

Evaluationsbericht Darmkrebs 2025

Gesundheitsforen Leipzig | 20. Januar 2026

Agenda

Hintergrund

Datengrundlage

Ergebnisse

Live-Exploration der aktuellen oKFE-Daten

Diskussion

01.

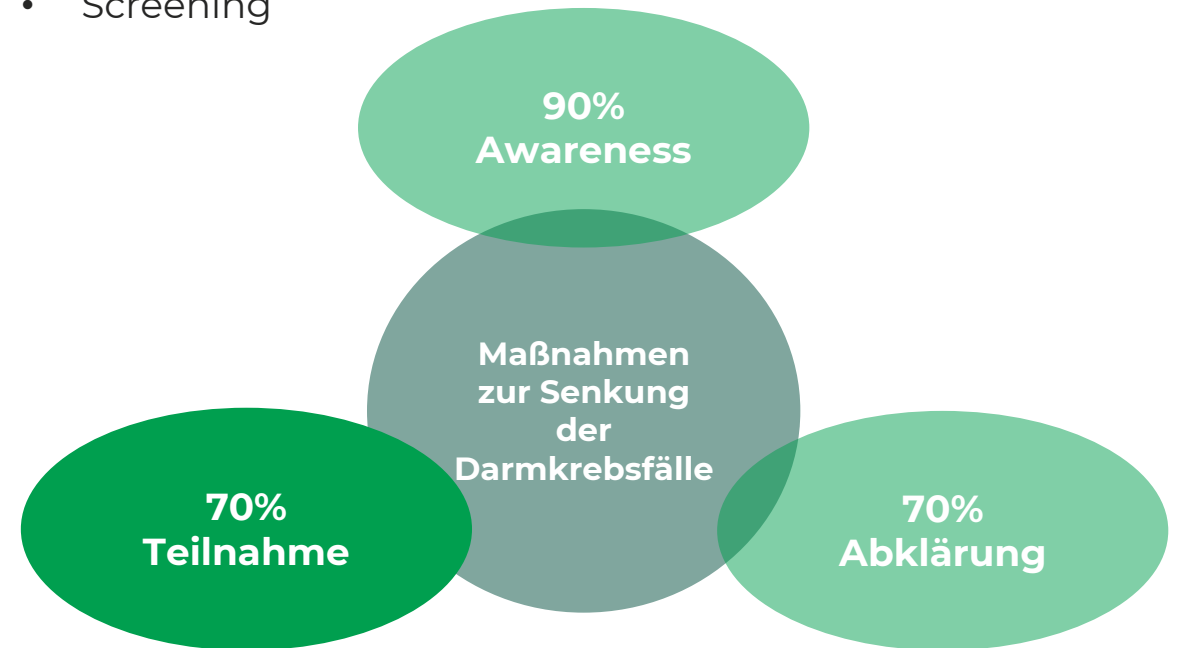
Hintergrund

Die WHO hat 2018 ein ehrgeiziges Ziel formuliert: Darmkrebs bis 2030 deutlich eindämmen.

Maßnahmen

- Darmkrebs ist weltweit eine der häufigsten Krebserkrankungen mit knapp 2 Mio. Neuerkrankungen pro Jahr.
- WHO-Ziele: Senkung der Inzidenz (40%) und Sterblichkeit (60%) durch bessere Früherkennung und effektive Behandlung
- Mit Umstellung auf ein organisiertes Programm, Evaluation der Daten und darauf basierende Anpassungen am Programm sollen diese Ziele erreicht werden

- Screening



Auf Basis der oKFE-Richtlinie werden systematisch Daten zur Krebsvorsorge erhoben und gesamthaft ausgewertet

Ausgangssituation

- Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-Richtlinie) regelt u. a. die Zielstellung, Anspruchsberechtigte, das Einladungswesen und die Beurteilung der oKFE-Programme – derzeit für Zervixkarzinome und Darmkrebs.
- Zur Verbesserung der Qualität der Krebsfrüherkennungsprogramme werden systematisch Daten erfasst, überwacht und ausgewertet. Insbesondere sind
 - die Inanspruchnahme,
 - der Effekt des Einladungswesen,
 - der Anteil falsch positiver Diagnosen,
 - das Auftreten von Intervallkarzinomen und
 - die Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankung von breitem gesellschaftlichem Interesse.
- Dazu werden dezentral erhobene Daten von Leistungserbringern, Krankenkassen und Krebsregistern für die Programmbeurteilung an eine unabhängige oKFE-Auswertungsstelle übermittelt, zentral gespeichert und ausgewertet.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

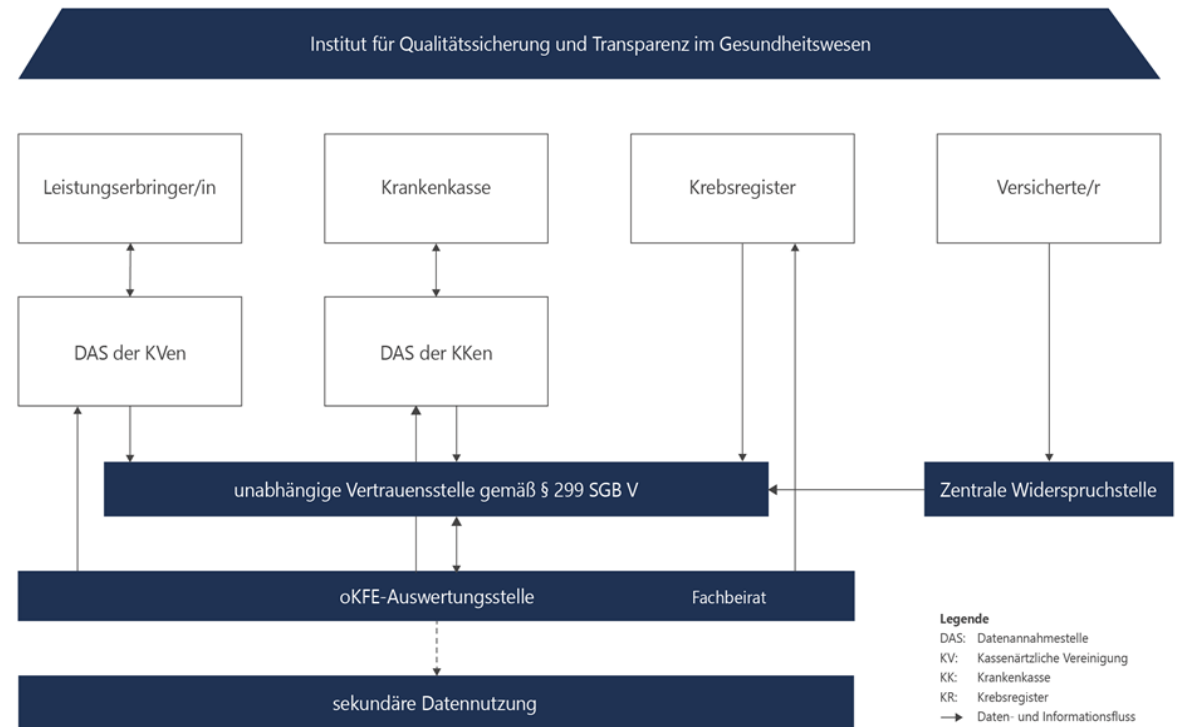
02.

