Korrekturexemplar

CED-Versorgung

Zeit zum Umdenken: Das Geschlecht zu berücksichtigen, kann ein Schlüssel zur besseren Versorgung sein

Eine sex- und gendergerechte Versorgung in der Medizin ist heute kein „Nice-to-have" mehr, sondern klinisch relevant und der nächste logische Schritt einer modernen, patientenzentrierten Medizin. Dies gilt auch für Menschen mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED), denn die durch biologische und soziokulturelle Faktoren geprägten Unterschiede zwischen Männern und Frauen wirken sich u. a. auf Inzidenz, Diagnostik, Verlauf und Therapie von CED aus [1, 2]. Doch in der Behandlungsrealität kommt der Aspekt der Gendermedizin bisher zu kurz.

Schon seit vielen Jahren ist bekannt, dass sich Frauen „kardial" von Männern unterscheiden [3]. Beispielsweise sind die Symptome eines Herzinfarktes bei Frauen weniger eindeutig als bei Männern [4]. Zudem sterben in Deutschland über alle Altersgruppen hinweg Frauen seltener an einem Herzinfarkt als Männer [5] – wobei die Mortalität bei Herzinfarkt insgesamt bei beiden Geschlechtern immer weiter abnimmt [4]. Der Abstand wird mit dem Alter jedoch geringer [5], da die Sterblichkeit bei Frauen langsamer sinkt [4].

Bislang orientierte sich die Wissenschaft am männlichen Körper. Präklinische Forschung fand meist mit männlichen Versuchstieren statt, Frauen waren in Studien oft unterrepräsentiert oder es erfolgte keine Analyse der Ergebnisse nach Geschlecht [6].

Biologische und soziokulturelle Unterschiede

Zunächst sollte zwischen „Sex" – dem biologischen Geschlecht – und „Gender" – der soziokulturell geprägten Geschlechterrolle – differenziert werden [7]. Dennoch wird oft nur z. B. von Gendermedizin gesprochen, auch wenn eigentlich der biologische Unterschied der Geschlechter gemeint ist.

Geschlechterunterschiede bei CED

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern werden auch im Bereich CED evident. Sie können Einfluss auf das Erkrankungsrisiko haben [1], auf die Zeit bis zur Diagnose [2], auf Verlauf und Komorbiditäten [1] sowie auf die CED-Therapie [1]. Als mögliche Hintergründe für die Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Blick auf eine CED werden u. a. diskutiert [1]:

- die epigenetische Steuerung, die die Genexpression ohne Änderung der DNA-Sequenz reguliert – beispielsweise über DNA-Methylierung und X-Chromosom-Inaktivierung,
- das Sexualhormon Östrogen, das die Immunmodulation beeinflusst,
- die Aktivierung von Östrogenrezeptoren, mit je nach Geschlecht unterschiedlichen Effekten sowie
- unterschiedliche Mikrobiota bei den Geschlechtern: Dies kann zu geschlechtsabhängigen Veränderungen der lokalen Entzündung im Gastrointestinaltrakt, der systemischen Immunität und der Anfälligkeit für eine Reihe von Entzündungskrankheiten führen. Das geschlechtsdimorphe Mikrobiom wird als „Mikrogenderom" bezeichnet.

Biologische Geschlechtsunterschiede bei CED sind viel tiefer verwurzelt, als bislang angenommen [1].

Was ist „Gendermedizin"?

Gendermedizin unterstreicht die Diversität von Menschen in der Medizin und zielt auf Chancengleichheit ab, in dem Sinn, dass jede und jeder die für ihn bestmögliche differenzierte Gesundheitsförderung und Behandlung bekommt [1, 6].

Erkrankungsrisiko, Diagnosezeiten, Verlauf

Die Auswirkungen der Geschlechtsunterschiede bei CED werden bereits beim Erkrankungsrisiko sichtbar: Jungen sind häufiger von Morbus Crohn (MC) betroffen als Mädchen. Ab der Pubertät kehrt sich dieses Verhältnis um und über das gesamte Erwachsenenleben erkranken Frauen häufiger an MC als Männer [1].

Bei Frauen kann die CED-Diagnose verzögert sein, so eine Studie mit 190 Patientinnen und Patienten. Zudem war die Rate an Fehldiagnosen von MC oder Colitis ulcerosa (CU) bei erkrankten Frauen höher als bei Männern – und das, obwohl sich die Zeit vom ersten Symptom bis zum Arztbesuch zwischen den Geschlechtern nicht unterschieden hatte [2].

