müssen Vergewaltigung auf der Grundlage fehlender Zustimmung definieren („nur Ja bedeutet Ja“) und nicht auf der Grundlage von Widerstand oder einem „Nein bedeutet Nein“-Standard. Letzteres schließt Frauen mit Behinderungen, insbesondere solche in segregierten psychiatrischen oder sozialen Einrichtungen, unverhältnismäßig stark aus. Sexuelle Belästigung, die für Frauen mit psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko darstellt, erfordert ebenfalls einen stärkeren rechtlichen Schutz. Schließlich bleibt das Fehlen einer klaren Verpflichtung zur Erhebung von nach Behinderungen aufgeschlüsselten Daten ein großes Manko, das das Verständnis der Prävalenz und die Konzeption wirksamer, gezielter Maßnahmen einschränkt.

Psychische Gesundheit: Umfassender Ansatz der Europäischen Kommission zur psychischen Gesundheit

Im Juni 2023 startete die Europäische Kommission (EK) den **umfassenden Ansatz zur psychischen Gesundheit**⁸⁴ und setzte damit einen wichtigen politischen Meilenstein, indem sie die psychische Gesundheit als Priorität auf EU-Ebene anerkannte. Die Initiative verfolgt einen sektorübergreifenden und präventiven Ansatz und positioniert die psychische Gesundheit als integralen Bestandteil der öffentlichen Gesundheit, der Sozialpolitik, der Beschäftigung, der Bildung und der Digitalisierung. Sie zielt darauf ab, die wachsende Krise im Bereich der psychischen Gesundheit in Europa anzugehen, die durch die COVID-19-Pandemie, den Krieg in der Ukraine, wirtschaftliche Unsicherheit und einen allgemeinen gesellschaftlichen Druck noch verschärft wird.

Der Rahmen stützt sich auf drei Hauptsäulen: Förderung einer guten psychischen Gesundheit durch Prävention und frühzeitige Intervention; Gewährleistung einer zugänglichen, erschwinglichen und hochwertigen psychischen Gesundheitsversorgung und Unterstützungsdiensten; Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in die Gesellschaft, Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung. Um die Umsetzung zu unterstützen, hat die EU zugesagt, über 1,2 Milliarden Euro aus verschiedenen EU-Programmen umzuwidmen, was ein politisches Bekenntnis signalisiert, die psychische Gesundheit in der europäischen Politikagenda gleichberechtigt mit der körperlichen Gesundheit zu behandeln.

⁸⁰ Sze Yan Liu, Claire Benny, Erin Grinshteyn, Amy Ehntholt, Daniel Cook, Roman Pabayo (2023) Der Zusammenhang zwischen reproduktiven Rechten und dem Zugang zu Abtreibungsdiensten und der psychischen Gesundheit von Frauen in den USA. *SSM – Population Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101428>

⁸¹ Stephanie V. Hall, Andrea Pangori, Faelan Jacobson Davies, Anca Tilea, Rieham Owda, Kara Zivin und Vanessa Dalton (2025) Zusammenhang zwischen restriktiven Abtreibungsgesetzen und perinataler Depression. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.0533>

⁸² EDF (2021) Gewalt gegen Frauen und Mädchen in der Europäischen Union: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/05/final-EDF-position-paper-on-Violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-European-Union.pdf>

⁸³ EDF (2025) Umsetzung der EU-Richtlinie zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2025/05/EDF-guidance-on-transposing-the-EU-Directive-on-Combating-Violence-Against-Women.pdf>

⁸⁴ Umfassender Ansatz der Europäischen Kommission zur psychischen Gesundheit: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en

Die Mitteilung der Europäischen Kommission zum umfassenden Ansatz konsolidiert zwar die bestehenden Mittelzuweisungen und Maßnahmen für die psychische Gesundheit, es ist jedoch zu beachten, dass sie keine langfristige Strategie darstellt, da keine neuen Initiativen oder nachhaltige Finanzierungen festgelegt wurden.⁸⁵ Dennoch wird darin ausdrücklich die soziale und wirtschaftliche Notwendigkeit anerkannt, in Prävention, frühzeitige Intervention und Förderung zu investieren, wodurch Impulse für Lobbyarbeit und weitere Maßnahmen gesetzt werden. Nach der Einführung des umfassenden Ansatzes betonte MHE, wie wichtig es ist, das psychosoziale Modell zu fördern und eine Strategie für psychische Gesundheit mit konkreten Zielen, Zeitplänen, Budgets und Indikatoren zur Überwachung der Fortschritte zu entwickeln.⁸⁶

Der umfassende Ansatz zur psychischen Gesundheit erkennt die unterschiedlichen Auswirkungen psychischer Gesundheitsprobleme auf Frauen, Männer und schutzbedürftige Gruppen an, integriert jedoch noch nicht vollständig eine intersektionale Perspektive. Zwar wird die Bedeutung der Bekämpfung von Stigmatisierung, der Verbesserung des Zugangs zu gemeindenaher Versorgung und der Unterstützung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen hervorgehoben, doch sind stärkere Verbindungen zu Rahmenwerken für die Gleichstellung der Geschlechter, zu Behindertenrechten und zu GBV-Politiken weiterhin notwendig, um sicherzustellen, dass alle Frauen, einschließlich LBTI+-Frauen und Frauen mit psychosozialen Behinderungen, nicht übersehen werden. Dennoch bietet die Initiative für einen umfassenden Ansatz die Möglichkeit, die Politik im Bereich der psychischen Gesundheit und die EU-Strategien zu Gleichstellung, Behinderung und Menschenrechten weiter aufeinander abzustimmen und damit möglicherweise den Weg für inklusivere, rechtsbasierte und geschlechtergerechte Systeme der psychischen Gesundheit in ganz Europa zu ebnen. Sie unterstreicht auch die Bedeutung der gemeinsamen Gestaltung mit Menschen mit eigener Erfahrung und wichtigen Interessengruppen, der Einbeziehung der psychischen Gesundheit in alle Politikbereiche und der Verwendung einer inklusiven, nicht stigmatisierenden Sprache, um das Bewusstsein, die Aufklärung und den systemischen Wandel zu fördern.

