

HPV-Elimination in Österreich

16 Handlungsvorschläge für den besseren Umgang mit HPV

*orientiert an den internationalen Zielen der
Weltgesundheitsorganisation (WHO) und
der Europäischen Union (EU) zur Eliminierung
des Zervixkarzinoms sowie zur generellen
Bekämpfung von HPV-Infektionen*

Juni 2025

Diese Publikation wurde von HÖRHAN Strategy Consultants gestaltet und geleitet, auf Initiative und durch die finanzielle Unterstützung von MSD Österreich. Die Inhalte stammen größtenteils aus Expert:innenrunden, in denen Entscheidungsträger:innen aus Wissenschaft, Medizin, Politik, Sozialversicherung und eHealth zusammenkamen. Dieses Engagement bildet die wichtige Grundlage für die weitere Erarbeitung. Dabei wurde kein Einfluss auf die Teilnehmer:innen genommen. Alle Unterstützer:innen haben die Publikation vor Veröffentlichung zur Durchsicht erhalten. Wir danken herzlich für die Unterstützung der Beteiligten.

HPV-ELIMINATION IN ÖSTERREICH

**16 Handlungsvorschläge für den
besseren Umgang mit HPV**

VORWORTE



Geschätzte Leserinnen und Leser,

dass die HPV-Impfung gut verträglich und hocheffektiv in der Vermeidung von Krebsvorstufen und Krebs ist, belegen Erfahrungen aus zahlreichen Ländern. Besonders stolz können wir in Österreich jedoch darauf sein, dass wir als erstes europäisches Land die geschlechtsneutrale HPV-Impfung kostenfrei angeboten haben. Und wir waren auch das erste Land in Europa, das die HPV-Impfung mit neun Typen in einem nationalen Impfprogramm umgesetzt hat.

Zudem können die Impfungen im Zuge eines Catch-Up-Programms sogar zeitlich befristet vom 21. bis zum 30. Geburtstag gratis angeboten werden. Gerade in dieser Altersgruppe verzeichnen wir im laufenden Nachhol-Impfprogramm große Erfolge: So sind von Juli 2024 bis Mitte April 2025 über 130.000 HPV-Impfungen in dieser Altersgruppe im e-Impfpass dokumentiert worden, was eine sehr gute Akzeptanz der Impfungen widerspiegelt.

Obwohl die Impfung in Österreich für viele gratis angeboten wird, muss man ehrlich aufzeigen, dass wir noch deutlichen Nachholbedarf bei den Durchimpfungsraten haben. Wir nähern uns zwar dem Ziel an, wollen aber die Häufigkeit von durch HPV verursachten Erkrankungen weiter reduzieren und Gebärmutterhalskrebs eliminieren.

Genau aus diesem Grund ist ein gemeinsames Commitment zwischen allen Beteiligten wichtig, sodass notwendige Maßnahmen definiert, systematisch verfolgt und umgesetzt werden.

Ulrike Königsberger-Ludwig

*Staatssekretärin im Bundesministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK)*



Österreich hat einige Meilensteine bei der Entwicklung der HPV-Impfung gesetzt und ein international viel beachtetes Impfprogramm entwickelt. Trotzdem liegt die HPV-Durchimpfungsrate deutlich unter dem WHO-Ziel von 90% bei Mädchen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr. Vor allem muss die Durchimpfungsrate bei den 9- bis 11-Jährigen gesteigert werden, denn hier ist die Effektivität am höchsten. Mit zwei Stichen bestimmte HPV-bedingte Krebsarten zu verhindern, ist eine extrem attraktive Möglichkeit, uns und unsere Kinder zu schützen.

Um die Elimination des Gebärmutterhalskrebses (und auch anderer HPV-assoziierten Karzinome) zu erreichen, muss auch die Vorsorge optimiert werden. International ist die HPV-Testung bei Frauen ab 30 Jahren Standard geworden, in Österreich jedoch trotz eines entsprechenden Positionspapiers der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG) im Jahr 2015 noch nicht implementiert und umgesetzt. Schweden wird das WHO-Ziel der Elimination (4 Fälle/100.000 Frauen und Jahr) voraussichtlich bereits 2027 als erstes Land weltweit erreichen – bis 30 impfen und ab 30 HPV-testen ist die Strategie, die dort rasch zum Erfolg führt. Die Zukunft hat begonnen und auch in Österreich müssen wir nach vorne blicken, dann wird das Ziel auch bei uns erreicht werden.

Fachstimme Univ.-Prof. Dr. Elmar Joura

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Leiter der Ambulanz für Cervix- und Vulvopathologie an der Medizinischen Universität Wien

ZUSAMMENFASSUNG

Humane Papillomaviren sind ein allgegenwärtiges gesundheitliches Problem, auch in Österreich. Aus einer nicht wieder abgeheilten HPV-Infektion können diverse Krebsvorstufen und Krebs resultieren. Dabei ist der Schutz vor bestimmten HPV-Typen durch eine wirksame Impfung einfach und effizient – und für bestimmte Altersgruppen sogar im kostenfreien Impfprogramm enthalten. Gemeinsam mit Tests zur (Früh-)Erkennung von Krebsvorstufen und dem Zugang zu ehestmöglicher Behandlung gehört sie zu den Pfeilern auf dem Weg zur generellen Minderung von HPV verursachten Krebsarten sowie zur Elimination von HPV-bedingtem Gebärmutterhalskrebs. Um diesen Weg optimal zu beschreiten, ist zusätzlich ein klares Bild der epidemiologischen Lage essenziell, für die valide Daten zu Erkrankungen und Impfungen notwendig sind. Wie kann die Elimination bestimmter HP-Viren in Österreich gelingen?

Dieser Frage hat sich ein multidisziplinäres Expert:innengremium in einem umfassenden Beteiligungsprozess gewidmet. Die Mitwirkenden teilten ihre Erfahrungen und gaben wertvolle Praxis-einblicke, die ebenso wie die wissenschaftlichen Grundlagen zum Thema HPV in dieser Publikation erläutert werden. Der Prozess begann im Dezember 2024 und endete im Februar 2025. Dabei wurden die Themen stetig weiterentwickelt und aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet.

Ziel war es, Wege aufzuzeigen, die Österreich im Zuge eines zielgerichteten Eliminationsprogramms beschreiten kann – so wie etwa Irland¹ und England² als internationale Beispiele mit ihren Cervical Cancer Elimination (Action) Plans Maßnahmenkataloge zur Eindämmung der HP-Viren vorgelegt haben. Dabei sollen in den wichtigen Säulen Impfen, Testen und Behandeln Fortschritte erzielt werden. Diese Säulen entstammen den weltweiten/europäischen Zielen zur Elimination von HPV-bedingtem Gebärmutterhalskrebs, die die WHO und die Europäische Union bereits 2020/2021 festgelegt haben. Bis 2030 sollen die Impfraten deutlich erhöht, mehr (gezielte) Screenings durchgeführt und der Zugang zur Behandlung verbessert werden. In internationalen Publikationen werden zudem Daten als wichtiges Messinstrument hervorgehoben, die bei der Evaluation der Zielerreichung eine Rolle spielen.

Österreich hat sich verpflichtet, die genannten Ziele zu unterstützen. Damit dies gelingen kann, braucht es intensivierete Bemühungen und gezielte Maßnahmen. In den Gesprächen mit den Expert:innen zeigten sich diverse Herausforderungen, von verworrenen Zuständigkeiten innerhalb der Ärzt:innenschaft über regionale Diskrepanzen bis hin zu Zeit- und Finanzierungsfragen, aber ebenso chancenreiche Ansatzpunkte. So entstanden 16 Handlungsvorschläge für die erste bundesweite HPV-Eliminationsstrategie in Österreich:

- Umsetzung offizieller österreichweiter **Aufklärungskampagnen**
- Implementierung eines **Einladungssystems**, gekoppelt an ein direktes Impfangebot
- Stärkung und Verbesserung des **österreichweit gleichwertigen Zugangs** zu einem Impfangebot
- Konsolidierung und Ausbau des **Impfangebots an Schulen**

- Etablierung einer flächendeckenden Überprüfung des Impfstatus (**Impfpass-Check**)
- Einbezug der **Arbeitsmedizin** als systemrelevanter Player für Prävention
- Betonen der Wichtigkeit der **2-Dosen-Impfung** und der **möglichst frühen Gabe** der ersten Dosis entsprechend dem Impfplan Österreich
- **Schwerpunktkommunikation** in Richtung Krebsprävention für alle Geschlechter
- Optimierung **kostenfreier Impfangebote** für die Bevölkerung
- Schaffen von **Awareness** und einer **One Voice** auch auf medizinischer Seite
- Etablierung eines dem wissenschaftlichen Standard entsprechenden, strukturierten **Testregimes**
- Verbreiten des Bewusstseins dafür, dass HPV-Infektionen selbst **nicht behandelbar** sind
- Optimierung der strukturierten **Patient:innenpfade** bei Verdachtsdiagnosen
- Ausbau und Weiterentwicklung des **e-Impfpasses**
- Fördern der Niederschwelligkeit bei der Dateneingabe und Verbesserung der **Datenqualität**
- Erstellen eines jährlichen **HPV-Reports**

Nach allgemeinen Informationen zum Humanen Papillomavirus (HPV) folgt die Betrachtung der Empfehlungen in Österreich im Jahr 2025, abgerundet mit einem Überblick zu wichtigen Meilensteinen der HPV-Bekämpfung in Österreich. Internationale Best Practices erlauben einen Blick über den nationalen Tellerrand, bevor die Ergebnisse des Expert:innengremiums ausgeführt und damit die dargelegten Maßnahmen erläutert werden. Den Ausführungen zu den unterbreiteten Handlungsvorschlägen folgen Statements wichtiger Meinungsführer:innen. Die breite Zustimmung ist schließlich an der Liste der Unterstützer:innen am Ende der Publikation zu erkennen.

Die Befürworter:innen dieses Werkes haben gemeinsam daran gearbeitet, realistische Forderungen für einen besseren Umgang mit HPV in Österreich zu erstellen. Es geht um die Verbesserung des österreichischen Zugangs zur HPV-Impfung über Schulen, niedergelassene Ärzt:innen – insbesondere Fachärzt:innen für Allgemein- und Familienmedizin – und öffentliche Impfstellen, Testung und Behandlung nach dem wissenschaftlichen Status Quo und den sinnvollen Ausbau der Datenlandschaft hinsichtlich HPV. Diese Ansinnen sollen den Weg zu einer erfolgreichen HPV-Elimination in Österreich einleiten und in weiterer Folge dazu beitragen, bestimmte durch HPV entstehenden Erkrankungen und Krebsfälle zurückzudrängen. Mit ihrer Befürwortung schließen sich die Expert:innen der enthaltenen Konsenserklärung an.

UNTERSTÜTZENDE FACHGESELLSCHAFTEN, INSTITUTIONEN UND VEREINE

HÖRHAN
STRATEGY CONSULTANTS

OeGHO
Österreichische Gesellschaft für
Hämatologie & Medizinische Onkologie

YÖGKJ
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE

AGO
AUSTRIA
ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR
GYNAKOLOGISCHE ONKOLOGIE DER
OEGGG

OEGGG

GSÖ
GESELLSCHAFT DER SCHULÄRZT:INNEN ÖSTERREICHS

ÖGU Österreichische
Gesellschaft für Urologie
und Andrologie



Österreichische Gesellschaft
für STD und dermatologische
Mikrobiologie (ÖGSTD)



Karl Landsteiner Institut für
Gesundheitsökonomie

ÖGAM
Österreichische Gesellschaft für
Allgemein- und Familienmedizin

ÖÄK
ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTEKAMMER

**HPV
IMPfung
.JETZT**



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT
FÜR DERMATOLOGIE UND VENEROLOGIE
AUSTRIAN SOCIETY OF
DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

A ÖSTERREICHISCHE
APOTHEKERKAMMER

OEGIT Österreichische Gesellschaft für
Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

INHALTSVERZEICHNIS

DIE HUMANEN PAPILLOMAVIREN (HPV)	10
EMPFEHLUNGEN IN ÖSTERREICH 2025	13
IMPFUNG	13
TESTUNG	15
BEHANDLUNG	17
MEILENSTEINE DER HPV-BEKÄMPFUNG IN ÖSTERREICH	19
INTERNATIONALE BEST PRACTICES	20
ERGEBNISSE DES BETEILIGUNGSPROZESSES	24
IMPFEN	24
Umsetzung offizieller österreichweiter Aufklärungskampagnen	26
Implementierung eines Einladungssystems, gekoppelt an ein direktes Impfangebot	28
Stärkung und Verbesserung des österreichweit gleichwertigen Zugangs zu einem Impfangebot	28
Konsolidierung und Ausbau des Impfangebots an Schulen	29
Etablierung einer flächendeckenden Überprüfung des Impfstatus (Impfpass-Check)	32
Einbezug der Arbeitsmedizin als systemrelevanter Player für Prävention	34
Betonen der Wichtigkeit der 2-Dosen-Impfung und der möglichst frühen Gabe der ersten Dosis entsprechend dem Impfplan Österreich	35
Schwerpunktkommunikation in Richtung Krebsprävention	35
Optimierung kostenfreier Impfangebote für die Bevölkerung	36
Schaffen von Awareness und einer One Voice auch auf medizinischer Seite	37
TESTEN	38
Etablierung eines dem wissenschaftlichen Standard entsprechenden, strukturierten Testregimes	39
BEHANDELN	41
Verbreiten des Bewusstseins dafür, dass HPV-Infektionen nicht behandelbar sind	41
Optimierung der strukturierten Patient:innenpfade bei Verdachtsdiagnosen	42
DATEN	43
Ausbau und Weiterentwicklung des e-Impfpasses	44
Fördern der Niederschwelligkeit bei der Dateneingabe und Verbesserung der Datenqualität	46
Erstellen eines jährlichen HPV-Reports	48
KONSENSERKLÄRUNG	50
STATEMENTS ZUR HPV-ELIMINATION IN ÖSTERREICH	52
UNTERSTÜTZER:INNEN DER HANDLUNGSVORSCHLÄGE FÜR EINEN BESSEREN UMGANG MIT HPV IN ÖSTERREICH	60
QUELLEN	63
IMPRESSUM	66

DIE HUMANEN PAPILLOMAVIREN (HPV)

Humane Papillomaviren (HPV) sind ein allgegenwärtiges gesundheitliches Problem. Mindestens 80% aller Frauen und Männer infizieren sich im Laufe ihres Lebens mit Erregern dieser Gruppe, insbesondere mit genitalen HPV. Von den mehr als 200 HPV-Typen wurden mit Stand 2024 bereits 14 als krebserregend identifiziert. Übertragen wird das Virus über die Schleimhäute, vor allem bei Sexualkontakt (inkl. Oralsex und Gebrauch infizierter Gegenstände) oder seltener bei der Geburt von der Mutter auf das Kind.^{3,4,5}

Die meisten Infektionen zeigen keine Symptome, was ein Bemerkens der Ansteckung erschwert. Innerhalb von ein bis zwei Jahren klingt der Großteil der Infektionen von allein wieder ab. Besteht eine Infektion aber über längere Zeit, kann sie zu Hautveränderungen wie Genitalwarzen, auch als Feigwarzen oder Kondylome bezeichnet, bestimmten Krebsvorstufen oder letztlich Krebs führen.^{3,5,6} Zudem kann auch eine wiederkehrende respiratorische Papillomatose (RRP) auftreten, bei der gutartige Tumore im Respirationstrakt (Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien) wachsen und in gravierenden Fällen zu Atemnot führen.^{7,8,9} Es ist möglich, sich mit mehreren HPV-Typen zugleich anzustecken. Auch schützt eine Infektion nicht vor künftigen Ansteckungen, wodurch es zu Reinfektionen mit den gleichen HPV-Stämmen kommen kann.⁵ Es entsteht also keine natürliche Immunität durch eine durchgemachte Infektion – einen Schutz vor zukünftigen Infektionen kann aber die HPV-Impfung bieten.

Eine der häufigsten Folgen einer persistierenden HPV-Infektion ist der Gebärmutterhalskrebs bei Frauen: Über 99% der Fälle sind HPV-assoziiert, auf die Typen 16 und 18 allein sind etwa 70% der bösartigen Gebärmutterhalskrebsfälle zurückzuführen.^{3,10} Zählt man die Typen 31, 33, 45, 52 und 58 hinzu, steigt die Zahl sogar auf 90%.⁷ Die HPV-Typen lassen sich in high-risk und low-risk klassifizieren, wobei die eben aufgeführten allesamt mit einem hohen Risiko verbunden sind. Zu den high-risk-Typen gehören auch 35, 39, 51, 56 und 59, zu den low-risk-Typen zählen 6 und 11.⁶

Auch in Österreich hat der Gebärmutterhalskrebs die höchste Prävalenz als Folge einer HPV-Infektion bei Frauen, die meisten Fälle verursacht durch HPV-16 und -18. Zugleich ist Gebärmutterhalskrebs die vierthäufigste Krebserkrankung bei Frauen zwischen 15 und 44 Jahren in diesem Land.⁸ Jährlich sind ca. 400 neue Fälle von Gebärmutterhalskrebs bzw. 130–180 Todesfälle zu verzeichnen.^{5,11,12} Die Publikation „Krebserkrankungen in Österreich 2025“ von Statistik Austria weist für das Jahr 2023 genauer 427 Fälle von Gebärmutterhalskrebs aus.¹² Dies entspricht einer Inzidenz von 8,8, altersstandardisiert nach der EU-Standardbevölkerung 2013¹⁵, bzw. von 6,0, altersstandardisiert nach der Weltstandardbevölkerung (SEGI 1960)¹⁴, auf 100.000 Frauen und 2,0 % aller weiblichen Krebsneuerkrankungen in besagtem Jahr. Diese Unterscheidung muss vorgenommen werden, um die Zahlen an derselben Standardbevölkerung zu orientieren und eine tatsächliche Vergleichbarkeit zu schaffen. 137 Frauen (2,0 bzw. 1,3 (SEGI) von 100.000) starben an Gebärmutterhalskrebs.^{12,15} Daraus folgt, dass auch in Österreich viele Fälle von Gebärmutterhalskrebs potenziell vermeidbar wären.^{16,17} Zudem weisen Frauen, die bereits ein Zervix- oder Vulvakarzinom hatten, in weiterer Folge ein erhöhtes Risiko auf, weitere HPV-assoziierte Krebsarten zu entwickeln.¹⁸ Bezüglich der Elimination des Zervixkarzinoms in der WHO-Region Europa von 2022–2030 wurden die Länder von der WHO dazu aufgefordert, eine Inzidenz von 4 oder weniger neuen Krebsfällen auf 100.000 Frauen pro Jahr zu erreichen und beizubehalten.¹¹

Gesondert ausgewiesen werden in der Publikation der Statistik Austria In-situ-Tumore/Krebsdiagnosen in einem frühen Erkrankungsstadium. 2023 wurden 2.678 neue, (noch) nicht-invasive Krebsfälle (in-situ) im Bereich des Gebärmutterhalses (Do6) bei Frauen verzeichnet.¹² Der Gebärmutterhals ist die Stelle im weiblichen Körper, an der sogenannte in-situ Tumore am häufigsten diagnostiziert werden. In den vergangenen zehn Jahren wurde ein starker Anstieg dieser Fälle verzeichnet. Ein Teil davon könnte mit Änderungen in der Nomenklatur und den damit zusammenhängenden Auswirkungen auf die Dokumentation zusammenhängen. Gleichzeitig blieb die Anzahl der invasiven Krebsfälle des Gebärmutterhalses (C53) mit rund 400 Neuerkrankungen pro Jahr relativ stabil.¹² In Kombination mit hochgradigen Dysplasien der Cervix uteri (N87.2) ist die Gesamtzahl der Krebserkrankungen inklusive deren möglichen Vorstufen noch höher.

Weltweit betrachtet stellt Gebärmutterhalskrebs die dritthäufigste krebsbedingte Todesursache bei Frauen dar. In Europa werden jährlich ca. 33.500 neue Fälle von Zervixkarzinomen mit etwa 15.000 Todesfällen registriert.⁷

Neben dem Gebärmutterhalskrebs als der am häufigsten erwähnten Folge von HPV-Infektionen sind auch Erkrankungen an Scheide, Vulva, Penis, Anus, Rachen und Kehlkopf möglich.³ Die Häufigkeit stellt sich dabei wie folgt dar:^{6,7}

→ Anus	> 90 %	HPV-assoziiert
→ Vagina	75 %	HPV-assoziiert
→ Oropharynx	70 %	HPV-assoziiert
→ Vulva	69 – 70 %	HPV-assoziiert
→ Penis	60 – 63 %	HPV-assoziiert

Bei den Männern sind Oropharynxkarzinome die häufigste onkologische Folge von persistierenden HPV-Infektionen⁷: Im Jahr 2023 wurden in Österreich 1.315 bösartige Neubildungen im Kopf- und Halsbereich (Tumore der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx) neu diagnostiziert, über 70% davon bei Männern. Diese Tumore waren für rund 3% der jährlichen Krebsneuerkrankungen und Krebssterbefälle verantwortlich.¹²

In den USA hat die Anzahl der Mundhöhlen- und Rachenkarzinome bei Männern seit 2009 die der Zervixkarzinome bei Frauen überholt.^{7,9} Von durchschnittlich 43.999 HPV-assoziierten Krebsfällen betreffen laut den Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 24.886 Frauen, 19.113 Männer.⁷ Die European Cancer Organisation spricht sich für die Wichtigkeit der Impfung für aller Geschlechter aus¹⁸, wie es in Österreich bereits Praxis ist.

Eine weitere, mit kurzer Latenzzeit auftretende Folge von HPV sind Genitalwarzen. Mehr als 1% der sexuell aktiven Personen leidet daran, jede:r Zehnte erkrankt im Laufe des Lebens. Die Kondylome können sich wiederholt entwickeln und erfordern in manchen Fällen operative Eingriffe.^{3,7} HPV 6 und 11 sind für ca. 90% von Genitalwarzen und Larynxpapillomen verantwortlich.⁷

All diese Folgen einer HPV-Infektion bedeuten eine große ökonomische Herausforderung. In Schätzungen wird davon ausgegangen, dass die jährliche wirtschaftliche Gesundheitsbelastung über alle HPV-assoziierten Krebsarten hinweg in Österreich bei etwa 44,2 Millionen EUR liegt.⁸ Die durchschnittlichen Behandlungskosten belaufen sich für einen Fall des Zervixkarzinoms dabei auf 27.390 bis 32.785 EUR, bei einem Kopf-Hals-Tumor auf 41.709 EUR (Inflationsstand 2024).⁸ Damit zusammenhängende gesellschaftliche Kosten sind nicht inbegriffen, das heißt z. B. Ausfallzeiten, psychologische Folgen, eine reduzierte Lebensqualität etc. Aufgrund dessen werden die Folgekosten in Österreich sogar noch unterschätzt. Selbst ein Fall von Genitalwarzen kostet dem Bericht zufolge im Durchschnitt 839 Euro (2024). Jährlich auf Österreich hochgerechnet ergibt sich dadurch ein geschätztes Volumen von ca. 20 Millionen Euro für die reinen Behandlungskosten der Kondylome.⁸ Dies belegt den Stellenwert präventiver Möglichkeiten wie Impfung und Testung/Screening – grundsätzlich kann jede Früherkennung langfristig Kosten der späteren Behandlung und ihrer Nebeneffekte sparen.

Die WHO legte im August 2020 weltweite Ziele zum Schutz vor und der Elimination von HPV-bedingtem Gebärmutterhalskrebs fest.¹⁹ 2021 folgte seitens der EU der Europäische Plan zur Krebsbekämpfung.²⁰ 2024 wurden die Bemühungen der EU zudem durch eine Ratsempfehlung zu durch Impfungen vermeidbaren Krebsarten weiter gestärkt.²¹ Die aufgezeigten Ziele sollen bis zum Jahr 2030 erreicht werden.

