



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Public Health Governance und Gender Health Gap

verfasst von | submitted by
Andrea Payer BSc (WU)

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 915

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Betriebswirtschaft

Betreut von | Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Michaela Schaffhauser-
Linzatti

Abstract

Der Gender Health Gap (GHG) beschreibt geschlechterbezogene Ungleichheiten in Gesundheit und Gesundheitsversorgung, die sich in verschiedenen Bereichen wie Forschung, Prävention, Diagnostik, Behandlung und Versorgungszugang zeigen. Obwohl das Aufzeigen dieser Ungleichheiten in der wissenschaftlichen Literatur zunehmend stark vertreten ist, besteht weiterhin eine Lücke hinsichtlich konkreter gesundheitspolitischer Handlungsansätze für die Adressierung und Reduzierung des GHG. Ziel dieser Arbeit war es daher, zu untersuchen, welche Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen zur Adressierung des GHG in der internationalen wissenschaftlichen Literatur identifiziert werden können und auf welchen Problem- und Erklärungslogiken sowie Interventionsebenen diese beruhen.

Als methodische Vorgehensweise wurde ein Structured Literature Review (SLR) durchgeführt. Die inkludierten Publikationen aus dem SLR wurden anhand mehrerer Dimensionen analysiert und Kategorien wie Handlungsfelder, Problemfelder, Erklärungslogiken und Handlungsempfehlungen wurden induktiv aus dem Material entwickelt. Abschließend wurden die identifizierten Handlungsempfehlungen entlang unterschiedlicher gesundheitspolitischer Interventionslogiken strukturiert.

Im Rahmen der Ergebnisse konnten sechs zentrale Handlungsfelder identifiziert werden. Besonders häufig werden Forschung und Daten sowie die Gestaltung von Zugangs- und Versorgungsstrukturen behandelt. Insgesamt zeigt sich eine Diskrepanz zwischen der Problembeschreibung und Problembehandlung in der Literatur. Viele Handlungsempfehlungen setzen auf individueller oder institutioneller Ebene an, während die beschriebenen strukturellen politischen und gesellschaftlichen Macht- und Ressourcenverhältnisse, welche den GHG maßgeblich beeinflussen, seltener adressiert werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Relevanz	1
1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung	2
1.3 Struktur der Arbeit.....	3
2 Theoretischer und konzeptioneller Rahmen.....	4
2.1 Der Gender Health Gap: Begriff und konzeptionelle Grundlagen	4
2.2 Geschlechterspezifische Gesundheitsungleichheiten	6
2.2.1 Allgemeine Studienlage und Statistiken	6
2.2.2 Gender Health Gap in der Forschung	7
2.2.3 Gender Health Gap in der Diagnostik.....	8
2.2.4 Geschlechterunterschiede in der Symptomatik	9
2.2.5 Geschlechterunterschiede in der Gesundheitsbehandlung	9
2.2.6 Weitere Determinanten für den Gender Health Gap	11
2.3 Intersektionalität und Mehrfachdiskriminierung	13
2.3.1 Konzeptklärung und Relevanz für Forschung und Politik.....	13
2.3.2 Alter als intersektionale Kategorie	14
2.3.3 Sozioökonomischer Status als intersektionale Kategorie	15
2.3.4 Ethnizität und Herkunft als intersektionale Kategorie	15
2.3.5 Sexuelle Orientierung und Identität als intersektionale Kategorie...	16
2.3.6 Behinderung und chronische Krankheit als intersektionale Kategorie .	17
2.4 Public Health Governance und gesundheitspolitische Maßnahmen	19
2.4.1 Public Health Governance	19
2.4.2 Gesundheitspolitik und Adressierung des Gender Health Gap	20
2.4.3 Handlungsfelder und -empfehlungen für Public Health Governance	21
2.4.4 Interventionslogiken im Kontext des Gender Health Gap	22
3 Methodik	24
3.1 Forschungsdesign	24
3.2 Structured Literature Review	24
3.2.1 Zielsetzung und Rolle des Structured Literature Reviews	24
3.2.2 Suchstrategie und Datenbanken	25

3.2.3	Ein- und Ausschlusskriterien.....	30
3.2.4	Der Screening-Prozess	33
3.2.5	Analyse der finalen Publikationen.....	36
3.2.6	Entwicklung eines literaturbasierten Syntheserasters	38
4	Ergebnisse.....	40
4.1	Ergebnis der Literaturrecherche	40
4.2	Ergebnis des Screening-Prozesses.....	41
4.2.1	Überblick der Datenbanksuche und des Screening-Prozesses	41
4.2.2	Dublikatentfernung	42
4.2.3	Titel- und Abstractscreening.....	43
4.2.4	Volltextscreening	44
4.3	Überblick der final inkludierten Publikationen	46
4.4	Thematische Schwerpunkte der inkludierten Literatur	49
4.4.1	Konzeptionalisierung und Verwendung von gender und sex	49
4.4.2	Intersektionale Perspektiven	51
4.4.3	Handlungsfelder zur Adressierung des Gender Health Gaps.....	53
4.4.4	Erklärungslogiken und Handlungsempfehlungen.....	61
4.5	Interventionslogiken	67
5	Diskussion	74
6	Conclusio.....	82
	Literaturverzeichnis	84
	Anhang.....	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Screening-Prozess im Rahmen des SLR.....	34
Abbildung 2: Verteilung der Publikationen nach Jahr der Veröffentlichung	49
Abbildung 3: Verteilung nach dominantem Handlungsfeld	53
Abbildung 4: Erklärungslogiken des GHG	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchblöcke und Keywords	26
Tabelle 2: Verwendete Suchstrings	27
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für das SLR.....	31
Tabelle 4: Ergebnis der Datenbanksuche	40
Tabelle 5: Ergebnis des Screening-Prozess.....	42
Tabelle 6: Anzahl der ausgeschlossenen Publikationen im Rahmen des Volltext-Screenings	45
Tabelle 7: Verteilung der inkludierten Publikationen nach Publikationstyp	46
Tabelle 8: Verteilung der Publikationen nach Methodik.....	47
Tabelle 9: Verteilung der Publikationen nach geografischem Kontext	48
Tabelle 10: Begriffliche Verwendung und Operationalisierung von sex und gender .	50
Tabelle 11: Verteilung der Publikationen nach intersektionaler Bezugnahme	52
Tabelle 12: Problemfelder innerhalb der gesundheitspolitischen Handlungsfelder ...	55
Tabelle 13: Erklärungslogiken und zentrale Handlungsempfehlungen zur Adressierung des GHG	63
Tabelle 14: Zuordnung der Handlungsfelder zu den Interventionslogiken.....	68
Tabelle 15: Übersichtstabelle der inkludierten finalen Publikationen aus dem SLR..	99

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
bspw	beispielsweise
CKD	Chronic Kidney Disease
CSV	Comma-Separated Values
CVD	cardiovascular diseases
EL	Erklärungslogiken
et al., ...	et alia
GHG	Gender Health Gap
HE	Handlungsempfehlungen
HF	Handlungsfelder
HSG	Health Systems Governance
LGBTQIA+	...
...Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex, Asexual + other identities	
ME/CFS	Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Erschöpfungssyndrom
MmBocE	Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen
MS	Multiple Sklerose
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PCOS	Polyzystisches Ovarialsyndrom
PF	Problemfelder
PHG	Public Health Governance
RIS	Research Information Systems
RKI	Robert Koch Institut
S.	Seite
SLR	Structured Literature Review
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WoS	Web of Science

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Relevanz

Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind nicht geschlechtsneutral. Ob Menschen erkranken und welche medizinische Versorgung sie erhalten, hängt nicht nur von den physiologischen Faktoren und individuellen Voraussetzungen, sondern auch von den gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen sie leben, ab. Eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren wie kulturelle Vorstellungen, sozioökonomische Ungleichheiten und institutionelle Strukturen beeinflussen die Gesundheit sowie den Zugang zu medizinischer Versorgung. Führen diese Faktoren zu systematischen gesundheitsbezogenen Unterschieden zwischen verschiedenen Geschlechtern, werden sie unter dem Begriff Gender Health Gap (GHG) zusammengefasst. Dieser bezeichnet die Kluft zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung und zeigt auf, inwieweit es Unterschiede in den Bereichen Gesundheitsforschung, Diagnostik, Behandlung und Behandlungsergebnissen gibt.

Obwohl der GHG Menschen unterschiedlicher Geschlechter miteinbezieht, stehen in dieser Arbeit der Vergleich zwischen Frauen und Männern und insbesondere jene Ungleichheiten im Vordergrund, durch die Frauen benachteiligt werden. In diesem Zusammenhang zeigt die Fachliteratur beispielsweise, dass Frauen in der medizinischen Forschung bis heute unterrepräsentiert sind, frauenspezifische Krankheitsbilder untererforscht und -finanziert sind, ihre körperlichen Symptome oft nicht ernstgenommen oder psychologisiert werden und im Durchschnitt in vielen Bereichen später eine Behandlung erhalten als Männer (Burgess et al., 2025; Dyson, 2025; Gualtierotti, 2025; Samulowitz et al., 2018). Dies veranschaulicht eine populationsweite dänische Registerstudie, in welcher festgestellt wurde, dass Frauen bei 770 Erkrankungen später diagnostiziert wurden (Westergaard et al., 2019). Zudem übernehmen Frauen weiterhin einen überproportional hohen Anteil unbezahlter Sorge- und Hausarbeit, was sich sowohl auf ihre Gesundheit als auch auf ihre Möglichkeiten auswirkt, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen (Azcona et al., 2023, S. 11–15, 18). Daraus resultiert unter anderem, dass Frauen öfters an chronischen Krankheiten leiden, öfters von unbehandelten chronischen Schmerzen betroffen sind und mehr Medikamentennebenwirkungen erfahren (Amand-Eeckhout, 2025; WHO, 2021; Samulowitz et al., 2018).

Obwohl der internationale wissenschaftliche Forschungsstand die Ursachen und Erscheinungsformen des GHG umfassend beschreibt, besteht bislang eine

Forschungslücke hinsichtlich der systematischen Analyse konkreter gesundheitspolitischer Ansatzpunkte zu seiner Adressierung und Reduzierung (Crespí-Lloréns et al., 2021; Chilet-Rosell & Hernández-Aguado, 2022). Damit bleibt offen, in welchen Bereichen die Fachliteratur politischen Handlungsbedarf sieht, welche konkreten Handlungsempfehlungen formuliert werden und an welchen Ursachen des GHG diese ansetzen. Die vorliegende Arbeit wird diese Empfehlungen systematisch zusammenführen und somit eine Grundlage schaffen, um bestehende Ansätze aus soziologischer, sozialwirtschaftlicher und governancebezogener Perspektive zu diskutieren und kritisch zu reflektieren.

1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

Ausgehend von der dargestellten Problemstellung wird der vorliegenden Arbeit folgende Forschungsfrage zugrunde gelegt:

„Welche gesundheitspolitischen Handlungsfelder zur Adressierung des Gender Health Gap können in der internationalen wissenschaftlichen Literatur identifiziert werden und auf welchen Interventionslogiken beruhen die daraus formulierten Handlungsempfehlungen?“

Ziel der Arbeit ist es, mittels eines Structured Literature Reviews (SLR) die in der internationalen wissenschaftlichen Literatur identifizierten gesundheitspolitischen Handlungsfelder (HF) und Handlungsempfehlungen (HE) zur Adressierung des GHG systematisch zu erfassen und inhaltlich zu strukturieren. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, in welchen Bereichen des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik Handlungsbedarf zur Verringerung geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Ungleichheiten gesehen wird, welche konkreten Ansatzpunkte in der Literatur vorgeschlagen werden und auf welcher Interventionsebene diese ansetzen.

Ergänzend wird in diesem Zusammenhang untersucht, welche Problemfelder (PF) in der Literatur identifiziert werden und welche Erklärungslogiken (EL) den beschriebenen Problemlagen, beziehungsweise dem Bestehen des GHG. Dadurch soll nachvollziehbar werden, wie geschlechtsspezifische Unterschiede und Ungleichheiten in der Literatur begründet werden und welche Annahmen über ihre Ursachen den jeweiligen Empfehlungen zugrunde liegen. Zur kritischen Einordnung der Ergebnisse wird zusätzlich betrachtet, wie die Begriffe „sex“ und „gender“ verwendet und methodisch operationalisiert werden. Ebenso wird geprüft, in welchem Ausmaß intersektionale Perspektiven und weitere soziale Ungleichheitsdimensionen berücksichtigt werden.

1.3 Struktur der Arbeit

Kapitel 1 führt in die Thematik des GHG ein und erläutert die Problemstellung sowie deren gesellschaftliche und gesundheitspolitische Relevanz. Anschließend werden die Forschungsfrage und die Zielsetzung der Arbeit formuliert.

Kapitel 2 bildet den theoretischen Rahmen. Neben den konzeptionellen Grundlagen des GHG wird die Studienlage zu geschlechtsspezifischen Ungleichheiten in Forschung, Diagnostik, Symptomatik und Behandlung dargestellt. Weitere Schwerpunkte bilden Intersektionalität und Mehrfachdiskriminierung sowie Public Health Governance, gesundheitspolitische Steuerungsmöglichkeiten, HF, HE und Interventionslogiken.

Kapitel 3 beschreibt das Forschungsdesign und die Durchführung des SLR. Dazu werden die Suchstrategie, die ausgewählten Datenbanken, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Screening- und Analyseprozess erläutert.

Kapitel 4 präsentiert die Ergebnisse der Literaturrecherche und gibt zunächst einen Überblick über die eingeschlossenen Publikationen. Anschließend werden die Verwendung der Begriffe „sex“ und „gender“, intersektionale Perspektiven sowie die identifizierten HF, PF, EL und HE dargestellt. Abschließend werden die HE den Interventionslogiken zugeordnet.

Kapitel 5 diskutiert die zentralen Ergebnisse vor dem Hintergrund der Forschungsfrage und des theoretischen Rahmens. Kapitel 6 schließt die Arbeit mit einer Conclusio und einem Ausblick ab.

2 Theoretischer und konzeptioneller Rahmen

2.1 Der Gender Health Gap: Begriff und konzeptionelle Grundlagen

Der GHG beschreibt die systematischen Unterschiede in der Gesundheit sowie Gesundheitsversorgung zwischen verschiedenen Geschlechtergruppen. Diese geschlechterbezogenen Unterschiede haben weitläufige Auswirkungen auf die Gesundheit selbst, aber auch auf die Erfahrungen der Patient*innen in der Navigation des Gesundheitssystems und zeigen sich entlang des gesamten Versorgungsspektrums, etwa in der Häufigkeit und Wahrnehmung von Erkrankungen (medizinisch und gesellschaftlich), in der Diagnosestellung, in therapeutischen Maßnahmen sowie in der Zugänglichkeit zu medizinischer Versorgung. Der GHG umfasst somit ein breites Spektrum geschlechtsspezifischer Unterschiede, welche sich sowohl in der individuellen Gesundheitssituation als auch in der Struktur und Praxis von Gesundheitssystemen widerspiegeln (OECD, 2025).

Eine einheitliche und allgemein anerkannte Definition des GHG existiert bisher nicht. Auch eine etablierte deutschsprachige Übersetzung des Begriffs liegt nicht vor, weshalb weltweit in wissenschaftlichen Arbeiten sowie in politischen Berichten hauptsächlich der englische Begriff verwendet wird (OECD, 2025; Overweg & Weiland, 2025). Der GHG wird in der Literatur unterschiedlich konzeptualisiert und je nach Forschungszugang und disziplinärem Kontext unterschiedlich gefasst. So finden sich in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Begriffe wie „gender health gap“, „gender health inequalities“, „gender inequalities in health“, „sex and gender disparities in health“ oder „gender-based health disparities“, die teilweise als Synonym oder mit leicht unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen verwendet werden und auf vergleichbare Phänomene geschlechtsspezifischer Unterschiede im Gesundheitsbereich verweisen (Khaledian et al., 2025; Sen et al., 2007; Heise et al., 2019). Auch finden sich in der Literatur Themen wie „women’s health“ oder „reproductive health“, welche sich mit spezifischen gesundheitlichen Fragestellungen von Frauen befassen und somit Teilaspekte geschlechtsspezifischer Gesundheitsungleichheiten adressieren (Gaiswinkler et al., 2024; Langer et al., 2015). Diese Konzepte fokussieren sich auf bestimmte Gesundheitsbereiche wie reproduktive Gesundheit oder geschlechtsspezifische Krankheitsbilder und tragen damit zur Analyse und Sichtbarmachung von Ungleichheiten im Gesundheitskontext bei. Im Rahmen dieser Arbeit wird für das beschriebene Phänomen der geschlechterbezogenen Ungleichheit in Gesundheit und der Gesundheitsversorgung der Begriff GHG verwendet.

Der GHG ist nicht isoliert zu betrachten, sondern im Kontext verwandter Konzepte einzuordnen und von diesen abzugrenzen. Während der „Gender Gap“ an sich geschlechtsspezifische Unterschiede in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen, wie Bildung, Einkommen oder politische Partizipation, beschreibt, bezieht sich der GHG spezifisch auf den Gesundheitsbereich und somit sowohl auf die individuelle Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik (Overweg & Weiland, 2025). Zudem gibt es Überschneidungen mit dem Konzept der gesundheitlichen Ungleichheiten (health inequalities), welches soziale Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsversorgung thematisiert. Im Unterschied dazu fokussiert sich die Forschung zum GHG jedoch gezielt auf geschlechterbezogene Differenzen und deren spezifische Ausprägungen im Gesundheitskontext. Das Zusammenwirken geschlechterspezifischer und allgemeiner, von anderen Faktoren als Geschlecht geprägter, gesundheitlicher Ungleichheiten wird im Rahmen der Intersektionalität (Kapitel 2.3) vertiefend betrachtet.

Für das Verständnis des GHG ist zudem die Unterscheidung zwischen dem biologischen Geschlecht (sex) und dem sozialen Geschlecht (gender) zentral. Der Begriff „sex“ bezieht sich auf biologische und physiologische Unterschiede zwischen Menschen, etwa hinsichtlich Genetik, Hormonhaushalt, Stoffwechsels oder körperlicher Konstitution, die sich auch in unterschiedlichen Krankheitsverläufen oder Therapieeffekten widerspiegeln können. Demgegenüber beschreibt „gender“ die sozial und gesellschaftlich konstruierten Rollen sowie Erwartungen und Machtverhältnisse, die mit dem Geschlecht verbunden sind und sowohl das Verhalten und die Lebensbedingungen wie auch den Zugang zu Ressourcen beeinflussen (Overweg & Weiland, 2025; Vera et al., 2023). Im Kontext des GHG sind beide Dimensionen von Bedeutung. Einerseits bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in biologischen Voraussetzungen und daraus resultierenden medizinischen Bedürfnissen (sex), andererseits tragen gesellschaftliche Strukturen und normative Vorstellungen dazu bei, dass bestimmte Gruppen im Gesundheitssystem benachteiligt werden (gender) (Khaledian et al., 2025, S. 2; Overweg & Weiland, 2025; RKI, 2025, Vera et al., 2023, S. 2069).

Im Kontext der medizinischen Forschung, aber auch im Kontext der Forschung zu Public Health, wird der GHG zunehmend auch mit dem sogenannten „Gender Data Gap“ in Verbindung gebracht. Dieser beschreibt das Fehlen beziehungsweise die unzureichende Differenzierung von Daten nach Geschlecht, wodurch gesundheitliche Unterschiede teilweise unentdeckt bleiben oder nicht adäquat berücksichtigt werden

(WEF, 2024, S. 13-15). Die mangelnde Datenlage erschwert evidenzbasierte Entscheidungen und kann dazu führen, dass auch im Rahmen des Public Health gesundheitspolitische Maßnahmen und medizinische Leitlinien für die Gesundheitsversorgung nicht gleichermaßen wirksam für alle Geschlechter gestaltet werden. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Auseinandersetzung mit dem GHG auch aus gesellschaftlicher, ökonomischer und gesundheitspolitischer Perspektive an Bedeutung. Geschlechtsspezifische Ungleichheiten in der Gesundheit haben nicht nur individuelle Konsequenzen, sondern können auch zu ineffizienter Ressourcennutzung im Gesundheitssystem sowie zu gesamtwirtschaftlichen Kosten führen (OECD, 2025; Moley, 2024; WEF, 2024). Die Reduktion des GHG stellt somit eine zentrale Herausforderung für eine gerechte und effiziente Gesundheitsversorgung dar.

2.2 Geschlechterspezifische Gesundheitsungleichheiten

2.2.1 Allgemeine Studienlage und Statistiken

Internationale Studien zeigen, dass sich geschlechtsspezifische Unterschiede sowohl in objektiven als auch subjektiven Gesundheitsindikatoren manifestieren. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zeigt beispielsweise, dass Frauen zwar im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, jedoch einen größeren Anteil ihres Lebens in schlechter Gesundheit verbringen. Dies zeigt sich in geringeren gesunden Lebensjahren (OECD, 2025, S. 199). Gleichzeitig berichten Frauen häufiger eine schlechtere subjektive Gesundheit („self-reported health“) als Männer (OECD, 2025; Boerma et al., 2016). Während beispielsweise in den OECD-37-Ländern im Durchschnitt 71 % der befragten Männer von einer guten oder sehr guten Gesundheit berichten, liegt dieser Anteil bei den Frauen mit 66 % spürbar niedriger (OECD, 2025, S. 199). Bei Daten aus 28 OECD-Ländern, bei welchen Jugendliche befragt wurden, bewerten lediglich 26 % der weiblichen Jugendlichen im Alter von elf bis fünfzehn Jahren ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, während dieser Wert bei den männlichen Jugendlichen derselben Altersgruppe mit 38 % deutlich höher liegt (OECD, 2025, S. 201). Auch in Österreich zeigt sich dieses Muster deutlich. Frauen geben häufiger gesundheitliche Beschwerden und Einschränkungen im Alltag an. Zudem verbringen Frauen in Österreich mit durchschnittlich 19,3 Jahren mehr Jahre ihres Lebens in schlechter Gesundheit als Männer mit durchschnittlich 16,2 Jahren (Medizinische Universität Wien, 2024; Gaiswinkler et al., 2022, S. 31-39). Statistiken zeigen zudem, dass Frauen zwar seltener frühzeitig sterben, jedoch häufiger unter nicht tödlichen, aber lebensqualitätsmindernden Erkrankungen leiden (WEF, 2024, S. 12). Frauen sind

beispielsweise überproportional häufig von chronischen Erkrankungen wie Fibromyalgie, Osteoporose, Arthritis, Migräne, ME/CFS oder unterschiedlichen Autoimmunerkrankungen betroffen (Amand-Eeckhout, 2025; WEF, 2024, S. 7; Thomas et al., 2022, S. 2). Zudem wird der GHG durch frauenspezifische Krankheitsbilder wie Endometriose, PCOS oder gynäkologische Krebserkrankungen sowie durch schwerwiegende physische und psychische Risiken rund um Schwangerschaft und Geburt, wie maternale Sepsis oder postpartale Depressionen, massiv verschärft (WEF, 2024, S. 7). Diese Statistiken und Studien verdeutlichen, dass geschlechtsspezifische Gesundheitsungleichheiten nicht nur einzelne Krankheitsbilder betreffen, sondern sich systematisch entlang zentraler Gesundheitsindikatoren und Lebensbereiche erstrecken.

2.2.2 Gender Health Gap in der Forschung

Die Entstehung des GHG ist eng mit historischen Entwicklungen in Medizin und Gesundheitsforschung verknüpft. In der wissenschaftlichen Literatur ist man sich darüber einig, dass sich die medizinische Forschung über Jahrzehnte hinweg primär, teilweise sogar fast ausschließlich, am männlichen Körper als Norm orientierte, während Frauen in klinischen Studien häufig unterrepräsentiert oder systematisch ausgeschlossen wurden (Burgess et al., 2025, S. 83; Gualtierotti, 2025, S. 9; Catuara-Solarz et al., 2022, S. 1; Chen et al., 2018, S. 420-422; Regitz-Zagrosek & Seeland, 2013). Der Anteil von Frauen in klinischen Studien in bestimmten medizinischen Bereichen lag teilweise bei unter 30 %, wobei insbesondere die kardiovaskuläre Forschung sehr stark männlich dominiert ist (Burgess et al., 2025, S. 83). Selbst wenn Frauen in Studien eingeschlossen wurden, erfolgte zudem häufig keine geschlechtsspezifische Auswertung der erhobenen Daten, wodurch relevante Unterschiede zwischen Männern und Frauen unberücksichtigt blieben und sich bestehende Wissenslücken weiter verfestigten (Heidari et al., 2016, S. 2). Aufgrund dieser Entwicklungen lassen sich die heutigen geschlechtsspezifischen Ungleichheiten im Gesundheitssystem als Folge dieser strukturellen Verzerrungen verstehen. So werden beispielsweise Unterschiede in Symptomen, Krankheitsverläufen und Therapieeffekten bei Frauen bis heute teilweise unzureichend erkannt und berücksichtigt, was sich in Diagnostik und Behandlung widerspiegelt (WEF, 2024, S. 14–15). Dieses strukturelle Defizit lässt sich im Kontext des bereits besprochenen Gender Data Gap (Kapitel 2.1) verorten (Di Lego, 2023).

2.2.3 Gender Health Gap in der Diagnostik

Geschlechtsspezifische Ungleichheiten zeigen sich besonders deutlich im diagnostischen Prozess. Daten belegen, dass die Diagnosestellung bei Frauen im Durchschnitt später erfolgt als bei Männern (WEF, 2024, S. 14; Vera et al., 2023, S. 2071-2072). Eine in Dänemark über einen Zeitraum von 21 Jahren durchgeführte Studie (Westergaard et al., 2019) stellte fest, dass Frauen bei mehr als 700 unterschiedlichen Krankheiten später diagnostiziert wurden als Männer. Auch weitere Studien belegen diesen Umstand, indem sie zeigen, dass Frauen beispielsweise bei Krebs zweieinhalb Jahre später oder bei Diabetes viereinhalb Jahre später diagnostiziert werden als Männer (WEF, 2024, S. 14; Vera et al., 2023, S. 2071). Weiters haben Frauen bei Herzerkrankungen (bspw. Herzinfarkt) ein siebenfach höheres Risiko zunächst fehldiagnostiziert zu werden als Männer (WEF, 2024, S. 18).

Diese Problematik wird weiter verstärkt bei komplexen, chronischen Erkrankungen und Erkrankungen, welche überwiegend Frauen betreffen. Chronisch kranke Frauen werden im Durchschnitt nicht nur später diagnostiziert, sondern oft auch nicht oder fehldiagnostiziert. Ein prägnantes Beispiel hierfür stellt Endometriose dar, eine chronische Erkrankung, von welcher nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit zehn Prozent der Frauen im reproduktiven Alter betroffen sind. Enorme Datenlücken führen hier dazu, dass andere Schätzungen, wie die der „Global Burden of Disease“, nur von ein bis zwei Prozent der Frauen im reproduktiven Alter ausgehen (WEF, 2024, S. 14). Diese achtfache Diskrepanz zeigt auf, dass weltweit zwischen 24 und 190 Millionen Frauen unzureichend erfasst sein könnten und verdeutlicht somit die Prävalenz von Nicht- und Fehldiagnosen bei Frauen. Auch im Hinblick auf die Diagnosedauer zeigt sich an diesem Beispiel die strukturelle Problematik deutlich. Für Endometriose werden international je nach Land, untersuchter Population und Definition der Diagnoseverzögerung Zeiträume von mehreren Jahren berichtet. Europäische Quellen nennen Verzögerungen von etwa vier bis zehn Jahren, während für Österreich und Deutschland im Rahmen einer Studie eine durchschnittliche Verzögerung von 10,4 Jahren zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Diagnose festgestellt wurde (Hudelist et al., 2012, S. 3412; WEF, 2024, S. 14).

Darüber hinaus zeigen Untersuchungen, dass Beschwerden von Frauen häufiger als unspezifisch oder psychosomatisch eingeordnet werden, wodurch die Diagnosestellung zusätzlich verzögert wird (Samulowitz et al., 2018, S. 5).

Diese Unterschiede verdeutlichen, dass diagnostische Prozesse nicht geschlechtsneutral sind, sondern durch bestehende Wissenslücken und gesellschaftlich geprägte Wahrnehmungsmuster beeinflusst werden. Die systematische Einordnung der Psychosomatisierung von Symptomen bei Frauen wird im Rahmen der Geschlechterunterschiede in der Gesundheitsbehandlung (Kapitel 2.2.5) vertiefend analysiert.

2.2.4 Geschlechterunterschiede in der Symptomatik

Neben der Diagnostik bestehen auch relevante Unterschiede in der Symptomatik von Erkrankungen zwischen Frauen und Männern. Besonders gut dokumentiert ist dies bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Frauen zeigen bei Herzinfarkten häufiger „atypische“ Symptome wie beispielsweise Übelkeit oder Rückenschmerzen, während „klassische“, bei Männern auftretende Symptome wie Brustschmerzen, seltener auftreten (Biddle et al., 2019; An et al., 2018). Dies führt dazu, dass Herzinfarkte bei Frauen häufiger übersehen oder später erkannt werden. Aufgrund dessen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen weltweit die führende Todesursache bei Frauen (Rajendran, et al., 2023, S. 2). Auch bei neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen oder Störungsbildern zeigen sich Unterschiede. Beispielsweise manifestieren sich Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Autismus bei Frauen oft weniger offensichtlich oder anders als bei Männern, wodurch sie seltener diagnostiziert und öfter fehldiagnostiziert werden. Diese Unterschiede sind sowohl biologisch als auch methodisch bedingt, da diagnostische Kriterien lange Zeit nur auf klinischen Studien basierten, welche Frauen ausschlossen (OECD, 2025, S. 207). Die unzureichende Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Symptome trägt somit ebenfalls wesentlich zum GHG bei.

2.2.5 Geschlechterunterschiede in der Gesundheitsbehandlung

Auch im Bereich der medizinischen Behandlung zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Studien zeigen, dass Frauen im Durchschnitt eine geringere Behandlungsqualität erfahren als Männer (WEF, 2024, S. 18; Teunissen et al., 2016, S. 631; van Wijk et al., 1996, S. 707). Diese Unterschiede betreffen verschiedene Ebenen der Versorgung und reichen von der medikamentösen Therapie, über Schmerzbehandlung bis hin zur klinischen Einordnung der Symptome beziehungsweise der Diagnostik. Ein zentraler Faktor dabei ist die historisch männlich dominierte medizinische Forschung (Kapitel 2.2.2), wodurch Behandlungsstandards häufig auf männlichen Normwerten basieren. Dies führt dazu, dass

geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Therapien und Medikamenten unzureichend berücksichtigt werden, wodurch sich Ungleichheiten in der Behandlung verstärken.

Besonders deutlich zeigt sich dies im Bereich der medikamentösen Behandlung von Frauen. Studien belegen, dass Frauen deutlich häufiger von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen sind als Männer. Trotz bereits bekannter Wirkungs- und Nebenwirkungsunterschiede werden Medikamente in der Regel weiterhin nach einheitlichen Dosierungsschemata verschrieben, welche sich an männlichen Referenzwerten orientieren. In der Folge kann es bei Frauen häufiger zu Überdosierungen und verstärkten Nebenwirkungen kommen, wodurch nicht nur die Therapieeffektivität beeinträchtigt wird, sondern auch zusätzliche gesundheitliche Risiken entstehen (Galea & Parekh, 2023; Carrasco et al., 2022, S. 5; Anderson, 2008, S. 1).

Auch im Bereich der Schmerzbehandlung zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen sind häufiger von chronischen Schmerzen betroffen als Männer und berichten zugleich öfter, dass ihre Schmerzen nicht ausreichend ernst genommen werden (Amand-Eeckhout, 2025; Samulowitz et al., 2018, S. 1). Gleichzeitig erhalten sie seltener oder später Schmerzmedikation als Männer. So zeigen Studien, dass Frauen bei vergleichbarer Schmerzintensität länger auf eine Schmerzbehandlung warten. Ein veranschaulichendes Beispiel liefert die Studie von Chen et al. (2008), die zeigt, dass Frauen bei vergleichbarer Schmerzintensität seltener Analgesie erhielten als Männer (60 % vs. 67 %). Bei der Verabreichung von Opiaten lag der Unterschied sogar bei elf Prozent. Weiters beschrieben Lopez et al. (2021) in ihrer Studie, dass Frauen mit Vergiftungen durch Substanzen im Vergleich zu Männern eine etwa doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für eine verzögerte Behandlung aufwiesen. Ähnliche Muster zeigen sich auch in der Akutmedizin im kardiologischen Bereich. Laut den Ergebnissen von Murga-Eizagaetxebarría et al. (2019) wurden Frauen, welche aufgrund von Brustschmerzen medizinische Hilfe gesucht hatten, seltener einer Echokardiografie unterzogen, seltener an Kardiolog*innen überwiesen, seltener stationär aufgenommen und erhielten seltener eine gesicherte Diagnose als Männer. Diese Studie verdeutlicht, dass Beschwerden von Frauen nicht nur im Bereich der Schmerzbehandlung, sondern auch bei potenziell lebensbedrohlichen Symptomen oft nicht ernst genommen und weniger konsequent weiter abgeklärt und behandelt werden. Die Summe dieser beispielhaften Studien deutet darauf hin, dass Schmerz nicht geschlechtsneutral bewertet wird, sondern durch stereotype Annahmen über

Geschlecht und Schmerzempfinden beeinflusst wird, wodurch Frauen in der Behandlung benachteiligt werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt, welcher mit den soeben beschriebenen Befunden bezüglich medikamentöser Behandlung und Schmerzbehandlung einhergeht, ist das Phänomen des sogenannten „Medical Gaslighting“ sowie die Psychosomatisierung von Beschwerden. Darunter wird verstanden, dass Symptome von Patient*innen vom Gesundheitspersonal relativiert, nicht ernst genommen oder fälschlicherweise als psychisch bedingt eingeordnet werden (Khan et al., 2024, S. 110). Frauen sind deutlich häufiger von solchen Erfahrungen betroffen, insbesondere bei schwer fassbaren oder chronischen Erkrankungen (Dyson, 2025; Samulowitz et al., 2018). Dies kann erneut dazu führen, dass körperliche Erkrankungen nicht adäquat diagnostiziert und behandelt werden. Besonders deutlich wird dieses Muster bei Erkrankungen wie Endometriose oder Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Erschöpfungssyndrom (ME/CFS), bei denen Symptome über lange Zeit als psychosomatisch interpretiert wurden und teilweise immer noch werden, obwohl klare Hinweise auf biologische Ursachen vorliegen (Lindeman, 2023; Thoma, 2023, S. 2). Diese Psychosomatisierung von somatischen Krankheiten bei Frauen fand in der Vergangenheit auch bei Erkrankungen wie Multiple Sklerose (MS) statt, bevor sich ein differenzierteres medizinisches Verständnis etablierte (Stensland, 2024; Green, 2021; Marrie et al., 2016).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung sind somit nicht nur auf biologische Faktoren zurückzuführen, sondern entstehen auch durch strukturelle, institutionelle, historische und gesellschaftlich geprägte Mechanismen. Die Kombination aus unzureichend geschlechtssensibler Forschung, verzerrter Wahrnehmung von Symptomen, geschlechtsspezifischen Zuschreibungen sowie gesellschaftlich und historisch gewachsenen, patriarchal geprägten Strukturen, trägt somit wesentlich zur Entstehung und Aufrechterhaltung des GHG bei.

