



Positionspapier  
von ZERVITA und der ACCESS Consensus Group  
– November 2025 –

**Weil wir es können!**  
HPV-bedingte Krebsarten eliminieren – mit einer bundesweit koordinierten Strategie, die Impfung, Screening und Betroffenenperspektive vereint

## ZUSAMMENFASSUNG

### Kernaussage:

Durch Humane Papillomviren (HPV) bedingte Krebsarten lassen sich vermeiden – durch gezielte Impfung und eine effektive Früherkennung. Deutschland hat die medizinischen und strukturellen Voraussetzungen, um sie zu eliminieren. Was fehlt, ist ein politischer Rahmen – eine HPV-Strategie der Bundesregierung, die dies koordiniert und strukturiert begleitet.

### Unsere Empfehlung:

Deutschland braucht eine bundesweit abgestimmte ganzheitliche Strategie, die Impfung, Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung und die Perspektive der Betroffenen konsequent verknüpft. Grundlage dafür sind die Zielsetzungen der EU und der WHO, denen Deutschland sich verpflichtet hat und an denen wir unser nationales Handeln orientieren müssen.

Die in den **fünf Handlungsfeldern** (strategische Steuerung & Monitoring, Zugang erleichtern & Einladungssysteme stärken, Impfprogramme stärken, Kommunikation & Aufklärung verbessern, strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen sichern) entwickelten Maßnahmen sind zügig umzusetzen, systematisch zu evaluieren und fortlaufend zu überwachen. Sie zielen darauf ab, vermeidbare Todesfälle und schwere, langwierige Krankheitsverläufe zu verhindern, Gesundheitskosten langfristig zu senken und Deutschlands Verbindlichkeit gegenüber internationalen Verpflichtungen sichtbar unter Beweis zu stellen.



## Über ZERVITA

ZERVITA ist eine bundesweit tätige Aufklärungsstelle zur Prävention von HPV und HPV-bedingten Krebsarten. Als evidenzbasierte Informationsplattform informieren wir die Bevölkerung unabhängig und zielgruppenspezifisch über die HPV-Impfung und das Gebärmutterhalskrebsscreening.

Die 2006 gegründete Projektgruppe – getragen von 21 wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Krebsorganisationen – stärkt seit vielen Jahren die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Über die umfangreiche Website [www.zervita.de](http://www.zervita.de) werden neben der breiten Bevölkerung auch Jugendliche und Fachkreise als Zielgruppen angesprochen und praxisgerechte Informationsmaterialien bereitgestellt.

Seit 2014 wird die Arbeit strukturell durch den gemeinnützigen ZERVITA e. V. getragen. ZERVITA leistet damit einen wichtigen Beitrag, um Prävention zu stärken und HPV-bedingte Krebsarten in Deutschland nachhaltig zu reduzieren.

ZERVITA e.V.

1. Vorsitzender: Herr Prof. Dr. Thomas Iftner

Amtsgericht Stuttgart, Reg.Nr.: 21AR7599/14 / Steuernummer Finanzamt Tübingen: 86167/94328

Elfriede- Aulhorn-Str. 6, 72076 Tübingen

E-Mail: [info@zervita.de](mailto:info@zervita.de)

[www.zervita.de](http://www.zervita.de)

## Über die ACCESS Consensus Group

Die *Advancing Cervical CancEr ScreeningS (ACCESS) International Consensus Group on Cervical Cancer* setzt sich aus Fachleuten aus dem Bereich der Frauengesundheit zusammen – mit einem besonderen Fokus auf Gebärmutterhalskrebs aus klinischer, epidemiologischer, akademischer, patientenbezogener und gesundheitspolitischer Perspektive.

Gemeinsam prüfen wir die aktuell verfügbare Evidenz für optimale Strategien der Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung in Ländern mit organisierten Screening-Programmen und sprechen Empfehlungen an relevante Akteure und politische Entscheidungsträger aus, um die Frauengesundheit zu stärken, indem die Teilnahme von bislang unversorgten Frauen am Screening erhöht wird.

ACCESS International Consensus Group

E-Mail: [secretariat@accesscg.org](mailto:secretariat@accesscg.org)

[www.accesscg.org](http://www.accesscg.org)



*Das vorliegende Papier ist das Ergebnis eines Runden Tisches des Nationalen Strategie-Forums zur Bekämpfung HPV-bedingter Erkrankungen, der am 23. und 24. Juli 2025 in Frankfurt stattfand. Beteiligt waren ZERVITA, die ACCESS Consensus Group sowie Experten aus Wissenschaft, Praxis, Betroffene und Patientenorganisationen sowie Zivilgesellschaften im Bereich der HPV-Prävention. Das Papier versteht sich als Impulsgeber für einen breiteren politischen Dialog zur Stärkung der HPV-Prävention in Deutschland.*

**Hinweis zur Sprachform:** Zur besseren Lesbarkeit, sprachlichen Klarheit, rechtlichen Eindeutigkeit und allgemeinen Verständlichkeit wird in diesem Papier überwiegend die männliche Form verwendet. Sie steht im Sinne des generischen Maskulinums für alle Geschlechter. Auf Sonderzeichen (z. B. \*, :, \_) wurde verzichtet, da diese derzeit nicht Teil des amtlichen Regelwerks der deutschen Rechtschreibung sind.

## AUTOREN

1. **Ingetraud Bönte-Hieronymus**, Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V. / UTA („Unterwegs trotz alledem“)
2. **Dr. Sabine Dominik**, Pathologin & Gynäkologin, MVZ Institut für Pathologie & Zytodiagnostik Main-Taunus
3. **Prof. Tanja Fehm**, Universitätsklinikum Düsseldorf
4. **Dr. Thomas Fischbach**, Kinder- und Jugendarzt, Solingen & Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e. V.
5. **Prof. Dr. Monika Hampl**, Gynäkologin, Köln
6. **Dr. Volker Heinecke**, Gynäkologe, Bad Urach, Berufsverband der Frauenärzte e. V. & 2. Vorsitzender von ZERVITA e. V.
7. **Prof. Dr. Melanie Henes**, Gynäkologin, Universitätsklinikum Tübingen & Schatzmeisterin von ZERVITA e. V.
8. **Prof. Dr. Thomas Iftner**, Virologe, Universitätsklinikum Tübingen & 1. Vorsitzender von ZERVITA e. V.
9. **Claudia Jasper**, Patientenvertretung, Bundesverband Frauenselbsthilfegruppe Krebs
10. **Dr. Volkmar Küppers**, Privatdozent & Gynäkologe, Düsseldorf
11. **Andrea Mais**, Ärztin, Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. (ÄGGF)
12. **Dr. Ellen Mann**, Universitätsklinikum Rostock
13. **Heike Maurer**, Patientenvertretung, Tübingen
14. **Dr. Michèle Menkor**, Geschäftsführerin ZERVITA e. V.
15. **Dr. Frederik Stübs**, Gynäkologe, Uniklinikum Erlangen

**Frau Dr. Marianne Röbl-Mathieu**, Vorsitzende der AG Masern / Röteln / HPV der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI), hat mit ihrer Expertise zur Erstellung des Beitrags beigetragen und unterstützt die darin formulierten Ziele.



Weil wir es können!  
Positionspapier zur Eliminierung  
HPV-bedingter Krebsarten



## UNTERSTÜTZER



Zervita e. V.



Nationales Aktionsbündnis Impfen e. V.



ACCESS Consensus Group



Berufsverband der Frauenärzte e. V.



Ärztliche Gesellschaft zur  
Gesundheitsförderung e. V



Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und  
Kolposkopie e. V.



Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V.



Frauenselbsthilfe Krebs – Bundesverband e. V.



## JETZT die Weichen stellen

Deutschland steht an einem gesundheitspolitischen Wendepunkt. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirksamkeit von HPV-Impfung und Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung liegen klar auf dem Tisch. Die internationale Dynamik zeigt, dass eine Eliminierung HPV-bedingter Krebserkrankungen möglich ist – nicht irgendwann, sondern in absehbarer Zeit. Und doch fehlen in Deutschland bislang verbindliche politische Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen. Diese Lücke kann und muss geschlossen werden.

ZERVITA, die ACCESS Consensus Group und die unten genannten Mitunterzeichner\* appellieren an den Gesetzgeber, die Bundesregierung und die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen: Nutzen wir jetzt das vorhandene Wissen, um gemeinsam eine strukturierte, gerechte und nachhaltige Prävention von HPV-bedingten Krebsarten umzusetzen – ... „*weil wir es können.*“

## Warum jetzt handeln?

- Jährlich erkranken in Deutschland rund 10.000 Menschen an Krebs, der durch HPV (Humane Papillomviren) verursacht wird [1] und 3.000 Menschen sterben jährlich daran [2].
- Viele dieser Krebserkrankungen, wie z. B. Gebärmutterhalskrebs, Krebs im Mund- und Rachenraum sowie Penis-, Scheiden- und Analkrebs, lassen sich durch eine von der STIKO empfohlene HPV-Impfung und Früherkennungsuntersuchungen effektiv verhindern.
- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Union (EU) streben an, HPV-bedingte Krebserkrankungen bis 2030 deutlich zu reduzieren – ein Ziel, dem sich auch Deutschland verpflichtet hat [3].
- Aktuell bleibt Deutschland deutlich hinter diesen Zielvorgaben zurück.
- Jetzt besteht die Chance, entschlossen gegenzusteuern und durch gezielte Maßnahmen den Rückstand aufzuholen.