Abb. 1: Überblick zu den internationalen Zielen von WHO und EU

	WORLD HEALTH ORGANIZATION	EUROPE'S BEATING CANCER PLAN
Impfung	90 % aller Mädchen sind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr vollständig gegen HPV geimpft.	90 % aller Mädchen in der EU-Zielbevölkerung sind gegen HPV geimpft und bei den Buben hat sich die Impfrate deutlich verbessert.
Screening	70 % aller Frauen werden mit 35 und 45 Jahren mit „high-performance tests“ getestet.	90 % der anspruchsberechtigten EU-Bevölkerung wird bis 2025 ein Screening für Gebärmutterhalskrebs angeboten.
Behandlung	90 % der Frauen mit diagnostizierten Krebsvorstufen oder Gebärmutterhalskrebs erhalten eine Behandlung.	90 % der anspruchsberechtigten Patient:innen haben bis 2030 Zugang zu spezialisierten Zentren für die Behandlung.

EMPFEHLUNGEN IN ÖSTERREICH 2025

IMPfung

Die Impfung gegen HPV schützt in hohem Maße gegen Infektionen mit bestimmten Humanen Papillomaviren und ihren Folgen. Die Wirksamkeit der HPV-Impfung ist belegt: Sie kann das Risiko für Gebärmutterhalskrebs und Genitalwarzen um bis zu 90% senken. Auch das Entstehen anderer Krebsarten kann deutlich gemindert werden.³ Die Impfung wird laut Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 allen Mädchen und Buben bzw. Frauen und Männern frühestmöglich ab 9 Jahren, jedenfalls bis zum 30. Geburtstag empfohlen, danach optional, also bei bestimmten Indikationen. Eine breite Durchimpfungsrate kann die Infektionskette durchbrechen und trägt zu einem steigenden Gemeinschaftsschutz bei.^{3,7,18}

Die Impfung gegen HPV ist prophylaktisch wirksam. Am besten erfolgt sie daher im Alter zwischen 9 und 11 Jahren. In diesem Alter ist die Impfung optimal immunogen und der Schutz besonders langanhaltend und erfolgt dann in der Regel vor ersten sexuellen Kontakten, somit meist vor einem Kontakt mit HPV.^{4,7} Allgemein empfohlen ist die Impfung laut dem Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 entsprechend vom vollendeten 9. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr. Bis zum 30. Lebensjahr wird sie als Nachhol-Impfung eingestuft. Ältere und bereits sexuell aktive Personen können ebenfalls von der Immunisierung profitieren, weshalb sie ab 30 Jahren weiterhin bei Indikation empfohlen wird.⁷ Diese sind laut dem Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 folgende:

- Nachgewiesene HPV-Infektion, Genitalwarzen oder HPV-assoziierte Dysplasien sowie bei Status post entsprechend notwendigen Behandlungen/Konisation (zur Vermeidung von autogenen Reinfektionen)
- Angeborene und erworbene Immunsuppression (HIV-Infektion, Transplantierte oder im Falle von immunsupprimierenden Therapien etc.). Bei Therapien sollte die Impfung idealerweise vor Beginn der Immunsuppression veranlasst bzw. nach abgeschlossener Therapie verabreicht werden.
- Autoimmunerkrankungen wie Sklerodermie, Kollagenosen etc.
- Expositionsrisiko (sexuelle Aktivität/wechselnde Sexualpartner:innen, bekannte Infektion bei Sexualpartner:innen)

*Informationen aus dem Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1

Die HPV-Impfung steht im kostenfreien Impfprogramm des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung zur Verfügung. Abgedeckt ist damit die Altersgruppe von 9 bis 21 Jahren. Eine besondere Initiative wurde im Juni 2024 von der Bundeszielsteuerungskommission lanciert: Vom 01. Juli 2024 bis 31. Dezember 2025 ist es der Gruppe der 21- bis 30-Jährigen möglich, die Impfung im Zuge eines Catch-Up-Programms kostenfrei nachzuholen.^{3,4,16} Dies wurde im „Länderprofil Krebs 2025“ der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) in Zusammenarbeit

mit der Europäischen Kommission lobend erwähnt.¹⁶ Nach Ablauf des Catch-Up-Programms wird die Nachholung der HPV-Impfung für junge Erwachsene bis 30 Jahre laut derzeitiger Beschlusslage weiterhin empfohlen, aber nur bis zum 21. Geburtstag kostenfrei bereitstehen.^{3,4}

Der aktuell im Rahmen des Impfprogramms empfohlene HPV-Impfstoff im Jahr 2025 ist neunvalent und deckt die Typen 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 und 58 ab, womit auch die Varianten mit dem höchsten karzinogenen Potenzial erfasst sind. Die neun Typen sind für 90% aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs und Genitalwarzen verantwortlich.^{4,6,7}

Einer Studie aus dem Jahr 2014 zufolge kann die Krebslast durch HPV-assoziierte Karzinome in Österreich bei Männern jährlich um 71% (121 Fälle) und bei Frauen um 75% (310 Fälle) reduziert werden, wenn ein geschlechtsneutrales Impfprogramm mit dem tetravalenten Impfstoff durchgeführt wird. Für Genitalwarzen wird für beide Geschlechter eine Reduktion um 71% angegeben.⁸ Da der in Österreich verwendete Impfstoff sogar mehr Typen abdeckt, könnte man eventuell im Falle eines erfolgreichen Impfprogramms einen noch größeren Effekt erwarten.

Als Impfschema werden innerhalb der Altersgruppen vom vollendeten 9. zum vollendeten 30. Lebensjahr zwei Impfungen im Abstand von mindestens 6 bis 12 Monaten empfohlen. Vom vollendeten 15. bis zum vollendeten 30. Lebensjahr handelt es sich bei Anwendung des 2-Dosen-Schemas um eine Off-Label-Anwendung, die laut dem Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 ausdrücklich empfohlen wird.^{3,4,7} Die Empfehlung zu diesem Impfschema basiert auf mittlerweile ausreichend vorhandenen immunologischen Daten und Erkenntnissen.²² Ab dem vollendeten 30. Lebensjahr wird die HPV-Impfung in einem 3-Dosen-Schema empfohlen.^{3,4,7} Dabei sollte die 2. Dosis zwei Monate nach der 1., die 3. Dosis 6–8 Monate nach der 2. Dosis verabreicht werden. Jedenfalls sollte die Impfserie innerhalb eines Jahres abgeschlossen sein.^{4,7} An der Umsetzung des Präventionsprogramms sind insbesondere Allgemein- und Familienmediziner:innen beteiligt.

Eine Sonderstellung bei der HPV-Impfung nehmen Schulimpfungen ein. Im schulischen Rahmen wird von fachlicher Seite empfohlen, die Immunisierung vorzugsweise in der 4. Schulklasse (Volksschule) anzubieten. Allerdings ist dies von der Organisation im jeweiligen Bundesland abhängig.⁴ So haben zwei Bundesländer entschieden, die Impfung in der 5. Schulstufe anzubieten. HPV-Impfungen werden an öffentlichen Impfstellen der Bundesländer (Bezirkshauptmannschaften, Magistrate, Bezirksämter), bei am Impfprogramm teilnehmenden, niedergelassenen Ärzt:innen und innerhalb des Impfprogramms des Bundesheeres verabreicht.⁴

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) und die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) übernehmen seit 2022 für Frauen nach Konisation wegen hochgradiger zervikaler intraepithelialer Dysplasien (HSIL bzw. CIN 2-3) bis zum 45. Lebensjahr die Kosten für die HPV-Impfung. Sie ist nicht kurativ, trägt aber zur Rezidiv-Vermeidung bei. In einem solchen Fall sind altersunabhängig drei Impfdosen vorgesehen.⁷

Für Personen, die mit einem früheren Impfstoff geimpft wurden, in dem weniger HPV-Typen abgedeckt sind, besteht laut Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 die Möglichkeit, durch eine dem Alter entsprechende Impfserie mit einem höhervalenten Impfstoff den Impfschutz auf mehr HPV-Typen zu erweitern.⁷

TESTUNG

Trotz der nachgewiesenen Vorteile wird in Österreich der HPV-Test noch nicht systematisch eingesetzt: Zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs wird im Rahmen der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung der Krebsabstrich (PAP-Test) durchgeführt.^{3,7} Dieser wird bereits seit Mitte der 1950er-Jahre angeboten und von den Sozialversicherungsträgern übernommen.²³ Zahlen aus der Krebsstatistik zeigen, wie sich Inzidenz und Mortalität von Gebärmutterhalskrebs dadurch bereits positiv entwickelt haben: Von 26,4 Fällen (SEGI 17,6) pro 100.000 Frauen im Jahr 1983 konnte die Inzidenz auf 8,8 bzw. 6,0 (SEGI) im Jahr 2023 gesenkt werden. Die Mortalität verringerte sich im selben Zeitraum von 7,3 (SEGI 3,9) auf 2,6 (SEGI 1,3) Fälle pro 100.000 Frauen, was in absoluten Zahlen 128 Todesfälle weniger bedeutet.^{12,15} Ungeachtet der Impfung ist die jährliche frauengesundheitliche Vorsorgeuntersuchung (inkl. PAP-Abstrich und HPV-Test für Frauen ab 30 Jahren) in den empfohlenen Abständen weiterhin bei den Gynäkolog:innen vorgesehen.³ Diese basiert auf einem Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und dient nicht ausschließlich zur Detektion von HPV/Gebärmutterhalskrebs, sondern auch von zahlreichen weiteren Erkrankungen. Während der Besuche bei den Gynäkolog:innen kann zudem wichtige Aufklärung betrieben werden.

WHO und EU sprechen sich für die Verwendung des HPV-Tests für Frauen ab dem 30. Lebensjahr im Rahmen organisierter, qualitätsgesicherter Screeningprogramme auf Zervixkarzinom aus. International gesehen ist der HPV-Test in den meisten Ländern bereits Standard. Ist der Test positiv, soll zusätzlich ein PAP-Abstrich vorgenommen werden. Der HPV-Test ist sensitiver als der PAP-Abstrich. Bei einem positiven Ergebnis ist eine zusätzliche Abklärung vorzunehmen.²³ Von einer Ko-Testung mit HPV- und PAP-Test wird abgeraten, da in mehreren Ländern bereits gezeigt werden konnte, dass diese keinen Vorteil bringt. HPV- und PAP-Test können alternierend eingesetzt werden.^{23,24}

In der gemeinsamen Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO), Arbeitsgemeinschaft für Koloskopie (AGK) und der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie (ÖGZ) zur „Diagnose und Therapie von Cervikalen Intraepithelialen Neoplasien sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Qualität“ aus dem Jahr 2018 wird festgehalten, dass im Rahmen des gegenwärtig in Österreich bestehenden opportunistischen Screenings für Frauen ab 30 Jahren zumindest alle drei Jahre ein validierter HPV-Test empfohlen werden sollte, egal ob sie geimpft oder ungeimpft sind.²⁴ Dabei wird vor allem die negative Aussagekraft eines Tests in Bezug auf die Hochrisikotypen 16 und 18 betont: Sie sind für einen Großteil der Krebsbildungen verantwortlich, wobei zwischen der Infektion und dem invasiven Karzinom meist eine Latenzzeit von mehreren Jahren liegt. Ist der Test negativ, kann das Vorliegen behandlungsbedürftiger zervikaler Dysplasien über einen längeren Zeitraum weitgehend ausgeschlossen werden.²⁴ Einen ähnlichen Ansatz verfolgen beispielsweise auch die Niederlande. Dort erhalten Frauen zwischen 30 und 60 Jahren einen HPV-Test. Ist dieser negativ, erfolgt eine Kontrolle nach fünf Jahren.²³ Ein positives Ergebnis zeigt erst einmal eine Infektion, keine Krebsvorstufe oder gar Krebs. Die Zytologie käme in diesem Szenario zur sekundären Abklärung hinzu. Zugleich wird der HPV-Test in der Leitlinie im Falle eines PAP-Abstrichs mit entsprechendem Befund (ab PAP-III) zur Risikostratifizierung empfohlen.²⁴

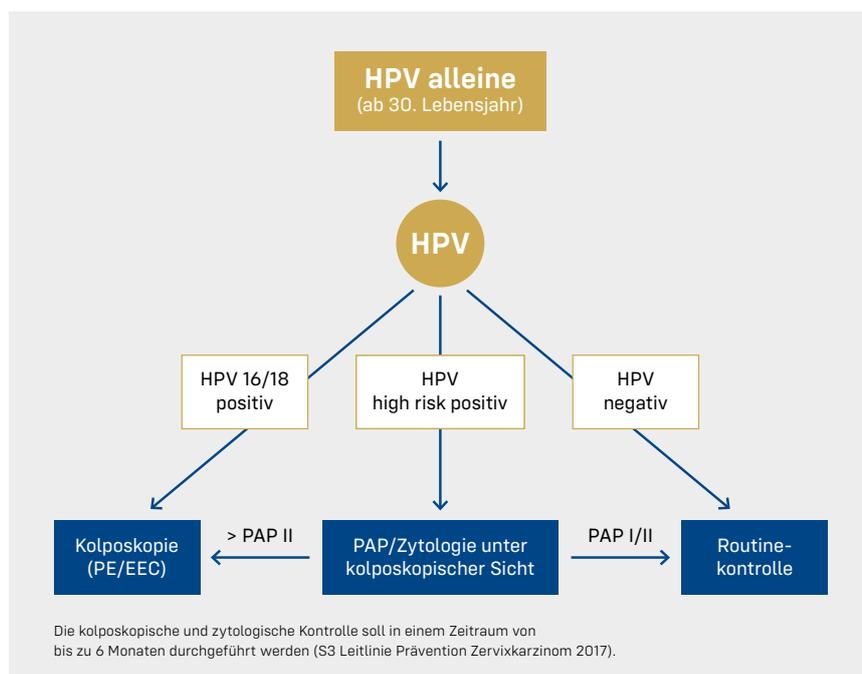
Im Jahr 2025 wird eine neue Empfehlung des Nationalen Screening-Komitees auf Krebserkrankungen (NSK) erwartet; diese ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch in Arbeit.

Der Österreichische Krebsreport 2024 identifiziert hinsichtlich des Testregimes in Österreich zwei Problematiken: Der HPV-Test ist noch nicht etabliert, obwohl die wissenschaftliche Datenlage und internationale Empfehlungen für ihn sprechen – er wird nach wie vor nur unter bestimmten Voraussetzungen von den Sozialversicherungsträgern übernommen. Zudem gibt es in Österreich kein strukturiertes Screening, wie es von der WHO gefordert wird. Das bedeutet, dass nur Frauen, die von sich aus zum Arzt/zur Ärztin gehen, eine Vorsorgeuntersuchung erhalten.²³ Es gibt aber keinen organisierten Aufruf zur Früherkennung des Zervixkarzinoms, wodurch nahe liegt, dass Informationen verlorengehen und der Zugang zum Programm nicht genutzt wird.^{8,23} Schätzungen zufolge werden unter den dargestellten Gegebenheiten 50–60% der Frauen in Österreich erreicht. Es ist davon auszugehen, dass eine Adaption beider Umstände dazu führen könnte, mehr Zervixkarzinome frühzeitig zu entdecken.²³

Trotz des Fehlens eines bevölkerungsbezogenen Screening-Programms für Gebärmutterhalskrebs zählen die Testquoten in Österreich zu den höchsten der EU, wobei die Zahlen auf eigenen Angaben beruhen.¹⁶ Demnach würden in Österreich nach Erhebungen im Jahr 2019 85% der anspruchsberechtigten Personen (20–69 Jahre) an der Vorsorge teilnehmen. Die Differenz zum vorherigen Wert lässt sich vermutlich durch die Eingrenzung des Alters erklären. Programmdateien liegen allerdings nicht vor. Erwähnt wurde im Länderreport außerdem die Fünf-Jahres-Überlebensrate nach Gebärmutterhalskrebsdiagnose, die 2014–2018 mit 66% etwa ebenso hoch war wie 1994–1998.¹⁶ Das opportunistische System ist seit 1970 zugänglich; Frauen ab 18 Jahren können daran teilnehmen.⁸

Kommt es zu einem verdächtigen Befund, der sich bei der weiterführenden Untersuchung (= Kolposkopie, ca. 60.000/Jahr in Österreich) bestätigt, kann eine Operation am Gebärmutterhals (= Konisation, in Österreich pro Jahr ca. 6.000) notwendig sein. Diese erhöht das Risiko für Frühgeburten und neonatale Mortalität bei späteren Schwangerschaften.^{3,7,11} Die genannte Leitlinie aus dem Jahr 2018 beschreibt den Weg ab einem positiven HPV-Test-Ergebnis wie folgt:

Abb. 2: Management bei positivem HPV-Test anhand der 2018er-Leitlinie²⁴



Eigene Abbildung in Anlehnung an die Leitlinie zur Diagnose und Therapie von Cervikalen Intraepithelialen Neoplasien sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Qualität (2018) der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO), Arbeitsgemeinschaft für Koloskopie (AGK) und der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie (ÖGZ)

Für Männer gibt es mit Stand 06/25 keine zugelassenen labordiagnostischen Tests. Wer zu einer Risikogruppe für Infektionen zählt, etwa Männer mit gleichgeschlechtlichen Partnern oder Männer mit chronischer Autoimmunerkrankung, sollte regelmäßig eine medizinische Kontrolle vornehmen lassen.⁷

Bei Verdacht auf eine HPV-Infektion wird eine gründliche ärztliche Untersuchung empfohlen. Im Falle von Genitalwarzen etwa kann die Diagnose durch äußerliche Auffälligkeiten gestellt werden. Weitere Maßnahmen wie Spiegelungen der betroffenen Regionen können folgen. Bei Verdacht auf eine Krebsvorstufe oder zur Überprüfung von Haut- bzw. Schleimhautveränderungen, kann die Untersuchung einer Gewebeprobe vorgenommen werden. Eine Laboruntersuchung kann dabei den HPV-Typ bestimmen.⁵

BEHANDLUNG

HPV selbst lässt sich nicht behandeln. Die Therapien fokussieren sich auf die Folgen von HPV-Infektionen, also Feigwarzen, Zellveränderungen und Krebs(vorstufen).

Genitalwarzen können mit Salben, Cremes und Lösungen behandelt werden. Die Behandlung dauert meist mehrere Wochen und sollte bis zum Verschwinden der Warzen fortgeführt werden. In manchen Fällen ist auch eine Operation notwendig. Die Art der Therapie wird je nach Anzahl, Größe und Lage der Kondylome bestimmt.⁵

Die Behandlung der genannten Krebserkrankungen bzw. -vorstufen kann bei rechtzeitiger Diagnose erfolgreich sein. Damit einher gehen allerdings Operationen und Krankenhausaufenthalte. Im Falle von Krebserkrankungen kommen Maßnahmen wie die Verabreichung von Chemo- oder anderen indizierten Therapien hinzu. Der gesamte Prozess kann körperlich und seelisch sehr belastend sein, auch wenn die Therapiemöglichkeiten sich stetig weiterentwickeln.⁵

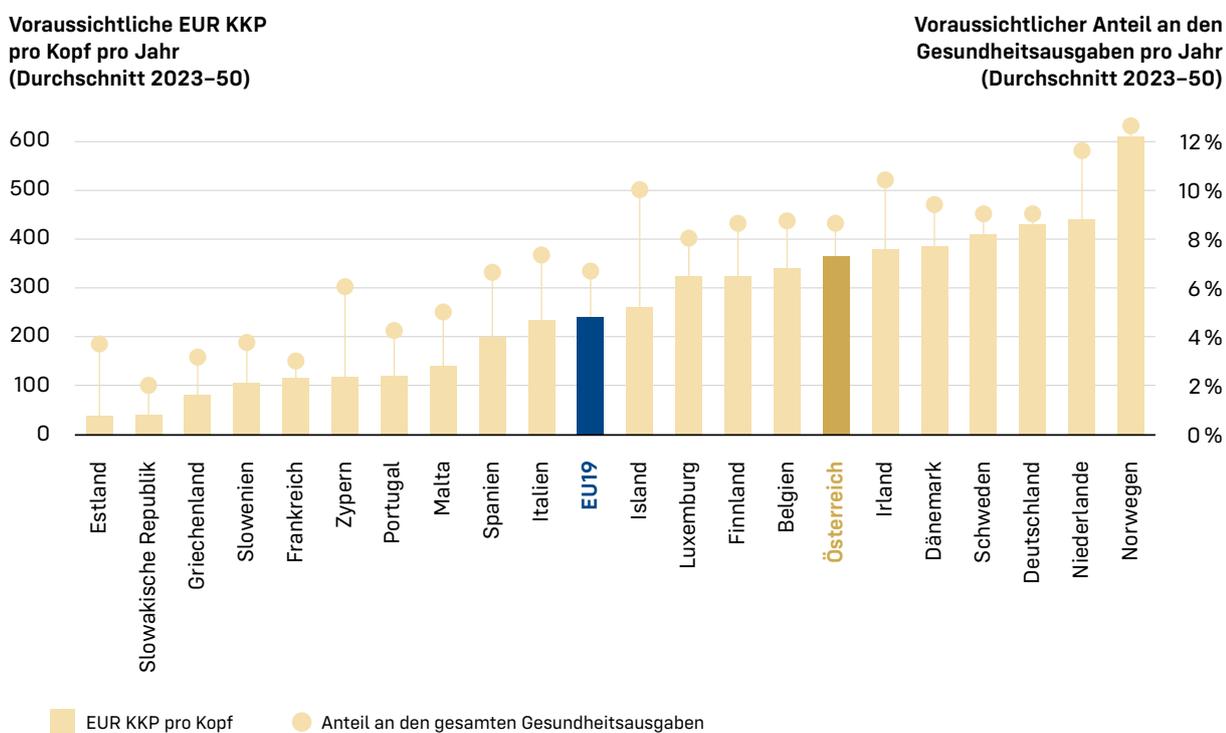
Die Leitlinie zur „Diagnose und Therapie von Cervikalen Intraepithelialen Neoplasien sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Qualität“ aus dem Jahr 2018 liefert auch hinsichtlich der Behandlungspfade Empfehlungen entsprechend dem jeweiligen PAP-Test-Ergebnis (ab PAP-III). Dabei wird genau beschrieben, wann welcher Eingriff empfohlen wird bzw. wann es auch im Sinne der Patient:innen ist, engmaschiger zu kontrollieren, anstatt einen Eingriff vorzunehmen.²⁴

Ziel ist es, die Krebsvorstufe nicht fortschreiten zu lassen. Dafür werden die veränderten Zellen ab einem gewissen Grad der Veränderung entfernt. Im Falle von Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses handelt es sich dabei um sogenannte Konisationen. Auch danach kann es allerdings sein, dass im umliegenden Gewebe weiterhin HP-Viren zu finden sind. Nach einem operativen Eingriff sind daher trotzdem weitere Kontrolluntersuchungen notwendig.⁵

Im Zuge einer immer älter werdenden Bevölkerung und damit einhergehend wahrscheinlicheren Krebsfällen ist auch die Kostenebene zu beleuchten. Österreich hat eines der teuersten Gesundheitssysteme in der EU. Mit Gesundheitsausgaben von 4.745 EUR pro Kopf liegt es über dem EU-Durchschnitt von 3.533 EUR, wobei der Anteil des Bruttoinlandsprodukts von 11% vergleichbar mit dem EU-Durchschnitt von 10% ist.¹⁶

Eine Modellierung der OECD prognostiziert, dass der Gesamtbetrag der Gesundheitsausgaben in Österreich zwischen 2023 und 2050 aufgrund der Krebsbelastung um schätzungsweise 8,7%, also durchschnittlich um 368 EUR (Kaufkraftparitäten/KKP) pro Person und Jahr steigen wird. Im EU-Durchschnitt wird stattdessen ein Betrag von 242 EUR geschätzt.¹⁶ Auf die Krebsversorgung bezogen soll es demnach sogar um einen Anstieg von 63% gehen (EU 59%). Dazu zählen allerdings auch klinische Versuchsreihen, die vor allem in der Onkologie zugleich einen Beitrag zur österreichischen Wirtschaft leisten.¹⁶

Abb. 3: Belastung des Gesundheitsbudgets durch Krebs nach der OECD¹⁶



Anmerkung: Der EU-Durchschnitt ist ungewichtet.

