



Stiftung LebensBlicke  
Früherkennung Darmkrebs

Vorsitzender des Vorstands:  
Prof. Dr. Jürgen F. Riemann  
Schuckertstraße 37  
67063 Ludwigshafen

E-Mail:  
stiftung@lebensblicke.de  
Telefon: 0621 – 69 08 53 88  
Fax: 0621 – 69 08 53 89  
www.lebensblicke.de

Interview mit

**Dr. Stephan Hofmeister,  
stellvertretender  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung KBV**



Foto: G. J. Lopota

## **Prävention aus Sicht der Hausärzte - was und wo sind die Stellschrauben?**

### **Vita:**

1986 - 1993 Studium der Humanmedizin in Heidelberg mit  
Auslandsaufenthalten in den USA, Australien und der Schweiz  
1992 - 1993 Promotion an der Universität Heidelberg im Bereich  
Augenheilkunde  
1995-1998 Tätigkeit als Schiffs- und Marinearzt in Wilhelmshaven, Weiterbildung zum Fliegerarzt  
1999-2013 Niederlassung in hausärztlicher Praxis in Hamburg  
bis 2014 Abgeordneter der Delegiertenversammlung der  
Ärztammer Hamburg  
2014-2017 Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg  
3. März 2017 Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV  
3. März 2023 Wiederwahl zum Stellvertretenden KBV-  
Vorstandsvorsitzenden  
seit Mai 2024 Präsident des Bundesverbandes der Freien  
Berufe e.V.

Das Interview mit Dr. Hofmeister (**StH**) führte Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**) Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke

**JFR:** Sie sind seit 2017 stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV, was dafür spricht, dass Sie sich offensichtlich in diesem Amt das Vertrauen der Kassenärztinnen und Kassenärzte erworben und erhalten haben. Welche Rolle spielt die KBV in diesen unruhigen Zeiten?

**StH:** Wir sorgen als Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung und Spitzenorganisation der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten trotz sehr schwieriger Rahmenbedingungen für Stabilität und Verlässlichkeit im System. Gelegentlich wirkt das von außen betrachtet träge, es gewährleistet aber größtmögliche Sicherheit für die Praxen, gerade in diesen Zeiten.

**JFR:** Sie sind ja sicher auch im Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, dem G-BA vertreten. Wie funktioniert aus Ihrer Sicht dort die Zusammenarbeit? Kann man sich, muss man sich häufig nur auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigen oder gibt es auch Übereinstimmungen?

**StH:** Der Dialog dort ist intensiv und überwiegend konstruktiv sachlich. Natürlich gibt es auch politische und ideologische Differenzen und teils auch sachlich begründet weit auseinanderliegende Positionen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Politik den Bürgerinnen und Bürgern weiterhin vorgaukelt, es gäbe einen Anspruch gegenüber dem Gesundheitssystem auf alles jederzeit. Das aber ist weder leistbar noch medizinisch erforderlich und auch nicht im SGB V abgebildet – Stichwort WANZ-Kriterien. Daher ist das Ringen um Lösungen im Bereich des Machbaren ein mühsames und hat sorgfältig und interessenausgleichend zu erfolgen. Je weiter weg von der Politik das stattfindet, umso eher kommen sachliche Ergebnisse heraus. Diese brauchen demnach manchmal etwas Zeit, da Sorgfalt fast immer vor Schnelligkeit und immer vor politischer Ideologie steht.

**JFR:** Die Politik versucht derzeit, das Primärarztssystem bundesweit zu etablieren. Grundsätzlich ist das eine gute Idee. Ist ein solches System aber bei der derzeitigen Personalsituation vor allem in Bezug auf die ärztliche Versorgung gerade auf dem Land wirklich realisierbar? Was wären aus Ihrer Sicht Alternativen, gerade für die ländliche Bevölkerung?

