

Zusammenfassende Dokumentation

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme:
Früherkennung bei Personen mit familiärem Darmkrebsrisiko

Vom 20.08.2026

Unterausschuss Methodenbewertung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhalt

A	Beschluss und Tragende Gründe	6
A-1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....	6
A-2	Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position oder deren Beschreibung.....	6
A-3	Anhang	6
A-3.1	Beauftragung des IQWiG mit einer Bewertung der Früherkennung von Darmkrebs bei Personen mit familiärem Risiko	6
B	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens.....	7
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	7
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	7
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	7
B-4	Übersicht	8
B-4.1	Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde	8
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	8
B-6	Schriftliche Stellungnahmen	8
B-6.1	Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	9
B-7	Mündliche Stellungnahmen	27
B-7.1	Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	27
B-7.2	Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren.....	28
B-7.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	29
B-8	Würdigung der Stellungnahmen	29
C	Anlagen	30
C-1	Beauftragung des IQWiG zu Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zur Früherkennung von Darmkrebs bei Personen mit familiärem Risiko..Fehler! Textmarke nicht definiert.	
C-2	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	30
C-2.1	Beschlussentwurf GU-RL, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde (Position Vorsitzender UA MB/KBV).....	30
C-2.2	Beschlussentwurf KFE-RL, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde (Position Vorsitzender UA MB/KBV).....	30
C-2.3	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden (Position Vorsitzender UA MB/KBV).....	30
C-2.4	Beschlussentwurf oKFE-RL, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde (Position GKV-SV)	30
C-2.5	Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden (Position GKV-SV).....	30
C-2.6	Schriftliche Stellungnahmen BÄK, BfDI, DEGAM, GfH e.V., DGEpi, DGVS, VDPH	30

C-2.7	Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren	30
C-3	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V <i>(wird nach BMG Prüfung eingefügt)</i>	30
C-4	Beschluss (BAnz AT) <i>(wird nach BAnz-VÖ eingefügt)</i>	30
C-5	Tragende Gründe <i>(wird nach BAnz-VÖ eingefügt)</i>	30

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BAnz	Bundesanzeiger
BÄK	Bundesärztekammer
BfDI	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGEpi	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie e.V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
FBMed	Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des G-BA
GU-RL	Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GfH	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V.
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KFE-RL	Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen
oKFE-RL	Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
VDGH	Verband der Diagnostica-Industrie e.V.
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Beschluss und Tragende Gründe

Der Beschluss zur Nicht-Änderung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) und die Tragenden Gründe zu dem Beschluss sind im Kapitel C abgebildet.

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemäß § 94 Absatz 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel C abgebildet.

A-2 Abbildung der Beschlussunterlagen einer nicht vom Plenum angenommenen Position

Die Beschlussunterlagen der nicht vom Plenum angenommenen Position sind in Kapitel C-1.1 bis C-1.3 abgebildet.

A-3 Anhang

A-3.1 Beauftragung des IQWiG mit einer Bewertung der Früherkennung von Darmkrebs bei Personen mit familiärem Risiko

Der Beschluss zur Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Konkretisierung ist unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6463/> abrufbar.

Der Abschlussbericht des IQWiG zur Bewertung der Früherkennung von Darmkrebs bei Personen mit familiärem Risiko (Projekt: S23-01, Version 1.0, Stand: 19. November 2024) ist abrufbar unter www.iqwig.de.

Der Abschlussbericht des IQWiG wurde am 2. Januar 2025 veröffentlicht. Er wird vom G-BA als eine Grundlage für die weiteren Beratungen unter Anwendung der Vorgaben der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) genutzt.

B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) hat in seiner Sitzung vom 26. Februar 2026 den in Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

- Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V,
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) § 91 Absatz 5a SGB V
- Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 2 SGB V,

Der UA MB hat folgende weitere Institutionen/Organisationen, denen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen war, festgestellt:

- Einschlägigkeit der in Kapitel B-4.1 genannten Fachgesellschaften gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V (Sitzung am 26. Februar 2026);
- Betroffenheit der in Kapitel B-4.1 genannten Medizinproduktehersteller (Sitzung vom 26. Februar 2026).