Datengrundlage

Die oKFE-Auswertungsstelle erhält Daten von Leistungserbringern, Krankenkassen und Krebsregistern

Datenflüsse

- In der oKFE-Auswertungsstelle werden die Daten mehrerer liefernder Organisationen (niedergelassene Ärzte, Labore, Krankenkassen und Krebsregister) zusammengeführt.
- Die Zusammenführung wird auf pseudonymisierten Stammdaten (eGK-Nummer) der Versicherten vorgenommen.
- Die Pseudonymisierung und das eindeutige Identity-Management wird durch eine unabhängige Vertrauensstelle sichergestellt.



Die Datenerhebung bei den Leistungserbringern erfolgt auf Basis der spezifizierten Dokumentationsbögen

Datenerhebung

- Durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen werden von den Leistungserbringern dokumentiert und an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt.
- Zu den dokumentationspflichtigen Leistungserbringern zählen niedergelassene Ärzte und Labore.
- Für die fachliche Definition des zu erhebenden Datensatzes ist die AG oKFE innerhalb des G-BA zuständig.
- Die technische Definition wird durch das IQTIG in Form von technischen Spezifikationen und Dokumentationsbögen vorgegeben.
- Diese Dokumentationsbögen werden (meist als extra Modul) von den Softwareherstellern in die Praxisverwaltungssoftware-Systeme integriert.

MUSTER - Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz PB-Verfahren zur Früherkennung von Darmkrebs I-FOB-Test
DKI (Spezifikation 2024 PB V01)

BASIS
Der Datensatz spezifiziert werden

1. Basisdokumentation
Programmmnummer
Gebührenordnungsposition (GOP)
Art der Versicherung
Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
besondere Personengruppe
Praxisidentifizierende Daten
eGK-Versichertennummer
Leistungserbringende Identifizierende Daten
Betriebsstättennummer
Nebenbetriebsstättennummer
lebenslange Arztnummer
Patient
einrichtungslinterne Identifikationsnummer des Patienten

2. Geburtsdatum
Es liegt kein vollständiges Geburtsdatum vor
5-stellige PLZ des Wohnortes
Es liegt keine (5-stellige) deutsche PLZ vor
Geschlecht
Lebdatum
Verwertbarkeit des Probenmaterials
I-FOB-Test: Testergebnis
I-FOB-Test angewandter Schwellenwert

3. I-FOB-Test: Liegt die Hb-Konzentration im Stuhl im test-systemspezifischen Messbereich?
I-FOB-Test: Hb-Konzentration im Stuhl
I-FOB-Test: Name des verwendeten Produkts
I-FOB-Test: anderes Produkt - Name
I-FOB-Test: anderes Produkt - Hersteller
I-FOB-Test: Testergebnis

4. I-FOB-Test: Name des verwendeten Produkts
I-FOB-Test: anderes Produkt - Name
I-FOB-Test: anderes Produkt - Hersteller
I-FOB-Test: Testergebnis

Veröffentlicht am 30.06.2023, gültig vom 01.01.2024 bis 31.12.2024
© 2023 IQTIG

Seite 1 von 1

Seite 1 von 4

Seite 2 von 4

Seite 3 von 4

Der aktuelle Bericht evaluiert die Erfassungsjahre 2021 bis 2024.

Datenbasis und -validierung

- Der aktuelle Bericht umfasst erstmals alle drei Datenquellen:
 - **Krankenkassen** (Einladungsdaten beziehen sich auf 2020 bis 2023)
 - **Leistungserbringer**: (Früherkennungs- und Abklärungsuntersuchungen von 2021 bis 2024).
 - **Krebsregister** (vollständiger Datensatz von 2021 bis 2023; Daten aus 2024 liegen zu 60% vor)
- Zielpopulation: GKV-Versicherte ab 50 Jahren, die nicht widersprochen haben.
- Datensätzen ohne Geburts- oder Untersuchungsdatum bzw. ohne Anspruchsberechtigung wurden ausgeschlossen.
- Vollständigkeit der Daten wurde durch Abgleich mit KM6-Statistik und KBV-Abrechnungsdaten validiert.
- Vollständigkeit und Plausibilität wurden mittels Prüfredeln der aktualisierten IQTIG-Spezifikation und stichprobenartiger Verknüpfungen in der Auswertungsstelle geprüft.

Die Ergebnisse des aktuellen Berichtes sind robust, aber an einzelnen Stellen vorsichtig zu interpretieren.

