

Darmkrebs-Früherkennung mit dem immunologischen Stuhltest (iFOBT)

Darmkrebs ist mit rund 55.000 Neuerkrankungen pro Jahr eine der häufigsten Tumorerkrankungen in Deutschland. Seit Einführung des immunologischen Stuhltests (iFOBT) zum 1. April 2017 als neue Kassenleistung ist die Inzidenz bei Personen ab 55 Jahren gesunken, während sie bei jungen Erwachsenen seit mehreren Jahren kontinuierlich ansteigt¹. Die Ursachen hierfür sind bisher ungeklärt. Zu den Risikofaktoren gehören neben Nikotin- und Alkoholkonsum auch Bewegungsmangel, ballaststoffarme Ernährung und chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Daneben gibt es erblich bedingte Risiken, wie z. B. die familiäre adenomatöse Polyposis oder das Lynch-Syndrom, welche bereits in jüngeren Jahren zu einer Darmkrebserkrankung führen können².

Im April 2025 wurden die Leitlinien zur Darmkrebsvorsorge in Deutschland modifiziert. Die Kosten für die Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs werden nun von allen Krankenkassen für Versicherte ab 50 Jahren übernommen und die Untersuchungszeitpunkte sind für Frauen und Männer einheitlich. Die frühzeitige Erkennung kann die Heilungschancen erheblich verbessern oder eine Karzinomentstehung sogar verhindern. Hierfür steht neben der interventionellen Früherkennung mittels Darmspiegelung (Koloskopie) auch ein immunologisch fäkaler Okkultbluttest (iFOBT) zur Verfügung^{3,4}.

Überblick und Pathogenese

Darmkrebs (das kolorektale Karzinom) ist in Deutschland die zweithäufigste Tumorerkrankung bei Frauen und dritthäufigste bei Männern. Das mittlere Erkrankungsalter für Frauen liegt bei 75 Jahren und für Männer bei 71 Jahren².

Der Tumor entwickelt sich meist aus gutartigen Polypen (überwiegend Adenome). In Darmschleimhautwucherungen bilden sich über viele Jahre kontinuierlich genetische Veränderungen (Mutationen) aus, die zunächst zu Dysplasien und schließlich zum bösartigen Tumor (Karzinom) führen können. Diesen Vorgang nennt man Adenom-Karzinom-Sequenz⁵.

Dabei ist das Risiko der Entartung abhängig von der Größe (>1 cm), der Anzahl (ab drei oder mehr) und dem histologischen Typ des Polypen (villöse Adenome oder schwere Dysplasien).

Die meisten Darmkrebsfälle in Deutschland entstehen sporadisch, d. h. ohne familiäre Vorbelastung⁶. Die Entwicklung von Darmkrebs aus Polypen dauert durchschnittlich fünf bis zehn Jahre. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wie die Darmspiegelung (Koloskopie) sind in Deutschland etabliert, um Polypen frühzeitig zu erkennen und zu entfernen (Polypektomie), bevor sie zu Krebs werden. Die Entfernung von Polypen senkt das Risiko für Darmkrebs signifikant.

Diagnostik

Die Koloskopie bleibt der Goldstandard hinsichtlich der Sensitivität für die Erkennung von fortgeschrittenen Adenomen und Karzinomen und bietet die Möglichkeit einer gleichzeitigen Therapie (Polypektomie). Sie ist jedoch mit einem höheren Aufwand sowie einem erhöhten Risiko für den Patienten verbunden, insbesondere hinsichtlich Narkose, Darmperforation und Blutungen während des Eingriffs. Als Alternative wird der nichtinvasive iFOBT empfohlen. Kolorektale Karzinome und zum Teil auch Adenome bluten häufig in geringem Ausmaß. Das oft für das bloße Auge unsichtbare (okkulte) Blut kann in einer immunologischen Stuhltestung im Labor nachgewiesen werden. Dies erfolgt mit dem iFOBT (immunological fecal occult blood test). Aktuelle randomisierte Studien zeigen, dass das nicht invasive Screening im Hinblick auf die Reduktion der kolorektalen Krebssterblichkeit der Darmspiegelung nicht zwingend unterlegen ist, nicht zuletzt auf Grund der besseren Akzeptanz in der Bevölkerung⁷.

Der iFOBT kann nach entsprechender Beratung vom Hausarzt, Gynäkologen, Urologen oder von einem Arzt für Innere Medizin veranlasst werden. Es sind keine diätetischen Einschränkungen erforderlich. Das Material für den Labortest kann nach einer einfachen Beschreibung zuhause aus einer Stuhlprobe mit einem Röhrchen mit einem integrierten Stick gewonnen und bis zum darauffolgenden Tag wieder in der Arztpraxis abgeben werden. Die Untersuchung erfolgt dann meist taggleich im Labor. Bei einem positiv Testergebnis besteht immer ein Anspruch auf eine Darmspiegelung zur weiteren Abklärung⁴.

Anspruch der präventiven Untersuchungen

Gesetzlich Versicherte erhalten von ihrer Krankenkasse alle fünf Jahre (ab 50–65 Jahre) per Post eine Einladung und entsprechende Informationen zur Darmkrebsfrüherkennung. Die Früherkennung für die Allgemeinbevölkerung beginnt ab einem Alter von 50 Jahren, da ab hier die Inzidenz des kolorektalen Karzinoms signifikant steigt³.

Optionen der Früherkennung für Frauen und Männer ab 50 Jahren:

- **Alternative 1:** Darmspiegelung (Koloskopie): zweimal eine Darmspiegelung im Abstand von zehn Jahren*
- **Alternative 2:** Stuhltest iFOBT: alle zwei Jahre

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen empfiehlt sogar die Früherkennung im Alter zwischen 45 und 75 Jahren⁸.

* Wer sich zehn Jahre nach der ersten Darmspiegelung gegen eine zweite entscheidet, kann stattdessen auf den iFOBT wechseln.

Quellen

- (1) Waldmann, A., Borchers & P., Katalinic, A. (2023). Temporal trends in age- and stage-specific incidence of colorectal adenocarcinomas in Germany. *BMC Cancer*, 23(1),1180. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11660-1>
- (2) Robert Koch-Institut. Darmkrebs: Inzidenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2025 [zitiert: 26. Februar 2026]. Verfügbar auf <https://gbe.rki.de>
- (3) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Kolorektales Karzinom, Langversion 3.0, 2025, AWMF-Registernummer: 021-007OL <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/>; Zugriff am [03.11.2025]
- (4) Bundesministerium für Gesundheit (26.02.2026). Weil früher besser ist – die wichtigsten Fragen zur Darmkrebs-Vorsorge. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/fragen-zur-darmkrebs-vorsorge.html>
- (5) Williamson B. Strum, M.: Colorectal Adenomas (2016). *N Engl J Med*, 374(11), 1065-1075. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1513581>
- (6) Li, X. et al. (2024). Prevalence of diverse colorectal polyps and risk factors for colorectal carcinoma in situ and neoplastic polyps. *J Transl Med*, 22(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12967-024-05111-z>
- (7) Castells, A., (2025). Effect of invitation to colonoscopy versus faecal immunochemical test screening on colorectal cancer mortality (COLONPREV): a pragmatic, randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*, 405(10486):1231-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00145-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00145-X)
- (8) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (26.02.2026). Darmkrebscreening-Richtlinien in Deutschland weichen von internationalen Leitlinien ab. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/news/darmkrebs-screening-richtlinien-in-deutschland-weichen-von-internationalen-leitlinien-ab-8e2d898d-45d1-47fb-b702-64f16b4e4528>

