Richtlinie für Darmkrebsfrüherkennung

Hämoglobin im Stuhl (iFOBT)

Gesetzlicher Hintergrund

Ca. 55.000 Menschen erkranken jährlich in Deutschland an Darmkrebs, wobei eine frühe Diagnose für die Prognose entscheidend ist. Vor diesem Hintergrund zeigt sich die Relevanz der Darmkrebsfrüherkennung, deren Kosten von allen Krankenkassen übernommen werden.

Die Darmkrebsvorsorge wurde im April 2025 angepasst. Nun gilt: Für Männer und Frauen gibt es ab dem Alter von 50 Jahren die gleichen Angebote des Darmkrebsscreenings. Zudem wird das Intervall für den Stuhltest vereinheitlicht. Die gesetzlichen Krankenkassen laden ihre Versicherten im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren zur Darmkrebsfrüherkennung ein. Der Einladung liegt eine ausführliche Information über das Darmkrebsfrüherkennungs-Programm bei.

Leitliniengerechte Darmkrebsfrüherkennung

In der S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“, Version 2.0 (derzeit in Überarbeitung), ist zur Darmkrebsfrüherkennung eine komplette qualitätsgesicherte Koloskopie als Methode mit der höchsten Sensitivität und Spezifität für das Auffinden von Karzinomen und Adenomen empfohlen. Mit ihnen sind auch nicht blutende Karzinome und Adenome mit hoher Sensitivität nachweisbar.

Ein Test auf okkultes Blut im Stuhl sollte bei Personen ohne erhöhtes Darmkrebsrisiko jährlich durchgeführt werden, wenn diese keine Koloskopie wünschen. Bei der Frequenz der Früherkennungsuntersuchung ist der jährliche Test auf okkultes Blut im Stuhl bezüglich einer Senkung der Mortalitätsrate des kolorektalen Karzinoms der zweijährlichen Untersuchung überlegen.

Allerdings wird der Stuhltest nur zwei Jahre ab einem Alter von 50 Jahren von den Krankenkassen getragen (Tabelle 1).

Hämoglobin im Stuhl / Test auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT)

Immunologische Stuhltests (iFOBT) sind Antikörper-basierte-Tests gegen den Globinanteil im Hämoglobin und weisen spezifisch humanes Hämoglobin nach.

Der immunologische Test auf Hämoglobin im Stuhl (iFOBT) erreicht eine Sensitivität von ca. 75 %. Auch Vorstufen (Adenome) werden mit einer diagnostischen Sensitivität von bis zu 25 % erkannt. Diese Angaben werden durch mehrere Publikationen gestützt. Die Studienprotokolle nutzten in allen Fällen eine Koloskopie als Referenzstandard.

Befundbewertung

Ein negatives Testergebnis auf okkultes Blut im Stuhl schließt einen Kolontumor oder ein Adenom nicht sicher aus. Beispielsweise werden Blutungen im oberen Magen-Darm-Trakt häufig nicht erkannt, da das Hämoglobin während der langen Passage durch Bakterien der Darmflora abgebaut wird. Auch im Dickdarm besteht die Möglichkeit des Abbaus durch die Darmflora. Umgekehrt bedeutet ein positiver Blutnachweis nicht zwangsläufig, dass eine bösartige Erkrankung vorliegt. Eine Blutung im Gastrointestinaltrakt kann beispielsweise durch Hämorrhoiden, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Divertikel, Ulcera und Magenschleimhautläsionen (z. B. NSAIDs) verursacht werden. Bei einem positiven Nachweis von okkultem Blut im Stuhl ist in allen Fällen eine Koloskopie zur weiteren Abklärung indiziert.

Tabelle 1: Gesetzliche Vorgaben

Männer und Frauen ab 50 Jahren

Empfehlung	Alternative	Weiterhin gilt:
2 Mal Koloskopie im Abstand von 10 Jahren	Stuhltest alle 2 Jahre	– Stuhltest ist möglich, wenn man sich 10 Jahre nach der ersten Darmspiegelung gegen eine zweite entscheidet – Bei auffälligen Stuhltests kann eine Koloskopie erfolgen

MVZ Clotten
Labor Dr. Haas, Dr. Raif & Kollegen GbR
Merzhauser Straße 112a | 79100 Freiburg
Tel.: +49 761 31905-0 | www.mvz-clotten.de

Tabelle 2: Hinweise zu Präanalytik und Abrechnung					
Probenmaterial	Stuhlprobe				
Probentransport	Postversand möglich				
Methode	Immunologischer Test				
	EBM		GOÄ	1-fach	1,15-fach
Hämoglobin im Stuhl (präventiv)	01738	€ 7,90	A3735	€ 8,74	€ 10,05
Hämoglobin im Stuhl (kurativ)	32457	€ 6,21	A3735	€ 8,74	€ 10,05

Präanalytik

Aufgrund der hohen Testspezifität wird ausschließlich humanes Hämoglobin im Stuhl erkannt. Daher müssen keine gesonderten diätetischen Hinweise, wie beispielsweise die Vermeidung des Verzehrs von rohen Fleischprodukten, beachtet werden.

Autor: Prof. Peter Findeisen, Limbach Gruppe

Literatur

1. Senore C, Doubeni CA, Guittet L: FIT as a Comparator for Evaluating the Effectiveness of New Non-invasive CRC Screening Test. Dig Dis Sci. 2025; 70 (5): 1625–1636.
2. Levy BT, Xu Y, Daly JM et al.: Comparative performance of common fecal immunochemical tests: a cross-sectional study. Ann Intern Med. 2024; 177 (10): 1350–1360.
3. Cole E, Narayanan D, Tiam RN, et al.: Faecal Immunochemical Test (FIT) Sensitivity; A Five Year Audit. Br J Biomed Sci. 2024; 81: 12862.
4. Lin J S, Piper M A, Leslie A et al.: Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2016; 315 (23): 2576–2594.
5. Leitlinienprogramm Onkologie: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. Version 1.1 – August 2014, AWMF-Registernummer: 021/007OL.
6. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. Langversion 2.1 – Januar 2019, AWMF-Registernummer: 021/007OL.
7. Bundesministerium für Gesundheit: Weil früher besser ist – die wichtigsten Fragen zur Darmkrebs-Vorsorge. Zitiert vom 18. Juli 2025. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/fragen-zur-darm-krebs-vorsorge.html

Stand: Oktober 2025

Ihr Ansprechpartner:
PD Dr. med. Andreas Krebs
Fachbereich Immunologie
E-Mail: a.krebs@mvz-clotten.de
Telefon: +49 761 31905-184

Herausgeber: © Limbach Gruppe SE – 10/2025_V5_AP1248