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA MB beschloss in seiner Sitzung vom 26. Februar 2026 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (siehe Kapitel C-2) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 5. März 2026 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von fünf Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

B-4 Übersicht

B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme	Bemerkungen
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit		Verzicht auf die Abgabe einer SN (01.04.2026)
Bundesärztekammer		Verzicht auf die Abgabe einer SN (09.04.2026)
Einschlägige, in der AWMF-organisierte Fachgesellschaften, vom G-BA bestimmt		
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin (DEGAM)	31.03.2026	Zustimmung Beschlussvorhaben und Verzicht auf die Teilnahme an der Anhörung
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH e.V.)	07.04.2026	Teilnahme an der Anhörung
Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi)	09.04.2026	Verzicht auf die Teilnahme an der Anhörung
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- & Stoffwechselkrankheiten (DGVS)	09.04.2026	Teilnahme an der Anhörung
Maßgebliche Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 2 SGB V		
Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH)	09.04.2026	Teilnahme an der Anhörung

B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel C-2 abgebildet.

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-2.5 abgebildet.

B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-2.5 abgebildet. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

Allgemeine Würdigung der Stellungnahmen durch den GKV-SV:

Der GKV-SV hat einen Beschlussentwurf ins Stellungnahmeverfahren gegeben, indem eine organisierte Früherkennung auf Darmkrebs bei Personen mit einem familiären Risiko unter 50 Jahren nicht empfohlen wird. Der GKV-SV folgt mit dieser Position der Bewertung des IQWiG, dass keine direkte Evidenz für die Nutzenbewertung identifizieren konnte und auch festgestellt hat, dass für eine Übertragbarkeit keine ausreichende (indirekte) Evidenz vorliegt. Da der Nutzen somit nicht hinreichend belegt ist, erfolgt keine Änderung der organisierten Krebsfrüherkennungs-Richtlinie. Auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde keine neue Evidenz eingereicht, die die Position des GKV-SV ändert.

1. Allgemeine Stellungnahmen

lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1.	DEGAM	Die DEGAM ist mit dem vorliegenden Vorschlag einverstanden und sieht daher derzeit keinen Anlass, an der Anhörung teilzunehmen. Sollte eine Teilnahme unsererseits ausdrücklich gewünscht werden, stehen wir selbstverständlich zur Verfügung.	Da zwei unterschiedliche Beschlussentwürfe zur Stellungnahme vorgelegt wurden bleibt auch nach unbeantworteter Nachfrage unklar, zu welchem der beiden Beschlussentwürfe die DEGAM ihr Einverständnis erklärt	Keine Änderung

2. Allgemeine Stellungnahmen zu den Beschlussentwürfen zur Änderung der GU-RL und KFE-RL

lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2.	GfH	Die GfH begrüßt ausdrücklich die Beschlussvorlagen zur Änderung von GU-RL und KFE-RL als eine Maßnahme zur schrittweisen Etablierung eines risikoadaptierten Vorsorge- und Früherkennungs-Konzepts als Bestandteil des organisierten Darmkrebsfrüherkennungs-Programms für Personen unter 50 Jahren mit familiärem Darmkrebsrisiko und Festlegung eines entsprechenden Leistungsanspruchs.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen	Keine Änderung
3.	DGEpi	Der vorliegende Beschlussentwurf zur Einführung einer einmaligen Koloskopie zur Darmkrebsfrüherkennung bei Personen mit familiärem Darmkrebsrisiko im Alter von 40 bis unter 50 Jahren wird grundsätzlich begrüßt. Die Berücksichtigung familiärer Risikokonstellationen stellt einen wichtigen Schritt dar, um Personen mit erhöhtem Risiko frühzeitig zu identifizieren und ihnen zielgerichtet eine präventive Koloskopie anzubieten. Kritisch wird jedoch gesehen, dass im Beschlussentwurf das Erkrankungsalter der an Darmkrebs erkrankten erstgradig verwandten Person (Indexfall) nicht berücksichtigt wird. Nach der derzeitigen Formulierung genügt das Vorliegen einer Darmkrebserkrankung bei einer erstgradig verwandten Person unabhängig vom Alter bei Diagnosestellung. Aus präventionsmedizinischer und epidemiologischer Sicht erscheint es sinnvoll, das Erkrankungsalter des Indexfalls zu begrenzen. Es wird angeregt, das familiäre Risiko im Sinne dieser Regelung auf Fälle zu beschränken, bei denen die	Der Vorschlag und die Begründung, das Erkrankungsalter des Indexpatienten auf 60 Jahren zu begrenzen, ist nachvollziehbar und sinnvoll.	Dem Vorschlag der Stellungnehmerin wird gefolgt und eine Obergrenze für das Alter des Indexpatienten wird in den Beschlussentwurf aufgenommen. Dabei wird sich auf das Alter bei erstmaliger Diagnosestellung bezogen.