Die oben genannten Faktoren haben auch maßgeblichen Einfluss

Tab. 1: Unterschiedliche Prävalenz von Komorbiditäten bei weiblichen und männlichen CED-Patienten

männliche CED-Patienten	weibliche CED-Patienten
primäre sklerosierende Cholangitis	apivale Parodontitis
maligne Neoplasmen	Anämie
primäre ankylosierende Spondylitis	kardiovaskuläre Erkrankungen
Urolithiasis	Ernährungsdefizite
Colitis-assoziierte kolorektale Karzinome	Mundhöhlenkarzinome

modifiziert nach [1]

Impressum

„GastroDialog 2025 – CED hat viele Facetten. Patient:innen im Fokus"
16. Mai 2025, Frankfurt am Main

Bericht:
Monika Walter, München

Redaktion:
Andrea Krahnert

Leitung Corporate Publishing:
Ulrike Hafner (verantwortlich)
Europaplatz 3, 69115 Heidelberg

Report in „Die Gastroenterologie"
Band 21, Heft 1, Februar 2026

Mit freundlicher Unterstützung der Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG, Berlin

Die Herausgeberinnen und Herausgeber der Zeitschrift übernehmen keine Verantwortung für diese Rubrik.

Springer Medizin Verlag GmbH
Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin
Geschäftsführung: Fabian Kaufmann, Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pugge

Die Springer Medizin Verlag GmbH ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Nature.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vor der Anwendung im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Korrekturexemplar

auf den Verlauf einer CED: So wurden in einer Kohortenstudie mit über 50.000 Menschen mit CED in Spanien die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei CED-Verläufen über im Median neun Jahre bei Männern und zehn Jahre bei Frauen beobachtet. Die Auswertung ergab: Bei MC war ein komplizierter Verlauf bei Männern häufiger, bei Frauen kam es öfter zu extraintestinalen Manifestationen sowohl bei MC als auch bei CU [8].

Unterschiedliche Komorbiditäten

Auch bei der Prävalenz von Komorbiditäten bei CED-Patientinnen und -Patienten gibt es relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern: So haben männliche CED-Patienten beispielsweise ein höheres Risiko für maligne Neoplasien, während Frauen häufiger von kardiovaskulären Erkrankungen betroffen sind (**Tab. 1**) [1].

Geschlechtsspezifische Aspekte der CED-Versorgung

Die Datenlage zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der CED-Therapie ist bisher lückenhaft. Eine Erhebung von Blumenstein et al. aus dem Jahr 2011 zeigte, dass CED-Patientinnen signifikant seltener mit Immunsuppressiva behandelt werden (p=0,011) und eine höhere Krankheitsaktivität haben als männliche Betroffene [9]. Weiteren, ebenfalls meist älteren Erhebungen zufolge, erhalten Männer bei einer CED mehr Biologika, bei Frauen werden dagegen häufiger Ileozökalresektionen durchgeführt. Zum Therapieansprechen auf Biologika bzw. über die Dauer des Ansprechens gibt es keine Daten zu weiblichen Patienten [10].

Bekannt scheint dagegen, dass Frauen unter einer medikamentösen CED-Therapie mehr unerwünschte Ereignisse erfahren als Männer [10]. Ob dafür die pharmakokinetischen Unterschiede zwischen Männer und Frauen wie z. B. verschiedene Verteilungsvolumina oder eine unterschiedliche Elimination verantwortlich sind, ist offen [11].

Familienplanung und CED

Fortschritte gab es in den letzten Jahren beim Thema Familienplanung bei CED-Patientinnen und -Patienten zu verzeichnen. Das ist wichtig vor dem Hintergrund, dass CED-Betroffene (Patientinnen und Patienten bzw. deren Partnerinnen und Partner) insgesamt weniger Kinder bekommen als Menschen ohne eine entsprechende Diagnose. Ursächlich für die selbstgewählte Kinderlosigkeit scheint aber keine reduzierte Fruchtbarkeit aufgrund der Erkrankung zu sein, sondern vielmehr diffuse – grundsätzlich aber unbegründete – Ängste und Unsicherheiten bei beiden Geschlechtern, beispielsweise bezüglich des Risikos der Weitergabe der Erkrankung an das Kind [10]. Bei den Patientinnen spielt auch die Angst vor möglichen Komplikationen in der Schwangerschaft durch die Erkrankung oder die medikamentöse Therapie eine Rolle [12].

„Mehr Awareness für das Thema Gendermedizin schaffen“

Prof. Dr. Axel Dignaß, Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt a. M.