2.2.6 Weitere Determinanten für den Gender Health Gap

Sozioökonomische Faktoren wie die Verteilung unbezahlter Arbeit, Bildung, Erwerbsbeteiligung und Einkommen haben direkte Auswirkungen auf die geschlechtsspezifischen Gesundheitsungleichheiten und somit dem GHG. Beispielsweise hat die ungleiche Verteilung unbezahlter Care-Arbeit, unter die Tätigkeiten wie Hausarbeit sowie die Betreuung und Pflege von Kindern und Angehörigen fallen, hier einen maßgeblichen Einfluss. Frauen übernehmen nach wie

vor den Großteil dieser Aufgaben, was ihre zeitlichen Ressourcen einschränkt und sich sowohl auf Bildungs- wie auch Erwerbsmöglichkeiten und somit auch auf die Gesundheit und den GHG auswirkt (Azcona et al., 2023, S. 11-15, 18). Auch in Österreich zeigt sich dieses Muster deutlich, da der überwiegende Teil der Care-Arbeit von Frauen geleistet wird (Gaiswinkler et al., 2022, S. 14). Diese strukturelle Ungleichverteilung ist historisch eng mit geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen verbunden und hatte lange Zeit auch Auswirkungen auf den Zugang zu Bildung. Während Frauen in der Vergangenheit häufig geringere Bildungschancen hatten, haben sich diese insbesondere in westlichen Industrieländern in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert. Global betrachtet bestehen jedoch weiterhin erhebliche Ungleichheiten, sodass Mädchen und Frauen in vielen Regionen nach wie vor eingeschränkten Zugang zu Bildung haben (OECD, 2025, S. 110, 113, 130; Azcona et al., 2023, S. 11-15, 18). Diese bestehenden Bildungsungleichheiten sowie die fortbestehende ungleiche Verteilung von Care-Arbeit wirken sich unmittelbar auf die Erwerbsbeteiligung und Einkommenssituation von Frauen aus. Frauen sind trotz vergleichbarer oder höherer Bildungsabschlüsse häufiger in Teilzeit beschäftigt und erzielen im Durchschnitt geringere Einkommen als Männer (OECD, 2025, S. 110, 113, 130; Azcona et al., 2023, S. 11-15, 18). Dadurch sind ihre Möglichkeiten zur eigenständigen Existenzsicherung und zur Generierung eines eigenen Einkommens weiterhin eingeschränkt. Diese sozioökonomischen Ungleichheiten wirken sich unmittelbar auf die gesundheitsbezogenen Möglichkeiten und die allgemeine gesundheitliche Lage von Frauen aus und stellen einen zentralen Mechanismus des GHG dar. Eingeschränkte finanzielle Ressourcen, geringere Erwerbsintegration sowie die Doppelbelastung durch Erwerbs- und Care-Arbeit erhöhen das Risiko für physische und psychische Belastungen und erschweren zugleich den Zugang zu Gesundheitsleistungen (OECD, 2025; WEF, 2024; Azcona et al., 2023).

Neben den sozioökonomischen Faktoren prägen auch kulturelle und gesellschaftliche Normen sowie Geschlechterrollen die Wahrnehmung von Krankheit und somit die Gesundheitsversorgung maßgeblich. Beispielsweise beeinflussen gesellschaftliche Erwartungen und stereotype Vorstellungen über Geschlechterrollen die Bewertung von Symptomen durch medizinisches Personal. Dies kann dazu führen, dass Beschwerden von Menschen unterschiedlichen Geschlechts anders interpretiert und behandelt werden. Wie bereits in Kapitel 2.2.5 angeführt, werden Frauen im medizinischen Kontext öfter nicht ernst genommen und beispielsweise fehldiagnostiziert sowie falsch behandelt. Geschlechterrollen wirken somit nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch innerhalb medizinischer Strukturen, indem sie Wahrnehmungs- und

Entscheidungsprozesse beeinflussen. Diese kulturell und gesellschaftlich geprägte Wahrnehmung der Geschlechterunterschiede wirkt sich unmittelbar auf gesundheitliche Handlungsspielräume von Frauen aus. Sie beeinflussen den Zugang zu Gesundheitsleistungen, die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, die Möglichkeiten, gesundheitliche Belastungen auszugleichen sowie die Qualität der Gesundheitsversorgung und Erfahrungen im Gesundheitssystem (Dyson, 2025; Khan et al., 2024; WEF, 2024).

Diese Geschlechterungleichheiten bestehen trotz der Tatsache, dass Studien zur Gesundheitskompetenz zeigen, dass Frauen sowohl in Österreich als auch im europäischen Vergleich tendenziell höhere Gesundheitskompetenz aufweisen als Männer, insbesondere im Bereich der Informationssuche und Prävention (Griebler et al., 2021, S. 51; Sørensen et al., 2015, S. 1056). Es zeigt sich demnach, dass sich diese höheren Kompetenzen nicht in besserer Gesundheit oder Erfahrungen im Gesundheitssystem widerspiegeln. Wie bereits in Kapitel 2.2.1 dargestellt, berichten Frauen häufiger über eine schlechtere subjektive Gesundheit und verbringen mehr Jahre in schlechter Gesundheit als Männer. Diese Diskrepanz lässt sich nicht durch individuelle Faktoren erklären, sondern ist im Kontext struktureller Bedingungen zu betrachten. Neben den soeben dargestellten sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Determinanten stehen diese Unterschiede auch im Zusammenhang mit weiteren Faktoren innerhalb des Gesundheitssystems, die in den vorangegangenen Kapiteln (2.2.2-2.2.5) aufgezeigt wurden. In ihrem Zusammenwirken tragen diese Faktoren dazu bei, dass Frauen trotz höherer Gesundheitskompetenz weiterhin strukturellen Benachteiligungen im Gesundheitssystem ausgesetzt sind.

2.3 Intersektionalität und Mehrfachdiskriminierung

2.3.1 Konzeptklärung und Relevanz für Forschung und Politik

Ein weiterer zentraler Bezugsrahmen zur Analyse des GHG ist die Intersektionalität. Dieser Konzeptualisierung zufolge wirken unterschiedliche soziale und strukturelle Kategorien, wie Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit, Religion, sozioökonomischer Status, Behinderung oder sexuelle Orientierung, nicht isoliert, sondern miteinander verknüpft und einander verstärkend und führen zu gesundheitlichen Ungleichheiten (Khaledian et al., 2025, S. 2; Bauer, 2014, S. 11; Krieger, 2014, S. 656-658). Intersektionalität richtet den Fokus demnach auf die Wechselwirkungen sowie das Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren oder Kategorien, wodurch gesundheitliche Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen

entstehen und in unterschiedlichen Kontexten verstärkt werden (Kapilashrami & Hankivsky, 2018, S. 2589). Intersektionale Analysen zeigen, dass Personen, welche mehrfach marginalisierten Gruppen angehören, beispielsweise ältere Frauen, Frauen mit Behinderung oder Angehörige der LGBTQIA+ - Community, in vielen Fällen mehrfach diskriminierenden und marginalisierten Erfahrungen ausgesetzt sind, die ihre Gesundheitsversorgung beeinträchtigen (Op De Beeck, 2025; Pfabigan et al., 2024; Chen et al., 2018). Kommen mehrere dieser intersektionalen Faktoren zusammen, wird dieser Effekt weiter verstärkt.

Das Konzept der Intersektionalität hat nicht nur analytische Bedeutung, sondern prägt zunehmend auch wissenschaftliche Forschung sowie gesundheitspolitische Strategien. Da marginalisierte Gruppen in der Vergangenheit in Forschung und Politik nicht oder in unverhältnismäßig geringem Ausmaß repräsentiert und adressiert wurden, wird von der Forschung, unter anderem der Gesundheitsforschung, zunehmend erwartet, intersektionale Perspektiven systematisch in Studiendesigns, Datenerhebungen und Analysen zu integrieren, um komplexe Ungleichheitsstrukturen adäquat erfassen zu können (Bauer, 2014, S. 10-11; Hankivsky & Kapilashrami, 2020, S. 2589-2591). Auch von der Gesundheitspolitik wird verstärkt gefordert, die spezifischen Bedürfnisse mehrfach marginalisierter Gruppen zu berücksichtigen und strukturelle Barrieren abzubauen (Hankivsky & Kapilashrami, 2020, S. 2589-2591).

2.3.2 Alter als intersektionale Kategorie

Als erster intersektionale Faktor spielt neben dem Geschlecht auch das Alter von Menschen eine bedeutende Rolle im Kontext gesundheitlicher Ungleichheiten. Marginalisierte und diskriminierende Erfahrungen mit zunehmendem Alter werden durch das Konzept des „Ageism“ zusammengefasst und erläutert. Dabei handelt es sich um die Kategorisierung und Stigmatisierung von Menschen aufgrund ihres Alters, was zu Benachteiligung und Ungleichheit führt (WHO, 2021, S. 2-3). Studien zeigen, dass sich beispielsweise gesundheitliche Risiken sowie Zugangsbarrieren im Lebensverlauf verändern und insbesondere ältere Menschen häufig von kumulativen Benachteiligungen betroffen sind (WHO, 2021). In intersektionaler Perspektive wird deutlich, dass sich altersbezogene Faktoren mit anderen sozialen Kategorien, insbesondere dem Geschlecht, überschneiden und bestehende Ungleichheiten verstärken können. So sind ältere Frauen beispielsweise aufgrund geschlechtsspezifischer Gesundheitsunterschiede, geringerem Einkommen und höherer Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit besonders vulnerabel (Gómez-Costilla et al., 2022, S. 1057; WHO, 2021, S. 48-57).

2.3.3 Sozioökonomischer Status als intersektionale Kategorie

Der sozioökonomische Status stellt ebenfalls eine zentrale intersektionale Kategorie im Kontext gesundheitlicher Ungleichheiten dar und wird maßgeblich durch Faktoren wie Einkommen, Bildung und Erwerbsbeteiligung beeinflusst. Zahlreiche Studien belegen, dass diese Faktoren mit individueller Gesundheit sowie Erfahrungen im Gesundheitswesen korrelieren, da beispielsweise ein höheres Einkommen und eine höhere Bildung den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtern, gesundheitsfördernde Lebensweisen unterstützen und bessere Lebensbedingungen ermöglichen (OECD, 2025, S. 200; Macintyre et al., 2024, S.2; Charlotte, 2002, S. 91). Gleichzeitig kann ein schlechter Gesundheitszustand die Erwerbsfähigkeit einschränken und zu geringerem Einkommen führen, wodurch sich ein wechselseitiger Verstärkungsprozess ergibt. Bildung ist laut Studien ebenfalls eng mit Faktoren wie der Gesundheitskompetenz, dem Gesundheitsverhalten und dem Zugang zu Informationen verknüpft, was einen Einfluss auf die individuelle Gesundheit hat. Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigungsverhältnisse wiederum sind mit erhöhten gesundheitlichen Risiken sowie eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsversorgung verbunden (WHO, 2025; Marmot et al., 2020, S. 36f).

In der intersektionalen Betrachtung zeigt sich, dass auch sozioökonomische Ungleichheiten nicht geschlechtsneutral wirken. So weisen Studien darauf hin, dass beispielsweise der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit bei Frauen teilweise stärker ausgeprägt ist als bei Männern (OECD, 2025, S. 200). Gleichzeitig sind Frauen, wie bereits in Kapitel 2.2.6 angeführt, global häufiger von niedrigerem Einkommen, geringerer Erwerbsbeteiligung und ungleicher Verteilung unbezahlter Care-Arbeit betroffen, was sich direkt auf ihre gesundheitlichen Chancen auswirkt. Darüber hinaus beeinflussen sozioökonomische Ungleichheiten auch das Auftreten, die Diagnose und die Behandlung von Erkrankungen (Vera et al., 2024, S. 2071). Der sozioökonomische Status wirkt somit als zentraler Verstärker bestehender gesundheitlicher Ungleichheiten und trägt in Wechselwirkung mit Geschlecht wesentlich zur Ausprägung des GHG bei.

2.3.4 Ethnizität und Herkunft als intersektionale Kategorie

Ethnizität und Herkunft stellen eine weitere zentrale intersektionale Kategorie im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten dar. Menschen mit Migrationshintergrund oder Angehörige ethnischer Minderheiten weisen häufiger schlechte Gesundheit auf und sind vermehrt mit strukturellen Barrieren im Zugang zur

Gesundheitsversorgung konfrontiert (WHO, 2022, S. 91f; Krieger, 2014, S. 656; Nazroo & Williams, 2005, S. 238). Diese Unterschiede ergeben sich unter anderem aus sozioökonomischen Benachteiligungen und Diskriminierung sowie sprachlichen und kulturellen Barrieren, die die Inanspruchnahme und Qualität von Gesundheitsleistungen beeinflussen.

Ein zentraler Aspekt in diesem Kontext ist zudem die Repräsentation ethnischer Minderheiten in der medizinischen Forschung. So zeigt eine Analyse internationaler klinischer Studien, dass die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmenden in der medizinischen Forschung, der in den Studien verwendeten ethnischen Kategorie „White“ zuzuordnen ist, während andere ethnische Gruppen deutlich unterrepräsentiert sind (Turner et al., 2022; Massie et al., 2021; Chen et al., 2018). Beispielsweise lag der Anteil dieser Gruppe in klinischen Studien in den USA laut der Untersuchung von Turner et al. (2022) bei durchschnittlich 79,7 % der Teilnehmenden. Eine ähnliche ethnische Aufteilung der Teilnehmenden ließ sich auch in mehreren Studien in Europa feststellen (Massie et al., 2021). Diese ungleiche Repräsentation führt dazu, dass medizinische Erkenntnisse und Behandlungsstandards nicht gleichermaßen auf alle Bevölkerungsgruppen übertragbar sind und bestehende Ungleichheiten verstärken können.

In intersektionaler Perspektive zeigt sich zudem, dass ethnische Zugehörigkeit und Geschlecht in ihrer Wirkung nicht unabhängig voneinander sind. Während alle Frauen geschlechtsspezifischer Diskriminierung ausgesetzt sein können, erfahren Frauen aus ethnischen Minderheiten häufig sowohl geschlechterbezogene als auch rassistische Diskriminierung, wodurch sich gesundheitliche Benachteiligungen verstärken (Krieger, 2014, S. 651). Ethnizität und Herkunft wirken somit ebenfalls als zentrale Verstärker bestehender Ungleichheiten und tragen in Wechselwirkung mit Geschlecht wesentlich zur Ausprägung gesundheitlicher Ungleichheiten bei.

2.3.5 Sexuelle Orientierung und Identität als intersektionale Kategorie

Im Rahmen der Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten spielen auch sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität eine zentrale Rolle. Insbesondere Personen, welche der LGBTQIA+ -Community angehören, sind häufig von struktureller Benachteiligung betroffen, die sich unmittelbar auf ihren Zugang zu Gesundheitsversorgung und demzufolge ihrer Gesundheit auswirken (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018, S. 10; Zeeman et al., 2018, S. 974). Diese Ungleichheiten entstehen über verschiedene Mechanismen, beispielsweise aufgrund gesellschaftlicher Normen

wie Heteronormativität und binäre Geschlechtervorstellungen, welche dazu führen, dass Personen, deren Identität nicht diesen Normen entspricht, als „abweichend“ kategorisiert und aufgrund dessen marginalisiert werden. Auch innerhalb von Gesundheitssystemen spiegeln sich diese Strukturen wider. Beispiele sind unzureichend inklusive Versorgungsangebote, fehlende Sensibilität, mangelndes Verständnis im Umgang mit geschlechtlicher und identitärer Vielfalt oder strukturelle Barrieren wie nicht-inklusive, beispielsweise binäre, Erfassungssysteme (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018, S. 14). Darüber hinaus zeigen Studien, dass Diskriminierungserfahrungen nicht nur den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren und dadurch Gesundheit beeinflussen, sondern auch indirekt über eingeschränkte Bildungs- und Erwerbsmöglichkeiten sowie soziale Ausgrenzung auf die Gesundheit wirken (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018, S. 15; Zeeman et al., 2018, S. 974-975).

In intersektionaler Perspektive verstärken sich diese Effekte insbesondere dann, wenn sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität mit weiteren Faktoren wie Geschlecht, sozioökonomischem Status oder Herkunft zusammenwirken. So sind beispielsweise transsexuelle Frauen oder queere Personen mit Migrationshintergrund häufig mehrfachen Formen der Diskriminierung ausgesetzt, welche sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken (WHO, 2022, S. 91f; Hsieh & Ruther, 2016, S. 748-749; Hankivsky et al., 2014; S. 13). Insgesamt wird deutlich, dass auch sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität nicht isoliert betrachtet werden können, sondern als Teil komplexer sozialer Ungleichheitsstrukturen wesentlich zur Ausprägung gesundheitlicher Disparitäten beitragen.

2.3.6 Behinderung und chronische Krankheit als intersektionale Kategorie

Schlussendlich ist ein weiterer intersektionaler Aspekt im Kontext des GHG die gesundheitliche Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen (MmBocE). Diese ist ebenfalls eng mit Prozessen der Stigmatisierung und Diskriminierung verknüpft, die den Zugang zu lebensnotwendigen Gesundheitsressourcen und -dienstleistungen erschweren (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018, S. 10). Diese Benachteiligung kann im Sinne des Konzepts des „Ableism“ verstanden werden, welches die strukturelle und gesellschaftliche Abwertung sowie Diskriminierung von MmBocE beschreibt und sich in ungleichen Zugängen zu Ressourcen sowie Teilhabe und Gesundheitsversorgung manifestiert (Kumari Campbell, 2009). Die besondere Verwundbarkeit dieser Gruppe entsteht dabei nicht nur durch den gesundheitlichen Zustand selbst, sondern vor allem durch

gesellschaftliche und strukturelle Rahmenbedingungen, die zu einer ungleichen Verteilung von Chancen und Ressourcen beitragen. Obwohl Behinderung und chronische Erkrankungen unmittelbar mit körperlicher Gesundheit und medizinischer Versorgung verknüpft sind, erfahren MmBocE häufig eine verstärkte systematische Marginalisierung und Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystems (Mitra et al., 2022, S. 1379). Dieses ist vielfach an den Bedürfnissen einer nicht-behinderten Norm ausgerichtet, wodurch spezifische Bedarfe nicht ausreichend berücksichtigt werden. Barrierefreiheit und inklusive Versorgungsstrukturen werden häufig nicht von Beginn an mitgedacht, sondern lediglich als nachträgliche Ergänzungen implementiert. Dies führt dazu, dass Betroffene ihre Bedürfnisse im Kontakt mit dem Gesundheitssystem wiederholt und aus eigener Kraft aushandeln müssen (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018, S. 12).

Im Kontext der Intersektionalität wirkt eine Behinderung oder chronische Erkrankung als Verstärker bestehender Ungleichheiten. Insbesondere bei Frauen summieren sich die Wirkung des GHG, da geschlechtsspezifische Benachteiligungen mit ableistischen Strukturen zusammentreffen. Empirische Befunde bestätigen diese Zusammenhänge und zeigen, dass Frauen mit Behinderungen im Vergleich zu Frauen ohne Behinderungen verstärkt mit Problemen in der Gesundheitsversorgung konfrontiert sind. Sie leiden beispielsweise häufiger an chronischen Erkrankungen, schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand öfter als schlecht ein und nehmen aufgrund der strukturellen Barrieren seltener präventive Maßnahmen wie Brust- oder Gebärmutterhalskrebs-Screenings in Anspruch (Mitra et al., 2022, S. 1382).

Werden zusätzlich weitere intersektionale Faktoren wie Alter, sozioökonomischer Status, sexuelle Orientierung und Identität oder ethnische Zugehörigkeit wirksam, verstärken sich diese Effekte weiter und führen zu komplexen Formen von Mehrfachdiskriminierung, die sich negativ auf Zugang, Qualität und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung auswirken. Beispielsweise weisen bestimmte ethnische Gruppen höhere Behinderungsraten auf als andere, während gleichzeitig auch innerhalb der LGBTQIA+ -Community, insbesondere bei bisexuellen, transsexuellen und queeren Personen, eine erhöhte Prävalenz von Behinderungen sowie psychischen und multiplen Erkrankungen festgestellt wurde (Mitra et al., 2022, S. 1380–1381). Darüber hinaus berichten LGBTQIA+ -Personen mit Behinderungen im Vergleich zu cis-normativen Personen mit Behinderungen häufiger eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie eine schlechtere physische und psychische Gesundheit (Mitra et al., 2022, S. 1381). Diese Studienergebnisse verdeutlichen, dass

sich gesundheitliche Benachteiligungen nicht nur isoliert, sondern auch in ihrer Verteilung und Ausprägung entlang mehrerer sozialer Kategorien unterscheiden und dadurch bestehende Ungleichheiten weiter verstärken.

Es gilt anzumerken, dass sich das Konzept der Intersektionalität nicht auf die hier angeführten Kategorien beschränkt. Die Auswahl der angeführten Kategorien erfolgte im Rahmen dieser Arbeit aufgrund derer Präsenz in der wissenschaftlichen Literatur, da sie als zentrale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung gelten. Sie sind jedoch weder als vollständig noch als abschließend zu verstehen.

2.4 Public Health Governance und gesundheitspolitische Maßnahmen

2.4.1 Public Health Governance

Der GHG manifestiert sich in unterschiedlichen Bereichen und entlang verschiedener Dimensionen sozialer Ungleichheit (siehe Kapitel 2.2). Geschlechtsspezifische Benachteiligungen treten dabei häufig nicht isoliert auf, sondern überlagern sich im Sinne der Intersektionalität mit weiteren Ungleichheitsdimensionen und können sich gegenseitig verstärken (siehe Kapitel 2.3). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie gesundheitspolitische Akteur*innen und institutionelle Strukturen auf diese vielschichtigen Problemlagen reagieren und welche Möglichkeiten bestehen, geschlechtsspezifische sowie intersektionale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich gezielt zu adressieren. Diese Fragestellung wird in der Literatur insbesondere im Rahmen der Konzepte des Public Health Governance (PHG) oder Health Systems Governance (HSG) diskutiert. In Folge werden zunächst die Begriffe Public Health und Governance erläutert. Im Anschluss wird darauf eingegangen, inwiefern der GHG im Rahmen des Public Health Governance adressiert werden kann.

Der Bereich Public Health beschäftigt sich mit der Gesundheit einer Bevölkerung und geht damit über die Betrachtung individueller Gesundheit und Krankheit hinaus. Im Mittelpunkt steht nicht die Behandlung einzelner Personen, sondern die Verbesserung der Gesundheit auf gesellschaftlicher Ebene. Public Health umfasst alle Maßnahmen, die darauf abzielen, Krankheiten vorzubeugen, Gesundheit zu fördern und gesundheitsrelevante Lebensbedingungen positiv zu beeinflussen. Dazu zählen neben klassischen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch politische, soziale und strukturelle Interventionen, die auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen abzielen (RKI, 2026).

Im Zusammenhang mit Public Health spielt auch Governance eine zentrale Rolle. Unter Governance wird im Allgemeinen die Art und Weise verstanden, wie kollektive Entscheidungsprozesse gesteuert, koordiniert, zwischen verschiedenen Akteur*innen organisiert und implementiert werden (Greer et al., 2016, S. 4; Benz et al., 2007). Wenn Governance im Kontext des Gesundheitssystems betrachtet wird, wird in der Literatur von PHG oder HSG gesprochen, wobei sich die beiden Begriffe geringfügig unterscheiden. HSG beschreibt laut der WHO jene Prozesse, durch welche gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen sowie umgesetzt und überwacht werden. Dabei geht es nicht nur um staatliches Handeln, sondern um das Zusammenspiel verschiedener Akteur*innen wie öffentlichen Institutionen, Gesundheitseinrichtungen, internationalen Organisationen und zivilgesellschaftlichen Akteuren mit dem Ziel, Rahmenbedingungen zu schaffen, welche eine effektive und gerechte Gesundheitsversorgung ermöglichen (WHO, 2026; Greer et al., 2016, S. 4-5). PHG geht hingegen darüber hinaus und umfasst auch sektorübergreifende Steuerungsprozesse, welche außerhalb des engeren Gesundheitssystems liegen. Hier werden auch andere Bereiche wie das Bildungssystem oder der Arbeitsmarkt miteinbezogen, welche maßgeblich zur Beeinflussung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen (WHO, 2014; Kickbusch & Gleicher, 2012).

Gesundheit wird nicht ausschließlich durch medizinische Versorgung bestimmt, sondern auch maßgeblich durch politische und soziale Einflussfaktoren, wie strukturellen Ungleichheiten und Diskriminierung, beeinflusst (siehe Kapitel 2.2 und 2.3). Dementsprechend müssen auch gesundheitspolitische Maßnahmen diese unterschiedlichen Einflussfaktoren berücksichtigen, weswegen PHG im Kontext geschlechterspezifischer Gesundheitsungleichheiten und des GHG besonders relevant ist (WHO, 2014, S. 10; Kickbusch & Gleicher, 2012, S. 4).

2.4.2 Gesundheitspolitik und Adressierung des Gender Health Gap

Aufbauend auf dem Verständnis von PHG als sektorübergreifender Steuerung gesundheitlicher Rahmenbedingungen stellt sich im Kontext des GHG die Frage, über welche Formen gesundheitspolitischen Handelns geschlechtsspezifische Gesundheitsungleichheiten adressiert werden können. Wie in den vorhergehenden Kapiteln dargestellt, manifestiert sich der GHG nicht nur in individuellen Gesundheitserfahrungen, sondern auch in der medizinischen Forschung, der Datenlage, diagnostischen Prozessen, Behandlungsstandards, Versorgungsstrukturen sowie sozialen und strukturellen Determinanten. Gesundheitspolitische Steuerung

setzt daher nicht ausschließlich bei einzelnen Maßnahmen an, sondern bereits bei der politischen Sichtbarmachung von Problembereichen und der Festlegung von Prioritäten sowie der institutionellen Verankerung von Verantwortlichkeiten.

Gesundheitspolitische Steuerung kann in unterschiedlichen Formen erfolgen. Nationale Strategien und Aktionspläne dienen in diesem Zusammenhang als die übergeordneten Rahmenwerke, in denen politische Zielsetzungen festgelegt werden (WHO, 2025a, S. 1; Norris et al., 2025, S. 1; Babarczy et al., 2024, S. 1; Anderson et al., 2019, S. 371). Leitlinien strukturieren demgegenüber stärker die medizinische Praxis, indem sie evidenzbasierte Empfehlungen für Diagnostik und Behandlung bereitstellen (Toledo Chavarri et al., 2025; Woolf et al., 1999). Im Kontext geschlechtsspezifischer Ungleichheiten können solche Leitlinien beispielsweise dazu beitragen, Unterschiede in der Symptomatik und den Krankheitsverläufen zwischen Frauen und Männern besser zu erkennen, wodurch Therapien angepasst werden können (Kirkman et al., 2025, S. 205). Programme und konkrete Maßnahmen bilden schließlich die operative Ebene gesundheitspolitischer Steuerung, beispielsweise durch Forschungsförderprogramme oder gezielte Fonds zur Stärkung der Forschung im Bereich Frauengesundheit und GHG, während regulatorische Instrumente wie Gesetze oder verbindliche Standards den rechtlichen und institutionellen Rahmen für deren Umsetzung schaffen können (WHO, 2026).

Für die vorliegende Arbeit steht jedoch nicht die vollständige Erfassung bereits implementierter Maßnahmen im Vordergrund, sondern es wird untersucht, welche Handlungsfelder, in welchen sich der GHG manifestiert, in der internationalen Literatur behandelt werden und welche gesundheitspolitischen Ansatzpunkte und Handlungsempfehlungen als relevant beschrieben werden, um den GHG zu adressieren. Die genannten Steuerungsformen bilden daher nur den governancebezogenen Rahmen, während der analytische Fokus auf der Identifikation jener Bereiche liegt, in denen gesundheitspolitische Steuerung zur Reduktion geschlechtsspezifischer Gesundheitsungleichheiten ansetzen kann, sowie auf den damit eihergehenden Handlungsempfehlungen.

2.4.3 Handlungsfelder und -empfehlungen für Public Health Governance

Die Unterscheidung zwischen den soeben angeführten gesundheitspolitischen Steuerungsformen und den in dieser Arbeit für die Analyse relevanten Handlungsfeldern ist insbesondere deshalb relevant, da die internationale Literatur zum GHG zwar umfassend dessen Ent- und Bestehen beschreibt, jedoch nur begrenzt

systematisch evaluierte gesundheitspolitische Steuerungsformen und Maßnahmen behandelt. Beispielsweise weisen Chilet-Rosell und Hernández-Aguado (2022, S. 45) darauf hin, dass zwar eine breite Evidenz zu den Auswirkungen von Gender auf Gesundheit und Vulnerabilität besteht, jedoch bislang nicht ausreichend Evidenz zu wirksamen Interventionen generiert wurde, die diese Situation verändern oder PHG beeinflussen können. Auch Crespí-Lloréns et al. (2021) zeigen in ihrem Scoping Review zu gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Reduktion geschlechtsspezifischer Gesundheitsungleichheiten, dass in der Literatur trotz wachsender Evidenz zu Gender Health Inequalities nur wenige gesundheitspolitische Maßnahmen evaluiert wurden.

Diese Arbeit legt den Fokus daher nicht auf bereits formulierte oder evaluierte Maßnahmen im Rahmen gesundheitspolitischer Steuerung, sondern auf die systematische Identifikation von Handlungsfeldern (HF) und Handlungsempfehlungen (HE), beziehungsweise Governance-Ansatzpunkten, welche in der internationalen Literatur zur Adressierung des GHG diskutiert werden. Unter HF werden dabei jene übergeordneten Bereiche verstanden, in denen geschlechtsspezifische gesundheitliche Ungleichheiten sichtbar werden oder in denen ein Bedarf an Veränderung beschrieben wird. Als mögliche HF kommen beispielsweise Forschung, Diagnostik oder Behandlung in Betracht. HE bezeichnen demgegenüber konkretere Vorschläge, die innerhalb dieser Handlungsfelder formuliert werden, etwa die stärkere Berücksichtigung von Frauen in klinischen Studien, die Entwicklung geschlechtersensibler Leitlinien, Schulungen für Gesundheitspersonal oder strukturelle Änderungen im Rahmen gesetzlicher und institutioneller Vorgaben.

2.4.4 Interventionslogiken im Kontext des Gender Health Gap

Neben der Identifikation gesundheitspolitischer HF und HE ist für die Analyse des GHG relevant, auf welcher Ebene die jeweiligen Ansatzpunkte verortet werden. Während HF beschreiben, wo gesundheitspolitische Steuerung ansetzen kann, geben Interventionslogiken Auskunft darüber, auf welcher Ebene Veränderung angestrebt und wo Verantwortung verortet wird.

Public-Health-Ansätze verstehen Gesundheit nicht ausschließlich als Ergebnis individuellen Verhaltens, sondern als Resultat des Zusammenspiels unterschiedlicher Einfluss- und Handlungsebenen. McLeroy et al. (1988) unterscheiden beispielsweise in ihrem ökologischen Modell der Gesundheitsförderung zwischen mehreren Ebenen gesundheitsbezogener Interventionen, darunter individuelle, interpersonelle, organisationale, gemeinschaftliche und gesundheitspolitische Ebenen. Auch Solar und

Irwin (2010) betonen im Rahmen ihres Konzepts der sozialen Determinanten von Gesundheit, dass gesundheitliche Ungleichheiten durch strukturelle Rahmenbedingungen geprägt werden und daher nicht allein auf individueller Ebene bearbeitet werden können. Diese Ansätze verdeutlichen, dass Public-Health-Probleme auf unterschiedlichen Ebenen entstehen und dementsprechend auch auf unterschiedlichen Ebenen adressiert werden können und müssen.

Aufbauend auf den genannten Ansätzen der Literatur werden Interventionslogiken für die vorliegende Arbeit in drei Ebenen unterteilt: Individuelle, institutionelle und strukturelle Interventionslogik.

Individuelle Interventionslogiken beziehen sich auf Ansatzpunkte, die bei einzelnen Personen, deren Wissen, Verhalten, Wahrnehmung oder Gesundheitskompetenz ansetzen. Im Kontext des GHG können darunter etwa Informationsangebote, Awareness-Strategien oder Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, sowohl für Patient*innen wie auch Fachkräfte im Gesundheitsbereich, fallen.