## Was ist notwendig? Unsere fünf zentralen Handlungsfelder:

Die WHO, die EU sowie Länder wie Australien [4], Schottland [5] und Schweden [6] zeigen, wie ambitionierte nationale Strategien zur Eliminierung von HPV-bedingten Erkrankungen, insbesondere Gebärmutterhalskrebs, umgesetzt werden können.

Deutschland hat jetzt die historische Chance, diesem Beispiel zu folgen und eine Nationale Strategie zur Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten zu etablieren.

Unsere Empfehlungen richten sich an Sie als politische Entscheidungsträger und sind entlang von fünf zentralen Handlungsfeldern strukturiert. Ziel ist eine ganzheitliche Prävention, die sowohl Impfungen als

auch effektive Screening-Programme umfasst – und dabei die Perspektiven und Erfahrungen von Betroffenen konsequent mit einbezieht.

### I. Strategische Steuerung & Monitoring

- Einführung eines HPV-Impfregisters und digitaler Recall-Systeme
- Elektronischen Impfausweis in der ePA ausbauen – mit Rückerfassung früherer Impfdaten und automatisierten Impf-Erinnerungen
- HPV-Impfraten geschlechtsneutral auf 75% [\[7\]](#) und Teilnahmeraten an dem Gebärmutterhalskrebs-Screening auf 80% anheben
- Jahresbericht des Bundesgesundheitsministeriums zur Zielerreichung und gegebenenfalls Anpassung der Maßnahmen
- Stärkung der Patientenperspektive durch eine zentrale Anlauf- und Aufklärungsstelle für HPV-Betroffene, die Information, Unterstützung und Interessenvertretung vereint

### II. Zugang erleichtern & Einladungssysteme stärken

- Zielgruppenspezifische und personalisierte, niedrigschwellige Einladungen für alle Versicherten [\[8\]](#)
- Angebote wie die Mädchensprechstunde M1, in denen geschlechtssensibel die anstehenden Entwicklungsaufgaben adressiert, über HPV-Impfung und Screening informiert sowie noch nicht erfolgte Impfungen durchgeführt werden, sollten bundesweit ausgebaut und um ein vergleichbares Format für Jungen ergänzt werden.
- HPV-Selbsttest für über 35-jährige unversorgte Frauen, die nicht an dem Gebärmutterhalskrebs-Screening teilnehmen, ermöglichen [\[9\]](#)
- Mobile Angebote, betriebliche Aktionen, spezialisierte Zentren ausbauen

### III. Impfprogramme stärken

- HPV- und Impfinformation in Schulen verankern, um die Gesundheitskompetenz junger Menschen zu stärken
- Freiwillige HPV-Schulimpfangebote, insbesondere in benachteiligten Regionen, ermöglichen [\[10\]](#)
- HPV-Impfangebot in Vorsorgeuntersuchungen (neue U10, J1) fest integrieren



#### IV. Kommunikation & Aufklärung verbessern

- Zeitnahe Umsetzung einer nationalen, geschlechts- und herstellerneutralen sowie evidenzbasierten Informationskampagne zur HPV-Prävention durch das BIÖG mit dem Fokus auf Krebsvermeidung.
- Zeitnahe Verabschiedung des Nationalen Aktionsplan HPV der NALI
- Zielgruppenorientierung, Mehrsprachigkeit und nahbare Ansprache
- Beteiligung von Betroffenen als authentische Stimmen

#### V. Strukturelle & finanzielle Rahmenbedingungen sichern

- Die Vergütung ärztlicher Präventionsleistungen sollte so ausgestaltet werden, dass sie den präventiven Nutzen für die Versicherten und den Aufwand in der Umsetzung angemessen widerspiegelt.
- Fortbildung für alle relevanten Berufsgruppen vertiefen und ausbauen
- Gezielte Forschung zur Früherkennung weiterer HPV-bedingter Krebsarten fördern – insbesondere beim Oropharynx-Karzinom sowie bei Vulva-, Vaginal-, Penis- und Analkarzinomen
- Alle HPV-relevanten Fachdisziplinen und Netzwerke bündeln und über eine zentrale Koordinationsstelle zusammenführen

#### Was kostet Prävention – und was spart sie?

Investitionen in HPV-Prävention sind hochrentabel. Studien aus dem In- und Ausland belegen: Jeder investierte Euro zahlt sich mehrfach aus – durch gesparte Behandlungskosten, erhaltene Lebensjahre, wirtschaftliche Verfügbarkeit und gesellschaftliche Teilhabe.

## Unser Appell

### Wir bitten Sie als politische Entscheidungsträger:

- Setzen Sie HPV-Eliminierung jetzt auf Ihre politische Agenda.
- Initieren Sie eine ressortübergreifende nationale Strategie.
- Machen Sie Prävention zu einer tragenden Säule einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung.
- Schreiben Sie gemeinsam mit uns Geschichte: mit einer HPV-Strategie der Bundesregierung, die Impfung, Screening und die Stimme der Betroffenen wirkungsvoll zusammenbringt.

Deutschland kann es schaffen – wenn wir jetzt gemeinsam handeln. Weil wir es können!

### I) Strategische Steuerung & Monitoring:

- 1) **Geschlechtsneutrale HPV-Impfraten von 75 % [7] und Teilnahmeraten von Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs von mindestens 80% erreichen.**
- 2) **Ein nationales Impfregister einführen**, das nicht nur Erhebungs- und Steuerungsfunktion erfüllt, sondern auch digitale Recall-Prozesse ermöglicht.
- 3) **Den elektronischen Impfausweis in der ePA** so ausgestalten, dass auch frühere Impfdaten erfasst werden können und Arztpraxen automatisierte Erinnerungen an fällige HPV-Impfungen senden können.
- 4) **Die Daten zur HPV-Impfung und zur Teilnahme am Gebärmutterhalskrebs-Screening sollten jährlich veröffentlicht werden**, um die Zielerreichung der Strategie zur Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten systematisch zu evaluieren und bei Bedarf unter Einbezug von Betroffenen und Patientenorganisationen nachzusteuern.
- 5) **Zur Stärkung der Betroffenenperspektive sollte eine übergreifende Interessenvertretung geschaffen werden**, die sowohl HPV-Positive ohne Erkrankung als auch Patienten mit HPV-bedingten Krebsarten und Krebsvorstufen einbindet. Diese Struktur soll die Bedürfnisse beider Gruppen bündeln, deren Perspektiven in politische Prozesse einbringen und eine zentrale Rolle in der Information und Aufklärung der Bevölkerung übernehmen sowie den Aufbau und die Koordination regionaler Selbsthilfegruppen unterstützen.

## **II) Zugang & Einladungssysteme:**

- 6) **Ein einheitliches, kultursensibles und barrierefarmes Einladungssystem zur Krebsfrüherkennung einführen**, das alle Versicherten (inkl. Privatversicherte) regelmäßig und personenbezogen erreicht, an Gebärmutterhalskrebs- Screening-Angebote gekoppelt ist und niederschwellige digitale Lösungen zur Terminvereinbarung mit Rückmeldemöglichkeiten integriert (Apps, QR-Codes, mehrsprachige Infos); Der G-BA sollte die Einladungsintervalle der organisierten Krebsfrüherkennung von fünf auf drei Jahre verkürzen – entsprechend den empfohlenen Screeningzeitpunkten – und die Altersobergrenzen abschaffen.
- 7) Um die Teilnahme an der HPV-Impfung im Rahmen der neuen U10 und J1 zu erhöhen, sollte die Bundesregierung Maßnahmen fördern, die **Krankenkassen die rechtssichere und gezielte Einladung von Kindern ermöglichen**.
- 8) **Den Zugang zu Gebärmutterhalskrebs-Screening durch niedrigschwellige Angebote erleichtern** (mobile und betriebliche Aktionen, Pop-up-Praxen, Abend-/Wochenendsprechstunden, Sprechstunde bei Betriebsärzten, spezialisierte Vorsorgezentren); Betroffene und Patientenorganisationen als Partner für Aufklärung, Motivation und Qualitäts-Feedback einbinden.
- 9) **HPV-Selbsttests sollen nur für unversorgte Frauen ab 35 Jahren angeboten werden, die in den letzten fünf bis zehn Jahren kein Screening wahrgenommen haben**. Voraussetzung sind klare Informationsmaterialien und definierte Nachsorgewege, die positiv Getestete direkt zu einem Frauenarzt weiterleiten. Für unter 35-Jährige ist dieses Angebot nicht geeignet, da HPV-Infektionen in dieser Altersgruppe häufig auftreten und meist von selbst abheilen – unnötige Belastungen und Folgeuntersuchungen sollen so vermieden werden.

## **III) Impfprogramme stärken:**

- 10) **Freiwillige HPV-Schulimpfprogramme ermöglichen und Vermittlung von Gesundheitskompetenzen zur Prävention von HPV fördern** – etwa durch Modellregionen oder gezielte Programme in vulnerablen Kommunen – mit Umsetzung durch den ÖGD und gesicherter Finanzierung nach § 132e SGB V. Dabei ist Rechtssicherheit für die Einwilligung der Personensorgeberechtigten zu gewährleisten.
- 11) Die neue **U10-Vorsorgeuntersuchung** bei 9–10-Jährigen sowie die J1-Untersuchung als Anlass nutzen, um Beratung und Durchführung der HPV-Impfung anzubieten, inkl. Hinweis, dass die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung später trotz Impfung relevant ist, da nicht alle Krebs-auslösenden Typen durch die HPV-Impfungen abgedeckt werden.

