

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

23
2026

4. Juni 2026

Epidemiologisches Bulletin

**HPV-Impfkommunikation –
Erkenntnisse aus InveSt HPV**

Inhalt

HPV-Impfkommunikation wirksam gestalten – Erkenntnisse aus InveSt HPV und Perspektiven für die Praxis 3

Nur etwa die Hälfte der 15-jährigen Mädchen und ein Drittel der gleichaltrigen Jungen in Deutschland sind vollständig gegen Humane Papillomviren (HPV) geimpft (Stand 2024). In der Interventionsstudie InveSt HPV wird untersucht, wie die HPV-Impfbereitschaft erhöht und die Impfquote nachhaltig verbessert werden kann. Im ersten Studienmodul wurde dafür das Potenzial von Einladungs- und Erinnerungssystemen untersucht. Im zweiten Modul wurden Schulungskonzepte für medizinisches Personal in pädiatrischen Praxen entwickelt, angewendet und evaluiert. Dieser Beitrag fasst die Inhalte des Abschlussworkshops von Modul 2 vom 18. und 19. März 2026 zusammen. Vorgestellt werden unter anderem das Studiendesign, die Ergebnisse zweier Repräsentativbefragungen sowie die Entwicklung und Evaluation der Schulungen. Darüber hinaus werden Aufwand und Nutzen der Schulungen sowie Perspektiven für deren nachhaltige Implementierung in die Praxis diskutiert.

Effective HPV vaccination communication: Insights from InveSt HPV and perspectives for practice

Only around half of 15-year-old girls and a third of boys of the same age in Germany are fully vaccinated against human papillomavirus (HPV) (as of 2024). The InveSt HPV intervention study addresses this issue by investigating how to increase willingness to receive the HPV vaccine and improve HPV vaccination rates in the long term. In the first study module, the potential of invitation and reminder systems was investigated for this purpose. In the second module, training concepts for healthcare professionals in paediatric practices were developed, implemented and evaluated. This paper summarises the content of the final workshop of Module 2 held on 18 and 19 March 2026. Among other things, the study design, the results of two representative surveys, and the development and evaluation of the training sessions are presented. Furthermore, the costs and benefits of the training sessions, as well as prospects for their sustainable implementation in practice, are discussed.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 22. Woche 2026 10

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: März 2026 13

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon: 030 18754-0
E-Mail: EpidBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
(Ltd. Redakteurin)
Sabine Trömer
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt
Sabine Schleusener
(Stellv. Redaktionsassistentin)

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

HPV-Impfkommunikation wirksam gestalten – Erkenntnisse aus InveSt HPV und Perspektiven für die Praxis

Tagungsbericht vom RKI-Workshop 2026

Einleitung

Am 18. und 19. März 2026 fand in Berlin der Abschlussworkshop von Modul 2 der Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland (InveSt HPV) unter dem Titel „HPV-Impfkommunikation wirksam gestalten – Erkenntnisse aus InveSt HPV und Perspektiven für die Praxis“ statt. Modul 2 untersuchte den Effekt der Schulung von medizinischem Personal in pädiatrisch tätigen Praxen zum Thema Humane Papillomviren (HPV)/HPV-Impfung und Impfkommunikation (s. Kasten auf dieser Seite).

Ziel des Workshops war es, erstmalig die zentralen Projektergebnisse aus Modul 2 vorzustellen und gemeinsam mit den Projektpartnern sowie Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitssystem zu diskutieren.

Beginnend mit einem Kurzüberblick zum Projekt InveSt HPV und der anschließenden Vorstellung der Ergebnisse zweier Repräsentativbefragungen, die als Grundlage für die Entwicklung der Schulungsdienste, wurden anschließend Einblicke in die gewählten Strategien zur Gewinnung pädiatrischer Praxen für die Studie und dabei begegneten Herausforderungen gegeben. Die Kooperationspartner des Projekts vermittelten lebendige Einblicke in die HPV-Wissensschulung und in die *Motivational Interviewing*-(MI)-Schulung und berichteten über das Feedback der Teilnehmenden. Daran schloss sich der Erfahrungsbericht einer Schulungsteilnehmerin an. Zum Schluss wurden die Evaluationsergebnisse der Schulungen anhand von Längsschnittdaten basierend auf mehreren Befragungen der Teilnehmenden sowie Abrechnungsdaten zur Anzahl von durchgeführten HPV-Impfungen in den teilnehmenden Praxen vor und nach der Schulung vorgestellt. Auf diesen Kurzvorträgen aufbauend fanden Diskussionen in Kleingruppen statt

über den Aufwand und Nutzen der Schulungen sowie Möglichkeiten, diese nachhaltig in die Praxis zu überführen.

Nachfolgende Abschnitte geben einen Einblick in die Vorträge und die Ergebnisse der Gruppendiskussionen.