Eine gendergerechte Versorgung bei CED ist in Zukunft extrem wichtig. Ein wichtiges Hindernis auf diesem Weg ist die unzureichende Datenlage auf diesem Gebiet. Hier ist aus meiner Sicht dringend eine Aufarbeitung notwendig. Darüber hinaus ist es wichtig, mehr Awareness bei uns allen für das Thema Gendermedizin zu schaffen. Es geht dabei u. a. um die Bereiche Betreuung, Bezahlung und um Zulassungsdaten. Der Appell gilt der Industrie sowie der wissenschaftlichen Community: Wir sollten versuchen, Subgruppenanalysen in großen klinischen Studien durchzuführen und Datenbanken zu analysieren, um herauszufinden: „Was ist eigentlich unterschiedlich zwischen den Geschlechtern?“

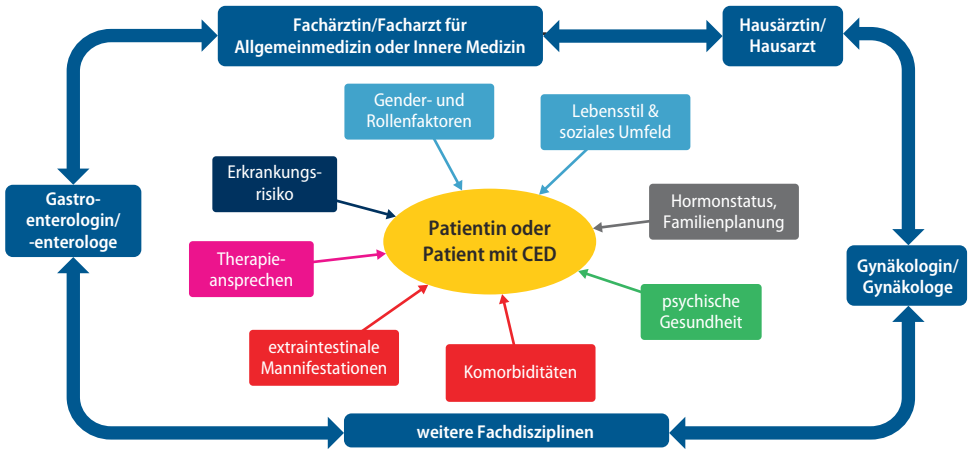
Interdisziplinarität wichtig

Insbesondere für weibliche CED-Patienten sei es daher besonders wichtig, dass die verschiedenen medizinischen Disziplinen zusammenarbeiten und die Ängste der Betroffenen adressieren, betonte Prof. Dr. Birgit Terjung, GFO Kliniken Bonn.

Hilfestellung bei der Behandlung von Frauen mit einer CED und Kinderwunsch gibt z. B. die Leitlinie der European Crohn's and Colitis (ECCO), in der Fragen zu Sexualität, Fertilität, Schwangerschaft und Laktation beantwortet und konkrete Empfehlungen z. B. zur CED-Therapie während der Schwangerschaft und Stillzeit gegeben werden [12].

In einem Übersichtsartikel wünschen sich Blumenstein et al., dass zukünftig geschlechtspezifische Studien aufgelegt werden, um dem Ziel einer personalisierten Medizin näherzukommen [10]. Für eine gendergerechte Versorgung bei CED sollten neben Hormonstatus und Gender- bzw. -Risikofaktoren für ein ganzheitliches Therapiekonzept auch psychische Gesundheit, Lebensstil und soziales Umfeld berücksichtigt werden, so die generelle Meinung der Expertinnen und Experten auf dem GastroDialog 2025 (**Abb. 1**).

Abb. 1: Eine Sex- und gendergerechte Versorgung bei CED besteht aus einem Zusammenspiel verschiedener Fachdisziplinen und berücksichtigt die biologischen und sozialen Geschlechterunterschiede.



CED: chronisch-entzündlichen Darmerkrankung

© Takeda

Literatur

1. Goodman W et al., Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2020, 17:740–754
2. Sempere L et al., Inflamm Bowel Dis 2023, 29:1886–1894
3. Regitz-Zagrosek V, Dt. Ärzteblatt 2015, 112:14
4. https://flexikon.doccheck.com/de/Myokardinfarkt# (letzter Aufruf: 03.11.2025)
5. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/521812/umfrage/todesfaelle-aufgrund-von-herzinfarkten-nach-altersgruppe-und-geschlecht/ (letzter Aufruf: 03.11.2025)
6. Mauvais-Jarvis F et al., Pharmacological Reviews 2021, 73:730–762
7. Heise L et al., Lancet 2019, 393:2440–2454
8. Gargallo-Puyuelo C et al., Clin Gastroenterol Hepatol 2024, 22:2280–2290
9. Blumenstein I et al., J Crohns Colitis 2011, 5:203–210
10. Blumenstein I et al., Gastroenterologie 2019, 14:102–107
11. Keiner D, Perspektiven der Onkologie. Dt. Ärzteblatt 1/2017:4–9
12. Torres J et al., Crohns Colitis 2023, 17:1–27

EXA/DE/ENTY/1938