#### **IV) Kommunikation & Aufklärung**

- 12) **HPV-Impfung geschlechterneutral kommunizieren** und als zentrale Maßnahme der Krebsprävention für alle Geschlechter verankern – unter Einbezug von Betroffenen und Patientenorganisationen.
- 13) **In eine nationale, evidenzbasierte und herstellerneutrale Aufklärungskampagne des BIÖG investieren**, die emotional und zielgruppenspezifisch anspricht, wissenschaftlich fundiert ist, über diverse Kanäle (Social Media, Plakate, TV) läuft, mehrsprachig gestaltet ist und authentische Multiplikatoren sowie Betroffene einbezieht und die Bedeutung von HPV-Impfung und Screening verständlich vermittelt und dabei auf seriöse weiterführende Unterstützungssysteme, wie z. B. den Krebsinformationsdienst (KID) oder ZERVITA verweisen.

#### **V) Strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen**

- 14) Eine **angemessene Vergütung präventiver ärztlicher Leistungen** – etwa für Impfungen, Impfstatusüberprüfungen und Früherkennungsuntersuchungen – fördert eine qualitätsgesicherte Umsetzung und stärkt die Motivation zur Prävention. Die sprechende Medizin sollte dabei als zentraler Bestandteil ärztlicher Präventionsarbeit strukturell gestärkt werden.
- 15) **Fort- und Weiterbildungsangebote zur HPV-Krebsprävention (Impfung und Screening)** systematisch verbreiten, ausbauen und in den relevanten Strukturen verankern – durch die gezielte Sichtbarmachung bestehender Angebote sowie die Entwicklung neuer Formate für Ärzte aller relevanten Fachrichtungen, Medizinstudierende, Mitarbeitende in Gesundheitsämtern, Lehrkräfte und Betriebsärzte
- 16) Die Bundesregierung soll die zuständigen Behörden dazu auffordern, **die Zulassung der verfügbaren HPV-Impfstoffe auf weitere HPV-assoziierte Erkrankungen auszuweiten**.
- 17) **Forschung zur Entwicklung und Validierung von Früherkennungsdiagnostik für weitere HPV-bedingte Krebsarten**, insbesondere Oropharynx und Vulva-, Vaginal-, Penis- und Analkarzinom, gezielt fördern – um langfristig evidenzbasierte Screening-Strategien über das Zervixkarzinom hinaus zu ermöglichen.
- 18) **Alle relevanten Fachdisziplinen (u. a. Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Hals-, Nasen-, und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Zahnmedizin, Dermatologie, Urologie und Proktologie)** sowie nationale und regionale Netzwerke (NaLI, Landesarbeitsgemeinschaften Impfen, Krebshilfeverbände, Krebsgesellschaften, Patientenorganisationen, ZERVITA) vernetzen und durch eine ganzheitliche Koordinationsstelle beim Bundesgesundheitsministerium zusammenführen.

## 1. EINLEITUNG

Die Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten ist keine Zukunftsvision, sondern ein realistisches gesundheitspolitisches Ziel. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2020 einen klaren Fahrplan zur Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten vorgelegt [11], dem sich zahlreiche Länder bereits verpflichtet haben, darunter auch Deutschland. Allerdings liegt man hierzulande in der Umsetzung bislang im internationalen Vergleich zurück. Dabei verfügt unser Gesundheitssystem über die Voraussetzungen, um durch eine gezielte Kombination aus HPV-Impfung und organisierter Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung, die Krankheitslast deutlich zu senken.

HPV-bedingte Krebsarten, wie z. B. Gebärmutterhalskrebs, sind insofern besonders, als dass sie auf eine klar identifizierbare und vermeidbare Ursache zurückgehen: die persistierende Infektion mit sogenannten Hochrisiko-HPV-Typen [12, 13]. Anders als bei vielen anderen Krebsarten steht mit der HPV-Impfung ein hochwirksames Instrument der Primärprävention zur Verfügung [14]. Auch die Sekundärprävention ist durch die Früherkennung von Veränderungen am Gebärmutterhals wissenschaftlich sehr gut belegt: Screeningverfahren ermöglichen es, Krebsvorstufen zuverlässig zu identifizieren und rechtzeitig zu behandeln – und gelten damit als wirksames Instrument, um die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs deutlich zu reduzieren [15]. Trotz dieser Voraussetzungen zeigt die Datenlage, dass beide Präventionssäulen in Deutschland nicht in dem Maß greifen, wie es möglich und notwendig wäre, da sie nicht systematisch miteinander verzahnt und umgesetzt werden. Mit dem vorliegenden Papier und den darin enthaltenen spezifischen Empfehlungen wollen wir dies ändern und plädieren für eine ganzheitliche Eliminierungsstrategie (Inzidenz < 4 / 100.000) von HPV-bedingten Krebsarten.

Neben den positiven Effekten auf die individuelle Gesundheit und den gesamtgesellschaftlichen Nutzen ist auch der volkswirtschaftliche Vorteil einer konsequenten Prävention und Früherkennung offensichtlich: Die Umsetzung einer nationalen Strategie zur Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten kann nicht nur Erkrankungen und Leid verhindern, sondern zugleich erhebliche Kosten im Gesundheitswesen einsparen und langfristig die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit stärken.

Eine aktuelle gesundheitsökonomische Modellierung zeigt, dass in Deutschland jedes Jahr rund 3.000 Menschen an HPV-bedingten Krebserkrankungen sterben [2]. Allein 2022 gingen dadurch schätzungsweise über 47.000 Lebensjahre und fast 14.000 Erwerbsjahre verloren. Der wirtschaftliche Schaden beläuft sich laut den Berechnungen auf rund **311 Millionen Euro jährlich** – damit trägt Deutschland die mit Abstand größte Belastung im europäischen Vergleich. Besonders betroffen sind Frauen durch Gebärmutterhalskrebs, aber auch Männer durch HPV-bedingte Kopf-, Hals-, Anal-, und Peniskarzinome. Diese Verluste sind vermeidbar. Eine ganzheitliche und konsequente Impf- und Screeningstrategie würde nicht nur tausende Leben jährlich retten, sondern auch hunderte Millionen Euro an Produktivitätsverlusten vermeiden – ein klarer gesundheitlicher und wirtschaftlicher Gewinn.

Eine weitere gesundheitsökonomische Modellierung auf Basis eines dynamischen Transmissionsmodells zeigt, dass die HPV-Impfung von z. B. 12-jährigen Mädchen zusätzlich zum bestehenden zytologiebasierten Früherkennungsprogramm nicht nur die Krankheitslast für Gebärmutterhalskrebs erheblich senkt, sondern in vielen Szenarien auch ein sehr gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist. Über einen Zeitraum von 100 Jahren könnten bei einer Impfquote von 50 % rund 100.000 Fälle von Gebärmutterhalskrebs und etwa 24.000 Todesfälle verhindert werden – was einer Reduktion der Inzidenz um 37 % und der Mortalität um 30 % entspricht. Diese Zahlen gelten für ein Szenario ohne Jungen-Impfung, mit dem alten quadrivalenten Impfstoff, einem 3-Dosen-Schema und einer Impfquote von 50 % bei Mädchen. Mit dem jetzigen nonavalenten Impfstoff und einem 2-Dosenschema wären sie noch besser. Insgesamt ließen sich dadurch – im Vergleich zu Screening allein – etwa **eine Milliarde Euro** an direkten und indirekten Kosten einsparen [16]. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass Investitionen in HPV-Impfung – in Kombination mit einem wirksamen Screening – nicht nur medizinisch und gesellschaftlich, sondern auch volkswirtschaftlich von großem Nutzen sind.

Gleichzeitig geht es bei Prävention nicht nur um volkswirtschaftliche Effekte, sondern in erster Linie um die Menschen, die von ihr profitieren. Für den Menschen bedeutet eine wirksame HPV-Prävention die Chance auf ein gesundes Leben – frei von der Belastung und Angst vor einer lebensbedrohlichen HPV-bedingten Erkrankung. Eine hohe Impfquote und die konsequente Teilnahme an z. B. Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchungen ermöglichen es, Infektionen zu verhindern oder frühzeitig zu erkennen und gezielt zu behandeln, lange bevor sich daraus Krebserkrankungen entwickeln. Das bewahrt nicht nur vor schweren medizinischen Eingriffen und belastenden Therapien, sondern es erhält auch Lebensqualität, Selbstbestimmung und soziale Teilhabe. Prävention verhindert damit nicht nur Krankheit, sondern auch das Leid, das diese für Betroffene und ihre Familien mit sich bringt. Darüber hinaus trägt sie zum Schutz der reproduktiven Gesundheit von Frauen bei, da sowohl HPV-Infektionen als auch operative Behandlungen von Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses (z. B. Konisationen) mit einem erhöhten Risiko für Frühgeburten und geburtshilfliche Komplikationen verbunden sind [17, 18, 19]. Gerade deshalb ist es essentiell, Betroffene und Patientenorganisationen aktiv in die Entwicklung und Umsetzung einer nationalen Strategie zur Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten einzubeziehen: Sie geben den Betroffenen eine Stimme, machen die persönlichen Erfahrungen sichtbar und tragen dazu bei, dass Strategien praxisnah, mit hoher Akzeptanz und wirksam gestaltet werden.