Behindertenrechte: EU-Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Die im März 2021 verabschiedete EU-Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030⁸⁷ legt einen Zehnjahresrahmen fest, um die Inklusion, Gleichstellung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in ganz Europa und darüber hinaus zu fördern. Aufbauend auf den Fortschritten der Europäischen Strategie für Menschen mit Behinderungen 2010–2020 erkennt sie anhaltende Barrieren in den Bereichen Barrierefreiheit, Beschäftigung, selbstbestimmtes Leben und Schutz vor Diskriminierung, Gewalt und Missbrauch sowie das erhöhte Risiko von Armut, sozialer Ausgrenzung und Ungleichheiten im Bereich der psychischen Gesundheit an. Wichtig ist, dass die Strategie anerkennt, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen, einschließlich solcher mit psychosozialen Behinderungen, mit sich überschneidenden Formen von Diskriminierung, geschlechtsspezifischer Gewalt und systemischen Lücken beim Zugang zu geschlechtssensibler Gesundheitsversorgung und psychologischer Betreuung konfrontiert sind.

Die Strategie basiert auf dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UNCRPD), das die EU 2010 ratifiziert hat. Die Strategie erkennt die vielfältigen Benachteiligungen an, denen Frauen, Kinder, ältere Menschen, Flüchtlinge und andere Menschen mit

⁸⁵ MHE (2023) Analyse der Mitteilung der Europäischen Kommission zu einem „umfassenden Ansatz für psychische Gesundheit“: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/07/Analysis-of-the-Communication-on-mental-health-FOR-WEBBSITE.pdf>

⁸⁶ MHE (2023) Ein umfassender Ansatz für psychische Gesundheit: Europas erster Schritt und Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens aller. <https://www.mentalhealtheurope.org/library/a-comprehensive-approach-to-mental-health-europes-first-step-and-action-to-address-the-well-being-of-all/>

⁸⁷ EU-Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2021–2030): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_en

Behinderungen ausgesetzt sind, und betont ausdrücklich die Notwendigkeit, geschlechtsspezifische Barrieren, psychosoziale Vulnerabilität und die Auswirkungen von Traumata auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden anzugehen. Ihr übergeordnetes Ziel ist es, sicherzustellen, dass alle Menschen mit Behinderungen ihre Menschenrechte uneingeschränkt wahrnehmen, gleichberechtigten Zugang zu Chancen haben, unabhängig leben, sich innerhalb der EU frei bewegen können und vor Diskriminierung, Gewalt und Ungleichheiten im Bereich der psychischen Gesundheit geschützt sind.

Die Strategie befasst sich zwar allgemein mit den Herausforderungen, denen Menschen mit Behinderungen gegenüberstehen, enthält jedoch keine detaillierten, gezielten Maßnahmen oder Leitinitiativen, die sich speziell auf psychosoziale Behinderungen und psychische Erkrankungen konzentrieren. Diese Auslassung ist bemerkenswert angesichts der besonderen Hindernisse, mit denen Menschen, insbesondere Frauen und Mädchen, mit psychosozialen Behinderungen konfrontiert sind, darunter Stigmatisierung, Diskriminierung und eingeschränkter Zugang zu geeigneten psychologischen Dienstleistungen.⁸⁸ Darüber hinaus erfasst der intersektionale Ansatz der Strategie zwar lobenswert, aber nicht vollständig die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen von Frauen mit psychosozialen Behinderungen. Diese nuancierten Themen erfordern eine explizitere Aufmerksamkeit und maßgeschneiderte Maßnahmen innerhalb des EU-Rahmens für die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Eine breitere Perspektive: Europäische Säule sozialer Rechte

Die Europäische Säule sozialer Rechte (EPSR)⁸⁹ legt 20 Grundprinzipien zur Stärkung der sozialen Rechte in der gesamten EU fest, mit dem Ziel, faire und gut funktionierende Arbeitsmärkte und Sozialsysteme zu schaffen. Die EPSR umfasst drei große Bereiche: Chancengleichheit und Zugang zum Arbeitsmarkt, faire Arbeitsbedingungen sowie Sozialschutz und soziale Eingliederung. Ihre Grundsätze umfassen wichtige Themen wie die Gleichstellung der Geschlechter, die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, den Zugang zu einer hochwertigen und erschwinglichen Gesundheitsversorgung, einen angemessenen Sozialschutz, Wohnraum und Hilfe für Obdachlose sowie die Inklusion von Menschen mit Behinderungen. Die Umsetzung der Säule wird durch EU-Rechtsvorschriften, Finanzierungsinstrumente wie den Europäischen Sozialfonds Plus (ESF+) und den Sozialanzeiger, der die Leistungen der Mitgliedstaaten überwacht, unterstützt.

Speziell für die Bereiche Geschlechtergleichstellung und psychische Gesundheit bietet die EPSR einen Rahmen, der viele der sozialen Determinanten, die den Ungleichheiten bei der psychischen Gesundheit von Frauen in der EU zugrunde liegen, direkt angeht. Grundsätze wie das Recht auf Chancengleichheit unabhängig vom Geschlecht, gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit und Schutz vor Diskriminierung sind entscheidend für die Bekämpfung der strukturellen Ursachen von psychischen Belastungen und psychischen Erkrankungen bei Frauen. Ebenso schaffen Bestimmungen über den Zugang zu erschwinglicher Gesundheitsversorgung, Kinderbetreuung und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen Wege zur Verringerung von Hindernissen für Frauen, insbesondere für diejenigen, die mit intersektionalen Schwierigkeiten konfrontiert sind, wie z. B. psychosoziale Behinderungen oder Betreuungsaufgaben. Durch die Verknüpfung der Gleichstellung der Geschlechter mit einer umfassenderen sozialen Inklusion und Wohlbefinden legt die EPSR die Grundlage für integrierte politische Maßnahmen, die die Agenden für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung der Geschlechter aufeinander abstimmen.