Limitationen

- Fehlende Dokumentation einer Untersuchung führt zur Klassifikation als Nichtteilnehmende, auch bei möglicher Teilnahme 2020 oder im klinischen, nicht dokumentierten Bereich.
- Klinische Daten oder Untersuchungen außerhalb des oKFE-Programms werden nicht einbezogen.
- Alle Daten lassen sich über die pseudonymisierte eGK einem Versicherten zuordnen, der Untersuchungsverlauf ist jedoch nicht immer eindeutig abbildbar (z. B. mehrere iFOBT im zeitlichen Zusammenhang mit einer Abklärungsuntersuchung).
- Fehldokumentationen und inkonsistente Angaben der Datenquellen können auftreten und erschweren die Auswertung insbesondere bei kleinen Fallzahlen.
- Für einige Fragestellungen ist der Beobachtungszeitraum von vier Jahren noch zu kurz (FEK1 und FEK2).
- Von den Krebsregistern werden nur Daten mit eindeutiger eGK übermittelt (notwendig für die Verknüpfbarkeit zu anderen Datenquellen, es fehlen jedoch z. B. DCO-Fälle).

03.

Ergebnisse

Hohe Einladungsquoten, aber keinen offensichtlichen Zusammenhang zur Teilnahme.

Einladung / Informationsschreiben zum Screening

- Versicherte in den Altersgruppen 50, 55, 60, 65 Jahre werden systematisch von ihrer Krankenkasse zur Teilnahme am Darmkrebs-Screening eingeladen
- Pro Jahr werden ca. 3,6–3,9 Millionen Versicherte eingeladen – das entspricht etwa 90% der berechtigten Bevölkerung.
- Die Konvertierung ist niedrig. Nur 23% (2021) → 48% (2023) der Eingeladenen nehmen teil. Der Trend verbessert sich, aber bleibt problematisch
- Es werden keine Gründe für die Teilnahme am Screening erfasst.

Tabelle 4.2.

Anzahl der Erstteilnehmenden mit und ohne Einladung: Anzahl der Erstteilnehmenden am oKFE-Programm zur Früherkennung von Darmkrebs, prozentualer Anteil der eingeladenen und nicht eingeladenen Personen in Klammern, 2021 bis 2023, Datenbasis: Krankenkassendaten, Leistungserbringerdaten

Jahr	Anzahl der Teilnehmenden	Teilnehmende mit Einladung (Anteil)	Teilnehmende ohne Einladung (Anteil)
2021	1.924.340	453.095 (23,55 %)	1.471.245 (76,45 %)
2022	1.808.939	651.773 (36,03 %)	1.157.166 (63,97 %)
2023	1.739.278	835.916 (48,06 %)	903.362 (51,94 %)

Jeder zweite Mann, jede zweite Frau mit Koloskopie hat auffällige Befunde

Befunde iFOBt und Koloskopie

- Bei iFOB-Tests zeigen sich Positivitätsraten von 11,9% bei Männern und 6,9% bei Frauen
- Unter denen, die tatsächlich zur Koloskopie gehen, zeigt sich eine hohe Befundrate: 53% der durchgeführten Koloskopien bei Männern und 44% bei Frauen zeigen auffällige Befunde (Polypen, Adenome)
- Der Anteil auffälliger Befunde nimmt mit steigendem Alter zu.

Tabelle 4.12.

Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchung mittels iFOBt: Anzahl der auffälligen iFOBt-Befunde und Positivitätsrate, differenziert nach Altersgruppe und Geschlecht, 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

Altersgruppe	Männer mit positivem iFOBt	Positivitätsrate	Frauen mit positivem iFOBt	Positivitätsrate
50 bis 54	6.837	7,89 %	14.822	4,53 %
55 bis 59	10.034	9,12 %	10.520	4,95 %
60 bis 64	12.545	10,74 %	11.305	6,11 %
65 bis 69	12.248	12,32 %	11.030	7,27 %
70 bis 74	11.089	13,84 %	10.578	8,61 %
75 bis 79	8.021	15,33 %	8.120	10,49 %
Ab 80	12.849	17,50 %	15.072	14,58 %
Gesamt	73.623	11,90 %	81.447	6,90 %

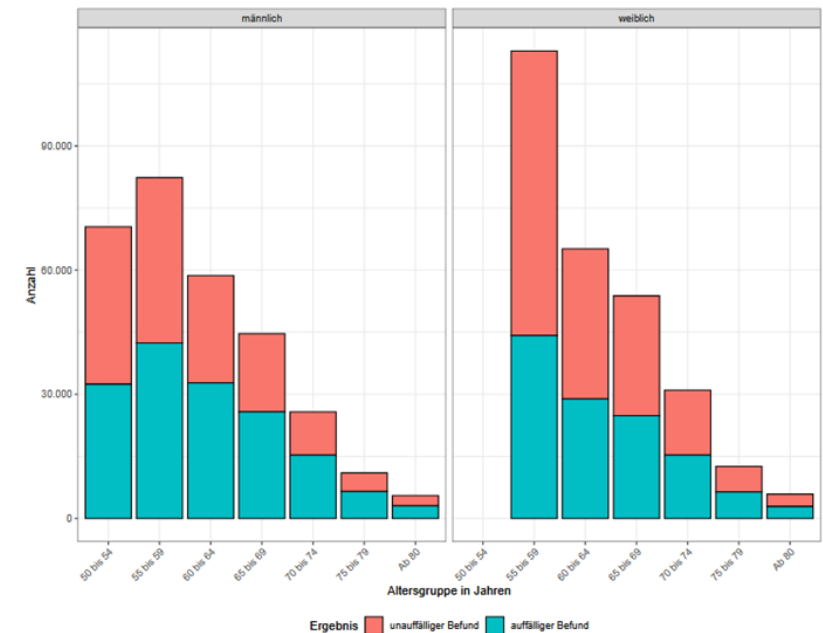


Abbildung 4.6: Anzahl unauffälliger und auffälliger Befunde bei Früherkennungskoloskopien (FEK), differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht, 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

2024 wurden über dokumentierte Früherkennungsuntersuchungen 2251 Karzinome entdeckt.