**STH:** Hier wäre zuallererst zu klären, was Politik überhaupt mit Primärarztssystem meint! Wenn Sie diese Frage im politischen Raum stellen, bekommen sie völlig verschiedene, teils sich diametral widersprechende oder evident unrealistische Antworten. Ist ein System gemeint, in dem alle Patienten in jedem Fall zuerst zu einem Primärarzt gehen müssen? Also als eine Art „Zugangsbeschränkung“ oder ein „Filter“ vor der gebietsfachärztlichen Versorgung? Dann müssten zum einen die Patienten den Praxen zugewiesen werden, da eine freiwillige „Zufallsverteilung“ nicht darstellbar wäre. Zum anderen wäre die Frage, welche primärärztlichen Praxen in den Regionen, wo Hausarztmangel herrscht, diese Funktion übernehmen sollten. Zu Ersterem wird die Politik nicht den Mut haben und Zweiteres ist faktisch nicht aufzulösen. Oder ist von der Politik vielleicht ein System gemeint, in dem von den Krankenkassen eine Art Tarif zur hausärztlichen Steuerung angeboten werden muss, in dem sich Patienten **bindend** einschreiben können und in dem die teilnehmenden Praxen bestimmte Leistungen erbringen und die Patienten im System steuern? Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) funktioniert cum grano salis nach diesem

Mechanismus und ausweislich einiger teilnehmenden Kassen ist das System wirkungsvoll. Wenn diese „Tariflogik“ auf das gesamte System übertragen werden soll, dann wäre es ein freiwilliges Angebot für Patienten, ggf. mit der Möglichkeit von reduzierten Beiträgen. Die Kassen wären als Versicherungen diejenigen, die definieren, für welche Versicherten sich diese Angebote rechnen. Die teilnehmenden Praxen wiederum würden definierte Versorgungsangebote erbringen und dafür auch bezahlt. Ein bestechend simples Instrument und aus anderen Bereichen des Lebens bekannt und bewährt. Insbesondere für chronisch Kranke ist eine Steuerung im System unbedingt ein Vorteil!

Davon unabhängig muss die Zahl derer, die völlig „ungefiltert“ das System wahllos in Anspruch nehmen reduziert werden. Das ist sowohl aus Gründen der zur Verfügung stehenden Ressourcen als auch aus finanzieller und sogar aus medizinischer Sicht erforderlich. Für diejenigen, die keine Praxis als Ansprechpartner haben, muss es ein zuverlässiges Angebot zur Ersteinschätzung (digital, telefonisch etc.) geben, welches ein – dann verbindliches – Angebot zur weiteren Versorgung im System macht.

Dort, wo tatsächlich keine Ärztinnen oder Ärzte mehr verfügbar sind, müssen andere regionale kreative Lösungen gefunden werden. Mit Planung oder einem wie auch immer gearteten Primärarztssystem lässt sich ein solcher Mangel nicht beseitigen. Wo alle anderen weggehen, wird auf Dauer auch keine Praxis mehr sein und auch nicht sein können.

**JFR:** Wir sind sehr froh darüber, dass auch in der Gesundheitspolitik das Thema Prävention eine zunehmende Rolle spielt, wenngleich es in der Bevölkerung derzeit noch auf kein allzu großes Interesse stößt. Die Berichte über die doch eher geringe Gesundheitskompetenz der Menschen sind eher erschreckend. Und das vor dem Hintergrund überbordender Angebote auf allen Kanälen sozialer und anderer Medien. Auch die neue Gesundheitsministerin sieht sich diesem Gedanken verpflichtet. Sie ist auch die gemeinsame Schirmherrin des Darmkrebsmonats März 2026 für Stiftung Lebensblicke und Gastro-Liga. Was kann und was wird die KBV tun, den Präventionsgedanken zu stärken und damit auch die Gesundheitskompetenz und die Eigenverantwortung in der Bevölkerung weiter zu verbessern?