Institutionelle Interventionslogiken richten sich auf Organisationen und institutionelle Prozesse innerhalb des Gesundheitssystems. Dazu zählen beispielsweise Aus- und Weiterbildung medizinischen Personals, geschlechtersensible Leitlinien, Qualitätssicherung oder veränderte diagnostische und therapeutische Standards.

Strukturelle Interventionslogiken beziehen sich schließlich auf übergeordnete gesellschaftliche, politische und systemische Rahmenbedingungen, wie etwa Forschungsförderung, verbindliche Datenerhebung, gesetzliche Vorgaben, Ressourcenverteilung oder Maßnahmen zur Reduktion sozialer Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit.

3 Methodik

3.1 Forschungsdesign

Die vorliegende Arbeit ist als literaturbasierte qualitative Übersichtsarbeit angelegt. Methodisch wurde ein Structured Literature Review (SLR) durchgeführt, um den internationalen wissenschaftlichen Forschungsstand zum GHG systematisch zu erfassen und auszuwerten. Ziel war es, wissenschaftliche Publikationen zu identifizieren, welche den GHG nicht nur beschreiben, sondern gesundheitspolitische Handlungsfelder, Public-Health-Implikationen oder Handlungsempfehlungen zu dessen Adressierung thematisieren. Das Forschungsdesign verbindet somit eine systematische Literatursuche, welche regelgeleitet und nachvollziehbar ist, mit einer qualitativen Analyse und Auswertung der eingeschlossenen Publikationen.

3.2 Structured Literature Review

3.2.1 Zielsetzung und Rolle des Structured Literature Reviews

Ein SLR bezeichnet ein methodisch geplantes und nachvollziehbares Verfahren zur Auswahl sowie Analyse von wissenschaftlicher Literatur. Im Unterschied zu einer rein narrativen Literaturübersicht erfolgt die Auswahl der Literatur nicht unsystematisch oder ausschließlich auf Basis subjektiver Schwerpunktsetzungen, sondern entlang vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien und dokumentierter Screening-Schritte (Screening = Sichtung und Prüfung von Literatur), wodurch die Literaturrecherche möglichst transparent und reproduzierbar gestaltet werden kann (Tranfield et al., 2003, S. 207; Snyder, 2019, S. 333). Tranfield et al. (2003) betonen in diesem Zusammenhang, dass narrative Reviews häufig aufgrund mangelnder Systematik nicht nachvollziehbar sind, während ein SLR Forschungsergebnisse in einer transparenten und reproduzierbaren Weise zusammenzuführt.

Die Auswahl eines SLR für diese Arbeit ist sinnvoll, da der Forschungsgegenstand des GHG sehr vielschichtig und interdisziplinär angelegt ist und Schnittstellen zwischen Public Health, Medizin, Geschlechterforschung, Governance und Gesundheitspolitik umfasst, was eine strukturierte und transparente Vorgehensweise bei der Literaturrecherche und -auswertung voraussetzt. Ziel dieses SLR ist es daher nicht, die gesamte Literatur zum GHG vollständig abzubilden, sondern jene wissenschaftlichen Publikationen systematisch zu erfassen und auszuwerten, welche sowohl den GHG thematisieren wie auch gesundheitspolitische HE zur Adressierung des GHG behandeln. Dadurch soll im bestehenden Forschungsstand herausgearbeitet

werden, welche gesundheitspolitischen Ansatzpunkte zur Verringerung des GHG in der internationalen Literatur diskutiert werden.

Die Analyse der final eingeschlossenen Publikationen erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden jene HF herausgearbeitet, welche in der Literatur im Zusammenhang mit dem GHG behandelt werden. Innerhalb dieser Bereiche wurden anschließend die beschriebenen Problemlagen, die ihnen zugrunde liegenden Erklärungslogiken sowie die für PHG relevanten HE identifiziert. Die Problemfelder (PF), HF, Erklärungslogiken (EL) und HE wurden nicht vollständig vorab festgelegt, sondern im Verlauf der Analyse aus dem Material heraus entwickelt, verdichtet und systematisiert. In einem weiteren Schritt wurden die identifizierten HE entlang der in Kapitel 2.4.4 eingeführten Interventionslogiken eingeordnet. Dabei wurde geprüft, ob die jeweiligen Empfehlungen vorrangig auf individueller, institutioneller oder struktureller Ebene ansetzen.

Ergänzend wurde analysiert, wie die Begriffe „sex“ und „gender“ in den eingeschlossenen Publikationen verwendet, voneinander abgegrenzt und in der Methodik oder in der Auswertung operationalisiert werden. Darüber hinaus wurde erfasst, ob und in welcher Form intersektionale Perspektiven sowie weitere soziale Ungleichheitsdimensionen berücksichtigt werden.

3.2.2 Suchstrategie und Datenbanken

Die Literaturrecherche erfolgte in mehreren wissenschaftlichen Datenbanken. Da der GHG an der Schnittstelle von Public Health, Medizin, Geschlechterforschung und Governance verortet ist, wurden sowohl medizinische und Public Health-bezogene als auch sozialwissenschaftlich und interdisziplinär ausgerichtete Datenbanken berücksichtigt. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken „ScienceDirect“, „PubMed“, „Scopus“ und „Web of Science“ (WoS), da diese Datenbanken eine breite Abdeckung wissenschaftlicher Fachliteratur ermöglichen und für systematische Literaturrecherchen besonders geeignet sind.

Die Suchbegriffe wurden iterativ entwickelt. In einem ersten Schritt erfolgte eine explorative Vorrecherche, um zentrale Begriffe und Synonyme zu diesen im Themenfeld zu identifizieren. Darauf aufbauend wurden die Suchbegriffe in drei Suchblöcke gegliedert. Der erste Suchblock umfasst Begriffe zum GHG und zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsungleichheiten, während der zweite Suchblock auf Public Health und Gesundheitssysteme und der dritte Suchblock auf Begriffe aus

dem Bereich Governance, Policy, Interventionen, Strategien und Empfehlungen Bezug nimmt. Die verwendeten Suchblöcke und Suchbegriffe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Suchblöcke und Keywords

Suchblock	Inhaltlicher Fokus	Verwendete Suchbegriffe
Block 1	GHG und geschlechterspezifische Gesundheitsungleichheiten	"gender health gap" OR "gender health inequality" OR "gender health inequalities" OR "gender health inequity" OR "gender health inequities" OR "gender bias in health" OR "gender bias in healthcare" OR "gender bias in health care" OR "gender inequality in health" OR "gender inequalities in health" OR "sex and gender disparity" OR "sex and gender disparities" OR "sex and gender difference in health" OR "sex and gender differences in health" OR "gender disparity in healthcare" OR "gender disparities in healthcare" OR "gender disparity in health care" OR "gender disparities in health care" OR "gender-based health disparity" OR "gender-based health disparities" OR "gender health bias"
Block 2	Public Health, Gesundheitssystem	"public health" OR „healthcare“ OR "health care" OR "health system" OR "health systems" OR "clinical practice" OR "clinical practices"
Block 3	Governance, Gesundheitspolitik, Maßnahmen, Interventionen	„Governance“ OR "health policy" OR "health policies" OR policy OR "policies" OR "policy implication" OR "policy implications" OR "measure" OR "measures" OR "intervention" OR "interventions" OR "strategy" OR "strategies" OR "recommendation" OR "recommendations" OR "implementation" OR "implementations" OR "guideline" OR "guidelines" OR "framework" OR "frameworks" OR "action plan" OR "action plans" OR "program" OR "programs" OR "programme" OR "programmes" OR "legislation"

Quelle: Eigene Darstellung

Die Begriffe innerhalb eines Suchblocks wurden jeweils mit dem booleschen Operator „OR“ verbunden, um unterschiedliche Begriffsvarianten und Synonyme zu erfassen. Die drei Suchblöcke wurden anschließend untereinander mit „AND“ kombiniert, sodass nur Publikationen identifiziert werden, die sowohl einen Bezug zum GHG und geschlechtsspezifischen Gesundheitsungleichheiten als auch zu Public Health und/oder gesundheitspolitischen Governance-Ansatzpunkten aufweisen. Anführungszeichen wurden verwendet, um nach exakten Wortgruppen, beispielsweise „gender health gap“ oder „health policy“, zu suchen. Klammern wurden verwendet, um die Suchlogik zu strukturieren und zusammengehörige Suchbegriffe innerhalb eines Suchblocks zu gruppieren. Dadurch konnte festgelegt werden, dass zunächst die mit „OR“ verbundenen Synonyme innerhalb eines Blocks berücksichtigt und anschließend die

einzelnen Suchblöcke mit „AND“ miteinander kombiniert werden (Bramer et al., 2018; Van Wee & Banister, 2016; Jalali and Wohlin, 2012; Ridley, 2012). Die verwendeten Suchstrings werden in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Verwendete Suchstrings

Nummerierung	Suchstring	Beschreibung
S1	("gender health gap" OR "gender health inequalit*" OR "gender health inequit*" OR "gender bias in health" OR "gender bias in healthcare" OR "gender inequality* in health" OR "sex and gender disparities" OR "Sex and gender differences in health" OR "gender disparities in healthcare" OR "gender-based health disparities") AND ("governance" OR "health polic*" OR "polic*" OR "policy implication*" OR "measure*" OR "intervention*" OR "strateg*" OR "recommendation*" OR "implementation*" OR "public health" OR "healthcare" OR "health care" OR "health system*" OR "clinical practice" OR "guideline*" OR "framework*" OR "actionplan*" OR "program*" OR "programme*" OR "legislation")	Hauptsuchstring für Scopus und WoS
S2	("gender health gap"[tiab] OR "gender health inequalit*"[tiab] OR "gender health inequit*"[tiab] OR "gender bias in health"[tiab] OR "gender bias in healthcare"[tiab] OR "gender inequality* in health"[tiab] OR "sex and gender disparities"[tiab] OR "sex and gender differences in health"[tiab] OR "gender disparities in healthcare"[tiab] OR "gender-based health disparities"[tiab] OR "gender health bias"[tiab]) AND (governance[tiab] OR "health polic*"[tiab] OR polic*[tiab] OR "policy implication*"[tiab] OR measure*[tiab] OR intervention*[tiab] OR strateg*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR implementation*[tiab] OR "public health"[tiab] OR healthcare[tiab] OR "health care"[tiab] OR "health system*"[tiab] OR "clinical practice"[tiab] OR guideline*[tiab] OR framework*[tiab] OR "action plan*"[tiab] OR program*[tiab] OR programme*[tiab] OR legislation[tiab])	Hauptsuchstring angepasst an Pubmed-Syntax
S3	("gender health gap" OR "gender health inequality" OR "gender health inequalities" OR "gender health inequity" OR "gender health inequities") AND ("health policy" OR "health policies" OR policy OR policies)	Suchstring 1 angepasst an ScienceDirect -Syntax
S4	("gender health gap" OR "gender health inequality" OR "gender health inequalities" OR "gender health inequity" OR "gender health inequities") AND (intervention OR interventions OR strategy OR strategies)	Suchstring 2 angepasst an ScienceDirect -Syntax
S5	("gender bias in health" OR "gender bias in healthcare" OR "gender bias in health care") AND ("health policy" OR policy OR policies OR governance)	Suchstring 3 angepasst an ScienceDirect -Syntax

S6	("gender bias in health" OR "gender bias in healthcare" OR "gender bias in health care") AND (intervention OR interventions OR recommendation OR recommendations)	Suchstring 4 angepasst an ScienceDirect -Syntax
S7	("gender inequality in health" OR "gender inequalities in health" OR "gender health inequality" OR "gender health inequalities") AND (guideline OR guidelines OR framework OR frameworks)	Suchstring 5 angepasst an ScienceDirect -Syntax
S8	("sex and gender disparity" OR "sex and gender disparities" OR "sex and gender difference in health" OR "sex and gender differences in health") AND ("health policy" OR policy OR intervention OR interventions)	Suchstring 6 angepasst an ScienceDirect -Syntax
S9	("gender disparity in healthcare" OR "gender disparities in healthcare" OR "gender disparity in health care" OR "gender disparities in health care") AND ("health policy" OR policy OR guideline OR guidelines)	Suchstring 7 angepasst an ScienceDirect -Syntax
S10	("gender-based health disparity" OR "gender-based health disparities") AND ("health policy" OR policy OR strategy OR strategies)	Suchstring 8 angepasst an ScienceDirect -Syntax
S11	("gender health gap" OR "gender health inequalities" OR "gender bias in healthcare") AND ("action plan" OR "action plans" OR program OR programs)	Suchstring 9 angepasst an ScienceDirect-Syntax
S12	("gender health gap" OR "gender health inequalities" OR "gender bias in healthcare") AND (programme OR programmes OR legislation OR governance)	Suchstring 10 angepasst an ScienceDirect -Syntax

Quelle: Eigene Darstellung

Die Suchstrings wurden an die jeweiligen technischen Anforderungen der einzelnen Datenbanken angepasst, da sich die Suchoberflächen und Suchlogiken zwischen diesen unterscheiden können. S1 bildet den allgemeinen Hauptsuchstring und wurde für Scopus und WoS datenbankspezifisch über die jeweiligen Suchfelder angewandt. S2 stellt die an PubMed angepasste Variante dar, in welcher die Keywords mit der Zusatzanmerkung [tiab] auf Titel- und Abstract-Suche beschränkt wurden. Bei Scopus und WoS wurde die Beschränkung auf Titel- und Abstract-Suche durch das datenbankspezifische Interface festgelegt. Da ScienceDirect in der verwendeten Suchoberfläche nur eine begrenzte Anzahl boolescher Verknüpfungen zuließ und die Verwendung des Asterisk-Zeichens (*) nicht möglich war, wurde der Hauptsuchstring für diese Datenbank in mehrere thematisch äquivalente Teilsuchen aufgeteilt (S3 bis S12). Dadurch konnten die zentralen Konzepte des Haupt-Suchstrings trotz technischer Einschränkungen möglichst vollständig abgebildet werden. Zusätzlich wurden in allen Datenbanken Filter hinsichtlich des Publikationszeitraums, der Sprache und des Publikationstyps angewendet (siehe Kapitel 3.2.3). Alle verwendeten Datenbanken, Suchstrings, Filter, Suchzeitpunkte und Trefferzahlen wurden

dokumentiert, um die Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit der Recherche sicherzustellen.

Bei der Verwendung der Suchstrings wurde die datenbankspezifische Suchsyntax berücksichtigt. In Scopus, WoS und PubMed wurde das Asterisk-Zeichen (*) als Trunkierungs- bzw. Wildcard-Zeichen verwendet. Durch die Trunkierung können unterschiedliche Wortendungen und grammatische Varianten eines Begriffs in einer Suche erfasst werden. So schließt beispielsweise der Suchbegriff „strateg*“ sowohl „strategy“ als auch „strategies“ und „strategic“ ein. Der Einsatz solcher Wortstämme ist insbesondere bei systematischen Literaturrecherchen sinnvoll, da relevante Publikationen nicht aufgrund geringfügiger sprachlicher Varianten ausgeschlossen werden. Sowohl für WoS wie auch PubMed wird die Funktion des Asterisk-Zeichens als Wildcard in den Search Rules beschrieben (WoS, 2025; NLM, 2024). Für Scopus wurde die Trunkierung ebenfalls im Rahmen der datenbankspezifischen Suchsyntax verwendet, um unterschiedliche Wortendungen innerhalb der Keywordsuche abzudecken. Auch datenbankspezifische Suchhilfen zu Scopus beschreiben das Asterisk-Zeichen als Symbol für unbegrenzte Rechtstrunkierung zur Erfassung alternativer Wortendungen (Maclean, 2025).

Für PubMed wurde nach den Keywords zusätzlich die Anmerkung „[tiab]“ eingesetzt. Diese Ergänzung beschränkt die Suche dieser Begriffe auf Titel, Abstract, weitere Abstract-Felder sowie Autor*innen-Keyworts (NLM, 2026). Die Verwendung von [tiab] ist im vorliegenden Suchprozess sinnvoll, da damit jene Publikationen identifiziert werden, in denen die relevanten Begriffe tatsächlich in zentralen bibliografischen Textfeldern vorkommen, anstatt lediglich unspezifisch in anderen Metadaten erfasst zu werden. Dadurch wird die Treffermenge stärker auf thematisch relevante Publikationen eingegrenzt und zugleich die Vergleichbarkeit mit den Titel-/Abstract-/Keyword-Suchen in Scopus, WoS und ScienceDirect erhöht.

Für ScienceDirect musste die Suchstrategie stärker angepasst werden, da in der verwendeten Suchoberfläche maximal acht boolesche Operatoren pro Suchfeld eingesetzt werden konnten und das Asterisk-Zeichen (*) nicht akzeptiert wurde. Eine solche Begrenzung der booleschen Operatoren wird auch in ScienceDirect-Schulungsmaterialien beschrieben, wonach nur bis zu acht boolesche Operatoren kombiniert werden können. Die fehlende bzw. eingeschränkte Nutzbarkeit von Wildcards in ScienceDirect wird zudem in der Literatur zu Einschränkungen akademischer Suchmaschinen thematisiert (Zheng & Rainer, 2022, S. 3). Aus diesem Grund wurde der allgemeine Hauptsuchstring für ScienceDirect nicht als ein einzelner

langer Suchstring umgesetzt, sondern in mehrere kürzere, inhaltlich äquivalente Teilsuchen aufgeteilt. Dabei wurden die zuvor mit * abgekürzten Begriffe ausgeschrieben, beispielsweise inequality/inequalities, inequity/inequities, intervention/interventions oder guideline/guidelines. Die einzelnen ScienceDirect-Suchstrings sind in Tabelle 2 als S3 bis S12 dargestellt.

Die Suchergebnisse wurden je nach Exportmöglichkeiten der jeweiligen Datenbank als CSV- oder RIS-Dateien heruntergeladen und gespeichert, wodurch die Nachvollziehbarkeit der Recherche gewährleistet und eine spätere Kontrolle der ursprünglichen Trefferlisten ermöglicht wurde.

Im nächsten Schritt wurden die exportierten Dateien in das Programm „Rayyan“ importiert. Rayyan ist ein webbasiertes Tool zur Unterstützung von Literaturreviews und SLR. Es ermöglicht den Import von Referenzen, wie den exportierten CSV- und RIS-Dateien aus externen Datenbanken, die Identifikation und Bearbeitung von Duplikaten sowie das anschließende Screening (siehe Kapitel 3.2.4) (Rayyan, 2026a). Die Nutzung von Rayyan ist für diesen Arbeitsschritt besonders geeignet, da die Treffer aus unterschiedlichen Datenbanken in einem gemeinsamen Review-Projekt zusammengeführt werden können. Die genaue Durchführung des Screening-Prozesses wird in Kapitel 3.2.4 beschrieben.

3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur systematischen Eingrenzung der Literatur wurden vor Beginn des Screenings Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Diese führen dazu, dass die Suche und Auswahl relevanter Publikationen strukturiert ist, was Nachvollziehbarkeit und Transparenz gewährleistet (Snyder, 2019; Wolfswinkel, 2013). Eingeschlossen wurden nur jene Publikationen, die einen klaren Bezug zum GHG und zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsungleichheiten aufweisen und zugleich gesundheitspolitische Handlungsbedarfe, Empfehlungen, Governance-Bezüge oder Ansatzpunkte zur Adressierung des GHG thematisieren. Dadurch soll sichergestellt werden, dass nicht nur allgemein beschreibende Literatur zum GHG berücksichtigt wird, sondern insbesondere jene Publikationen, die für die Analyse HF und HE relevant sind.

Die definierten Ein- und Ausschlusskriterien beziehen sich auf den thematischen Bezug, den Gesundheitsbezug, den Governance- und Handlungsbezug, die wissenschaftliche Qualität beziehungsweise den Publikationstyp, den Untersuchungszeitraum sowie die Sprache der Publikationen. Eine Übersicht der Kriterien ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für das SLR

Kriterien	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Thematischer Bezug	Publikationen mit explizitem Bezug zum GHG, zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsungleichheiten oder zu sex-/genderbezogenen Disparitäten in Gesundheit und Gesundheitsversorgung.	Publikationen ohne erkennbaren Bezug zum GHG, zu Geschlecht/Gender/Sex oder zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsungleichheiten.
Gesundheitsbezug	Publikationen mit Bezug zum Gender Gap im Kontext von Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Public Health oder Gesundheitsforschung.	Publikationen zum Gender Gap in anderen Bereichen ohne Gesundheitsbezug.
Bezug zu Frauengesundheit	Publikationen zu Frauengesundheit, wenn diese einen Ungleichheits-, Bias-, Gap-, Versorgungs-, Forschungs-, Diagnostik-, Behandlungs- oder Governance-Bezug aufweisen.	Publikationen mit ausschließlichem Fokus auf Männergesundheit oder rein klinisch-medizinische Publikationen zu Frauengesundheit werden ausgeschlossen, sofern sie keinen Bezug zum GHG, zu geschlechtsspezifischen Versorgungsungleichheiten, Gender Bias, Public Health, Governance oder gesundheitspolitischen Ansatzpunkten aufweisen.
Governance- und Handlungsbezug	Publikationen, welche Handlungsfelder, Handlungsbedarfe, Empfehlungen, Governance-Bezüge, Public-Health-Implicationen, Interventionen oder gesundheitspolitische Ansatzpunkte zur Adressierung des GHG thematisieren.	Publikationen, die geschlechtsspezifische Unterschiede lediglich beschreiben, ohne Empfehlungen, Handlungsbedarfe, Governance-Bezüge, Public-Health-Implicationen oder Ansatzpunkte zur Adressierung abzuleiten.
Wissenschaftliche Qualität und Publikationstyp	Wissenschaftliche Publikationen wie peer-reviewed Articles, Review-Articles, klinische Studien und wissenschaftliche Bücher & Buchkapitel.	Nicht-wissenschaftliche Publikationen wie Presseartikel, Blogbeiträge, Meinungsbeiträge ohne wissenschaftliche Grundlage sowie sonstige nicht nachvollziehbare Quellen.
Zeitraum	Publikationen, welche zwischen 2015 bis 2026 veröffentlicht wurden.	Publikationen, welche außerhalb des definierten Untersuchungszeitraums veröffentlicht wurden.
Sprache	Publikationen, welche in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurden.	Publikationen, welche in anderen Sprachen als Deutsch oder Englisch verfasst wurden.

Quelle: Eigene Darstellung

Der thematische Bezug stellt das zentrale Einschlusskriterium dar. Berücksichtigt wurden Publikationen, die sich explizit mit dem GHG, geschlechtsspezifischen Gesundheitsungleichheiten oder sex-/genderbezogenen Disparitäten in Gesundheit

und Gesundheitsversorgung auseinandersetzen. Publikationen ohne diesen erkennbaren Bezug wurden ausgeschlossen.

Darüber hinaus müssen die Publikationen einen klaren Gesundheitsbezug aufweisen. Eingeschlossen wurden daher Publikationen, welche den GHG im Kontext von Gesundheit, Gesundheitsversorgung, medizinischer Forschung, Public Health oder Gesundheitssystemen behandeln. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Publikationen zur Frauengesundheit, sofern diese nicht ausschließlich medizinisch oder klinisch ausgerichtet sind, sondern einen Bezug zu Ungleichheit, Gender Bias, Versorgungslücken, Forschungsdefiziten, Diagnostik, Behandlung oder Governance aufweisen. Rein klinisch medizinische Publikationen zur Frauengesundheit wurden hingegen ausgeschlossen. Publikationen, die sich zwar mit einem Gender Gap beschäftigen, diesen jedoch in anderen Bereichen wie Arbeitsmarkt, Bildung oder politischer Repräsentation untersuchen und keinen Gesundheitsbezug aufweisen, wurden nicht berücksichtigt. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Publikationen mit ausschließlichem Fokus auf Männergesundheit, sofern kein Bezug zum GHG oder zu geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Ungleichheiten besteht.

Ein weiteres zentrales Kriterium ist der Governance- und Handlungsbezug. Da der Fokus des SLR auf gesundheitspolitischen HF und HE zur Adressierung des GHG liegt, wurden nur Publikationen eingeschlossen, welche Handlungsbedarfe, Empfehlungen, Public-Health-Implikationen, Interventionen oder gesundheitspolitische Ansatzpunkte thematisieren. Literatur, welche geschlechtsspezifische Unterschiede, auch im Gesundheitskontext, lediglich beschreiben, ohne daraus Handlungsbedarfe oder Implikationen für Public Health, Governance oder Gesundheitspolitik abzuleiten, wurden ausgeschlossen.

Hinsichtlich der wissenschaftlichen Qualität wurden wissenschaftliche Publikationen wie peer-reviewed Articles, Review-Articles sowie wissenschaftliche Bücher und Buchkapitel berücksichtigt. Nicht-wissenschaftliche Publikationen wie Presseartikel, Blogbeiträge, Meinungsbeiträge oder sonstige nicht nachvollziehbare Quellen wurden ausgeschlossen.

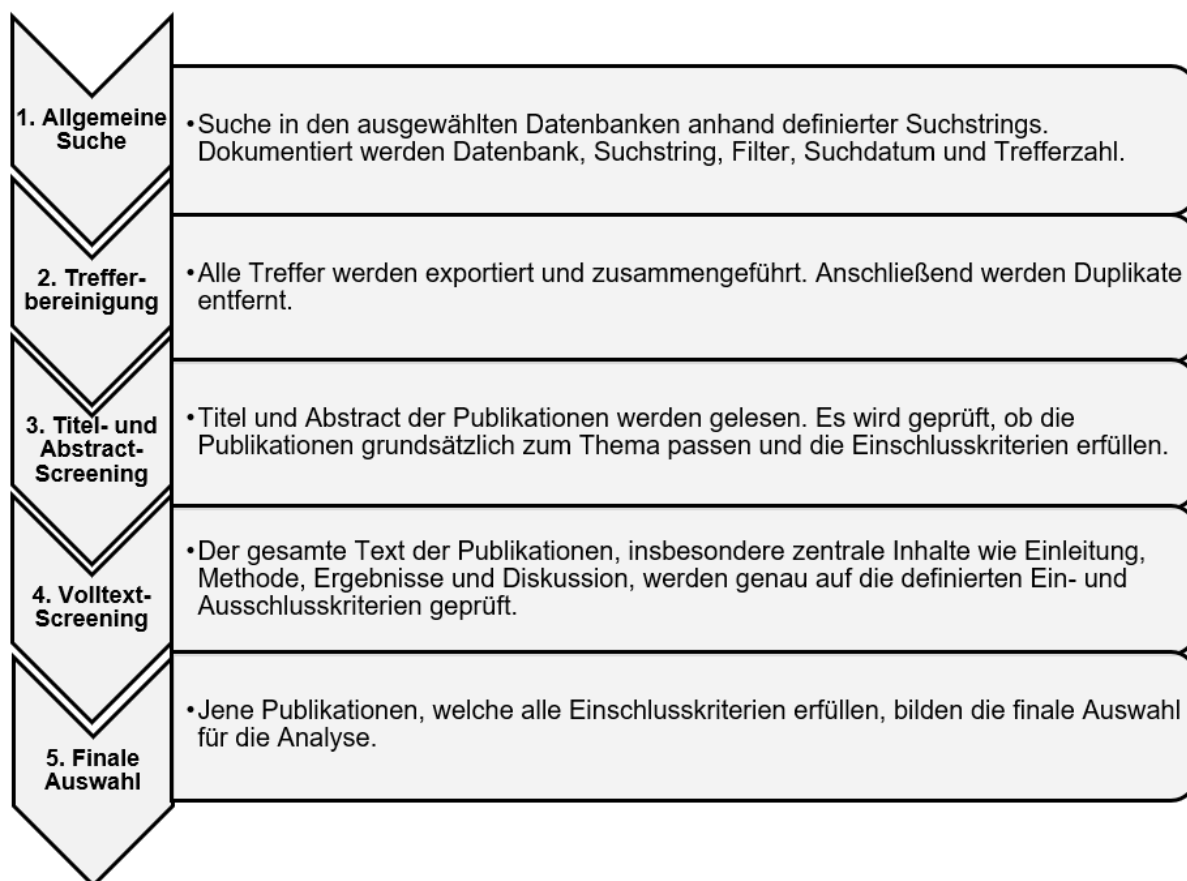
Der Untersuchungszeitraum wurde auf Publikationen aus den Jahren 2015 bis 2026 begrenzt. Diese Eingrenzung erfolgt, um den aktuellen wissenschaftlichen Diskurs zum GHG und dessen gesundheitspolitischer Adressierung abzubilden. Publikationen außerhalb dieses Zeitraums wurden ausgeschlossen. Sprachlich wurden nur deutsch- und englischsprachige Publikationen berücksichtigt. Die Einbeziehung

englischsprachiger Literatur ist aufgrund der internationalen Ausrichtung des Forschungsfeldes zentral. Deutschsprachige Publikationen werden zusätzlich berücksichtigt, da sie aufgrund des sprachlichen und geografischen Kontexts der Autorin relevant sind. Da ein Großteil der internationalen wissenschaftlichen Literatur im Bereich GHG, Public Health und Gesundheitspolitik auf Englisch publiziert wird, ist nicht davon auszugehen, dass durch diese sprachliche Eingrenzung zentrale Erkenntnisse des Forschungsfeldes unberücksichtigt bleiben. Hinsichtlich des geografischen Bezugs wurde keine Einschränkung vorgenommen, sodass relevante Publikationen aus unterschiedlichen Ländern und Gesundheitssystemen innerhalb der definierten Forschungsgrenzen berücksichtigt werden können.

3.2.4 Der Screening-Prozess

Die soeben angeführten Ein- und Ausschlusskriterien wurden im Screening-Prozess angewendet. Screening bedeutet dabei, dass die identifizierten Publikationen systematisch daraufhin geprüft werden, ob sie für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet sind. Xiao und Watson (2019) beschreiben in diesem Zusammenhang ein zweistufiges Vorgehen, bei dem zunächst eine grobe Prüfung auf Basis von Abstracts erfolgt und anschließend eine vertiefende Prüfung der Volltexte vorgenommen wird. Im Titel- und Abstract-Screening erfolgte daher zunächst eine grobe Prüfung der thematischen Passung. Im anschließenden Volltext-Screening wurden die Ein- und Ausschlusskriterien vollständig geprüft und endgültige Entscheidungen über den Einschluss oder Ausschluss einzelner Publikationen getroffen (Xiao & Watson, 2019; Boland et al., 2017). Die genaue Screening-Prozess ist Abbildung 1 zu entnehmen.

Abbildung 1: Screening-Prozess im Rahmen des SLR



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 1 stellt den Screening-Prozess dieses SLR in fünf Schritten dar. Im ersten Schritt erfolgte die allgemeine Suche in den ausgewählten Datenbanken anhand der definierten Suchstrings (Tabelle 2). Dabei wurden für die Nachvollziehbarkeit die in den Datenbanken verwendeten Suchstring, gesetzten Filter, das Suchdatum sowie die jeweilige Trefferzahl dokumentiert.

Im zweiten Schritt erfolgte die Trefferbereinigung. Die Treffer aus den verschiedenen Datenbanken wurden je nach verfügbarer Exportfunktion als CSV- oder RIS-Dateien heruntergeladen und anschließend in Rayyan zusammengeführt. Nach dem Import aller Datenbankexporte wurde die Funktion zur Duplikaterkennung durchgeführt. Die identifizierten möglichen Duplikate wurden im Bereich „Possible Duplicates“ als „Unresolved“ angezeigt und anschließend geprüft. Für die Entscheidung, ob es sich tatsächlich um ein Duplikat handelt, wurden insbesondere Titel, DOI, Autor*innen, Erscheinungsjahr und Abstract herangezogen und diese von der Autorin dieser Arbeit manuell geprüft. Dieser Schritt ist notwendig, da dieselbe Publikation häufig in mehreren Datenbanken gelistet ist und daher mehrfach in der Trefferliste erscheinen kann. Die Anzahl der entfernten Duplikate sowie die verbleibende Anzahl an

Publikationen wurden dokumentiert und im nachfolgenden Ergebnisteil aufgenommen. Nach der Bereinigung verblieb somit jene Publikationsmenge, die in das inhaltliche Titel- und Abstract-Screening überführt wurde.

Im dritten Schritt erfolgt das Titel- und Abstract-Screening. Dabei wurden die Titel und Abstracts der nach der Duplikatbereinigung verbleibenden Publikationen gelesen und anhand der definierten Ein- und Ausschlusskriterien bewertet. Im Mittelpunkt stand hierbei die Frage, ob die Publikation grundsätzlich einen Bezug zum GHG beziehungsweise geschlechtsspezifischen Gesundheitsungleichheiten sowie zu Public Health, Governance, gesundheitspolitischen Empfehlungen, Interventionen, Strategien oder Handlungsbedarfen aufweist. Die Bewertung erfolgte in Rayyan anhand der Kategorien „include“, „exclude“ und „maybe“. Publikationen wurden mit „include“ markiert, wenn bereits anhand von Titel und Abstract der soeben angeführte Themenbezug erkennbar war. Mit „exclude“ wurden jene Publikationen versehen, bei denen dieser Bezug nicht erkennbar war oder die eindeutig außerhalb des thematischen Fokus der Arbeit lagen. Die Kategorie „maybe“ wurde für Fälle verwendet, bei denen auf Basis von Titel und Abstract keine eindeutige Entscheidung möglich war, die Publikation aber potenziell relevant erschien. Bei zunächst unklarer Entscheidung wurde die Publikation nicht vorschnell ausgeschlossen, sondern in die Volltextprüfung übernommen. Dieses Vorgehen entspricht der Empfehlung, im ersten inhaltlichen Screening eher inklusiv vorzugehen und Zweifelsfälle zunächst beizubehalten (Xiao & Watson, 2019).