Während andere Länder, bspw. Schweden [20], Kanada [21] oder Irland [22], mit ambitionierten Plänen und Strategien zur Eliminierung von HPV und verbindlichen politischen Strategien vorangehen, fehlt es in Deutschland bislang an einem national abgestimmten und strategisch ausgerichteten Gesamtansatz. Bestehende Programme laufen nebeneinander her, wichtige Zielgruppen werden nicht erreicht, strukturelle Hürden bleiben bestehen. Gleichzeitig ist die öffentliche und politische Aufmerksamkeit für das Thema Prävention insgesamt unterentwickelt – im starken Kontrast zu ihrem Einsparpotenzial und dem möglichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit.



Dieses Positionspapier richtet sich an politische Entscheidungsträger sowie an alle Akteure der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung. Es zeigt, welche Potenziale bislang ungenutzt bleiben, welche strukturellen und kommunikativen Hindernisse überwunden werden müssen – und was jetzt politisch zu tun ist, um HPV-bedingte Krebserkrankungen in Deutschland nachhaltig zurückzudrängen und letztendlich zu eliminieren.

## 2. AKTUELLE LAGE

Humane Papillomviren (HPV) sind die Hauptursache für eine Reihe von Krebsarten. In Deutschland treten jährlich rund 4.400 Fälle von Gebärmutterhalskrebs auf, etwa 1.400 Frauen sterben daran [23]. Hinzu kommen mehrere tausend Fälle anderer HPV-assozierter Karzinome – darunter Analkarzinome, Penis-, Vaginal- und Vulvakarzinome sowie insbesondere HPV-positive Kopf-Hals-Tumoren (z.B. im Oropharynx), die auch Männer in steigendem Maße betreffen [24]. Insgesamt wird geschätzt, dass in Deutschland jährlich rund 10.000 Krebsneuerkrankungen durch HPV verursacht werden [25]. HPV wird überwiegend durch direkten Haut-zu-Haut- oder Schleimhautkontakt übertragen, vor allem im Rahmen von Genital-, Anal- oder Oralverkehr [26].

Trotz dieser hohen Krankheitslast agieren Impf- und Screeningprogramme in Deutschland bislang weitgehend unabhängig voneinander. Impfkampagnen und Früherkennungsinitiativen werden separat geplant, gesteuert und kommuniziert, ohne dass systematisch Synergien genutzt oder gemeinsame Berührungspunkte mit den Zielgruppen geschaffen werden. Dadurch gehen wertvolle Chancen verloren, etwa im Rahmen von Impfangeboten gleichzeitig über Screening zu informieren oder umgekehrt beim Screening auf die Bedeutung der HPV-Impfung hinzuweisen. Eine engere Verzahnung beider Präventionssäulen könnte die Reichweite und Wirksamkeit deutlich erhöhen und die Kontaktpunkte mit den Betroffenen optimal nutzen.

### 2.1. HPV-Impfung

Die gute Nachricht: HPV-bedingte Krebsarten sind vermeidbar. In Deutschland gibt es zwei Totimpfstoffe - Cervarix® (bivalent) und Gardasil®9 (nonavalent) - die gegen HPV schützen und zugelassen sind [27]. Die HPV-Impfung schützt – je nach Impfstoff – vor zwei bzw. sieben HPV-Hochrisiko-Typen, die für den Großteil (etwa 70 – 92 %) der genannten Krebsarten verantwortlich sind [28]. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die HPV-Impfung seit 2007 für Mädchen und seit 2018 auch für Jungen. Dennoch bleiben die Impfquoten in Deutschland deutlich hinter den Zielvorgaben von WHO und Europäischer Kommission zurück. Im Jahr 2023 waren bundesweit lediglich 54,6 % der 15-jährigen Mädchen und 34 % der 15-jährigen Jungen vollständig geimpft [29].

Andere Länder zeigen, welches Potenzial eine hohe Durchimpfungsrate hat: In Australien ist die Inzidenz des Zervixkarzinoms unter jungen Frauen seit Einführung des nationalen HPV-Impfprogramms drastisch zurückgegangen. So sank die Prävalenz der durch den Impfstoff abgedeckten HPV-Typen bei Frauen im Alter von 18 – 24 Jahren von 22,7 % (2005 – 2007) und 7,3 % (2010 – 2012) auf nur noch 1,5 % im Jahr 2015. Auch in der Altersgruppe der 25–35-jährigen fiel sie von 11,8 % auf 1,1 % im gleichen Zeitraum [\[30\]](#).

In Deutschland zeigen erste Daten ebenfalls einen leichten Rückgang der Vorstufen des Zervixkarzinoms – trotz niedriger Impf- und Screeningquoten [\[31\]](#). Das unterstreicht das bislang ungenutzte Potenzial der Impfung [\[32\]](#) sowie der frühzeitigen Erkennung. Trotz einzelner Initiativen sind die HPV-Impfquoten in Deutschland in den letzten Jahren nicht weiter gestiegen. Damit verfehlt Deutschland nicht nur das WHO-Ziel von 90 % Durchimpfung bei unter 15-jährigen Mädchen [\[33\]](#), sondern liegt auch deutlich hinter Ländern wie Irland, Dänemark oder Großbritannien, die Impfquoten von über 80 % erreichen [\[34, 35\]](#).

Im Unterschied zu vielen anderen europäischen Ländern hat Deutschland kein strukturiertes HPV-Impfprogramm mit aktiver Einladung. Stattdessen setzt man hierzulande auf einen opportunistischen Ansatz. Das bedeutet: Jugendliche oder ihre Eltern müssen selbst aktiv werden und beim Arzt nach der Impfung fragen. In Ländern mit strukturierten Programmen läuft das anders [\[36\]](#). Dort erhalten alle Jugendlichen in der Zielgruppe systematisch ein Impfangebot – zum Beispiel über die Schule oder per Einladungsschreiben. Dieses Vorgehen führt nachweislich zu höheren Impfquoten [\[37\]](#). In Deutschland dagegen bleibt vielen Jugendlichen die Impfung schluchtweg verborgen oder wird aufgeschoben. In Deutschland könnte die unzureichende Wahrnehmung der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) und die lange überfällige Einführung einer U10 Untersuchung die Situation zusätzlich erschweren. Die HPV-Prävention erreicht in Deutschland somit ihr Potenzial nicht.

## 2.2. Früherkennung

Auch bei der sekundären Prävention zeigt sich ein ambivalentes Bild: Seit 2020 verfügt Deutschland über ein “organisiertes” Krebsfrüherkennungsprogramm (oKFE) für Gebärmutterhalskrebs, das allen Frauen ab 20 Jahren offensteht. Frauen werden je nach Alter unterschiedliche Früherkennungstests angeboten (Pap-Test oder Pap-Test + HPV-Test) [\[38\]](#). Nur gesetzlich versicherte Frauen erhalten zudem alle fünf Jahre ein Anschreiben mit näheren Erläuterungen zum Programm und zum Nutzen und den Risiken der angebotenen Untersuchungen, während privat versicherte Frauen diese Informationen nicht erhalten und somit schlechter über die Relevanz der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung informiert sind. Zum Zwecke der Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit des Früherkennungsprogrammes wird alle zwei Jahre ein Evaluationsbericht erstellt [\[39\]](#). Trotz dieser Elemente ist die Teilnahmequote an der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung aktuell unzureichend. Die Teilnahme gesetzlich versicherter Personen im Alter von 20 bis 35 Jahren an der Zytologie-basierten Früherkennung im Jahr

2021 lag nur bei etwa 45 % [40]. Darüber hinaus liegt die Teilnahme in bestimmten Risikogruppen deutlich darunter. Sozioökonomisch benachteiligte Gruppen, Migrantinnen und Frauen mit niedrigem Bildungsstatus sind besonders unversorgt.

Ein weiteres Problem liegt in der begrenzten Reichweite der Einladungs- und Informationssysteme. Im Gegensatz zu Ländern wie den Niederlanden [41, 42] oder Finnland [43] werden in Deutschland keine personalisierten Einladungen mit konkretem Terminvorschlag und begleitenden Materialien versendet. Das bestehende Informationsschreiben der Krankenkassen bietet eine gute Grundlage, könnte aber noch wirksamer gestaltet werden, wenn Versandzeitpunkt und -rhythmus stärker an die tatsächlichen Untersuchungsintervalle angepasst würden – jährlich bei Frauen zwischen 20 und 34 Jahren (Pap-Test) sowie alle drei Jahre ab dem 35. Lebensjahr (Ko-Test).

Da Einladungsschreiben nachweislich die Teilnahmequoten erhöhen [44], sollte der G-BA im Rahmen der organisierten Krebsfrüherkennung die Möglichkeit für die Krankenkassen schaffen, diese Instrumente noch gezielter einzusetzen. Derzeit werden Frauen ab 65 Jahren nicht mehr eingeladen, obwohl sie weiterhin rund 25 % der Betroffenen ausmachen [45]. Eine Ausweitung der Einladungsschreiben auf diese Altersgruppe könnte die Reichweite des Programms weiter erhöhen und einen wirksamen Beitrag zur Prävention leisten.

