

FÜR EIN GESCHLECHTERSENSIBLES UND BARRIEREFREIES GESUNDHEITSSYSTEM

Einführung

Forschung, Prävention und Versorgung orientieren sich im deutschen Gesundheitssystem noch immer zu häufig an männlichen Normen und zu wenig an den tatsächlichen Lebensrealitäten vieler Menschen. Eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung muss soziale Ungleichheiten, Diskriminierungsrisiken und Barrieren konsequent mitdenken. In Politik und Öffentlichkeit werden einzelne Aspekte zu Frauengesundheit mittlerweile punktuell aufgenommen: z.B. geschlechtsspezifisch unterschiedliche Symptome beim Herzinfarkt oder die unzureichende Berücksichtigung von Geschlecht in der Arzneimittelforschung.

Der Deutsche Frauenrat hat sich von 2024 bis 2026 in einem Schwerpunkt umfassend mit dem Themenkomplex einer geschlechtersensiblen, diversitätskritischen und barrierefreien Gesundheitsversorgung auseinandergesetzt. Mit diesem Papier gibt er fachthematische Aspekte und Forderungen in den Diskurs, um den Blickwinkel zu weiten und verschiedene Lebensphasen und -verhältnisse zu fokussieren, die Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit haben. Geschlecht beeinflusst die Gesundheit von Menschen auf vielfältige Weise. Dabei spielen sowohl biologische Faktoren („Sex“) als auch soziale und kulturelle Aspekte („Gender“) eine wichtige Rolle. Diese Faktoren wirken sich auf Prävention, Symptome, Diagnosen und Therapien aus. Biologische Unterschiede manifestieren sich unter anderem anatomisch, genetisch oder hormonell. Gleichzeitig beeinflussen gesellschaftliche Rollenbilder, Lebensweisen und Verhaltensmuster das Gesundheitsverhalten, die Stressbelastung sowie den Zugang zur medizinischen Versorgung. Beide Ebenen – Sex und Gender – stehen in Wechselwirkung miteinander.¹ Deshalb ist eine geschlechter-, diversitäts- und kontextsensible Betrachtung notwendig, um eine gute und umfassende Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu ermöglichen.² Darüber hinaus beeinflussen soziale Ungleichheit, Armut sowie rassistische oder ableistische Diskriminierung die Gesundheitschancen und den Zugang zu medizinischer Versorgung erheblich. Menschen mit Rassismuserfahrungen, prekären Lebensbedingungen oder eingeschränktem Zugang zu Ressourcen sind häufiger gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und erleben strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem.

Grundsätze für alle Fokusthemen: Gute Gesundheitsversorgung für alle

Das deutsche Gesundheitssystem ist sehr komplex und der Zugang zu bedarfsgerechten Versorgungsangeboten ist insbesondere für vulnerable und vielfach diskriminierte Gruppen erschwert. Hinzu kommt, dass statt einer konsequenten Fokussierung auf Gesunderhaltung und nachhaltige Gesundheitsförderung weiterhin ein auf die Behandlung von Erkrankungen ausgerichtetes Denken und Handeln dominiert.

In Forschung und Lehre, in Ausbildung und Praxis ist nach wie vor der Fokus nicht konsequent geschlechtersensibel und diversitätskritisch. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden oftmals nicht im Studiendesign und der Statistik adäquat erhoben und beschrieben oder sie werden in der Auswertung komplett ausgeblendet.

Forderungen:

- Paradigmenwechsel von der kurativen Medizin hin zu einer präventiven und gesundheitsfördernden Gesamtstrategie mit interprofessionellen und disziplinübergreifenden Versorgungsmodellen;
- Entwicklung und Umsetzung eines ressortübergreifenden Konzeptes zur Integration von Frauengesundheit in allen Politikfeldern („Health in all Policies“);