Im vierten Schritt erfolgte das Volltext-Screening. Hier wurden die verbliebenen Publikationen vollständig beziehungsweise anhand zentraler Abschnitte wie Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion geprüft. In dieser Phase wurden die Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 3) vollständig angewendet. In dieser Phase wurde verstärkt darauf geachtet, dass ausschließlich jene Publikationen gewählt werden, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage einen klaren inhaltlichen Beitrag leisten. Entscheidend ist insbesondere, ob die Publikation gesundheitspolitische Handlungsbedarfe, Empfehlungen, Governance-Bezüge oder Ansatzpunkte zur Adressierung des GHG behandeln. Ausgeschlossen wurden Publikationen, wenn sie keine solchen expliziten oder zumindest ableitbaren Empfehlungen enthalten. Ebenso wurden Beiträge nicht berücksichtigt, wenn ihre empirische Aussagekraft aufgrund sehr kleiner Fallzahlen, methodischer Einschränkungen oder eines zu engen Untersuchungsdesigns begrenzt ist. Publikationen mit deutlichen inhaltlichen Überschneidungen zu anderen umfassenderen oder passenderen Publikationen

wurden ebenfalls ausgeschlossen, um Redundanzen im finalen Sample zu vermeiden. Darüber hinaus wurden Publikationen ausgeschlossen, wenn sie primär klinisch-medizinische Fragestellungen behandeln und keinen ausreichenden Bezug zu geschlechtsspezifischen Ungleichheiten, Versorgungslücken oder dem GHG herstellen. Auch sehr spezifische Randthemen sowie stark länder-, situations- oder kontextspezifische Publikationen wurde nur dann berücksichtigt, wenn ihre Ergebnisse für die Beantwortung der Forschungsfrage ausreichend Aussagekraft aufweisen. Die jeweiligen Ausschlussgründe wurden systematisch dokumentiert.

Im fünften Schritt erfolgte die finale Auswahl. Jene Publikationen, die alle Einschlusskriterien erfüllen und keine Ausschlusskriterien aufweisen, bildeten die finale Auswahl des SLR und stellten die Grundlage für die inhaltliche Auswertung dar. Hierfür wurden tabellarische Auswertungsmatrizen erstellt, in denen die Publikationen entlang der für die Forschungsfrage relevanten Kategorien geordnet wurden, insbesondere nach behandelten Bereichen in welchen der GHG auftritt, Handlungsempfehlungen und Ansatzpunkten, Interventionslogiken und intersektionalen Dimensionen. In diesem Sinne erfolgte eine strukturierte Darstellung der Literatur, wie es Webster und Watson (2002) für Literaturreviews empfehlen.

Die Dokumentation des Auswahlprozesses orientiert sich ergänzend an PRISMA (Page et al., 2021). PRISMA stellt einen etablierten Reporting-Standard für SLR dar und dient dazu, die Identifikation und Auswahl sowie den Einschluss von Publikationen transparent darzustellen. Daran angelehnt werden im Ergebnisteil dieser Arbeit die aus- und eingeschlossenen Publikationen sowie die jeweiligen Ausschlussgründe der einzelnen Phasen des Screening Prozesses dargestellt. Die vorliegende Abbildung 1 stellt hierfür den methodischen Ablauf des Screenings dar. Die konkrete zahlenmäßige Darstellung des Auswahlprozesses erfolgte nach Abschluss der Recherche im Ergebnisteil (Kapitel 4).

3.2.5 Analyse der finalen Publikationen

Nach der Durchführung des Screening-Prozesses erfolgte die analytische Auswertung der identifizierten Literatur. Um die Forschungsfrage umfassend beantworten zu können, wurden die Publikationen dafür entlang mehrerer analytischer Dimensionen ausgewertet. Neben den identifizierten HF und HE wurden auch die zugrunde liegenden PF und EL des GHG, die begriffliche Verwendung von „sex“ und „gender“, intersektionale Perspektiven sowie die Ebene der jeweiligen Interventionslogik berücksichtigt. Dadurch sollte nicht nur erfasst werden, welche Empfehlungen in der

Literatur formuliert werden, sondern auch, wie diese in diesem Kontext gerahmt werden.

Zunächst erfolgte eine strukturierte Datenaufbereitung der eingeschlossenen Publikationen. Hierfür wurde ein Überblick zentraler Informationen zu jeder Publikation, wie Autor*innen, Erscheinungsjahr, Titel, Publikationstyp, methodisches Vorgehen, geografischer Kontext sowie thematischer Fokus, erstellt. Diese Aufbereitung ermöglichte eine systematische Vergleichbarkeit der Publikationen und bildete die Grundlage für die anschließende inhaltliche Analyse.

Diese Analyse erfolgte in Anlehnung an das Konzept der „Grounded Theory“, welche ursprünglich von Glaser und Strauss im Jahr 1967 entwickelt wurde und darauf abzielt, theoretische Konzepte aus dem analysierten Material heraus zu entwickeln, anstatt sie vollständig vorab festzulegen (Glaser & Strauss, 2017). Für Literaturreviews, wie dem SLR dieser Arbeit, wurde die Grounded Theory unter anderem von Wolfswinkel et al. (2013) aufgegriffen und wurde als Methode zur systematischen und theorieentwickelnden Analyse wissenschaftlicher Literatur beschrieben. Für diese Arbeit bedeutet dies, dass die zentralen Analyseelemente (HF, PF, EL, HE) nicht abschließend vorab festgelegt, sondern aus den identifizierten Publikationen heraus entwickelt wurden.

In einem ersten Schritt wurden Kategorien gebildet, indem HF, PF, EL und HE zur Adressierung des GHG in den Publikationen identifiziert wurden. In einem zweiten Schritt wurden ähnliche Kategorien zusammengeführt und zu übergeordneten Kategorien verdichtet. So konnten beispielsweise einzelne diagnosebezogene Kategorien im Rahmen der HF, wie geschlechtersensible Diagnostik, diagnostischen Verzögerungen oder geschlechtsspezifischen Leitlinien, zu einem übergeordneten HF „Diagnostik“ zusammengeführt werden.

Die HF bezeichnen übergeordnete Bereiche, in denen der GHG thematisiert und adressiert wird. Die PF erfassen die innerhalb der HF beschriebenen Defizite und Ungleichheiten. Die EL bilden ab, wie die Publikationen die Entstehung des GHG und der jeweiligen PF erklären. Die HE umfassen die in den Publikationen vorgeschlagenen Maßnahmen zur Bearbeitung der PF und zur Verringerung des GHG.

Ein weiterer Analyseschritt beschäftigt sich mit der Handhabung von „sex“ und „gender“ in der Literatur. Hierfür wurde analysiert, wie diese Begriffe in den Publikationen konzeptionalisiert sind, wie sie verwendet werden und ob und inwiefern

sie operationalisiert, also in der Methodik oder Auswertung integriert, wurden. Diese Auswertung ist relevant, da die begriffliche Rahmung und Operationalisierung beeinflusst und Auskunft darüber gibt, wie der GHG in der Literatur verstanden wird (beispielsweise eher als biologisches Differenzproblem, als soziale Ungleichheit oder als Zusammenspiel biologischer, sozialer und struktureller Faktoren). Außerdem konnte geprüft werden, ob es in der Literatur diesbezüglich eine Diskrepanz zwischen Beschreibung und Operationalisierung gibt.

Darüber hinaus wurde erfasst, ob und in welcher Form intersektionale Perspektiven in den Publikationen berücksichtigt werden. Konkret wurde im Rahmen dessen analysiert, ob neben Geschlecht weitere Ungleichheitsdimensionen (siehe Kapitel 2.3) in der Problembeschreibung, Methodik, Auswertung oder Diskussion erfasst wurden. Zudem wurde geprüft, ob Intersektionalität lediglich erwähnt wird oder ob sie in die Analyse und die formulierten Handlungsempfehlungen einfließt.

Der Analyseprozess ist iterativ angelegt. Das bedeutet, dass Kategorienbildung und Interpretation nicht strikt linear erfolgten, sondern wiederholt überprüft und angepasst wurden. Neu identifizierte Kategorien führten beispielsweise dazu, dass bereits analysierte Publikationen erneut geprüft oder bereits bestehende Kategorien zusammengeführt wurden, wenn sich im Verlauf der Analyse zeigte, dass dies für die Systematisierung des Materials notwendig ist.

3.2.6 Entwicklung eines literaturbasierten Syntheserasters

Als abschließender und zentraler Schritt der Analyse wurde auf Grundlage der eingeschlossenen Publikationen ein literaturbasiertes Syntheseraster entwickelt. Dabei wurden die aus der Literatur herausgearbeiteten HF (bspw. Forschung, Diagnostik, Behandlung und Versorgung) sowie die darin formulierten HE, mit den in Kapitel 2.4.4 eingeführten Interventionslogiken verbunden. Die Interventionslogiken dienen hier der analytischen Zuordnung, wo die erwähnten HE pro HF ansetzten und ermöglichen so eine Einordnung der identifizierten Empfehlungen auf individueller, institutioneller und struktureller Ebene. Während die HF und konkreten HE aus dem analysierten Material heraus entwickelt und verdichtet wurden, stellen die Interventionslogiken einen theoretisch begründeten Rahmen dar, anhand dessen die HE vergleichend eingeordnet werden konnten.

Das Syntheseraster ist damit nicht als vorab festgelegtes Kategorienschema zu verstehen, sondern als Ergebnis der systematischen Literaturlauswertung. Es bündelt die in den Publikationen verstreut dargestellten Bereiche und Empfehlungen und macht

sichtbar, auf welchen Ebenen der GHG in der Literatur adressiert wird. Dadurch kann herausgearbeitet werden, ob die vorgeschlagenen Maßnahmen überwiegend auf beispielsweise individuelle Sensibilisierung, institutionelle Veränderungen oder strukturelle gesundheitspolitische Reformen abzielen. Der Mehrwert des Syntheserasters liegt somit darin, die heterogene Literatur nicht nur deskriptiv darzustellen, sondern in eine übersichtliche und analytisch anschlussfähige Struktur zu überführen. Es bildet daher ein zentrales Ergebnis der Arbeit und dient zugleich als Grundlage für die anschließende Diskussion der Reichweite, Schwerpunkte und möglichen Leerstellen der in der internationalen Literatur identifizierten HE.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnis der Literaturrecherche

Wie in Kapitel 3 beschrieben, stellte die Datenbanksuche den ersten Schritt des SLR dar. Die nachfolgende Tabelle 4 bietet einen Überblick der Vorgehensweise sowie Ergebnisse dieses ersten Schrittes.

Tabelle 4: Ergebnis der Datenbanksuche

Datenbank	Such-string	Filter	Suchdatum	Anzahl Treffer	Export Dateiname
Scopus	S1	"TITLE-ABS-KEY" Search; 2015-2026; Englisch & Deutsch; Article, Review & Book Chapter	23.05.2026	230	Scopus_S1_2026-05-23
Web of Science	S1	„TS“-Search; 2015-2026; Englisch & Deutsch; Article & Review Article	23.05.2026	152	WoS_S1_2026-05-23
Pubmed	S2	2015-2026; Englisch & Deutsch	21.05.2026	68	PubMed_S2_2026-05-21
ScienceDirect	S3	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	95	ScienceDirect_S3_2026- 05-22
ScienceDirect	S4	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	99	ScienceDirect_S4_2026- 05-22
ScienceDirect	S5	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	57	ScienceDirect_S5_2026- 05-22
ScienceDirect	S6	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	75	ScienceDirect_S6_2026- 05-22
ScienceDirect	S7	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	118	ScienceDirect_S7_2026- 05-22
ScienceDirect	S8	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	115	ScienceDirect_S8_2026- 05-22
ScienceDirect	S9	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research	22.05.2026	64	ScienceDirect_S9_2026- 05-22

		Articles, Review Article & Book Chapters			
ScienceDirect	S10	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	36	ScienceDirect_S10_2026-05-22
ScienceDirect	S11	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	71	ScienceDirect_S11_2026-05-22
ScienceDirect	S12	2015-2026; Englisch & Deutsch; Research Articles, Review Article & Book Chapters	22.05.2026	75	ScienceDirect_S12_2026-05-22
				1.255	

Quelle: Eigene Darstellung

Wie Tabelle 4 zu entnehmen ist, wurden in WoS, Pubmed, Scopus und ScienceDirect insgesamt 13 Suchprozesse durchgeführt. Auch ersichtbar ist, welche Suchstrings (siehe Tabelle 2 in Kapitel 3.2.2) in den jeweiligen Datenbanken verwendet wurden, welche (datenbankspezifischen) Filter aktiviert wurden, wann die Suche durchgeführt wurde und wie viele Treffer die Suche ergeben hat. Die Ergebnisse pro Suchvorgang wurden von den Datenbanken exportiert und gespeichert. Insgesamt wurden 1.255 Treffer gefunden.

4.2 Ergebnis des Screening-Prozesses

4.2.1 Überblick der Datenbanksuche und des Screening-Prozesses

Die Ergebnisse des Screening-Prozesses sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Ergebnis des Screening-Prozess

	Scopus	Web of Science	Pubmed	ScienceDirect	Gesamt
1. Treffer durch Datenbanksuche	230	152	68	805	1.255
2. Entfernung von Duplikaten	-23	-132	-65	-357	-577
3. Titel- und Abstract-Screening					-552
4. Volltext-Screening					-64
5. Finale Auswahl					62

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der Literatursuche in fünf Schritten. Wie bereits oben beschrieben, ergab die Datenbanksuche 1.255 Treffer. In Tabelle 5 ist ersichtlich, wie diese zwischen den Datenbanken aufgeteilt sind.

4.2.2 Dublikatentfernung

Für den zweiten Schritt, die Entfernung von Duplikaten, wurden für die Trefferbereinigung sämtliche exportierten Suchergebnisse in das Literaturanalyse-Programm „Rayyan“ importiert und dort mithilfe der Funktion „Duplikaterkennung“ geprüft. Insgesamt wurden 890 potenzielle Duplikate identifiziert. Nach der manuellen Prüfung wurden 577 Publikationen, welche mehrmals bei den Treffern angeführt waren, entfernt, wodurch 678 individuelle Publikationen für das anschließende Titel- und Abstract-Screening verblieben. Die Verteilung der entfernten Datensätze auf die einzelnen Datenbankexporte ist in Tabelle 5 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass diese Verteilung nicht zwingend abbildet, in welchen Datenbanken eine Publikation ursprünglich gefunden wurde, sondern welche Version eines doppelten Datensatzes nach der Prüfung entfernt wurde. Bevorzugt beibehalten wurden jene Treffer, welche die vollständigsten bibliografischen Angaben enthielten, insbesondere DOI und Abstract. Da die Exporte aus Scopus und ScienceDirect in vielen Fällen besonders vollständige Angaben enthielten, blieben diese Datensätze bei Duplikaten häufiger erhalten, während unvollständigere Exportversionen, etwa aus PubMed, entfernt wurden.

4.2.3 Titel- und Abstractscreening

Im Anschluss an die Duplikatentfernung erfolgte das Screening der Titel und Abstracts. Ziel dieses Schrittes war es, aus den verbleibenden Treffern jene Publikationen zu identifizieren, die grundsätzlich für das anschließende Volltextscreening geeignet erschienen. Insgesamt wurden 678 Publikationen in Rayyan geprüft. Dabei wurden jeweils Titel und Abstract gelesen und auf Grundlage der zuvor definierten Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien bewertet. Die Kriterien sind in Tabelle 3 in Kapitel 3.2.3 dargestellt und bildeten die zentrale Entscheidungsgrundlage für die Aufnahme oder den Ausschluss einer Publikation.

Im Zentrum des Screenings stand demnach nicht nur die Frage, ob eine Publikation allgemein einen Gender-, Gesundheits- und Governancebezug aufwies, sondern ob diese Dimensionen in einer für die Forschungsfrage relevanten Weise miteinander verbunden waren. Besonders berücksichtigt wurden Publikationen, die gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern beziehungsweise genderbezogene Benachteiligungen im Gesundheitsbereich thematisierten und darüber hinaus Ansatzpunkte für gesundheitspolitisches, institutionelles oder governancebezogenes Handeln erkennen ließen. Im Verlauf des Screenings zeigte sich außerdem, dass einige Treffer zwar im Gesundheitssektor angesiedelt waren, jedoch nicht den GHG selbst behandelten. Dies betraf unter anderem Publikationen zur Vertretung von Frauen in Führungspositionen im Gesundheitswesen. Solche Beiträge wurden ebenfalls nicht weiter berücksichtigt, sofern sie keinen direkten Bezug zu gesundheitlichen Ungleichheiten, Versorgungsunterschieden oder gesundheitspolitischen Handlungserfordernissen im Kontext des GHG aufwiesen.

Für jede einzelne Publikation wurden im Rahmen dieses ersten Screenings noch keine detaillierten Ausschlussgründe protokolliert. Dieser Schritt erfolgte erst im anschließenden Volltextscreening, da erst auf Grundlage der vollständigen Texte eine differenzierte und belastbare Begründung für den Ausschluss möglich war. Das Titel und Abstractscreening diente vor allem der thematischen Vorauswahl und der Eingrenzung des Materials auf jene Publikationen, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage leisten konnten.

Während des Screenings wurde deutlich, dass die eingeschlossenen Publikationen unterschiedliche Ausgangspunkte hatten. Ein Teil der Literatur ging explizit von einem Problemfeld des GHG aus und diskutierte darauf aufbauend mögliche Lösungen,

politische Maßnahmen oder institutionelle Ansatzpunkte. Andere Publikationen waren primär empirisch ausgerichtet und zeigten im Rahmen von Studien, Erhebungen oder Analysen zunächst geschlechtsspezifische Ungleichheiten im Gesundheitsbereich auf. Handlungsempfehlungen oder mögliche Ansatzpunkte wurden in diesen Fällen häufig erst im Diskussionsteil oder im Fazit formuliert. Beide Publikationstypen wurden in das weitere Screening einbezogen.

Da in mehreren Fällen anhand von Titel und Abstract nicht abschließend beurteilt werden konnte, ob eine Publikation tatsächlich konkrete HE oder einen ausreichenden Public Health, Policy oder Governance Bezug enthielt, wurde im Zweifel inklusiv vorgegangen. Dieses Vorgehen entspricht der in Kapitel 3.2.4 beschriebenen Screeningstrategie. Publikationen wurden daher eher in das Volltextscreening übernommen, wenn sie mindestens einen klaren Bezug zu Gender, Gesundheit und Ungleichheit aufwiesen und potenziell Material für die spätere Analyse von Empfehlungen, Handlungsansätzen oder governancebezogenen Ansatzpunkten liefern konnten. Dadurch sollte vermieden werden, dass möglicherweise relevante Beiträge bereits in einem frühen Stadium des Auswahlprozesses ausgeschlossen werden.

Mit Abschluss dieses Arbeitsschrittes wurden insgesamt 552 Publikationen ausgeschlossen. 126 Publikationen erfüllten die Voraussetzungen für eine weiterführende Prüfung und wurden in das anschließende Volltextscreening übernommen (siehe Tabelle 5).

4.2.4 Volltextscreening

Im Anschluss an das Titel- und Abstractscreening wurden die verbliebenen Publikationen im Volltext geprüft. Ziel dieses Screening-Schrittes war es, die inhaltliche Passung der Beiträge zur Forschungsfrage vertieft zu bewerten und ausschließlich jene Publikationen in die finale Analyse aufzunehmen, die einen ausreichenden Bezug zum GHG sowie zu gesundheitspolitischen HF, Governance-Ansatzpunkten oder ableitbaren HE aufweisen. Die zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 3.2.3) bildeten dabei weiterhin die Grundlage der Bewertung. Im Zuge der Volltextprüfung wurden diese Kriterien jedoch anhand der vollständigen Inhalte weiter konkretisiert, da erst auf dieser Ebene sichtbar wurde, ob Beiträge beispielsweise lediglich ein sehr spezifisches Randthema behandeln, nur eingeschränkt generalisierbar sind oder keine ausreichend konkreten Implikationen für die weitere Analyse enthalten. Diese aus dem Screeningprozess hervorgegangenen

Ausschlussgründe wurden in Rayyan systematisch dokumentiert und anschließend manuell ausgewertet.

Wie Tabelle 5 entnommen werden kann, wurden im Volltextscreening insgesamt 64 Publikationen ausgeschlossen und 62 Publikationen in die finale Analyse aufgenommen. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die dokumentierten Ausschlussgründe sowie deren jeweilige Häufigkeit und prozentualen Anteil an allen im Volltext ausgeschlossenen Publikationen.

Tabelle 6: Anzahl der ausgeschlossenen Publikationen im Rahmen des Volltext-Screenings

Ausschlussgrund	Anzahl und Anteil ausgeschlossener Publikationen	
Zu geringer GHG-Bezug; Zu spezifisches Randthema der Thematik; Begrenzte Generalisierbarkeit	21	34 %
Volltext nicht verfügbar; Volltext nicht frei zugänglich	16	25 %
Sehr kleine Evaluation; Sehr geringe empirische Evidenz	9	15 %
Starke Überschneidungen mit relevanteren, inkludierten Publikationen	8	13 %
Zu wenig konkrete Handlungsempfehlungen / Implikationen für PHG	7	11 %
Volltext weist andere Sprache als Deutsch oder Englisch auf	1	2 %
	64	100 %

**Prozentzahlen sind gerundet*

Quelle: Eigene Darstellung

Wie Tabelle 6 zeigt, entfiel der größte Anteil der Ausschlüsse auf Publikationen mit zu geringem Bezug zum GHG oder einem zu spezifischen Randthema und dadurch einer nur begrenzten Generalisierbarkeit auf geschlechterbezogene Ungleichheiten im Allgemeinen. Dies betraf 21 Publikationen und damit 34 % aller im Volltext ausgeschlossenen Beiträge. Ein weiterer häufiger Ausschlussgrund war die fehlende Verfügbarkeit des Volltextes. Insgesamt 16 Publikationen, entsprechend 25 %, konnten nicht in die Analyse aufgenommen werden, da der vollständige Text nicht verfügbar beziehungsweise nicht kostenfrei zugänglich war. Neun Publikationen wurden ausgeschlossen, da sie auf sehr kleinen Evaluationen oder einer sehr geringen

empirischen Evidenzbasis beruhten und dadurch im Vergleich zu anderen Publikationen nur eine eingeschränkte Aussagekraft für die Beantwortung der Forschungsfrage aufwiesen. Dies entspricht 15 % der ausgeschlossenen Volltexte. Acht Publikationen, beziehungsweise 13 %, wurden aufgrund starker inhaltlicher Überschneidungen mit bereits eingeschlossenen Publikationen, welche als relevanter eingestuft wurden, ausgeschlossen. Weitere sieben Publikationen (11 %) hatten zwar einen ausreichenden Bezug zum GHG, enthielten jedoch zu wenige konkrete HE oder gesundheitspolitische Implikationen für den GHG. Eine Publikation wurde ausgeschlossen, da der Volltext nicht in deutscher oder englischer Sprache verfügbar war. Obwohl die Datenbanksuche auf deutsch- und englischsprachige Beiträge begrenzt war, wurde diese Publikation aufgrund eines englischen Abstracts sowie eines spanischen und deutschen Titels zunächst erfasst und ins Volltext-Screening übernommen. Der eigentliche Volltext lag jedoch ausschließlich auf Spanisch vor.

4.3 Überblick der final inkludierten Publikationen

Eine vollständige Übersicht der 62 inkludierten Publikationen ist in Tabelle 15 im Anhang angeführt. Diese enthält die zentralen Eckdaten der Publikationen und weist diesen die fortlaufenden Kennzeichnungen P1 bis P62 zu. Auf dieser Nummerierung basierten die nachfolgende Zuordnung und Darstellung der Ergebnisse. In Folge werden die wesentlichen formalen Merkmale der Literatur dargestellt. Hierzu zählt der Publikationstyp, die angewandte Methodik, der geografische Kontext sowie das jeweilige Jahr der Veröffentlichung.

Tabelle 7: Verteilung der inkludierten Publikationen nach Publikationstyp

Publikationstyp	Publikationen	Anteil (in %)
Journal Article	P2, P3, P4, P5, P7, P11, P12, P16, P22, P29, P34, P36, P37, P41, P42, P45, P47, P52, P53, P54, P55, P59, P61, P62	38,7
Review	P8, P10, P13, P17, P19, P23, P24, P26, P27, P28, P30, P31, P32, P33, P35, P38, P39, P44, P49, P51, P56, P58, P60	37,1
Policy-Artikel	P9, P15, P18, P20, P21, P25, P40, P43, P48, P57	16,1
Kommentar/Perspective	P1, P6, P14, P46, P50	8,1
		100

Quelle: Eigene Darstellung

Wie Tabelle 7 entnommen werden kann, bilden Journal Articles mit fast 39 % den größten Anteil der inkludierten Literatur. Einen ähnlich hohen Anteil nehmen Reviews

mit circa 37 % ein. Policy-Artikel machen 16,1 % und Kommentare, beziehungsweise Perspectives, 8,1 % der Publikationen aus. Als Policy-Artikel wurden Publikationen klassifiziert, die ausdrücklich als Policy Paper, Commission Statement, Roadmap oder vergleichbarer strategischer Beitrag gekennzeichnet sind und auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz gesundheitspolitische HE formulierten.

Tabelle 8: Verteilung der Publikationen nach Methodik

Methodik		Publikationen	Anteil (in %)
Qualitativ	Interviews/Fokusgruppen	P4, P16, P47, P53, P54	8,1
	Inhalts-/Dokumentenanalyse	-	0,0
Quantitativ	Erhebung/Survey	P7, P12, P22, P29, P34, P41, P59, P61	12,9
	Sekundärdatenanalyse	P2, P3, P11, P36, P37, P42, P45, P52, P55	14,5
	Experiment	P5	1,6
Mixed Methods	-	P15, P20, P21, P40, P62	8,1
Literatur-Reviews	SLR	P8, P13, P17, P31	6,5
	Scoping Review	P10	1,6
	Narrative Literature Review	P9, P18, P19, P23, P24, P26, P27, P28, P30, P32, P33, P35, P38, P39, P44, P46, P49, P51, P56, P58, P60	33,9
Policy-Analyse	-	P1, P6, P14, P25, P43, P48, P50, P57	12,9
			100

Quelle: Eigene Darstellung

Bezugnehmend auf die Verteilung der Publikationen nach Methodik gibt Tabelle 8 Auskunft. Mit fast 34 % stellen die meisten Publikationen narrative Literature Reviews dar. Quantitative Sekundärdatenanalysen umfassen 14,5 % der Publikationen. Jeweils 12,9 % entfallen auf quantitative Erhebungen beziehungsweise Surveys sowie auf Policy-Analysen. Qualitative Interviews und Fokusgruppen sowie Mixed-Methods-Ansätze machen jeweils 8,1 % aus.

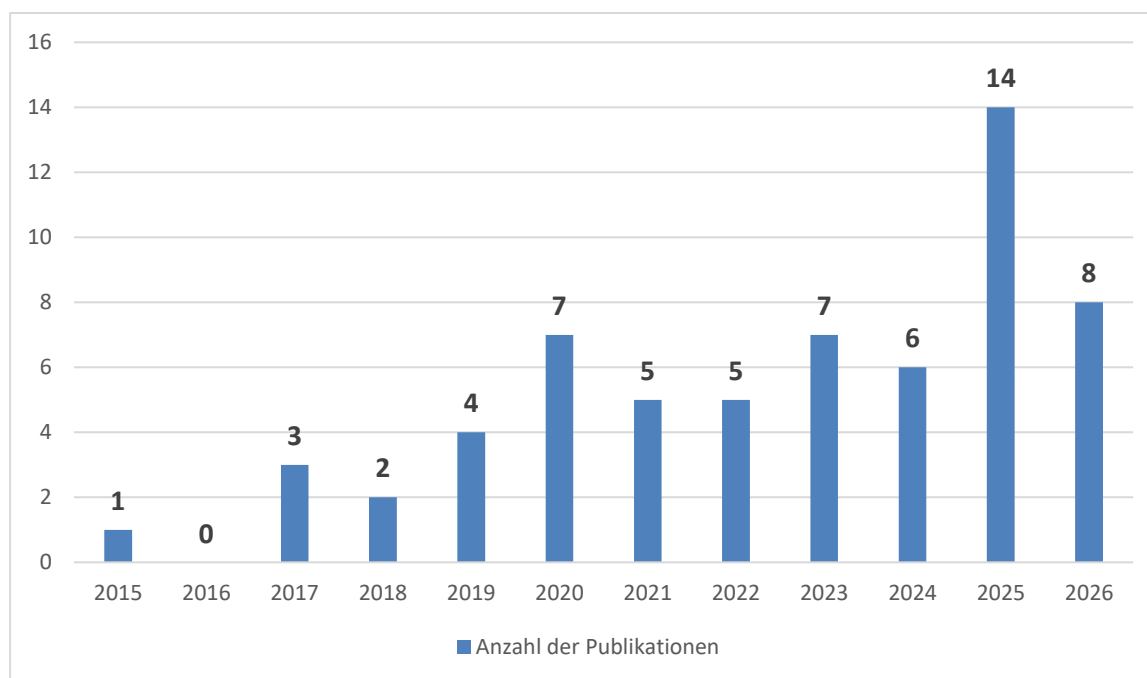
Tabelle 9: Verteilung der Publikationen nach geografischem Kontext

Geografischer Kontext	Publikationen	Anteil (in %)
International/Global	P6, P7, P8, P10, P12, P13, P15, P17, P18, P19, P20, P21, P23, P25, P30, P31, P32, P33, P35, P39, P42, P43, P44, P50, P54, P56	41,9
Europa/EU - länderübergreifend	P40, P45	3,2
Sonstiger länderübergreifender/regionaler Kontext (OECD-Länder, etc.)	P22, P26, P49, P55, P57	8,1
USA	P1, P3, P5, P9, P11, P34, P46, P48, P51, P58, P59, P60	19,4
Kanada	P14, P27, P38	4,8
Sonstiger einzelstaatlicher Kontext	P2, P4, P16, P24, P28, P29, P36, P37, P41, P47, P52, P53, P61, P62	22,6
		100

Quelle: Eigene Darstellung

Wird der geografische Kontext, also der geografische Raum, in welchem die Erhebung der Publikationen durchgeführt wurden, betrachtet, kann festgestellt werden, dass mit fast 42 % der Publikationen der größte Anteil der Literatur einen internationalen beziehungsweise globalen Kontext aufweist und dementsprechend nicht auf ein einzelnes Land oder Wirtschaftshandelsraum begrenzt ist (siehe Tabelle 9). Fast 23 % beziehen sich auf einzelne Länder außerhalb der gesondert angeführten USA und Kanadas. Letztere beide wurden separat angeführt, da sie in mehreren Publikationen den geografischen Kontext darstellen. Besonders Publikationen mit einem US-amerikanischen Kontext stellen mit circa 19 % einen großen Anteil der Literatur dar. Drei Publikationen, und somit fast 5 %, beziehen sich auf Kanada. Die übrigen Beiträge verteilen sich auf sonstige länderübergreifende oder regionale Kontexte (EU, OECD-Länder, etc.).

Abbildung 2: Verteilung der Publikationen nach Jahr der Veröffentlichung



Quelle: Eigene Darstellung

Abschließend verbildlicht Abbildung 2 die Anzahl der veröffentlichten Publikationen pro Jahr über den Untersuchungszeitraum. Diese zeigt eine deutliche Zunahme der Veröffentlichungen in den letzten Jahren. Die meisten Publikationen erschienen im Jahr 2025, auf welches 14 der 62 Beiträge entfielen. Für das Jahr 2026 wurden ausschließlich Publikationen berücksichtigt, die bis einschließlich Mai 2026 veröffentlicht beziehungsweise im Rahmen der Arbeit erfasst worden waren. Die tatsächliche Zahl für das Gesamtjahr 2026 ist daher nur eingeschränkt mit den vorangegangenen Jahren vergleichbar. Insgesamt lässt sich eine deutliche Tendenz zu einer verstärkten wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Themenbereich in den jüngsten Jahren erkennen.

4.4 Thematische Schwerpunkte der inkludierten Literatur

4.4.1 Konzeptionalisierung und Verwendung von gender und sex

Um zu untersuchen, ob und inwiefern die Begriffe „sex“ und „gender“ in den eingeschlossenen Publikationen verwendet werden, wurde zwischen ihrer inhaltlichen Behandlung und ihrer analytischen Operationalisierung unterschieden. Während die Behandlung erfasst, ob biologisches Geschlecht (sex), soziales Geschlecht (gender) oder beide Dimensionen in einer Publikation, beispielsweise in der Einleitung oder in der Beschreibung des theoretischen Hintergrundes, erläutert und thematisiert werden, zeigt die Operationalisierung, ob diese Dimensionen in der Methodik beziehungsweise

Auswertung tatsächlich berücksichtigt werden. Die Ergebnisse sind Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: Begriffliche Verwendung und Operationalisierung von sex und gender

Erläuterung in der Publikation	Operationalisierung in der Methodik oder Auswertung		
	Nur sex	Nur gender	sex & gender
Nur sex	-	-	-
Nur gender	P3, P11, P36, P37	P5, P12, P24, P28, P31, P40, P45, P47, P53	-
sex und gender	P2, P42, P44, P46	P10, P16, P18, P30, P34, P39, P49, P54, P57	P1, P4, P6, P7, P8, P9, P13, P14, P15, P17, P19, P20, P21, P22, P23, P25, P26, P27, P29, P32, P33, P35, P38, P41, P43, P48, P50, P51, P52, P55, P56, P58, P59, P60, P61, P62

Quelle: Eigene Darstellung

Wie Tabelle 10 entnommen werden kann, wird sowohl gender als auch sex in dem überwiegenden Teil der Publikationen inhaltlich behandelt. Dies trifft auf 49 der 62 Publikationen zu, was 79 % der inkludierten Literatur darstellt. Die verbleibenden 13 Publikationen, beziehungsweise 21 %, thematisieren ausschließlich gender. Keine der Publikation behandelt ausschließlich sex.

Operationalisiert werden sowohl gender als auch sex in 36 Publikationen, was circa 58 % der Literatur ausmacht. In 18 Publikationen, beziehungsweise 29 %, wird ausschließlich gender operationalisiert, während acht Publikationen, beziehungsweise fast 13 %, ausschließlich sex operationalisieren.