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		erstgradig verwandte Person zum Zeitpunkt der Diagnose maximal 60 Jahre alt war. Hintergrund ist die in Leitlinien häufig empfohlene Vorgehensweise, bei familiärem Risiko eine Koloskopie etwa zehn Jahre vor dem Erkrankungsalter des Indexpatienten durchzuführen. Bei einer Altersgrenze von 60 Jahren für den Indexfall würde sich damit ein Untersuchungszeitraum von etwa 40 bis 50 Jahren ergeben und der im Beschlussentwurf vorgesehene Altersbereich sachgerecht abgebildet.		
4.	DGVS	Die DGVS begrüßt die Einführung einer risikoadaptierten Darmkrebsfrüherkennung bei Personen mit familiärem Risiko durch eine einmalige Koloskopie ab dem Alter von 40 Jahren. Die Maßnahme adressiert eine relevante Risikogruppe, für die bislang kein strukturiertes Angebot besteht, und entspricht aktuellen leitlinienbasierten Empfehlungen.	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen	Keine Änderung
5.	DGVS	<u>Verpflichtende wissenschaftliche Begleitung und Re-Evaluation</u> Die vorgeschlagene Maßnahme wird trotz fehlender direkter Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien eingeführt und basiert im Wesentlichen auf indirekter Evidenz, Übertragbarkeitsannahmen sowie leitliniengestützten Konsensempfehlungen. Eine belastbare Nutzen-Schaden-Abwägung für die Zielgruppe <50 Jahre liegt derzeit nicht vor. Vor diesem Hintergrund ist die Einführung der Maßnahme aus Sicht der DGVS vertretbar, wenn sie an eine strukturierte, prospektive wissenschaftliche Begleitung geknüpft wird. Diese sollte verpflichtend, standardisiert und zentral koordiniert	Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, beabsichtigt der G-BA, nach der Formulierung der Leistungsinhalte in den Richtlinien im nächsten Schritt die Evaluation zu konzipieren und ggf. notwendige Dokumentationen festzulegen. Die vorgeschlagenen Kriterien	Keine Änderung

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		erfolgen und bietet die Chance, die bisher fehlende Evidenz zu ergänzen. Als Kriterien für eine systematische Erhebung über eine 5-Jahres-Zeitraum erscheinen sehr gut geeignet: • Detektionsraten (Adenome, fortgeschrittene Neoplasien, Karzinome) • Komplikationen der Koloskopie • Teilnahmequoten und Selektionsmechanismen • Auswirkungen auf Inzidenz und Mortalität • Genutzte Informationsquellen für die Teilnahme Es erscheint zudem sinnvoll, eine zeitlich definierte Re-Evaluation (z. B. nach weiteren 5 Jahren bei der Vorstellung der Teilnehmer zur nächsten Koloskopie) anzustreben, bei der Nutzen, Schaden und Ressourceneinsatz re-evaluiert werden.	werden zur Kenntnis genommen.	
6.	DGVS	<u>Integration leitliniengerechter genetischer Abklärung (S3-Leitlinie)</u> Die DGVS empfiehlt zudem, auf die etablierten Kriterien der S3-Leitlinie hinzuweisen, insbesondere: • genetische Testung bei Erkrankungsalter <50 Jahre • Durchführung von dMMR/MSI-Testung im Tumorgewebe • weiterführende genetische Diagnostik bei Ausschluss einer rein somatischen Genese	Der konkrete Beratungsinhalt im G-BA ist die Verbesserung der Darmkrebsfrüherkennung bei familiärer Belastung. Das IQWiG hat bei seiner Bewertung der „Früherkennung von Darmkrebs bei Personen mit familiärem Risiko“ hereditäre Fälle explizit ausgeschlossen. Der aktuelle	Keine Änderung

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Diese Maßnahmen sind essenziell zur Identifikation hereditärer Tumorsyndrome und sollten integraler Bestandteil der Versorgungsstrategie sein.	Beschlussentwurf sieht den Weg über die allgemeine Gesundheitsuntersuchung vor, um diese Personen zu identifizieren, da diese ab 35 Jahren regelhaft an der Gesundheitsuntersuchung teilnehmen können. Die Identifikation hereditärer Tumorsyndrome bedarf anderer, deutlich früher einsetzender Strategien, die in einem gesonderten Beratungsverfahren zu betrachten wären. Das Risiko eines „Übersehens“ hereditärer Fälle durch die Einführung eines Anspruchs auf eine Früherkennungsleistung bei einem familiären Risiko für Darmkrebs ab 40 Jahren wird als gering erachtet, da hereditäre Fälle in der Regel bereits deutlich früher als im gemäß Beschlussvorhaben vorgesehenen Anspruchsalter bekannt sind und bereits frühzeitig einer	