Histologische Befunde

- Bei Früherkennungskoloskopien werden histologisch Adenome, Läsionen, Karzinome und sonstige Veränderungen systematisch dokumentiert.
- Am häufigsten werden konventionelle Adenome befundet (93.377 bei Männern, 58.992 bei Frauen)
- Karzinombefunde nehmen mit dem Alter deutlich zu: von 0,5% bei 50–54-Jährigen auf 3–4% bei über 70-Jährigen.
- 2024 wurden über Früherkennungskoloskopien 2.251 Karzinome entdeckt

Tabelle 4.15.

Histologische Befunde der Früherkennungskoloskopien bei Männern: Histologische Befunde bei Früherkennungskoloskopien (FEK) bei Männern, differenziert nach Altersgruppen, 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

Altersgruppe in Jahren	Konventionelles Adenom	Serratierte Läsionen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Sonst. benigne Veränderung	Sonst. maligne Veränderung	Ohne Befund	Histologische Untersuchungen
50 bis 54	17.480	8.504	100	60	4.188	80	720	28.206
55 bis 59	24.207	10.702	166	93	4.988	83	893	36.809
60 bis 64	19.783	7.640	162	130	3.462	58	616	28.259
65 bis 69	16.042	5.378	168	97	2.577	54	432	21.999
70 bis 74	9.768	2.816	141	80	1.397	37	259	12.970
75 bis 79	4.218	1.057	76	45	549	18	108	5.429
Ab 80	1.879	422	44	29	234	9	68	2.416
Gesamt	93.377	36.519	857	534	17.395	339	3.096	136.088

Tabelle 4.16.

Histologische Befunde der Früherkennungskoloskopien bei Frauen: Histologische Befunde bei Früherkennungskoloskopien (FEK) bei Frauen, differenziert nach Altersgruppen, 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

Altersgruppe in Jahren	Konventionelles Adenom	Serratierte Läsionen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Sonstige benigne Veränderung	Sonstige maligne Veränderung	Ohne Befund	Histologische Untersuchungen
55 bis 59	19.753	13.945	112	76	5.753	119	1.171	37.239
60 bis 64	13.692	8.485	112	65	3.515	56	686	23.976
65 bis 69	12.424	6.420	114	61	2.888	64	543	20.284
70 bis 74	8.046	3.456	107	39	1.670	25	364	12.315
75 bis 79	3.528	1.261	55	26	672	15	149	5.119
Ab 80	1.549	497	72	21	247	8	68	2.239
Gesamt	58.992	34.064	572	288	14.745	287	2.981	101.172

Von den positiven iFOBT-Befunden wird nur ein kleiner Anteil dokumentiert abgeklärt."

Abklärungsrate

- Wenn Abklärungen dokumentiert werden, passiert das zeitnah: Die meisten erfolgen innerhalb der ersten 100 Tage.
- Nur 14% aller positiven iFOBT werden innerhalb von 12 Monaten mit einer Koloskopie dokumentiert verknüpft.
- Ein Großteil der Abklärungen wird nicht für die Dokumentation erfasst (klinischer Bereich)
- Die Abklärungsrate stagniert seit 2021 bei ~12–14%.

Tabelle 4.19.

Abklärungsrate 2021 bis 2023: Jährliche Anzahl der auffälligen iFOBT-Befunde, jährliche Anzahl der verknüpfbaren Koloskopien (Abklärungskoloskopien und fälschlich als FEK dokumentierte Untersuchungen) innerhalb von zwölf Monaten und korrespondierende Abklärungsrate, 2021 bis 2023, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

	2021	2022	2023
Anzahl auffälliger iFOBT	151.732	134.828	142.060
Verknüpfbare ABK und FEK innerh. von 12 Monaten	18.346	17.889	20.164
Abklärungsrate	12,09 %	13,27 %	14,19 %

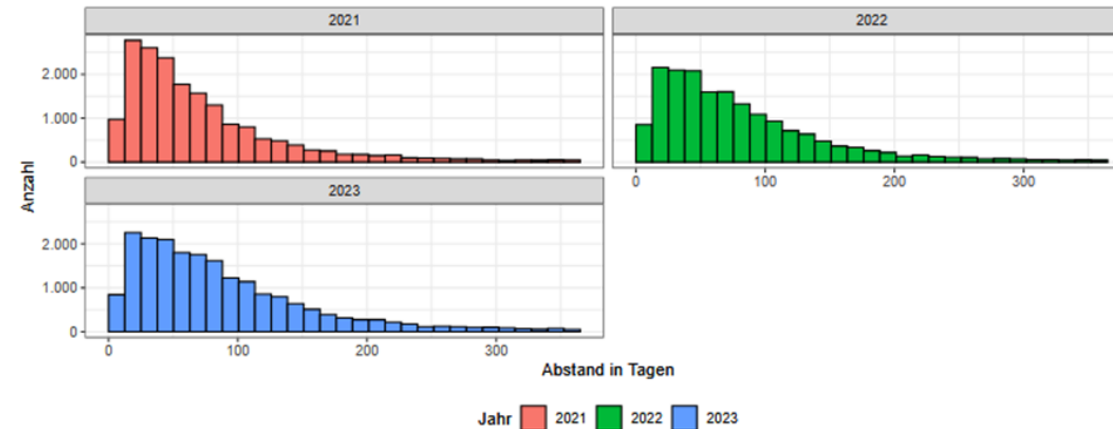


Abbildung 4.8: Zeitlicher Versatz (in Tagen) zwischen einem auffälligen iFOBT-Befund und der darauffolgenden Abklärungskoloskopie, differenziert nach den Jahren 2021, 2022 und 2023, Datenbasis: Leistungserbringerdaten

Nicht jeder positive iFOBT bedeutet Krebs – viele Koloskopien zeigen unauffällige histologische Befunde.