Hervorzuheben ist, dass bei vier Publikationen (P3, P11, P36 und P37) eine deutliche begriffliche Diskrepanz besteht. Diese Publikationen sprechen inhaltlich von gender beziehungsweise von Genderunterschieden, vergleichen in der Auswertung jedoch ausschließlich binär erfasste Frauen und Männer beziehungsweise weibliche und männliche Personen. Damit wird faktisch biologisches Geschlecht operationalisiert, obwohl die Ergebnisse als Genderunterschiede bezeichnet werden. Beispielsweise zeigt sich dies bei der Untersuchung von Bird et al. (2018) (P3). Die Publikation untersucht sogenannte „gender gaps“ in der kardiovaskulären Versorgung, basiert methodisch

jedoch ausschließlich auf einem statistischen Vergleich von Frauen und Männern in Versicherungs- und Versorgungsdaten, ohne soziale Geschlechterrollen oder Genderidentität als eigenständige Variablen zu erfassen. Ähnlich ist es bei vier weiteren Publikationen (P2, P42, P44 und P46). Diese erläutern und thematisieren zwar sex und gender, beschränken ihre eigentliche Analyse jedoch auf das biologische Geschlecht.

Umgekehrt thematisieren neun Publikationen (P10, P16, P18, P30, P34, P39, P49, P54 und P57) beide Begriffe, richten ihre analytische Betrachtung jedoch ausschließlich auf soziale Geschlechternormen, Rollen, Identitäten, Machtverhältnisse oder strukturelle Ungleichheiten aus. Exemplarisch zeigt sich dies bei Tong et al. (2022) (P54), wo sex und gender in der Einleitung begrifflich voneinander abgrenzt werden, biologische Unterschiede (sex) jedoch ausdrücklich aus der qualitativen Analyse ausgeschlossen wurde.

4.4.2 Intersektionale Perspektiven

Ergänzend zur begrifflichen Verwendung von sex und gender wurden die eingeschlossenen Publikationen daraufhin untersucht, ob geschlechtsspezifische Gesundheitsunterschiede in Verbindung mit weiteren sozialen oder strukturellen Ungleichheitsdimensionen betrachtet werden. Als intersektionaler Bezug wurde dabei gewertet, wenn neben dem Geschlecht mindestens eine weitere Dimension (bspw. Alter, Behinderung, etc.) berücksichtigt wurde. Hier wurde, wie bei der oben angeführten Prüfung bezüglich gender und sex, geprüft, ob die jeweilige intersektionale Dimension lediglich erwähnt, beziehungsweise konzeptionell berücksichtigt, oder tatsächlich analytisch operationalisiert wurde. Publikationen, in welchen die jeweilige intersektionale Dimension nur erwähnt oder konzeptionell berücksichtigt wurde, sind in der nachfolgenden Tabelle 11 unter „Operationalisiert? – Nein“ angeführt, während jene, welche die Dimension auch in der Methodik oder Auswertung berücksichtigt haben, in der Spalte „Operationalisierung? – Ja“ vermerkt sind. Da einzelne Publikationen mehrere intersektionale Dimensionen zugleich einbeziehen, waren Mehrfachzuordnungen möglich.

Tabelle 11: Verteilung der Publikationen nach intersektionaler Bezugnahme

Intersektionale Dimension	Operationalisierung	
	Ja	Nein
Alter	P6, P7, P8, P11, P12, P15, P20, P21, P28, P31, P36, P37, P39, P41, P42, P53, P59, P60	P1, P18, P19, P22, P23, P33, P49, P58
Sozio-ökonomischer Status	P6, P7, P8, P11, P12, P13, P15, P20, P21, P26, P28, P31, P34, P36, P39, P40, P45, P47, P53, P54, P55, P57, P62	P1, P9, P10, P18, P22, P23, P24, P27, P32, P37, P38, P42, P49, P50, P51, P56, P58
Herkunft und Ethnizität	P5, P11, P13, P15, P20, P21, P26, P28, P31, P34, P39, P40, P41, P47, P53	P1, P9, P18, P19, P22, P23, P32, P33, P38, P42, P46, P49, P50, P51, P56, P58
Sexuelle Orientierung und Identität	P10, P13, P15, P20, P21, P26, P28, P30, P31, P34, P53, P59	P18, P25, P33, P38, P42, P43, P57, P58, P60
Behinderung	P13, P15, P20, P21, P26, P28, P41, P53	P18, P19, P38, P42, P57, P58
Sonstige	P2, P6, P12, P13, P15, P20, P21, P24, P26, P28, P31, P37, P39, P40, P45, P47, P52, P54, P57, P62	P8, P9, P18, P22, P38, P50, P56, P58
Keine	-	P3, P4, P14, P16, P17, P29, P35, P44, P48, P61

Quelle: Eigene Darstellung

Wie Tabelle 11 zeigt, wurde unter den inkludierten Publikationen der sozioökonomische Status am häufigsten als zusätzliche intersektionale Dimension berücksichtigt. Insgesamt 40 der 62 Publikationen (64,5 %) thematisieren Aspekte wie Einkommen, Bildung, Erwerbsstatus, Versicherungsschutz oder materielle Benachteiligung. Mit 23 Publikationen (37,1 %) wurde diese Dimension zugleich am häufigsten methodisch operationalisiert. Herkunft und Ethnizität wurden in 31 Publikationen (50,0 %), Alter in 26 Publikationen (41,9 %) sowie sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität in 21 Publikationen (33,9 %) berücksichtigt. Am seltensten fand sich ein Bezug zu Behinderung oder Ableismus, da diese Dimension in nur 14 Publikationen (22,6 %) thematisiert und in acht Publikationen (12,9 %) operationalisiert wurde.

Bei 28 Publikationen (45,2 %) wurden zudem sonstige intersektionale Dimensionen identifiziert, welche im Rahmen der Analyse identifiziert werden konnten. Dazu zählen beispielsweise die geografische Lage und Ruralität, Religion und kultureller Kontext, Care-Verantwortung sowie berufliche oder institutionelle Positionierungen und wurden deshalb in einer Kategorie zusammengefasst, da sie nur vereinzelt in den Publikationen

vorkamen. Beispielsweise berücksichtigen Zambrano et al. (2026) (P62) die rurale geografische Lage einer strukturell benachteiligten Gemeinschaft sowie eingeschränkte Verkehrs-, Versorgungs- und Gesundheitsinfrastrukturen als Faktoren, die den Zugang von Frauen zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung zusätzlich erschweren.

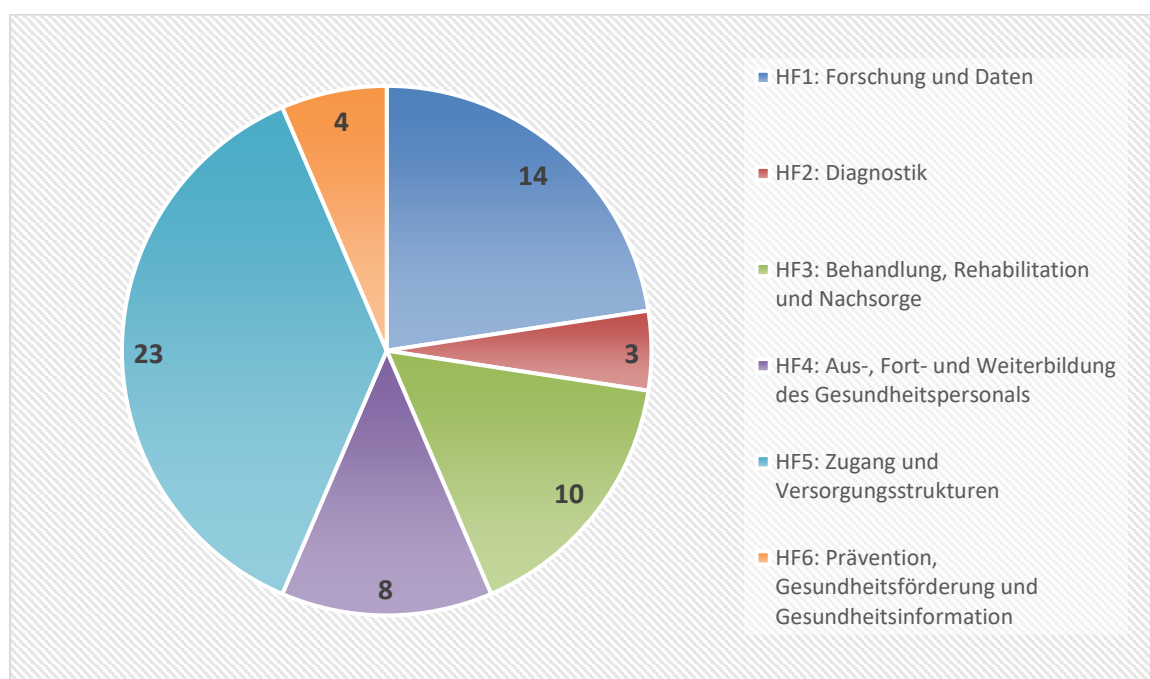
In zehn Publikationen (16,1 %) wurden geschlechtsspezifische Unterschiede weitgehend isoliert betrachtet und wiesen daher keinen intersektionalen Bezug auf.

Auffällig bei der Analyse war, dass intersektionale Bezüge häufig nicht auf eine einzelne zusätzliche Dimension beschränkt blieben. Mit 43 Publikationen (69,4 %) erwähnt der Großteil der Literatur neben dem Geschlecht mindestens zwei weitere intersektionale Dimensionen, weshalb Mehrfachnennungen in der Tabelle vorkommen. Dieses Ergebnis zeigt, dass die internationale Literatur zum GHG geschlechtsspezifische Gesundheitsunterschiede zugleich mit weiteren Einflussfaktoren sozialer, politischer oder wirtschaftlicher Natur verknüpft.

4.4.3 Handlungsfelder zur Adressierung des Gender Health Gaps

Die identifizierten Handlungsfelder (HF) wurden induktiv aus der Literatur heraus entwickelt. Die Ergebnisse der Verteilung der inkludierten Publikationen nach dominantem HF sind Abbildung 3 zu entnehmen.

Abbildung 3: Verteilung nach dominantem Handlungsfeld



Quelle: Eigene Darstellung

Wie Abbildung 3 entnommen werden kann, wurden die Publikationen dem HF3 „Zugang und Versorgungsstrukturen“ am häufigsten zugeordnet (n = 23; 37,1 %), gefolgt von „Forschung und Daten“ (HF1: n = 14; 22,6 %) sowie „Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge“ (HF3: n = 10; 16,1 %). Auf das HF4 „Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals“ entfielen acht Publikationen (12,9 %) und vergleichsweise selten bildeten die HF „Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation“ (HF6: n = 4; 6,5 %) und „Diagnostik“ (HF2: n = 3; 4,8 %) den dominanten Schwerpunkt.

Wichtig anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Zuordnung zu einem dominanten HF nicht bedeutet, dass die Publikationen ausschließlich dieses Feld behandeln. Der Großteil der Publikationen greifen mehrere miteinander verbundene HF auf und formulieren entsprechend vielfältige Handlungsempfehlungen. Überschneidungen der HF sind in der analysierten Literatur in vielen Fällen vorhanden, da beispielsweise Defizite in Forschung und Datenerhebung häufig Auswirkungen auf andere Handlungsfelder wie Diagnostik, Behandlung, Ausbildung und die Gestaltung von Versorgungsstrukturen haben. Eine vollständige grafische Darstellung sämtlicher in jeder Publikation behandelter HF wäre nur eingeschränkt übersichtlich und wenig trennscharf gewesen. Die Zuordnung der Publikationen in Abbildung 3 wurde daher nach dem in der Literatur als „dominant“ identifiziertem HF gewählt, um einen kompakten grafischen Überblick über die in der Literatur gesetzten inhaltlichen Schwerpunkte zu ermöglichen. Dominant bedeutet in diesem Kontext, dass für die Zuordnung jeweils jenes HF ausgewählt wurde, in welchem der zentrale Problemfokus und der überwiegende gesundheitspolitische Handlungsbedarf der Publikation lagen. So thematisieren beispielsweise Ginsburg et al. (2023) (P15) neben Zugangsbarrieren und strukturellen Ungleichheiten auch Forschung, Prävention und die Qualifizierung des Gesundheitspersonals (S. 2155) oder Peters und Woodward (2024) (P43) neben Probleme in der Forschung und Datenlücken auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal (S. 10), weswegen die Publikationen den jeweils zuerst genannten, „dominanten“, HF zugeordnet wurden. Die Abbildung bildet somit nicht die Gesamtheit aller angesprochenen HF pro Publikation ab, ermöglicht jedoch einen gut verständlichen Überblick über die zentralen Schwerpunktsetzungen.

Im Zuge der Identifikation der HF wurden damit eihergehenden auch Problemfelder (PF) herausgearbeitet, welche im Rahmen dieser Arbeit die jeweilige von der Publikation beschriebene Rahmung der Problematik innerhalb eines HF darstellen. Dazu können beispielsweise strukturelle Barrieren oder Herausforderungen, welche zu

dem Ent- und Bestehen des GHG beitragen, gemeint sein. Innerhalb dieser HF waren Mehrfachzuordnungen zu verschiedenen PF möglich, wenn in den Publikationen mehrere PF für das jeweilige HF festgestellt werden konnten. Anzumerken ist auch, dass die Publikationen jeweils ihrem dominanten HF, wie oben beschrieben, zugeordnet wurden. Die Ergebnisse sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Tabelle 12: Problemfelder innerhalb der gesundheitspolitischen Handlungsfelder

Handlungsfelder	Problemfelder	Publikation
HF1: Forschung und Daten	Unterrepräsentation	P1, P17, P33, P43, P46, P48, P58
	Daten- und Begriffsdefizite	P6, P7, P14, P17, P25, P33, P42, P43, P46, P48, P58
	Evidenzlücken	P1, P8, P17, P33, P43, P46, P48, P58
	Diversitätsdefizite	P7, P8, P34, P42, P43, P58
	Umsetzungsdefizite	P1, P17, P43, P46, P48, P58
HF2: Diagnostik	Männliche Normierung	P19, P23, P32
	Symptomerkennung	P19, P23, P32
	Fehldiagnosen	P19, P23, P32
HF3: Behandlung und Nachsorge	Behandlungsungleichheiten	P5, P27, P28, P35, P38, P49
	Therapiedifferenzierung	P27, P35, P38, P44
	Versorgungskontinuität	P9, P16, P38
	Abwertung von Beschwerden	P28, P49
	Fehlende Standards	P16, P30, P38
HF4: Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals	Ausbildungslücken	P22, P29, P59, P60, P61
	Männerzentrierte Lehrmittel	P41, P59, P60
	Wissens- und Biasdefizite	P4, P22, P29, P61
	Strukturkompetenz	P13
	Qualifizierungsdefizite	P13, P22, P29, P59, P60, P61
HF5: Zugang und Versorgungsstrukturen	Finanzielle Barrieren	P11, P24, P26, P36, P39, P51, P54, P62
	Geografische Barrieren	P15, P24, P37, P47, P54, P57, P62
	Unkoordinierte Versorgung	P10, P12, P15, P20, P21, P24, P26, P47, P50, P51, P53, P54, P57, P62
	Institutionelle Diskriminierung	P15, P20, P21, P26, P47, P50, P52, P53, P54, P55, P57, P62
	Politische Defizite	P10, P15, P20, P21, P24, P40, P45, P47, P50, P55, P57, P62
	Care-Belastungen	P2, P15, P21, P24, P39, P40, P52, P54, P57, P62
	Repräsentationsdefizite	P15, P20, P21, P40, P45, P50, P55

HF6: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation	Geschlechtsblinde Prävention	P3, P56
	Ungleicher Präventionszugang	P3, P56
	Schädliche Gendernormen	P18, P31, P56
	Informationsdefizite	P18, P56
	Evaluationslücken	P31

Quelle: Eigene Darstellung

In Folge wird in einem ersten Schritt pro HF die Bedeutung der einzelnen in Tabelle 12 angeführten PF erläutert und in einem zweiten Schritt wird für jenes PF, welches in dem jeweiligen HF in den Publikationen am häufigsten angeführt wird, mit einem Beispiel aus der Literatur dargestellt.

4.4.3.1 HF1: Forschung und Daten

Im ersten HF konnten insgesamt fünf in der Literatur angeführte PF festgestellt werden.

Unter dem PF Unterrepräsentation ist die unzureichende Einbeziehung von Frauen und geschlechtlichen Minderheiten in Forschung und klinische Studien zu verstehen. Daten- und Begriffsdefizite umfassen eine unzureichende Erhebung und Berichterstattung von sex- und genderspezifischen Daten sowie eine uneinheitliche oder unklare Verwendung der Begriffe „sex“ und „gender“. Unter dem PF Evidenzlücken wird eine überwiegend an Männern orientierte und für Frauen, beziehungsweise geschlechtliche Minderheiten, unzureichende wissenschaftliche Evidenzbasis zusammengefasst. Diversitätsdefizite beziehen sich auf die mangelnde intersektionale, diversitätssensible und lebensverlaufsbezogene Differenzierung von Forschungsdaten während Umsetzungsdefizite eine unzureichende Priorisierung und Förderung der Frauengesundheitsforschung sowie eine mangelhafte Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Frauengesundheit in die gesundheitspolitische und klinische Praxis umfassen.

Am häufigsten wurden in HF1 Daten- und Begriffsdefizite identifiziert (n = 11), wodurch insbesondere der Bedarf an einer systematischeren und präziseren Erfassung von sex und gender sichtbar wird. Dies beschreiben beispielsweise Peters und Woodward (2024), welche in Ihrer Arbeit festhalten, dass sex- und genderspezifisch aufgeschlüsselte Analysen und Berichte in der Gesundheitsforschung weiterhin häufig fehlen (S. 1–2).

4.4.3.2 HF2: Diagnostik

Im HF2 Diagnostik konnten in den vier behandelnden Publikationen insgesamt drei PF identifiziert werden.

Eines dieser PF behandelt die Problematik der männlichen Normierung, welche die Orientierung diagnostischer Kriterien an männlichen Körpern und Symptomen darstellt. Das PF Symptomerkenkung umfasst hingegen die unzureichende Wahrnehmung und Berücksichtigung sex- und genderspezifischer Symptome sowie stereotype Zuschreibungen von Beschwerden bei Frauen und mit das letzte identifizierte PF beschreibt die Fehldiagnostizierung, worunter fehlende, falsche oder verzögerte Diagnosen zusammengefasst werden, von denen insbesondere Frauen betroffen sind.

In HF2 waren alle drei Problemfelder in allen drei Publikationen, welche sich mit Diagnostik beschäftigen, vertreten (jeweils $n = 3$). Beispielsweise beschreiben Hartnett et al. (2025), dass Mädchen und Frauen mit ADHS aufgrund geringerer ausgeprägter Hyperaktivität und von der männlichen Norm unterscheidender externalisierender Symptome häufiger übersehen werden, bestehende Bewertungsskalen ihr Symptomprofil teilweise unzureichend erfassen und sie öfters nicht oder fehldiagnostiziert werden (S. 4).

4.4.3.3 HF3: Behandlung und Nachsorge

Für das dritte HF, welches sich mit der Behandlung und Nachsorge von Patient*innen beschäftigt, konnten wieder fünf PF festgestellt werden.

Eines davon fasst die Probleme im Zusammenhang mit Behandlungsungleichheiten zusammen, welche geschlechtsbezogene Unterschiede bei Behandlungsentscheidungen, Behandlungsintensität und Versorgung beinhalten. Das PF Therapiedifferenzierung bezeichnet hingegen die unzureichende Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Therapieunterschiede, welche sich in ihrer Wirksamkeit und Sicherheit zwischen Männer und Frauen unterscheiden können. Unter dem PF Versorgungskontinuität werden Defizite bei medizinischen Überweisungen, bei der Nachsorge und der kontinuierlichen medizinischen Begleitung von Frauen im Gesundheitswesen zusammengefasst. Abschließend stellt das PF der Abwertung von Beschwerden die Verharmlosung oder Nichtanerkennung von Beschwerden, teilweise im Sinne eines medizinischen Gaslightings, dar, während das letzte PF die fehlenden Standards bei der Behandlung und medizinischen Nachsorge von Frauen beschreibt.

Hiermit wird der Mangel an verbindlichen und etablierten Vorgaben für eine gender-sensitive und individualisierte Behandlung und Nachsorge bezeichnet.

Am häufigsten wurden in HF3 Behandlungsungleichheiten identifiziert ($n = 6$). Exemplarisch zeigen in diesem Zusammenhang Samulowitz et al. (2018), dass geschlechtsspezifische Normen sowohl die Interaktion zwischen Patient*innen und Gesundheitspersonal als auch Entscheidungen des Gesundheitspersonals in der Schmerzbehandlung beeinflussen und dadurch Gender Bias in der Versorgung entstehen kann (S. 1).

4.4.3.4 HF4: Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals

Unter den Publikationen, welche sich hauptsächlich mit der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonal beschäftigen, konnten erneut fünf PF herausgearbeitet werden.

Ausbildungslücken fassen Probleme zusammen, welche sich auf die unzureichende Integration von sex und gender in Lehrveranstaltungen und Curricula im Allgemeinen beschäftigen. Unter dem PF männerzentrierte Lehrmittel werden überwiegend an männlichen Körpern orientierte, binäre oder wenig diverse Lehrbücher und anatomische Darstellungen angeführt. Wurden Probleme im Zusammenhang mit mangelndem Wissen über geschlechtsspezifische Unterschiede oder einer geringen Gender-Awareness des Gesundheitspersonals sowie deren Vorurteile gegenüber Frauen und anderen Minderheiten beschrieben, wurden diese unter dem PF Wissens- und Biasdefizite zusammengefasst. Hingegen bezeichnet das PF Strukturkompetenz die unzureichende Kompetenz des Gesundheitspersonal zur Erkennung struktureller, sozialer und intersektionaler Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten. Zu guter Letzt wurden in der Literatur einige Problembeschreibungen festgestellt, welche in Tabelle 12 unter dem PF Qualifizierungsdefizite zusammengefasst wurden. Publikationen wurden diesem Feld zugeordnet, wenn darin Bezug auf strukturelle Defizite wie fehlende Standards, unzureichend geschulte Lehrpersonen oder begrenzte kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsangebote, angeführt wurden.

Am häufigsten wurden in HF4 Qualifizierungsdefizite festgestellt ($n = 6$), wodurch vor allem der Bedarf an standardisierten und kontinuierlichen Bildungsangeboten deutlich wird. Werbinski et al. (2019) weisen hier beispielsweise darauf hin, dass bislang nur ein geringer Teil der vorhandenen Forschung zu Sex- und Genderunterschieden in die Ausbildung von Medizinstudierenden, Ärzt*innen in Weiterbildung und praktizierenden Ärzt*innen übertragen wurde, was zu Qualifizierungsdefiziten führt (S. 15, 30).

4.4.3.5 HF5: Zugang und Versorgungsstrukturen

Mit insgesamt sieben PF konnte in der Literatur die größte Vielfalt an unterschiedlichen Problemlagen im HF5 festgestellt werden, welche Publikationen enthält, welche sich primär mit dem Zugang und den Versorgungsstrukturen auseinandersetzen.

Wenn in der Literatur finanzielle oder einkommensbezogene Herausforderungen und Hindernisse beim Zugang zu Gesundheitsleistungen und Medikamenten beschrieben wurden, wurden diese dem PF finanzielle Barrieren zugeordnet. Gleichmaßen wurden Publikationen, welche Zugangsbarrieren aufgrund langer Wege, Ruralität, eingeschränkter infrastrukturelle Verfügbarkeit, Wartezeiten oder regionaler Versorgungsunterschiede beschrieben, unter dem PF geografische Barrieren zusammengefasst. Neben diesen finanziellen und geografischen Barrieren konnten in der Literatur auch Probleme im Zusammenhang mit einer unkoordinierten Versorgung identifiziert werden. Dieses PF bezeichnet die Hürden, welche Patient*innen aufgrund von unzureichend aufeinander abgestimmten, schwer zugänglichen oder nicht gendersensitiv ausgestalteten Versorgungsstrukturen, überwinden müssen. Weitere Problembeschreibungen befassen sich mit institutionellen Machtasymmetrien und strukturellen, politischen Defiziten in der Versorgungsstruktur. Das PF institutionelle Diskriminierung umfasst demnach geschlechtsspezifische Machtasymmetrien, restriktive Gendernormen, eingeschränkte Autonomie und diskriminierende institutionelle Praktiken in Organisationen, welche den Zugang zu Gesundheitsleistungen für Frauen und Minderheiten erschweren, während sich ein weiteres PF mit politischen Defiziten in der Versorgungsstruktur befasst. Unter dem PF politische Defizite wurden in den Publikationen einerseits unzureichende gesetzliche und regulatorische Rahmenbedingungen, andererseits aber auch auf fehlende Rechenschaftspflicht und eine mangelhafte Umsetzung bestehender Vorgaben angeführt. Ein weiterer, wichtiger Punkt, welcher in der Literatur mehrfach als Zugangsbarriere angeführt war und wovon hauptsächlich Frauen betroffen sind, ist die Thematik der Car-Arbeit und Fürsorgepflicht. Wenn geschlechtsspezifisch ungleich verteilte Betreuungs-, Pflege-, Haushalts- und Zeitverpflichtungen sowie damit verbundene Zugangsbarrieren in einer Publikation angeführten werden, wurden diese unter dem PF Care-Belastungen untergebracht. Abschließend bezeichnet das PF Repräsentationsdefizite die Unterrepräsentation von Frauen in gesundheitspolitischen Führungspositionen, was aufgrund dadurch bedingter fehlender Repräsentation auch zu Zugangsbarrieren für Frauen führt.

Am häufigsten wurde unter den vielen Publikationen, welche dem HF5 zugeordnet werden konnten, eine unkoordinierte Versorgung thematisiert ($n = 14$), womit strukturelle und organisatorische Defizite den zentralen Problembereich dieses HF darstellen. In diesem Zusammenhang zeigen beispielsweise Ginsburg et al. (2023), dass Frauen entlang des Versorgungspfad mit Barrieren beim Zugang zu Prävention, Früherkennung, zeitnaher Diagnostik und qualitativ hochwertiger Krebsbehandlung konfrontiert sind (S. 2113).

4.4.3.6 HF6: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation

Im HF6 wurden zu guter Letzt wieder fünf PF identifiziert werden.

In Publikationen, welche diesem Bereich zugeordnet wurden, wurde beispielsweise angeführt, dass bestehende Präventionsmaßnahmen in vielen Fällen geschlechtsspezifische Risiken und Bedürfnisse sowie genderbezogene Lebensbedingungen, wie Schwangerschaft oder Care-Arbeit, nicht ausreichend berücksichtigt werden. Solche Problembeschreibungen wurden unter dem PF geschlechtsblinde Prävention zusammengefasst. Wurde in den Publikationen in diesem Zusammenhang auch angeführt, dass dadurch Unterschiede bei der Erreichbarkeit und Qualität der Präventionsmaßnahmen bestehen, wurden diese dem PF ungleiche Präventionszugang zugeordnet. Unter dem PF schädliche Gendernormen wurden gesellschaftliche Rollenerwartungen zusammengefasst, die sich negativ auf das gesundheitsbezogene Verhalten und die Risikowahrnehmung auswirken oder die Inanspruchnahme präventiver Angebote erschweren. Wiesen die Publikationen hingegen auf einen Mangel an verständlichen und zielgruppengerechten Gesundheitsinformationen sowie auf eine geringe öffentliche Aufmerksamkeit für die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen und geschlechtlichen Minderheiten hin, wurden diese Problembeschreibungen dem PF Informationsdefizite zugeordnet. Als Evaluationslücken wurden schließlich Problembeschreibungen zusammengefasst, die auf eine begrenzte Entwicklung und Verfügbarkeit gender-transformativer Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sowie auf deren unzureichende wissenschaftliche Bewertung hinweisen. Dies kam jedoch nur in einer Publikation vor.

Am häufigsten wurden in HF6 schädliche Gendernormen behandelt ($n = 3$), wodurch die Bedeutung sozialer Rollenerwartungen für Prävention und Gesundheitsverhalten für das HF6 Prävention hervorgehoben wird. Beispielsweise zeigen Levy et al. (2020), dass die untersuchten gendertransformativen Programme überwiegend auf individuelle Einstellungen und Handlungsmöglichkeiten ausgerichtet waren, während

lediglich zehn der 59 Programme Hinweise auf eine Veränderung umfassenderer sozialer Gendernormen erkennen ließen (S. e225).

4.4.4 Erklärungslogiken und Handlungsempfehlungen

Aufbauend auf den zuvor identifizierten HF und PF wurde untersucht, wie die Publikationen den GHG in den einzelnen HF erklären und welche Ansatzpunkte, beziehungsweise HE, zu dessen Verringerung formuliert werden.

Als Erklärungslogiken (EL) werden im Rahmen dieser Arbeit, die in den Publikationen direkt oder indirekt genannten Mechanismen verstanden, durch welche der GHG erklärt wird. Dabei handelt es sich nicht um empirisch nachgewiesene Kausalzusammenhänge, welche in den Publikationen explizit erwähnt wurden, sondern um die in der Literatur beschriebenen, dem jeweiligen HF und PF zugrunde liegenden, Erklärung dafür, weshalb der GHG in diesem Bereich besteht. HE bezeichnen demgegenüber konkret genannte Vorschläge, mit denen auf die identifizierten Ursachen und Problemlagen reagiert werden soll. Sie beschreiben somit, welche Veränderungen in den HF als erforderlich angesehen werden, um den GHG zu reduzieren. Zusammengefasst beschreiben die PF, worin das Defizit besteht, die EL, warum dieses Defizit entsteht oder fortbesteht, und die HE, wie ihm begegnet werden soll.

Für die weitere Auswertung wurden im Rahmen der Analyse der Publikationen sämtliche Erklärungshinweise zusammengefasst und in sieben EL definiert. Diese sind in Abbildung 4 angeführt. Die Nummerierung dient ausschließlich der übersichtlichen Darstellung und stellt keine Rangfolge dar.

Abbildung 4: Erklärungslogiken des GHG

EL1: Biomedizinische Differenzlogik	Biologische, physiologische und hormonelle Unterschiede beeinflussen Risiken, Symptome und Therapiewirkungen, werden jedoch nicht ausreichend berücksichtigt.
EL2: Evidenz- und Datenlogik	Fehlende, unvollständige, männerzentrierte oder nicht nach <i>sex</i> und <i>gender</i> differenzierte Evidenz trägt zur Aufrechterhaltung des GHG bei.
EL3: Bias- und Stereotypenlogik	Geschlechtsspezifische Annahmen und Stereotype beeinflussen Forschung, Diagnostik und Behandlungsentscheidungen.
EL4: Wissens- und Informationslogik	Erkenntnisse zu <i>sex</i> und <i>gender</i> fehlen, werden unzureichend vermittelt oder nicht in professionelles Handeln und Gesundheitsinformation übertragen.
EL5: Normen- und Rollenlogik	Gesellschaftliche Gendernormen, Rollenerwartungen und die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung beeinflussen Gesundheitsrisiken, Verhalten und Versorgungsnutzung.
EL6: Institutionelle und organisationale Logik	Regeln, Routinen, Zuständigkeiten und Abläufe innerhalb von Forschungs-, Bildungs- und Versorgungseinrichtungen erzeugen oder verstärken den GHG.
EL7: Strukturell-politische Logik	Politische, rechtliche, wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie ungleiche Macht- und Ressourcenverteilungen tragen zur Entstehung und Aufrechterhaltung des GHG bei.

Quelle: Eigene Darstellung

Diese EL bieten unterschiedliche Ansätze, wie die wissenschaftliche Literatur das Ent- und Bestehen des GHG in unterschiedlichen Bereichen erklärt. Daraus resultierend werden in der Literatur auch HE zur Adressierung des GHG definiert und in Folge in Tabelle 13 übersichtlich dargestellt. Jede Publikation wird nur unter ihrem dominanten HF angeführt (siehe Tabelle 12). Innerhalb dieses HF werden jedoch alle klar formulierten EL und wesentlichen HE der Publikation berücksichtigt. Da einzelne Problemlagen auf mehreren miteinander verbundenen Mechanismen beruhen können, waren Mehrfachzuordnungen zu unterschiedlichen EL und HE innerhalb der einzelnen HF möglich.