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			Versorgung nach eigenen Vorgaben zugeführt werden.	
7.	DGVS	Die DGVS unterstützt die Einführung der vorgeschlagenen Maßnahme und empfiehlt die wissenschaftliche Begleitung und eine strukturierte Re-Evaluation. Außerdem sollte die Identifikation hereditärer Tumorsyndrome in die organisierte Krebsfrüherkennung integriert werden.	siehe Stellungnahme laufende Nr. 5 und Nr. 6	Keine Änderung
8.	VDGH	Ausgangslage: Der G-BA erwägt für unter 50-jährige mit familiärem Darmkrebsrisiko einen Anspruch auf eine einmalige Koloskopie; Identifikation über die GU. Die direkte Evidenz zum Nutzen eines systematischen Screenings in dieser Altersgruppe ist unzureichend, weshalb eine Begleitevaluation empfohlen wird. Präventionspotenzial: Die Risikogruppe hat ein 1,7- bis 4,1fach erhöhtes Erkrankungsrisiko wobei 10% aller Fälle vor dem 55. Lebensjahr auftreten. Die Koloskopie senkt in der Bevölkerung die aktuell in die Darmkrebsfrüherkennung eingeschlossen ist (ab 50 Jahren) Inzidenz/Mortalität substantiell – dies ist plausibel übertragbar, aber nicht direkt belegt für <50-jährige, weshalb ein risikoadaptiertes, mehrstufiges Vorgehen mit Evaluation geboten ist. Ökonomischer Vorteil:	Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen	Keine Änderung

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Internationale Analysen deuten auf die Kosteneffektivität eines risikoadaptierten Screenings hin; deutsche Evidenz fehlt an der Stelle. Ein risikoadaptiertes Modell (z.B. niedrig-invasiver Einstieg → gezielte Koloskopie) könnte die Teilnahme erhöhen, unnötige Eingriffe senken und spezifische gesundheitsökonomische Bewertung über die oKFE-Dateninfrastruktur ermöglichen. A) Wissenschaftliche Evidenz zur Vermeidung von Krebsfällen A1. Belastung und Risiko in der Zielgruppe Erhöhtes relatives Risiko: Unter-55jährige mit positiver Familienanamnese weisen ein 1,7–4,1-fach erhöhtes Risiko auf, an einem Kolorektalkarzinom (CRC) zu erkranken (IQWiG S11-01, bestätigt in S17-01/S23-01). Dieses Risikogefälle rechtfertigt eine frühere Früherkennung. Frühe Fälle sind relevant: Etwa 10% aller CRC-Diagnosen erfolgen vor dem 55. Lebensjahr; familiäre Belastung macht 25– 30% der jährlichen Fälle aus (Tragende Gründe, Abschnitt 2.1.3). A2. Evidenzlage zu Screeningnutzen <50 Direkte Evidenz fehlt: Es gibt keine randomisierten oder robusten vergleichenden Interventionsstudien, die belegen, dass systematisches Screening <50 die Krebsinzidenz oder -mortalität senkt (IQWiG S23-01, 2024). Übertragbarkeit eingeschränkt: Für einzelne diagnostische Aspekte (Güte, Nebenwirkungen) ist die Übertragbarkeit von		

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Daten aus der Bevölkerung über 50+ plausibel, für klinische Endpunkte (verhinderte Krebsfälle/Mortalität) jedoch offen. Das IQWiG empfiehlt bei Einführung zwingend eine Begleitevaluation. A3. Warum trotzdem präventives Potenzial besteht Koloskopie-Prinzip: In der Allgemeinbevölkerung über 50+ hat die Einführung der Koloskopie das Auftreten und die Sterblichkeit deutlich gesenkt (RKI/Tragende Gründe). Das beruht auf der Detektion und Entfernung von Adenomen (Polypektomie). Es ist biologisch plausibel, dass derselbe Mechanismus auch bei Personen unter 50 Jahren mit höherem "Baseline"-Risiko Krebsfälle verhindert, selbst wenn direkte Studien fehlen. Risikoadaptation stärkt Prävention: Jüngere asymptomatische Personen nehmen invasive Verfahren seltener in Anspruch. Die Option eines niedrig-invasiven Einstiegs erhöht die Teilnahme, steigert die Früherkennungsreichweite und führt gezielt zu Koloskopien, wo sie am meisten Nutzen stiften – das erhöht die Zahl verhinderter Krebsfälle pro Koloskopie. Dies wird durch den IQWiG-Befund der Evidenzlücke + Evaluationsbedarf gestützt. Zwischenfazit A: Ein verhinderter-Krebsfälle-Effekt ist für die Risikogruppe plausibel (höheres Risiko + wirksamer Mechanismus der Polypektomie). Ohne direkte Evidenz sollte dieser Effekt prospektiv im deutschen Setting belegt werden – am effizientesten über ein risikoadaptiertes, evaluiertes Vorgehen.		