Histologische Befunde

- Nicht bei jeder Abklärungskoloskopie wird ein Befund dokumentiert – manchmal wurden keine Gewebeproben entnommen, wenn makroskopisch unauffällig.
- Histologisch dokumentierte Befunde sind: Adenome (Polypen), Läsionen oder Karzinome – aber auch 'unauffällig' ist ein valider Befund.
- Bei etwa 1 von 4 (Männer) bis 1 von 3 (Frauen) mit positivem iFOBT zeigt die Koloskopie weder makroskopisch noch histologisch Auffälligkeiten.

Tabelle 4.22.

Befunde nach auffälligem iFOBT bei Männern: Übersicht zu den histologischen Befunden und unauffälligen Abklärungskoloskopien (2022 bis 2024) nach auffälligem iFOBT-Befund (2021 bis 2024) bei Männern, differenziert nach Altersgruppen. Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

Altersgruppe in Jahren	Anzahl pos. iFOBT	Unauffällige hist. o. makr. Abklärungen	Histologischer Befund					
			Adenom	Läsionen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Sonst. benigne	Sonst. maligne
50 bis 54	4.819	1.272 (26,40 %)	2.205	546	55	27	317	12
55 bis 59	5.949	1.388 (23,33 %)	2.889	764	62	53	386	9
60 bis 64	5.846	1.227 (20,99 %)	2.936	709	91	57	420	12
65 bis 69	5.099	1.014 (19,89 %)	2.731	567	95	48	303	6
70 bis 74	3.923	738 (18,81 %)	2.066	401	86	39	232	14
75 bis 79	2.130	437 (20,52 %)	1.085	178	68	25	102	7
Ab 80	1.830	455 (24,86 %)	835	124	49	19	90	3
Gesamt	29.596	6.531 (22,07 %)	14.747	3.289	506	268	1.850	63

Tabelle 4.23.

Befunde nach auffälligem iFOBT bei Frauen: Übersicht zu den histologischen Befunden und unauffälligen Abklärungskoloskopien (2022 bis 2024) nach auffälligem iFOBT-Befund (2021 bis 2024) bei Frauen, differenziert nach Altersgruppen. Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

Altersgruppe in Jahren	Anzahl positiver iFOBT	Unauffällige hist. o. makr. Abklärungen	Histologischer Befund					
			Adenom	Läsionen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Sonst. benigne	Sonst. maligne
50 bis 54	5.458	2.107 (38,60 %)	1.477	597	33	15	366	10
55 bis 59	8.302	3.082 (37,12 %)	2.470	1.001	68	33	520	15
60 bis 64	6.636	2.042 (30,77 %)	2.356	845	79	29	451	17
65 bis 69	5.738	1.601 (27,90 %)	2.276	635	113	28	393	8
70 bis 74	4.328	1.189 (27,47 %)	1.706	475	98	27	253	7
75 bis 79	2.380	644 (27,06 %)	945	183	63	18	156	9
Ab 80	2.016	600 (29,76 %)	724	143	61	19	94	9
Gesamt	34.858	11.265 (32,32 %)	11.954	3.879	515	169	2.233	75

Die iFOBT-Marktlandschaft ist zu fragmentiert für standardisierte Qualitätskontrollen.

iFOBT-Produkte

- Erstmals wurden für das Jahr 2024 auch iFOBT-Produkte ausgewertet.
- Für eine Auswertung der verknüpften Histologien liegen allerdings noch zu wenig Daten vor.
- In über 25 % wird kein Produkt aus der Liste gewählt.
- Für die restlichen 11 Produkte hat der erste 62,7 % Anteil und der zweite 31,8 %.

Tabelle 4.26.

iFOBT-Produkte und ihre Positivitätsrate: Anzahl der durchgeführten iFOBT-basierten Screenings und Positivitätsrate, differenziert nach Testprodukt, 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

iFOBT-Produkt (Hersteller)	Tests	Negativ	Positiv	Positivitätsrate
OC-Sensor (Mast Diagnostica GmbH)	875.449	802.522	72.927	8,33 %
SENTIFIT iFOB-Test (Sysmex)	444.238	403.644	40.594	9,14 %
IDK Hämoglobin ELISA (Immundiagnostik AG)	65.687	60.085	5.602	8,53 %
QuikRead go iFOBT (Aldian)	4.398	4.120	278	6,32 %
RIDASCREEN (R-biopharm AG)	4.273	3.987	286	6,69 %
iFOB Test (Eurolyser Diagnostica GmbH)	1.117	1.049	68	6,09 %
Standard F iFOB FIA (Bestion GmbH)	757	617	140	18,49 %
Tumor M2-PK ELISA Stuhltest (Schebo Biotech AG)	696	623	73	10,49 %
CAREprime (CARE diagnostica)	425	402	23	5,41 %
ImmoCARE-C (CARE diagnostica)	184	166	18	9,78 %
FOB Turbilatex (CERTEST BIOTEC)	87	79	8	9,20 %
Anderes Produkt	401.689	366.636	35.053	8,73 %
Gesamt	1.799.000	1.643.930	155.070	8,62 %

Adenomdetektionsraten liegen über den geforderten Qualitätszielen.

Adenomdetektionsrate

- Die Adenomdetektionsrate misst den Anteil histologisch nachgewiesener Adenome (inkl. serratierter Läsionen) an allen Koloskopien.
- Sie ist ein zentraler Qualitätsindikator für Koloskopien.
- Als Qualitätsziel gelten mindestens 30 % bei Männern und 20 % bei Frauen – diese Werte werden in den Daten erreicht bzw. übertroffen.

Tabelle 4.31.

Adenomdetektionsrate: Häufigkeit und Anteil detektierter Adenome, differenziert nach Art der Koloskopie und nach Geschlecht, 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten.

Art der Koloskopie	Geschlecht	detektierte Adenome	Koloskopien	Adenomdetektionsrate
FEK	männlich	102.606	298.431	34,38 %
FEK	weiblich	70.702	281.324	25,13 %
ABK	männlich	4.128	8.068	51,17 %
ABK	weiblich	3.556	9.674	36,76 %

Der größte Teil der diagnostizierten Darmkrebse sind bereits invasiv, Vorstufen werden selten detektiert.