⁸⁸ UN Women (2018) Die Stärkung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen: Auf dem Weg zu uneingeschränkter und wirksamer Teilhabe und Geschlechtergleichstellung. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-10/empowerment-of-women-and-girls-with-disabilities-en.pdf>

⁸⁹ Europäische Säule sozialer Rechte (2017): https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-pillar-social-rights-building-fairer-and-more-inclusive-european-union_en

Lücken und Silos: Mangelnde Integration zwischen Agenden für psychische Gesundheit und Gleichstellung der Geschlechter

Trotz der wachsenden Anerkennung der Bedeutung sowohl der Gleichstellung der Geschlechter als auch der psychischen Gesundheit auf EU-Ebene entwickeln sich diese Agenden weitgehend weiterhin unabhängig voneinander. Die aktuellen EU-Rahmenwerke zeigen einen fragmentierten Ansatz: Während die psychische Gesundheit durch Initiativen wie den umfassenden Ansatz für psychische Gesundheit (2023) zunehmend priorisiert wird, fehlen viele komplexe Geschlechterperspektiven fast vollständig. Umgekehrt enthalten Rahmenwerke zur Gleichstellung der Geschlechter, darunter die EU-Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter und die Verpflichtungen im Rahmen der Istanbul-Konvention, nur beiläufige Verweise auf Gesundheit, und psychische Gesundheit ist darin praktisch nicht vorhanden.⁹⁰ Diese Diskrepanz wird durch das Fehlen einer systematischen Integration der Geschlechterdimension in der EU-Gesundheitspolitik, den Finanzierungsströmen und der Datenerhebung noch verstärkt.

Die verfügbaren Instrumente zur Messung des Fortschritts erfassen diese Schnittstellen oft nicht. So umfasst beispielsweise der Gleichstellungsindex des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen (EIGE) nur enge gesundheitsbezogene Indikatoren wie gesunde Lebensjahre, ohne strukturelle Determinanten geschlechtsspezifischer Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, insbesondere im Hinblick auf die psychische Gesundheit, zu berücksichtigen. Während die jüngsten Berichte des EIGE zur Aktionsplattform von Peking +30⁹¹ Fortschritte bei der Hervorhebung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRHR) erzielt haben, werden geschlechtsspezifische Dimensionen der psychischen Gesundheit weiterhin vernachlässigt. Darüber hinaus verdeutlicht die begrenzte Berücksichtigung von Geschlechteraspekten im Sozialbarometer eine größere Lücke in den Überwachungsrahmenwerken auf EU-Ebene, was robustere geschlechtsspezifische Indikatoren erforderlich macht, um verschiedene Ungleichheiten zu erfassen. Infolgedessen fehlt der EU die notwendige Evidenzbasis, um die sich verstärkenden Auswirkungen der Geschlechterungleichheit auf die psychische Gesundheit anzugehen.

Diese Silos werden noch größer, wenn man die Rechte von Menschen mit Behinderungen betrachtet. Die Verpflichtungen der EU im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention und der Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen haben die Aufmerksamkeit für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen verstärkt, doch psychosoziale Behinderungen werden oft ausschließlich aus biomedizinischer Sicht behandelt, wobei geschlechtsspezifische Erfahrungen kaum berücksichtigt werden.⁹² Ohne einen explizit geschlechtsspezifischen Ansatz läuft die EU Gefahr, ihre eigenen Ziele in den drei Schwerpunktbereichen psychische Gesundheit, Gleichstellung der Geschlechter und Rechte von Menschen mit Behinderungen zu untergraben, da sie es versäumt, die Wechselwirkungen zwischen diesen Dimensionen in der Praxis zu berücksichtigen.

Diese mangelnde Integration ist nicht nur eine technische Lücke, sondern eine Frage der Rechte und der Repräsentation. Frauen, einschließlich LGBTI+-Frauen, und insbesondere Frauen mit psychosozialen Behinderungen, sind in der EU-Politik nach wie vor systematisch unterrepräsentiert, obwohl sie zu denjenigen gehören, die am stärksten von Ungleichheiten im Gesundheitswesen, medizinischer Frauenfeindlichkeit und der aktuellen allgemeinen politischen Gegenbewegung gegen die Gleichstellung der

⁹⁰ Beitrag des UN-Teams in Brüssel – Arbeitsgruppe Gender (2025) EU-Konsultation zur nächsten Strategie für die Gleichstellung der Geschlechter:

<https://unric.org/en/eu-consultation-on-the-next-gender-equality-strategy>

⁹¹ EIGE (2025) Aktionsplattform von Peking +30: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/beijing-platform-action-30-impact-driver-marking-milestones-and-opportunities-gender-equality-eu?language_content_entity=en

⁹² EDF (2025) Empfehlungen des EDF für die EU-Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter 2026-2030: <https://www.edf-feph.org/publications/recommendations-for-the-eu-gender-equality-strategy-2026-2030>

Geschlechter betroffen sind.⁹³ Um die Strategien der EU sowohl wirksam als auch inklusiv zu gestalten, ist es daher unerlässlich, diese Themen miteinander zu verknüpfen.

Die Erneuerung der EU-Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter und anderer Gleichstellungsrahmen bietet eine entscheidende Gelegenheit, diese Kluft zu überbrücken. Zukünftige Rahmenwerke müssen über rhetorische Verpflichtungen zur Gleichstellung hinausgehen und stattdessen Spezifikationen einführen, die die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen in ihrer ganzen Vielfalt anerkennen. Dazu gehört die Einbettung geschlechtsspezifischer Perspektiven in die Politik zur psychischen Gesundheit, die Ausweitung der Datenerhebung und der Überwachungsinstrumente sowie die Gewährleistung, dass Rahmenwerke für die Rechte von Menschen mit Behinderungen die psychosozialen Dimensionen sinnvoll berücksichtigen. Nur durch den Abbau dieser Silos kann die EU eine kohärentere, auf Rechten basierende Agenda vorantreiben, die den Realitäten des Lebens der Menschen in vollem Umfang Rechnung trägt.