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		B) Ökonomischer Vorteil eines risikoadaptierten Screenings B1. Stand der Wirtschaftlichkeit Das IQWiG fand Hinweise auf Kosteneffektivität von Risikoscreenings in internationalen Modellen, weist aber auf Unsicherheiten und fehlende deutsche Daten hin (S23-01; Tragende Gründe). B2. Mechanismen der Kostenwirksamkeit Eine höhere Teilnahme an Screenings führt zu mehr verhinderten Fällen je Budgeteinheit: niedrig-invasiver Einstieg senkt Hürden; mehr erreichte Risikopersonen bedeuten mehr entfernte Hochrisikoläsionen und weniger notwendige Behandlungen. (Plausibilitätsargument im Sinne IQWiG-Evaluationsforderung.) Gezielte Koloskopien führen zu geringeren Fehlallokationen: Eine Koloskopie ist kosten- und ressourcenintensiv. Eine Vortestung triagiert nur jene zur Koloskopie, deren Erkrankungswahrscheinlichkeit durch das entsprechende Testergebnis als erhöht anzusehen ist → höherer PPV, weniger unnötige Eingriffe, Konsequenzkosten ↓. Abstützung auf oKFE-Infrastruktur → Evaluationskosten ↓: Die oKFE-RL bietet Einladungs-, Dokumentations- und Auswertestrukturen (Anlage III). Daran angeschlossene Pilot-Module für unter 50jährige ermöglichen kosteneffiziente RWE-Erhebung (ICER, Budget-Impact) ohne parallele Datenwelten. B3. Erwartbare Budget-Effekte (konzeptionell)		

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Kurzfristig: Mehraufwand für GU-Identifikation und optionale Vorstufe, aber gedämpfter Koloskopiebedarf durch gezielte Überweisung. Mittelfristig: Weniger fortgeschrittene Stadien, niedrigere Therapiekosten (Operation, systemische Therapien), geringere Produktivitätsverluste; dadurch Netto-Entlastung gegenüber Koloskopie-Only unter niedriger Teilnahme. (Erhebung über oKFE-Daten/Verknüpfungen.) Zwischenfazit B: Ein risikoadaptiertes Vorgehen adressiert die Kernkostentreiber (Koloskopieressourcen, späte Krankheitsstadien), steigert die Effizienz pro verhindertem CRC-fall und liefert die DE-spezifische Evidenz, die der G-BA für dauerhafte Entscheidungen benötigt. Empfehlung Koloskopie-Anspruch für 40 – 50-jährige einführen, da leitlinienplausibel und geeignet zur Polypenentfernung. Risikoadaptiertes mehrstufiges Screening als optionale Ergänzung vorsehen (niedrig-invasiver Einstieg → Koloskopie bei auffälligem Befund), um Teilnahme zu erhöhen, Krebsfälle zu vermeiden und Ressourcen effizient zu allokalieren. (ggf. mit Begleitevaluation gemäß IQWiG). Evaluation über oKFE-Strukturen (Indikatoren: Teilnahme, Detektion, Stage-Shift, Komplikationen, ICER, Budget-Impact) – zweijährliche Auswertungen		

3.

Stellungnahmen zu spezifischen Regelungsgegenständen der Beschlussentwürfe zur Änderung der GU-RL und KFE-RL

lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
9.	GfH	Änderungsvorschlag: GU-RL, Anlage 1, Nr. 1: „Darmkrebs, bei Personen mit mindestens einem Verwandten (Eltern, Geschwister und Kinder) mit Darm-krebs, ohne dass dafür eine konkrete genetische Ursache bekannt ist (familiäres Darmkrebsrisiko). Ausgenommen hiervon sind Personen mit einem gesicherten erblichen Darmkrebs in der Familie.“ KFE-RL § 47 (2). „<i>Ein familiäres Darmkrebsrisiko besteht, wenn bei mindestens einer verwandten Person (Eltern, Geschwister und Kinder) Darmkrebs diagnostiziert worden ist. Insbesondere bei einem Erkrankungsalter unter 50 Jahren oder einer familiären Häufung von Darmkrebs besteht darüber hinaus Verdacht auf eine erbliche Form von Darmkrebs.</i>“ Begründung: Nach wie vor wird nur ein kleiner Teil der Patienten mit einer hereditären Disposition für Darmkrebs (erblicher Darmkrebs), insbesondere Anlageträger für ein Lynch-Syndrom, erfasst und einer spezialisierten Betreuung zugeführt. Diese Patientengruppe hat ein noch deutlich höheres Darmkrebs-Risiko als Pati-enten mit familiärem Darmkrebs, ohne dass derzeit ein Leistungsanspruch für eine leitliniengerechte intensiverte Darmkrebs-Vorsorge/-Früherkennung besteht.	siehe Stellungnahme laufende Nr. 6	Keine Änderungen

lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Die Zielgruppe der Patienten aus Familien mit hereditärem Darmkrebs wird in den Änderungsvorlagen allerdings weiterhin nicht berücksichtigt, obwohl es sich hierbei um eine definierte Hochrisikogruppe handelt. In den tragenden Gründen wird zwar betont, dass der Arzt oder die Ärztin aufgrund des Anspruchs auf die allgemeine Gesundheitsuntersuchung bereits frühzeitig ein familiäres Darmkrebs-Risiko bestimmen kann; die Risikobestimmung bezieht sich allerdings allein auf das Vorhandensein von Darmkrebs bei Eltern, Geschwistern und Kindern; die Erfassung des Erkrankungsalters und einer familiären Häufung von Darmkrebs wird nicht erwähnt. Die GfH empfiehlt deshalb, die zu Recht geforderte Erhebung der Familienanamnese dahingehend zu erweitern und auch gezielt Leitsymptome hereditärer Tumordispositionen (insbesondere des Lynch-Syndroms) zu erfragen (d.h. Erkrankungsalter < 50 Jahre, multiple Primärtumore in der Anamnese, familiäre Häufung von Darmkrebs und anderen Lynch-Syndrom-assoziierten Tumoren, insbesondere Endometriumkarzinomen). Die explizite Ausklammerung hereditärer (Verdachts)fälle (... „ohne dass dafür eine konkrete genetische Ursache bekannt ist) macht aus Sicht der GfH wenig Sinn, da die Erhebung der Familienanamnese ja gerade auch der Identifizierung von Verdachtsfällen einer hereditären Disposition dienen soll. Wenn bereits eine genetische Ursache bekannt ist, erübrigt sich in der Regel die gesonderte Ermittlung eines familiären Darmkrebs-Risikos, da ein anderes klinisches Szenario vorliegt.		
10.	GfH	Änderungsvorschlag:	In den Tragenden Gründen wird auf die Angaben und	Keine Änderung

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		KFE-RL (A. § 1 Absatz 2 Buchstabe c und d § 48 (1)): <i>„Versicherte Personen mit einem familiären Darmkrebsrisiko haben 10 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter der Geschwister oder Eltern an einem KRK, spätestens aber ab dem Alter von 40 Jahren bis unter 50 Jahre, Anspruch auf eine Koloskopie zur Früherkennung von Darmkrebs.“</i> Begründung: Die in den Beschlussvorlagen aufgeführten Änderungen sind allerdings nicht ausreichend für Personen mit familiärem Darmkrebs-Risiko, deren Geschwister oder Eltern deutlich vor dem 50. Lebensjahr an Darmkrebs erkrankten. Es ist aus Sicht der GfH wenig überzeugend, einer versicherten Person eine erste Früherkennungs-Koloskopie mit 40 Jahren anzubieten, wenn mindestens ein Elternteil oder Geschwister mit zum Beispiel 30 Jahren an Darmkrebs erkrankte. Die GfH schlägt deshalb entsprechend der in den tragenden Gründen aufgeführten nationalen und internationalen Leitlinien-Empfehlung die links formulierte Ergänzung in der KFE-RL vor. Die in den tragenden Gründen aufgeführte Argumentation gegen den in den Leitlinien empfohlenen risikoadaptierten Beginn der koloskopischen Früherkennung, dass das Erkrankungsalter der Verwandten oft nicht bekannt oder valide sei, hält die GfH für unbegründet: Erfahrungsgemäß ist den Patienten das Erkrankungsalter ihrer nahen Angehörigen in der überwiegenden Zahl der Fälle bekannt; oft liegen auch ärztliche Unterlagen des betroffenen Angehörigen vor, aus denen die Diagnosen und das	Empfehlungen der aktuellen Leitlinien von 2025 und die Leitlinien in der Fassung von 2019 sowie die als Begründung zitierte Literatur eingegangen. Beide Leitlinienversionen empfehlen ein Screening der Zielgruppe zehn Jahre vor dem Erkrankungsalter des Indexpatienten, <u>spätestens aber ab oder mit 40 Jahren</u>. Der G-BA entscheidet sich für eine fixe untere Altersgrenze, die dem oberen Altersbereich der Leitlinienempfehlung entspricht. Somit widerspricht der Beschlussentwurf nicht den Leitlinien und regelt eindeutig einen Leistungsanspruch.	

lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		Erkrankungsalter zweifelsfrei hervorgehen. Sollte dies nicht der Fall sein, würde die 40-Jahre-Regelung weiter gelten. Die Berücksichtigung des Erkrankungsalters der Geschwister und Eltern ist ein entscheidender weiterer Baustein risikoadaptierter präventiver Maßnahmen.		
11.	GfH	Änderungsvorschlag: KFE-RL, § 50: <i>„Die Früherkennung bei Personen mit familiärem Darmkrebsrisiko sollte von prospektiven wissenschaftlichen Forschungsprojekten begleitet werden, um den Nutzen und Schaden der Maßnahme zu evaluieren“</i> Begründung: Es wird an verschiedenen Stellen, insbesondere in den IQWiG-Gutachten, wiederholt auf die fehlende direkte wissenschaftliche Evidenz, insbesondere das Fehlen geeigneter, qualitativ hochwertiger Studien zur Nutzenbewertung einer Früherkennungs-Untersuchung bei Personen unter 55 Jahren mit familiärem Darmkrebs-Risiko hingewiesen. Konsequenterweise sollte die Einführung der risikoadaptierten Früherkennung nach Ansicht der GfH deshalb mit der Auflage einer prospektiven wissenschaftlichen Begleitforschung zur mittelfristigen Schließung von Wissens- bzw. Evidenzlücken verbunden werden, wie sie auch vom IQWiG empfohlen wird.	siehe Stellungnahme laufende Nr. 5	Keine Änderung

Ifd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
12.	GfH	Änderungsvorschlag: GU-RL, Anlage 1, Nr. 4: <i>„... über den Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung bzw. Vorbeugung ...“</i> KFE-RL, § 48 (1): <i>„... haben einmalig Anspruch auf eine Koloskopie zur Früherkennung bzw. Vorbeugung von Darmkrebs“</i> KFE-RL, § 49 (1): <i>„Die Früherkennung bzw. Vorbeugung bei Personen mit familiären Darmkrebsrisiko erfolgt mittels Koloskopie.“</i> Begründung: Die GfH möchte betonen, dass das Ziel der Koloskopie bei erhöhtem Darmkrebs-Risiko nicht nur die möglichst frühe Erkennung von Darmkrebs ist. Häufig - und im Gegensatz zu vielen anderen Malignomen - kann der Darmkrebs hierdurch mittels Abtragung prämaligener Neoplasien (kolorektaler Polypen, insbesondere Adenome) auch verhindert werden, d.h. es handelt sich um eine (primär) präventive Maßnahme. Dies sollte nach Ansicht der GfH auch begrifflich in den Texten erkennbar sein, um den Stellenwert der Maßnahme zu unterstreichen und damit ggf. auch die Akzeptanz der Koloskopie zu erhöhen.	In den Versicherteninformationen werden die Ziele der Koloskopie adressatengerecht erläutert. Hierzu gehört auch, dass prämaligene Neoplasien entfernt werden können und die Koloskopie damit auch eine primär präventive Maßnahme darstellt. Die Richtlinien des G-BA richten sich allerdings primär an Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen (LE) und aus Sicht des G-BA bedarf es für die LE keine weiteren Ergänzungen in den Richtlinien in dem vorgeschlagenen Sinne, dass eine Koloskopie auch eine primär präventive Maßnahme darstellt. Der G-BA regelt das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 25 Absatz 1 und 4 SGB V. Insoweit ist das	Keine Änderung

lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			übergeordnete Ziel, die frühzeitige Erkennung von Darmkrebs.	
13.	DGEpi	Änderungsvorschlag: KFE-RL § 47 Abs. 2 Ein familiäres Darmkrebsrisiko besteht, wenn bei mindestens einer verwandten Person (Eltern, Geschwister und Kinder) Darmkrebs <u>bis zum Alter von 60 Jahren</u> diagnostiziert worden ist, ohne dass dafür eine konkrete genetische Ursache bekannt ist. <u>Begründung:</u> siehe lfd. Nr. 3	siehe Stellungnahme laufende Nr. 3	siehe Stellungnahme laufende Nr. 3
14.	DGVS	Stellungnahme: <u>Unzureichende Berücksichtigung hereditärer Tumorsyndrome</u> Die aktuelle Definition des „familiären Darmkrebsrisikos“ schließt hereditäre Tumorsyndrome explizit aus, ohne gleichzeitig eine strukturierte Identifikation dieser Hochrisikogruppe sicherzustellen. Aus Sicht der DGVS besteht hier ein Risiko für eine Fehlsteuerung: Personen mit hereditärem Risiko (z. B. Lynch-Syndrom, familiäre adenomatöse Polyposis) könnten fälschlicherweise der Gruppe mit „familiärem Risiko“ zugeordnet werden und lediglich eine einmalige Koloskopie	siehe Stellungnahme laufende Nr. 6	Keine Änderung