- Geschlechtersensible und diversitätskritische Versorgungsmodelle als zentraler Ansatz, um Vielfalt von Lebenslagen und Gesundheitsbedarfen zu erkennen und Stereotypisierung und Pathologisierung entgegenzutreten;
- Lebensphasenorientierte geschlechtssensible Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt und konsequente Umsetzung der Vorgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.
- Geschlechtersensibler, diversitätskritischer und intersektionaler Ansatz in Grundlagenforschung, medizinischer Forschung ebenso wie in Versorgungs- und Public-Health-Forschung;
- Aufnahme von intersektionaler Kompetenz und Geschlechtersensibilität in die Pflichtcurricula von medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Berufen sowie in Fortbildungen;
- Verpflichtende Berücksichtigung von Geschlechter- und Diskriminierungssensibilität in Leitliniengestaltung und -publikation;
- Förderung personenzentrierter Beratungsangebote im Rahmen der Gesundheitsversorgung;

Fokusthema: Frauen mit Beeinträchtigungen

Barrierefreiheit ist ein wichtiger Bestandteil von Chancengleichheit. Sie beschränkt sich nicht nur auf bauliche Maßnahmen, sondern schafft die Grundlage dafür, dass Menschen gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben und an der Gesundheitsversorgung teilnehmen können. Jedoch ist der Zugang zu bedarfsgerechten Versorgungsangeboten insbesondere für vulnerable und vielfach diskriminierte Gruppen erschwert. Fehlende Barrierefreiheit und institutionelle Abhängigkeiten erhöhen das Risiko von Fremdbestimmung, Diskriminierung und Gewalt. Älteren Frauen, Frauen mit Assistenz- oder Pflegebedarf und Frauen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen wird häufig noch die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung abgesprochen. Sie sind zwei bis drei Mal häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen, sowohl durch Fachkräfte als auch durch Mitbewohner*innen, und oft sind Gewaltschutzmaßnahmen nur unzureichend in der Praxis umgesetzt.³ Sexualisierte Gewalt in institutionellen Kontexten ist eine strukturelle Herausforderung und Gewaltprävention muss institutionell verankert werden.

Forderungen:

- Verpflichtung privater Anbieter*innen von Gütern und Dienstleistungen im Behindertengleichstellungsgesetz zur Umsetzung von Barrierefreiheit und zum Vorhalten angemessener Vorkehrungen mit festgelegten Fristen und Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtumsetzung;
- Finanzierung von Umbaumaßnahmen für Barrierefreiheit, Finanzierung des zeitlichen Mehraufwands für die medizinische Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen;
- Zügige Umsetzung des im Dezember 2024 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten „Aktionsplans für ein diverses, inklusives, barrierefreies Gesundheitswesen“ unter Beteiligung der Selbstvertretungsorganisationen sowie das Schließen von identifizierten Lücken bezüglich Diversität;
- Bereitstellung von Informationsmaterialien zu gesundheitlichen Leistungen in barrierefreien Formaten mit geschlechter- und diversitätssensibler Sprache;
- Verbindliche Finanzierung von professioneller Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung (inkl. Gebärdensprachdolmetscher*innen und Leichte Sprache);
- Etablierung von Gewaltschutzkonzepten in Pflege- und Betreuungseinrichtungen mit klaren Zuständigkeiten, Mitarbeiter*innenschulungen, Empowerment-Angeboten, Standards im Vorgehen gegen alle Gewaltformen. Regelmäßiges Monitoring und Aufarbeitungsprozesse bei Gewaltvorfällen in Einrichtungen;
- Rechtliche Verankerung sexualfreundlicher Standards: Integration sexualpädagogischer Leitlinien in Pflege- und Heimgesetze, verpflichtende sexualpädagogische Konzepte für alle Wohnformen,

Beteiligung sexualpädagogischer Fachstellen und Selbstvertretungen an der Konzeptentwicklung
inklusive Bereitstellung von Bildungs- und Qualifizierungsangeboten für Fachpersonal.