Daten Krebsregister

- 2021–2024 dokumentiert: 169.540 Darmkrebs-Diagnosen
- Nur 11% sind Carcinoma in situ (D01)
- 89% der Diagnosen sind bereits invasive Krebse.
- Verteilung der manifesten Krebse:
 - Kolonkarzinome 60 %
 - Rektumkarzinome 25%
- Das ist der Beweis für das Systemleck: Screening sollte Vorstufen und frühe Stadien finden. Wenn 89% manifest sind, diagnostizieren wir zu spät – das macht die 14% Abklärungsquote noch kritischer.

Tabelle 4.35.

Anzahl der Diagnosen nach ICD-10: Anzahl der für Darmkrebs relevanten ICD-10-Diagnosen, prozentualer Anteil in Klammern, differenziert nach Altersgruppen, 2021 bis 2024, Datenbasis: Krebsregisterdaten.

ICD	Diagnose	Anzahl der Diagnosen (Anteil an relevanten Diagnosen)
C18.0	Bösartige Neubildung: Zoekum	18.723 (11,04 %)
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	2.405 (1,42 %)
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	23.394 (13,80 %)
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]	6.892 (4,07 %)
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	9.285 (5,48 %)
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]	3.115 (1,84 %)
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	5.242 (3,09 %)
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	29.689 (17,51 %)
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	946 (0,56 %)
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	6.080 (3,59 %)
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	1.597 (0,94 %)
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	42.893 (25,30 %)
D01.0	Carcinoma in situ: Kolon	13.925 (8,21 %)
D01.1	Carcinoma in situ: Rektosigmoid, Übergang	346 (0,20 %)
D01.2	Carcinoma in situ: Rektum	4.702 (2,77 %)
D01.4	Carcinoma in situ: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Darmes	306 (0,18 %)
Gesamt		169.540 (100,00 %)

Intervallkarzinome entstehen hauptsächlich nach negativem iFOBT, nicht nach Koloskopie.

Intervallkarzinome

- Intervallkarzinome oder falsch-negative Befunde: Diagnosen, die zwischen Screenings entstehen oder bei Koloskopie übersehen werden.
- Die meisten Darmkrebsdiagnosen nach 'unauffälligen' Befunden folgen auf negative iFOB-Tests.
- Intervallkarzinome sind normal – aber ihre Rate ist ein kritischer Qualitätsindikator: Zu viele deuten auf Probleme bei Test oder Koloskopie hin.
- Systematische Fallanalyse und weitergehende Analysen sind notwendig

Tabelle 4.44.

Krebsregisterdiagnosen nach unauffälligen Screeningbefunden: Anzahl der ICD-10-Diagnosen nach einem verknüpfbaren unauffälligen iFOBT-Befund oder unauffälligem histologischen Befund im Rahmen des oKFE-Programms, 2022 bis 2024, Datenbasis: Leistungserbringerdaten, Krebsregisterdaten.

Diagnose	Unauffällige Abklärungs-koloskopie	Unauffällige Früherkennungs-koloskopie	Unauffälliger iFOBT	Gesamt
C18	7	61	635	703
C19	0	0	6	6
C20	0	15	163	178
D01	0	6	156	162
Gesamt	7	82	960	1.049

Für spezifische tiefergehende Analysen bietet der G-BA die Möglichkeit zur sekundären Datennutzung.

- Der zweijährigen Evaluation fehlt der Raum für spezifische Fragestellungen tiefergehender Themen.
- Mit einem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben besteht die Möglichkeit zur Nutzung der oKFE-Daten.
- Der Antrag wird auf Vollständigkeit, Plausibilität und die Möglichkeit der datenschutzkonformen Freigabe der Daten geprüft.
- Seit Juli liegen insgesamt sieben Anträge zur sekundären Datennutzung vor.
- Antragssteller waren dabei Institute an Universitätskliniken, Krebsregister und forschende Unternehmen

Sekundäre Datennutzung: Auswertung der histologischen Ergebnisse der sogenannten zytologischen Niedrigrisikogruppen (Gruppe I, IIa, II-p, II-g und IIID1) mit Bewertung des HPV-Subtyps	15.01.2026	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Regionale und sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme des Zervixkarzinom-Screenings in Deutschland (2021-2022)	27.11.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Aktuelle HPV-Prävalenz und des Impfstatus in Deutschland im Ländervergleich	27.11.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Persistenz und Rezidive von zervikalen Dysplasien und Zervixkarzinomen nach Screening und Therapie – Analyse von Risikofaktoren mittels Versorgungsforschungsdaten	13.11.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Das Risiko für das Auftreten eines inzidenten Zervixkarzinoms in Abhängigkeit vom HPV-Impfstatus	23.10.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Prävalenz von Polypen, Adenomen und Darmkrebs nach Lokalisation, Alter, Geschlecht und Region (PrADA) – Dr. Brinkmann	10.07.2025	mit Beschlussdatum
Sekundäre Datennutzung: Prävalenz von Polypen, Adenomen und Darmkrebs nach Lokalisation, Alter, Geschlecht und Region (PrADA) – Dr. Dreier	10.07.2025	mit Beschlussdatum

Quelle Abbildung: <https://www.g-ba.de/beschluesse/?unterausschuss=5&aufgabenbereich=71>

04.