**StH:** Das Thema Gesundheitskompetenz ist zweifelsfrei ein ungeheuer wichtiges Thema. Allerdings gehört es als Bildungsauftrag in die Schulen, wie z. B. auch regelmäßiger Sportunterricht mindestens dreimal die Woche. „Schlechte

Gewohnheiten“ bei Erwachsenen wieder abstellen zu wollen ist kaum realistisch, wäre zumindest aber mit ungeheurem Aufwand verbunden und käme in vielen Fällen auch zu spät. Die KBV hat weder den gesetzlichen Auftrag noch die Mittel, diese große Bildungsaufgabe zu übernehmen. Im Rahmen unserer Präventionsinitiative bieten wir als KBV aber Praxen und Versicherten über verschiedene Kanäle Informationen zu primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen an. Im Zusammenhang mit dem von Bundesgesundheitsminister Lauterbach in der vorherigen Legislatur geplanten „Gesundes-Herz-Gesetz“ haben wir darauf hingewiesen, dass zu einer konsequenten Umsetzung des Präventionsgedankens insbesondere eine Verbesserung der Primärprävention gehört – eher als die Einführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen, vor allem, solange deren Evidenz nicht ausreichend durch klinische Studien belegt ist.

**JFR:** Sie sind von Haus aus Allgemeinmediziner und kennen daher sehr gut die Nöte des ersten Ansprechpartners für die Menschen in der Grundversorgung. Hat Prävention (zum Beispiel Darmkrebsvorsorge) eine reelle Chance? Hat sich der Gedanke des MFA-Projekts der Stiftung, an dessen Initiative Sie ja auch maßgeblich beteiligt waren, Medizinische Fachangestellte in die Mitverantwortung einzubeziehen, inzwischen durchgesetzt?

**StH:** Der Einbezug der MFA beim Thema Prävention ist sehr wichtig. Sie sind fast immer die ersten Ansprechpartnerinnen für Patientinnen und Patienten in den Praxen. Wir unterstützen ausdrücklich diese Initiative und deren Zielrichtung. Auch wird die Digitalisierung hier in Zukunft eine größere Rolle spielen können, indem sie sowohl Patientinnen und Patienten als auch die Praxen „automatisiert“ an fällige Vorsorgen erinnert.

**JFR:** Die Stiftung Lebensblicke tritt zusammen mit anderen schon seit über 25 Jahren für Aufklärung, seriöse Information und Motivation zur Darmkrebsvorsorge ein. Es ist zwar viel erreicht worden; dennoch sind die Neuerkrankungszahlen mit über 50.000 und die Sterberaten mit 23.000/Jahr noch viel zu hoch. Was könnte, was müsste auch von Seiten der Hausärzte mehr getan werden, um diese Zahlen weiter signifikant zu verändern? Sie sind doch eigentlich für ein hochentwickeltes Land wie wir es sind eher beschämend, oder nicht?

**StH:** Wir dürfen gemeinsam nicht müde werden, das Thema der Prävention sowohl im Kreise der Ärztinnen und Ärzte als auch im Kreise der Bürgerinnen und Bürger hochzuhalten. Das bedarf kontinuierlicher gemeinsamer Bemühungen. Hier spielen Hausärztinnen und Hausärzte eine wichtige Rolle.

**JFR:** Könnten Sie sich vorstellen, dass die KBV zusammen mit den Hausärzten und der Stiftung Lebensblicke gemeinsam im Herbst einen Aufruf zur Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge starten, den wir dann im Darmkrebsmonat nächsten Jahres wiederholen könnten?

**StH:** Das ist für die KBV vorstellbar.

**JFR:** Wir haben als Stiftung inzwischen auch die Podcast Serie „Alarm im Darm“ ins Leben gerufen und bereits Gespräche mit vielen Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens geführt, zuletzt mit Professor Josef Hecken, dem GBA- Vorsitzenden. Podcasts werden gerne gehört. Von daher die Frage, ob wir in diesem Winter auch einen solchen Podcast mit einem Vertreter der KBV, zum Beispiel mit Ihnen machen könnten?

**StH:** Sehr gerne.

**JFR:** Nach Auskunft von Prof. Hecken wird derzeit im G-BA aufgrund der nicht unumstrittenen FARKOR-Studie das Thema risikoadaptierte Früherkennung beraten. Ich hoffe sehr, dass es hier zu einer klaren Lösung kommt. Wie stehen Sie dazu, dass bei Menschen mit einem familiären Darmkrebsrisiko das Einladungsverfahren spätestens mit 45 Jahren zu beginnen? Niemand kennt seine Patienten besser als die klassischen Hausärzte!