Eigene Abbildung in Anlehnung an OECD/European Commission. Länderprofile Krebs: Österreich 2025
 OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/f1856ead-de>

MEILENSTEINE DER HPV-BEKÄMPFUNG IN ÖSTERREICH

In Österreich hat sich in den vergangenen Jahrzehnten hinsichtlich der Bekämpfung von HPV viel getan. Vor allem in Bezug auf die Impfung konnten wichtige Meilensteine erreicht werden:

- Österreich war in der Impfstoffentwicklung sehr aktiv involviert. Seit **2001** lief die klinische Erprobung des HPV-Impfstoffes.
- Die Impfung war hierzulande von Anfang an geschlechtsneutral gedacht – ein internationales Novum! **2007** gab es in Österreich folglich die erste geschlechtsneutrale Impfempfehlung weltweit.
- Das erste europäische geschlechtsneutrale Impfprogramm wurde **2014** in Österreich implementiert. Dazu gehörte auch das Impfen im Schulalter vom vollendeten 9. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit der 4. Klasse Volksschule als Fokuspunkt. Damals wurde auch eine kostengünstige Nachholoption bis zum vollendeten 15. Lebensjahr etabliert.
- Der im Rahmen des Impfprogramms verwendete neunvalente Impfstoff ist seit **2016** verfügbar und gilt auch im Jahr 2025 nach wie vor als State of the Art. Mit ihm können 90% der HPV-assoziierten Karzinome abgedeckt werden, die somit in weiterer Folge vermeidbar wären. Österreich war damals das erste Land Europas, das den neuen Impfstoff ins kostenfreie Impfprogramm aufgenommen hat.
- Seit **2022** wird die Impfung nach Konisation bis 45 Jahre hierzulande von der Sozialversicherung unter bestimmten Umständen übernommen.
- **2023** wurde die Altersspanne für HPV innerhalb des kostenfreien Impfprogramms Österreichs bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erweitert. Parallel wird die HPV-Impfung seitdem auch beim Bundesheer angeboten.
- Mit dem Catch-Up-Programm bis zum 30. Geburtstag mit zwei Dosen von Juli **2024** bis Ende **2025** ist Österreich wiederum Vorreiter.

Trotz all dieser Bemühungen liegt Österreich bei der HPV-Impfquote im unteren Drittel der EU-Länder.¹⁶ Die Anstrengungen müssen also noch verstärkt werden, um den internationalen Zielsetzungen zu entsprechen.

INTERNATIONALE BEST PRACTICES

Anhand der geschilderten Ziele der WHO und EU haben sich die zugehörigen Länder der Elimination von HPV-bedingtem Gebärmutterhalskrebs und der HPV-Bekämpfung verschrieben, darunter Österreich. HPV wurde als eine der Hauptursachen für Krebs identifiziert; etwa 5% aller Krebserkrankungen weltweit können darauf zurückgeführt werden.²⁵ Bei den Frauen ist dies vor allem das Zervixkarzinom, das global gesehen die zweithäufigste Krebsart bei Frauen zwischen 15 und 44 Jahren ist. Eine Schätzung für die Europäische Union im Jahr 2020 legt nahe, dass 2,5% aller neudiagnostizierten Krebsfälle bei Frauen Zervixkarzinome waren. Zudem konnten 2,4% aller krebsbezogenen Todesfälle darauf zurückgeführt werden.⁹ Mit der Impfung gibt es einen einfachen und wirksamen Weg, vor bestimmten HPV-assoziierten Krebsarten zu schützen. Ein weiteres Augenmerk liegt auf der Früherkennung, um die Folgen einer Infektion einzudämmen, bevor tatsächlich Krebs entsteht.²⁵

Im „HPV Prevention Policy Atlas“ wird aufgezeigt, wie die Länder der europäischen WHO-Region mit öffentlich zugänglichen Informationen zum Thema HPV umgehen und hinsichtlich Impfung und Testung an der Erfüllung der gesetzten Ziele arbeiten. Der Vergleich soll Länder und Entscheidungsträger:innen dabei unterstützen, von Best Practices zu lernen. Vor allem fünf der betrachteten 46 Ländern zeigen sich mit einer Quote von über 95% im Hinblick auf die Zielindikatoren Impfung, Testung und Online-Information als vorbildlich: Dänemark, Schweden, Finnland, das Vereinigte Königreich und Irland.²⁵

Tab. 1: Ländervergleich Österreichs mit den führenden Ländern laut HPV Prevention Policy Atlas²⁵

Land	Prozentsatz	Screening	Self-Sampling	HPV-Register	Durchimpfungsrate	Online-information
Österreich	83,6 %	Opportunistisch	Nein	Nein	50–80 % für Mädchen und Buben	Exzellent betreffend HPV, Impfung und Auffindbarkeit, keine Info zu Zervixkarzinomen und Screening
Dänemark	97,4 %	Ausgereiftes, organisiertes, bevölkerungsbezogenes Screening-Programm	Teilweise	Ja	Über 80 % für Mädchen, 50–80 % für Buben	Exzellent
Schweden	97,4 %	Ausgereiftes, organisiertes, bevölkerungsbezogenes Screening-Programm	Teilweise	Ja	Über 80 % für Mädchen, 50–80 % für Buben	Exzellent
Finnland	96,1 %	Ausgereiftes, organisiertes, bevölkerungsbezogenes Screening-Programm	Teilweise	Ja	50–80 % für Mädchen und Buben	Exzellent
Vereinigtes Königreich/UK	95,8 %	Ausgereiftes, organisiertes, bevölkerungsbezogenes Screening-Programm	Teilweise	Ja	50–80 % für Mädchen, 30–49 % für Buben	Exzellent
Irland	95,2 %	Ausgereiftes, organisiertes, bevölkerungsbezogenes Screening-Programm	Nein	Ja	50–80 % für Mädchen und Buben	Exzellent

Im Vergleich mit den Spitzenreitern unterscheidet Österreich sich vor allem hinsichtlich des Testregimes, dem Vorhandensein eines HPV-Registers und dem Einsatz von Selbsttests/Selbstabnahmen. Zudem wurde im Atlas festgehalten, dass Informationen zum Zervixkarzinom – im Gegensatz zu exzellenten Informationen HPV betreffend – zum Zeitpunkt der Erhebung nicht auffindbar waren (siehe Tabelle 1).

Neben dem Atlas bietet auch der RACE-Report einen ländervergleichenden Überblick.⁹ Er stellte 2025 anhand verschiedener Kriterien die Bereitschaft zur Eliminierung von Gebärmutterhalskrebs und der Prävention von HPV-bedingten Krebserkrankungen in europäischen Ländern dar, gemessen an Leitfragen in den Schlüsseldomänen Impfen, Testen und Behandeln. Zur Bewertung wurden öffentlich zugängliche Datenquellen verwendet. Österreich erreichte mit einem Gesamtwert von 59% eine moderat hohe Wertung und Platz 22 von 31 Ländern, wobei Impfung und Behandlung höher, das Screening allerdings sehr niedrig eingestuft wurde. Insgesamt zeigte sich bei allen Ländern, dass die Entscheidungsfindung höhere Werte verzeichnete als die Umsetzung.⁹ Zudem wurde festgestellt, dass die Länder mit hoher Bereitschaft zur Elimination viele Faktoren gemein hatten.

Dazu gehören:

- geschlechtsneutrale Impfung
- starke Impfprogramme für die primäre Kohorte, insbesondere als Schulimpfprogramm
- Catch-Up-Programme
- Impfungen auch außerhalb von Gesundheitseinrichtungen
- organisierte Screeningprogramme
- Selbsttests
- HPV-Test als primäre Screening-Methode

Länder, die im Bereich Impfen stark waren, konnten im weiteren Verlauf auch oft darauf basierende Erfolge verzeichnen.⁹

Auch in den Expert:innenrunden zur Erarbeitung dieser Publikation wurde viel über internationale Vergleiche gesprochen. Neben den skandinavischen Ländern, dem Vereinigten Königreich und Irland wurde dabei auch Australien als ein Kandidat mit guter HPV-Prävention genannt. Diese Länder haben das Potenzial, die Ziele innerhalb der gesetzten Frist zu erreichen.

Australien hat 2007 ein breites Impfprogramm bis 26 Jahre ausgerollt, das seit 2013 auch geschlechtsneutral durchgeführt wird. Kern des Erfolgs ist die gut funktionierende Schulimpfung, die von der Elternschaft stark unterstützt wird. Aufklärung und das Stärken des Vertrauens in die Impfung haben dazu beigetragen.²⁶ Landesweit waren 2020 bereits 80,5% der 15-jährigen Mädchen vollständig geimpft.²⁷

Allein an der Verbreitung von Genitalwarzen lässt sich der Fortschritt erkennen: Sie sind der häufigste Grund, warum sich junge Menschen an entsprechenden Kliniken vorstellen, werden dort heutzutage aber nur noch selten festgestellt.²⁶

In der nationalen Strategie zur Elimination von zervikalem Krebs wird festgehalten, dass Australien das erste Land weltweit sein kann, das die Elimination erreicht. Der Ausgangspunkt sind 6,5 neue Krebsfälle pro 100.000 Frauen pro Jahr. 67% der Frauen zwischen 45 und 49 Jahren haben zwischen 2018 und 2021 am Screening teilgenommen. Der HPV-Test gilt dabei als bevorzugte Methode. 85,8% der Krebsvorstufen wurden 2020 innerhalb von sechs Monaten behandelt. Das Erreichen der 90:70:90-Ziele der WHO im Jahr 2030 gilt als wahrscheinlich. 2035 könnte Australien Gebärmutterhalskrebs entscheidend minimiert haben.²⁷ Zur Erreichung der Zielsetzung von maximal vier neuen Fällen pro 100.000 Frauen wird in Publikationen bereits das Jahr 2028 angeführt.²⁸

Mit Stand 2025 hat auch Schweden gute Aussichten, als Erstes die Elimination von HPV-bedingtem Gebärmutterhalskrebs zu erreichen. Das Länderbeispiel zeigt die Anwendung alternativer Testregime. Frauen zwischen 23 und 49 Jahren werden alle fünf Jahre zur Krebsvorsorge eingeladen, Frauen zwischen 50 und 70 Jahren alle sieben Jahre. Mittlerweile steht ihnen dabei die Entscheidung frei, zwischen Selbsttests und einem Arztbesuch zu wählen. Wer bei der Selbstabnahme ein positives Ergebnis aufweist, wird zur Überprüfung eingeladen.²⁹

Die Einführung der Selbstabnahme-Kits wurde während der Coronapandemie begonnen, als es nicht möglich war, die Krebsvorsorge regulär fortzuführen. In der Gegend rund um Stockholm wurde dabei sogar eine Testzunahme von 10% verzeichnet – von 330.000 Tests kamen 85% zurück.³⁰ Dabei zeigte sich ein Rückgang der HPV-Infektionen, was auf die gute Durchimpfungsrate der Alterskohorte zwischen 23 und 29 Jahren zurückgeführt wurde. Zugleich wurden Einsparungen festgestellt, die vor allem in Ländern helfen könnten, die die hohen Kosten eines regulären Screening-Programms nicht finanzieren können. Trotz der großen Erfolge sagen die Verantwortlichen klar: Wären sie nicht gezwungen gewesen, das Testregime anzupassen, hätte sich die Entwicklung so nicht ergeben.³⁰

Wie Australien hat auch Schweden ein gut funktionierendes Schulimpfsystem. Das nationale Schulimpfprogramm wurde 2010 für Mädchen und 2020 auch für Buben eingeführt. 2021 wurde ergänzend ein Catch-Up-Programm implementiert, um die Versäumnisse vor allem bei den Geburtsjahrgängen 1994–1999 aufzuholen. In diesem Zuge wurden die teilnehmenden Mädchen und Frauen auch direkt auf HPV getestet. Das Programm wird bis Mitte 2025 fortgeführt.²⁹ Moderne Ansätze wie mobile Impfoptionen oder Impfaktionen in Kinos in Verbindung mit Gra-tistickets für die Geimpften zeigen die Bemühungen, niederschwellig zu agieren.

Schweden peilt die HPV-Elimination für 2027 an und konzentriert sich mit seiner ohnehin schon hohen Impftrate auf regionale und soziale Unterschiede. Zudem sollen künftig Angehörige bestimmter Risikogruppen bis 26 Jahre in das Catch-Up-Programm einbezogen werden.²⁹

Im „Women and Cancer Report“ werden zudem Portugal und Spanien als lobenswerte Beispiele angeführt. Sie haben es durch starke staatliche Maßnahmen und breit gefächerte öffentliche Aufklärungsarbeit geschafft, ihre Impfraten sprunghaft zu erhöhen. Grundlage dessen sind kostenfreie oder zumindest finanziell gestützte Impfprogramme und eine starke Infrastruktur im Gesundheitsbereich.¹⁸

Die Betrachtung internationaler Best Practices kann Wege für Österreich aufzeigen. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, welche Strukturen dabei zugrunde liegen und was entsprechend in anderen Ländern ebenso funktionieren kann.

Die Impfraten der genannten Länder stellen sich laut WHO-Dashboard mit Daten aus 2023 wie folgt dar:

Tab. 2: Impfraten 2023 laut dem WHO-Dashboard im Vergleich ³¹

Land	Frauen gesamt, 2. Dosis	Männer gesamt, 2. Dosis	Mädchen mit 15, 2. Dosis	Buben mit 15, 2. Dosis
Österreich	60 %	42 %	53 %	53 %
Dänemark	78,99 %	75,58 %	83 %	80 %
Schweden	87,6 %	77,6 %	85 %	Keine Daten
Finnland	73 %	60 %	76 %	65 %
Vereinigtes Königreich/UK	55,61 %	49,53 %	65 %	60 %
Irland	79,95 %	76,62 %	75 %	69 %
Australien	80,27 % *	76,69 %	79 %	75 %
Spanien	75,33 %	31,65 %	85 %	Keine Daten
Portugal	91 %	88 %	91 %	Keine Daten

*Daten aus 2022

ERGEBNISSE DES BETEILIGUNGSPROZESSES

In drei ausführlichen Stakeholder-Workshops mit Expert:innen aus Wissenschaft, Medizin, Politik, Sozialversicherung und eHealth wurden die folgenden Handlungsvorschläge evaluiert und in dieser Publikation mit Blick auf die Erfahrungen und Expertise der Teilnehmer:innen ausformuliert. Die Aussagen entstammen dem besagten Prozess, wobei konkrete Details mit Quellenangaben gestützt werden.

IMPFFEN

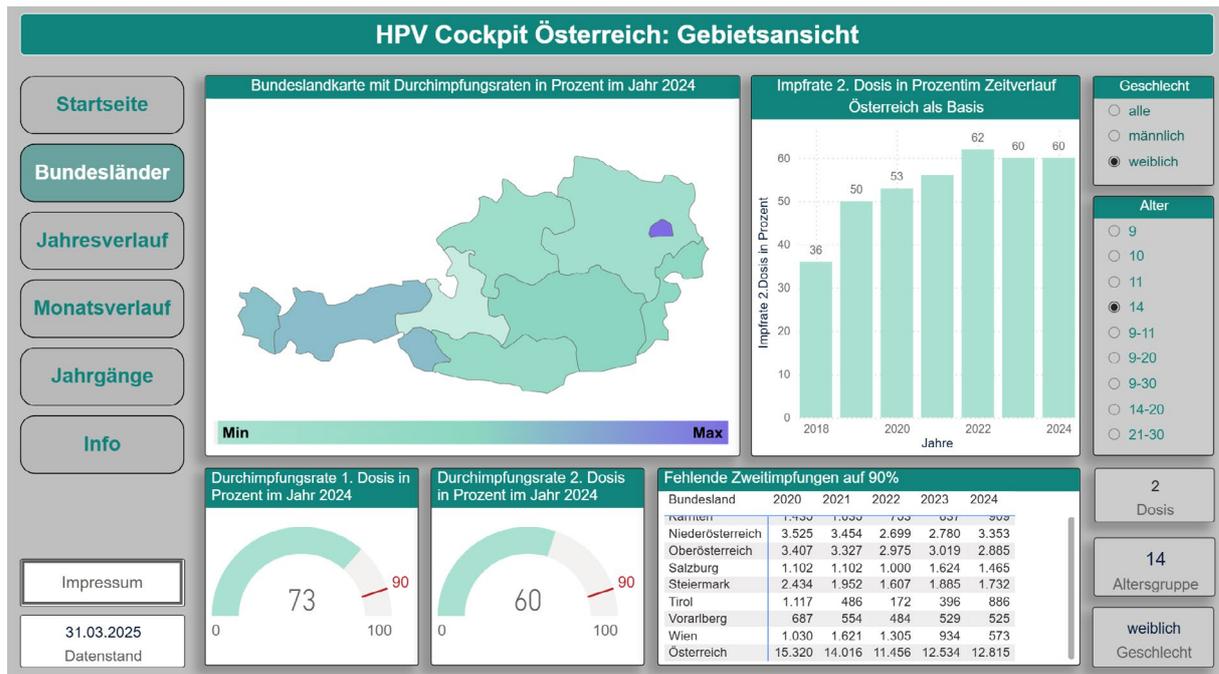
In Österreich wird die HPV-Impfung häufig zu spät und nicht entsprechend den Empfehlungen verabreicht.¹¹ Details zu HPV-Durchimpfungsraten sind im offiziellen „HPV Cockpit Österreich“ ersichtlich.³² Die interaktive Anwendung wurde zum Internationalen HPV-Tag 2025 veröffentlicht. Darin ist die Durchimpfungsrate aufgeteilt auf Geschlecht, Alterskohorten, Bundesländer und Impfdosen zu sehen. Sie wird in einem agentenbasierten, dynamischen Simulationsmodell errechnet, das Bevölkerungsdaten inkl. Details wie Zu- und Abwanderung berücksichtigt, ebenso wie Daten des kostenfreien Kinderimpfprogramms, des e-Impfpasses und Impfstoff-Verkaufszahlen.³²

Die Durchimpfungsrate in Österreich liegt in der von der WHO formulierten Zielgruppe von Mädchen im Alter von 14 Jahren mit Stand vom 31.03.2025 bei 60% mit zwei Dosen. Bei den 14-jährigen Buben konnte die Rate von 26% im Jahr 2018 auf 44% im Jahr 2025 gesteigert werden. Betrachtet man die gesamte Alterskohorte im Jahresverlauf, zeigt sich im genannten Zeitraum sogar eine Steigerung von 20%. Trotz dieses Anstiegs ist Österreich noch weit entfernt von der internationalen Zielsetzung von 90% bei Mädchen im Alter von 14 Jahren.³²

Ebenfalls elementar ist die Altersgruppe der 9- bis 11-Jährigen, die aus Gründen der Impfwirksamkeit bei der HPV-Impfstrategie priorisiert werden sollte. Die Durchimpfungsrate beläuft sich laut oben genannten Modellierungen mit Stand 31.03.2025 österreichweit auf gerade einmal 13% mit zwei Dosen: 14% bei den Mädchen und 11% bei den Buben.³²

Die Nachhol-Impfung von Teenagern und jungen Erwachsenen dient dazu, Personen, die noch nicht erreicht werden konnten, nachträglich zu impfen und Impflücken zu schließen. Bereits bei der ersten sexuellen Aktivität kann es zur Übertragung von HPV kommen, wodurch trotz gleichbleibender Wirksamkeit der Immunisierung die Effektivität sinkt, da die Impfung präventiv und nicht therapeutisch wirksam ist.⁷ Das Durchschnittsalter für den ersten sexuellen Kontakt liegt in Österreich bei etwa 16,6 Jahren.⁸

Abb. 4: Screenshot aus dem HPV Cockpit Österreich³²



Besonders hervorzuheben ist die befristete Verlängerung des Impfangebots bis zum 30. Geburtstag, die in Österreich voraussichtlich bis Ende 2025 angeboten wird.⁷ Laut derzeitiger Beschlusslage muss die erste Dosis vor Ablauf des ersten Halbjahres 2025 verabreicht werden, um auch die empfohlene zweite Dosis noch kostenlos zu erhalten. Privat kostet die Immunisierung etwa 200 EUR pro Dosis, was für viele Privatpersonen eine hohe finanzielle Belastung darstellt. Dadurch besteht auch die Gefahr, dass nach Auslaufen der kostenfreien Nachhol-Impfungen das empfohlene Impfschema mit zwei Dosen nicht komplettiert wird, sondern es dann bei nur einer kostenfreien Dosis bleibt. Zu einem 1-Dosis-Schema liegen keine ausreichenden Effektivitäts- und Langzeitdaten vor, um eine Empfehlung für Österreich zu rechtfertigen.⁷

Wirtschaftlich gesehen kann ein Fokus auf die Impfung langfristig teure Behandlungskosten einsparen. Wird ein Euro in die HPV-Impfung investiert, spart dies einem Budget-Impact-Modell im Auftrag des Österreichischen Verbands der Impfstoffhersteller zufolge dem Gesundheitssystem 1,9 EUR, der Gesellschaft sogar 4,1 EUR.³³ Dabei werden den Kosten für die Impfung Kosten für Krankheits- und Arbeitsausfälle anhand der Reduktion von HPV-Fällen und mit Hinblick auf unterschiedliche Durchimpfungsraten gegenübergestellt. Das gesamte Einsparungspotenzial für Österreich beläuft sich laut diesen Berechnungen auf 309,7 Millionen EUR über einen Zeitraum von fünf Jahren.³³

Eine weitere Bestätigung der wirtschaftlichen Auswirkungen der HPV-Impfung zeigt auch der im April 2025 publizierte, internationale Bericht „HPV's Economic Burden: Unmasking the benefits of HPV prevention“.³⁴ Die österreichspezifischen Details wurden im Eingangskapitel zu den Humanen Papillomaviren bereits aufgezeigt.

Um den Zielen von WHO und EU zu entsprechen, ist es notwendig, die Impfrate der Zielalterskohorte von Mädchen im Alter von 14 Jahren bis 2030 auf 90% zu heben – also um weitere 31%.

Umsetzung offizieller österreichweiter Aufklärungskampagnen

Aufklärungskampagnen wurde im Plenum ein großer Stellenwert beigemessen, um die Bevölkerung auf das Thema HPV aufmerksam zu machen und zur Impfung zu bewegen. In der Vergangenheit gab es bereits viele Initiativen von engagierten Akteur:innen, die sich mit viel Hingabe für die Bekämpfung von HPV einsetzen. Dieses Engagement ist lobend hervorzuheben.

Da die einzelnen Aktionen meist parallel zueinander laufen, kommt es nicht selten vor, dass sie nicht aufeinander abgestimmt sind. Eine einheitliche Stimme/“One Voice“ und eine offizielle Institution als Basis wären ungemein wichtig, um Informationen vertrauenerweckend und nachhaltig nach außen zu tragen. Die Expert:innenrunden sahen folgende Elemente und Botschaften für Kampagnen:

- Klare Kommunikation: Ab wann, was, wer, wo, wohin?
- Emotion, etwa: „Ich lasse meine Kinder impfen. Und Sie?“
- Vertrauen schaffen, etwa durch die Wirkung von Ärzt:innen oder Testimonials
- Niederschwelligkeit, etwa Übersetzung von Informationen in mehrere Sprachen
- Transparente und einfache Darstellung, etwa zum Nutzen der Impfung
- Vernetzung bestehender Kampagnen untereinander, ggfs. auch in themenverwandten Feldern
- Aufgreifen von realen Fragen und Sorgen
- Realitätsnähe durch Punkte wie Kinderwunsch, geplatzte Urlaube, sichtbare und zeitlich nähere Folgen wie Genitalwarzen
- Plakative Botschaften, etwa: „2025 ist eine Riesenchance, holt euch die Impfung bis 30 Jahre!“ oder „Krebs X ist häufig vermeidbar.“
- Direkte, zielgruppengerechte Ansprache, etwa für Eltern, Kinder, Jugendliche
- Erfolge publik machen, etwa gelungene Impfprojekte/Nachholaktionen
- Frühzeitige Kommunikation
- Nutzen von Best Practices
- Etwas Positives schaffen, nicht bedrohen
- Impfung als Must-Have etablieren
- Die Menschen da abholen, wo sie sind, ggfs. auch durch Vereine, Religionsgemeinschaften etc.
- Call-to-action: Impfanbot machen

Als gelungenes Werbebeispiel wurde die FSME-Impfung genannt, die über Marketingkampagnen bekannt wurde und im Jahr 2025 wohl zu den am besten angenommenen Impfungen in Österreich gehört. Die Kommunikation hat offensichtlich funktioniert, verbunden mit der Zecke als der sichtbaren Verursacherin der Infektionen. Ein solcher Erfolg wäre auch für die HPV-Impfung wünschenswert. Als ein Ansatz wurde vorgeschlagen, die bildhaften Folgen von HPV zu verwenden, zum Beispiel die Genitalwarzen. Dabei ist allerdings wichtig, keine Angst zu schüren und damit zu einer Polarisierung beizutragen, wie es etwa seit der COVID-19-Pandemie vermehrt zu beobachten ist. Die anfängliche FSME-Werbekampagne nutzte dies Beteiligten zufolge; es wurde daher nochmals verstärkt für seriöse Werbemaßnahmen und ihren Effekt plädiert.