Fokusthema: Geschlechtliche Entwicklung und Pubertät

Die Pubertät stellt eine besonders sensible Lebensphase dar, in der körperliche Veränderungen, hormonelle Umstellungen und psychosoziale Anforderungen zusammenfallen. Für Mädchen und weiblich sozialisierte Jugendliche sind diese Prozesse häufig mit erhöhtem Druck durch geschlechtsspezifische Rollenbilder, Schönheitsnormen und gesellschaftliche Erwartungen verbunden.⁴ Infolgedessen treten im Jugendalter vermehrt psychische Belastungen wie depressive Symptome, Angststörungen oder Essstörungen auf.⁵ Die anhaltende Stigmatisierung von Menstruation trägt dazu bei, dass menstruationsbezogene Beschwerden häufig bagatellisiert werden. Intergeschlechtliche, trans* und nicht-binäre junge Menschen erleben im Gesundheitswesen häufig zusätzliche Diskriminierung, fehlende Versorgungskompetenz und eingeschränkten Zugang zu geeigneten Angeboten. Pubertät, Menstruation und sexuelle Gesundheit gehen daher für viele junge Menschen mit Stigmatisierung, fehlender Aufklärung und eingeschränktem Zugang zu angemessener Versorgung einher.

Forderungen:

- Eine wirksame Prävention erfordert niedrigschwellige, diskriminierungsarme Anlaufstellen sowie umfassende sexuelle und gesundheitliche Bildung für alle Geschlechter. Junge Menschen benötigen altersgerechte Informationen zur körperlichen, physischen, psychischen und sexuellen Entwicklung sowie zu präventiven Maßnahmen, etwa zur HPV-Impfung. Der Einbezug aller Geschlechter trägt zur Enttabuisierung von Menstruation bei und fördert ein gemeinsames Verantwortungsverständnis für sexuelle und reproduktive Gesundheit.
- Eine geschlechtersensible, inklusive Gesundheitsförderung ist eine zentrale Voraussetzung für ein gesundes und selbstbestimmtes Aufwachsen von allen jungen Menschen.
- Forschung zu intergeschlechtlichen Personen im Zusammenhang mit Menstruation/Pubertät.

Fokusthema: Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaft und Geburt sind für die meisten Frauen gesunde, physiologische Lebensprozesse, die einer besonderen – nicht aber zwingend medizinischen – Aufmerksamkeit bedürfen. In Deutschland erleben jährlich rund 700.000 Frauen Schwangerschaft und Geburt. Die große Mehrheit von ihnen ist gesund.⁶ Dennoch überwiegt in der derzeitigen gesundheitlichen Versorgung laut Mutterschaftsrichtlinien eine Fokussierung auf medizinische Risiken.⁷ Der dauerhaft dominierende Risikoblick schränkt Frauen in der Ausübung ihrer gesetzlich gesicherten Wahlfreiheit bezüglich der Versorgungsform und des Geburtsortes ein und verstärkt Verunsicherung und Angst. Selbst bei gesunden Frauen führt dies zu höheren Interventionsraten, belastenden Geburtserfahrungen und einem erhöhten Risiko für Wochenbettdepressionen.^{8, 9}

Forderungen:

- Förderung von Versorgungsmodellen in der Geburtshilfe, die auf Kontinuität, Beziehung und Stärkung der Ressourcen von Frauen setzen mit dem Ziel, bei vergleichbarer Sicherheit Eingriffe zu minimieren und die Zufriedenheit zu erhöhen.
- Unterschiedliche passgenaue Versorgungsmodelle – etwa hebammengeleitete Kreißsäle, außerklinische Geburtshilfe und kooperative Modelle in Kliniken und in der ambulanten Versorgung – müssen flächendeckend verfügbar sein.

- Finanzierungs- und Steuerungsmechanismen im Gesundheitssystem, die Anreize setzen und so gestaltet sind, dass sie eine interventionsarme, ressourcenorientierte Versorgung fördern. Qualitätssicherung muss sich an dem messen lassen, was für Frauen relevant ist: Sicherheit, Selbstbestimmung, Kontinuität, Angemessenheit der Versorgung und ein respektvoller Umgang auf Augenhöhe.
- Niedrigschwellige, kultur- und traumasensible Angebote sowie eine gute Vernetzung mit psychosozialen Unterstützungsstrukturen.