HPV-Selbsttests („Self-Sampling“) sind bislang nicht Teil des organisierten Zervixkarzinom-Früherkennungsprogramms (OKFE) in Deutschland. Internationale Studien zeigen jedoch, dass sie insbesondere bei Frauen über 35 Jahren<sup>1</sup>, die bislang nicht oder nur unregelmäßig an der Früherkennung teilnehmen, das Potenzial haben, die Teilnahmerate am Screening deutlich zu erhöhen [49, 50]. Damit dieses Instrument wirksam und sicher eingesetzt werden kann, sollten klare Rahmenbedingungen geschaffen werden: Zielgruppengerechte Aufklärung zur Unterstützung einer informierten Entscheidung, geregelte Abläufe für die ärztliche Nachsorge bei positiven Ergebnissen, verbindliche Qualitätsstandards, ergänzende Beratungsangebote, z. B. über Telefonhotlines oder digitale Plattformen.

Zugleich gilt: HPV-Selbsttests dürfen die ärztliche Vorsorge nicht ersetzen, da die diagnostische Qualität aktuell unter der des ärztlich entnommenen Abstrichs liegt [51, 52]. Sie sollten daher ausschließlich als ergänzende Option für unversorgte Frauen ab 35 Jahren eingesetzt werden.

Die Zervixkarzinom-Früherkennung ist in Deutschland in eine umfassende gynäkologische Vorsorge eingebettet. Ein Self-Sampling-Angebot für die spezifische Zielgruppe von älteren, unversorgten Frauen,

---

<sup>1</sup> Bei Frauen unter 30 Jahren sind Hochrisiko-HPV-Infektionen sehr häufig und klinisch unbedeutend, sodass HPV-Selbsttests in dieser Altersgruppe vermehrt zu falsch-positiven Befunden, Überdiagnostik und unnötigen Eingriffen mit physischen und psychischen Belastungen führen können [46] [47] [48].

sollte diese Struktur unterstützen, nicht schwächen – und gezielt dort ansetzen, wo evidenzbasierte Erkenntnisse einen zusätzlichen Nutzen für Prävention belegen.

Ebenso ist die Vergütung präventiver Leistungen oft nicht attraktiv ausgestaltet, sodass aufklärende Gespräche in der ärztlichen Praxis zu kurz kommen. Auch dies trägt dazu bei, dass die Früherkennung häufig nicht im Mittelpunkt der täglichen Versorgung steht.

Zusammenfassend zeigt sich: Deutschland nutzt seine vorhandenen Ressourcen in der HPV-Prävention nicht systematisch aus, obwohl das Wissen, die Instrumente und die technischen Voraussetzungen längst vorhanden sind.

### **3. BESTEHENDE BARRIEREN: WARUM VERBESSERUNGEN AUSBLEIBEN**

Trotz des medizinischen Fortschritts und einer Vielzahl an vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen bleiben tiefgreifende Verbesserungen in der Prävention HPV-bedingter Krebsarten in Deutschland bislang aus. Die Gründe hierfür sind vielfältig und betreffen politische, strukturelle und kulturelle Ebenen gleichermaßen.

#### Fehlende Gesamtstrategie und politische Priorisierung

Anders als Länder wie Australien, Kanada, Schweden oder Irland hat Deutschland bislang keine verbindliche nationale Eliminierungsstrategie verabschiedet. Zwar wurde für 2024 ein ‚Nationales Konzept zur Förderung der Impfaufklärung und der HPV-Impfquoten‘ („Aktionsplan HPV“) angekündigt, eine Veröffentlichung mit konkreten Zielvorgaben und ressortübergreifender Verankerung steht jedoch noch aus.

Prävention erhält im gesundheitspolitischen Alltag bislang nicht die Aufmerksamkeit, die ihrem langfristigen Potenzial gerecht würde – dabei bieten gezielte Investitionen in die Prävention und Früherkennung große Chancen für wirksame und nachhaltige Strukturreformen. Aktuell entfallen jedoch lediglich rund 3 % der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt, wobei einzelne Bereiche wie Früherkennungsmaßnahmen (ca. 0,9 %) und Schutzimpfungen (ca. 1,0 %) jeweils nur einen sehr kleinen Anteil ausmachen. Dies verdeutlicht den großen Handlungsbedarf, um Prävention stärker als tragende Säule im Gesundheitssystem zu verankern [53].

#### Organisatorische Fragmentierung

Die HPV-Prävention in Deutschland ist auf mehrere Akteure verteilt: Bund, Länder, Krankenkassen und medizinische Fachgruppen übernehmen jeweils Teilverantwortung. Die Nationale Lenkungsgruppe Impfen

(NaLI) koordiniert bereits verschiedene Partner im föderalen System und ist eine wichtige Plattform für ressortübergreifende Zusammenarbeit, Koordination der Umsetzung und Evaluation und Weiterentwicklung des Nationalen Impfplans [54]. Ihre Funktion ließe sich perspektivisch auch auf angrenzende Präventionsbereiche ausweiten – etwa das Screening-Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms, um einen ganzheitlichen Blick auf die Eliminierung von HPV zu erlangen. Ein gemeinsames Datenfundament könnte dabei helfen, regionale Unterschiede zu erfassen und gezielt anzugehen. Derzeit gibt es kein zentrales Impfregister in Deutschland, auch das organisierte Screening ab 2020 wird dezentral über die Krankenkassen umgesetzt [38]. Eine Erweiterung bestehender Koordinierungsstrukturen – etwa durch ein integriertes Impf- und Screeningregister – könnte die HPV-Prävention langfristig stärken und die Versorgungslage transparenter machen.

#### Rechtliche Unsicherheit

Ein zentrales Hindernis ist die fehlende Klarheit im Datenschutzrecht: Viele Krankenkassen zögern, Nicht-Teilnehmende gezielt anzusprechen, da die datenschutzrechtliche Zulässigkeit als unklar empfunden wird. So bleibt der Kontakt zu denjenigen, die von Prävention besonders profitieren würden – darunter auch die Kinder unzureichend gescreenter Frauen, die zur Impfung aufgefordert werden können – systematisch aus.

#### Kommunikationsdefizite und fehlende Narrative

Es besteht ein Mangel an zielgruppenspezifischer und kultursensibler Ansprache. Informationsmaterialien sind oft technisch, nicht validiert und sprechen weder Jugendliche noch bildungsferne Gruppen an. Die Begriffe „Prävention“ oder „Vorsorge“ wirken sprachlich und inhaltlich zu unkonkret oder gar abschreckend. Ein einprägsames Narrativ fehlt – ebenso wie ein zentraler Kommunikationskanal.

Während in anderen Ländern gezielt Marktforschung betrieben wird, um Barrieren zu verstehen und direktes Feedback von den Menschen einzuholen, die bislang nicht erreicht werden, wird in Deutschland vielfach über deren Köpfe hinweg entschieden. Erfolgreiche Präventionsarbeit setzt jedoch voraus, diesen Gruppen zuzuhören, ihre Perspektiven ernst zu nehmen und auf dieser Basis Kommunikationsstrategien zu entwickeln. Dazu gehört auch, Patienten-Vertretungen enger einzubinden oder – wo sie fehlen – neue Patientenorganisationen zu gründen, die die Interessen unversorgerter Gruppen wirksam vertreten können. Nur so lassen sich Botschaften entwickeln, die ankommen und zur tatsächlichen Teilnahme motivieren.

#### Unzureichende Unterstützung für Fachkräfte

Ärzte – insbesondere Gynäkologen und Kinder- und Jugendärzte – sind zentrale Multiplikatoren für HPV-Prävention. Doch sie werden bislang weder strukturell noch finanziell ausreichend dabei unterstützt, diese Rolle auch auszufüllen. Auch Schulungen, Fortbildungen und Informationsmaterialien stehen bisher nicht

flächendeckend und systematisch zur Verfügung. Dies wird von zahlreichen Experten nicht nur aus der Wissenschaft, sondern auch aus der Praxis, kritisiert.

#### Unzureichende Angebote für benachteiligte Gruppen

Präventionsangebote erreichen vor allem gut gebildete, gesundheitsnahe Milieus. Für unversorgte Gruppen – etwa Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, Menschen mit Behinderung oder Bewohner strukturschwacher Regionen – fehlen spezifische Konzepte. Bislang fehlt es an regulatorischer Klarheit, politischem Willen und der notwendigen Finanzierung, um hier eine nachhaltige Verbesserung zu erreichen.

#### **4. EMPFEHLUNGEN**

Die beschriebenen Herausforderungen und bisher unzureichende Umsetzung vorhandener Möglichkeiten dürfen nicht dazu führen, dass Deutschland seiner Verantwortung in der HPV-Prävention nicht nachkommt. Denn die gute Nachricht ist: Die Werkzeuge für eine wirksame und gerechte Präventionsstrategie existieren längst. Es fehlt nicht an Wissen oder technischen Lösungen, sondern an ihrer politischen und strukturellen Umsetzung.

Ein Blick in andere Länder zeigt, dass ambitionierte Programme Wirkung entfalten – sofern sie strategisch aufgesetzt, politisch getragen und konsequent umgesetzt werden. Auch in Deutschland liegen vielfältige Vorschläge und Erfahrungen vor, sei es aus Pilotprojekten, Modellvorhaben oder von zivilgesellschaftlichen Organisationen. Diese gilt es jetzt zusammenzuführen, weiterzuentwickeln und verbindlich in den politischen Handlungsrahmen zu integrieren.

ZERVITA, die ACCESS Consensus Group und die Autoren dieses Positionspapiers empfehlen nachdrücklich, eine ganzheitliche und bundesweit koordinierte Strategie zur Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten zu entwickeln, die sowohl dazu beiträgt, die HPV-Impfquoten deutlich zu steigern als auch die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung zugänglicher zu machen.

