

# Geschlechtergerechte Versorgung

Am Beispiel des Darmkrebs-Screenings lässt sich zeigen, wie zwischen medizinisch sinnvoller und unbegründeter Geschlechtsspezifität unterschieden werden kann.

Im Januar 2025 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, dass zukünftig sowohl Männer als auch Frauen ab dem 50. Lebensjahr beide Varianten des Darmkrebs-Screenings wahrnehmen dürfen. Auch Frauen steht damit die Darmspiegelung schon mit 50 statt wie bislang erst mit 55 Jahren zur Verfügung. Die Aufhebung der geschlechterspezifischen Darmkrebs-Früherkennung geht auf eine Analyse zurück, in der das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in keiner anderen evidenzbasierten Leitlinie eine vergleichbare Vorgabe finden konnte. Daher

chaortenaneurysma (BAA) zu sterben, wurde die Früherkennung auf ein BAA mittels Sonografie nur für Männer eingeführt. Dies bildet sich auch in der Evidenz zum BAA-Screening ab, weil die maßgeblichen Studien sich fast ausschließlich auf die deutlich häufiger betroffenen Männer fokussierten. Das IQWiG, das gesetzlich verpflichtet ist, „alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifische Besonderheiten“ in seinen Bewertungen zu berücksichtigen, hatte dies schon 2015 festgestellt.

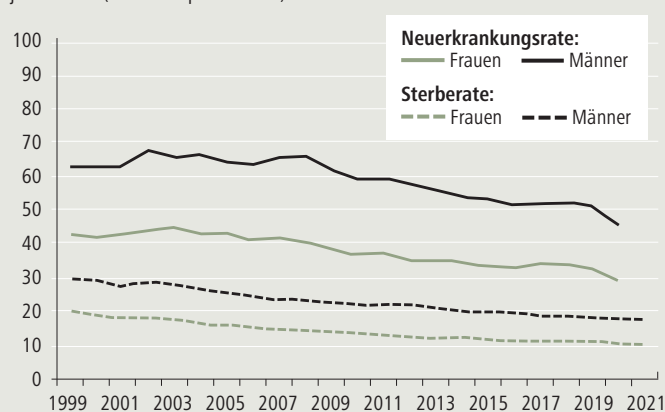
Ähnlich war es auch beim Darmkrebs-Screening: Der G-BA hat 2018 epidemiologische Zahlen des Robert Koch-Instituts zugrunde gelegt, nach denen das Risiko, in den nächsten zehn Jahren an Darmkrebs zu erkranken, für 55-jährige Männer 1,2 %, für 55-jährige Frauen aber nur 0,8 % betrug. Hinzu kam die Überlegung, dass es aufgrund der höheren Lebenserwartung deutscher Frauen besser ist, die derzeit üblichen zwei Koloskopien etwas später im Verlauf des Lebens durchführen zu lassen. Da sich das Neuerkrankungsrisiko mittlerweile zwischen den Geschlechtern etwas angeglichen hat, erscheint es gerechtfertigt, auch das Screening wieder anzugleichen. Parallel prüft das IQWiG, ob eventuell schon ab 45 Jahren koloskopiert werden sollte und ob nicht eine dritte Vorsorgekoloskopie notwendig ist, um der insgesamt gestiegenen Lebenserwartung gerecht zu werden. Um das grundsätzliche Risiko geschlechtsdiskriminierender Gesundheitsversorgung zu minimieren, wurden Anfang 2025 die FAIRS-Prinzipien publiziert (DOI: 10.1056/NEJMms2411331). Das Expertenteam entwickelte einen neuen Bewertungsrahmen für die Berücksichtigung von Geschlecht in klinischen Algorithmen. Als Anwendungsbeispiel verwendet die Autorengruppe unter anderem ein Scoring-System zum Darmkrebs-Screening.

Eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung kann gerade bei Screening-Angeboten sinnvoll sein. Diese sollte aber evidenzbasiert getroffen werden. Dennoch gibt es Bereiche, in denen unterschiedliche Empfehlungen nicht durch Evidenz begründet werden und daher zu einer Benachteiligung führen können.

Julie Gripp, IQWiG

## Grafik

Altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten nach Geschlecht, ICD-10 C18–C20, Deutschland 1990–2020/2021 je 100 000 (alter Europastandard)



Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten

lässt sich die Frage aufwerfen, warum Deutschland eine solche Vorgabe etabliert hatte und ob diese durch Evidenz gestützt war.

Bei der Früherkennung von Zervix- und Prostatakarzinomen sind die Geschlechterunterschiede unzweifelhaft. Bei anderen Organen und Erkrankungen aber wird es komplizierter. Denn Diagnostik und Therapie gelingen meist bei beiden Geschlechtern gleich gut. Der Unterschied liegt eher im Erkrankungsrisiko, also Inzidenz und Prävalenz. Weil Männer beispielsweise derzeit im Vergleich zu Frauen ein deutlich höheres Risiko haben, an einem Bau-

**Da sich das Neuerkrankungsrisiko bei Darmkrebs** zwischen den Geschlechtern etwas angeglichen hat, wurde kürzlich auch das Screeningangebot angepasst.