Xplain: Live-
Exploration der
aktuellen oKFE-
Daten

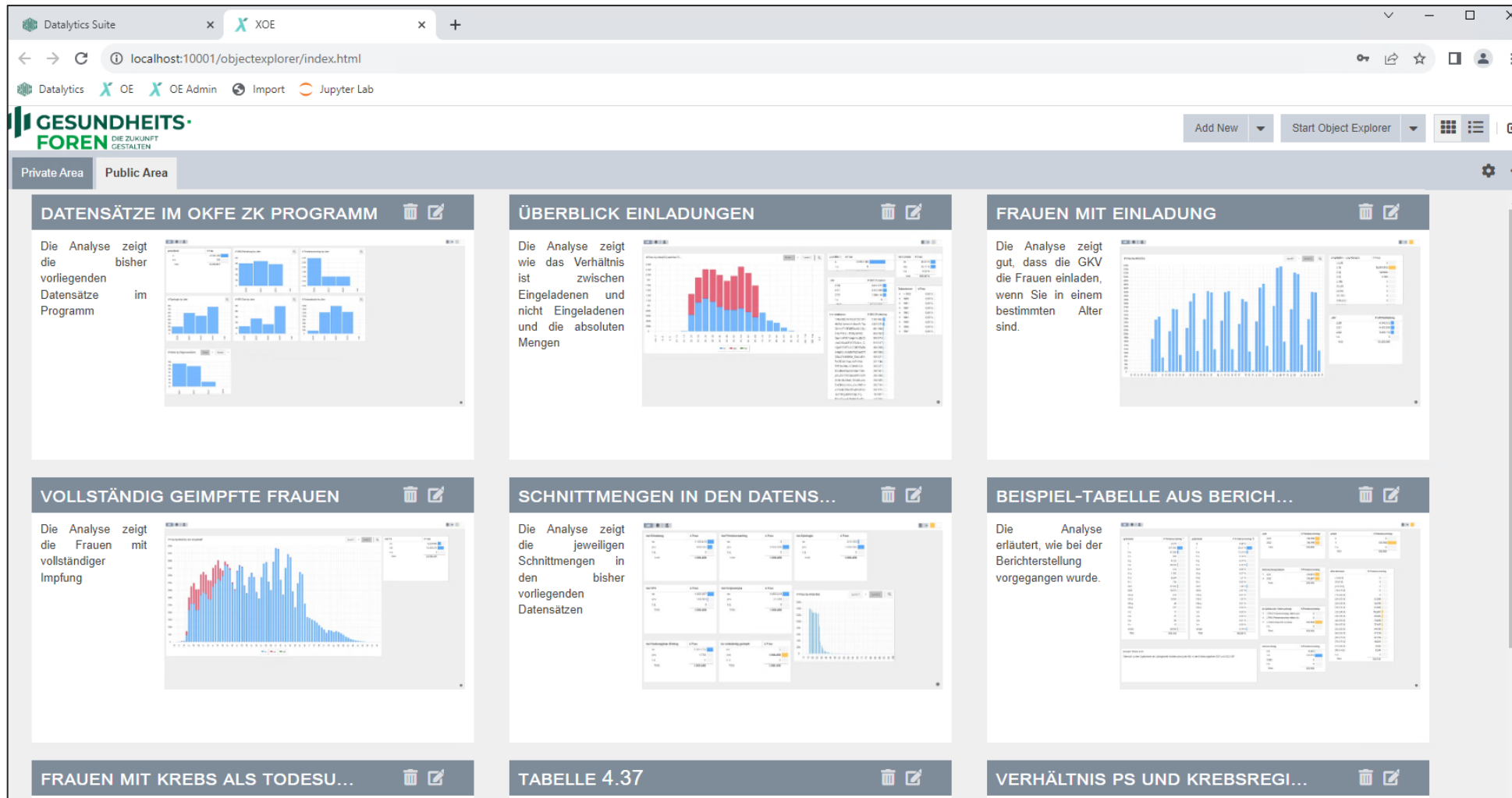
Ein Evaluationsergebnis in Form eines Berichtes hat naturgemäß eine eher „statische“ Natur

Datenauswertung 2021 bis 2024



Um die Diskussion im Rahmen des Fachgesprächs zu unterstützen, haben wir alle oKFE-DK-Daten „live“ verfügbar

GFL - Datalytics



Zur Einordnung des Systems sollten wir gemeinsam einige Aspekte berücksichtigen

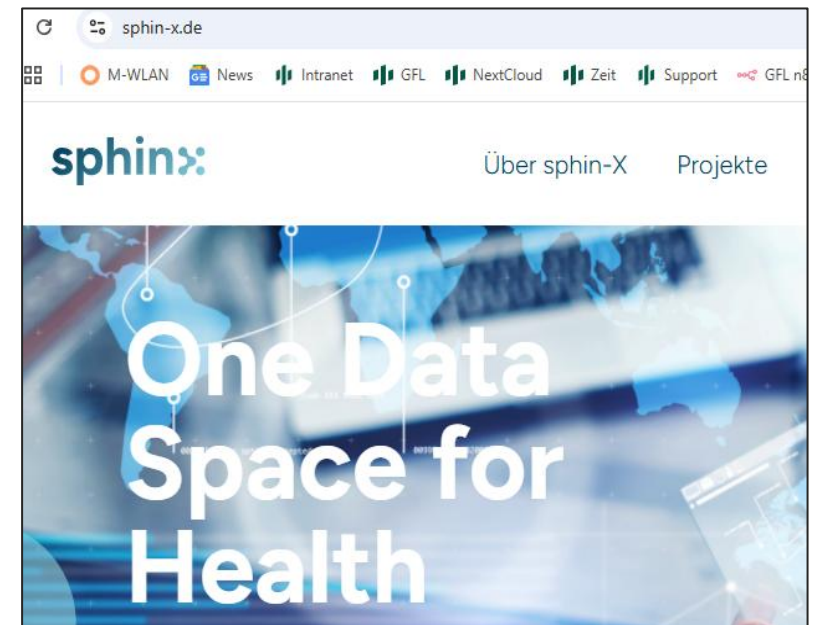
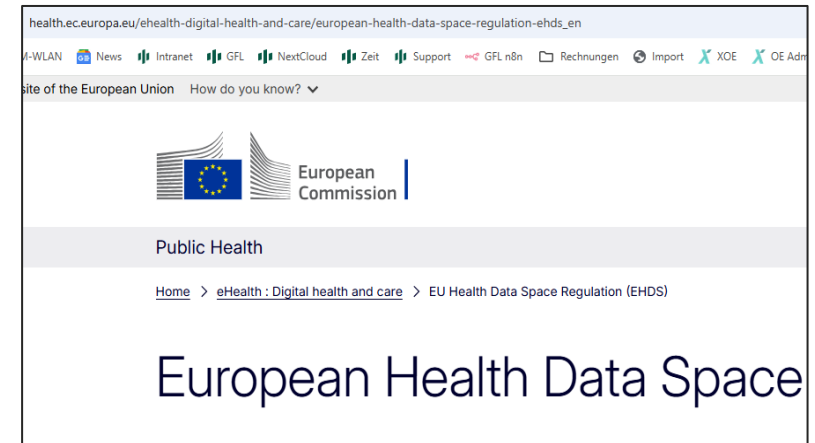
Vorbemerkungen