Modellierungen zeigen, dass die Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten wie z. B. Gebärmutterhalskrebs schneller erreicht werden kann, wenn wir einen ganzheitlichen Blick nehmen und beide Aspekte miteinander verzahnen [\[55\]](#), unter Berücksichtigung der Betroffenenperspektive.

## Säule 1: HPV-Impfquoten deutlich steigern

Die signifikante Erhöhung der HPV-Impfquoten für alle Geschlechter ist eine zentrale Voraussetzung, um HPV-bedingte Krebsarten in Deutschland zu eliminieren. Dafür braucht es eine nationale, strategisch gesteuerte Vorgehensweise, die durch klare Zuständigkeiten, verbindliche Zielquoten und systematisches Monitoring abgesichert wird.

### Nationale Steuerung & Monitoring

- Verabschiedung einer verbindlichen HPV-Impfstrategie mit einer 75 % geschlechterneutralen HPV-Zielquote, klaren Zuständigkeiten und jährlicher Berichterstattung zur Zielerreichung der Strategie zur Eliminierung HPV-bedingter Krebsarten. Regelmäßige gemeinsame Auswertung der Daten mit Betroffenen und Patientenorganisationen, um Praxisnähe, Transparenz und Akzeptanz sicherzustellen.

### Digitale Infrastruktur & Recall-Systeme

- Aufbau eines bundesweiten digitalen Impfregisters, das Dokumentation, Steuerung und automatisierte Recall-Funktionen ermöglicht.
- Ein funktionsfähiger elektronischer Impfausweis in der ePA ermöglichen, der auch frühere Impfdaten abbildet und automatisierte Erinnerungen an fällige HPV-Impfungen ermöglicht [\[56\]](#).

### Integration in Vorsorge & ärztliche Versorgung

- Systematische Integration der HPV-Impfung in bestehende Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere die neue U10 (9–10 Jahre; derzeit U11) und die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 sowie perspektivisch auch die M1 als Anlass für Beratung und Impfangebot. Es bedarf verbindlicher Einladungssysteme, die eine systematische Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U10 (derzeit U11) sowie J1 sicherstellen und eine aktive Bewerbung dieser Untersuchungen durch die Krankenkassen.
- Ärzte aller relevanten Fachrichtungen, Medizinstudenten, Mitarbeiter in Gesundheitsämtern, Lehrkräfte und Betriebsärzte sind über gezielte Fort- und Weiterbildungsgangebote einzubinden; die Finanzierung der HPV-Impfung und der damit verbundenen Aufklärungsleistungen sollte durch eine angemessene und strukturierte Vergütung gestärkt werden, um eine flächendeckende Umsetzung sicherzustellen.

## Kommunikation & Aufklärung

- Konzeption und Umsetzung einer nationalen, evidenzbasierten, herstellerneutralen und zielgruppenspezifischen Aufklärungskampagne, die mehrsprachig und über vielfältige Kanäle (Social Media, TV, Plakate) umgesetzt wird. Insbesondere sollen nicht nur Jungen und Mädchen über die HPV-Impfung aufgeklärt werden, sondern auch erwachsene Männer und Frauen, für die eine HPV-Impfung sinnvoll sein kann. Authentische Multiplikatoren wie Betroffene, Influencer oder Sportler sollen gezielt eingebunden werden.
- Ausbau verbindlicher schulischer Gesundheitskompetenzangebote ab Klasse 4, mit geschulten Lehrkräften und Experten im Bereich der Prävention, um Schüler und deren Erziehungsberechtigte frühzeitig über HPV und Prävention zu informieren.

## Regionale Modellprojekte & kommunale Initiativen

- Zur Erhöhung der Impfquoten sollten Modellprojekte für freiwillige, schulbasierte HPV-Impfprogramme gefördert werden, um erfolgreiche Ansätze anschließend bundesweit in die Regelversorgung zu übertragen (best-practices übernehmen). Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) soll dabei die freiwillige Durchführung der Impfungen an Schulen unterstützen. Die dafür notwendige gesicherte Finanzierung nach § 132e SGB V ist bereitzustellen, um den ÖGD organisatorisch und personell entsprechend auszustatten.
- Ergänzende niedrigschwellige Angebote wie mobile Impfaktionen mit beispielsweise über den ÖGD betriebene Impfbussen und betriebliche Impfprogramme, um Zugangsbarrieren zu reduzieren.

## Säule 2: Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung zugänglicher machen

Ein wirksames Screening-Programm ist die zweite tragende Säule einer ganzheitlichen Eliminierungsstrategie für HPV-bedingte Krebsarten. Damit die Chancen der Früherkennung konsequent genutzt werden, braucht es verbindliche Strukturen, die sowohl den Zugang erleichtern als auch Akzeptanz und Teilnahmemotivation erhöhen.

## Nationale Steuerung & Monitoring

- Einführung einer verbindlichen Strategie zur Steigerung der Teilnahme am bestehendem Gebärmutterhalskrebs-Screening mit einer klar definierten Zielquote von mindestens 80 %, Zuständigkeiten und jährlicher Berichterstattung. Regelmäßige gemeinsame Auswertung der Daten mit Betroffenen und Patientenorganisationen, um Praxisnähe, Transparenz und Akzeptanz zu gewährleisten.

## Einladungssysteme verbindlich verbessern

- Das bisherige Informationsschreiben sollte durch ein personalisiertes Einladungsschreiben ersetzt werden sowie in einfacher Sprache und mehrsprachig verfügbar sein. Ergänzend sollen QR-Codes oder andere digitale Tools, die direkte Terminbuchung ermöglichen, daran anschließen. Das Versandintervall ist von derzeit fünf Jahren auf ein bis drei Jahre zu verkürzen, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. Ein solches System sollte kultursensibel und idealerweise gemeinsam mit Patientenorganisationen gestaltet werden und Visualisierungen enthalten, um auch Menschen mit geringer Gesundheits- und Sprachkompetenz zu erreichen. In das Einladungssystem sollen alle Frauen, unabhängig ob privat- oder gesetzlich versichert, eingebunden sein.

## Strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen anpassen

- Ärztliche Aufklärungsleistungen sollten angemessen vergütet und Anreize für eine aktive Einladung von Patienten geschaffen werden. Ärzte sollten in die Lage versetzt werden, Beratung und Motivation für Screening-Teilnahmen auch in zeitlich angemessener Form zu leisten, ohne wirtschaftliche Nachteile befürchten zu müssen.

## Kommunikation & Aufklärung

- Konzeption und Umsetzung einer nationalen, evidenzbasierten und herstellerneutralen Aufklärungskampagne, die die Bedeutung des Gebärmutterhalskrebs-Screenings verständlich vermitteln, insbesondere für HPV-positive Menschen. Die Ansprache sollte mehrsprachig erfolgen und über vielfältige Kanäle (Social Media, TV, Plakate) Menschen erreichen. Authentische Multiplikatoren wie Betroffene und Influencer sollen gezielt eingebunden werden, um Vertrauen und Akzeptanz zu stärken. HPV-positiv getestete Menschen sollen direkt nach dem positiven Test ein Informationspaket mit den wichtigsten Aufklärungsinformationen erhalten.

## Nicht-Teilnehmende gezielt ansprechen

- Datenschutzrechtliche Anpassungen und Umsetzungen sind zu prüfen, um die gezielte Ansprache von Nicht-Teilnehmenden („Non-Attendern“) rechtssicher zu ermöglichen. Krankenkassen sollen motiviert werden, diese Gruppen spezifisch einzuladen und an die Teilnahme zu erinnern. Die Einladungsrechte müssen dabei auch für Privatversicherte gesetzlich verankert werden, um eine gleichberechtigte Prävention für alle Versicherten zu gewährleisten.

## Niedrigschwellige Versorgungsangebote ausbauen

- Um möglichst viele Anspruchsberechtigte zu erreichen, sind ergänzende, flexible Angebote erforderlich: etwa mobile Screening-Units, Pop-Up-Praxen, Abend- und Wochenendsprechstunden, Sprechstunde bei Betriebsärzten oder spezialisierte Vorsorgezentren. Diese Versorgungsformen bauen Barrieren ab und ermöglichen insbesondere berufstätigen, mobilitätseingeschränkten oder sozial benachteiligten Menschen eine Teilnahme. Dabei sollten Betroffene und Patientenorganisationen systematisch einbezogen werden – als Multiplikatoren in der Aufklärung, als Partner in der Ansprache schwer erreichbarer Gruppen und als wichtige Quelle für Rückmeldungen zur Qualität und Praxistauglichkeit der Angebote. Ihre Perspektive trägt dazu bei, dass Maßnahmen bedarfsgerecht ausgestaltet und langfristig wirksam implementiert werden.

## Ergänzende Screening-Optionen für unversorgte Frauen schaffen

- HPV-Selbsttests („Self-Sampling“) sollten gezielt Frauen ab 35 Jahren angeboten werden, die in den letzten fünf bis zehn Jahren nicht an der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung teilgenommen haben, da diese Gruppe ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines invasiven Gebärmutterhalskrebses aufweist [57]. Voraussetzung sind klare und verständliche Informationsmaterialien, definierte Nachsorgewege mit direkter Weiterleitung positiv Getesteter an eine gynäkologische Praxis, qualitätsgesicherte Testverfahren sowie unterstützende Beratungsangebote, etwa über eine Hotline. Entscheidend ist, dass Self-Sampling die gynäkologische Vorsorge ergänzt und nicht ersetzt. Für Menschen unter 35 Jahren sollte diese Option nicht vorgesehen werden, da HPV-Infektionen in dieser Altersgruppe häufig sind und i. d. R. spontan abheilen und unnötige Folgeuntersuchungen und Belastungen vermieden werden müssen. Sehen Sie hierzu auch die aktuelle Stellungnahme der Leitliniengruppe zur Prävention des Zervixkarzinoms [58].