Fazit

Dies ist ein entscheidender Moment für die Förderung der Geschlechtergerechtigkeit in der psychischen Gesundheits- und Sozialpolitik der EU. Die zunehmende politische Gegenreaktion gegen die Gleichstellung der Geschlechter in Verbindung mit steigenden Forderungen nach ganzheitlichen, rechtsbasierten und genesungsorientierten Ansätzen in der Gesundheitspolitik der EU unterstreicht die dringende Notwendigkeit einer evidenzbasierten Interessenvertretung. Dieser Bericht reagiert auf diesen Bedarf und liefert eine EU-weite Analyse, die sich speziell mit der Schnittstelle zwischen Geschlecht und psychischer Gesundheit befasst.

Durch die Einbeziehung einer intersektionalen Perspektive, die auch die Lebensrealitäten von LBTI+-Frauen und Frauen mit psychosozialen Behinderungen berücksichtigt, beleuchtet der Bericht Gruppen, die in der EU-Politik systematisch unterrepräsentiert sind. Er enthält umsetzbare, politikrelevante Empfehlungen, die auf Lebenserfahrung, Menschenrechten und sozialer Gerechtigkeit basieren.

Die Neugestaltung der psychischen Gesundheitssysteme im Sinne der Geschlechtergerechtigkeit erfordert einen grundlegenden Wandel in der Art und Weise, wie psychische Gesundheit und psychische Gesundheitsversorgung verstanden, organisiert und bereitgestellt werden. Sie geht über das biomedizinische Modell hinaus, das psychische Belastungen als individuelle „Pathologie“ betrachtet, und erkennt die psychosozialen Dimensionen und die kollektive Verantwortung an, strukturelle Determinanten wie geschlechtsspezifische Gewalt, ungleiche Betreuungsrollen, restriktive Geschlechternormen und institutionelle Diskriminierung anzugehen.

Ein geschlechtergerechter und genesungsorientierter Ansatz erfordert die Anerkennung vielfältiger individueller geschlechtsspezifischer Erfahrungen, einschließlich derer von LGBTQI+-Personen, rassifizierten und migrierten Menschen sowie Menschen mit Behinderungen, deren psychische Gesundheit durch sich überschneidende Systeme der Unterdrückung, Diskriminierung und Ausgrenzung geprägt ist. Im Mittelpunkt dieser Transformation steht die Aufwertung gelebter Erfahrungen und der Führungsrolle von Überlebenden. Die Systeme müssen sich von hierarchischen, expertenorientierten Modellen zu partizipativen Strukturen wandeln, in denen Menschen mit Lebenserfahrung gemeinsam Strategien und Dienstleistungen entwickeln und so sicherstellen, dass die Betreuung traumainformiert, würdevoll und inklusiv ist.

⁹³ Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss (2018) Stellungnahme SOC/579: Die Situation von Frauen mit Behinderungen. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/situation-women-disabilities-exploratory-opinion-requested-european-parliament>

Geschlechtergerechte psychische Gesundheitssysteme behandeln nicht nur Symptome, sondern bauen aktiv unterdrückerische Strukturen ab, beugen Schaden vor und fördern Gerechtigkeit, Autonomie und Wohlbefinden für alle. Letztendlich ist Geschlechtergerechtigkeit in der psychischen Gesundheit untrennbar mit den Menschenrechten und den Werten der EU verbunden. Die Verankerung der Grundsätze der Nichtdiskriminierung, Partizipation und Rechenschaftspflicht in der Politik und Praxis der psychischen Gesundheit steht im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention, der Istanbul-Konvention und den umfassenderen Verpflichtungen der EU in Bezug auf Gleichstellung und Menschenrechte. Dieser Bericht zeigt einen zukunftsorientierten Weg für die Europäische Kommission und andere Institutionen auf, um Trends zu antizipieren, Silos zwischen Geschlechtergleichstellung, psychischer Gesundheit und Behindertenrechten zu überwinden und transformative, inklusive, genesungsorientierte und rechtsbasierte Systeme der psychischen Gesundheit in ganz Europa voranzubringen.

Politische Empfehlungen

Die EU verfügt über zahlreiche Hebel, um bedeutende Fortschritte im Bereich der psychischen Gesundheit und der Gleichstellung der Geschlechter zu erzielen. Durch die Gestaltung von Rechtsvorschriften und politischen Maßnahmen, die Förderung evidenzbasierter Ansätze und bewährter Verfahren, die Finanzierung von Forschung und Innovation, die Koordinierung der Datenerhebung und die Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Stärkung rechtsbasierter Systeme der psychischen Gesundheit kann die EU eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Ergebnisse im Bereich der psychischen Gesundheit spielen.

Empfehlungen für EU-Institutionen:

1. **Bekräftigung des Engagements für Gleichstellung**, unter anderem durch eine neue ehrgeizige Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter

Verabschiedung einer neuen, starken Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter, die einen Schwerpunkt auf psychische Gesundheit legt. Erneuerung des Engagements für die Istanbul-Konvention und Gewährleistung der vollständigen Umsetzung der bisherigen Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter. Stärkung anderer Gleichstellungsmechanismen wie der Strategie für Menschen mit Behinderungen, ohne die bisherigen Ziele und Vorgaben zu verwässern. Sicherstellung, dass diese und andere Gleichstellungsstrategien den unten beschriebenen Ansatz beinhalten.

2. **Die Beteiligung von Menschen mit eigener Erfahrung in den Mittelpunkt stellen**

Von der Konzeption der Politik bis hin zu ihrer Umsetzung, Überwachung und Bewertung ist die sinnvolle Einbeziehung von Menschen mit eigener Erfahrung und ihren repräsentativen Organisationen von entscheidender Bedeutung.