Fokusthema: Müttergesundheit

Die Situation vieler Mütter ist von zahlreichen Belastungen geprägt, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können. Beschwerden wie chronische Erschöpfung, Schmerzsyndrome oder psychische Belastungen bleiben oft unerkannt oder werden individualisiert, obwohl sie strukturelle Ursachen haben. Dazu gehören die erschwerte Vereinbarkeit von Familienaufgaben und Berufstätigkeit aufgrund fehlender Ressourcen in der öffentlichen Kinderbetreuung und wenig familienfreundlicher Arbeitsstrukturen, die ungleiche Verteilung von Sorgearbeit in den Familien und die fehlende gesellschaftliche Anerkennung unbezahlt geleisteter Sorgearbeit.¹⁰ Mütter tragen eine hohe Belastung durch den Mental Load, der zu Dauerstress bis hin zum Burnout führen kann.¹¹ Besonders betroffen sind Frauen mit geringem Einkommen, mit Behinderung, unsicherem Aufenthaltsstatus oder Rassismuserfahrungen, da sie häufig zusätzliche Belastungen durch finanzielle Unsicherheit, prekäre Beschäftigung, fehlende Unterstützungsstrukturen und Diskriminierung im Gesundheitswesen erleben. Alleinerziehende, die zu 82 % weiblich sind, sowie Mütter, die Kinder mit einer Behinderung haben und diese zu 80 % pflegen und betreuen, sind besonders gesundheitlich belastet, da sie wenig Möglichkeiten für Auszeiten haben.

Forderungen:

- Differenziertere und systematische Studien zur Gesundheit von Müttern, z.B. nach Alter, Kinderzahl, Migrationsgeschichte, sozialem Status, Erwerbstätigkeit, Beeinträchtigung;
- Sichtbarmachung, Stärkung und Ausbau vorhandener Infrastruktur, die der Prävention und Gesundheitsförderung dienen sowie niedrigschwelligen Zugang zu Information, Austausch und Unterstützung bieten; z.B. Nachbarschafts- und Familienzentren, Mütterzentren, Beratungsstellen, Frühe Hilfen und Mehrgenerationenhäuser;
- Vernetzung und interprofessionelle Gestaltung der Strukturen, um die Versorgung durch Pflege, Sozialarbeit, Hebammenwesen, Ärzt*innen und weitere Gesundheitsberufe sicherzustellen und Versorgungslücken zu schließen;
- Erhalt der Kliniken für stationäre Vorsorge/Rehabilitation für Mütter, um Wartezeiten nicht weiter zu verlängern, die zu einer Verschlimmerung der Beschwerden führen;
- Förderung psychotherapeutischer Ansätze, die die Komplexität der Situation von Müttern und Einflüsse von gesellschaftlich geprägten Rollenerwartungen berücksichtigen;
- Bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen für Mütter mit Beeinträchtigungen.

Fokusthema: Wechseljahre

Die Wechseljahre (Menopause) stellen eine wichtige körperliche und biografische Übergangsphase dar und sind mit hormonellen, psychischen und sozialen Veränderungen verbunden. Etwa ein Drittel der Personen erleben diese ohne oder mit geringen Beschwerden, ein Drittel hat mäßige, ein Drittel starke Beschwerden. Trotz ihrer hohen Relevanz für Lebensqualität und Gesundheit werden die Wechseljahre in der medizinischen Forschung und Versorgung häufig unzureichend berücksichtigt. Der Verlust des

hormonellen Schutzes in der Postmenopause erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose. Hormonell bedingt leiden manche Frauen erheblich unter Hitzewallungen. Psychische Symptome wie depressive Verstimmungen, Angstzustände, Schlafstörungen und Konzentrationsprobleme werden während der Peri- und Postmenopause gehäuft beschrieben, was auch mit der Lebensphase assoziiert sein kann, denn Männer beschreiben in der vergleichbaren Lebensspanne ähnliche Symptome. Die Peri- und Postmenopause fällt häufig in eine Lebensphase hoher beruflicher und familiärer Belastung.