Die Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland (InveSt HPV)



InveSt HPV startete im Januar 2023 mit dem Ziel, praxisnahe Ansätze zur Steigerung der HPV-Impfbereitschaft zu entwickeln und zu evaluieren. Motivation für die Durchführung der Studie sind die seit Jahren niedrigen HPV-Impfquoten bei Jungen und Mädchen in Deutschland – so sind nur etwa die Hälfte der 15-jährigen Mädchen und ein Drittel der gleichaltrigen Jungen vollständig gegen HPV geimpft (Stand: 2024).

Im ersten Studienmodul wurden die Potenziale von Einladungs- und Erinnerungssystemen untersucht.¹ Im Rahmen des zweiten Studienmoduls wurden Schulungen für medizinisches Personal in pädiatrischen Praxen entwickelt und in zwei Interventionsregionen (Bremen, ausgewählte Landkreise in Bayern) angeboten. Hierfür wurden Praxen in drei Studiengruppen (HPV-Wissensschulung, *Motivational Interviewing*-(MI)-Schulung, Kontrollgruppe) eingeteilt. Die Schulungen wurden hinsichtlich ihrer Effekte auf u. a. Wissen, Selbstwirksamkeit und die Inanspruchnahme der HPV-Impfung evaluiert.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt endet nach dreieinhalb Jahren Laufzeit im Juni 2026.

Befragungen zeigen Wissenslücken und geschlechterspezifische Unterschiede bei der HPV-Impfung

Nora Schmid-Küpke stellte Ergebnisse von Repräsentativbefragungen mit Eltern und medizinischem Personal (Ärzterschaft und Medizinischen Fachgesellschaften [MFA]) vor. Die telefonischen Befragungen wurden Ende 2023 durchgeführt und dienten der Erhebung der Bedarfe von Eltern, die über die HPV-Impfung ihres Kindes entscheiden, sowie von medizinischem Personal, das zur Impfung berät und diese durchführt.

Zentrale Ergebnisse der Elternbefragung zeigen, dass sich weniger als die Hälfte der Eltern an eine Impfempfehlung ihrer Ärztin oder ihres Arztes erinnern konnte. Ein Drittel der Eltern ist gegenüber der HPV-Impfung zögerlich. Eltern von Mädchen haben eine positivere Einstellung zur HPV-Impfung als Eltern von Jungen. Zudem bestehen Falschwissen und Unsicherheiten, etwa zum Schutz durch Kondome sowie zu den Krebsarten, vor denen die HPV-Impfung schützt, und zur Betroffenheit von Jungen von HPV-bedingten Krebserkrankungen. Ursachen der Impfzögerlichkeit (*Attitude Roots*, s. Kasten auf dieser Seite) sind Ängste, ungerechtfertigte Überzeugungen und Misstrauen gegenüber der HPV-Impfung.

Die Befragung des medizinischen Personals ergab insgesamt eine sehr positive Einstellung zur HPV-Impfung, wobei die Impfung von Mädchen als etwas wichtiger eingeschätzt wird als die von Jungen. Gleichzeitig bestehen Unsicherheiten, etwa zur Lebenszeitprävalenz, zu HPV-Typen und zu Kontraindikationen, die bei MFA stärker ausgeprägt sind als bei der Ärzteschaft. Als besonders herausfordernd wird der Umgang mit elterlichen Aussagen empfunden, die von Ängsten zur HPV-Impfung oder Misstrauen gegenüber der HPV-Impfung geprägt sind.

Timing, Incentives, Netzwerke: Wie die Gewinnung von Praxen für Studien gelingen kann

Im Vortrag zur Gewinnung pädiatrischer Praxen im Rahmen von InveSt HPV präsentierte Johannes Lachmann den Ablauf der Studienrekrutierung, die

Teilnahmequoten sowie zentrale *lessons learned* aus der praktischen Umsetzung. Ein Viertel der kontaktierten Praxen aus den Interventionsregionen Bremen und Bayern konnte für die Studie gewonnen werden. Innerhalb der teilnehmenden Praxen beteiligten sich über 90% der Ärzteschaft und MFA an der Studie. Als wichtiger Faktor für die Beteiligung wurde die Nutzung bestehender beruflicher Netzwerke – im Falle von InveSt HPV über den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) – benannt. Darüber hinaus erwies sich die finanzielle Incentivierung für die Studie als ein wichtiger Motivationsfaktor, insbesondere für MFA.

Was sind Attitude Roots?