Mit gelungenen Kampagnen lässt sich das Engagement der verschiedenen Akteur:innen im Gesundheitsbereich unterstützen, welches unerlässlich ist, um Informationen und Informationsmaterial weiterzutragen. Die Kommunikation sollte frühzeitig beginnen, plakativ und lebensnah sein, eine direkte Ansprache finden und klar machen: Ab wann, was, wer, wo, wohin? Zu beachten ist dabei, dass Privatpersonen anders als Mitglieder des Gesundheitsbereichs meist weniger affin für Daten sind, die den Kampagnen zugrunde liegen; sie sollten deshalb nicht das Herzstück der Kommunikation darstellen. Emotion und realistische Beispiele sind dort die Mittel der Wahl.

Neben der einheitlichen Stimme wurde vor allem die Zugänglichkeit zu den Informationen als elementar hervorgehoben, örtlich wie auch in der Art der Aufbereitung. Werden die Kampagnen dann noch von offiziellen Stellen mit gewisser Deutungshoheit getragen, können sie eine größere Wirkung entfalten. Als vorteilhaft könnten sich auch Kooperationen zwischen Bund, Sozialversicherung, einzelnen Bundesländern und den jeweiligen lokalen Ärztekammern erweisen, gestützt von den Ärzt:innen als Vertrauenspersonen der Bevölkerung. Österreichweit zu agieren, würde die „One Voice“ zusätzlich stärken.

Die Informationen an sich sind allerdings nur ein Schritt auf dem Weg zur Impfung. Ohne direktes Impfangebot gehen viele Chancen verloren. Wenn möglich sollten Kampagnen daher zumindest mit einem Überblick zu Impfangeboten einhergehen. Indem die zu impfenden Personen direkt angesprochen und an entsprechende Stellen verwiesen werden, wissen sie, was zu tun ist (Call-to-action). Dies ist vor allem wichtig, da sich das Impfsystem in Österreich stark fragmentiert zeigt. Die einzelnen Bundesländer haben verschiedene Regelungen, sodass die Bürger:innen wissen müssen, was für sie gilt. Diese Details sollten möglichst leicht auffindbar sein. Der direkte Weg zur Impfung ist ein starker Hebel: Niemand sollte durch Umwege aufgrund mangelnder Information oder zu vieler Klicks verloren gehen.

All diese Hinweise können dazu beitragen, Kampagnen effektiver zu gestalten, und sollen die Akteur:innen dazu einladen, ihr Engagement fortzusetzen. Ein Werkzeug, um Orientierung zu bieten, wäre ein konkretes Einladungssystem, das im nächsten Punkt behandelt wird.

Implementierung eines Einladungssystems, gekoppelt an ein direktes Impfangebot

Ein offizielles Einladungssystem mit direkter Ansprache, abgestimmt auf die individuelle Situation: Diese Möglichkeit soll zukünftig der e-Impfpass bieten. Als e-Health-Anwendung läuft der Pass über die bestehende ELGA-Infrastruktur, die bereits für e-Befund und e-Medikation genutzt wird. Die eingetragenen Impfdaten werden im zentralen österreichischen Impfreister gespeichert. Bürger:innen können die eigenen Impfdaten über das ELGA-Portal zeit- und ortsunabhängig einsehen. Der e-Impfpass bildet die Basis für eine valide Sammlung epidemiologischer Daten und das gezielte Nachverfolgen von Durchimpfungsraten.⁵⁵

Künftig soll es auch möglich sein, durch eine Verknüpfung mit dem e-Impfplan Österreich personalisierte Impfeempfehlungen zu versenden. Dadurch werden Bürger:innen direkt angesprochen und darauf hingewiesen, welche Empfehlungen für sie vorgesehen sind. Um sie in die Anwendung zu lotsen, erhalten die Nutzer:innen eine Nachricht, der sie auf den e-Impfpass verweist. Auch die Impfstellen können die Information, dass gegenwärtig empfohlene Impfungen fehlen, einsehen. Empfehlungsmodul und Benachrichtigungsservice werden aktuell konzipiert. Wann genau die Funktionen verfügbar sein werden, lässt sich allerdings nicht genau sagen, da dafür einige technische und formale Kriterien erfüllt werden müssen.

Wie bei den Kampagnen wäre auch bei diesem Handlungsvorschlag ein direktes Impfangebot wünschenswert, um die Nutzer:innen nach der Erinnerung gezielt weiterzuverweisen. Dies kann vorerst nur in Textform gemacht werden, indem die Personen aufgefordert werden, sich an ihren Arzt/ihre Ärztin zu wenden. Denkbar wären aber auch weitere Optionen, die etwa zeigen, wo man sich impfen lassen kann, vielleicht sogar inklusive Terminbuchungsoption. Die zugehörige App hat jedenfalls das Potenzial, noch weitreichendere Informationen zu geben. Es wird dazu aufgerufen, dieses zu nutzen.

Im Folgenden wird der e-Impfpass beim Thema Daten noch eine große Rolle spielen.

Stärkung und Verbesserung des österreichweit gleichwertigen Zugangs zu einem Impfangebot

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass das Konzept der HPV- als Schulimpfung allein nicht ausreichend effektiv war. Mehrere Faktoren führten zu Einschränkungen, wie im nächsten Punkt erläutert wird. Erst, als die Impfung auch an anderen Stellen zu bekommen war, etwa im Falle von Wien an öffentlichen Impfstellen oder in Magistratsämtern sowie insbesondere im niedergelassenen Bereich, ließen sich Erfolge verzeichnen. Neben diversen Aspekten wie finanziellen und personellen Ressourcen spielen an dieser Stelle die unterschiedlichen Schwerpunkte innerhalb der Ärzt:innenschaft eine Rolle. So sind für die Informationsübermittlung eher die Kinder- bzw. Hausärzt:innen zuständig, die dann aber nicht in jedem Bundesland vollumfänglich impfen dürfen. Auf dem Weg zur tatsächlichen Impfstelle können dadurch Personen verlorengehen.

Dabei ist die Grundlage bereits geschaffen: Durch eine Änderung im Ärztegesetz ist es allen Ärzt:innen, die zur freien Berufsausübung berechtigt sind, möglich, ohne Fachbeschränkung zu impfen. Dies ist etwa für Kinder wichtig, die die Impfung in der Schule verpassen. Mit Stand 2025 gestaltet sich der Ablauf stellenweise allerdings schwierig, wie ein Beispiel aus einem österreichischen Bundesland zeigt: Meldet sich jemand unter 12 Jahren in einer Ordination zur Impfung, darf diese nicht verabreicht werden, auch wenn der Patient/die Patientin bereits vor Ort ist. Ab 12 Jahren ist dies wiederum möglich. Unter 12 Jahren muss die Person an ein Gesundheitsamt oder eine Impfstraße weiterverwiesen werden. In diesem Zuge wurde ein Appell ausgesprochen, das Szenario zu überdenken, das sich auf diese Weise durch die bundeslandspezifischen Vereinbarungen zum Impfprogramm ergibt. Es sollte möglich sein, die Hauptzielgruppe der HPV-Impfung auch im niedergelassenen Bereich zu impfen, wenn sich die Möglichkeit bietet: „One Stop Only.“

Diese Schilderung zeigt nur ein Szenario, in dem der Zugang zur Impfung erschwert wird. Oft liegen finanzielle Argumente zugrunde. Gäbe es eine österreichweite Herangehensweise zur Konsolidierung, um einen gleichwertigen Zugang zum Impfangebot zu schaffen, könnte dies die Strukturen stärken und dafür sorgen, die Abläufe insgesamt zu vereinfachen. Dies würde sich auch bei der Informationsweitergabe an die Bürger:innen bemerkbar machen. Gelingen könnte dies über Stellschrauben wie österreichweit einheitliche Honorarsätze für Ärzt:innen im kostenfreien Impfprogramm und eine einheitliche Organisation für die dortigen Anmeldungen der Ärzt:innen. Bezugnehmend auf HPV bedeutet das: Egal wo in Österreich, sollten auf Basis der aktuellen Impfempfehlung alle neunjährigen Kinder Zugang zur kostenfreien HPV-Impfung bei niedergelassenen Ärzt:innen, in den Schulen und bei öffentlichen Impfstellen haben. Ziel muss es sein, ein österreichweit gleichwertiges System des Zugangs zu einem Impfangebot ab 9 Jahren zu schaffen.

Im Regierungsprogramm 2025–2029 wird unter dem Begriff „Zuständigkeiten“ angeführt, dass Regelungs- und Verantwortungsstrukturen zwischen Bund, Land, Städten, Gemeinden und anderen öffentlichen Körperschaften klar definiert werden sollen.³⁶ Um die strukturellen Hindernisse auszuräumen, wäre das wünschenswert. Eine Erfassung der gegenwärtigen Szenarien seitens einer renommierten, unabhängigen Institution könnte die Faktoren innerhalb der einzelnen Verwaltungsgebiete aufschlüsseln und helfen, den gegenwärtigen Stand festzuhalten und gemeinsam gezielte Schritte für einen besseren Zugang zu setzen.

Konsolidierung und Ausbau des Impfangebots an Schulen

Der Hauptanknüpfungspunkt für breite HPV-Durchimpfungsraten ist klar das schulische Setting. Die Schulimpfung hat das Potenzial, alle Kinder zu erreichen, egal welche sozio-demografischen oder geografischen Bedingungen vorherrschen. Ob und wie an Schulen geimpft wird, ist allerdings nicht von den Impfempfehlungen, sondern von der Organisation im jeweiligen Bundesland und den verschiedenen Schulen (Pflichtschulen, weiterbildende Schulen) und ihren Trägern (Bund, Land) abhängig. Das Impfangebot an Schulen zeigt sich somit uneinheitlich. Eine flächendeckende Etablierung von Schulimpfungen mit Schaffung klarer Zuständigkeiten sollte trotz der bestehenden Hürden das Ziel sein. Das aktuelle Regierungsprogramm der Bundesregierung bildet bereits eine Möglichkeit ab, hier Verbesserungen zu etablieren: „Reorganisation der Bundeskompetenzen im schulärztlichen Bereich“.³⁶

Grundsätzlich sind Schulärzt:innen für die Gesundheitsbildung an den Schulen zuständig und informieren damit Schüler:innen ebenso wie Eltern und Lehrer:innen. Dabei wird etwa über die Wichtigkeit von Impfungen gesprochen, der Impfpass wird gecheckt und die etwaigen Impfungen/Auffrischungen werden empfohlen. Das direkte Impfen gehört nicht zwangsläufig zu ihren Aufgaben. Amtsärzt:innen, delegierte niedergelassene Ärzt:innen oder mobile Impfteams fahren in manchen Bundesländern für Impfkaktionen an die Schulen; zudem werden weitere Aktionen in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt:innen koordiniert. An österreichischen Bundesschulen werden mit Stand 06/25 beispielweise keine Impfungen durch Bundesschulärzt:innen verabreicht.

Die rechtliche Grundlage, um Schulärzt:innen fürs Impfen einzusetzen, bestünde: Nach Paragraph 66a des Schulunterrichtsgesetzes dürfen Schulärzt:innen im Auftrag des Gesundheitsministeriums Aufgaben erfüllen. Dafür fehlt es aber an der Finanzierung und Organisation, schon für die Grundausrüstung wie Kühlschränke zur Lagerung des Impfstoffs. Auch der Aufwand würde größer werden, wodurch administratives Personal gebraucht wird. Bestrebungen hin zu einer Verbesserung auf Ministeriumsebene wurden wahrgenommen, scheiterten aber bisher an der Umsetzung. Was bereits möglich ist und u. a. von der Gesellschaft der Schulärzt:innen Österreichs (GSÖ) unterstützt und verteilt wird, sind Abrissblöcke zur HPV-Information, erhältlich in sechs Sprachen. Bei der Verteilung wurden in Tirol auch Berufsschulen einbezogen, die das Angebot gut angenommen haben. An diesen wird aktuell überhaupt nicht geimpft, obwohl die Schüler:innen aufgrund des höheren Alters empfänglicher für die Möglichkeit sein könnten. Ermöglicht wurde die genannte Aktion durch die Zusammenarbeit mit der Industrie.

Über solchen Überlegungen steht jedoch die große Frage der Haftung, die im Plenum mehrfach aufgeworfen wurde. Es ist unklar, ob die Amtshaftung, die ärztliche Haftpflicht oder eine Haftpflicht über die Bundesländer, wie sie in einigen für das Kinderimpfprogramm etabliert wurde, im Klagefall greift. Das Bildungsministerium bemüht sich um eine Klarstellung. Ebenso wie um neue Lehrpläne, in denen Gesundheitsbewusstsein und -förderung besser verankert werden sollen und die seit 2022 rollierend eingeführt werden. Seitens des Nationalen Impfgremiums besteht schon lange der Wunsch, darin das Impfen einfließen zu lassen. Dies ist unter den Stichworten „Immunsystem und Impfungen, Viren, Bakterien, Entstehung von Antibiotikaresistenzen/Mikroevolution“ bereits teilweise gelungen.³⁷

Generell zeigt sich das Impfen in der Schule als heikles Thema, was nochmals die Wichtigkeit der Klärung der Haftungsfrage unterstreicht. Insbesondere nach der COVID-19-Pandemie entwickelte sich eine steigende Impfskepsis in der Elternschaft und auch auf Seite der Lehrenden bis hin zu Schuldirektor:innen. Im Falle von HPV gesellt sich zusätzlich noch der oft als peinlich empfundene Fokus auf den sexuellen Übertragungsweg der Erkrankung hinzu. Das Einverständnis der Eltern einzuholen, gestaltet sich auch abseits dieser Vorbehalte oft langwierig. Geäußerte Lösungsansätze waren eine digitale Alternative in Anlehnung an die elektronischen Mitteilungshefte oder ein Wechsel auf eine Opt-Out-Lösung, bei der das generelle Einverständnis für Impfungen schon bei Schulstart/Schulwechsel gegeben wird.

Eine neue Herangehensweise an österreichischen Schulen, die künftig auf personeller Seite helfen könnte, ist der Einsatz von School Nurses. Ein Pilotprojekt in Wien von 2022 bis 2024 verlief erfolgreich, sodass es 2025/26 mit 40 zusätzlichen Kräften erweitert wird.³⁸ Ihre Tätigkeiten reichen von der Erstversorgung über die Unterstützung der Schulärzt:innen bei Impfungen und

Aufklärungsthemen. Sie könnten wichtige Sensibilisierungsarbeit bei Eltern und Schüler:innen leisten. Angestrebt wird eine Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams. Für die Ausweitung müssen jedoch ebenfalls Details geklärt werden, zum Beispiel, welche Stellen die Aufsicht über das Personal haben.

Ein gut funktionierendes Schulimpfsystem ist unumgänglich, um die internationalen Ziele und auf lange Sicht die Herdenimmunität zu erreichen. Zusätzliche Möglichkeiten der Impfung sollen es nicht ersetzen, sondern unterstützen. Dafür müssen die Gegebenheiten in den unterschiedlichen Bundesländern so gestaltet sein, dass sie verpasste Schulimpfungen auffangen können. Neben den bereits genannten Hürden gibt es mit Stand 06/25 auch Schulen, an denen gar keine Impfung angeboten wird. Als ein Lösungsansatz wurde vorgeschlagen, Nachholimpfungen in der Oberstufe zu implementieren, um das schulische Setting noch besser zu nutzen. Sollte dies organisatorisch oder ressourcentechnisch nicht machbar sein, könnten die Schulen zumindest als Informationsvermittlerinnen agieren.

Es sollte daran gearbeitet werden, das Schulimpfwesen so aufzustellen und so auszustatten, dass es seine wichtige Rolle bei der Bekämpfung von HPV und seinen Folgen, aber natürlich auch weiteren Erkrankungen gerecht wird, um insbesondere die junge Zielgruppe von 9 bis 11 Jahren flächendeckend zu immunisieren. Diese ist dann auch im Erwachsenenalter effektiv geschützt. Dafür müssen die Organisationsformen des Impfangebots an Schulen effizient ausgerichtet sein. Immerhin gibt es Beispiele, die zeigen, dass es funktionieren kann. Dabei sticht vor allem Wien heraus, das im März 2025 hinsichtlich der Impfraten bei den 14-jährigen Mädchen mit 84% am nächsten von allen Bundesländern an die internationale Zielerreichung von 90% herankam. Bei den Buben lag die Durchimpfungsrate in dieser Kohorte bei 69% und damit immer noch weit über dem Bundesländer-Durchschnitt. Mit Stand 31.03.2025 ergab sich somit eine Gesamtdurchimpfungsrate der 14-Jährigen von 76%.³² Hierbei wird deutlich, dass Bemühungen beim schulischen Impfangangebot definitiv eine Wirkung entfalten können.

Etablierung einer flächendeckenden Überprüfung des Impfstatus (Impfpass-Check)

Zur Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung gehört auch, den eigenen Impfstatus zu kennen. Über einen Impfpass-Check kann dieser abgefragt und zugleich darauf aufmerksam gemacht werden, welche Empfehlungen entsprechend dem Impfplan Österreich für die jeweilige Person gelten. Jeder Besuch bei Ärzt:innen sollte grundsätzlich als Chance gesehen werden, einen Beitrag dazu zu leisten.

Dafür gibt es in Österreich einige Stellen mit sinnvollen Anknüpfungspunkten:

- Beim **Bundesheer** melden sich alle jungen Männer mit österreichischer Staatsbürgerschaft und Wohnsitz in Österreich ab 17 Jahren zur Stellung. Der Impfpass ist dabei mitzubringen, bisher wird er während der 1,5 Tage aber nicht systematisch zur Überprüfung verwendet. Daher soll im Zuge der Tauglichkeitsuntersuchung der Impfstatus erhoben und damit Lücken laut Impfplan Österreich identifiziert werden und eine Aufklärung erfolgen; auch für diejenigen, die dann nicht ins Bundesheer eintreten. Impfempfehlungen sowie Informationen, wo die Impfungen erhalten werden können, wären dabei mitzugeben. Beim Antritt des Wehrdienstes wird darauf geachtet, dass alle für die Tätigkeit relevanten Impfungen vorhanden sind. In einem standardisierten Gesundheitsvortrag werden medizinische Informationen inkl. denen zu HPV weitergegeben.
- Bereits existierende Programme könnten um den Impfpass-Check ergänzt werden, etwa die **Jugendlichen- oder Gesundenuntersuchung**, die einmal im Jahr kostenlos möglich sind. Zu diesen melden sich ohnehin gesundheitlich Interessierte, wodurch ein Befolgen der aktuellen Impfempfehlungen wahrscheinlicher ist.
- Der **Eltern-Kind-Pass**, dessen Erweiterung bis 18 Jahre auch im Österreichischen Regierungsprogramm 2025–2029 enthalten ist, bringt großes Potenzial mit sich. Der Mutter-/Eltern-Kind-Pass gilt als eine Erfolgsgeschichte, auf deren Fortlauf auch bei einer Ausweitung gehofft wird. Die SVS refundiert mit Stand 06/25 einen sog. „Junior-Check“ vom 6. bis 18. Geburtstag als Fortsetzung des EKP-Programms.
- Auch die **schulärztlichen Untersuchungen/Reihenuntersuchungen** beim Schulstart oder Schulwechsel wären ein direkter Zugang. Beim Wechsel von der Volksschule auf die weiterführende Schule sollte die HPV-Impfung laut Impfplan beispielsweise schon erfolgt sein – ein guter Ansatz, um daran zu erinnern, falls dies nicht der Fall ist. Dieser Punkt könnte mit in eine sektorenübergreifende Umsetzung der Erweiterung des Eltern-Kind-Passes bis 18 Jahre hineinspielen.

Die Verknüpfung von bestehenden Abläufen mit dem Impfpass-Check erlaubt die Unterbringung in einem geordneten Rahmen. Zusätzlich dazu bieten Besuche bei Ärzt:innen vielfältige Möglichkeiten zur Erhebung des Impfstatus.

Vor allem in der **Gynäkologie** gibt es Themen, die sich ideal dafür eignen, über HPV zu sprechen, insbesondere das Zervixkarzinom-Screening, Verhütungsfragen und (geplante) Schwangerschaften („prepare for pregnancy“). Während der Schwangerschaft wird ohnehin der Impfpass kontrolliert. Auch wenig impferfahrene Gynäkolog:innen haben in diesen vertraulichen Situationen einen wirksamen Hebel bei ihren Patient:innen, um Bewusstsein für HPV zu schaffen.

Es ist daher essenziell, möglichst jeden Kontakt für die Sensibilisierung rund um das Thema HPV zu nutzen. Hierzu wurden als weitere Fachgruppen insbesondere die **Urologie**, der **HNO-** und der **dermatologische Bereich** genannt. Während Urolog:innen wie Gynäkolog:innen passende thematische Verbindungen nutzen können, werden HNO-Ärzt:innen aufgrund der steigenden Fälle von HPV-assoziierten Karzinomen bei Männern immer wichtiger, von denen ein großer Teil im oropharyngealen Bereich auftritt. In der Dermatologie stellen sich Patient:innen mit sichtbaren Auswirkungen wie Genitalwarzen vor. Bei der Abklärung von sexuell übertragbaren Infektionen ist eine Aufklärung zum Thema HPV wichtig und von Dermatolog:innen zu forcieren. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die im österreichischen Impfprogramm verwendete HPV-Impfung laut EMA-Zulassung mit Stand 06/25 noch nicht zum Schutz vor HNO-assoziierten HPV-Krebsarten indiziert ist.

Fachärzt:innen, die vermehrt mit Risikogruppen für gewisse Grunderkrankungen (Immunsuppression, Autoimmunerkrankungen) oder bestimmten Communities (LGBTQIA+) zu tun haben, sollten ebenfalls sensibel mit dem Thema HPV umgehen. Wie bereits zuvor erwähnt, gibt es auch nach dem 30. Lebensjahr Indikationen für die Impfung. Grundsätzlich kann sie allen Personen nutzen, die sexuell aktiv sind. Wenn jemand aufgrund von Grunderkrankungen oder Lebensweise ein erhöhtes Risiko für die späteren Folgen einer HPV-Infektion hat, ist zumindest eine Beratung angebracht. International konzentrieren sich Strategien bereits auf die Arbeit mit Risikogruppen und Communities. In Österreich ist vorerst ein breiter Immunisierungsansatz ange raten – vergessen werden sollten diese Gruppen dennoch nicht.

Auch, wenn sicherlich viele Ärzt:innen hinsichtlich dieser Ansatzpunkte bereits aktiv den Impfpass kontrollieren, kann nicht genug betont werden, wie wichtig dieser Vorgang für die Prävention ist. Grundsätzlich sollte jeder Arzt/jede Ärztin der Einladung folgen, sich davon zu überzeugen, ob die jeweils betreute Person auch die Impfe mpfehlungen einhält. Klar ist allerdings auch, dass dies ein Ressourcenthema ist. Selbst ohne Kosten für Impfstoff und Impfvorgang wird Zeit für die Aufklärung aufgewendet. Dies darf vor allem nicht vergessen werden, wenn über eine Art von Haftung/Verantwortung bei Nicht-Aufklärung diskutiert wird. Es gilt also, die Aufklärung zu kompensieren oder effizient zu integrieren – etwa in Kombination mit dem zahlreich vorhandenen Informationsmaterial, das auch kostenlos geordert werden kann, etwa die ausführliche HPV-Broschüre der Österreichischen Krebshilfe.