3. **Einen intersektionalen Ansatz in die Politikgestaltung einbetten**

Um wirksam zu sein, müssen Strategien zur psychischen Gesundheit und andere Strategien intersektionale Faktoren wie Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter, ethnische Zugehörigkeit, Behinderung, Migrationsstatus und sozioökonomische Bedingungen berücksichtigen. Erfahrungen mit Gewalt und Traumata, einschließlich geschlechtsspezifischer Gewalt, müssen in Strategien berücksichtigt werden, die vom Wohnungswesen bis zur Gesundheitsversorgung und darüber hinaus reichen.

4. **Prävention und gemeindenahe Versorgung priorisieren**

Unterstützung der Mitgliedstaaten bei geschlechtergerechten Strategien zur Deinstitutionalisierung und deren Umsetzung, wobei sicherzustellen ist, dass gemeindenahe Unterstützung Priorität hat und leicht zugänglich ist. Sammlung und Austausch von Informationen über bestehende bewährte Verfahren, wobei der Schwerpunkt auf der Unterstützung durch Gleichaltrige und der Einbeziehung von Menschen mit eigener Erfahrung liegt.

5. **Verbesserung der Datenerhebung und -überwachung zu Geschlecht und psychischer Gesundheit**

Stärkung einer harmonisierten, nach Geschlecht und Behinderung aufgeschlüsselten Datenerhebung zu Ergebnissen im Bereich der psychischen Gesundheit, zum Zugang zu Dienstleistungen und zu damit verbundenen strukturellen Determinanten, aufbauend auf bestehenden Instrumenten wie dem

Sozialanzeiger, den Statistiken über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC), der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) und den Länderbewertungen des Europäischen Semesters. Mit strengen Garantien für den Schutz der Privatsphäre und den Datenschutz. Nutzung der Daten als Grundlage für politische Entscheidungen.

6. Stigmatisierung bekämpfen

Investition in EU-weite Initiativen zur Sensibilisierung und Aufklärung der Öffentlichkeit, um Stigmatisierung in Bezug auf psychische Gesundheit, Behinderung, sexuelle Orientierung, Geschlecht und andere sich überschneidende Formen der Diskriminierung abzubauen. Kampagnen sollten gemeinsam mit Menschen entwickelt werden, die entsprechende Erfahrungen gemacht haben, und so gestaltet sein, dass sie die Menschen erreichen und ihnen zugutekommen, die am stärksten von Ausgrenzung und Ungleichheit betroffen sind, beispielsweise aufgrund psychosozialer Behinderungen, geschlechtsspezifischer Gewalt oder Rassismus.

7. Priorisierung der Finanzierung für psychische Gesundheit

Sicherstellen, dass Investitionen in psychische Gesundheit und soziale Betreuung in der gesamten EU Priorität haben. Psychische Gesundheit als eine Form wesentlicher sozialer Investitionen anerkennen und die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, die Ausgaben für psychische Gesundheitsdienste, Prävention und gemeindenaher Unterstützung zu schützen und auszuweiten. Die Investitionen in die Sozialfürsorge und die psychische Gesundheit sollten im neuen mehrjährigen Finanzrahmen (2028–2034) verstärkt werden, wobei eine zweckgebundene und angemessene Ressourcen, einschließlich der Beibehaltung des ESF+ und der Zweckbindung für Sozialausgaben, einschließlich der psychischen Gesundheit, sowie die Beibehaltung der Verbindung zur Europäischen Säule sozialer Rechte, sichergestellt werden sollte.

8. Einen integrierten Ansatz verfolgen, bei dem **die psychische Gesundheit in allen Politikbereichen berücksichtigt wird**

Sicherstellen, dass die psychische Gesundheit in allen Politikbereichen berücksichtigt wird, einschließlich in bevorstehenden Initiativen in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung und der bevorstehenden Strategie zur Bekämpfung der Armut, um strukturelle Probleme anzugehen, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken, und sicherzustellen, dass diese alle auf einem geschlechtergerechten und intersektionalen Ansatz beruhen.

9. Entwicklung einer **umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit**

Erstellung und Umsetzung einer umfassenden Strategie für psychische Gesundheit, die vollständig finanziert ist und einen klaren Zeitplan, Ziele und Überprüfungsmechanismen zur Überwachung der Fortschritte enthält. Dieser Ansatz muss auf einem intersektionalen Ansatz beruhen und sich zu geschlechtergerechten und rechtsbasierten Systemen für psychische Gesundheit verpflichten sowie die Mitgliedstaaten auffordern, nationale Aktionspläne zu entwickeln.

Empfehlungen für die Mitgliedstaaten:

1. Schließen von **Lücken zwischen Politik und Praxis**

Sicherstellen, dass Verpflichtungen in Bezug auf Geschlechtergleichstellung, Antidiskriminierung und rechtsbasierte psychische Gesundheit zu einem echten Zugang zu Dienstleistungen führen, wobei der Schwerpunkt auf Prävention und frühzeitiger Unterstützung liegt. Regionale Ungleichheiten, Personalmangel und Finanzierungslücken beseitigen. Sicherstellen, dass Fachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit und der Peer-Unterstützung gut ausgestattet und unterstützt werden.

2. Priorisieren, erweitern und finanzieren Sie Initiativen auf Gemeindeebene und zur Unterstützung durch Gleichaltrige

Diese sollten Prävention und Genesung in den Vordergrund stellen und auf nationalen und internationalen Best-Practice-Beispielen aufbauen.

3. Den Zugang zu Informationen über Unterstützungsdienste verbessern

Sammeln, veröffentlichen und aktualisieren Sie regelmäßig grundlegende Informationen über öffentliche Unterstützungsdienste und Organisationen des dritten Sektors über digitale Plattformen und gedruckte Ressourcen. Stellen Sie sicher, dass die Materialien in mehreren Sprachen und in leicht lesbarer Form in lokalen öffentlichen Einrichtungen, Regierungsgebäuden, Gesundheits- und Sozialfürsorgeeinrichtungen, Polizeistationen, Schulen und Bibliotheken verfügbar sind.