Tabelle 13: Erklärungslogiken und zentrale Handlungsempfehlungen zur Adressierung des GHG

Handlungsfeld	Erklärungslogik	Handlungsempfehlungen	Publikationen
HF1: Forschung und Daten	EL1	Sexspezifische und lebensverlaufsbezogene Forschung	P1, P6, P8, P17, P33, P42, P46, P58
	EL2	Repräsentative Rekrutierung; differenzierte Datenauswertung; Reportingstandards	P6, P7, P8, P14, P17, P25, P33, P34, P42, P43, P46, P48, P58
	EL3	Bias-Reflexion; partizipative Forschungsplanung	P1, P17, P33, P34, P43, P46, P48, P58
	EL4	Methodenschulungen und Begriffsstandards	P6, P14, P17, P25, P43, P46, P58
	EL6	Wissenstransfer und Monitoring	P14, P17, P25, P33, P43, P46, P58
	EL7	Forschungsförderung und verbindliche Vorgaben	P1, P17, P43, P46, P48, P58
HF2: Diagnostik	EL1	Geschlechtersensible Diagnosekriterien	P19, P23, P32
	EL2	Repräsentative Validierung und Diagnosemonitoring	P19, P23, P32
	EL3	Bias-Reflexion und geschlechtersensible Abklärung	P19, P23, P32
	EL4	Diagnostische Fortbildung; Entscheidungshilfen	P19, P23, P32
	EL6	Screening- und Überweisungspfade	P19, P32
HF3: Behandlung und Nachsorge	EL1	Angepasste Therapien und Dosierungen	P27, P35, P38, P44
	EL2	Therapiestudien	P9, P27, P35, P38, P44
	EL3	Bias-sensible Entscheidungen	P5, P16, P27, P28, P35, P38, P49
	EL4	Behandlungsschulungen und Kommunikationskompetenz	P9, P16, P27, P28, P30, P38, P49
	EL6	Shared Decision-Making; Behandlungspfad und koordinierte Nachsorge	P9, P16, P28, P30, P35, P38, P49
HF4: Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals	EL3	Bias-Reflexion; Gendersensible Lehrmittel	P4, P29, P41, P59, P60, P61
	EL4	Verbindliche Lehrinhalte; kontinuierliche Fortbildung	P4, P13, P22, P29, P59, P60, P61
	EL6	Lehrendenqualifizierung und Evaluation	P13, P22, P29, P59, P60, P61

	EL7	Kompetenz- und Akkreditierungsstandards	P13, P22, P59, P60
HF5: Zugang und Versorgungsstrukturen	EL3	Diskriminierungsfreie und kultursensible Versorgung	P11, P15, P26, P47, P50, P53, P54, P62
	EL4	Gesundheitskompetenz, Rechteinformation und Beratung	P10, P15, P20, P21, P24, P26, P47, P50, P54, P57, P62
	EL5	Autonomiestärkung; Normwandel und Care-Ausgleich	P2, P15, P20, P21, P26, P39, P40, P52, P53, P54, P55, P57, P62
	EL6	Integrierte Versorgung und Koordination; Umsetzungsmonitoring	P10, P11, P12, P15, P20, P21, P24, P26, P37, P45, P47, P50, P51, P53, P54, P57, P62
	EL7	Abbau von Zugangsbarrieren; Gender Mainstreaming, Repräsentation und politische Rechenschaft	P2, P10, P11, P12, P15, P20, P21, P24, P26, P36, P37, P39, P40, P45, P47, P50, P51, P54, P55, P57, P62
HF6: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation	EL1	Risikobewertung und Früherkennung	P3, P56
	EL4	Gesundheitsinformation und Awareness	P3, P18, P56
	EL5	Gendertransformative Programme und Community-Einbindung	P18, P31, P56
	EL6	Partizipative Programmgestaltung, Evaluation und Skalierung	P3, P31, P56
	EL7	Niederschwellige Angebote und strukturelle Prävention	P3, P18, P56

Quelle: eigene Darstellung

Wie Tabelle 13 entnommen werden kann, sind in im Bereich Forschung und Daten (HF1) unterschiedliche EL mit mehreren daraus abgeleiteten HE sichtbar. Mit 13 zugeordneten Publikationen stellt die Evidenz- und Datenlogik (EL2), und somit die Problematik einer männerzentrierten und nicht nach sex und gender differenzierten Evidenz, die dominante EL für das HF dar. Als HE in diesem Kontext werden die repräsentative Einbeziehung unterschiedlicher Geschlechter in Studien sowie die systematische Erhebung, Auswertung und Berichterstattung nach sex und gender genannt, um den GHG im Bereich der Forschung und Daten zu reduzieren. Peters und Woodward (2023) fordern in diesem Zusammenhang zum Beispiel, geschlechtsspezifische Studien- und Erhebungsergebnisse nicht nur deskriptiv auszuweisen, sondern routinemäßig zu analysieren, zu interpretieren und transparent zu berichten (S. 1–3).

Im Bereich Diagnostik (HF2) zeigt Tabelle 13 mehrere eng miteinander verbundene EL. Eine einzelne dominante EL lässt sich nicht bestimmen, da die Biomedizinische Differenzlogik (EL1), die Evidenz- und Datenlogik (EL2), die Bias- und Stereotypenlogik (EL3) sowie die Wissens- und Informationslogik (EL4) jeweils in allen drei zugeordneten Publikationen vorkommen. Diagnostische Ungleichheiten werden somit sowohl durch unzureichend berücksichtigte geschlechtsspezifische Symptomprofile als auch durch mangelhafte Evidenz, stereotype Zuschreibungen und Wissensdefizite des Gesundheitspersonals erklärt. Daraus ergeben sich insbesondere die HE, geschlechtersensible Diagnosekriterien zu entwickeln, diagnostische Instrumente in unterschiedlichen Geschlechtergruppen zu validieren und Gesundheitspersonal zu unterschiedlichen Symptomprofilen fortzubilden. Hartnett et al. (2025) empfehlen beispielsweise Diagnoseinstrumente zu entwickeln, welche weibliche ADHS-Symptomprofile angemessener erfassen (S. 4-5). Ergänzend werden im Rahmen der institutionellen und organisationalen Logik (EL6) klar definierte Abklärungs- und Überweisungspfade sowie regelmäßige Qualitätsaudits empfohlen, um einerseits diagnostische Verzögerungen zu minimieren und geschlechtsspezifische Fehldiagnosen zu reduzieren.

Für den Bereich Behandlung und Nachsorge (HF3) zeigt sich ebenfalls keine einzelne dominante EL. Die Bias- und Stereotypenlogik (EL3), die Wissens- und Informationslogik (EL4) sowie die institutionelle und organisationale Logik (EL6) sind jeweils sieben Publikationen zugeordnet. Behandlungsungleichheiten werden folglich sowohl mit Vorurteilen und Stereotypen, teilweise auch unzureichendem Wissen, von medizinischen Fachpersonal als auch mit problematischen institutionellen Abläufen und fehlenden Versorgungspfaden erklärt. Als zentrale HE werden bias-sensible Behandlungsentscheidungen, eine verbesserte Kommunikationskompetenz, die konsequente Anerkennung von Beschwerden sowie gemeinsame und organisationsübergreifende Behandlungsentscheidungen und koordinierte Nachsorge genannt. Kokab et al. (2026) beschrieben beispielsweise die Möglichkeiten das so genannte „Shared Decision-Making“ auszubauen, die von Patient*innen geschilderten Symptome anzuerkennen und ihre Autonomie bei Therapieentscheidungen zu respektieren (S. 6-7). Ergänzend werden mehrere Empfehlungen als Ansatzpunkte gegen die Abwertung und Invalidierung von Beschwerden von Patient*innen genannt. Hierzu zählt einerseits die Notwendigkeit einer einfühlsamen und empathischen Kommunikation, andererseits ein nicht-paternalistischer Umgang mit den Patient*innen (S. 7).

Im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals (HF4) stellt die Wissens- und Informationslogik (EL4) mit sieben zugeordneten Publikationen die dominante EL dar. Der bestehende Handlungsbedarf wird hier vor allem damit erklärt, dass Wissen zu sex und gender bislang nicht ausreichend und nicht systematisch in die Qualifizierung des Gesundheitspersonals übertragen wird. Als zentrale HE werden daher verbindliche Lehrinhalte zu frauenspezifischer Gesundheit, die Integration von sex und gender in das Curriculum sowie kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsangebote genannt. De Heer-Koster et al. (2025) schlagen vor, zentrale Inhalte zur Frauengesundheit und zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in bereits bestehende Lehrinhalte und Curricula zu integrieren und über den gesamten Verlauf der medizinischen Ausbildung hinweg zu berücksichtigen (S. 8).

Im Bereich Zugang und Versorgungsstrukturen (HF5) treten besonders viele unterschiedliche EL und HE auf. Mit 21 zugeordneten Publikationen kommt die strukturell-politische Logik (EL7) jedoch am meisten in der Literatur vor. Diese erklärt den GHG in diesem Bereich insbesondere durch frauen- und minderheitenbenachteiligende politische, rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen, eine ungleiche Verteilung von Ressourcen sowie strukturelle, patriarchalisch geprägte Zugangsbarrieren. Daraus resultieren vor allem HE zum Abbau finanzieller Barrieren, zur Überbrückung geografischer Barrieren durch infrastrukturelle Aufbesserungen, zur Verankerung von Gender Mainstreaming im PHG, zur stärkeren Repräsentation von Frauen in Entscheidungsprozessen und zur Einführung verbindlicher Rechenschaftsmechanismen bei Nichteinhaltung. In diesem Zusammenhang empfehlen Vlassoff und St. John (2019) zur gendersensiblen Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen einen menschenrechtsbasierten Ansatz, welcher die Perspektiven aller Patient*innen, unabhängig von Geschlecht, Religion und Herkunft, systematisch einbezieht (S. 34). Darauf aufbauend sollen konkrete Aktionspläne entwickelt sowie deren Umsetzung kontinuierlich überwacht werden (S. 34).

Für das letzte HF, den Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation (HF6), lässt sich ebenfalls keine einzelne dominante EL feststellen. Die Wissens- und Informationslogik (EL4), die Normen- und Rollenlogik (EL5), die institutionelle und organisationale Logik (EL6) sowie die strukturell-politische Logik (EL7) sind jeweils drei Publikationen zugeordnet. Der Handlungsbedarf wird somit gleichermaßen mit fehlender Gesundheitsinformation, schädlichen Gendernormen, unzureichend gestalteten Programmen und strukturellen

Zugangsbarrieren erklärt. Als zentrale HE werden zielgruppengerechte Gesundheitsinformationen, gendertransformative und communitybasierte Programme, partizipative Programmentwicklung, die systematische Evaluation und nachhaltige Skalierung wirksamer Maßnahmen sowie der Fokus auf niederschwellige Angebote genannt. Gupta et al. (2019) heben beispielsweise die Wichtigkeit partizipativer Programme hervor, da diese zur Veränderung restriktiver Gendernormen mehrere Akteursgruppen und gesellschaftliche Bereiche einbeziehen sollten. Empfohlen werden miteinander verbundene niederschwellige Maßnahmen, welche sich gegenseitig verstärken und betroffene Communitys aktiv an der Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder Veränderungen beteiligen (S. 2556).

4.5 Interventionslogiken

Im letzten Analyseschritt wurde noch identifiziert, auf welcher Interventionsebene die Literatur die beschriebenen HE eingeordnet. Geprüft wurde, ob sich die in den Publikationen formulierten HE primär an Individuen oder Institutionen richten oder auf strukturelle Veränderungen abzielen. Die drei Interventionslogiken, individuell, institutionell und strukturell, wurden bereits vor der Auswertung, angeregt durch die theoretische Literatur, entwickelt und in Kapitel 2.4.4 theoretisch sowie in Kapitel 3.2.6 methodisch erläutert.

Für die Zuordnung wurden die in Tabelle 13 dargestellten HE-Cluster grundsätzlich beibehalten. Eine weitere Aufteilung erfolgte nur dann, wenn einzelne Bestandteile eines Clusters eindeutig unterschiedliche Interventionslogiken aufwiesen. Mehrfachnennungen einzelner Publikationen waren möglich, wenn diese mehrere voneinander unterscheidbare HE mit unterschiedlichen Interventionsebenen formulierten oder eine HE ausdrücklich auf mehreren Ebenen ausgestalteten. Tabelle 14 zeigt die Zuordnung der HE zu den drei Interventionslogiken.

Tabelle 14: Zuordnung der Handlungsfelder zu den Interventionslogiken

Handlungsfeld	Handlungsempfehlung	Interventionslogik		
		Individuell	Institutionell	Strukturell
HF1: Forschung und Daten	Sexspezifische und lebensverlaufsspezifische Forschung	–	P1, P6, P8, P17, P33, P42, P46, P58	–
	Repräsentative Rekrutierung	–	P14, P17, P33, P43, P46, P48, P58	–
	Differenzierte Datenauswertung	–	P6, P7, P8, P14, P17, P25, P33, P34, P42, P43, P46, P48, P58	–
	Reportingstandards	–	P14, P25, P33, P43, P46, P58	P17, P48
	Bias-Reflexion	P1, P17, P33, P34, P43, P46, P58	–	–
	Partizipative Forschungsplanung	–	P1, P34, P43, P58	–
	Methodenschulungen und Begriffsstandards	P14, P17, P25, P43, P46, P58	P6, P14, P25, P43, P46, P58	–
	Wissenstransfer und Monitoring	–	P14, P17, P25, P33, P43, P46, P58	–
	Forschungsförderung und Vorgaben	–	–	P1, P17, P43, P46, P48, P58
HF2: Diagnostik	Geschlechtersensible Diagnosekriterien	–	P19, P23, P32	–
	Repräsentative Validierung und Diagnosemonitoring	–	P19, P23, P32	–
	Bias-Reflexion und geschlechtersensible Abklärung	P19, P23, P32	–	–
	Diagnostische Fortbildung	P19, P23, P32	–	–
	Entscheidungshilfen	–	P19, P23, P32	–
	Screening- und Überweisungspfade	–	P19, P32	–
HF3: Behandlung und Nachsorge	Angepasste Therapien und Dosierungen	P27, P35, P44	P27, P35, P38, P44	–
	Therapiestudien	–	P9, P27, P35, P38, P44	–
	Bias-sensible Entscheidungen	P5, P16, P27, P28, P35, P38, P49	P5	–

	Behandlungsschulungen und Kommunikationskompetenz	P16, P27, P28, P30, P49	P9, P16, P30, P38	–
	Shared Decision-Making	P9, P16, P28, P30, P38, P49	–	–
	Behandlungspfade und koordinierte Nachsorge	–	P9, P16, P30, P35, P38	–
HF4: Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals	Bias-Reflexion	P4, P29, P59, P60, P61	–	–
	Gendersensible Lehrmittel	–	P41, P59, P60	–
	Verbindliche Lehrinhalte	–	P4, P13, P22, P29, P59, P60, P61	–
	Kontinuierliche Fortbildung	P4, P13, P22, P29, P60, P61	–	–
	Lehrendenqualifizierung und Evaluation	–	P13, P22, P29, P59, P60, P61	–
	Kompetenz- und Akkreditierungsstandards	–	P13, P22	P13, P22, P59, P60
HF5: Zugang und Versorgungsstrukturen	Diskriminierungsfreie Versorgung	P11, P15, P26, P47, P53, P54, P57, P62	P15, P26, P47, P50, P54, P57, P62	–
	Gesundheitskompetenz und Beratung	P15, P24, P26, P47, P50, P54, P57, P62	P10, P15, P20, P21, P24, P47, P50, P54, P57, P62	P10, P20, P21, P57
	Autonomiestärkung	P15, P21, P26, P53, P54, P57, P62	P15, P53, P54, P57, P62	P15, P20, P21, P26, P57, P62
	Normenwandel und Care-Ausgleich	P15, P20, P21, P53, P54, P57, P62	P15, P20, P21, P52, P53, P54, P57, P62	P2, P15, P20, P21, P26, P39, P40, P52, P53, P54, P55, P57, P62
	Integrierte Versorgung und Koordination	–	P10, P11, P12, P15, P20, P21, P24, P26, P37, P45, P47, P50, P51, P53, P54, P57, P62	–
	Umsetzungsmonitoring	–	P10, P12, P15, P20, P21, P45, P47, P50, P57	P15, P20, P21, P45, P57
	Abbau von Zugangsbarrieren	–	P11, P12, P15, P24, P26, P37, P47, P50, P51, P54, P57, P62	P2, P10, P15, P20, P21, P24, P26, P36, P39, P40, P45, P50, P55, P57, P62

	Gender Mainstreaming, Repräsentation und politische Rechenschaft	–	–	P10, P15, P20, P21, P24, P40, P45, P47, P50, P55, P57, P62
HF6: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation	Risikobewertung und Früherkennung	P3, P56	P3, P56	–
	Gesundheitsinformation und Awareness	P3, P18, P56	P3, P18, P56	–
	Gendertransformative Programme und Community-Einbindung	–	P18, P31, P56	P18, P31, P56
	Partizipative Programmgestaltung, Evaluation und Skalierung	–	P3, P31, P56	P31, P56
	Niederschwellige Angebote und strukturelle Prävention	–	P3, P56	P18, P56

Quelle: Eigene Darstellung

Anmerkung: Da eine Publikation mehrere HE formulieren und damit mehrfach in der Tabelle auftreten kann, beziehen sich die nachfolgenden Häufigkeiten auf Publikations-HE-Zuordnungen und nicht auf die Zahl einzigartiger Publikationen.

Tabelle 14 veranschaulicht, auf welchen Interventionsebenen die Literatur den Schwerpunkt für die Adressierung des GHG legt. Zur Bestimmung der jeweiligen Schwerpunktsetzung wurde betrachtet, wie häufig Publikationen innerhalb der verschiedenen HE der individuellen, institutionellen oder strukturellen Ebene zugeordnet wurden.

Im Bereich Forschung und Daten (HF1) setzen die HE überwiegend auf der institutionellen Ebene an. Insgesamt entfallen 51 Zuordnungen auf institutionelle, 13 auf individuelle und acht auf strukturelle Interventionen. Im Mittelpunkt stehen damit die Veränderungen wissenschaftlicher Verfahren und organisationaler Forschungspraktiken, beispielsweise eine repräsentativere Rekrutierung, differenzierte Datenauswertungen, Reportingstandards sowie der systematische Wissenstransfer. Individuelle Maßnahmen betreffen insbesondere Methodenschulungen und die Reflexion eigener Biases für das Gesundheitspersonal, während Forschungsförderung und verbindliche Vorgaben auf der strukturellen Ebene ansetzen. Ein Beispiel für eine ausdrücklich mehrstufige HE liefert Gahagan et al. (2015) (P14). Sie empfehlen einerseits Schulungen und Hilfsmittel für Forschende und Gutachter*innen und andererseits die Verankerung entsprechender Vorgaben in den Richtlinien wissenschaftlicher Fachzeitschriften (S. 3). Die Publikation wurde daher im Cluster sowohl der individuellen als auch der institutionellen Ebene zugeordnet.

Auch im Bereich Diagnostik (HF2) überwiegen institutionelle HE. Elf Zuordnungen entfallen auf die institutionelle und sechs auf die individuelle Ebene. Die institutionellen Maßnahmen betreffen insbesondere geschlechtersensible Diagnosekriterien und Referenzwerte, die Validierung diagnostischer Instrumente, klinische Entscheidungshilfen sowie Screening- und Überweisungspfade. Individuelle Interventionen richten sich demgegenüber vor allem auf das Appellieren von individueller Fortbildung des Gesundheitspersonals und die Reflexion stereotyper Symptomzuschreibungen.

Im Bereich Behandlung und Nachsorge (HF3) ist die individuelle Ebene mit 21 Zuordnungen geringfügig stärker vertreten als die institutionelle Ebene mit 19 Zuordnungen. Zahlreiche HE richten sich unmittelbar an das Handeln des Gesundheitspersonals und umfassen bias-sensible Therapieentscheidungen, die Anerkennung von Beschwerden, Kommunikationskompetenz und Shared Decision-Making. Institutionelle HE betreffen vor allem Therapiestudien, standardisierte Behandlungsansätze sowie koordinierte Behandlungspfade und Nachsorgestrukturen. Dass einzelne Publikationen HE auf unterschiedlichen Ebenen formulieren zeigen Rabinovich et al. (2024) (P44). Sie thematisieren einerseits die patient*innenbezogene Anpassung von Arzneimitteldosierungen, etwa anhand von Alter, Menstruation, Schwangerschaft oder Hormontherapie, und fordern andererseits eine breitere sexspezifische Evidenz aus klinischen Studien. Die Empfehlungen setzen damit sowohl an individuellen Therapieentscheidungen als auch an der institutionellen Wissens- und Evidenzproduktion an (S. 527).

Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals (HF4) liegt der Schwerpunkt ebenfalls auf der institutionellen Ebene. Auf diese entfallen 18 Zuordnungen im Vergleich zu elf individuellen und vier strukturellen Zuordnungen. Institutionell ausgerichtete HE betreffen insbesondere verbindliche Lehrinhalte, gendersensible Lehrmittel, die Qualifizierung von Lehrenden und die Evaluation von Bildungsangeboten. Individuelle Maßnahmen richten sich auf die Bias-Reflexion und den persönlichen Kompetenzerwerb der Gesundheitsfachkräfte, während übergeordnete Kompetenz- und Akkreditierungsstandards strukturell ansetzen. Beispielsweise fordern Fougang et al. (2025) (P13) sowohl die Ausbildung struktureller Kompetenz bei einzelnen Gesundheitsfachpersonen (individuell) als auch deren Verankerung in medizinischen Curricula (institutionelle) und gesundheitspolitischen Vorgaben (strukturell) (S.10).

Im Bereich Zugang und Versorgungsstrukturen (HF5) zeigt sich die größte Zahl und Bandbreite an HE. Mit 68 Zuordnungen ist die institutionelle Ebene am stärksten vertreten, gefolgt von der strukturellen Ebene mit 55 und der individuellen Ebene mit 30 Zuordnungen. Damit wird ersichtlich, dass eine verbesserte Versorgungsstruktur laut der analysierten Publikationen primär institutionelle und strukturelle Veränderungen benötigen. Institutionelle Maßnahmen zielen insbesondere auf eine bessere institutionelle Koordination, kultursensible Angebote und die Kontrolle der Umsetzung. Strukturelle HE betreffen den Abbau finanzieller und geografischer Barrieren, den Ausgleich von Care-Belastungen, Gender Mainstreaming, politische Repräsentation von Frauen und Minderheiten und Rechenschaftspflicht. Individuelle Maßnahmen richten sich vor allem auf Beratung und die Stärkung von Gesundheitskompetenz und Autonomie der Patient*innen. Mehrfachzuordnungen treten in diesem HF besonders häufig auf, da viele Publikationen mehrstufige Veränderungen fordern. Zambrano et al. (2026) (P62) empfehlen beispielsweise, die Stimmen und Entscheidungsmöglichkeiten von Frauen in klinischen und communitybezogenen Angeboten zu stärken (individuell, institutionell) und zugleich die zugrunde liegenden patriarchalen Machtverhältnisse und strukturellen Zugangsbarrieren zu verändern (institutionell, strukturell) (S.1).

Auch im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation (HF6) überwiegen institutionelle HE. Insgesamt entfallen 13 Zuordnungen auf die institutionelle, sieben auf die strukturelle und fünf auf die individuelle Ebene. Institutionelle Ansatzpunkte umfassen insbesondere geschlechtersensible Risikobewertungen, partizipative Programmentwicklung, Programmevaluation und niederschwellige Angebote. Individuelle HE richten sich vor allem auf verstärkte Gesundheitsinformation, Gesundheitskompetenz und persönliche Risikowahrnehmung. Strukturelle Maßnahmen zielen auf die Veränderung gesellschaftlicher Gendernormen und gesundheitsrelevanter Rahmenbedingungen. Einen stark mehrstufigen Ansatz beschreiben Levy et al. (2020) (P31). Sie diskutieren, dass erfolgreiche gendertransformative Programme mehrere Akteure und gesellschaftliche Bereiche einbeziehen, verschiedene Maßnahmen miteinander verbinden und betroffene Communities aktiv beteiligen. Außerdem betonen sie, dass Veränderungen individueller Einstellungen allein nicht ausreichen, um einen umfassenden Wandel restriktiver Gendernormen zu erreichen und dass strukturelle Veränderung auf Gesellschaftsebene notwendig sind (e234–e235). Die Publikation wurde daher bei den entsprechenden HE sowohl der institutionellen als auch der strukturellen Ebene zugeordnet.

Über alle sechs Handlungsfelder hinweg zeigt sich eine deutliche Schwerpunktsetzung auf der institutionellen Interventionsebene. In fünf der sechs Handlungsfelder überwiegen Handlungsempfehlungen, die auf Veränderungen von Organisationen, professionellen Routinen, Standards und Versorgungsabläufen abzielen. Lediglich im Bereich Behandlung und Nachsorge ist die individuelle Ebene geringfügig stärker vertreten. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass hier häufig an die Reflexion von Biases sowie an das konkrete Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten des Gesundheitspersonals appelliert wird. Neben der institutionellen Ebene kommt der strukturellen Interventionsebene insbesondere im HF5 Zugang und Versorgungsstrukturen eine zentrale Bedeutung zu. Da dieses HF zugleich den größten thematischen Schwerpunkt innerhalb der gesamten Publikationen bildet (siehe Abbildung 3 und Tabelle 12), ist den dort formulierten strukturellen Veränderungen ein besonders hohes Gewicht beizumessen. Die Ergebnisse verdeutlichen somit, dass die Reduzierung des GHG nicht allein durch Veränderungen auf individueller Ebene erreicht werden kann, sondern vor allem institutionelle Reformen und übergeordnete strukturell-politische Maßnahmen erfordert. Die vorgeschlagenen Maßnahmen richten sich in besonderem Maße auf die Veränderung von Organisationen, professionellen Routinen, Curricula, Forschungspraktiken und Versorgungsabläufen. Gleichzeitig zeigen die Mehrfachzuordnungen, dass viele Problemlagen nicht durch Interventionen auf nur einer Ebene bearbeitet werden können.

5 Diskussion

Die systematische Auswertung der internationalen Fachliteratur zeigt ein vielschichtiges, zugleich jedoch ungleich gewichtetes Bild hinsichtlich der identifizierten Handlungsfelder (HF) und beschriebenen Handlungsempfehlungen (HE) zur Verringerung des Gender Health Gap (GHG). Über die gesamte analysierte Literatur hinweg zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Beschreibung und der anschließenden Adressierung der in den Publikationen behandelten Probleme bezüglich geschlechterspezifischer Gesundheitsungleichheiten und dem GHG. Diese besteht darin, dass die Publikationen die verschiedenen Bereiche zwar im Rahmen der Problembeschreibung genau mit ihren Problemfeldern beschreiben und diese in vielen Fällen durch strukturelle, kulturelle und gesellschaftliche Machtasymmetrien erklären, die im Rahmen dieser Arbeiten definierten Ansatzpunkte jedoch meist nur institutionell oder individuell ausgerichtete HE darstellen. Die Literatur benennt also spezifische strukturelle Barrieren wie beispielsweise die ungleiche Verteilung von Care-Arbeit, gesellschaftliche Vorurteile oder Stereotype gegenüber Frauen und anderen Minderheiten oder deren institutionelle Benachteiligungen durch nicht genderkonforme Zugangsbarrieren, übersetzt diese Erkenntnisse jedoch selten in strukturelle, im Gesetz oder der Politik ansetzende, Lösungsansätze. Dies ist insofern problematisch, als das individuelle und institutionelle Maßnahmen zwar einzelne Auswirkungen des GHG abmildern können, die zugrunde liegenden gesellschaftlichen Macht- und Ungleichheitsverhältnisse jedoch unangetastet lassen und dadurch Gefahr laufen, geschlechterspezifische Gesundheitsungleichheiten langfristig zu reproduzieren (WHO, 2008).

Tabelle 14 zeigt, dass diese Diskrepanz entlang der meisten identifizierten zentralen HF zu sehen ist. Eine gewisse Ausnahme bildet das HF5 „Zugang und Versorgungsstrukturen“, in welchem einige HE, beispielsweise zum Abbau finanzieller und geografischer Barrieren sowie zur Berücksichtigung von Care-Belastung und kultursensibler Versorgung, zumindest teilweise auf struktureller Ebene ansetzen. Die verbleibenden HF beinhalten jedoch hauptsächlich HE, welche einer institutionellen oder individuellen Interventionslogik folgen. Ein veranschaulichendes Beispiel stellt das HF2 Diagnostik dar. Obwohl in der Problembeschreibung der Literatur, sowohl in den analysierten Publikationen wie auch in der Fachliteratur zum GHG im Allgemeinen (siehe Kapitel 2), erhebliche diagnostische Verzögerungen und Fehldiagnosen, sowie das Psychosomatisieren von Symptomen hinsichtlich des so genannten „Medical Gaslighting“, als gravierende und systematische Probleme für Frauen belegt sind

(Dyson, 2025; Khan et al., 2024 ;WEF, 2024; Vera et al., 2023; Westergaard et al., 2019; Samulowitz et al., 2018), wird das HF2 Diagnostik in nur sehr wenigen Publikationen des SLR als zentraler Bereich aufgefangen, weswegen nur in der analysierten Literatur vergleichsweise nur wenige HE zur Problemadressierung, welche diesen strukturellen Ungleichheiten entgegenwirken, beschrieben werden (siehe Abbildung 3 sowie Tabelle 12).

Dieses Muster der strukturellen Problembeschreibung, aber individuellen/institutionellen Problemadressierung, wird auch ersichtlich, wenn die in den Arbeiten beschriebenen Problemfelder (PF) sowie deren zugrundeliegenden Erklärungslogiken (EL) betrachtet werden. Wie Tabelle 12 zu entnehmen ist, wird der GHG über alle HF hinweg in den meisten Publikationen als datenbezogenes Wissens- und Informationsproblem (im Kontext des HF1), sowie institutionelles und organisatorisch bedingtes Zugangsproblem (im Kontext des HF5) begriffen. Die Schwerpunktsetzung der Fachliteratur auf diese HF und PF legt nahe, welche Probleme im gesundheitspolitischen Raum sichtbar gemacht werden. Sichtbar wird laut den Ergebnissen dieser Arbeit primär das Fehlen von Daten oder die mangelnde Koordination von Behandlungspfaden im Rahmen der Versorgungsstrukturen. Diese Schwerpunktsetzung spiegelt sich auch in den in Tabelle 13 dargestellten EL wider. Die meisten Publikationen greifen auf die EL4, die Wissens- und Informationslogik, oder die EL6, die institutionelle und organisationale Logik, zurück. Der GHG wird demnach überwiegend durch fehlende Daten, unzureichendes medizinisches Wissen, mangelnde Sensibilisierung sowie durch organisatorische Defizite und institutionelle Barrieren erklärt. Deutlich seltener liegt den Publikationen hingegen die EL7 zugrunde, welche den GHG als Ausdruck ungleicher gesellschaftlicher und politischer Machtverhältnisse und damit als strukturelles Problem begreift. Obwohl einzelne Arbeiten geschlechterspezifische Gesundheitsungleichheiten mit ökonomischer Ungleichheit, der ungleichen Verteilung von Care-Arbeit, diskriminierenden Geschlechternormen oder politischen Machtasymmetrien in Verbindung bringen (EL7 in HF5), bilden diese strukturellen Bedingungen nur selten den zentralen Ausgangspunkt der Erklärung. Dies kann problematisch sein, da, wie in Kapitel 2.2 beschrieben, Frauen bezugnehmend auf Ihre Gesundheit und dem Kontakt mit dem Gesundheitssystem regelmäßig benachteiligt werden, beispielsweise aufgrund ungleich verteilter Carearbeit, geschlechterspezifischer Biases und Vorurteilen, sowie verstärkter Psychosomatisierung von Symptomen und Erkrankungen durch Ärzt*innen und damit verbundener verzögerter Diagnosen und Fehldiagnosen. Wenn die Ursachen hierfür in der Fachliteratur jedoch primär in den Wissensdefiziten des

Gesundheitspersonals (EL4) und technischen Defiziten in der institutionellen Versorgungsstruktur (EL6) begründet werden, werden hauptsächlich institutionell und individuell ansetzende HE suggeriert (siehe Tabelle 13), welche nicht am zugrundeliegenden, strukturellen Problem der Machtasymmetrien und geschlechterspezifischer Vorurteile ansetzen und dementsprechend nicht diesem strukturellen Ungleichgewicht entgegenwirken. In diesem Zusammenhang beschreiben beispielsweise Risberg et al. (2009), dass die Benachteiligung von Frauen und anderen Minderheiten im medizinischen Kontext nicht nur an fehlenden Informationen und Versorgungsstrukturen liegt, sondern primär an historisch gewachsenen, patriarchal geprägten Hierarchien im Gesundheitssystem geknüpft ist (S. 2). Auch Carel und Kidd (2014) beschreiben mit ihrem medizinsoziologischen Ansatz, dass das Problem primär darin liegt, dass dem Gesundheitspersonal, insbesondere Ärzt*innen, eine gesellschaftlich geprägte, unhinterfragte Definitionsmacht zugestanden wird, während den Patient*innen, im Speziellen Frauen, die Glaubwürdigkeit über das eigene körperliche Erleben systematisch abgesprochen wird (S. 531-533).

Die Diskrepanz zwischen einer fortgeschrittenen Problemerkennung und einer deutlich begrenzteren Umsetzung zeigt sich schließlich auch in der Handhabung von sex und gender sowie Intersektionalität. Wie die Tabellen 10 und 11 verdeutlichen, betrachtet die Mehrheit der untersuchten Publikationen den GHG nicht ausschließlich als biologischen Unterschied zwischen Frauen und Männern, vielmehr werden sex und gender überwiegend voneinander unterschieden und geschlechtsspezifische Gesundheitsungleichheiten vielfach mit weiteren sozialen Dimensionen wie dem sozioökonomischen Status, Herkunft, Ethnizität oder Alter verknüpft. Darin zeigt sich zunächst, dass gesundheitliche Ungleichheiten nicht allein auf körperliche Unterschiede zurückgeführt werden, sondern auch im Zusammenhang mit sozialen Rollen, Machtverhältnissen und ungleich verteilten Ressourcen betrachtet werden. Bei einem Teil der Literatur kann jedoch festgestellt werden, dass diese Mehrdimensionalität folgenlos bleibt, da die Literatur zwar einen umfassenden Genderbegriff einführt und definiert, ihre empirische Analyse anschließend jedoch auf einen binären Vergleich von Frauen und Männern reduziert und somit nur sex, also das biologische Geschlecht, operationalisiert (P3, P11, P36, P37 sowie P2, P42, P44, P46). Dies ist problematisch, weil soziale und strukturelle Einflussfaktoren zwar theoretisch anerkannt, empirisch jedoch ausgeblendet werden und dadurch letztlich ein binäres, biologisch verkürztes Geschlechterverständnis reproduziert wird.