Forderungen¹:

- Physiologische, psychische und soziale Dimensionen der Menopause müssen stärker in Forschung, Prävention und Versorgung integriert werden; sich widersprechende Studien zu Zusammenhängen mit Demenzrisiko müssen weiterführend untersucht werden;
- Systematische Erfassung und Prävention der mit dem Nachlassen des Östrogenschutzes assoziierten Risiken für Herz-Kreislauferkrankungen und die Knochengesundheit;
- Untersuchung auf Osteoporose und Sturzrisiken nach der Menopause und ab 50 Jahren (bei allen Geschlechtern) sowie Zugang zu präventiven Maßnahmen;
- Enttabuisierung der Menopause in der Gesellschaft, um Betroffene über Symptome, Prävention und Therapieoptionen zu informieren und um einen offeneren und verständnisvolleren Umgang mit betroffenen Frauen zu schaffen.

Fokusthema: Frauenspezifische Erkrankungen

Der Umgang mit Erkrankungen wie Endometriose, Adenomyose sowie prämenstruelle Syndrome (PMS) ist bis heute von Unterdiagnostik, Bagatellisierung und Stigmatisierung geprägt. Etwa jede zehnte Frau ist von Endometriose betroffen. Im Durchschnitt wird die Erkrankung erst nach sieben bis neun Jahren diagnostiziert, obwohl chronische Schmerzen, starke Menstruationsbeschwerden und Einschränkungen der Lebensqualität häufig früh auftreten. Auch die Adenomyose (Gewebe wächst in die Gebärmuttermuskulatur) ist wenig erforscht und wird häufig feldiagnostiziert oder mit Endometriose verwechselt.¹² Beide Erkrankungen zeigen exemplarisch, wie weibliche Körpererfahrungen im medizinischen System entweder pathologisiert oder zugleich trivialisiert werden: Entweder werden Symptome psychologisiert oder sie gelten als „unvermeidlicher Teil weiblicher Biologie“. ¹³ Ähnlich ambivalent gestaltet sich der Umgang mit PMS und der prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS).

Forderungen:

- Überwinden struktureller Unsichtbarkeit sowie Pathologisierung weiblicher Körper;
- Verankerung frauenspezifischer Erkrankungen in medizinischer Aus- und Fortbildung;
- Verkürzung der Diagnosezeiten durch mehr Forschung, geschlechtersensible Leitlinien, Früherkennung und Sensibilisierung;
- Ausbau spezialisierter Versorgungsstrukturen und interdisziplinärer Zentren für Endometriose und Adenomyose.

Fokusthema: Digitalisierung und Künstliche Intelligenz in der Gesundheitsversorgung

Algorithmen und Anwendungen Künstlicher Intelligenz (KI) sind nicht per se geschlechtersensibel gestaltet. Werden sie auf einer einseitigen oder nicht diversifizierten Datenbasis trainiert, reproduzieren und verstärken sie bestehende Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung.^{14, 15} Wenn Trainingsdaten überwiegend von männlichen Probanden stammen, lernt die KI primär „männliche“ Muster in Symptomen,

¹ Forderungen ergänzend zum Beschluss „[Für eine Enttabuisierung der Wechseljahre](#)“.

Krankheitsverläufen und Therapieansprechen. Die Folge ist eine eingeschränkte diagnostische und prognostische Genauigkeit bei Frauen sowie bei inter- oder transgeschlechtlichen Personen. Ein Gender-Data-Gap pflanzt sich sozusagen fort. Auch rassistische Verzerrungen in Datensätzen und algorithmischen Entscheidungssystemen können zu Fehlbewertungen, Ausschlüssen und einer schlechteren Versorgung marginalisierter Gruppen führen.

Die Nutzung digitaler Technologien zur Prävention und Behandlung psychischer und körperlicher Gesundheitsprobleme nimmt zu: Digitale Tools wie Online-Therapieplattformen, App-basierte Interventionen und Chatbots können Resilienz fördern, depressive Symptome reduzieren und Gesundheitskompetenz stärken. Sie können aber auch Falschinformationen liefern, Abhängigkeiten schaffen und bis zum Selbstmord führen.