**StH:** Tatsächlich berät der G-BA auf initialen Antrag der KBV aus dem Jahr 2009 und vor dem Hintergrund des Innovationsfonds-Projekts FARKOR<sup>1</sup> über die Integration von Personen mit familiärem Darmkrebsrisiko in die organisierte Darmkrebsfrüherkennung. Die KBV spricht sich gemeinsam mit der Patientenvertretung für einen Versorgungsanspruch in Anlehnung an die S3-Leitlinie aus, das heißt, dass bei einem familiären Risiko der Versorgungsanspruch zehn Jahre vor Erkrankung des verwandten Indexpatienten greift, beginnend ab 40 Jahre. Die Beratungen im G-BA werden voraussichtlich noch in diesem Jahr beendet.

**JFR:** Sie kennen sicher die vielfältigen Mitteilungen in der Laienpresse, wo mit Sorge das immer frühere Auftreten gerade auch von Darmkrebs bei jüngeren Menschen beobachtet wird. Die Zahlen aus den Vereinigten Staaten machen nachdenklich. Hinken wir in der Herabsetzung unseres Eintrittsalter für die Darmkrebsvorsorge wieder einmal hinterher? Die USA haben schon 2021 den Beginn auf 45 Jahre für die Allgemeinheit vorverlegt.

**StH:** Seit April 2025 haben Frauen in Deutschland ja bereits ab 50 Jahren – und damit früher als zuvor – einen Anspruch auf

eine Früherkennungskoloskopie. Aktuell stehen auf Initiative der KBV hin weitere Beratungen im G-BA an, um die Früherkennung zu verbessern. Dies betrifft einerseits die generelle Absenkung der Altersgrenze vor dem Hintergrund steigender Darmkrebsinzidenzen in jüngeren Altersgruppen und korrespondierend damit die Frage nach der Einführung einer dritten Früherkennungskoloskopie im höheren Alter. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) arbeitet derzeit an einer entsprechenden Bewertung.

**JFR:** Inzwischen hat ja die NordICC-Studie gezeigt, dass es für die Screening Koloskopie wissenschaftliche Evidenz gibt, die wahrscheinlich von Jahr zu Jahr deutlicher wird. Für die Darmspiegelung sind dankenswerterweise die Krankenkassen seit 2002 in Vorleistung getreten, die sich jetzt als richtig erwiesen hat. Könnte ein Kompromissvorschlag sein, bei Menschen ab 45 Jahren mit dem immunologischen Stuhltest alle 2 Jahre zu beginnen? Er hat in zahlreichen Studien seine Gleichwertigkeit mit der Koloskopie im Long run gezeigt.

**StH:** Vor dem Hintergrund geringerer Inzidenz von relevanten Befunden in jüngeren Altersgruppen wäre dies zu diskutieren. Dabei wäre die geringere Sensitivität des iFOBT für Karzinome oder Adenome im Vergleich zur Koloskopie abzuwägen gegen den Vorteil, nicht allen, sondern gezielter nur den Teilnehmern am Screening mit positivem iFOBT-Ergebnis eine Koloskopie anzubieten.

**JFR:** Wohin sollte sich Ihrer Meinung nach die Darmkrebsfrüherkennung entwickeln: zu einer Verbesserung der einfachen Testmöglichkeiten (z. B. blutbasierte Tests), zu einer prinzipiellen Verschickung der Stuhltests mit dem Einladungsschreiben, andere Länder gezeigt haben, oder zu einer Ausweitung der Koloskopie?

**StH:** Tests auf zellfreie zirkulierende Tumor-DNA im Blut, beispielsweise der Shield<sup>TM</sup>-Test, besitzen nach aktuellen Studiendaten bislang noch keine ausreichende Sensitivität und Spezifität insbesondere für die Darmkrebsvorstufen, um sie im Screening einzusetzen.

Auch wenn durch die postalische Zusendung von Stuhltests eine Teilnahmesteigerung an der Früherkennung zu erzielen ist, stehen wir diesem Ansatz kritisch gegenüber. Nach unserer Auffassung ist es fraglich, ob die Aufklärungspflicht nach § 630e BGB und die im Nationalen Krebsplan geforderte informierte Entscheidung dabei gewährleistet werden kann.

**Herzlichen Dank für dieses offene und konstruktive Interview!**