Wie bei den Kampagnen gilt: Im Idealfall sollte ein Impfpass-Check immer mit einem Verweis auf Impfstellen oder noch besser einem direkten Impfangebot einhergehen. Die fortschreitende Etablierung des e-Impfpasses soll dies künftig vereinfachen und leichter zugänglich machen.

Einbezug der Arbeitsmedizin als systemrelevanter Player für Prävention

Einen besonderen Diskussionspunkt stellte die Rolle der Betriebs- und Arbeitsmedizin dar. Im betrieblichen Setting zeigt sich vor allem der niederschwellige Zugang zu den betreuten Personen als Vorteil. Zu ihnen gehören auch Lehrlinge und damit eine jüngere Alterskohorte, in der Impfungen gut und entsprechend den Empfehlungen nachgeholt werden können.

Die arbeitsmedizinische Betreuung in Betrieben ist gesetzlich geregelt. Ihr liegt das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) zugrunde.³⁹ In Arbeitsstätten mit über 50 Arbeitnehmer:innen sind Arbeitsmediziner:innen im Ausmaß der gesetzlich geregelten Präventionszeit zu beschäftigen. Diese Betriebe bilden in Österreich die Minderheit. Zu den Tätigkeiten, die innerhalb dieser Präventionszeit ausgeübt werden können, zählen auch Impfungen, allerdings nur solche, die zur Verhinderung einer Berufskrankheit in der jeweiligen Branche dienen, etwa FSME-Impfungen für Gärtner:innen. Bei HPV handelt es sich in der Regel nicht um eine Arbeitsplatz-assoziierte Impfung; somit kann sie nicht in der gesetzlichen Mindesteinsatzzeit durchgeführt werden.

Anders als der Arbeitnehmer:innenschutz ist die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) einerseits für Unternehmen freiwillig, andererseits gibt es keine gesetzlichen Vorgaben bezüglich der durchgeführten Tätigkeiten bzw. Maßnahmen. Unter BGF werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die ein Unternehmen ergreift, um Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter:innen zu fördern. Hierbei könnten auch ein Impfpass-Check oder eine Impfung angeboten werden.

Durch die zunehmende Globalisierung und enorm hohe geografische Mobilität der Arbeitnehmer:innen erhält die Prävention einen neuen Stellenwert und mit ihr das Wissen über Impfungen und den dadurch gewährleisteten Schutz. Hier Arbeitsmediziner:innen einzubeziehen, wäre eine echte Chance, um sowohl die Impfaufklärung in der Bevölkerung zu erhöhen als auch Impflücken zu schließen. Arbeitsmediziner:innen haben einen guten Hebel: Im betrieblichen Setting sind auch diejenigen ansprechbar, die normalerweise nicht zu Ärzt:innen gehen. Bezogen auf die Lehrlinge lässt sich zudem feststellen, dass der Austausch untereinander sehr groß ist und Informationen aus einem Unternehmen über solche Maßnahmen auch an andere herangetragen werden und sich so verbreiten können.

Die Krux ist, wie so oft, die Finanzierung. Für Impfungen wie HPV oder auch Masern müssten Arbeitgeber:innen zusätzliche Einsatzzeiten der Ärzt:innen zahlen, die in ihre Betriebe kommen.

Eine Möglichkeit wäre es, ähnlich zum deutschen Modell des Präventionsgesetzes⁴⁰ zu agieren, das besagt, es kann und soll an jedem Ansatzpunkt geimpft werden – die Kosten übernimmt die Kasse. Eine Novellierung des ASchG wäre ein weiterer gangbarer Weg. Etwa, indem darin allen Betrieben, die ihre Lehrlinge schützen wollen, die Übernahme der Einsatzkosten für die Ärzt:innen zugesichert wird. Der Vorteil in der Altersgruppe bis 21 Jahre liegt darin, dass sie ohnehin noch ins kostenlose Impfprogramm fallen. Somit ist ein Teil der Gesamtkosten bereits abgegolten.

Die Arbeitsmedizin kann und sollte im Sinne einer nationalen Gesundheitsstrategie und des allgemeinen Gesundheitsinteresses durchaus als systemrelevanter Player für die Prävention gesehen werden. Die Niederschwelligkeit ist gegeben, der Ansatz parallel zum medizinischen Bereich

scheint lohnenswert, um nicht erfolgte HPV-Impfungen nachzuholen. Wie bei den Schulimpfungen kann außerdem ein gewisser Bildungsauftrag im Sinne des Gesundheitsbewusstseins angeführt werden. Wünschenswert wäre auch ein Impfpass-Check durch Arbeitsmediziner:innen, optimalerweise ergänzt durch ein Nachtragen erfolgter Impfungen in den e-Impfpass. Offen bleibt – egal ob für Aufklärung, Check, Nachtragung oder Impfung – die budgetäre Frage.

Betonen der Wichtigkeit der 2-Dosen-Impfung und der möglichst frühen Gabe der ersten Dosis entsprechend dem Impfplan Österreich

Der Impfplan Österreich gibt vielfältige, konkrete Empfehlungen zu allen verfügbaren Impfungen. Dabei wird im aktuellen Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 für HPV eine möglichst frühe Gabe zwischen 9 und 11 Jahren empfohlen und bis zum 30. Lebensjahr das 2-Dosen-Schema. Der Mindestabstand von sechs Monaten ist dabei unbedingt einzuhalten.

Aus verschiedenen Richtungen wurde erwähnt, dass oft Nachfragen gestellt werden, die im Impfplan eigentlich bereits beantwortet sind. Das Bewusstsein für das richtige Impfschema zu schaffen und dabei einheitlich zu kommunizieren, stärkt das Vertrauen der Bevölkerung in die Impfung. Ärzt:innen sind nicht nur Vertrauenspersonen, sondern auch Expert:innen – sie sitzen an der Quelle, wenn jemand sich entscheidet, sich impfen zu lassen oder nicht. Da teilweise international und ab einem bestimmten Alter auch in Österreich noch das 3-Dosen-Schema empfohlen wird, ist diese stringente Kommunikation umso wichtiger.

Auch hinsichtlich der Adhärenz von Privatpersonen sollte dieser Punkt betont werden. Zwei Dosen im empfohlenen Alter reichen laut dem Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 für den Impfschutz aus. Aber das Schema muss mit zwei Impfungen und entsprechendem Abstand komplettiert werden.

Offizielle Informationen von Institutionen oder Fachgesellschaften und regelmäßige (ggfs. verpflichtende) Fortbildungen zum Thema Impfen können helfen, das Wissen zu festigen und in weiterer Folge die aktuellen Empfehlungen entsprechend weiterzugeben.

Schwerpunktkommunikation in Richtung Krebsprävention

Wie bereits beim Punkt der Schulimpfungen erwähnt, ist das Thema HPV als sexuell übertragbare Erkrankung mit einem gewissen Stigma behaftet, das Scham auslösen und Ablehnung hervorrufen kann. Aufgrund dieser Emotionalisierung geraten die Spätfolgen einer Infektion schnell in den Hintergrund. Das sollte sich ändern.

Dafür sind effektive Kampagnen zur Stärkung von Achtsamkeit und Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt:innen und Patient:innen wichtig. In der Hauptzielgruppe für die Impfung sind Eltern für ihre Kinder verantwortlich und müssen die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Präventionsmaßnahme verstehen.

Wie bei den Schulimpfungen erläutert, können etwa Schulärzt:innen und School Nurses maßgeblich dazu beitragen. Auch in späteren Jahren sollte der Sinn und Nutzen der Impfung im Vordergrund stehen. Der Übertragungsweg ist wichtig, um den Ablauf einer Infektion zu verstehen, die Informationen darüber sollten aber nicht von Scham begleitet und abgelehnt werden. Herangeführt werden kann dabei der Unterschied zwischen einer sexuell übertragbaren Krankheit und einer Geschlechtskrankheit.

Zusätzlich könnte es helfen, neben dem Zervixkarzinom weitere Krebsarten hervorzuheben, um das Thema ganzheitlich zu sehen. Auch Männer sind von einigen HPV-bedingten Krebsarten betroffen, die aber zu selten thematisiert werden. Das Thema Krebsprävention bei Männern hat daher einen hohen Stellenwert und sollte auch bezogen auf HPV-bedingte Krebsarten bei Männern mehr fokussiert werden.

In der Kommunikation muss dringend darauf geachtet werden, keine Heilversprechen abzugeben. Die HPV-Impfung kann das Risiko vermindern, an durch das Virus verursachten Krebsarten zu erkranken. Eine kurative Wirkung gibt es nicht.

Optimierung kostenfreier Impfangebote für die Bevölkerung

Das HPV-Catch-Up-Programm für die Altersgruppe 21 bis 30 Jahre zeigte im Jahr 2024 großen Erfolg. Von Juli bis September 2024 wurden laut Bundesministerium bei den 21- bis 30-Jährigen so viele Impfungen verabreicht, wie sie normalerweise in einem ganzen Jahr für Schulkinder gebraucht werden. Bis Dezember waren es insgesamt ca. 75.000 Impfungen. Im HPV Cockpit Österreich zeigt sich von 2023 auf 2024 eine Erhöhung der Durchimpfungsrate der entsprechenden Alterskohorte mit zwei Dosen um 3%.³²

Die Expert:innen sprachen sich für eine Verlängerung des Catch-Up-Programms aus. Die Struktur wäre geschaffen, die bisherige Beteiligung zeige das Interesse. Aus einigen Ordinationen hieß es, die Nachfrage würde mit Jahresbeginn 2025 so richtig losgehen. Allerdings gab es zu Beginn auch Stolpersteine: Im Zuge verschiedener Kampagnen wurde ursprünglich das gesamte Jahr 2025 als vollumfängliche Impfmöglichkeit – sprich beide Dosen – für die Altersgruppe 21 bis 30 Jahre verstanden. Mit Jahresstart war allerdings klar, dass die erste Impfung innerhalb des ersten Halbjahres 2025 verabreicht werden muss, um beide Dosen kostenfrei zu erhalten. Eine Verlängerung hätte das Potenzial, diese variierende Kommunikation aufzufangen, welche die Aktivierung der Bevölkerung fehlgeleitet bzw. verzögert haben könnte. Auch hier entsprang der Wunsch nach klarer, einheitlicher Kommunikation.

Mit der Altersgruppe 21 bis 30 Jahre wird nicht unmittelbar die Fokusgruppe der HPV-Impfung erreicht. Die Durchimpfungsrate der 2. Dosis von nur 10% in dieser Altersgruppe Ende März 2025³² zeigt aber, wie viel Nachholbedarf es gibt. Es handelt sich bei der Kohorte größtenteils um diejenigen, die noch keine Möglichkeit zur Impfung hatten und sich nun in einer Lebensphase befinden, in der oft nicht die monetären Möglichkeiten vorhanden sind, die verhältnismäßig teure Impfung privat zu stemmen. Vielversprechend ist außerdem die Schaffung von Awareness: Mehr Impfungen in der Elterngeneration von morgen können dafür sensibilisieren, die eigenen Kinder frühzeitig impfen zu lassen.

Auf der Contra-Seite wurde diskutiert, ob eine Verlängerung ein falsches Signal für die Impfungen im jungen Alter setzen würde, da sie suggerieren könnte, dass eine spätere Immunisierung ausreichend ist. Dem muss durch die Betonung des empfohlenen Impfalters entgegengewirkt werden. Zudem legt schon die Bezeichnung mit dem Begriff „Catch-Up-Programm“ oder Nachhol-Impfprogramm nahe, dass es sich dabei nicht um eine dauerhafte Maßnahme handelt. Da die Kosten für den Impfstoff sich nicht nach Alter unterscheiden, sollte eine Finanzierung grundsätzlich keine großen Probleme hervorrufen, wenn die gesamte Durchimpfungsrate und das allgemeine Gesundheitsinteresse im Mittelpunkt stehen.

Ein im Plenum geäußelter Wunsch lautete: Personen, die bis zum 31. Dezember 2025 die erste Dosis erhalten, bekommen auch die zweite Dosis noch kostenfrei angeboten. Damit ließen sich im bereits angelaufenen Programm noch viele Impfwillige abholen und Impfserien komplettieren.

Schaffen von Awareness und einer One Voice auch auf medizinischer Seite

In vielen Punkten zur Säule Impfen wurde bereits angedeutet, wie wichtig ein verlässlicher Kenntnisstand auf Seiten der Ärzt:innen und weiterer Gesundheitsberufe ist. Die Bevölkerung vertraut Expert:innen und ist auf ihre Empfehlungen angewiesen. Unterschiedliche Kommunikation sorgt für Unsicherheit, die wiederum zum Verlust Impfwilliger führen kann. Manchmal passiert dies sogar ganz aktiv, indem Ärzt:innen Interessierte wegschicken oder ihnen von der Impfung abraten.

Im Plenum wurde auf folgende Unstimmigkeiten hingewiesen:

- Obwohl das empfohlene Impfschema im Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 festgehalten ist, wird es nicht überall befolgt. Die empfohlenen Impfschemata für die HPV-Impfung wurden seitens des Nationalen Impfgremiums in der Vergangenheit basierend auf aktuellen Daten und Studien adaptiert. Österreich kann sich hierbei auf eine gute Versorgung mit aktuellen Ergebnissen berufen. Die aktuellen Empfehlungen sollten der Ärzt:innenschaft bekannt sein und von ihr kommuniziert werden.
- Es ist nicht gemeinhin klar, dass auch Personen über 30 Jahre geimpft werden sollen, für die die HPV-Impfung optional möglich, aber nicht explizit empfohlen ist.
- Es fehlt Wissen darüber, dass Personen, die mit dem alten Impfstoff vor 2016 geimpft wurden, der vier statt neun Serotypen enthielt, entsprechend dem empfohlenen Schema für ihr Alter nachgeimpft werden können, wie es auch im Impfplan vermerkt ist.
- Durch den Wegfall der Fachärztebeschränkung können alle Ärzt:innen, die zur freien Berufsausübung berechtigt sind, auch über ihre Haupt-Patient:innen-Gruppe hinaus impfen. Etwa Kinderärzt:innen die Eltern der Kinder oder Gynäkolog:innen die Begleitung ihrer Patient:innen. Dies ist nicht allen bewusst.

Im Impfplan Österreich sind alle in Österreich verfügbaren Impfungen erfasst. Dies macht ihn zu einem umfassenden, aber zugleich komplexen Dokument, sodass eine Orientierung für Laien schwerfällt. Die Hauptinformationsquelle für Patient:innen ist somit der ärztliche Rat. Nur sollte dieser auch auf den Empfehlungen basieren, um mit einer einheitlichen Stimme zu sprechen. Eine „One Voice“ sorgt nicht nur dafür, dass Personen entsprechend den Empfehlungen für ihr Alter versorgt werden, sondern spart unter Umständen sogar Kosten, wenn damit der Einsatz unnötiger Impfdosen vermieden wird.

Diese einheitliche Stimme wird auch wichtig, wenn die neuen Empfehlungen zur Testung von Seiten des Nationalen Screening-Komitees auf Krebserkrankungen (NSK) vorliegen.

Antworten auf Fragen aus der Ärzt:innenschaft, die ans Nationale Impfgremium herangetragen werden, werden in den Impfplan eingearbeitet. Dadurch steigt die Informationsdichte. Um dabei im Tagesgeschäft den Überblick zu behalten, sind stetige Auffrischungen und Updates notwendig, etwa übermittelt von Fachgesellschaften, verknüpft mit übersichtlichen Daten wie aus dem HPV Cockpit Österreich oder transportiert durch gezielte, ggfs. sogar verpflichtende Fortbildungen. Sind diese offiziell zertifiziert (DFP), gibt es einen Anreiz, sie zu absolvieren. So wurde es im Mai 2025 etwa seitens der Österreichischen Ärztekammer zum HPV-Catch-Up-Programm umgesetzt. In einem solchen Setting können auch Fragen abseits der Empfehlungen beantwortet werden.

Möglich sind auch Kampagnen für die medizinische Seite, wie sie das Gesundheitsministerium bereits realisiert. Wie für die allgemeine Bevölkerung ist auch hier gezieltes, wiederkehrendes Messaging ein Schlüssel. Es sollte Impfpfärz:innen bewusst sein, dass für HPV auch nach dem Jahr 2025 jeder Ärzt:innenkontakt bis 21 Jahre Potenzial hat, zur HPV-Elimination beizutragen.

TESTEN

Bei den internationalen Zielen fällt hinsichtlich der Testungen in Österreich vor allem der Aufruf nach „high-performance tests“ seitens der WHO auf, womit der HPV-Test gemeint ist, der international bereits breite Anwendung findet. In Österreich wird er ebenfalls seit Jahren empfohlen, ist aber noch immer nicht systematisch implementiert. Bereits 2015 wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) ein Positionspapier verfasst, in dem klar die Überlegenheit der HPV-Testung gegenüber dem PAP-Screening herausgestellt wurde.⁴¹ Auch die schon behandelte Leitlinie aus dem Jahr 2018 unterstreicht die darin getroffenen Aussagen.²⁴ Der Report „Krebs-Dashboard für Österreich“ aus dem Jahr 2024 empfiehlt den Wechsel sogar ganz explizit und bezieht sich dabei auf den EU-Ministerrat von 2022.⁴² Auf internationalen Kongressen wird laut dem Plenum gar nicht mehr darüber diskutiert, ob primär HPV-Testung oder Zytologie via PAP-Abstrich angewendet werden soll, dort geht es längst um die Implementierung von Selbsttests/Selbstabnahmen, wie sie etwa in Schweden während der Pandemiezeit genutzt wurden. Da sich die Maßnahme als erfolgreich und zugleich kosteneffektiv zeigte, wurde sie beibehalten.³⁰ Auch die European Cancer Organisation betont diese Maßnahme.¹⁸ Finanziert wird in Österreich problemlos nach wie vor nur der PAP-Test.

Die jährliche Gesundheitsuntersuchung bei den Gynäkolog:innen ist in Österreich etabliert. Neben der Krebsvorsorge geht es dabei auch um weitere Diagnostik und Behandlung, Beratung und Prävention. Daher ist sie in jedem Fall beizubehalten und weiterhin sinnvoll zu fördern. Zugleich ist aber auch davon auszugehen, dass der Einsatz von HPV-Testungen das Potenzial bietet, eine weitere Reduktion des invasiven Zervixkarzinoms zu erreichen, nachdem der PAP-Test die Inzidenz bereits um zwei Drittel reduzieren konnte.⁴¹

Das Testen spielt auch in die Behandlung hinein: In einer Metaanalyse im Lancet wurden vier große Studien mit insgesamt 170.000 Frauen betrachtet, die als Endpunkt Krebsvorstufen hatten. Diese Frauen wurden auf invasive Karzinome untersucht. Verglichen mit der PAP-Testung zeigten sich im geänderten Testregime 60% weniger invasive Karzinome bei primärer HPV-Testung, was demnach auch weniger Eingriffe nötig macht.⁴⁵

Ein primärer Einsatz von HPV-Tests soll keinesfalls die jährliche Frauengesundheits-Untersuchung ersetzen. Auch ist darauf zu achten, einen Wechsel mit Rücksicht auf die Patient:innen zu etablieren, um ihnen nicht das Vertrauen in die Vorsorgeuntersuchungen oder gar die durchführenden Ärzt:innen zu nehmen. Innerhalb der Teststruktur kann eine Etablierung der effektiveren Tests aber deutliche Vorteile bringen.

Etablierung eines dem wissenschaftlichen Standard entsprechenden, strukturierten Testregimes

International gesehen ist die HPV-Teststrategie in Österreich überholt. Der PAP-Abstrich bietet lediglich einen Kostenvorteil pro Test (bei Preisniveau 2025). Diesem wissenschaftlichen Stand sollte Folge geleistet werden. Das Nationale Screening-Komitee arbeitet im Jahr 2025 an einer entsprechenden Empfehlung.

Das 2021 gegründete Nationale Screening-Komitee auf Krebserkrankungen (NSK) bewertet die wissenschaftliche Evidenz für die Effektivität und den Nutzen von Krebs-Screening-Programmen und gibt darauf basierend Empfehlungen zur Einführung organisierter, populationsbezogener Optionen. Seit 2024 beschäftigt sich das Komitee mit Screening auf Gebärmutterhalskrebs.²³

Ist die Empfehlung gegeben, sollte sie im weiteren Verlauf von den Fachgesellschaften unterstützt werden, um mit einer Stimme zu sprechen und die Vorteile und Potenziale eines Regimewechsels deutlich zu machen. Wie schon bei der Impfung wurde auch hinsichtlich der Säule Testen von den Expert:innen erwähnt, dass Ärzt:innen ihren Patient:innen mitunter aktiv von einer HPV-Testung abraten. Dem muss durch gesteigertes Bewusstsein in der Ärzt:innenschaft entgegengewirkt werden. Natürlich wird auch die Finanzierung der Tests ein Thema sein – will man diese angehen, ist eine einheitliche, publizierte, fachärztliche Empfehlung unerlässlich.

Bei der Diskussion um neue Teststrategien und ihre Kosteneffektivität ist auf die größeren Abstände zwischen den HPV-Testungen hinzuweisen, wie sie international umgesetzt werden. Bei einer den Empfehlungen nach geimpften Person werden international stellenweise nur zwei Lifetime-HPV-Tests – diese könnten, wie von der WHO gefordert, mit 35 und 45 Jahren erfolgen – als ausreichend betrachtet.⁴⁴ Für Ungeimpfte wurde ein HPV-Test alle fünf Jahre als Ansatz genannt.

Bis dato ist der Impfstatus mit Berücksichtigung von Impfalter und Impfstoffart in Österreich allerdings zu inhomogen, um systemisch alle Szenarien zu berücksichtigen und in den nächsten Jahren eine so starke Änderung herbeizuführen. Folglich ist auch der im Plenum erwähnte Ausspruch „Bis 30 impfen, ab 30 testen“ entsprechend dem schwedischen Modell unter Berücksichtigung dieser Einordnung zu verstehen. Er zeigt plakativ auf, was ein zukünftiges Szenario sein könnte. Allerdings lässt die Durchimpfungsrate in Österreich diese Idee (noch) nicht zu. Im Impfplan Österreich ist explizit festgehalten, dass das Impfprogramm derzeit nichts an den generellen Empfehlungen für Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen ändern soll.⁷

Betrachtet man verschiedene Szenarien, geht es nicht nur um die Art der Tests. In Modellierungen zur Erarbeitung einer Strategie werden auch Start- und Endzeitpunkt (Alter) und das Screeningintervall einbezogen. Anhand unterschiedlicher Modelle wird erhoben, wie viele positive Tests oder langfristig Krebs- und daraus resultierende Todesfälle zu erwarten sind. Dabei spielen auch die Fragen eine Rolle, wie nach positiven Tests weiter verfahren wird oder wie hoch negative Testergebnisse gewichtet werden. Auf Basis dieser Evidenzen lassen sich Strategien für ein Screening ableiten. Faktoren können dabei Schaden-Nutzen-Bilanzen oder Kosteneffektivität sein. Dabei ist zu betonen, dass diese Erhebungen sich natürlich mit dem realen Ist-Stand verbinden lassen müssen. Dabei spielen u. a. das bereits genannte Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und die Akzeptanz in der Bevölkerung eine Rolle. Das beste Modell nützt nichts, wenn es dann – aus welchen Gründen auch immer – nicht angenommen wird. Ziel sollte es sein, mit einem angepassten Testregime so viel Nutzen wie möglich zu generieren und unnötige Tests und Behandlungen zu vermeiden.