4. Umfassende Schulungen für Fachkräfte entwickeln und durchführen

Entwicklung von Schulungen zu den Themen Gleichstellung der Geschlechter, LGBTQ+-Rechte, geschlechtsspezifische Gewalt und Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderungen sowie zu den Wechselwirkungen zwischen diesen Themen und ihren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, die Inanspruchnahme von Hilfe und den Zugang zu Dienstleistungen. Diese Schulungen sollten in die obligatorische Erstausbildung und die berufliche Weiterbildung von Mitarbeitern im Gesundheits- und Sozialwesen, bei Polizei und Rettungsdiensten, in Rechts- und Justizberufen sowie im Bildungswesen integriert werden. Diese Schulungen sollten Fachkräfte in die Lage versetzen, Stigmatisierung, unbewusste Vorurteile und schädliche Stereotypen zu erkennen und zu bekämpfen und ein sicheres, inklusives und respektvolles Umfeld für alle zu fördern.

5. Verbesserung der Inhalte und Verfügbarkeit von Sexual- und Beziehungsaufklärung

Sicherstellung einer umfassenden, altersgerechten, evidenzbasierten und LGBTQ+-inklusive Sexual- und Beziehungserziehung in Schulen und weiterführenden Bildungseinrichtungen. Die Programme sollten einen starken Fokus auf Einwilligung, gesunde Beziehungen und psychisches Wohlbefinden legen und starre Geschlechternormen und schädliche Stereotypen hinterfragen.

Anhang 1: Methoden

Methodik und ethischer Ansatz

Der Bericht basiert auf einer zwischen Juli und Oktober 2025 durchgeführten Sekundärforschung, die sich auf eine Vielzahl von Quellen stützt, darunter EU-Politikdokumente, wissenschaftliche Literatur, Berichte der Zivilgesellschaft, graue Literatur und Beiträge von Netzwerken, die sich mit gelebten und aktuellen Erfahrungen befassen. Besonderes Augenmerk wurde auf die Identifizierung von Lücken in den vorhandenen Daten und der politischen Abdeckung gelegt, wo sich Geschlecht und psychische Gesundheit überschneiden. Die Auswahl der Quellen erfolgte nach Relevanz, Vielfalt der Perspektiven und Einbeziehung unterrepräsentierter Stimmen, insbesondere von Personen, die sich als Frauen und Mitglieder von Behindertengemeinschaften identifizieren.

Während des gesamten Prozesses wurden die Ausrichtung und der Rahmen des Berichts durch einen kontinuierlichen Dialog mit dem MHE-Sekretariat verfeinert, um die Übereinstimmung mit den aktuellen Advocacy-Zielen und Prioritäten der Erfahrungsnetzwerke sicherzustellen. Der Ansatz umfasst zwar keine Primärdatenerhebung, bezieht jedoch qualitative Erkenntnisse aus bereits veröffentlichten und öffentlich zugänglichen Erfahrungsberichten, von Gleichaltrigen und Überlebenden verfassten Publikationen sowie partizipativen Forschungsergebnissen ein, um systemische Probleme zu veranschaulichen und politische Empfehlungen zu untermauern.

Dieser Bericht verfolgt einen partizipativen und rechtsbasierten Ansatz, der auf den Prinzipien der Geschlechtergerechtigkeit, der traumainformierten und gewaltinformierten Forschung und der epistemischen Inklusivität basiert. Von Anfang an hat die Autorin den Rahmen und die Struktur des Berichts in Zusammenarbeit mit dem Policy Team von MHE mitentwickelt und dabei Input dazu eingeholt, wie die Perspektiven der Lebenserfahrungen priorisiert werden könnten. Soweit möglich stützt sich der Bericht auf Konsultationen mit Vertretern wichtiger Organisationen, veröffentlichte Erfahrungsberichte, Fallstudien und Veröffentlichungen von Netzwerken, die von Gleichaltrigen und Überlebenden geleitet werden (z. B. Fürsprecher für Nutzer von psychiatrischen Diensten, LGBTI+-Frauen und Gemeinschaften mit psychosozialen Behinderungen), die alle mit respektvoller Quellenangabe integriert sind. Darüber hinaus wurde ein Online-Workshop zur gemeinsamen Erstellung mit einer Vielzahl von Teilnehmern organisiert, der in die Formulierung der Empfehlungen einfluss.

Im Folgenden wird eine methodische Reflexion aufgeführt, um die Position des Autors, die konsultierten Quellen und die Grenzen einer vorwiegend theoretischen Untersuchung zu verdeutlichen. Entscheidend war, dass frühe Entwürfe des Berichts nicht nur den Mitarbeitern von MHE, sondern auch Personen und Netzwerken mit praktischer Erfahrung vorgelegt wurden, um wichtige Erkenntnisse zu validieren und sicherzustellen, dass Sprache, Rahmenbedingungen und Empfehlungen bei den direkt Betroffenen Anklang finden. Dieser Ansatz zielt darauf ab, neben akademischem und klinischem Wissen auch die Expertise aus praktischer und gelebter Erfahrung zu würdigen und sicherzustellen, dass die Förderung einer geschlechtersensiblen und geschlechtergerechten Politik im Bereich der psychischen Gesundheit sowohl auf struktureller Analyse als auch auf Stimmen aus der Praxis basiert.