Ild. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		erhalten, obwohl für diese Patientinnen und Patienten eine intensiverte, leitliniengerechte Surveillance erforderlich ist. Dies ist eine relevante Versorgungslücke mit potenziell schwerwiegenden klinischen Konsequenzen. Die DGVS fordert daher eine verbindliche Integration klar definierter Kriterien zur Identifikation eines möglichen hereditären Tumorsyndroms im Rahmen der organisierten Krebsfrüherkennung. Diese sollten sich an den aktuellen evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen der S3-Leitlinie orientieren und insbesondere umfassen: • kolorektales Karzinom bei Patientinnen und Patienten <50 Jahren • gehäuftes Auftreten von kolorektalen Karzinomen oder anderen Lynch-assoziierten Tumoren in der Familie • Auftreten multipler oder früher Adenome • systematische Testung von Tumorgewebe auf dMMR/MSI bei kolorektalem Karzinom • weiterführende genetische Abklärung bei Ausschluss einer rein somatischen Genese Bei Vorliegen entsprechender Kriterien soll eine verbindliche Empfehlung zur Überweisung an spezialisierte Zentren für hereditäre Tumorsyndrome erfolgen.		

Ild. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag / Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
15.	DGVS	Stellungnahme: <u>Stärkung der hausärztlichen Rolle als Gatekeeper mit klaren Entscheidungsalgorithmen</u> Die vorgesehene Identifikation von Risikopersonen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung ist sinnvoll, setzt jedoch eine strukturierte und standardisierte Erhebung der Familienanamnese voraus. Die DGVS empfiehlt im Rahmen der Einführung der Maßnahme die Implementierung klarer, praxistauglicher Entscheidungsalgorithmen zur Differenzierung zwischen familiärem Risiko und möglichem hereditärem Risiko sowie definierter Kriterien für weiterführende Diagnostik und Überweisung.	siehe Stellungnahme laufende Nr. 6	Keine Änderung

B-7 Mündliche Stellungnahmen

B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 28. Mai 2026 eingeladen (die DEGAM und die DGEpi haben mitgeteilt, auf die Teilnahme an der Anhörung zu verzichten).

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 28. Mai 2026 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH e.V.)	Herr Prof. Dr. Aretz	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS)	Herr Dr. Hüneburg	nein	ja	ja	ja	ja	nein
	Herr Prof. Dr. Ludwig	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH)	Frau Fähling	ja	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Dr. Jacobs	ja	nein	nein	nein	nein	ja

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung vom 28. Mai 2026 ist in Kapitel C-2.6 abgebildet.

B-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

In der Anhörung wurden keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte vorgetragen. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (siehe Kapitel C-5) abgebildet.

C Anlagen

Hinweis:

Die nachfolgend aufgeführten Anlagen des Kapitel C werden aktuell in dem separaten Sammel-pdf „ZD-Anlagen Kapitel C_fam Darmkrebs“ geführt.

C-1 Vom Plenum nicht angenommene Position

C-1.1 Beschlussentwurf zur Änderung der GU-RL (Position KBV/DKG)

C-1.2 Beschlussentwurf zur Änderung der KFE-RL (Position KBV/DKG)

C-1.3 Tragende Gründe (Position KBV/DKG)

C-2 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

C-2.1 Beschlussentwurf GU-RL, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde (Position Vorsitzender UA MB/KBV)

C-2.2 Beschlussentwurf KFE-RL, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde (Position Vorsitzender UA MB/KBV)

C-2.3 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden (Position Vorsitzender UA MB/KBV)

C-2.4 Beschlussentwurf oKFE-RL, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde (Position GKV-SV)

C-2.5 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden (Position GKV-SV)

C-2.6 Schriftliche Stellungnahmen BÄK, BfDI, DEGAM, GfH e.V., DGEpi, DGVS, VDPH

C-2.7 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren

C-3 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V (wird nach BMG Prüfung eingefügt)

C-4 Beschluss (BANZ AT) (wird nach BANZ-VÖ eingefügt)

C-5 Tragende Gründe (wird nach BANZ-VÖ eingefügt)