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der Intersektionalität, bei welcher weitere Ungleichheitsdimensionen zwar vielfach erwähnt und teilweise methodisch berücksichtigt werden, sich jedoch nur begrenzt in spezifischen HE niederschlagen, die auf das Zusammenwirken mehrerer intersektionaler Dimensionen reagieren. Exemplarisch zeigt sich dies bei der P43, in welcher die Bedeutung einer intersektionalen Betrachtung sozio-demografischer Merkmale zwar ausdrücklich anerkannt, die entwickelte „Forschungsroadmap“ jedoch bewusst auf binäre sex- und gender-Unterschiede begrenzt wird (Peters & Woodward, 2023, S. 2), sowie bei P46, welche auf die besonders starke Unterrepräsentation von Frauen ethnisch marginalisierter Gruppen hinweist, daraus jedoch keine gruppenspezifischen HE ableitet, sondern bei allgemeinen Forderungen nach einer Stärkung der Frauengesundheits- und sexspezifischen Forschung sowie deren Übertragung in Ausbildung und klinische Praxis verbleibt (Regensteiner et al., 2025, S. 4-6). Eine mögliche Erklärung für diesen abrupten Bruch stellt die Organisations- und Politiksoziologie dar, denn laut DiMaggio und Powell (1983) lässt sich dieser durch die inhärente Logik bürokratischer und neoliberaler Gesundheitssysteme erklären. Da intersektionale Lösungsansätze hochgradig komplex sind und demnach tiefgreifende, sektorübergreifende Strukturreformen, beispielsweise im Arbeitsmarkt-, Sozial-, Budget- oder Antidiskriminierungsrecht, erfordern, neigen Institutionen im Rahmen des so genannten organisationalen Isomorphismus dazu, komplexe, schlecht strukturierte gesellschaftliche Probleme so weit zu reduzieren und zu standardisieren, bis sie in das bestehende Verwaltungs- und Budgetraster passen (DiMaggio und Powell, 1983, S. 147-150). Diese Logik lässt sich auch auf die wissenschaftliche Wissensproduktion übertragen, da Forschung selbst innerhalb eines organisationalen Feldes aus Hochschulen, Förderinstitutionen, Fachzeitschriften und professionellen Standards stattfindet und sich daher häufig an etablierten, als legitim geltenden, Kategorien und Lösungsansätzen orientiert. Weiters werden Intersektionalität und Diversität laut dem Ansatz von Ahmed (2007) im Sinne einer reinen „Politik der Dokumentation“ instrumentalisiert, bei welcher das Verfassen von Berichten und Richtlinien das eigentliche Handeln ersetzt. Demnach kann das bloße Benennen und Dokumentieren mehrdimensionaler Ungleichheiten tatsächliches Handeln ersetzen, indem Institutionen zwar zeigen, dass sie ein Problembewusstsein haben, grundlegende strukturelle Veränderungen jedoch nicht umzusetzen. Auf diese Weise können bestehende institutionelle und ökonomische Verhältnisse letztlich erhalten bleiben (Ahmed, 2007, S. 594–596).

Auffällig ist bei den Ergebnissen in Bezug auf Intersektionalität auch, dass die Dimension bezüglich Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen (MmBocE) in der Literatur sehr wenig berücksichtigt wird. Wie in Kapitel 2.3.6 beschrieben, stellen MmBocE jedoch eine stark marginalisierte und benachteiligte Gruppe dar, wovon mehr Frauen als Männer betroffen sind (Mitra et al., 2022; Nakkeeran & Nakkeeran, 2018). Es stellt sich demnach die Frage, weshalb diese intersektionale Dimension in der analysierten Fachliteratur eine solch geringe Erwähnung findet. Schon vor Jahrzehnten wurde in der Fachliteratur beschrieben, dass körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen als rein individuelles, biologisches Defizit und nicht als soziale, strukturierende Ungleichheitskategorie angesehen wird (Oliver, 1990), weswegen diese marginalisierte Gruppe auch heute noch wenig Vertretung in der Literatur finden könnte. Weiter verstärkt könnte diese Annahme durch einen institutionalisierten Ableismus werden, welcher beschreibt, dass MmBocE oft aus empirischen Studiendesigns systematisch ausgeschlossen werden, da sie als störende Verzerrungsfaktoren gewertet werden (Campbell, 2013, S. 5-6). Ansätze der feministischen Disability Studies belegen in diesem Zusammenhang noch weiter, dass sich Sexismus und Ableismus im Gesundheitssystem wechselseitig verstärken und spezifische Diskriminierungsformen hervorbringen (Garland-Thomson, 2002, S. 5-7), wodurch gerade die am stärksten vulnerablen Gruppen, mitunter Frauen mit einer Behinderung und/oder chronischen Erkrankung, unsichtbar bleiben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es entlang des Großteils der analysierten Literatur eine starke Diskrepanz zwischen der Problembeschreibung und -behandlung gibt. Die meisten definierten HE setzen auf einer institutionellen, teilweise auch individuellen Interventionslogik an, wodurch die Verantwortung für die Reduzierung des GHG weg von strukturellen Änderungen und somit den politischen Akteuren hin zu einzelnen Individuen und Institutionen im System verlagert wird. Die Ergebnisse dieser Arbeit suggerieren demnach, dass der GHG primär durch mehr Wissen und optimierte Abläufe innerhalb der bestehenden Institutionen (Forschungszentren, medizinische Versorgungsstrukturen, etc.) gelöst werden könne. Dem gegenüber stehen jedoch unterschiedliche soziologische und sozialwissenschaftliche Ansätze, welche diese Schlussfolgerung in Frage stellen. Laut FitzGerald und Hurst (2017) sowie Gerlinger (2021) liegt der langfristigen, nachhaltigen Reduzierung des GHG ein stark strukturelles Problem zugrunde, da Gesundheitssysteme, welche aus wirtschaftlichen Gründen auf Effizienz und Fallpauschalen ausgerichtet sind, einen extremen Zeitmangel erzeugen. Dieser führt im klinischen Alltag für das medizinische Personal nachweislich zu einem hohen Leistungsdruck, was wiederum dazu führt, dass

beispielsweise Ärzt*innen oder Krankenpfleger*innen vermehrt auf stereotype Vorurteile und unbewusste Denkmuster zurückgreifen (FitzGerald & Hurst, 2017, S. 9–12; Gerlinger, 2021, S. 50–51). Ein individuelles Kommunikations- und Sensibilisierungstraining für Ärzt*innen ist beispielsweise nicht ausreichend, um den GHG systematisch zu adressieren, wenn die strukturellen Rahmenbedingungen der Institution eine zeitintensive und geschlechtersensible Untersuchung wirtschaftlich bestrafen. Dies könnte auch der Grund dafür sein, warum trotz jahrzehntelanger Evidenz zum GHG bisher nur in geringem Maße konkrete politische Maßnahmen umgesetzt oder evaluiert wurden (Chilet-Rosell & Gernandez-Aguado, 2022; Crespí-Lloréns et al., 2021). HE müssten demnach verstärkt bei echten strukturellen Veränderungen ansetzen, indem in die bestehende politische und institutionelle Verteilung von Macht und Ressourcen eingegriffen und der Staat verpflichtet wird, Mittel aufzuwenden, um die sozialen Ursachen von gesundheitsbezogenen Ungleichheiten grundlegend zu verändern (Risberg et al., 2009, S. 5–6). Bei individuell oder institutionell angesetzten HE, wie unverbindlichen Schulungen des Gesundheitspersonals, besteht in der Praxis die Gefahr, dass sie lediglich als politisches Ventil fungieren. Sie erlauben es den Verantwortlichen, Problembewusstsein zu signalisieren, ohne die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Grundlagen des Gesundheitssystems infrage stellen zu müssen. Ein solches Vorgehen deckt sich mit der Kritik von Hankivsky (2012), welche argumentiert, dass gesundheitspolitische Ansätze, die den Fokus rein auf das Individuum legen, an den eigentlichen strukturellen und makroökonomischen Ursachen vorbeigehen und diese somit maskieren (S. 1714–1715). Solche Maßnahmen können laut Hankivsky (2012) sogar dazu beitragen, die bestehenden Hierarchien im System zu verfestigen, anstatt sie aufzubrechen (S. 1717). Das Problem bleibt so zwar bearbeitbar, wird aber strukturell nicht gelöst.

Der zentrale Beitrag der vorliegenden Arbeit liegt in der systematischen Analyse und Aufbereitung der in der wissenschaftlichen Literatur identifizierten Ansatzpunkte und Handlungsempfehlungen zur Adressierung des GHG. Es konnte durch die Analyse der Nutzung und Differenzierung der Begriffe „gender“ und „sex“, der Berücksichtigung von Intersektionalität, der Identifizierung von HF und PF sowie EL und Interventionslogiken, gezeigt werden, dass im aktuellen Forschungsstand zwar ein Problembewusstsein für die mehrdimensionalen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten existiert, diese analytische Tiefe jedoch derzeit noch nicht in praxisrelevante Empfehlungen für die Umsetzung übergeht. Es präzisiert sich demnach die in Anlehnung an Crespí-Lloréns et al. (2021) sowie Chilet-Rosell und Hernández-

Aguado (2022) beschriebene Forschungslücke in Kapitel 1.1. Eine Forschungslücke besteht nicht nur in der Behandlung und Bearbeitung von bestehenden gesundheitspolitischen Ansatzpunkten und HE, sondern im Fehlen von HE, welche die in der Literatur selbst identifizierten strukturellen Machtasymmetrien tatsächlich aufgreifen. Zukünftige Forschung sollte sich daher der Frage widmen, wie diese fundierten theoretischen Erkenntnisse in strukturelle gesundheitspolitische Maßnahmen übersetzt werden können, ohne die Verantwortung zur Reduzierung des GHG erneut auf eine reine institutionelle oder individuelle Symptombekämpfung abzuwälzen.

Um die Aussagekraft dieser Ergebnisse richtig einzuordnen, müssen zudem die Limitationen der vorliegenden Arbeit offengelegt werden. Eine erste Einschränkung betrifft die Zugänglichkeit der wissenschaftlichen Texte. Rund ein Viertel aller potenziell relevanten Arbeiten konnte nach der Übernahme vom Titel- und Abstractscreening im Volltext nicht gesichtet werden, da sie trotz intensiver Recherche hinter Bezahlschranken lagen und nicht frei zugänglich waren. Dieser Ausschluss stellt eine potenzielle Verzerrung der Ergebnisse und Aussagekraft dieser Arbeit dar, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass gerade in diesen Arbeiten innovative Ansätze diskutiert wurden. Zudem war die Suche auf deutsche und englische Publikationen beschränkt, was zu einem starken westlichen Fokus führt. Die Ergebnisse spiegeln fast ausschließlich die Situation in OECD-Ländern wider und lassen sich nur bedingt auf Länder des Globalen Südens übertragen, in denen durchaus andere Probleme den Alltag bestimmen und in welchen auch andere Bereiche den GHG stärker prägen. Auch die Art der untersuchten Literatur muss kritisch reflektiert werden. Ein Drittel der Arbeiten basiert auf narrativen Literaturübersichten, die teilweise geringeren methodischen Standards folgen und das Risiko einer selektiven Auswahl bergen.

Die Implikationen dieser methodischen Grenzen verweisen direkt auf den zukünftigen Forschungs- und gesundheitspolitischen Analysebedarf. Dieses SLR verdeutlicht, dass die internationale Fachliteratur im Kontext des GHG und PHG den Fokus sehr stark auf institutionelle Lösungen in hochgradig bürokratisierten Gesundheitssystemen des Westens legt, wodurch festgehalten werden kann, dass Forschungslücken bezüglich Literatur, welche sich mit den Public Health Implikationen von Menschen in anderen geografischen und gesundheitssystemischen Kontexten beschäftigt, bestehen könnten. Außerdem ergibt sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit die Notwendigkeit für zukünftige Forschung, intersektionale Dimensionen in empirischen Designs nicht nur als isolierte statistische Kontrollvariablen anzuführen, sondern verstärkt in ihrem

wechselseitigen Zusammenwirken zu erfassen. Insbesondere gilt es, verstärkt auf die intersektionale Dimension der Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen einzugehen. Künftige Publikationen und Evaluationen sollten sich außerdem der Ausarbeitung strukturell ansetzender HE, wie etwa die gesetzliche Bindung staatlicher Forschungsgelder an geschlechtergerechte Studiendesigns oder sektorübergreifende Reformen der Arbeits- und Care-Politik, widmen, um das Problem des GHG tiefgreifend zu bearbeiten und somit langfristig zu verbessern, anstatt es im administrativen Rahmen lediglich zu verwalten, ohne dass tatsächliche Veränderung passiert.

6 Conclusio

Die vorliegende Arbeit ging von der Problemstellung aus, dass der Gender Health Gap (GHG) Ausdruck ausgeprägter geschlechterspezifischer Ungleichheiten in Gesundheit und Gesundheitsversorgung ist. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen eines Structured Literature Review (SLR) untersucht, welche gesundheitspolitischen Handlungsfelder (HF) und Handlungsempfehlungen (HE) zur Adressierung des GHG in der internationalen wissenschaftlichen Literatur identifiziert werden können und auf welchen Interventionsebenen diese ansetzen, um den GHG zu reduzieren.

Die Ergebnisse zeigen, dass der GHG als vielschichtiges Problem beschrieben wird, dessen Ursachen einerseits in biologischen Unterschieden liegen, andererseits aber auch von gesellschaftlichen Geschlechterrollen und -verständnissen, sowie geschlechterbezogenen Vorurteilen und Stereotypen, geprägt ist. Ebenso konnte festgestellt werden, dass institutionelle Versorgungsstrukturen und die damit einhergehenden Zugangsbarrieren, sowie unterschiedliche Lebensbedingungen, auch einen Einfluss auf geschlechterspezifische Gesundheit haben. Vor diesem Hintergrund werden in der Literatur besonders häufig Handlungsmöglichkeiten in den Bereichen Forschung und Daten sowie in der Gestaltung von Zugangs- und Versorgungsstrukturen diskutiert. Behandlung und Nachsorge sowie die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals bilden weitere relevante HF, während Diagnostik und präventive Gesundheitsförderung vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit erhalten.

Die zentrale Erkenntnis der Arbeit liegt jedoch weniger in der Identifikation einzelner HF als in der sichtbar gewordenen Diskrepanz zwischen Problembeschreibung und Problemadressierung hinsichtlich der Interventionslogiken. Während die Literatur die Ursachen des GHG vielfach mehrdimensional und teilweise intersektional beschreibt, setzen die formulierten HE überwiegend auf individueller und institutioneller Ebene an. Häufig vorgeschlagen werden HE wie eine verbesserte Datenerhebung, die Anpassung medizinischer Leitlinien und Curricula, Sensibilisierungsmaßnahmen sowie die Optimierung klinischer Abläufe. Strukturelle Empfehlungen, welche politische und rechtliche Rahmenbedingungen verändern und bestehende, der Problematik des GHG zugrundeliegende Machtasymmetrien adressieren, bleiben demgegenüber deutlich schwächer ausgeprägt.

Damit zeigt sich, dass ein fortgeschrittenes Bewusstsein, sowohl auf der gesellschaftlichen Ebene wie auch in der Forschung, für die gesellschaftlich und sozial

geprägten Aspekte gesundheitlicher Ungleichheiten nicht automatisch in entsprechend umfassenden HE und gesundheitspolitischen Strategien übersetzt wird. Die Ergebnisse verdeutlichen auch, dass mehr Wissen, geschlechtersensible Schulungen und optimierte Versorgungsprozesse wichtige Maßnahmen darstellen, jedoch zur nachhaltigen Verringerung des GHG nicht ausreichen.

Zusammenfassend nimmt die internationale Fachliteratur den GHG zunehmend als komplexes gesundheitspolitisches Problem wahr, adressiert diese strukturellen Ursachen in den daraus abgeleiteten HE jedoch zum Großteil nur mit individuell und institutionell ansetzenden Maßnahmen und Empfehlungen. Eine nachhaltige Verringerung des GHG setzt jedoch voraus, geschlechtersensible und intersektionale Perspektiven nicht nur analytisch zu benennen, sondern verbindlich und strukturell in gesundheitspolitischen Prozessen und Rahmenbedingungen zu verankern.

Literaturverzeichnis

- Ahmed, S. (2007). 'You end up doing the document rather than doing the doing': Diversity, race equality and the politics of documentation. *Ethnic and Racial Studies*, S. 590-609. Von <https://doi.org/10.1080/01419870701356015> abgerufen
- Amand-Eeckhout, L. (2025). *At a Glance: Gender gap in health and healthcare*. EPRS | European Parliamentary Research Service. Von [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2025/769519/EPRS_ATA\(2025\)769519_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2025/769519/EPRS_ATA(2025)769519_EN.pdf) abgerufen
- An, L., Li, W., Shi, H., Zhou, X., Liu, X., Wang, H., . . . Fan, S. (2018). Gender difference of symptoms of acute coronary syndrome among Chinese patients: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs.*, S. 79-186. Von [10.1177/1474515118820485](https://doi.org/10.1177/1474515118820485) abgerufen
- Anderson, G. D. (2008). Chapter 1 Gender Differences in Pharmacological Response. *International Review of Neurobiology*, S. 1-10. Von [https://doi.org/10.1016/S0074-7742\(08\)00001-9](https://doi.org/10.1016/S0074-7742(08)00001-9) abgerufen
- Anderson, M., Schulze, K., Cassini, A., Plachouras, D., & Mossialos, E. (2019). A governance framework for development and assessment of national action plans on antimicrobial resistance. *The Lancet Infectious Diseases*, S. e371-e384. Von [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30415-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30415-3) abgerufen
- Austria, S. (2024). *Statistik Austria*. Von Statistik Austria : <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/sterbetafeln> abgerufen
- Azcona, G., Bhatt, A., Fillo, G. F., Min, Y., Page, H., & You, S. (2023). *Progress on the Sustainable Development Goals: The gender snapshot 2023*. UN Women. Von [Progress on the Sustainable Development Goals](https://www.unwomen.org/en/news/stories/2023/10/progress-on-the-sustainable-development-goals) abgerufen
- Babarczy, B., Scarlett, J., Sharma, T., & al., e. (2024). National strategies for knowledge translation in health policy-making: A scoping review of grey literature. *Health Research Policy and Systems*. Von <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01089-0> abgerufen

- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, S. 10-17. Von <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022> abgerufen
- Benz, A., Lütz, S., Schimank, U., & Simonis, G. (2007). *Handbuch Governance: Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Biddle, C., Fallavollita, J. A., Homish, G. G., Giovino, A., G., & H., O. (2019). Gender differences in symptom misattribution for coronary heart disease symptoms and intentions to seek health care. *Women Health*, S. 367-381. Von [doi:10.1080/03630242.2019.1643817](https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1643817) abgerufen
- BMASGK. (2018). *Aktionsplan Frauengesundheit: 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Von file:///C:/Users/munterle/Downloads/Aktionsplan_Frauengesundheit_01_2020.pdf abgerufen
- Boerma, T., Hosseinpoor, A. R., Verdes, E., & Chatterji, S. (2016). A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *MBC Public Health*. Von [10.1186/s12889-016-3352-y](https://doi.org/10.1186/s12889-016-3352-y) abgerufen
- Boland, A., Cherry, G., & Dickson, R. (2017). *Doing a Systematic Review: A Student's Guide*. Sage. Von https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/87631_book_item_87631.pdf abgerufen
- Bramer, W. M., de Jonge, G. B., Rethlefsen, M. L., Mast, F., & Kleijnen, J. (2018). A systematic approach to searching: an efficient and complete method to develop literature searches. *J Med Libr Assoc.*, S. 531-541. Von [10.5195/jmla.2018.283](https://doi.org/10.5195/jmla.2018.283) abgerufen
- Burgess, S., Zaman, S., Towns, C., Coylewright, M., & Cader, F. A. (2025). The underrepresentation of women in cardiovascular clinical trials: State-of-the-art review and ethical considerations. *American Heart Journal*, S. 81-92. Von <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2024.12.011> abgerufen

- Campbell, F. K. (2013). *Ableism: A Theory of Everything?* . Hamburg: Keynote: University of Hamburg. Von https://disabilitystudies.nl/sites/default/files/ableism_a_theory_of_everything_keynote_f.pdf abgerufen
- Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care and Philos*, S. 529–540. Von <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2> abgerufen
- Carrasco, B. O., Pérez Pérez, A., Menasalvas, R. E., Caraça-Valente Hernández, J. P., Prieto Santamaría, L., & A., R.-G. (2022). Drug repositioning with gender perspective focused on adverse drug reactions. *International Symposium on Computer-Based Medical Systems*. Von 10.1109/CBMS55023.2022.00084 abgerufen
- Catuara-Solarz, S., Cirillo, D., & Guney, E. (2022). Chapter 0 - Introduction: The relevance of sex and gender in precision medicine and the role of technologies and artificial intelligence. In S. Catuara-Solarz, D. Cirillo, & E. Guney, *Sex and Gender Bias in Technology and Artificial Intelligence* (S. 1-8). Elsevier. Von 10.1016/C2019-0-01682-2 abgerufen
- Charlotte, P. (2002). Socio-economic factors and death rates. *New Zealand Medical Journal*, S. 91. Von <https://www.proquest.com/openview/dafec886b6f846fd0584bcdd836dbca5/1?cbl=1056336&pq-origsite=gscholar> abgerufen
- Chen, A., Wright, H., Itana, H., Elahi, M., Igun, A., Soon, G., . . . AR, F. E. (2018). Representation of Women and Minorities in Clinical Trials for New Molecular Entities and Original Therapeutic Biologics Approved by FDA CDER from 2013 to 2015. *J Womens Health*, S. 418-429. Von 0.1089/jwh.2016.6272 abgerufen
- Chen, E. H., Shofer, F. S., Dean, A. J., Hollander, J. E., Baxt, W. G., Robey, L. R., . . . Mills, A. M. (May 2008). Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med*. Von 10.1111/j.1553-2712.2008.00100.x abgerufen
- Chilet-Rosell, E., & Hernandez-Aguado, I. (2022). Solving gender gaps in health, waht else is missing? *Gaceta Sanitaria*, S. 45-47. Von <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.002> abgerufen

- Clarke, G. M., Conti, S., Wolters, A. T., & Steventon, A. (2019). Evaluating the impact of healthcare interventions using routine data. *BMJ*. Von <https://doi.org/10.1136/bmj.l2239> abgerufen
- Crespí-Lloréns, N., Hernández-Aguado, I., & Chilet-Rosell, E. (2021). Have Policies Tackled Gender Inequalities in Health? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Von 10.3390/ijerph18010327 abgerufen
- Di Lego, V. (August 2023). Uncovering the gender health data gap. *PERSPECTIVES*. Von <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN065423> abgerufen
- Dimaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, S. 147-160. Von https://www.researchgate.net/publication/246481910_The_Iron_Cage_Revisited_Institutional_Isomorphism_and_Collective_Rationality_in_Organizational_Fields abgerufen
- Dyson, K. (2025). Misdiagnosed, dismissed, ignored: the women's health crisis. *Perspectives*. Von [https://www.thelancet.com/journals/lanogw/article/PIIS3050-5038\(25\)00115-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanogw/article/PIIS3050-5038(25)00115-3/abstract) abgerufen
- Educare, N. (2023). *Expertise zur Qualität in elementarpädagogischen Bildungseinrichtungen*. Wien. Von http://www.edu-care.at/wp-content/uploads/2023/10/expertise-zur-qualitat-in-elementarpadagogischen-bildungseinrichtungen-in-osterreich-23_10_2023.pdf abgerufen
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*, S. 1-18. Von <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8> abgerufen
- Gaiswinkler, S., Antony, D., & Delcour, J. e. (2022). *Frauengesundheitsbericht 2022*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Von https://broschuerenservice.sozialministerium.gv.at/Home/Download?publicationId=851&attachmentName=Gender_Gesundheitsbericht_Schwerpunkt_2024_Sexuelle_und_reproduktive_Gesundheit.pdf abgerufen

- Galea, L. A., & Parekh, R. S. (Juni 2023). Ending the neglect of women's health in research. *BMJ*. Von <https://doi.org/10.1136/bmj.p1303> abgerufen
- Garland-Thomson, R. (2002). Integrating Disability, Transforming Feminist Theor. *Feminist Formations*, S. 1-32. Von 10.1353/nwsa.2003.0005 abgerufen
- Gerlinger, T. (2021). Gesundheitspolitik zwischen Markt und Staat. 48-61. Von <https://www.bing.com/ck/a?!&p=c8551c6ab4da1a1974e549c8989f11bd45da7d96c19401c05e282b42727d2589JmltdHM9MTc4MjYwNDgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=17b8fc38-94be-6430-34d1-ea3a95786565&psq=Gerlinger%2c+T.+gesundheitspolitik+zwischen+macht+und+staat&u=a1aHR0cHM6> abgerufen
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Routledge. Von <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identfierValue=10.4324/9780203793206&type=googlepdf> abgerufen
- Gómez-Costilla, P., García-Prieto, C., & Somarriba-Arechavala, N. (2022). Aging and Gender Health Gap: A Multilevel Analysis for 17 European Countries. *Social Indicators Research*, S. 1051–1069. Von <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02595-2> abgerufen
- Green, L. (2021). *HYSTERIA AND ITS DESCENDANTS: A HISTORY OF GENDERED WASTEBASKET Diagnoses*. Von <https://prod-ms-be.lib.mcmaster.ca/server/api/core/bitstreams/281c037b-3e0c-42ad-8081-559d8ff1e875/content> abgerufen
- Greer, S. L., Wismar, M., & Figueras, J. (2016). *Strengthening health system governance: better policies, stronger performance*. European Observatory on Health Systems and Policies. Von <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance> abgerufen
- Griebler, R., Straßmayr, C., Mikšová, D., Link, T., & Nowak, P. u.-M. (2021). *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege. Von <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/08/hls19-at-bericht-bf.pdf> abgerufen

- Gualtierotti, R. (April 2025). Bridging the gap: Time to integrate sex and gender differences into research and clinical practice for improved health outcomes. *European Journal of Internal Medicine*, S. 9-16. Von <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2025.01.030> abgerufen
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, S. 1712-1720. Von [10.1016/j.socscimed.2011.11.029](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029) abgerufen
- Hankivsky, O., Grace, D., & Hunting, G. e. (2014). An intersectionality-based policy analysis framework: critical reflections on a methodology for advancing equity. *International Journal for Equity in Health*. Von <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0119-x> abgerufen
- Heidari, S. B., De Castro, P., Tort, S., & Curno, M. (2016). Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity and Peer Review*. Von [10.1186/s41073-016-0007-6](https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6) abgerufen
- Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., & Stavropoulou, M. e. (Juni 2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, S. 2440-2454. Von [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X) abgerufen
- Himmelbauer, C. (Januar 2025). Methoden zur Förderung von Selbstwert. Graz. Von <https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/12127520> abgerufen
- Hsieh, N., & Ruther, M. (2016). Sexual Minority Health and Health Risk Factors: Intersection Effects of Gender, Race, and Sexual Identity. *American Journal of Preventive Medicine*, S. 746-755. Von <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.11.016> abgerufen
- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., . . . Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human Reproduction*, S. 3412-3416. Von <https://doi.org/10.1093/humrep/des316> abgerufen
- Jalali, S., & Wohlin, C. (2012). Systematic Literature Studies: Database Searches vs. Presented at the ESEM '12: Proceedings of the ACM, (S. 29-38). Sweden.

- Kapilashrami, A., & Hankivsky, O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet Journal*, S. 2589-2591. Von [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31431-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31431-4/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email) abgerufen
- Khaledian, Z., Tajvar, M., Takian, A., Yaseri, M., Hajizadeh, M., & Olyaeemanesh, A. (2025). Addressing gender inequalities in health: a comprehensive framework for policy and practice. *Discover Social Science Health* . Von <https://doi.org/10.1007/s44155-025-00266-6> abgerufen
- Khan, K., Tariq, N., & Majeed, S. (März 2024). Psychological Impact of Medical Gaslighting on Women: A Systematic Review. *Journal of Professional & Applied Psychology*, S. 110-125. Von 10.52053/jpap.v5i1.249 abgerufen
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Von <https://iris.who.int/handle/10665/326429> abgerufen
- Kirkman, M., Honda, T., McDonald, S. J., Green, S., Walker-Bone, K., Winship, I., & Fisher, J. R. (2025). Consideration of sex and gender: an analysis of Australian clinical guidelines. *Medical Journal of Australia*, S. 205-209. Von <https://doi.org/10.5694/mja2.52602> abgerufen
- Kumari Campbell, F. (2009). *Contours of Ableism: The Production of Disability and Abledness*. Springer. Von <https://link.springer.com/book/10.1057/9780230245181> abgerufen
- Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., & Arreola-Ornelas, H. e. (2015). Women and Health: the key for sustainable development. *The Lancet*, S. 1165 - 1210. Von [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60497-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60497-4/fulltext) abgerufen
- Lindeman, T. (2023). *LEED: Destroying Myths and Misogyny in Endometriosis Care*.
- Lopez, R., Snair, M., Arrigain, S., Schold, J., Hustey, F., Walker, L., & Phelan, M. (2021). Sex-based differences in timely emergency department evaluations for patients with drug poisoning. *Public Health*, S. 57-64. Von <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.011> abgerufen

- Macintyre, A. K., Shipton, D., Sarica, S., Scobie, G., Craig, N., & McCartney, G. (2024). Assessing the effects of population-level political, economic and social exposures, interventions and policies on inclusive economy outcomes for health equity in high-income countries: a systematic review of reviews. *Systematic Reviews*. Von <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02429-5> abgerufen
- Maclean, N. J. (2025). *How to search Scopus: Truncation & wildcards: Truncation & wildcards*. Von University of Manitoba: <https://libguides.lib.umanitoba.ca/scopus> abgerufen
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity. Von <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/health-equity-in-england-the-marmot-review-10-years-on-0> abgerufen
- Marrie, R. A., Pattern, S. B., & Tremlett, H. e. (2016). Sex differences in comorbidity at diagnosis of multiple sclerosis: A population-based study. *Neurology*, S. 1279-1286. Von <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002481> abgerufen
- Massie, J. P., Cho, D. Y., Kneib, C. J., Sousa, J. D., Morrison, S. D., & Friedrich, J. F. (2021). A Picture of Modern Medicine: Race and Visual Representation in Medical Literature. *Journal of the National Medical Association*, S. 88-94. Von <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.07.013> abgerufen
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, S. 351-377. Von [10.1177/109019818801500401](https://doi.org/10.1177/109019818801500401) abgerufen
- Mitra, M., Long-Bellil, L., Moura, I., Miles, A., & Kaye, H. S. (2022). Advancing Health Equity And Reducing Health Disparities For People With Disabilities In The United States. *Health Affairs*. Von <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00499> abgerufen
- Moley, K. (2024). *Closing the gender health gap is a \$1 trillion opportunity*. biopharmadealmakers. Von <https://doi.org/10.1038/d43747-024-00021-x> abgerufen

- Murga-Eizagaetxebaria, & al., e. (2019). The Gender Perspective Within the OFRECE Study: Differences in Health Care Among Patients Consulting for Chest Pain and/or Palpitations. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. Von 10.1016/j.rec.2018.11.021 abgerufen
- Nakkeeran, N., & Nakkeeran, B. (2018). Disability, mental health, sexual orientation and gender identity: understanding health inequity through experience and difference. *Health Research Policy and Systems*, S. 10-19. Von <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0366-1> abgerufen
- Nazroo, J. Y., & Williams, D. R. (2005). The social determination of ethnic/racial inequalities in health: Second Edition. In M. Marmot, & R. G. Wilkinson, *Social Determinants of Health* (S. 238–266). Oxford: Oxford Press.
- NLM. (2024). *PubMed Update: Wildcard Search Improvements*. Von NLM: National Library of Medicine: https://www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/mj24/mj24_pubmed_wildcard.html?utm_source=chatgpt.com abgerufen
- NLM. (2026). *PubMed User Guide*. Von NLM: National Library of Medicine: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/help/?utm_source=chatgpt.com#tiab abgerufen
- Norris, M., Burke, E., Comaskey, F., Connolly, M., & al., e. (2025). A review of national public health strategies in selected countries. *Public Health*. Von 10.3389/fpubh.2025.1391795 abgerufen
- OECD. (2025). *Gender Equality in a Changing World: Taking Stock and Moving Forward*. Paris: OECD Publishing. Von <https://doi.org/10.1787/e808086f-en> abgerufen
- Oliver, M. (2009). The Cultural Production of Impairment and Disability. In M. Oliver, *The Politics of Disablement*. (S. 12-20). London: Macmillan Education. Von <https://de.scribd.com/document/740879802/The-Politics-of-Disablement> abgerufen
- Op De Beeck, E. (2025). Bridging the gap in health research: the role of Community Researchers. *European Journal of Public Health*. Von <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf180.298> abgerufen

- Overweg, C., & Weiland, A. (Juli 2025). *Gender Health Gap*. Von Bundesstiftung Gleichstellung: <https://www.bundesstiftung-gleichstellung.de/gleichstellungsindikatoren-und-gender-gaps-wie-koennen-wir-gleichstellung-messen/gender-health-gap/> abgerufen
- Overweg, C., & Weiland, A. (Juli 2025). *Gender Health Gap*. Von Bundesstiftung Gleichstellung: <https://www.bundesstiftung-gleichstellung.de/gleichstellungsindikatoren-und-gender-gaps-wie-koennen-wir-gleichstellung-messen/gender-health-gap/> abgerufen
- Ozgor, B. Y., Azamat, S., Berkay, E. G., Türeli, D., Ozdemir, I., Topaloglu, S., & Kocaturk, A. (2023). Epidemiology of Endometriosis Awareness in Turkey. *Cureus*. Von 10.7759/cureus.37536 abgerufen
- Page, M. J., & Moher, D. e. (29. März 2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. Von <https://doi.org/10.1136/bmj.n160> abgerufen
- Pfabigan, J., Pentz, R., Teufl, L., Winkler, R., Gruber, G., & Gaiswinkler, S. (2024). Bridging gaps: A closer look at the health of sexual and gender minorities in Austria. *European Journal of Public Health*. Von <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.2270> abgerufen
- Rajendran, A., Minhas, A. S., Kazzi, B., Varma, B., Choi, E., Thakkar, A., & Michos, E. D. (Septmber 2023). Sex-specific differences in cardiovascular risk factors and implications for cardiovascular disease prevention in women. *Atherosclerosis*. *Author manuscript*. Von 10.1016/j.atherosclerosis.2023.117269 abgerufen
- Rayyan. (2026a). *Getting Started with Rayyan*. *Rayyan Help Center*. Von Rayyan: <https://help.rayyan.ai/hc/en-us/articles/22697630697617-Getting-Started-with-Rayyan> abgerufen
- Rayyan. (2026b). *How to Detect and Manage Duplicates in Rayyan*. Von Rayyan: https://help.rayyan.ai/hc/en-us/articles/46779581890961-How-to-Detect-and-Manage-Duplicates-in-Rayyan?utm_source=chatgpt.com abgerufen
- Regitz-Zagrosek, V., & Seeland, U. (2013). Sex and Gender Differences in Clinical Medicine. In V. Regitz-Zagrosek, *Sex and Gender Differences in Pharmacology*.