Reflexivität und methodologische Reflexion

Dieser Bericht wurde in erster Linie anhand von Sekundärquellen erstellt, wobei auf wissenschaftliche Literatur, EU-Strategiepapiere und Berichte von Organisationen der Zivilgesellschaft und Erfahrungsorganisationen zurückgegriffen wurde. Als solcher spiegelt er sowohl die Stärken als auch die Grenzen der Sekundärforschung wider. Die Autorin ist sich ihrer eigenen Position als Person mit Erfahrungen im Bereich psychische Gesundheit, geschlechtsspezifische Gewalt und Inanspruchnahme von psychologischen Dienstleistungen bewusst, was sich in einer kritischen und traumainformierten Perspektive während der gesamten Analyse widerspiegelt. Obwohl alle Anstrengungen unternommen wurden, um den Stimmen derjenigen Gehör zu verschaffen, die am stärksten von geschlechtsspezifischen Ungleichheiten im Bereich der psychischen Gesundheit betroffen sind, schränkt das Fehlen einer formellen partizipativen Primärforschung die Tiefe der direkten Zusammenarbeit mit den Gemeinschaften ein. Der Bericht versucht, dies durch die Einbeziehung bereits veröffentlichter und öffentlich zugänglicher Erfahrungsberichte, von Gleichaltrigen verfasster Publikationen und Rückmeldungen von MHE engagierten Fürsprechern mit eigener Erfahrung auszugleichen. Diese Reflexion erfolgt im Sinne von Reflexivität, Transparenz, Bescheidenheit und der Verpflichtung, eigene Erfahrungen in zukünftige Forschungs- und Fürsprachearbeit einzubeziehen.

Anhang 2: Glossar

Co-Creation	Co-Creation ist ein kooperativer Ansatz, bei dem Interessengruppen – darunter Menschen mit Lebenserfahrung, politische Entscheidungsträger, Dienstleister und Gemeinschaften – gleichberechtigt zusammenarbeiten, um Strategien und Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit zu entwerfen, umzusetzen und zu bewerten. Der Ansatz betont Inklusivität, gegenseitigen Respekt und geteilte Macht, stellt sicher, dass vielfältige Perspektiven die Ergebnisse prägen, und erfordert kontinuierliches Engagement und Anpassungsfähigkeit. ^{94 95}
Epistemische Ungerechtigkeit	Die systematische Abwertung und Unterdrückung bestimmter Wissenssysteme, insbesondere derjenigen marginalisierter Gruppen. ⁹⁶ In klinischen Kontexten äußert sich dies in der Ablehnung, Verharmlosung oder Pathologisierung der Lebenserfahrungen und des subjektiven Wissens von Patienten. ⁹⁷
Geschlechtsspezifische Gewalt	GBV bezieht sich auf Gewalt, die gegen eine Person aufgrund ihres Geschlechts ausgeübt wird, oder auf Gewalt, die Menschen eines bestimmten Geschlechts unverhältnismäßig stark betrifft. Sie umfasst jede Form von Schaden, der einer Person oder Gruppe aufgrund ihrer tatsächlichen oder wahrgenommenen Geschlechtsidentität zugefügt wird. GBV kann unter anderem körperliche, sexuelle, psychische oder wirtschaftliche Misshandlung, häusliche Gewalt und Gewalt in Partnerschaften umfassen, die aus strukturellen Ungleichheiten und sozial konstruierten Machtverhältnissen zwischen Frauen und Männern resultieren und diese verstärken. Dazu gehören auch Gewaltandrohungen, Nötigung, Zwangskontrolle, Online-Gewalt und bildbasierte Misshandlung sowie Einschränkungen der Freiheit, unabhängig davon, ob sie im privaten oder öffentlichen Leben auftreten. ^{98 99 100}
Geschlechtergerechtigkeit	In der globalen Gesundheitspolitik definiert als die Verwirklichung universeller Rechte in Bezug auf Gesundheitsgerechtigkeit und Geschlechtergleichstellung bei gleichzeitiger Bekämpfung der Ursachen geschlechtsspezifischer Diskriminierung und Ausgrenzung. ¹⁰¹

⁹⁴ WHO (2025) Transformation der psychischen Gesundheit durch gelebte Erfahrung: Fahrplan für die Integration von Praktikern mit gelebter und gelebter Erfahrung in Politik, Dienstleistungen und Gemeinschaft. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>
⁹⁵ MHE (2022) Toolkit: Co-Creating in Mental Health. <https://www.mentalhealtheuropa.org/wp-content/uploads/2023/05/MHE-Co-Creation-Toolkit-FINAL.pdf>

⁹⁶ Fricker, M. (2007) Epistemische Ungerechtigkeit: Macht und die Ethik des Wissens. *Oxford University Press*.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁹⁷ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Unter dem Dach der epistemischen Ungerechtigkeit Kommunikation und epistemische Ungerechtigkeit in klinischen Begegnungen: eine kritische Übersichtsarbeit. *Ethik, Medizin und öffentliche Gesundheit*.
<https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁹⁸ UNHCR. Geschlechtsspezifische Gewalt: <https://www.unhcr.org/gender-based-violence.html>

⁹⁹ Europäische Kommission. Was ist geschlechtsspezifische Gewalt? https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-based-violence/what-gender-based-violence_en

¹⁰⁰ Europarat, Was ist geschlechtsspezifische Gewalt?: <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>

¹⁰¹ Sarah Hawkes, Elhadj As Sye, Gary Barker, Frances Elaine Baum, Kent Buse, Angela Y Chang, et al. (2025) Geschlechtergerechtigkeit für globale Gesundheitsgerechtigkeit erreichen: die Lancet-Kommission für Geschlechterfragen und globale Gesundheit. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00488-X