Forderungen:

- Etablierung rechtlicher Rahmenbedingungen – etwa verpflichtender Fairness-Audits, Dokumentationspflichten und diversitätsorientierter Datenstrategien, um KI-Systeme geschlechtergerecht und diskriminierungsarm zu gestalten;
- Altersspezifische und geschlechtersensible Gestaltung digitaler Tools;
- Schließen des Gender Data-Gaps, damit der Bias/die Verzerrung nicht in den KI-Anwendungen reproduziert wird.

Mitglieder des Fachausschusses

- Dr. Regine Rapp-Engels (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft, Leitung Fachausschuss)
- Ulrike Geppert-Orthofer (Deutscher Hebammenverband)
- Beatrice Gómez (Weibernetz)
- Daniela Hottenbacher (Arbeitsgemeinschaft katholische Frauenverbände und -gruppierungen)
- Awa Naghipour (Deutscher Ärztinnenbund)
- Irene Pabst (Evangelische Frauen in Deutschland)
- Yvonne Plöger (Bundesverband der Mütterzentren)
- Gabriele Stark-Angermeier (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit)
- Dr. Dagmar Steiner (Frauen Union der CDU Deutschlands)

Koordination: Juliane Zinke (Deutscher Frauenrat)

Quellennachweise

- ¹ Naghipour, A., Oertelt-Prigione, S. (2024). Geschlechter- und Diskriminierungssensibilität in der ärztlichen Praxis. Gynäkologie 57, S. 437-446. <https://doi.org/10.1007/s00129-024-05241-x>
- ² Naghipour, A., Becher, E., Gemander, M., & Oertelt-Prigione, S. (2025). Designing clinical practice guidelines for equitable, inclusive, and contextualised care. BMJ (Clinical research ed.), 391, e085684. <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-085684>
- ³ ZQP-Report (2024). Gewaltprävention in der stationären Langzeitpflege. S. 61-78: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Report_Gewalt_stationaere_Langzeitpflege.pdf
- ⁴ Kolip, P.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2016). Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Bern: Hogrefe.
- ⁵ Patton, G. C. et al. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. In: The Lancet, 387, S. 2423–2478.
- ⁶ Bundesministerium für Gesundheit (2017). Nationales Gesundheitsziel « Gesundheit rund um die Geburt ».
- ⁷ Hertle, D., Schindele, E., Hauffe, U. (2021): Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung. In: Gesundheitswesen aktuell, S. 220-249. [doi: 10.30433/GWA2021-220](https://doi.org/10.30433/GWA2021-220)
- ⁸ Hoffmann, L. und Banse, R. (2021): Psychological aspects of childbirth: Evidence for a birth related mindset. In: European Journal of Social Psychology, 51 (1) S. 124-151.
- ⁹ Nilsson, C, Lundgren, I., Karlström, A. und Hildingsson, I. (2012): Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. In: Women and birth: Journal of Australian College of Midwives, 25 (3). S. 114-121.
- ¹⁰ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2020). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 203-217.
- ¹¹ hkk Gesundheitsreport (2025). Mental Load und Müttergesundheit. Ergebnisse einer repräsentativen forsa-Befragung von Müttern und Vätern im Auftrag der hkk, Bremen. https://assets.hkk.de/fileadmin/dateien/allgemeines_uebergeordnet/reports/gesundheitsreports/2025/251013_hkk_gesundheitsreport-mental-load_2025_a4_09.25_1.4.pdf.
- ¹² García-Solares, J. et al. (2018). Adenomyosis: A clinical review of a challenging gynecologic condition. In: Journal of Minimally Invasive Gynecology, 25, S. 370–384.
- ¹³ Bullo, S. (2018). Women's experiences of pain and medical discourse. In: Feminism & Psychology, 28, S. 383-400.
- ¹⁴ Gerke, S., Spiekermann, S., & Cohen, G. (2025). Bias recognition and mitigation strategies in artificial intelligence. NPJ Digital Medicine, 8(15).
- ¹⁵ Joshi, S. (2024). Big data and AI for gender equality in health: bias is a big challenge. Frontiers in Big Data, 7, 11521869. <https://doi.org/10.3389/fdata.2024.11521869>