## Übergeordnete Empfehlungen:

### Forschung zur Früherkennung anderer HPV-bedingter Krebserkrankungen fördern

- Die Forschung zur Entwicklung und Validierung neuer Früherkennungsdiagnostik für weitere HPV-bedingte Krebsarten, insbesondere im Oropharynx sowie bei Vulva-, Vaginal-, Penis- und Analkarzinomen, ist gezielt zu fördern. So kann langfristig die Evidenzbasis geschaffen werden, um Screening-Strategien über das Zervixkarzinom hinaus zu etablieren. Parallel sollten Evaluationsprojekte durchgeführt werden, die Wirksamkeit und Akzeptanz bestehender und neuer Screening-Formate regelmäßig überprüfen.



### Betroffene und Patientenorganisationen aktiv beteiligen

- Für den Erfolg von HPV-Impfung und Screening sollten Betroffene und Patientenorganisationen systematisch in die Aufklärungsarbeit und die Entwicklung weiterer Maßnahmen eingebunden werden. Ihre Erfahrungen helfen, Barrieren zu identifizieren, Ängste abzubauen und kultursensible, alltagsnahe Informationsangebote zu gestalten. Als glaubwürdige Multiplikatoren können sie insbesondere schwer erreichbare Gruppen ansprechen und so die Teilnahme an Impfungen und Screening nachhaltig erhöhen.

### Interdisziplinäre Vernetzung sicherstellen

- Alle relevanten Fachdisziplinen – darunter Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Zahnmedizin, Dermatologie, Urologie und Proktologie – sind systematisch einzubinden. Nationale und regionale Netzwerke wie die NaLI, Landesarbeitsgemeinschaften Impfen, Krebs(selbst)hilfeverbände, Krebsgesellschaften und Patientenorganisationen sollten durch eine zentrale Koordinationsstelle zusammengeführt werden. Dies ermöglicht, Best Practices auszutauschen, Betroffene einzubeziehen und die Qualität der Prävention kontinuierlich zu verbessern.

## 4. WAS UNSEREN FAHRPLAN ZUR ELIMINIERUNG HPV-BEDINGTER KREBSARTEN BESONDERS MACHT

Unser Vorschlag geht über bisherige, voneinander getrennte und unspezifische Empfehlungen hinaus, die sich meist nur auf einzelne Elemente konzentrieren: Wir fassen die HPV-Impfung und Gebärmutterhalskrebs-Screening zu einer ganzheitlichen Strategie, die die zwei Säulen miteinander verbindet und die auf klaren wissenschaftlichen Belegen basiert und gleichzeitig praxisnah umsetzbar ist, zusammen. Wir stellen sicher, dass Betroffene und Patientenorganisationen aktiv eingebunden werden – nicht nur als Symbol, sondern als echte Partner in der Aufklärung und Qualitätsentwicklung. Und wir zeigen, dass Eliminierung von HPV nicht nur Leben rettet, sondern auch ökonomisch sinnvoll ist: Jede Investition in Prävention spart langfristig erhebliche Kosten und stärkt die Gesundheitsgerechtigkeit.

## QUELLENVERZEICHNIS

[1] Robert Koch-Institut (RKI). Antworten auf häufig gestellte Fragen zu HPV-Impfung und HPV-Infektion, 2025 [online]. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/HPV/FAQ-Liste\\_HPV\\_Impfen.html?nn=16910970#entry\\_16870772](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/HPV/FAQ-Liste_HPV_Impfen.html?nn=16910970#entry_16870772). Abgerufen am 25.09.2025.

[2] Sabale U, Bencina G, Subash V, Meiwald A, Hughes R, Fox A, et al. The productivity loss associated with HPV-related cancer mortality in Europe: years of life lost and productivity costs. J Med Econ, 2024, 27(sup2):62–74. doi:10.1080/13696998.2025.2528518.

[3] World Health Organization (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020 [online]. Verfügbar unter:  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Abgerufen am 25.09.2025.

[4] Australian Government Department of Health, Disability, and Ageing. National Strategy for the Elimination of Cervical Cancer in Australia. A pathway to achieve equitable elimination of cervical cancer as a public health problem by 2035. 2023 [online]. Verfügbar unter:  
<https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-11/national-strategy-for-the-elimination-of-cervical-cancer-in-australia.pdf>. Abgerufen am 25.09.2025.

[5] Scottish Government. Cancer strategy 2023-2033 and cancer action plan 2023-2026: monitoring and evaluation framework. 2023 [online]. Verfügbar unter: <https://www.gov.scot/publications/monitoring-evaluation-framework-cancer-strategy-scotland-2023-2033-cancer-action-plan-2023-2026-august-2023/pages/10/>. Abgerufen am 16.10.2025.

[6] Sweden's journey to eliminate cervical cancer. Union for International Cancer Control (UICC). 2025 [online]. Verfügbar unter: <https://www.uicc.org/news-and-updates/news/swedens-journey-eliminate-cervical-cancer>. Abgerufen am 25.09.2025.

[7] Vänskä S, Luostarinens T, Baussano I, et al., Vaccination with moderate coverage eradicates oncogenic Human Papillomaviruses if a gender-neutral strategy is applied. J Infect Dis. 222(6): 948–956. 2020. doi:10.1093/infdis/jiaa099.

[8] Radde K, Gottschalk A, Bussas U, Schülein S, Schriefer D, Seifert U, et al. Invitation to cervical cancer screening does increase participation in Germany: Results from the MARZY study. Int J Cancer. 2016;139(5):1018–30. doi:10.1002/ijc.30146.

[9] Rebolj M, Sargent A, Njor SH, Cuschieri K. Widening the offer of human papillomavirus self-sampling to all women eligible for cervical screening: Make haste slowly. *Int J Cancer.* 2022;153(1):8–19. doi:10.1002/ijc.34358.

[10] Singer R, Hübotter I, Hölzner F, Genedl C, Jasker L, Michalski N, et al. School vaccination programmes to increase HPV vaccination coverage – Experiences from Bremen, Germany. *Vaccine.* 2025;45:126636. doi:10.1016/j.vaccine.2024.126636.

[11] World Health Organization (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020 [online]. Verfügbar unter:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Abgerufen am 25.09.2025.

[12] Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* 1999; 189(1):12–9. doi:10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1.

[13] Wei F, Georges D, Man I, Baussano I, Clifford GM. Causal attribution of human papillomavirus genotypes to invasive cervical cancer worldwide: a systematic analysis of the global literature. *Lancet.* 2024;404(10451):435–44. doi:10.1016/S0140-6736(24)01097-3.

[14] Kamolratanakul, S, & Pitisuttithum, P. Human papillomavirus vaccine efficacy and effectiveness against cancer. 2021; *Vaccines*, 9(12), 1413. doi:10.3390/vaccines9121413.

[15] Perkins RB, Wentzensen N, Guido RS, & Schiffman, M. Cervical cancer screening: a review. 2023; *Jama*, 330(6), 547-558. doi:10.1001/jama.2023.13174.

[16] Damm O, Horn J, Mikolajczyk RT, Kretzschmar MEE, Kaufmann AM, Deleré Y, et al. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination in Germany. 2017;15(1):8. doi:10.1186/s12962-017-0080-9.

[17] Kovács D, Szabó A, Hegyi P, Ács N, Keszhelyi M, Sára L, et al. Association between human papillomavirus and preterm delivery: A systematic review and meta-analysis. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 103.10. 2024;1933-1942. doi: 10.1111/aogs.14913.

[18] Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 367.9509. 2006; 489-498. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68181-6.

[19] Kyrgiou M, Athanasiou A, Paraskevaidi M, Mitra A, Kalliala I, Martin-Hirsch P, et al. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. 2016. doi: 10.1136/bmj.i3633.

[20] Sweden's journey to eliminate cervical cancer. Union for International Cancer Control (UICC). 2025 [online]. Verfügbar unter: <https://www.uicc.org/news-and-updates/news/swedens-journey-eliminate-cervical-cancer>. Abgerufen am 25.09.2025.

[21] Canadian Partnership Against Cancer. Action Plan for the Elimination of Cervical Cancer in Canada. In: 2019–2029 Canadian Strategy for Cancer Control. Health Canada. 2020 [online]. Verfügbar unter: <https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2020/11/Elimination-cervical-cancer-action-plan-EN.pdf>. Abgerufen am 25.09.2025.

[22] Health Service Executive (HSE). Ireland's Cervical Cancer Elimination Plan. Strategic Vision 2025–2040. Action Plan 2025–2030. 2024 [online]. Verfügbar unter: [https://assets.hse.ie/media/documents/Irelands\\_Cervical\\_Cancer\\_Elimination\\_Action\\_Plan\\_2025-2030.pdf](https://assets.hse.ie/media/documents/Irelands_Cervical_Cancer_Elimination_Action_Plan_2025-2030.pdf). Abgerufen am 25.09.2025.

[23] Robert Koch-Institut (RKI). Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom). Zentrum für Krebsregisterdaten. 2022 [online]. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs_node.html). Abgerufen am 25.09.2025.