- Bei der Technologie selbst handelt es sich um eine **patentgeschützte Software**, die wir schon in mehreren Projekten erfolgreich eingesetzt haben
- Ein Fokus liegt auf der **explorativen Analyse** der zugrunde liegenden Daten – das bedeutet: Man kann sich mit Fragestellungen direkt auf den Daten bewegen!
- Wir haben das **Datenmodell temporär** für das heutige Fachgespräch entwickelt und aufbereitet um die Diskussion zu unterstützen – der Reifegrad kann damit nicht bei 100% liegen
- Anders als im vorgelegten Bericht schauen wir auf den **gesamten aktuellen Datenbestand**, der sich regelmäßig verändert (Stichworte: Basisjahre, Historisierung)
- Generell sollten wir berücksichtigen, dass wir als Auswertungsstelle ein **Quelle-Senke-Problem** haben – das heißt die Herausforderung, dass die Daten konsistent und korrekt von einer Quelle zur nächsten zu übertragen und / oder transformiert werden
- Jede Analyse, die wir gleich durchführen kann uns einen **Eindruck zum Geschehen** vermitteln – sie ersetzt nicht die detaillierte Analyse / Programmierung
- Neben der heutigen **Unterstützung der Diskussion** möchten wir zeigen, dass bereits heute eine **sehr umfangreiche und valide Forschungsdatenbasis** entstanden ist, die bei weiter stetiger Unterstützung aller Beteiligten geeignet ist, eine Beurteilung der **Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung** im jeweiligen Indikationsgebiet real zu ermöglichen

Bei Unterstützung durch den G-BA wäre auch eine gemeinsame Analytikplattform denkbar

Ausblick

- Die derzeitige Organisation der sekundären Datennutzung sieht vor, dass Anträge beim G-BA gestellt werden und die Auswertungsstelle die Daten in einem mehrstufigen Verfahren an die Antragstellenden bereitstellt.
- Parallel dazu entstehen aktuell verschiedene Initiativen, die sich an den Konzepten des European Health Data Space (EHDS) orientieren – ein Beispiel ist die sphinx-Initiative der Industrie, an der wir beteiligt sind und die neue und flexible Wege der Datennutzung und Zusammenarbeit eröffnen.
- Option 1:
 - Perspektivisch könnte die sekundäre Datennutzung über die im Aufbau befindlichen Datenräume organisiert werden, die standardisierte Zugangs- und Nutzungsmodelle ermöglichen.
- Option 2:
 - Alternativ könnte eine zentrale, leistungsfähige Analytikplattform etabliert werden, die eine vielfältige und flexible Nutzung der Daten erlaubt – insbesondere für Forschungsvorhaben sowie zur systematischen Verbesserung von Versorgung und Qualität.



05.

Diskussion

Gesamtbewertung: wirksames Programm mit deutlichen Steuerungsbedarfen

- Programm erreicht große Teile der Zielbevölkerung, erfasst überwiegend frühe Stadien und reduziert fortgeschrittene Befunde bei regelmäßiger Teilnahme.
- Teilnahmeraten und Abklärungsquoten sind aber klar zu niedrig, um WHO-Eliminationsziele mittelfristig zu erreichen.
 - *Screeningteilnahmequote: 21% (Ziel: 70%)*
 - *Abklärungsquote: 14% (Ziel: 70%)*
- Koloskopie-Qualität ist exzellent (ADR 27–30%) und liegt über internationalen Standards
- Datenbasis ist solide, weist aber Lücken bei klinischen Informationen und Krebsregistervollständigkeit auf.
- Kernproblem ist nicht Qualität der Medizin, sondern Partizipation und Systemmanagement.

Zentrale Handlungsfelder für G-BA und Fachbeirat

- Teilnahmequote steigern: Multi-Channel Recall, bessere Information, Fokus auf Männer und ältere Frauen.
- Abklärungsquote erhöhen: Automatische Recall für positive iFOBT, Termingarantie within 4 weeks.
- Standardisierung stärken: Monitoring iFOBT-Qualität, ADR-Standards in Koloskopie.
- Datenqualität verbessern: Krebsregister-Vollständigkeit, ICD-Kodierung, klinische Pfade.
- Über- und Unterversorgung adressieren: Exzisions-Indikationen, Intervallkarzinom-Analyse.

Diskussionsfragen an G-BA und Fachbeirat

- Wo sehen Sie den größten unmittelbaren Handlungsbedarf: Teilnahmequote (21%), Abklärungsquote (14%), iFOBT-Qualität, Invasivtherapien oder Datenqualität?
- Welche zusätzlichen Analysen oder Indikatoren wünschen Sie sich für die nächste Berichtsrunde?
- Welche Anpassungen der oKFE-Richtlinie erscheinen aus Ihrer Sicht prioritär?
- Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Auswertungsstelle, G-BA und Fachbeirat weiterstrukturiert werden, um die WHO-Ziele zu erreichen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Wir freuen uns auf den weiteren Austausch.



Roland Nagel

Geschäftsführer
Gesundheitsforen Leipzig GmbH
+49 341 98988 320
nagel@gesundheitsforen.net



Melanie Penke

Bereichsleiterin
Bereich Medizin und Versorgung
+49 341 98988 362
penke@gesundheitsforen.net



Marieluisse Panzer

Projektmanagerin
Bereich Medizin und Versorgung
+49 341 98988 394
panzer@gesundheitsforen.net

www.gesundheitsforen.net