Menschenrechtsbasierter Ansatz	Ein auf internationalen Menschenrechtsgesetzen basierender Rahmen, der rechtliche, politische und praktische Maßnahmen zur Förderung und zum Schutz der Menschenrechte leitet. Er ermöglicht es staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren, Ungleichheiten und Diskriminierung zu erkennen und zu bekämpfen, gewährleistet die Beteiligung aller Interessengruppen und bietet Mechanismen für Rechenschaftspflicht und Wiedergutmachung. ^{102 103}
Lebenslange und aktuelle Erfahrungen	Im Bereich der psychischen Gesundheit bezieht sich dieser Begriff auf die vielfältigen Erfahrungen von Menschen, die psychische Probleme hatten oder haben. Einige bevorzugen den Begriff „lebendige Erfahrung“, da „gelebt“ suggerieren kann, dass die Erfahrung in der Vergangenheit liegt, während andere dies nicht so interpretieren. ¹⁰⁴ Er umfasst die Erkenntnisse, die aus diesem unschätzbaren Fachwissen gewonnen wurden, z. B. wie es sich anfühlt, was hilft oder behindert, was gefehlt hat, und leistet einen einzigartigen Beitrag zu diesem Bereich. ¹⁰⁵
Medizinische Frauenfeindlichkeit	Kann definiert werden als die weit verbreitete Ablehnung, Verharmlosung oder Pathologisierung der Schmerzen, Leiden und körperlichen Erfahrungen von Frauen. ^{106 107}
Psychosoziales Modell der psychischen Gesundheit	Anstatt Leiden als individuelles „Defizit“ oder biologische Dysfunktion zu behandeln, erkennt dieses Modell an, dass gesellschaftliche Barrieren und systemische Ungerechtigkeiten eine entscheidende Rolle spielen. Dieses Modell betrachtet psychische Gesundheit als Teil des gesamten Spektrums menschlicher Erfahrungen und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder schlechter Gesundheit. Es hebt die Rolle sozialer und umweltbedingter Determinanten wie Armut, Ungleichheit, Bildung, Wohnsituation, Gewalt und Traumata hervor und wie diese miteinander interagieren und die psychische Gesundheit beeinflussen. ^{108 109}
Recovery-Ansatz	Hier geht es bei psychischer Gesundheit nicht einfach um die „Verringerung von Symptomen“, sondern um die Wiedererlangung von Autonomie, Handlungsfähigkeit und einem sinnvollen Leben in der Gemeinschaft. Genesung ist selbstdefiniert und bedeutet für jeden Menschen etwas anderes ^{110 111 112} , beinhaltet jedoch immer

¹⁰² UN-Gruppe für nachhaltige Entwicklung (2023) Menschenrechtsbasierter Ansatz: <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rightsbased-approach>

¹⁰³ WHO (2023) Psychische Gesundheit, Menschenrechte und Gesetzgebung: Leitlinien und Praxis. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23e2eb5c-a043-4d6e-b38b-fed350da6fe7/content>

¹⁰⁴ MHE (2024) Die Macht der Sprache: Ein Glossar mit Wörtern und Begriffen: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

¹⁰⁵ WHO (2025) Transforming mental health through lived experience: Roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

¹⁰⁶ Kate Womersley (2025) Eine Chronik der medizinischen Frauenfeindlichkeit. *The Lancet*. Band 406, Ausgabe 10509, 1210-1211.

¹⁰⁷ Britisches Parlament (2024) „Medizinische Frauenfeindlichkeit“ verursacht Frauen unnötige Schmerzen und führt dazu, dass sie jahrelang nicht diagnostiziert werden. <https://committees.parliament.uk/committee/328/women-and-equalities-committee/news/204316/medical-misogyny-is-leaving-women-in-unnecessary-pain-and-undiagnosed-for-years>

¹⁰⁸ Mental Health Europe (2023) Förderung des Verständnisses für das psychosoziale Modell der psychischen Gesundheit: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

¹⁰⁹ Karilė Levickaitė und Ugnė Grigaitė (2020) Psychische Gesundheit, psychosoziale Behinderung und das Recht auf ein Leben in der Gemeinschaft: Deinstitutionalisierung und Einsatz für Veränderungen: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

¹¹⁰ Boevink, W. (2017) Einen Baum pflanzen: Über Genesung, Empowerment und Erfahrungserfahrung. Trimbos-Institut, Abteilung für Reintegration, Utrecht, Niederlande: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1551-planting-a-tree.pdf>

¹¹¹ Estefania Guerrero, Maite Barrios, Hernán María Sampietro, Alba Aza, Georgina Guilerá, Juana Gómez-Benito (2025) Genesung in der psychischen Gesundheit: Eine internationale Delphi-Studie aus einer genesungsorientierten professionellen Perspektive. *Sozialwissenschaften & Medizin*, Band 381. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118302>.

¹¹² MHE (2019) Kurzer Leitfaden zur persönlichen Genesung im Bereich der psychischen Gesundheit: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/12/Short-Guide-to-Recovery.pdf>

Wahlmöglichkeiten, Respekt und Kontrolle über den eigenen Weg. Die genesungsorientierte psychische Gesundheitsversorgung geht über die Symptombehandlung hinaus und unterstützt die allgemeinen Lebensziele des Einzelnen, wobei dessen Teilhabe, Entscheidungen und Stärken im Mittelpunkt stehen.¹¹³

Allgemeine Hinweise zur in diesem Bericht verwendeten Terminologie stammen aus dem Glossar von MHE¹¹⁴ und der Veröffentlichung „Words are Important“ der NGO Mental Health Perspectives¹¹⁵.

¹¹³ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Genesung in der psychischen Gesundheitsversorgung: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

¹¹⁴ MHE (2024) Die Macht der Sprache: Ein Glossar mit Wörtern und Begriffen: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](#)

¹¹⁵ NGO Mental Health Perspectives (2021) Worte sind wichtig: Wie man ethisch über psychische Gesundheit spricht und schreibt: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2024/01/Zodziaisvarbus_2021.pdf

Bei der Verwendung dieser Materialien ist die Quelle anzugeben. Keines dieser Materialien darf ohne die ausdrückliche schriftliche Genehmigung von Mental Health Europe geändert oder angepasst werden.

© Mental Health Europe (Dezember 2025)

Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autoren und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder des CERV-Programms der Europäischen Kommission wider. Weder die Europäische Union noch die gewährende Behörde können dafür verantwortlich gemacht werden.