[24] Robert Koch-Institut (RKI). Krebs in Deutschland für 2019/2020. Zentrum für Krebsregisterdaten. 2023 [online]. Verfügbar unter: [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs\\_in\\_Deutschland/krebs\\_in\\_deutschland\\_2023.pdf?blob=publicationFile](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_2023.pdf?blob=publicationFile). Abgerufen am 25.09.2025.

[25] Kennedy S. Vorsorge gegen Krebs: Warum die HPV-Impfung so wichtig ist. NDR. 2025 [online]. Verfügbar unter: <https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Vorsorge-gegen-Krebs-Warum-die-HPV-Impfung-so-wichtig-ist.hpverkrankungen100.html>. Abgerufen am 25.09.2025.

[26] Burchell AN, Winer RL, de Sanjosé S, Franco EL. Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. Vaccine. 2006;24:S52–61. doi:10.1016/j.vaccine.2006.05.031.

[27] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). HPV-Schutzimpfung. 2024 [online]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/praevention/hpv-schutzimpfung>. Abgerufen am 25.09.2025.

[28] Senkomago V, Henley SJ, Thomas CC, Mix JM, Markowitz LE, Saraiya M. Human Papillomavirus–Attributable Cancers — United States, 2012–2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019;68(33):724–8. doi:10.15585/mmwr.mm6833a3.

[29] Robert Koch-Institut (RKI). VacMap – Dashboard zum Impfgeschehen in Deutschland. Stand: 30.04.2025. 2025 [online]. Verfügbar unter: <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Impfquoten/VacMap/vacmap.html>. Abgerufen am 25.09.2025.

[30] Machalek DA, Garland SM, Brotherton JML, Bateson D, McNamee K, Stewart M, et al. Very low prevalence of vaccine human papillomavirus types among 18- to 35-year-old Australian women 9 years following implementation of vaccination. J Infect Dis. 2018;217(10):1590–600. doi:10.1093/infdis/jiy075.

[31] Stuebs FA, Beckmann MW, Pöschke P, Heindl F, Emons J, Gaß P, et al. The epidemiology of cervical cancer in Germany. Dtsch Arztbl Int. 2025;122(35):565–73. doi:10.3238/atztbl.m2025.0105.

[32] Röbl-Mathieu M, Tauscher M. Die HPV-Impfung, Hochwirksame Krebsprävention, noch unzureichend genutzt. Bayerisches Ärzteblatt. 2025 [online]. Verfügbar unter: [https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2025/09/einzelpdf/BAB\\_9\\_2025\\_388\\_391.pdf](https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2025/09/einzelpdf/BAB_9_2025_388_391.pdf). Abgerufen am 25.09.2025.

[33] World Health Organization (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020 [online]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Abgerufen am 25.09.2025.

[34] Health Service Executive (HSE). Ireland's Cervical Cancer Elimination Plan. Strategic Vision 2025–2040. Action Plan 2025–2030. 2024 [online]. Verfügbar unter: [https://assets.hse.ie/media/documents/Irelands\\_Cervical\\_Cancer\\_Elimination\\_Action\\_Plan\\_2025-2030.pdf](https://assets.hse.ie/media/documents/Irelands_Cervical_Cancer_Elimination_Action_Plan_2025-2030.pdf). Abgerufen am 25.09.2025.

[35] NHS England. Cervical cancer elimination by 2040 – plan for England. 2025 [online]. Verfügbar unter: <https://www.england.nhs.uk/long-read/cervical-cancer-elimination-by-2040-plan-for-england/>. Abgerufen am 25.09.2025.

[36] Walling EB, Benzoni N, Dornfeld J, Bhandari R, Sisk BA, Garbutt J, et al. Interventions to improve HPV vaccine uptake: A systematic review. Pediatrics. 2016;138(1):e20153863. doi:10.1542/peds.2015-3863.

[37] Takla A, Schmid-Küpke N, Wichmann O. Potenzial und Limitationen von Schulimpfprogrammen zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl.* 2025;68(3):287–96.  
doi:10.1007/s00103-025-04029-1.

[38] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. [online]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/gebaermutterhalskrebs-screening/>. Abgerufen am 25.09.2025.

[39] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Evaluation der organisierten Früherkennungsprogramme für Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs. [online]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/programmbeurteilung/>. Abgerufen am 25.09.2025.

[40] Gesundheitsforen Leipzig GmbH. Evaluationsbericht Zervixkarzinom. 2024 [online]. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5680/2024-04-24\\_oKFE-Evaluationsbericht-Gebaermutterhalskrebs\\_GFL\\_2021-2022.pdf#page38](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5680/2024-04-24_oKFE-Evaluationsbericht-Gebaermutterhalskrebs_GFL_2021-2022.pdf#page38). Abgerufen am 25.09.2025.

[41] Bevolkingsonderzoek Nederland. Invitation to cervical cancer vaccination. [online]. Verfügbar unter: <https://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/en/cervical-cancer/the-invitation/>. Abgerufen am 25.09.2025.

[42] Bevolkingsonderzoek Nederland. Invitation to cervical cancer screening. [online]. Verfügbar unter: <https://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/en/cervical-cancer/the-screening/>. Abgerufen am 25.09.2025.

[43] Finnish Cancer Registry. Organising Cancer Screening. [online]. Verfügbar unter: <https://cancerregistry.fi/screening/organising-cancer-screening/>. Abgerufen am 25.09.2025.

[44] Radde K, Gottschalk A, Bussas U, Schülein S, Schriefer D, Seifert U, et al. Invitation to cervical cancer screening does increase participation in Germany: Results from the MARZY study. *Int J Cancer.* 2016;139(5):1018–30. doi:10.1002/ijc.30146.

[45] Stuebs FA, Beckmann MW, Pöschke P, Heindl F, Emons J, Gaß P, et al. The Epidemiology of Cervical Cancer in Germany: A register-based analysis of incidence, survival, and tumor characteristics (2003–2021). *Dtsch Arztebl Int.* 2025 Sep 5;122(18):483–488. doi:10.3238/ärztebl.m2025.0105.

[46] Feng T, Cheng B, Sun W, Yang Y. Outcome and associated factors of high-risk human papillomavirus infection without cervical lesions. *BMC Womens Health.* 2023;23(1):544. doi:10.1186/s12905-023-02764-8.

[47] Gravitt PE. The known unknowns of HPV natural history. *J Clin Invest.* 2011;121(12):4593–9. doi:10.1172/JCI57149.

[48] Leitlinienprogramm Onkologie. S3-Leitlinie Prävention des Zervixkarzinoms. 2017 [online]. Verfügbar unter: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Zervixkarzinom\\_Praevention/LL\\_Pr%C3%A4vention\\_des\\_Zervixkarzinoms\\_Langversion\\_1.0.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Zervixkarzinom_Praevention/LL_Pr%C3%A4vention_des_Zervixkarzinoms_Langversion_1.0.pdf). Abgerufen am 25.09.2025.

[49] Costa S, Verberckmoes B, Castle PE, Arbyn M. Offering HPV self-sampling kits: an updated meta-analysis of the effectiveness of strategies to increase participation in cervical cancer screening. *Br J Cancer.* 2022;128(5):805–13. doi:10.1038/s41416-022-02094-w.

[50] Di Gennaro G, Licata F, Trovato A, Bianco A. Does self-sampling for human papilloma virus testing have the potential to increase cervical cancer screening? An updated meta-analysis of observational studies and randomized clinical trials. *Front Public Health.* 2022;10:1003461. doi:10.3389/fpubh.2022.1003461.

[51] Aitken CA, Inturrisi F, Kaljouw S, Nieboer D, Siebers AG, Melchers WJG, et al. Sociodemographic characteristics and screening outcomes of women preferring self-sampling in the Dutch Cervical Cancer Screening Programme: A population-based study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2022;32(2):183–92. doi:10.1158/1055-9965.EPI-22-0712.

[52] Rebolj M, Sargent A, Njor SH, Cuschieri K. Widening the offer of human papillomavirus self-sampling to all women eligible for cervical screening: Make haste slowly. *Int J Cancer.* 2022;153(1):8–19. doi:10.1002/ijc.34358.

[53] GKV-Spitzenverband. GKV-Kennzahlen. [online]. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp). Abgerufen am 25.09.2025.

[54] Milbradt J, Ludwig MS. Bundeslandübergreifende Förderung der Impfprävention in Deutschland mit Orientierung an europäischen Zielen: die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI). *Bundesgesundheitsbl.* 2025;68(3):297–305. doi:10.1007/s00103-025-04026-4.



[55] World Health Organization. Using HPV tests for cervical cancer screening and managing HPV-positive women – a practical online guide: Introduction. International Agency for Research on Cancer. [online]. Verfügbar unter: <https://screening.iarc.fr/atlasHPVdetail.php?Index=001&e==>. Abgerufen am 25.09.2025.

[56] Takla A, Wulkotte E, Bichel Y, Lachmann J, Trübwetter A, Wilhelm J, et al. Impferinnerungen in Deutschland: Bestandsaufnahme und Ideen für morgen am Beispiel der HPV-Impfung. Bundesgesundheitsbl. 2025;68(3):306–14. doi:10.1007/s00103-025-04030-8.

[57] Stellungnahme der Leitliniengruppe zur Prävention des Zervixkarzinoms zum Einsatz von HPV-Selbsttests bei jungen Frauen. [online]. Verfügbar unter: <https://zervita.de/2025/09/22/stellungnahme-hpv-selbsttests-bei-jungen-frauen-wird-kritisch-gesehen/> Abgerufen am 16.10.2025.