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob weiterhin ein Test mit geringerer Sensitivität möglichst oft, oder ein Test mit höherer Sensitivität seltener verwendet werden sollte. Auf Patient:innen-seite darf im Zuge dieser Überlegungen nicht das Gefühl entstehen, ihnen würde etwas weggenommen werden, das Vertrauen in die ärztliche Kompetenz und den Abstrich bleibt zentral.

Wie schon angedeutet, spielt das Finanzielle auch beim Testen eine Rolle: Ein oft erwähntes Argument hinsichtlich der Tests sind die geringeren Kosten des PAP-Abstrichs und dessen Erstattung. Im Falle eines bundesweiten Einkaufs könnte der preisliche Unterschied von PAP- zu HPV-Test geringer ausfallen. Generell ist zu diskutieren, wie viel Gesundheit auch für Privatpersonen kosten darf und sollte. Hierbei steht der individuelle neben dem wirtschaftlichen Nutzen für die Gesamtbevölkerung. Der Grundgedanke ist klar: Es kann nicht alles voll finanziert werden, ohne woanders etwas einzusparen. Wie bereits erwähnt, hat Österreich eines der teuersten Gesundheitssysteme in der EU.¹⁶

Abseits des Testregimes arbeitet das Nationale Screening-Komitee außerdem an der Entwicklung vom opportunistischen zu einem strukturierten Screening. Dieses wäre mit einem Aufruf zur Untersuchung verbunden, wie es die internationalen Ziele fordern. Ein etabliertes System wäre wünschenswert und wichtig zur Zielerreichung.

Die internationalen Diskussionen über Selbsttests/Selbstabnahmen sind für Österreich wie bereits erwähnt im Jahr 2025 keine Option. Zumindest das Stichwort sollte jedoch erwähnt werden, um eine zukünftige Möglichkeit aufzuzeigen. Der niederschwellige Zugang wird in anderen Ländern genutzt, um Frauen zu erreichen, die strukturelle Nachteile bei der ärztlichen Versorgung

haben oder schwer mit der regelmäßigen Kontrolle zu erreichen sind. Bei einem positiven Test würden diese Frauen gezielt angesprochen und zu einer Abklärung eingeladen werden. Unerlässlich ist, diese Überlegungen zum gegebenen Zeitpunkt im Einklang mit den Sozialversicherungen und namhaften Institutionen wie dem Gesundheitsministerium und den behandelnden Ärzt:innen zu diskutieren.

BEHANDELN

HPV kann nicht behandelt werden, jedoch die Spätfolgen wie Krebs und seine Vorstufen, deren Entstehung durch die Impfung vermieden werden soll. Was diese Säule angeht, übertrifft Österreich wahrscheinlich sogar die angesetzten Ziele von WHO und EU, die auch in diesem Fall auf Frauen konzentriert sind. Durchschnittlich 6.000 Konisationen werden pro Jahr durchgeführt, die Tendenz war lange steigend. Was im ersten Moment positiv klingt, sollte dennoch differenziert betrachtet werden, denn auch eine Übererreichung wäre eine Zielverfehlung. Zertifizierte Dysplasiezentren erreichen bei über 85% der Konisationen die endgültige Diagnose einer HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion).⁴⁵ Eingriffe, die nicht zwingend notwendig wären, können Nachteile für die Patient:innen haben, da Konisationen beispielsweise mit einem erhöhten Risiko für Frühgeburten einhergehen.^{3,7}

Mit Stand 06/25 liegen in Österreich keine genauen Daten zur Behandlung vor. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass der in den internationalen Zielen geforderte Zugang zur Abklärung und Behandlung bereits gegeben ist. Daher gilt es vor allem, Wissen über die Behandlung zu festigen.

Verbreiten des Bewusstseins dafür, dass HPV-Infektionen nicht behandelbar sind

Dadurch, dass die HPV-Infektion nicht behandelt werden kann, ist der Stellenwert der Impfung umso größer. Sie kann das verhindern, was dann wirklich behandelt werden muss, nämlich Krebsarten und ihre Vorstufen. In Österreich wird dieser Fokus bereits in diversen Kampagnen aktiv kommuniziert. Parallel muss dieser Gedanke aber auch in der Bevölkerung präsent sein. Dabei ist vor allem die große Latenzzeit bis zur möglichen Krebserkrankung eine Herausforderung, da sie das Thema gedanklich in die Ferne rückt. Zeitlich näher sind visuell sichtbare Auswirkungen wie Genitalwarzen, deren abschreckende Wirkung gemeinhin als großer Hebel wahrgenommen wurde.

Einen einfachen und wirksamen Schutz vor den Folgen einer Infektion mit bestimmten HP-Viren kann die Impfung bieten. Eine Studie mit amerikanischen Daten, präsentiert am ASCO 2024, unterstrich die Wirksamkeit für verschiedene HPV-assoziierte Krebsarten, insbesondere aber die Entwicklung der am weitesten verbreiteten Arten. Bei den geimpften Frauen zeigte sich der Effekt vor allem beim Zervixkarzinom (7,4 pro 100.000 vs. 10,4 pro 100.000), bei den Männern bei den Kopf-Hals-Tumoren (2,8 pro 100.000 vs. 6,3 pro 100.000).⁴⁶ Daten aus Schweden belegen zudem, dass insbesondere die frühe HPV-Impfung ca. 90% der invasiven Zervixkarzinome verhindern kann.

Bei der genannten Untersuchung wurden ca. 1,7 Millionen Frauen über elf Jahre beobachtet. Verwendet wurde der damals verfügbare tetravalente Impfstoff.⁴⁷ Der mit Stand 06/25 laut Impfplan Österreich 2024/2025 Version 1.1 verwendete Impfstoff ist zur Prävention von Vorstufen maligner Läsionen und Karzinomen der Zervix, Vulva, Vagina und des Anus, verursacht durch die Impfstoff-HPV-Typen, zugelassen.

Das Bewusstsein zu verbreiten, dass HPV-Infektionen nicht behandelbar sind, geht damit einher, keine Heilversprechen abzugeben. Dies kann auch dazu beitragen, Alternativen zu medizinischen Angeboten entgegenzuwirken, die solche Versprechen machen. Die Botschaft lässt sich in Kampagnen einbinden.

Optimierung der strukturierten Patient:innenpfade bei Verdachtsdiagnosen

Es wurde bereits erwähnt, dass Österreich bei der Therapie von Zervixkarzinomvorstufen vermutlich zur Überbehandlung neigt. Wien ist das einzige Bundesland, das eine rückläufige Tendenz bei den Konisationen hat.

In der Leitlinie der OEGGG aus dem Jahr 2018²⁴ und der S3-Leitlinie zur „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom“ aus dem März 2022⁴⁸ gibt es klare Empfehlungen, wann welcher Fall wie zur Abklärung kommen sollte. Im OEGGG-Dokument zeigen verschiedene Abbildungen einen plakativen Behandlungsbaum ab dem Ergebnis PAP-III. Da in der Praxis beobachtet wird, dass teilweise Fälle zur Abklärung übersendet werden, die nicht diesem Schema folgen, ist der Umgang mit dem jeweiligen Testergebnis sehr wichtig. Nicht nur in der Ärzt:innenschaft; überwiesen zu werden und dann zu hören, dies sei nicht notwendig gewesen, verunsichert die Patient:innen. Auch wurde erwähnt, dass einige von ihnen noch nie von einem HPV-Test gehört hatten, der aber eigentlich zur Risikostratifizierung eingesetzt und ab 30 Jahren zumindest empfohlen werden sollte.

Durch die Abstriche sollen die Patient:innen herausgefiltert werden, die ein signifikantes Krebsrisiko haben. Ist dieses vorhanden, soll behandelt werden. Die genannten Leitlinien bieten einen guten Überblick – sich an sie zu halten, könnte die Zahl der Konisationen in Österreich bereits beeinflussen.

Zudem spielt das Testregime in die Behandlung hinein: Das aktuelle zytologische Screening übersieht einerseits teilweise hochgradige Krebsvorstufen, andererseits werden auch mehr auffällige Befunde generiert, die eine Behandlung auslösen, aber nicht zu einer Krebserkrankung führen würden. Durch den HPV-Test können insbesondere die risikoreichen Typen HPV-16 und -18 identifiziert und dem richtigen Behandlungsalgorithmus zugeführt werden. Dadurch werden unnötige Konisationen vermieden, d. h. bei Läsionen, die zu keinem Karzinom führen würden. Als möglicher Hebel wurde wiederum die Finanzierung genannt, die nur bei entsprechend genauer Diagnose übernommen werden könnte. Dies wäre über den Spitalsträgbereich abzuklären.

Wie beim Testregime wäre es hinsichtlich der Behandlung wichtig, dass Patient:innen nicht das Gefühl haben, etwas würde eingespart oder absichtlich einbehalten werden, etwa um die Impfung zu stärken. Das Ziel ist ein Zusammenspiel der Säulen Impfen, Behandeln und Testen zum Wohl der Patient:innen. Es wird stets davon ausgegangen, dass alle Ärzt:innen entsprechend ihrem ärztlichen Auftrag handeln. Auch hier könnten Fortbildungen das Wissen festigen, um mit denselben Grundlagen zu agieren.

DATEN

Daten sind wichtig, um den Status Quo zu kennen und im Weiteren den Fortschritt der Eliminationsmaßnahmen zu evaluieren. Sie können helfen, Strategien zu definieren und Ziele zu setzen. In Österreich gibt es bis dato allerdings sehr viele verschiedene Datensammlungen an unterschiedlichen Stellen und zu abweichenden Zwecken. International gesehen ist Skandinavien ein Vorreiter, wenn es um Datenerfassung geht.

Daten zu Krebserkrankungen sind eine Grundlage in der Diskussion um HPV, denn am Ende gilt es, mit der HPV-Impfung Krebserkrankungen zu vermeiden. Österreichweite Daten zu Krebsneuerkrankungen werden im Österreichischen Nationalen Krebsregister gesammelt und verarbeitet – die verwendete Klassifikation ermöglicht auch die Dokumentation einer HPV-Assoziation einer Krebserkrankung.

Das Österreichische Nationale Krebsregister wird von Statistik Austria geführt. Grundlage für die Registrierung und Klassifikation der Krebserkrankungen im Österreichischen Nationalen Krebsregister sind systematische Meldungen zu Krebsbefunden aus den Krankenanstalten. Das Österreichische Nationale Krebsregister ist einzigartig in Österreich, da es auf gesetzlicher Grundlage Daten zu Krebserkrankungen für ganz Österreich erfasst und auswertet. Das Resultat steht der Öffentlichkeit als sogenannte Krebsstatistik zur Verfügung.⁴⁹

Für regionale Vergleiche oder Vergleiche von Daten im Zeitverlauf ist es essenziell, die Größe und die Altersstruktur der Bevölkerung zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck verwendet man statt absoluter Zahlen altersstandardisierte Raten, die sich auf eine Standardbevölkerung beziehen. In Europa wird mit Stand 06/2025 gemeinhin die europäische Standardbevölkerung 2013¹⁵ verwendet. Die Angabe der verwendeten Standardbevölkerung ist relevant, da die unterschiedliche Gewichtung der Altersgruppen zu unterschiedlichen Werten führt. Nur so können die Daten sinnvoll verglichen werden. Auf den Seiten 10 und 15 der vorliegenden Publikation werden daher die Raten auch entsprechend der Weltstandardbevölkerung (SEGI 1960)¹⁴ angegeben. Diese unterscheiden sich von den Raten, die Statistik Austria routinemäßig publiziert.

Als Alternative zu detaillierten Datensammlungen können in Zusammenarbeit mit den richtigen Partner:innen repräsentative Prognosen gestellt werden, so geschehen beim Kurzbericht zu den HPV-Durchimpfungsraten des Gesundheitsministeriums.¹¹

Verschiedene Gesetze bilden im Jahr 2025 die Grundlage für die Verknüpfung von Daten in Österreich:

- § 2 des Gesundheitstelematikgesetzes (GTelG)⁵⁰ regelt die Ziele und den Zweck der Telematik im Gesundheitswesen unter Wahrung des Datenschutzes und hält u. a. fest, dass erfasste Gesundheitsdaten auch zu Abrechnungszwecken verarbeitet werden dürfen. Sie sind über ein bereichsspezifisches Personenkennzeichen pseudonymisiert, was wiederum im eGovernment-Gesetz⁵¹ festgelegt ist.
- Das Bundesgesetz über die Bundesstatistik (Bundesstatistikgesetz 2000)⁵² regelt im § 31 den Zugang der Wissenschaft zu Statistikdaten und verpflichtet Statistik Austria im § 21 zum Betrieb des „Austrian Micro Data Center“. Das AMDC ist eine Forschungsdateninfrastruktureinrichtung von Statistik Austria, die die Beforschung von datenschutzkonform aufbereiteten Mikrodaten ermöglicht. Auch die Daten des Österreichischen Nationalen Krebsregisters werden so für die wissenschaftliche Nutzung zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise ist es möglich, Daten pseudonymisiert zu verschneiden und neue Erkenntnisse zu gewinnen. Deshalb wäre auch eine Förderung der Einbringung von Daten anderer Stellen (Abrechnungsdaten, SV-Daten etc.) ins AMDC vorteilhaft.⁵⁵
- Einen weiteren rechtlichen Rahmen für die datenschutzkonforme Organisation und Durchführung von Forschung in Österreich bietet das Forschungsorganisationsgesetz.⁵⁴

All diese Grundlagen zeigen, dass bereits daran gearbeitet wird, in Österreich ein ausreichendes Datennetzwerk zu schaffen.

Ausbau und Weiterentwicklung des e-Impfpasses

Der e-Impfpass als zentrales österreichisches Impfreister wurde vom Plenum lobend hervorgehoben und soll künftig einen großen Teil zur Datenerfassung und -qualität im Kontext von HPV beitragen. Die HPV-Impfung ist dort verpflichtend einzutragen.⁵⁵

Seit dem erfolgreichen Probelauf 2020 wird der e-Impfpass zur Verarbeitung von Impfdaten verwendet und stetig weiterentwickelt. Als Fokuspunkte wurden die Vollständigkeit der Daten und die Niederschwelligkeit für die Eingebenden erwähnt. Für Privatpersonen soll er außerdem eine Gedankenstütze darstellen, wie im Punkt des Einladungssystems erläutert wurde. In Abhängigkeit von bereits im e-Impfpass eingetragenen Impfungen, dem Alter der zu impfenden Personen und den Impfpfehlungen wird eine Fachlogik zugrunde liegen, die es in weiterer Folge auch ermöglicht, digitale Impferinnerungen zu senden (wie bereits erläutert) und zum Beispiel durch Farbcodes, wie in Zeiten der COVID-19-Pandemie erfolgreich erprobt, auf fehlende Impfungen aufmerksam zu machen. Im digitalen Charakter der Anwendung wird eine große Chance gesehen.

Zugleich wurde betont, dass es an einigen Stellen noch Herausforderungen gibt. So ging es dem Plenum in vielen Gesprächspunkten um Zugriffsmöglichkeiten beim Eintragen von Impfungen. Während der Coronapandemie war das Erfassen der Impfeinträge leicht möglich. Dabei konnte die sogenannte o-Card/Admin-Karte (früher Ordinationskarte) verwendet werden, was nach aktuellem Stand nicht mehr möglich ist. Dadurch würden Informationen verloren gehen. Denn, so könnte man sagen: Die Abrechnung läuft ohnehin, die Eintragung wäre zu mühsam. Daraufhin entstand die Gegenfrage, ob die Erstattung an eine Eintragung geknüpft werden sollte; diese Möglichkeit gäbe es theoretisch in Form eines Abrechnungsmoduls (s. u.). Auch Wahlärzt:innen konnten angeblich die Daten aufgrund von Zugriffsbeschränkungen in der Vergangenheit nicht richtig erfassen. Dabei wurde erwähnt, dass ohne e-card einige Zeit gar nicht eingetragen werden konnte. Die Funktionalität mit dem Einstieg über eine Web-Anwendung oder -App via ID Austria ist dabei schon lange für impfende Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) gegeben – um dieses Wissen weithin zu verbreiten, wäre eine Informationskampagne wünschenswert. Generell wurde öfter der Wunsch nach der Rückkehr zum „alten“ System ausgesprochen, also zur Möglichkeit der Dokumentation von Impfungen mittels Admin-Karte, wenn die zu impfende Person die e-card nicht dabei hat.

An der Zugänglichkeit wird bereits gearbeitet. Neuerungen sollen helfen, einen Umstieg möglichst ressourcenschonend zu erreichen. So haben Personen, die in der Ärzt:innenliste eingetragen sind, über ihre ID Austria Zugriff auf den e-Impfpass. Die nächste Version der App e-Impfdoc ermöglicht die Personensuche und somit die Eintragung von Impfungen ohne Sozialversicherungsnummer. Wünschenswert wäre, diese Prozesse zukünftig nach entsprechender Authentifizierung auch bei Nutzung des e-card-Systems ohne das Stecken der e-card zu ermöglichen. Die Basis vom Impftablet wurde auf Smartphone und Webbrowser erweitert. Somit sind drei Plattformen abgedeckt.

Von März bis September 2025 läuft ergänzend die Pilotphase zur Abrechnungsunterstützung im kostenfreien Kinderimpfprogramm. Die Abrechnungsprozesse für Ärzt:innen sollen zeitnah über den e-Impfpass unterstützt werden können, zu Beginn wird die Abrechnung mit etwa 40 Ärzt:innen und den Ländern praxisnah erprobt. Auf diesem Wege würden automatisch die Daten von Abrechnung und Impf-Einträgen verknüpft werden. Neben der massiven administrativen Erleichterung für die Organisation des Impfprogramms soll dies die Compliance hinsichtlich der Eintragung in den e-Impfpass fördern. Dazu wurde die Bitte geäußert, aus der Abrechnung der HPV-Impfung keine zusätzliche Abrechnungsschiene zu machen. Generell wäre es erstrebenswert, eher zusammenzufassen als weiter zu fragmentieren, wie es durch verschiedene Impfkationen und Impfstellen teilweise der Fall ist. In diesem Abrechnungsmodul läge auch der Hebel einer Verknüpfung von Eintragung und Honorarzahlung, wobei vorrangig daran gearbeitet wird, das System und seine Abläufe funktionstüchtig zu machen.

Von all diesen Ansätzen verspricht man sich nicht nur reibungslosere Abläufe, sondern auch Vereinfachungen und eine verbesserte Datenqualität im Sinne der Vollzähligkeit der Daten. Das macht den e-Impfpass zu einem Herzstück bei der Datengewinnung. Der Wunschgedanke ist, auf lange Sicht durch ihn die Steigerung der HPV-Durchimpfungsrate, wie sie der WHO auch als Beleg zum Verfolgen der Eliminationsziele übermittelt werden muss, auf Knopfdruck melden zu können. Bis die Daten im e-Impfpass so weit sind, behilft man sich mit den oben bereits beschriebenen Modellierungen.

Im e-Impfpass laufen grundsätzlich die Daten der eintragenden Personen/Institutionen (GDA) zu den geimpften Personen und dem verwendeten Impfstoff zusammen. Über einen Handscanner oder eine Kamera ist es möglich, die DataMatrix auf der Verpackung des Impfstoffes – ähnlich einem QR-Code – zu scannen und so automatisiert genaue Informationen einzulesen. Für COVID-19 und Influenza laufen diese dann auf der Seite impfdaten.at zusammen, die öffentlich einen Überblick im Impfdaten-Dashboard zeigt. Für HPV erfolgt die Veröffentlichung im bereits genannten HPV Cockpit Österreich.

Bezüglich einer Nachtragung vergangener Impfungen im e-Impfpass ist die Bevölkerung am Zuge: In Apotheken, bei niedergelassenen Ärzt:innen, an öffentlichen Impfstellen, bei Betriebsärzt:innen und weiteren e-Impf-Gesundheitsdiensteanbieter:innen lässt sich der eigene Impfpass digitalisieren. Dies ist allerdings mit Kosten verbunden, sodass fraglich ist, wie viele Bürger:innen den Wunsch haben, die Nachtragung vornehmen zu lassen. Dass dabei ein Aufwand auf Seiten der Eintragenden entsteht, ist klar – nur scheint der Anreiz für die Bevölkerung zu niedrig, um das bisherige Datenversäumnis aufzuholen. Da die Angaben zur Datenmenge und Datenqualität beitragen, ist das Ansinnen der Nachtragungen jedenfalls unterstützenswert.

Wie jedes neue System wird der e-Impfpass seine Zeit brauchen, um flächendeckend etabliert zu sein. Er ist jedoch ein großer Schritt in Richtung einer umfassenden Datensammlung, die künftig auch zu Zwecken des Reportings im Sinne der Eliminationsziele verwendet werden kann. Zudem bietet der e-Impfpass das Potenzial als App für Bürger:innen, wie im Hinblick auf das Einladungssystem erläutert wurde.

Fördern der Niederschwelligkeit bei der Dateneingabe und Verbesserung der Datenqualität

Grundsätzlich gilt: Je niederschwelliger ein Eintrag in den e-Impfpass oder andere Datenbanken möglich ist, umso eher wird er vorgenommen und umso besser sind vermutlich auch die eingetragenen Daten. Denn die Datenqualität liegt in den Händen der Eingebenden und Meldenden. Somit sollten der Zugriff auf die zur Eingabe nötigen Tools und die Eintragungen an sich so ermöglicht werden, dass sie ressourcenschonend vonstattengehen können. Zumindest so weit, wie es die geforderten Bestimmungen zu Datenschutz und Datensicherheit zulassen.

Zum e-Impfpass wurde im vorangegangenen Punkt bereits vieles erläutert: Es wird an verschiedenen Modulen gearbeitet und in einer Pilotphase erprobt, was wie möglich ist, um die Compliance zu erhöhen. Im Zuge der Erörterungen zum Thema Schulimpfungen wurde diesbezüglich auch die technische Ausstattung besprochen. Die Schulärzt:innen der Landesgesundheitsbehörde (MA15) in Wien haben Tablets zur Eingabe, über die automatisch die Impfdokumentation in den e-Impfpass einfließt. Bei den Bundesschulen ist dies nicht der Fall. Und auch mit Blick auf andere Bundesländer gibt es Unterschiede und somit andere Grundvoraussetzungen. Diese Frage wurde durch Erläuterungen zu e-Impfdoc und den erweiterten Einstiegsmöglichkeiten geklärt. Dass es sie gibt, sollte an alle Impfpfärzt:innen herangetragen werden, damit die Information sich verbreitet. Dies wäre nicht als Fortbildung, sondern eher als Onboarding zu verstehen.

Ein weiteres Beispiel zur Datenqualität und -zugänglichkeit stammt von Statistik Austria. Das von ihr geführte Österreichische Nationale Krebsregister hat den gesetzlichen Auftrag, systematisch alle neuen Krebserkrankungen und ihre Vorstufen zu registrieren und zu klassifizieren. Es liefert damit die Grundlage für die jährliche Krebsstatistik.¹² Die gesammelten Daten erlauben es, Entwicklungen und Trends im Zeitverlauf zu verfolgen. Daten zu Krebsneuerkrankungen werden systematisch gemeldet, Grundlage sind Befunde aus Krankenanstalten. Zudem arbeitet Statistik Austria mit regionalen und klinischen Tumorregistern zusammen.¹²

Die Vollzähligkeit der Krebsstatistik wurde umfassend analysiert und wird für fünf Jahre nach der Diagnose mit knapp 95% angegeben.⁵⁶ Eine gewisse Dunkelziffer ist bei nahezu jedem Register erwartbar. Die Gründe dafür sind vielfältig.