- (S. 3-22). Berlin: Springer. Von https://doi.org/10.1007/978-3-642-30726-3_1 abgerufen
- Ridley, D. (2012). *The literature review: a step-by-step guide for students*. Los Angeles: Sage.
- Risberg, G., Johansson, E., & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *Int J Equity Health*. Von <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-28> abgerufen
- RKI. (3. März 2025). *Geschlecht und Gesundheit*. Von Robert Koch Institut: <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/G/Geschlecht-Gesundheit/geschlecht-gesundheit-node.html> abgerufen
- RKI. (01. 06 2026). *Public Health – Mehr Gesundheit für alle*. Von Robert Koch Institut: <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Public-Health/public-health-node.html> abgerufen
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (Februar 2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*. Von <https://doi.org/10.1155/2018/6358624> abgerufen
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model: A "how to" guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, 120-132. Von <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008> abgerufen
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). *nequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. . WHO. Von https://archive.ids.ac.uk/gheh/resources/papers/wgekn_final_report.pdf abgerufen
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, S. 333-339. Von <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039> abgerufen

- Solar, O., & Irwin, A. A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Von https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852?utm_source=chatgpt.com abgerufen
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganal, K. e. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the. *European Journal of Public Health*, S. 1053–1058. Von 10.1093/eurpub/ckv043 abgerufen
- Stensland, B. A. (2024). *All in your head – writing the female experience of multiple sclerosis*. Von <file:///C:/Users/munterle/Downloads/Barbara%20Ann%20Stensland%20PhD%20Figshare.pdf> abgerufen
- Teunissen, T. A., Rotink, M. E., & Lagro-Janssen, A. L. (April 2016). Gender differences in quality of care experiences during hospital stay: A contribution to patient-centered healthcare for both men and women. *Patient Education and Counseling*, S. 631-637. Von <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.033> abgerufen
- Thoma, M., Froehlich, L., Hattesohl, D., Quante, S., Jason, L., & Scheibenbogen, C. (2023). Why the Psychosomatic View on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Is Inconsistent with Current Evidence and Harmful to Patients. *medicina*. Von 10.3390/medicina60010083 abgerufen
- Thomas, N., Gurvich, C., Huang, K., Gooley, P. R., & Armstrong, C. W. (Juli 2022). The underlying sex differences in neuroendocrine adaptations relevant to Myalgic Encephalomyelitis Chronic Fatigue Syndrome. *Frontiers in Neuroendocrinology*. Von <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2022.100995> abgerufen
- Toledo Chávarri, A., González Ramos, A., & Benazizi Dahbi, I. (2025). Integration of Sex and Gender in Clinical Practice Guidelines. *European Journal of Public Health*. Von <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1952> abgerufen
- Tranfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review. *British Journal of Management*, S. 207-222. Von <https://doi.org/10.1111/1467-8551.00375> abgerufen

- Turner, B. E., Steinberg, J. R., Weeks, B. T., Rodriguez, F., & Cullen, M. R. (2022). Race/ethnicity reporting and representation in US clinical trials: A cohort study. *The Lancet Regional Health - Americas*. Von [10.1016/j.lana.2022.100252](https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100252) abgerufen
- Van Wee, B., & Banister, D. (2016). How to Write a Literature Review Paper? *Transport Reviews*, S. 278-288. Von <https://doi.org/10.1080/01441647.2015.1065456> abgerufen
- van Wijk, C. M., van Vilet, K. P., & Kolk, A. M. (September 1996). Gender perspectives and quality of care: Towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, S. 707-720. Von [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(96\)00115-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00115-3) abgerufen
- Vera, R., J.-V. O., Safont-Aguilera, M. J., & Ayala de la Peña, F. (2023). Sex differences in the diagnosis, treatment and prognosis of cancer: *Clinical and Translational Oncology*, S. 2069–2076. Von <https://doi.org/10.1007/s12094-023-03112-w> abgerufen
- Webster, J., & Watson, R. (2002). Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review. *MIS Quarterly*, S. 8–23. Von <https://www.jstor.org/stable/4132319> abgerufen
- WEF. (2024). *Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies*. World Economic Forum. Von <https://www.weforum.org/reports/closing-the-women-s-health-gap-a-1-trillion-opportunity-to-improve-lives-and-economies> abgerufen
- Westergaard, D., Moseley, P., Sørup, F. K., Baldi, P., & Brunak, S. (April 2019). Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *nature communications*. Von <https://doi.org/10.1038/s41467-019-08475-9> abgerufen
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. WHO. Von <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> abgerufen

- WHO. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. World Health Organization. Von <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908> abgerufen
- WHO. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization. Von <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866> abgerufen
- WHO. (2022). *World report on the health of refugees and migrants*. World Health Organization. Von <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462> abgerufen
- WHO. (6. Mai 2025). *Social determinants of health*. Von World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health> abgerufen
- WHO. (2025a). *NAPHS for all: A country implementation guide for national action plan for health security (NAPHS)*. WHO. Von <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/598c76fa-0bfb-4a44-b58a-9339b54d8d1d/content> abgerufen
- WHO. (8. April 2026). *Health systems governance*. Von World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1 abgerufen
- Wien, M. U. (2024). *Frauen leben deutlich länger in schlechter Gesundheit als Männer*. Wien: Medizinische Universität Wien. Von <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/2024/news-im-maerz-2024/frauen-leben-deutlich-laenger-in-schlechter-gesundheit-als-maenner/> abgerufen
- Wolfswinkel, J., Furtmueller, E., & Wilderom, C. (2013). Using grounded theory as a method for rigorously reviewing literature. *European Journal of Information Systems*, S. 45–55. Von <https://doi.org/10.1057/ejis.2011.51> abgerufen
- Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: Potential benefits, limitations, and. *Education And Debate*, S. 527–530. Von <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7182.527> abgerufen
- WoS. (2025). *Search Rules*. Von Clarivate: Web of Science Help Center: <https://webofscience.zendesk.com/hc/en-us/articles/25350084904721->

Search-

Rules?utm_source=chatgpt.com#h_01HET372DQRGSBW9543T964G2G
abgerufen

Xiao, Y., & Watson, M. (2019). Guidance on Conducting a Systematic Literature Review. *Journal of Planning Education and Research*, S. 93–112. Von <https://doi.org/10.1177/0739456X1772397> abgerufen

Zeeman, L., Sherriff, N., & Browne, K. e. (2018). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, S. 974–980. Von <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226> abgerufen

Zheng, L., & Rainer, A. (2022). *Auto-Search Reproducibility Analysis*. Von <https://arxiv.org/pdf/2211.00361> abgerufen

Anhang

Tabelle 15: Übersichtstabelle der inkludierten finalen Publikationen aus dem SLR

Nummerierung der Publikation	Jahr	Autor*innen	Publikationstyp	Methodik	Geografischer Kontext	Thematischer Fokus
P1	2025	Aninye, Chew & Goulmamine	Kommentar/Perspective	Forschungsagenda / Expert*innenpriorisierung	USA	Women's Health Research
P2	2026	Barbuscia et al.	Journal Article	quantitativ: Sekundärdatenanalyse	Spanien	Elternschaft & Gesundheit
P3	2018	Bird et al.	Journal Article	quantitativ: Sekundärdatenanalyse	USA; vier Metropolregionen	Präventive Kardiologie
P4	2023	Carrilero et al.	Journal Article	qualitativ: Fokusgruppen	Spanien; Katalonien	Pädiatrische Versorgung
P5	2021	Centola et al.	Journal Article	quantitativ: Online-Experiment	USA	Bias in Behandlungsentscheidungen
P6	2020	Cislaghi, Weber, Gupta & Darmstadt	Kommentar/Perspective	konzeptioneller Beitrag	Global / international	Gendernormen
P7	2022	Cislaghi et al.	Journal Article	quantitativ: Survey-Analyse	Global / mehrere Länder	Adolescent Health
P8	2026	Costa et al.	Review	SLR	International; starker Bezug zu Spanien/Europa	Alter & Gender
P9	2025	Coutinho et al.	Policy Artikel	Literature Review	Überwiegend USA / international	Kardiale Rehabilitation
P10	2021	Crespi-Lloréns, Hernández-Aguado & Chilet-Rosell	Review	Scoping Review	International / mehrere Länder	Gesundheitspolitik
P11	2021	Daher et al.	Journal Article	quantitativ: Sekundärdatenanalyse	USA	Healthcare Access
P12	2026	Fakkal et al.	Journal Article	quantitativ: Survey	29 Länder / sechs Kontinente	Healthcare Access
P13	2025	Fougang, Mpofu & Wepa	Review	SLR	International; Schwerpunkt Ausbildung	Structural Competency
P14	2015	Gahagan, Gray & Whynacht	Kommentar/Perspective	Kommentar	Kanada / international	Forschungsreporting
P15	2023	Ginsburg et al.	Policy Artikel	Literature Review / Policy Analyse	Global	Krebs & Gender
P16	2023	Göttgens et al.	Journal Article	qualitativ: Fokusgruppen	Niederlande	Parkinson-Versorgung
P17	2025	Green, Templeton & Bassett	Review	SLR	International; Orthopädie	Forschung & Orthopädie
P18	2019	Gupta et al.	Policy Artikel	narrative evidenzbasierte Synthese	Global	Gender Equality
P19	2025	Hartnett, MacHale & Duffy	Review	Narrativer Review	International; klinischer Fokus	Mental Health
P20	2025	Hawkes et al.	Policy Artikel	Lancet Commission / evidenzbasierte Synthese	Global	Gender Justice
P21	2019	Hay et al.	Policy Artikel	Mixed Methods: Reviews, Fallstudien, Analyse	Global	Gesundheitssysteme
P22	2025	de Heer-Koster et al.	Journal Article	Delphi-Studie	Europa und Nordamerika	Medizinische Ausbildung
P23	2026	Heitkemper et al.	Review	Narrativer Review	International; klinischer Fokus	DGBI / Gastroenterologie

Nummerierung der Publikation	Jahr	Autor*innen	Publikationstyp	Methodik	Geografischer Kontext	Thematischer Fokus
P24	2024	Jackson et al.	Review	Narrativer Review	Australien	Schwangerschaft & Medikamente
P25	2023	Kaufmann et al.	Policy Artikel	konzeptioneller Policy-Beitrag	Global / WHO-Kontext	Sex/Gender-Daten
P26	2024	Kaur et al.	Review	Narrativer Review	USA und Kanada	Kardiovaskuläre Disparitäten
P27	2022	Kim et al.	Review	Narrativer Review	Kanada / international	Kardiovaskulärer Bias
P28	2026	Kokab et al.	Review	Literature Review	Vereinigtes Königreich	Reproduktive Gesundheit
P29	2023	Labaka et al.	Journal Article	quantitativ: Pre-/Post-Erhebung	Spanien; Baskenland	Pflegeausbildung
P30	2026	Labaka et al.	Review	Concept Analysis / Literature Review	International; Pflege	Gender-sensitive Nursing
P31	2020	Levy et al.	Review	SLR	Global; Programme in mehreren Regionen	Gender-transformative Programme
P32	2025	Maas et al.	Review	Narrativer Review	International; Europa/USA-Bezug	Ischämische Herzkrankheit
P33	2020	Mauvais-Jarvis et al.	Review	Narrativer Review	Global / international	Sex & Gender Medicine
P34	2020	Lett, Dowshen & Baker	Journal Article	quantitativ: Survey-Analyse	USA	Intersektionalität
P35	2023	Merdji et al.	Review	Narrativer Review	International; Intensivmedizin	Intensivmedizin
P36	2020	Mondal & Dubey	Journal Article	quantitativ: Sekundärdatenanalyse	Indien	Gesundheitsausgaben
P37	2020	Mondschein, Quinteros & Yankovic	Journal Article	quantitativ: Sekundärdatenanalyse	Chile	Wartezeiten
P38	2024	Mulvagh et al.	Review	Narrativer Review	Kanada; internationaler Kontext	Frauenherzgesundheit
P39	2020	O'Neil et al.	Review	Narrativer Review	International	Sozioökonomische Position
P40	2017	Palència et al.	Policy Artikel	Policy Analyse: Review, empirische Analysen, Fallstudien	Europa	Gender Policies
P41	2017	Parker, Larkin & Cockburn	Journal Article	Inhaltsanalyse	Australien; Lehrbücher international	Medizinische Ausbildung
P42	2024	Patwardhan et al.	Journal Article	quantitativ: Sekundärdatenanalyse	Global; sieben Weltregionen	Disease Burden
P43	2023	Peters & Woodward	Policy Artikel	Roadmap / methodischer Framework-Beitrag	International	Sex/Gender-Forschung
P44	2024	Rabinovich-Nikitin, Liu & Kirshenbaum	Review	Narrativer Review	International; klinisch-pharmakologisch	Kardiovaskuläre Pharmakotherapie
P45	2022	Reeves, Brown & Hanefeld	Journal Article	quantitativ: länderübergreifende Analyse	49 europäische Länder	Politische Repräsentation
P46	2025	Regensteiner et al.	Kommentar/Perspective	Call to Action / narrative Synthese	USA mit globalem Anspruch	Women's Health Forschung
P47	2021	Riggirozzi	Journal Article	qualitativ: Feldforschung, Workshops/Fokusgruppen	Brasilien	SRHR & Rechte

Nummerierung der Publikation	Jahr	Autor*innen	Publikationstyp	Methodik	Geografischer Kontext	Thematischer Fokus
P48	2022	Samaei, McGregor & Jenkins	Policy Artikel	Policy Analyse / Literature Review	USA	Klinische Studien
P49	2018	Samulowitz et al.	Review	Literature Review	Überwiegend westliche Gesundheitssysteme	Chronischer Schmerz
P50	2026	Sarri et al.	Kommentar/Perspective	Perspective / Aktionsplan	Global	Health Equity
P51	2017	Shaw et al.	Review	State-of-the-Art Review	USA	Kardiovaskuläre Versorgung
P52	2025	Sun, Xia & Zhang	Journal Article	quantitativ: Paneldatenanalyse	China	Motherhood Penalty
P53	2025	Tinner & Alonso Curbelo	Journal Article	qualitativ: Interviews	Schottland	Diskriminierung
P54	2022	Tong et al.	Journal Article	qualitativ: Interviews	22 Länder / international	CKD & Dialyse
P55	2021	Veas, Crispi & Cuadrado	Journal Article	quantitativ: Paneldatenanalyse	OECD-Länder	Gender Inequality
P56	2024	Vervoort et al.	Review	State-of-the-Art Review	Global	CVD bei Frauen
P57	2019	Vlassoff & St. John	Policy Artikel	Framework / Policy Analyse	Amerikas; Lateinamerika/Karibik	Gender & Health Systems
P58	2025	Warren, Garrett & Frame	Review	Narrativer Review	International; Schwerpunkt USA	Translational Science
P59	2025	Wasden et al.	Journal Article	quantitativ: Curriculum-Audit	USA; Harvard Medical School	SGIM-Ausbildung
P60	2019	Werbinski, Rojek & Cabral	Review	Narrativer Review / Bildungsartikel	USA / international	Pädiatrische Lehre
P61	2025	Zamakola et al.	Journal Article	quantitativ: Pre-/Post-Erhebung	Spanien; Baskenland	Pflegeausbildung
P62	2026	Zambrano et al.	Journal Article	Mixed Methods: Survey, Interviews, Fokusgruppe	Mexiko; La Ladrillera	SRHR & Autonomie

Literaturverzeichnis der im Rahmen des SLR inkludierten finalen Publikationen

Aninye, I. O., Chew, S., & Goulmamine, S. (2025). 2025 SWHR women's health research agenda: Prioritizing uterine fibroids, lupus, and metabolism. *Journal of Women's Health*, 34, 443–450. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.1146>

Barbuscia, A., Rutigliano, R., Bacigalupe de la Hera, A., & Martín Roncero, U. (2026). Gender inequalities in the association between parenthood and health. *Journal of Family Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13229400.2026.2662431>

Bird, C. E., Manocchia, M., Tomblin, B., Payne, P., Kulakodlu, M., Iacolo, E., & Fremont, A. M. (2018). Mapping the gaps: Gender differences in preventive cardiovascular care among managed care members in four metropolitan areas. *Women's Health Issues*, 28, 446–455. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.04.008>

- Carrilero, N., Pérez-Jover, V., Guilabert-Mora, M., & García-Altés, A. (2023). Gender bias in pediatric care: Health professionals' opinions and perceptions. *Health Science Reports*, 6, e1615. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1615>
- Centola, D., Guilbeault, D., Sarkar, U., Khoong, E., & Zhang, J. (2021). The reduction of race and gender bias in clinical treatment recommendations using clinician peer networks in an experimental setting. *Nature Communications*, 12, 6585. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-26905-5>
- Cislaghi, B., Weber, A. M., Gupta, G. R., & Darmstadt, G. L. (2020). Gender equality and global health: Intersecting political challenges. *Journal of Global Health*, 10(1), 010701. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010701>
- Cislaghi, B., Weber, A. M., Shakya, H. B., Abdalla, S., Bhatia, A., Domingue, B. W., Mejía-Guevara, I., Stark, L., Seff, I., Richter, L. M., Menezes, A. M. B., Victora, C. G., & Darmstadt, G. L. (2022). Innovative methods to analyse the impact of gender norms on adolescent health using global health survey data. *Social Science & Medicine*, 293, 114652. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114652>
- Costa, J. R., Quintero-Flórez, A., García-Cabrera, E., Romero-Barranca, J., & Vilches-Arenas, Á. (2026). Ageism and the feminization of old age: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 141, 106084. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.106084>
- Coutinho, T., Khadanga, S., Adedinsowo, D., Barac, A., Brown, T. M., Deaton, C., Golbus, J. R., Reynolds, H., Sharma, G., & Taylor, J. L. (2025). Cardiac rehabilitation in women: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 152, e376–e390. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001379>
- Crespí-Lloréns, N., Hernández-Aguado, I., & Chilet-Rosell, E. (2021). Have policies tackled gender inequalities in health? A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 327. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010327>
- Daher, M., Al Rifai, M., Kherallah, R. Y., Rodriguez, F., Mahtta, D., Michos, E. D., Khan, S. U., Petersen, L. A., & Virani, S. S. (2021). Gender disparities in difficulty accessing healthcare and cost-related medication non-adherence: The CDC behavioral risk factor surveillance system (BRFSS) survey. *Preventive Medicine*, 153, 106779. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106779>
- de Heer-Koster, M. H., Benedetto, C., Bjegović-Mikanović, V., Banaitytė-Baleišienė, I., Perdiou, M., Gerds, E., Kautzky-Willer, A., Mazières, J., McGregor, A., Newman, C., Price, S., Roeters van Lennep, J., Stankevičiūtė, S., Sommer, I. E., Stadler, G., Thibaut, F., van 't Land, K., Wermer, M., Wilbur, K., & Scheele, F. (2025). What all physicians should know about women's health: A Delphi study. *BMJ Public Health*, 3, e001786. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001786>
- Fakkkel, M., Ustenko, V., Witt, S., Veenstra, J., & Bhavani, R. R. (2026). Gender disparities in healthcare access persist even in more equitable societies: A multilevel assessment across 29 countries. *Health Policy*, 166, 105579. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2026.105579>

- Fougang, D. C., Mpofu, C., & Wepa, D. (2025). Towards health justice: Implementing structural competency in women's healthcare education. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 22, 100819. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2025.100819>
- Gahagan, J., Gray, K., & Whynacht, A. (2015). Sex and gender matter in health research: Addressing health inequities in health research reporting. *International Journal for Equity in Health*, 14, 12. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0144-4>
- Ginsburg, O., Vanderpuye, V., Beddoe, A. M., Bhoo-Pathy, N., Bray, F., Caduff, C., Florez, N., Fadhil, I., Hammad, N., Heidari, S., Kataria, I., Kumar, S., Liebermann, E., Moodley, J., Mutebi, M., Mukherji, D., Nugent, R., So, W. K. W., Soto-Perez-de-Celis, E., ... Soerjomataram, I. (2023). Women, power, and cancer: A Lancet Commission. *The Lancet*, 402(10417), 2113–2166. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01701-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01701-4)
- Göttgens, I., Modderkolk, L., Vermue, P., Darweesh, S. K. L., Bloem, B. R., & Oertelt-Prigione, S. (2023). Gender-aware Parkinson's care: A design-based study of patient perspectives on gender norms and gender-sensitive care. *eClinicalMedicine*, 65, 102285. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102285>
- Green, J., Templeton, K., & Bassett, A. J. (2025). The inclusion of sex and gender in research methodology, funding, and publication: A systematic review. *Journal of ISAKOS*, 10, 100377. <https://doi.org/10.1016/j.jisako.2024.100377>
- Gupta, G. R., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Buse, K., Mehra, R., Bah, C. A., Heise, L., Greene, M. E., Weber, A. M., Heymann, J., Hay, K., Raj, A., Henry, S., Klugman, J., & Darmstadt, G. L. (2019). Gender equality and gender norms: Framing the opportunities for health. *The Lancet*, 393(10190), 2550–2562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30651-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30651-8)
- Hartnett, Y., MacHale, S., & Duffy, R. (2025). Gender-aware mental healthcare: Counteracting sex and gender disparities in diagnosis and treatment for women. *BJPsych Advances*, 32(4), 1–11. <https://doi.org/10.1192/bja.2025.10163>
- Hawkes, S., Sy, E. A., Barker, G., Baum, F. E., Buse, K., Chang, A. Y., Cislighi, B., Clark, J., Connell, R., Cornell, M., Darmstadt, G. L., Diniz, C. S. G., Friel, S., Gupta, I., Gruskin, S., Hill, S., Hsieh, A. C., Khanna, R., Klugman, J., ... Zarulli, V. (2025). Achieving gender justice for global health equity: The Lancet Commission on gender and global health. *The Lancet*, 405(10487), 1373–1438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00488-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00488-X)
- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., Raven, J., Shabalala, F., Fielding-Miller, R., Dey, A., Dehingia, N., Morgan, R., Atmavilas, Y., Saggurti, N., Yore, J., Blokhina, E., Huque, R., Barasa, E., Bhan, N., ... Raj, A. (2019). Disrupting gender norms in health systems: Making the case for change. *The Lancet*, 393(10190), 2535–2549. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30648-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30648-8)
- Heitkemper, M. M., Larauche, M. H., Saito, Y. A., Staller, K., Harris, L. A., Walter, S., Ruddy, J., & Halpert, A. D. (2026). Patient experience, gender, age, race, and social determinants of health. *Gastroenterology*, 170, 1171–1189. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.011>

- Jackson, B., Fuzzard, K., Callander, E., Fox, H., & Shand, A. W. (2024). How the structural determinants of health inequities impact access to prescription medication for pregnant women in Australia: A narrative review. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 42, 100934. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100934>
- Kaufman, M. R., Eschliman, E. L., & Karver, T. S. (2023). Differentiating sex and gender in health research to achieve gender equity. *Bulletin of the World Health Organization*, 101, 666–671. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.289310>
- Kaur, G., Masket, D., Reddy, T., Revankar, S., Satish, P., Paquin, A., Mulvagh, S., O'Donoghue, M. L., Zieroth, S., Farkouh, M., & Gulati, M. (2024). Socioeconomic disparities in women's cardiovascular health in the United States and Canada. *Canadian Journal of Cardiology*, 40, 1056–1068. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2024.04.001>
- Kim, I., Field, T. S., Wan, D., Humphries, K., & Sedlak, T. (2022). Sex and gender bias as a mechanistic determinant of cardiovascular disease outcomes. *Canadian Journal of Cardiology*, 38, 1865–1880. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.09.009>
- Kokab, F., Williams, S. J., Hussain, N., & Gale, N. (2026). From 'dismissal' to 'medical gaslighting': A literature review of women's experiences of reproductive health services in the UK. *Midwifery*, 159, 104823. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2026.104823>
- Labaka, A., Trespaderne, M. I., Mujika, A., & Hernantes, N. (2026). Gender-sensitive nursing: An operationalizing concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.70356>
- Labaka, A., Zamakola, A., Arrue, M., & Arrieta, H. (2023). Evaluating gender awareness, gender-related health knowledge and patient pain legitimization among nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice*, 72, 103790. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103790>
- Lett, E., Dowshen, N. L., & Baker, K. E. (2020). Intersectionality and health inequities for gender minority Blacks in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(5), 639–647. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.04.013>
- Levy, J. K., Darmstadt, G. L., Ashby, C., Quandt, M., Halsey, E., Nagar, A., & Greene, M. E. (2020). Characteristics of successful programmes targeting gender inequality and restrictive gender norms for the health and wellbeing of children, adolescents, and young adults: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 8(2), e225–e236. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30495-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30495-4)
- Maas, A., Cenko, E., Vaccarino, V., Göttgens, I., Bergami, M., Manfrini, O., Badimon, L., Mendieta, G., Oertelt-Prigione, S., Vasiljevic-Pokracic, Z., Dorobantu, M., Vavlukis, M., Merkely, B., Gulati, M., & Bugiardini, R. (2025). Changing clinical perspectives on sex and healthcare disparities in ischaemic heart disease. *The Lancet Regional Health – Europe*, 56, 101370. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101370>
- Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P. J., Brinton, R. D., Carrero, J.-J., DeMeo, D. L., De Vries, G. J., Epperson, C. N., Govindan, R., Klein, S. L., Lonardo, A., Maki, P. M., McCullough,

- L. D., Regitz-Zagrosek, V., Regensteiner, J. G., Rubin, J. B., Sandberg, K., & Suzuki, A. (2020). Sex and gender: Modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396(10250), 565–582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0)
- Merdji, H., Long, M. T., Ostermann, M., Herridge, M., Myatra, S. N., De Rosa, S., Metaxa, V., Kotfis, K., Robba, C., De Jong, A., Helms, J., & Gebhard, C. E. (2023). Sex and gender differences in intensive care medicine. *Intensive Care Medicine*, 49, 1155–1167. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07194-6>
- Mondal, B., & Dubey, J. D. (2020). Gender discrimination in health-care expenditure: An analysis across the age-groups with special focus on the elderly. *Social Science & Medicine*, 258, 113089. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113089>
- Mondschein, S., Quinteros, M., & Yankovic, N. (2020). Gender bias in the Chilean public health system: Do we all wait the same? *PLOS ONE*, 15(9), e0239445. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239445>
- Mulvagh, S. L., Colella, T. J. F., Gulati, M., Crosier, R., Allana, S., Randhawa, V. K., Bruneau, J., Pacheco, C., Jaffer, S., Cotie, L., Mensour, E., Clavel, M.-A., Hill, B., Kirkham, A. A., Foulds, H., Liblik, K., Van Damme, A., Grace, S. L., Bouchard, K., ... Norris, C. M. (2024). The Canadian Women's Heart Health Alliance ATLAS on the epidemiology, diagnosis, and management of cardiovascular disease in women – Chapter 9: Summary of current status, challenges, opportunities, and recommendations. *CJC Open*, 6, 258–278. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2023.12.001>
- O'Neil, A., Russell, J. D., Thompson, K., Martinson, M. L., & Peters, S. A. E. (2020). The impact of socioeconomic position (SEP) on women's health over the lifetime. *Maturitas*, 140, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.06.001>
- Palència, L., De Moortel, D., Artazcoz, L., Salvador-Piedrafita, M., Puig-Barrachina, V., Hagqvist, E., Pérez, G., Ruiz, M. E., Trujillo-Alemán, S., Vanroelen, C., Malmusi, D., & Borrell, C. (2017). Gender policies and gender inequalities in health in Europe: Results of the SOPHIE project. *International Journal of Health Services*, 47(1), 61–82. <https://doi.org/10.1177/0020731416662611>
- Parker, R., Larkin, T., & Cockburn, J. (2017). A visual analysis of gender bias in contemporary anatomy textbooks. *Social Science & Medicine*, 180, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.032>
- Patwardhan, V., Gil, G. F., Arrieta, A., Cagney, J., DeGraw, E., Herbert, M. E., Khalil, M., Mullany, E. C., O'Connell, E. M., Spencer, C. N., Stein, C., Valikhanova, A., Gakidou, E., & Flor, L. S. (2024). Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 9(5), e282–e294. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00053-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00053-7)
- Peters, S. A. E., & Woodward, M. (2023). A roadmap for sex- and gender-disaggregated health research. *BMC Medicine*, 21, 354. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03060-w>

- Rabinovich-Nikitin, I., Liu, S., & Kirshenbaum, L. A. (2024). Sex-specific considerations in cardiovascular drug therapy. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 102, 523–529. <https://doi.org/10.1139/cjpp-2024-0040>
- Reeves, A., Brown, C., & Hanefeld, J. (2022). Female political representation and the gender health gap: A cross-national analysis of 49 European countries. *European Journal of Public Health*, 32(5), 684–689. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac122>
- Regensteiner, J. G., McNeil, M., Faubion, S. S., Bairey-Merz, C. N., Gulati, M., Joffe, H., Redberg, R. F., Rosen, S. E., Reusch, J. E. B., & Klein, W. (2025). Barriers and solutions in women's health research and clinical care: A call to action. *The Lancet Regional Health – Americas*, 44, 101037. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101037>
- Riggirozzi, P. (2021). Everyday political economy of human rights to health: Dignity and respect as an approach to gendered inequalities and accountability. *New Political Economy*, 26(5), 735–747. <https://doi.org/10.1080/13563467.2020.1841144>
- Samaei, M., McGregor, A. J., & Jenkins, M. R. (2022). Inclusion of women in FDA-regulated premarket clinical trials: A call for innovative and recommended action. *Contemporary Clinical Trials*, 116, 106708. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.106708>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). 'Brave men' and 'emotional women': A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Research and Management*, 2018, 6358624. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Sarri, G., Soriano Gabarró, M. S., Cheng, R. F., & Jhutti-Johal, J. (2026). Intersectoral action to transform health equity for women and girls globally. *Communications Medicine*, 6, 40. <https://doi.org/10.1038/s43856-025-01290-y>
- Shaw, L. J., Pepine, C. J., Xie, J., Mehta, P. K., Morris, A. A., Dickert, N. W., Ferdinand, K. C., Gulati, M., Reynolds, H., Hayes, S. N., Itchhaporia, D., Mieres, J. H., Ofili, E., Wenger, N. K., & Bairey Merz, C. N. (2017). Quality and equitable health care gaps for women: Attributions to sex differences in cardiovascular medicine. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(3), 373–388. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.051>
- Sun, A., Xia, F., & Zhang, X. (2025). The motherhood penalty on health: Evidence from China. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 238, 107241. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2025.107241>
- Tinner, L., & Alonso Curbelo, A. (2025). An exploration of discrimination in healthcare for young women in Scotland: An intersectional study. *SSM – Qualitative Research in Health*, 7, 100534. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100534>
- Tong, A., Evangelidis, N., Kurnikowski, A., Lewandowski, M., Bretschneider, P., Oberbauer, R., Baumgart, A., Scholes-Robertson, N., Stamm, T., Carrero, J. J., Pecoits-Filho, R., & Hecking, M. (2022). Nephrologists' perspectives on gender disparities in CKD and dialysis. *Kidney International Reports*, 7, 424–435. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.10.022>

- Veas, C., Crispi, F., & Cuadrado, C. (2021). Association between gender inequality and population-level health outcomes: Panel data analysis of Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries. *eClinicalMedicine*, 39, 101051. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101051>
- Vervoort, D., Wang, R., Li, G., Filbey, L., Maduka, O., Brewer, L. C., Mamas, M. A., Bahit, M. C., Ahmed, S. B., & Van Spall, H. G. C. (2024). Addressing the global burden of cardiovascular disease in women: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, 83(25), 2690–2707. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.04.028>
- Vlassoff, C., & St. John, R. (2019). A human rights-based framework to assess gender equality in health systems: The example of Zika virus in the Americas. *Global Health Action*, 11(sup3), 1570645. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1570645>
- Warren, A., Garrett, K., & Frame, L. A. (2025). Disparities in women's health and clinical considerations from a translational science perspective: A narrative review and framework for future directions. *Women's Health*, 21, 17455057251399009. <https://doi.org/10.1177/17455057251399009>
- Wasden, K., Kibbelaar, Z., Royce, C. S., Johnson, N. R., Keuroghlian, A. S., Atkins, K. M., & Bartz, D. (2025). Beyond bikini medicine: An analysis of sex- and gender-informed medicine in a preclinical undergraduate medical education [Version 1; peer review: 1 approved]. *MedEdPublish*, 15, 45. <https://doi.org/10.12688/mep.20959.1>
- Werbinski, J. L., Rojek, M. K., & Cabral, M. D. I. (2019). The need to integrate sex and gender differences into pediatric pedagogy. *Advances in Pediatrics*, 66, 15–35. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2019.03.001>
- Zamakola, A., Arrieta, H., Arrue, M., Trespaderne, I., & Labaka, A. (2025). Guided university debate increases long-term gender knowledge and gender sensitivity towards patients among nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*, 20, e877–e885. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2025.03.014>
- Zambrano, C. L. B., Gilbert, H., González Palacios, C. A., Mukherjee, J., Bejarano Zambrano, M. F., Kasmani, M. N., & Knipper, M. (2026). The double dominion over women's bodies as a barrier to exercising sexual and reproductive rights: A mixed-methods study in La Ladrillera, Mexico. *The Lancet Regional Health – Americas*, 59, 101493. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2026.101493>