Die Krebsstatistik bietet einen umfassenden Überblick über verschiedene Krebserkrankungen, gegliedert nach verschiedenen Tumorarten und Merkmalen der erkrankten Personen wie Geschlecht, Alter und Wohnbundesland. Sie umfasst maligne, invasive Tumore. Maligne in-situ Tumore werden separat ausgewiesen.¹² Die Ergebnisse werden auf der Website publiziert, allerdings in eher groben Zügen. Dies hängt mit der Masse an Informationen zusammen, die bei Statistik Austria anfallen. Zusätzlich zu den Hauptergebnissen auf der Webseite werden die Ergebnisse in Publikationen bereitgestellt, wie z. B. in „Krebserkrankungen in Österreich“. ¹² Für weitere Analysen steht den Datennutzer:innen auch die Statistische Datenbank STATcube zur Verfügung.⁵⁷ Die Daten sind also öffentlich vorhanden, ggfs. aber versteckter und/oder anders geartet, als es für spezielle Zwecke nötig wäre. Daran soll gearbeitet werden. Denn es gibt einiges im Österreichischen Nationalen Krebsregister, das nicht genutzt wird, weil es entweder niemand weiß oder niemand findet. Dazu gehört z. B. die Histologie/Morphologie der Krebserkrankungen. Es ist nicht allgemein bekannt, dass die nach der ICD-10⁵⁸ publizierten Daten ursprünglich in der ICD-O-3⁵⁹ kodiert werden und auch entsprechend dieser Klassifikation ausgewertet werden können. (Die Kodierung ICD-O wird speziell für die Onkologie verwendet und geht näher auf die beschriebene Lokalisation und das Gewebe ein als das geläufigere ICD-10.)

Bezüglich der Histologie/Morphologie im Krebsregister wurde die Angabe der HPV-Assoziation (+/-) genannt, die für künftige Reports sehr interessant ist. Die HPV-Assoziation (+/-) kann im Österreichischen Nationalen Krebsregister erfasst werden, vorausgesetzt, die Information wird übermittelt. Das ist jedoch weder allen meldenden Stellen noch allen Datennutzer:innen bekannt. Die HPV-Assoziation (+/-) kann kodiert oder im Freitextfeld bei der Beschreibung der Histologie oder im Kommentarfeld übermittelt werden. Es wurde der Appell ausgesprochen, alle Informationen, die man als meldende Stelle hat, auch mitzusenden.

Die internationalen vergleichbaren Codes entsprechen der Histologie/Morphologie in der ICD-O-3 bzw. einer Ergänzung derer, entsprechend der WHO-Reihe zur Klassifizierung menschlicher Tumoren (WHO Classification of Tumours, auch bekannt als „blue books“).⁶⁰ Zu beachten ist dabei, dass es für eine HPV-Assoziation eigene Codes gibt, während „HPV negativ“, „keine Angabe“ oder „nicht getestet“ in einer einzigen Kategorie zusammengefasst werden. Die spezifischen Histologiecodes lauten 8085 (+) und 8086 (-) für Plattenepithelkarzinome, 8483 (+) und 8484 (-) für Adenokarzinome.

Im Plenum wurde weiters erwähnt, dass manche Fälle sich je nach Einschätzung unterschiedlich vercodieren ließen und damit mal in der Statistik landen, mal nicht (Beispiel: CIN-3 je nach genauer Lokalisation Do6.0 bis Do6.9 oder N87.2). Vor allem im HNO-Bereich gäbe es zudem den Bedarf einer detaillierteren Aufgliederung. In der ICD-O werden Tumorlokalisierung und Histologie/Morphologie getrennt codiert. Somit können die oben genannten Codes für HPV-Assoziation auch im HNO-Bereich angewendet bzw. ausgewertet werden.

Der Kern dieser Ausführungen bleibt der Wunsch nach zuverlässigen, vollständigen Eintragungen von Daten. Die kolportierten technischen Probleme bei der Eintragung in den e-Impfpass sind ernstzunehmen, sollten aber kein Grund sein, der verpflichteten Dokumentation – oder gravierender noch der Impfung – nicht nachzukommen.

Erstellen eines jährlichen HPV-Reports

Um die Fortschritte des Eliminationsprogramms zu evaluieren, wäre ein ausgewiesener HPV-Report wünschenswert, der zugleich eine öffentliche Aufgabe zum Schaffen von Information und Fördern von Awareness einnehmen könnte. Dabei kommt es darauf an, welche Daten einfließen.

Im Sinne der internationalen Ziele wären die Kernpunkte die Entwicklung der Säulen Impfen, Testen und Behandeln. Impfraten lassen sich modellieren und werden bereits in Dashboards gesammelt (HPV Cockpit Österreich, impfdaten.at). Künftig kann der e-Impfpass wie erwähnt mehr und mehr repräsentative Daten liefern. Nach Alterskohorten ausgewertet zeigt sich außerdem, ob die Impfungen in den richtigen Zielgruppen ankommen.

Bezüglich der Tests und Behandlung müssten entsprechende Datenerhebungen über die Abrechnungen der Abstriche und Konisationen möglich sein, die bei den Sozialversicherungen aufliegen. Für diese Säulen gibt es gegenwärtig Schätzungen, die auf die (nahende) Zielerreichung schließen lassen. Allerdings müssten sie künftig auch validiert werden, etwa für die Unterbringung im HPV-Report.

Das Gesundheitsministerium hat den „Kurzbericht HPV 2023“ veröffentlicht, der sich auf die Durchimpfungsraten konzentriert.¹¹ Mit dem Ministerium als Herausgeber hat er offiziellen Charakter und geht bereits von jener Stelle aus, die das Reporting an bspw. die WHO zum Verfolgen der Eliminationsziele versendet. Die Umsetzung des jährlichen Reports durch das Ministerium wurde im Plenum befürwortet.

In weiterer Folge ließe sich noch darüber hinausgehen, um beispielsweise gesamtgesellschaftliche Themen einzubeziehen und die Wichtigkeit der empfohlenen Maßnahmen zu betonen. So wurde im „Krebsreport 2024“ etwa eine Verbindung zwischen Krebserkrankungen und der Erwerbstätigkeit in Österreich geschaffen.²⁵ Auch wurde im Plenum über das Gesamtvolumen der HPV-assoziierten Krebserkrankungen gesprochen, das über die Zeit beobachtet werden könnte, um eine Kosten-Nutzen-Evaluation der Impfung vorzunehmen.

Die starke Verbindung zum Thema Krebs ist passend, um eine Veröffentlichung als Zusammenfassung oder sogar ganzes Kapitel in der Publikation „Krebserkrankungen in Österreich“ der Statistik Austria oder im jährlichen Krebsreport anzustoßen. Querverweise sind jedenfalls möglich.

Zum Thema der Datenverknüpfung ist in § 11 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (GesZG)⁶¹ zur Datenauswertepattform festgehalten, dass die Daten von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Statistik Austria (zu Krebserkrankungen und zur Todesursachen-Statistik) für Anfragen verschnitten und ausgewertet werden können. In der Wissenschaft erlaubt das Forschungsorganisationsgesetz gewisse Verknüpfungen bzw. steht bereits jetzt die Infrastruktur des AMDCs (s. o.) zur Verfügung. Es können jederzeit Daten von anderen Quellen als Statistik Austria eingebracht werden. Dies könnte zukünftig neue Möglichkeiten für Reports eröffnen.

KONSENSERKLÄRUNG

Der 16-Punkte-Plan zur HPV-Elimination in Österreich stützt sich auf die Säulen Impfen, Testen und Behandeln und konzentriert sich damit auf die international gesetzten Ziele von WHO und EU mit Ergänzung des Datenschwerpunkts zur verbesserten Evaluation des Fortschritts.

Die Handlungsvorschläge wurden in drei hochkarätigen Expert:innenrunden erarbeitet und diskutiert. Sie stützen sich auf den Status Quo in Österreich (Stand 2025), unterstreichen die Wichtigkeit bereits vorhandener Maßnahmen und bieten Denkanstöße für Adaptionen und Zukunftsszenarien. Alle Unterstützer:innen der Publikation hatten vor der Veröffentlichung die Möglichkeit zur Durchsicht und haben ihre Zustimmung erteilt.

Die hier zusammengefassten Handlungsvorschläge bilden somit den Konsens der Expert:innen ab, die sich allesamt für die HPV-Elimination in Österreich engagieren und zugestimmt haben, namentlich erwähnt zu werden und dahinterstehende Institutionen zu vertreten.

Die Hauptpunkte der Konsenserklärung sind folgende:

- Der Schutz vor HPV und den daraus folgenden Krebserkrankungen ist ein wichtiges Ziel, das gemeinsam verfolgt wird.
- Das österreichische HPV-Impfprogramm ist grundsätzlich gut aufgestellt, dennoch bedarf es intensiver Bemühungen, um die Impfraten – vor allem in der Hauptzielgruppe der Schüler:innen – weiter zu optimieren.
- Laut eigenen Angaben ist Österreich hinsichtlich des Screenings nahe an der internationalen Zielerreichung. Internationale Daten und Beispiele lassen allerdings ebenso wie neueste Modellierungen den Schluss zu, dass Adaptionen hin zu einem strukturierten Screening mit primärer HPV-Testung die Situation noch verbessern und die Inzidenz des Zervixkarzinoms weiter senken können.
- Frauen in Österreich steht der Behandlungsweg nach Krebs(vorstufen)diagnose offen. Ein verstärkter Fokus auf die vorhandenen Leitlinien kann die Patient:innenpfade effizienter gestalten und die vermutete Überbehandlung eindämmen.
- Die jährliche Frauengesundheitsuntersuchung bei den Gynäkolog:innen ist ein wichtiger Bestandteil der Vorsorge und muss erhalten bleiben.
- Auch bei Männern können HPV-Infektionen zu gesundheitlichen Folgen führen. Das Bewusstsein, dass HPV auch für gutartige und bösartige Neubildungen bei Männern verantwortlich ist, muss verstärkt kommuniziert werden.
- Grundsätzlich ist eine gemeinsame Kommunikation unabdingbar, um die Bevölkerung effektiv und nachhaltig mit dem Thema HPV und all seinen Facetten vertraut zu machen.

STATEMENTS ZUR HPV-ELIMINATION IN ÖSTERREICH



„Die Verhinderung von Erkrankungen durch Impfungen zählt zu den größten Errungenschaften der modernen Medizin. Dass wir heute ein wirksames Mittel zur Prävention von HPV und damit verbundenen Krebserkrankungen in der Hand haben, rettet Leben – und wird auch in Zukunft viele Leben retten. Umso wichtiger ist es, dass wir in Österreich hohe Durchimpfungsraten erreichen. Die vorliegende Publikation leistet dazu einen wichtigen Beitrag – nicht nur für die Impfaufklärung, sondern auch, um die Identifikation und Behandlung von HPV-bedingten Folgeerkrankungen weiter zu verbessern.“



Mag.ª Claudia Neumayer-Stickler, MA

*Vorsitzende der Konferenz der Sozialversicherungsträger und
ÖGB-Referatsleiterin für Gesundheits- und Sozialversicherungspolitik*

„Die HPV-Impfung schützt nicht nur vor bestimmten Krebserkrankungen, sondern auch vor Genitalwarzen. Leider gilt sie in Österreich nicht als Impfung, die man unbedingt haben muss, obwohl es so sein sollte. Umso wichtiger ist es, Awareness für die Chance zu schaffen, die eine HPV-Impfung in der Gesundheitsprävention bringt. Insbesondere Eltern, Jugendliche und junge Erwachsene müssen verstärkt auf die Möglichkeit der kostenfreien Impfung aufmerksam gemacht werden. Jede Investition in Prävention ist sinnvoll und muss daher auch von allen Seiten unterstützt werden.“



OMR Dr. Johannes Steinhart

Präsident der Österreichischen Ärztekammer

***Disclaimer:** Die in dieser Publikation enthaltenen Zitate geben die persönliche Meinung der jeweils zitierten Expert:innen wieder und entsprechen nicht notwendigerweise der Auffassung des Herausgebers. Der Herausgeber kann die Anwendung der HPV-Impfung ausschließlich im Rahmen der Zulassung empfehlen! Der derzeit laut Impfplan Österreich verwendete Impfstoff ist zur Prävention von Vorstufen maligner Läsionen und Karzinomen der Zervix, Vulva, Vagina und des Anus, verursacht durch die Impfstoff-HPV-Typen, als auch Genitalwarzen, die durch spezifische HPV-Typen verursacht werden, zugelassen.

„Impfungen zählen, ebenso wie Antibiotika, zu den größten pharmazeutischen Errungenschaften aller Zeiten und haben inzwischen Hunderte Millionen Menschenleben gerettet. Die HPV-Impfung gehört dazu. Sie ist eine der wichtigsten Vorsorgemaßnahmen im Kampf gegen Krebs. Von Apothekerinnen und Apothekern wird diese Impfung im Rahmen der persönlichen Impfberatung daher auch ausdrücklich empfohlen. Nutzen Sie die Möglichkeit, sich in der Apotheke umfassend zu informieren.“



Mag.ª pharm. Dr.ª Ulrike Mursch-Edlmayr
Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer

„Wie bei jedem Impfangebot sind eine gute Organisation des Angebots sowie eine möglichst niedrige Hemmschwelle unerlässlich. Bei den Schulimpfungen können hohe Durchimpfungsraten erreicht werden, da sie einen einfachen Zugang zu allen Gesellschaftsschichten bieten. Wir sollten drauf schauen, dass dieses Setting besonders im Fokus steht. Aber auch in Betrieben mit Arbeitsmediziner:innen lassen sich Jugendliche und junge Erwachsene gut erreichen. So könnten auch Betriebe mit einem niederschweligen Impfangebot gut zu höheren Durchimpfungsraten beitragen. Doch Impfungen allein reichen nicht. Prävention muss in der Lebensrealität der Menschen ankommen – in Betrieben, Apotheken und digitalen Angeboten wie Praxis-TV oder Informationsanzeigen.“



Andreas Huss, MBA
Arbeitnehmer:innen-Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)



„Mit der HPV-Impfung ist es möglich, Krebserkrankungen zu verhindern. Der Fokus muss klar auf der Impfung liegen. Entscheidend für den Erfolg ist der Zeitpunkt. Wir haben ein Angebot geschaffen – nun liegt es an den jungen Menschen bzw. besonders an ihren Eltern, dieses Angebot anzunehmen. Um die Entwicklung, die Durchimpfungsrate und die Wirksamkeit zu sehen, ist die verpflichtende Eintragung in den E-Impfpass ein wichtiger Beitrag.“



Peter Lehner

Obmann der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS)

„Die HPV-Impfung bietet einen sehr wirksamen Schutz vor bestimmten Infektionen und Krebserkrankungen. Seit 2014 ist sie Teil des österreichischen Kinderimpfprogramms. Bis Ende 2025 können alle unter 30 Jahren die Impfung kostenlos nachholen. Impfungen zählen zu den besten Möglichkeiten, um Krankheiten vorzubeugen – sie schützen nicht nur einzelne Personen, sondern helfen auch der gesamten Gemeinschaft.“



Landesrätin Mag.^a Daniela Gutschi

Land Salzburg



„Die HPV-Impfung ist für junge Menschen die beste Vorsorge, um sich langfristig vor verschiedensten HPV-assoziierten Krebsarten und Genitalwarzen zu schützen. Nun liegt es daran, junge Menschen aufzuklären und zur Impfung zu motivieren. Damit wir eine Zukunft ohne HPV-bedingte Krankheiten ermöglichen können.“



Florian Boschek

Vorsitzender des Aufklärungsvereins „HPV-Impfung jetzt!“

„HPV-positive Rachenkarzinome sind weltweit im Steigen begriffen. Der Schutz vor einer HPV-Infektion durch die HPV-Impfung kann zu einer deutlichen Senkung des Auftretens dieser Krebsart beitragen.“



Univ.-Prof. Prim. Dr. Martin Burian

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie (ÖGHNO), Leiter der Abteilung für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Ordensklinikum Linz

„Trotz Empfehlung der HPV-Impfung im Jahre 2007 und Übernahme in das kostenfreie Impfkonzept unter Einbeziehung der Knaben im Jahre 2014 hat Österreich im internationalen Vergleich noch keine zufriedenstellenden HPV-Durchimpfungsraten aufzuweisen. Neben der Erweiterung des kostenfreien HPV-Impfprogramms bis zum 21. (und vorübergehend bis zum 30.) Geburtstag und einem bundesweit einheitlichen, möglichst niederschweligen Zugang zur Impfung in Impfstellen und Ordinationen könnte mit Impfkationen, einer permanenten generellen öffentlichen Impfkampagne, der Einbeziehung aller impfenden Ärztinnen und Ärzte und einem besseren Zugang zur Zielgruppe im Rahmen von regulären ‚Junior-Checks‘ im Schulalter eine deutliche Steigerung erzielt werden.“



Priv.-Doz. Dr. Hans Jürgen Dornbusch

Impfreferatsleiter der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)

„HPV-assoziierte Erkrankungen betreffen Frauen und Männer. Eine sehr bewährte Impfung schützt verlässlich. Gemeinsam müssen wir noch viele Anstrengungen unternehmen, um die österreichische Durchimpfungsrate auf internationales Niveau zu heben.“



Dr. Michael Elnekheli

*Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Präsident des Berufsverbands Österreichischer Gynäkolog:innen (BÖG)*

„Die HPV-bedingten Krebserkrankungen reichen von gynäkologischen Krebserkrankungen über das Anal- und Peniskarzinom bis hin zu Krebserkrankung des Mund-Rachen-Raums. Somit betreffen diese Krebserkrankungen und deren Vorstufen sowohl Frauen als auch Männer. Daher ist es sehr wichtig, dass in Österreich die Impfung allen Personen bis zum 30. Geburtstag kostenlos angeboten wird. Nachdem jede Impfung potenziell eine Krebserkrankung verhindern könnte, ist eine Erhöhung der Durchimpfungsrate in Österreich dringend notwendig.“



Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Christoph Grimm

*Past-Präsident der AGO – Arbeitsgemeinschaft
für Gynäkologische Onkologie der OEGGG*

„Die ÖGA sieht in der Stärkung der Gesundheitskompetenz der in den österreichischen Betrieben beschäftigten Menschen eine wichtige Aufgabe. Die Information über die Impfung gegen die von HPV-ausgelösten Erkrankungen sehen wir als wichtigen Beitrag, um Krankheiten zu vermeiden.“



DDr. Karl Hochgatterer, MSc

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin (ÖGA)

„Die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) hat sehr gerne an der Entwicklung des HPV-Impfkonzpts mitgewirkt. Prävention ist eine wesentliche Säule unseres Arbeitens. Allgemeinmedizinische Praxen verzeichnen die höchste Patient:innenfrequenz in der extramuralen Versorgung – eine wertvolle Möglichkeit im Rahmen von shared decision making, viele Menschen über sinnvolle Impfungen aufzuklären. Die ÖGAM setzt sich auch dafür ein, dass die im Jahr 2025 kommenden Empfehlungen des Nationales Screening-Komitees auf Krebserkrankungen gut umgesetzt werden und die kostenfreie HPV-Impfung bis zum 30. Lebensjahr auch weiterhin in Österreich angeboten wird.“



Dr. Peter Kowatsch

Präsident der Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

„Die OEGIT unterstützt die von der WHO und EU empfohlenen Maßnahmen zur HPV-Elimination mit den drei Säulen ‚Impfen, Testen und Behandeln‘. Die Publikation ‚HPV-Elimination in Österreich. 16 Handlungsvorschläge für den besseren Umgang mit HPV‘ soll aufbauend auf diesen Säulen den Umgang mit HPV in Österreich verbessern und die angestrebte Elimination von HPV in Österreich unterstützen.“



Univ.-Prof. Dr. Robert Krause

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (OEGIT)

„Als Gesellschaft der Schulärzt:innen Österreichs liegt uns die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sehr am Herzen. Als Schulärzt:innen unterstützen wir gerne die biopsycho-soziale Entwicklung der jungen Menschen. Impfungen sind die medizinische Basis, um diese Entwicklung zu ermöglichen. Daher unterstützen wir alle Aktivitäten, um den Schutz vor HPV-Infektionen zu erhöhen. Unter schulaerzte.at findet man wichtige Informationen zum Thema HPV-Impfung, um Unsicherheiten abzubauen, gerne auch im direkten Gespräch an der Schule.“



Dr.ⁱⁿ Claudia Langer-Mark

Präsidentin der Gesellschaft der Schulärzt:innen Österreichs (GSÖ)

„Die HPV-Elimination ist ein entscheidender Schritt zur Krebsprävention und zur Förderung der öffentlichen Gesundheit in Österreich. Durch konsequente Impfprogramme, regelmäßige Testungen und frühzeitige Behandlung können wir langfristig eine deutliche Reduktion HPV-bedingter Krebserkrankungen erreichen. Ein nationales, strukturiertes HPV-Eliminationsprogramm ist der Schlüssel, um dieses Ziel nachhaltig zu verwirklichen. Der Berufsverband der Österreichischen Urologie unterstützt die WHO- und EU-Ziele zur HPV-Elimination und setzt sich aktiv für deren Umsetzung ein.“



Priv.-Doz. DDr. Mehmet Özsoy

Präsident des Berufsverbands der Österreichischen Urologie (BVU)

„Erst jüngst konnten Daten aus USA zeigen, dass durch die HPV-Impfung die Zahl an Gebärmutterhals-Krebserkrankungen pro Jahr um 16% zurückgeht – insgesamt um mehr als 60% in den vergangenen Jahren. Wir haben mit der HPV-Impfung tatsächlich eine Impfung gegen sechs Krebserkrankungen und könnten es damit schaffen, Gebärmutterhalskrebs zu eliminieren und das Risiko von fünf weiteren Krebserkrankungen wesentlich zu reduzieren.“



Prof. Dr. Paul Sevelde

Präsident der Österreichischen Krebshilfe

„HPV betrifft nicht nur Frauen, sondern auch Männer – und die Elimination von HPV-bedingten Erkrankungen erfordert unsere gemeinsame Anstrengung! Durch umfassende Impfprogramme für Buben, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und Aufklärung können wir das Risiko für HPV-assoziierte Erkrankungen wie Analkrebs, Peniskrebs und bestimmte Kopf-Hals-Tumore drastisch reduzieren. Die HPV-Impfung schützt nicht nur vor Krankheit, sondern ist ein wichtiger Schritt, um die Verbreitung des Virus zu stoppen. Jetzt zu handeln bedeutet, zukünftige Generationen zu schützen und vermeidbare Krankheiten zu eliminieren. Prävention rettet Leben – auch die von Männern.“



Univ.-Prof. DDr. Shahrokh F. Shariat

*Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie (OeGU),
Leiter des Comprehensive Cancer Centers der Medizinischen Universität Wien*

„Die HPV-Impfung stellt aus dermatologischer Sicht einen essenziellen Bestandteil der Prävention gegen virusassoziierte Haut- und Schleimhauttumoren, wie Warzen im Genitalbereich, Vulva-, Penis- und Analkarzinome, dar. Als sexuell übertragbare Infektion ist HPV häufig mit Scham behaftet, was zur Stigmatisierung führen kann – umso wichtiger ist es, durch Aufklärung und niederschwellige Impfangebote einen offenen, enttabuisierten Umgang unabhängig vom Geschlecht zu fördern. Die ÖGSTD und ÖGDV unterstützen ausdrücklich die HPV-Impfung als effektivste Maßnahme zum Schutz vor vermeidbaren HPV-assoziierten Erkrankungen.“



Univ.-Prof. Dr. Georg Stary

Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für STD und Dermatologische Mikrobiologie (ÖGSTD) und Delegierter der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV), Oberarzt an der Universitätsklinik für Dermatologie an der Medizinischen Universität Wien

„Die Frauenheilkunde spielt eine zentrale Rolle in der Prävention HPV-assoziiierter Erkrankungen. Aufklärung, Impfung, Screening und frühzeitige Behandlung müssen Hand in Hand gehen, um die WHO-Ziele zur HPV-Elimination auch in Österreich zu erreichen. Die OEGGG unterstützt diese Initiative daher ausdrücklich.“



Univ.-Prof. in Dr. in Bettina Toth

Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

„Krebserkrankungen zu verhindern, ist die beste Form der Vorsorge. Durch die HPV-Impfung gelingt dies in entscheidender Weise. Mit gezielter Aufklärung und niederschwelliger Information muss es gelingen, eine hohe Durchimpfungsrate bei Kindern und jungen Erwachsenen zu erreichen. Dadurch wird es möglich sein, nicht nur Gebärmutterhalskrebs, sondern auch andere HPV-assoziierte Krebserkrankungen maßgeblich zu reduzieren. Die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie unterstützt die Kampagne daher mit Nachdruck.“



Prim. Prof. Dr. Ewald Wöll

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO)

UNTERSTÜTZER:INNEN DER HANDLUNGS- VORSCHLÄGE FÜR EINEN BESSEREN UMGANG MIT HPV IN ÖSTERREICH

*Mitglieder der Arbeitsgruppe aus den Workshops sind entsprechend ausgewiesen

Dr. Thomas Amegah, MAS(ÖGD), MPH

Amtsarzt, Landessanitätsdirektor Steiermark,
Mitglied der Arbeitsgruppe

Dr. Herbert Bachler

Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin,
Psychotherapeut, Psychoanalytiker, ÖGAM-Präsi-
diumsmitglied, TGAM-Präsident, Mitglied des Natio-
nalen Screening-Komitees, Mitglied der Arbeitsgruppe

Florian Boschek

Vorsitzender des Aufklärungsvereins
"HPV-Impfung jetzt!"

Univ.-Prof. Prim. Dr. Martin Burian

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hals-,
Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
(ÖGHNO), Leiter der Abteilung für HNO-Heilkunde,
Kopf- und Halschirurgie, Ordensklinikum Linz,
Mitglied der Arbeitsgruppe

Priv.-Doz. Dr. Hans Jürgen Dornbusch

Impfpreferatsleiter der Österreichischen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)

Dr. Michael Elnekheli

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Präsident des Berufsverbands Österreichischer
Gynäkolog:innen (BÖG), Mitglied der Arbeitsgruppe

Fiona Fiedler, BEd

Abgeordnete zum Nationalrat, NEOS-Sprecherin für
Gesundheit, Pflege und Menschen mit Behinderungen

OMR Dr. Thomas Fiedler

Bundesfachgruppenobmann Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, Mitglied der Arbeitsgruppe

MR Dr. Holger Förster

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
Impfpreferent der Ärztekammer Salzburg,
Mitglied der Arbeitsgruppe

Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Christoph Grimm

Past-Präsident der AGO – Arbeitsgemeinschaft
für Gynäkologische Onkologie der OEGGG

Landesrätin Mag.^a Daniela Gutschl

Land Salzburg

Dr.ⁱⁿ Petra Gruber-Juhász

Landessanitätsdirektorin Salzburg,
Mitglied der Arbeitsgruppe

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Monika Hackl

Leiterin des Österreichischen Krebsregisters,
Statistik Austria, Mitglied der Arbeitsgruppe

Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Hilger

Leitende Ärztin der SVS
(Sozialversicherung der Selbständigen)

DDr. Karl Hochgatterer, MSc

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Arbeitsmedizin (ÖGA)

Dr.ⁱⁿ Eva Höttl

Ärztin für Arbeitsmedizin, Leiterin des Gesund-
heitszentrums der Erste Bank AG, Vizepräsidentin
der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin
(ÖGA), Mitglied des Vorstands der Österreichischen
Gesellschaft für Vakzinologie (ÖgVaK)

Andreas Huss, MBA

Arbeitnehmer:innen-Obmann der Österreichischen
Gesundheitskasse (ÖGK)

Dr.ⁱⁿ Naghme Kamaleyan-Schmied

Vizepräsidentin der Ärztekammer für Wien,
Obfrau der Kurie niedergelassene Ärzte, Ärztin
für Allgemeinmedizin

StPhys Dr.ⁱⁿ Ursula Karnthaler

Landessanitätsdirektorin Wien, Mitglied der
Arbeitsgruppe

Doris Kiefhaber

Geschäftsführerin der Österreichischen Krebshilfe,
Mitglied der Arbeitsgruppe

Dr. Peter Kowatsch

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

Univ.-Prof. Dr. Robert Krause

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für In-
fektionskrankheiten und Tropenmedizin (OEGIT),
Mitglied der Arbeitsgruppe

Dr. Andreas Krauter

Ärztlicher Leiter der Österreichischen
Gesundheitskasse (ÖGK) und Fachbereichsleiter
des Medizinischen Dienstes

Dr.ⁱⁿ Claudia Langer-Mark

Präsidentin der Gesellschaft der Schulärzt:innen
Österreichs (GSÖ), Mitglied der Arbeitsgruppe

Peter Lehner

Obmann Sozialversicherung der Selbständigen (SVS)

Mag.^a Claudia Neumayer-Stickler, MA

Vorsitzende der Konferenz der Sozialversicherungs-
träger und ÖGB-Referatsleiterin für Gesundheits-
und Sozialversicherungspolitik

Priv.-Doz. DDr. Mehmet Özsoy

Präsident des Berufsverbands der Österreichischen
Urologen (BVU)

Dir. Dr. Michael Müller

Geschäftsbereich Leistung & Prävention,
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS),
Mitglied der Arbeitsgruppe

Mag.^a Dr.ⁱⁿ pharm.

Ulrike Mursch-Edlmayr

Präsidentin der Österreichischen Apothekerkammer

Priv.-Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ

Maria Paulke-Korinek, PhD, DTM

Abteilungsleitung Impfwesen, Sektion VII
(Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem),
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesund-
heit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK),
Mitglied der Arbeitsgruppe

Dr. Ulrich Radda

Regionalleiter Medizinischer Dienst Kärnten der
Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), Leiter des
Themenfeldes Public Health, Prävention und Impfen,
Mitglied der Arbeitsgruppe

Sektionsleitung Dr.ⁱⁿ Katharina Reich

Leitung der Sektion VII (Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem), Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK)

Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA

Leiter der Abt. Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich, stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention

Dr.ⁱⁿ Margit Saßhofer

Schulärztreferentin ÖÄK und ÄK für Wien, Mitglied der Arbeitsgruppe

OMR Dr. Rudolf Schmitzberger

Leiter des Referats für Impfanangelegenheiten der Österreichischen Ärztekammer, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Mitglied der Arbeitsgruppe

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz

Präsident der Karl Landsteiner Gesellschaft, Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie

Prof. Dr. Paul Sevelda

Präsident der Österreichischen Krebshilfe

Univ.-Prof. DDr. Shahrokh F. Shariat

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie (OeGU), Leiter des Comprehensive Cancer Centers der Medizinischen Universität Wien

Rudolf Silvan

Abgeordneter zum Nationalrat, SPÖ-Gesundheitssprecher

Univ.-Prof. Dr. Georg Stary

Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für STD und Dermatologische Mikrobiologie (ÖGSTD) und Delegierter der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV), Oberarzt an der Universitätsklinik für Dermatologie an der Medizinischen Universität Wien

OMR Dr. Johannes Steinhart

Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Toth

Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

Prim. Prof. Dr. Ewald Wöll

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO)

QUELLEN

- 1 Health Service Executive (HSE). Ireland's Cervical Cancer Elimination Action Plan 2025-2030, 15.11.2024
abrufbar unter https://assets.hse.ie/media/documents/Irelands_Cervical_Cancer_Elimination_Action_Plan_2025-2030.pdf (abgerufen am 07.04.2025)
- 2 National Health Service (NHS). Cervical cancer elimination by 2040 – plan for England, 28.03.2025
abrufbar unter <https://www.england.nhs.uk/long-read/cervical-cancer-elimination-by-2040-plan-for-england/> (abgerufen am 07.04.2025)
- 3 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). Humane Papillomaviren (HPV), 30.07.2024
abrufbar unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Humane-Papillomaviren-\(HPV\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Humane-Papillomaviren-(HPV).html) (abgerufen am 04.03.2025)
- 4 Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV), 08.01.2025
abrufbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/ueberblick/feigwarzen.html> (abgerufen am 04.03.2025)
- 5 Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Humane Papillomaviren (HPV), 06.11.2023
abrufbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/immunsystem/geschlechtskrankheiten/humane-papillomaviren-hpv.html> (abgerufen am 04.03.2025)
- 6 National Cancer Institute. HPV and Cancer, 31.01.2025
abrufbar unter <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-and-cancer> (abgerufen am 04.03.2025)
- 7 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). Impfplan Österreich 2024/2025, Version 1.1, 18.12.2024
abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-Österreich.html> (abgerufen am 04.03.2025)
- 8 Tiozzo G, Gurgel G, Kwiatkiewicz R, Postma MJ. The economic burden of HPV-related diseases: Austria. *Asc Academics*. 2024
Nicht öffentlich zugänglich, kann bei der Redaktion angefragt werden.
- 9 Karamousouli E, Sabale U, Valente S, Morosan F, Heuser M, Dodd O, Riley D, Heron L, Calabrò GE, Agorastos T, Sevela P, Krasznai ZT, Nahus S, Horby R. Readiness assessment for cervical cancer elimination and prevention of human papillomavirus (HPV)-related cancers in Europe - are we winning the RACE? *Expert Rev Vaccines*. 2025 Dec;24(1):11-26. doi: 10.1080/14760584.2024.2438759. Epub 2024 Dec 15. PMID: 39670677
abrufbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39670677/> (abgerufen am 04.03.2025)
- 10 Zervita e. V. Humane Papillomaviren (HPV), o. D.
abrufbar unter <https://zervita.de/hpv-und-krebs/humane-papillomviren-hpv/> (abgerufen am 06.05.2025)
- 11 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). Kurzbericht HPV 2023, 18.12.2024
abrufbar unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Humane-Papillomaviren-\(HPV\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Humane-Papillomaviren-(HPV).html) (abgerufen am 04.03.2025)
- 12 Statistik Austria. Krebserkrankungen in Österreich 2025, 2025
abrufbar unter https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Krebserkrankungen-in-Oesterreich-2025_barrierefrei.pdf (abgerufen am 06.05.2025)
- 13 European Commission. Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat's task force Luxembourg, 2013. Publications Office of the European Union 2013. DOI: 10.2785/11470
abrufbar unter: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/69399636-1113-4a38-9ad1-269c33d0c01/language-en> (abgerufen am 11.06.2025)
- 14 Segi M. Cancer Mortality for Selected Sites in 24 Countries (1950–1957), 1960. Sendai, Japan: Tohoku University School of Public Health (11.06.2025)
- 15 Statistik Austria. Daten zu Krebserkrankungen in Österreich nach SEGI 1960, Wien 2025
Nicht öffentlich zugänglich, persönliche Kommunikation (11.06.2025)
- 16 OECD/European Commission. Länderprofile Krebs: Österreich 2025, OECD Publishing, Paris, 2025. <https://doi.org/10.1787/f1856ead-de>, 03.02.2025
abrufbar unter https://www.oecd.org/de/publications/lander-profile-krebs-osterreich-2025_f1856ead-de.html (abgerufen am 04.03.2025)
- 17 World Health Organization (WHO). Roadmap to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem in the WHO European Region 2022–2030, 2022
abrufbar unter <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362396/72bg17e-Roadmap-CervicalCancer.pdf> (abgerufen am 04.03.2025)
- 18 L'Hôte M, Rubio I, Erba P, Kiss. Women & Cancer: More than 12 million reasons for actions. Policy Action Paper. European Cancer Organisation, 2024
abrufbar unter <https://www.europeancancer.org/resources/publications/reports/women-and-cancer-more-than-12-million-reasons-for-action.html> (abgerufen am 04.03.2025)
- 19 World Health Organization (WHO). Cervical Cancer, 05.03.2024
abrufbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer> (abgerufen am 04.03.2025)
- 20 European Commission. Europe's Beating Cancer Plan, 03.02.2021
abrufbar unter: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_o.pdf (abgerufen am 04.03.2025)

- 21 Europäische Kommission. Europas Plan gegen den Krebs: EU-Kommission geht verstärkt gegen durch Impfung verhütbare Krebsarten vor, 21.06.2024
abrufbar unter: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_24_3404 (abgerufen am 13.05.2025)
- 22 World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper (2022 update), Weekly epidemiological record, No 50, 2022; 97: 645–72, 16.12.2022
abrufbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365350/WER9750-eng-fre.pdf> (abgerufen am 13.05.2025)
- 23 Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie, Österreichische Krebshilfe. Österreichischer Krebsreport 2024, 2025
abrufbar unter <https://www.krebsreport.at/Krebsreport-2024.pdf> (abgerufen am 04.03.2025)
- 24 Reich O, Braune G, Eppel W, Fiedler T, Graf A, Hefler L, Joura E, Kölbl H, Marth C, Pokieser W, Regitnig P, Reinthaller A, Tamussino K, Widschwendter A, Zeimet A, Kohlberger P. Gemeinsame Leitlinie der OEGGG, AGO, AGK und ÖGZ zur Diagnose und Therapie von Cervikalen Intraepithelialen Neoplasien sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Qualität. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2018 Dec;78(12):1232-1244. doi: 10.1055/a-0764-4875. Epub 2018 Dec 14. PMID: 30651661; PMCID: PMC6301212
abrufbar unter: <https://oeggg.at/wp-content/uploads/2022/08/Leitlinie-CIN.pdf> (abgerufen am 04.03.2025)
- 25 European Patients' Forum (EPF), European Commission. European HPV Prevention Policy Atlas 2023, 2023
abrufbar unter: <https://hpv.srhrpolicyhub.org/> (abgerufen am 04.03.2025)
- 26 HPV World. Australia's national HPV vaccination program, o. D. abrufbar unter: <https://www.hpvworld.com/articles/australia-s-national-hpv-vaccination-program/> (abgerufen am 04.03.2025)
- 27 Australian Centre for the Prevention of Cervical Cancer. National Strategy for the Elimination of Cervical Cancer in Australia, November 2023
abrufbar unter: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-11/national-strategy-for-the-elimination-of-cervical-cancer-in-australia.pdf> (abgerufen am 04.03.2025)
- 28 Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, Frazer IH, Canfell K. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. Lancet Public Health. 2019 Jan;4(1):e19-e27. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30183-X. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30291040
- 29 Union for International Cancer Control. Sweden's journey to eliminate cervical cancer, 09.01.2025
abrufbar unter: <https://www.uicc.org/news-and-updates/news/swedens-journey-eliminate-cervical-cancer#:~:text=Sweden%27s%20strategy%20to%20eliminate%20cervical,to%20bridge%20the%20vaccination%20gap.> (abgerufen am 04.03.2025)
- 30 World Health Organization (WHO). HPV self-sampling in Sweden leading to faster elimination of cervical cancer, 26.08.2022
abrufbar unter: <https://www.who.int/europe/news-room/08-09-2022-hpv-self-sampling-in-sweden-leading-to-faster-elimination-of-cervical-cancer> (abgerufen am 04.03.2025)
- 31 World Health Organization (WHO). Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage, o. D.
abrufbar unter: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccination-coverage?CODE=SWE&ANTIGEN=HPV_FEM&YEAR=](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hpv)-vaccination-coverage?CODE=SWE&ANTIGEN=HPV_FEM&YEAR=) (abgerufen am 04.03.2025)
- 32 Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H. HPV Cockpit Österreich, 31.03.2025
abrufbar unter: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJjo-iMWFIMjY3NGUtZWRIiNSooNTkxLTgwZmMtZGY1ZTktOTBjOGY5IiwidCI6ImEwMGRINGVjLTQ4YTgtNDNhNi-iZTcoLWUzMTI3NGUyMDYwZCIsImMiOjF9> (abgerufen am 15.05.2025)
auch abrufbar unter: <https://impfen.gv.at/impfungen/hpv> (abgerufen am 11.06.2025)
- 33 Österreichischer Verband der Impfstoffhersteller. UPDATE: Budget – Impact HPV in Österreich. Was bringt die HPV Impfung?, Juni 2023
abrufbar unter: https://web.oevih.at/wp-content/uploads/2024/04/BIM_HPV_2024.pdf (abgerufen am 04.03.2025)
- 34 Tiozzo G, Gurgel G, Kwiatkiewicz, Postma MJ. HPV's Economic Burden: Unmasking the benefits of HPV prevention. Asc Academics. 2024
abrufbar unter: https://a.storyblok.com/f/148610/x/94beefee2f/global-report-hpv_2025-04-22.pdf (abgerufen am 11.06.2025)
auch abrufbar unter: <https://www.ascacademics.com/cases/economic-burden-of-hpv/> (abgerufen am 11.06.2025)
- 35 ELGA GmbH. Informationen zum e-Impfpass, o. D.
abrufbar unter: <https://www.elga.gv.at/e-impfpass/e-impfpass/> (abgerufen am 04.03.2025)
- 36 Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Jetzt das Richtige tun. Regierungsprogramm 2025–2029, 2025
abrufbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html> (abgerufen am 04.03.2025)
- 37 Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Lehrplan der Allgemeinbildenden Höheren Schule, 02.01.2023
abrufbar unter: https://rundschriften.bmbwf.gv.at/media/2023-11_anlagen_0012_ahs_bds.pdf (abgerufen am 04.03.2025)
- 38 Stadt Wien. School Nurses – Für die Gesundheit unserer Kinder, o. D.
abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratungsvorsorge/eltern-kind/beratung/school-nurses.html> (abgerufen am 04.03.2025)
- 39 Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). ArbeitnehmerInnenschutzgesetz § 81, tagesaktuelle Fassung, 01.01.2022
abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008910&Paragraf=81&ShowPrintPreview=True> (abgerufen am 04.03.2025)
- 40 Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland). Präventionsgesetz, 06.08.2019
abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html> (abgerufen am 04.03.2025)
- 41 Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie der OEGGG. HPV Task Force der OEGGG – Positionspapier,

- August 2022
abrufbar unter: <https://oeggg.at/wp-content/uploads/2022/08/HPV-Positionspapier.pdf> (abgerufen am 04.03.2025)
- 42 Malmberg C, Hofmarcher T. Krebs-Dashboard für Österreich. IHE – The Swedish Institute for Health Economics. 2024.
abrufbar unter: https://ihe.se/app/uploads/2024/10/IHE-Cancer-Dashboard-Austria_.pdf (abgerufen am 01.04.2025)
- 43 Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, Kitchener H, Segnan N, Gilham C, Giorgi-Rossi P, Berkhof J, Peto J, Meijer CJ; International HPV screening working group. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014 Feb 8;383(9916):524-32. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62218-7. Epub 2013 Nov 3. Erratum in: *Lancet*. 2015 Oct 10;386(10002):1446. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00411-0. PMID: 24192252
abrufbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24192252/> (abgerufen am 04.03.2025)
- 44 Landy R, Windridge P, Gillman MS, Sasieni PD. What cervical screening is appropriate for women who have been vaccinated against high risk HPV? A simulation study. *Int J Cancer*. 2018 Feb 15;142(4):709-718. doi: 10.1002/ijc.31094. Epub 2017 Nov 10. PMID: 29023748; PMCID: PMC5765470
abrufbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29023748/> (abgerufen am 04.03.2025)
- 45 OnkoZert GmbH. Kennzahlenauswertung 2025. Jahresbericht der zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten und Gynäkologischen Dysplasie-Sprechstunden, 06.05.2025
abrufbar unter: https://www.onkozert.de/wordpress/wp-content/uploads/2025/05/qualitaetsindikatoren_gynaekologische-dysplasien_2025-A1_250506.pdf?v=1b81833451 (abgerufen am 13.05.2024)
- 46 Jefferson DeKloe et al. Effects of HPV vaccination on the development of HPV-related cancers: A retrospective analysis of a United States-based cohort. *JCO* 42, 10507-10507(2024). DOI:10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.10507
abrufbar unter: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2024.42.16_suppl.10507 (abgerufen am 04.03.2025)
- 47 Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, Sundström K, Dillner J, Sparén P. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2020 Oct 1;383(14):1340-1348. doi: 10.1056/NEJMoa1917338. PMID: 32997908
abrufbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32997908/> (abgerufen am 04.03.2025)
- 48 Leitlinienprogramm Onkologie. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, Kurzversion 2.2, März 2022
abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-033OLk_S3_Diagnostik_Therapie_Nachsorge_Zervixkarzinom_2022-03.pdf (abgerufen am 04.03.2025)
- 49 Statistik Austria. Krebserkrankungen, 19.03.2025
abrufbar unter: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/krebserkrankungen> (abgerufen am 23.04.2025)
- 50 Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Gesundheitstelematikgesetz 2012 § 2, Fassung vom 17.02.2025
abrufbar unter: <https://ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120&FassungVom=2025-02-17&Artikel=&Paragraf=2&Anlage=&Uebergangsrecht=> (abgerufen am 04.03.2025)
- 51 Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Gesamte Rechtsvorschrift für E-Government-Gesetz, Fassung vom 21.03.2025
abrufbar unter: <https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003230> (abgerufen am 04.03.2025)
- 52 Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Gesamte Rechtsvorschrift für Bundesstatistikgesetz 2000, Fassung vom 13.05.2025
abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10006095> (abgerufen am 23.04.2025)
- 53 Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF). Start des Austrian Micro Data Center für die Forschung, o. D.
abrufbar unter: <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/Forschung/Aktuelles/Start-des-AMCD.html> (abgerufen am 04.03.2025)
- 54 Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Gesamte Rechtsvorschrift für Forschungsorganisationsgesetz, Fassung vom 21.03.2025
abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009514> (abgerufen am 04.03.2025)
- 55 Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Elektronischer Impfpass (eImpfpass), 24.04.2025
abrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/elga/elektronischer-impfpass.html> (abgerufen am 23.04.2025)
- 56 Hackl M. Completeness estimation of Austrian cancer incidence data, 2013
abrufbar unter: <https://repositorium.meduniwien.ac.at/obvumwhs/content/titleinfo/1715599> (abgerufen am 23.04.2025)
- 57 Statistik Austria. STATcube - Statistische Datenbank, o. D.
abrufbar unter: <https://www.statistik.at/datenbanken/statcube-statistische-datenbank> (abgerufen am 23.04.2025)
- 58 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-10-GM Version 2025; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2025, 13.09.2024
abrufbar unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/index.htm> (abgerufen am 23.04.2025)
- 59 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-O-3 Zweite Revision: Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, Dritte Ausgabe, Zweite Revision 2019, 27.11.2020
abrufbar unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-o-3/icd-03rev2html/index.htm> (abgerufen am 23.04.2025)
- 60 International Agency for Research on Cancer (IARC). WHO Classification of Tumours online. o. D.
abrufbar unter: <https://tumourclassification.iarc.who.int/welcome/> (abgerufen am 11.06.2025)
- 61 Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz § 11, Fassung vom 17.01.2025
abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791&FassungVom=2025-01-17&Artikel=&Paragraf=11&Anlage=&Uebergangsrecht=> (abgerufen am 04.03.2025)

IMPRESSUM

Redaktion und Projektkoordinierung:

Katharina Börries, HÖRHAN Strategy Consultants



HÖRHAN Strategy Consultants GmbH, Plankengasse 2 | Top 12, 1010 Wien, Österreich;
Firmensitz Wien – UID: ATU 78495969 | FN 587070 p | Handelsgericht Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Alle Beteiligten unter medizinisch wissenschaftlicher Leitung von Univ.-Prof. Dr. Elmar Joura

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe erhielten für ihre Beteiligung keine finanzielle Vergütung.
Die Unterstützung der Publikation erfolgte freiwillig und ebenfalls ohne Honorierung.

Herausgegeben von MSD Österreich



Merck Sharp & Dohme Ges.m.b.H.; THE ICON VIENNA, Wiedner Gürtel 9–13, 1100 Wien,
Österreich; Firmensitz Wien – FN 112226p | Handelsgericht Wien

AT-NON-03051 | Juni 2025

Bildnachweis:

ÖGB, Roland de Roo (Seite 52, Porträtfoto Mag.^a Claudia Neumayer-Stickler)

Oliver Topf (Seite 52, Porträtfoto OMR Dr. Johannes Steinhart)

Martin Hörmandinger (Seite 53, Porträtfoto Mag.^a pharm. Dr.ⁱⁿ Ulrike Mursch-Edlmayr)

Lukas Ilgner (Seite 54, Porträtfoto Peter Lehner)

Felicitas Martern – feel image (Seite 58, Porträtfoto Priv.-Doz. DDr. Memet Özsoy)

feelimage, MedUni Wien (Seite 59, Porträtfoto Univ.-Prof. Dr. Georg Stary)

OeGHO, Hörmandinger (Seite 59, Porträtfoto Prim. Prof. Dr. Ewald Wöll)