Impfzögerliche Eltern bzw. Kinder nennen in Gesprächen verschiedene Gründe, um sich oder ihre Kinder nicht impfen zu lassen. Für medizinische Fachkräfte ist es beinahe unmöglich, auf all diese Aussagen mit guten Argumenten vorbereitet zu sein. Eine Gruppe aus Forschenden hat daher eine Taxonomie entwickelt, in der Aussagen von Impfzögerlichkeit ihren zugrundeliegenden psychologischen Ursachen – sogenannten *Attitude Roots* bzw. „Einstellungsursachen“ – zugeordnet werden können.² Diese Taxonomie ermöglicht es, häufige Aussagen von Impfzögerlichkeit auf elf Einstellungsursachen herunterzubrechen:

- ▶ Verschwörungsglauben,
- ▶ Misstrauen,
- ▶ Religiöse Bedenken,
- ▶ Ungerechtfertigte Überzeugungen,
- ▶ Weltanschauungen und Politik,
- ▶ Ängste und Phobien,
- ▶ Moralische Bedenken,
- ▶ Reaktanz,
- ▶ Verzerrte Risikowahrnehmung,
- ▶ Vermeintliche Eigeninteressen,
- ▶ Epistemischer Relativismus

Ausführliche Erklärungen zu den *Attitude Roots* finden sich auf der Lernplattform des EU-Projekts JITSUVAX: <https://jitsuvax.info/de/welcome/>.

Einblick in die HPV-Wissensschulung: praxisnah und präventiv

Andrea Mais und Heike Kramer von der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. (ÄGGF, Kooperationspartner des Projekts) gaben anschließend einen lebhaften Einblick in die Inhalte der HPV-Wissensschulung. Sie illustrierten, welche Themen in der zweieinhalbstündigen Schulung vermittelt wurden und wie diese an den Bedarfen von Eltern und medizinischem Personal ausgerichtet waren. Besonders eindrücklich für die Schulungsteilnehmenden waren die Erfahrungen aus der Arbeit mit Eltern, Schülerinnen und Schülern, die die ÄGGF in die Schulungen einbrachte und auch mit den Workshop-Teilnehmenden teilte. Der Impulsvortrag schloss mit *lessons learned* aus der Durchführung der Schulungen, darunter die Erkenntnis, dass trotz anfänglicher Skepsis hinsichtlich der Relevanz der Inhalte wichtige Botschaften vermittelt wurden (z. B. frühes Impfen ab neun Jahren statt Warten bis zur J₁ oder die korrekte Bezeichnung HPV- statt Gebärmutterhalskrebs-Impfung, um Jungen und deren Eltern die Relevanz der Impfung zu verdeutlichen).

Einblick in die Schulung zu Motivational Interviewing: Ein innovativer Gesprächsansatz

Es folgte Jule Schmitz' Impulsvortrag, die als wissenschaftliche Mitarbeiterin des zweiten Kooperationspartners, der Universität Erfurt, die Schulungen zu MI durchführte. Auch hier erfolgte ein Überblick zu den Inhalten der viereinhalbstündigen Schulung mit einem besonderen Fokus darauf, was MI auszeichnet und wie die *Attitude Roots* (s. Kasten auf S. 4) genutzt wurden, um Beispiele zu generieren und die MI-Techniken zu üben. Für einen praktischen Einblick in die Schulung erklärte Jule Schmitz den Workshop-Teilnehmenden die Technik des reflektierten Antwortens und veranschaulichte an verschiedenen Beispielen, wie die einfache bzw. komplexe Reflektion das Gespräch zwischen Eltern und medizinischem Personal verändern kann. Die *lessons learned* aus den Schulungen zeigten eindrücklich, wie die simulierten Gespräche den Teilnehmenden halfen, ein Gespräch nach MI aus Sicht der Eltern zu erleben. Gleichzeitig wurde deutlich, wie herausfordernd es insbesondere für die teilneh-

mende Ärzteschaft war, von ihrem seit Jahren praktizierten Gesprächsansatz abzuweichen.

Perspektivwechsel – Erfahrung der Teilnehmenden

Anschließend berichtete Anke Steuerer, Vizepräsidentin des BVKJ, von ihren Erfahrungen als Teilnehmende der MI-Schulung. Die MI-Schulung wurde von Frau Steuerer insgesamt als gewinnbringend bewertet, da viele Inhalte – insbesondere offene Fragetechniken – erfolgreich in den Praxisalltag integriert werden konnten und zur besseren Ansprache impfzögerlicher Eltern beitrugen. Die Teilnahme der Studie war anfangs organisatorisch herausfordernd. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde der Wunsch geäußert, die Schulungsangebote perspektivisch in das reguläre Fortbildungsangebot zu überführen.

Evaluation (erster Teil): Die Schulungen stärken MFA und Ärzteschaft in der Kommunikation zur HPV-Impfung

Ein zentraler Baustein der *InveSt HPV*-Studie und des Abschlussworkshops war die umfassende Evaluation der Schulungen, die aus zwei Teilen bestand. Der erste Teil umfasste Befragungen, in denen die Teilnehmenden Fragen zu ihrem HPV- und MI-Wissen, zur Selbstwirksamkeit in Impfgesprächen, zum Umgang mit Impfzögerlichkeit (*Attitude Roots*) sowie zur Anwendung des Erlernen beantworteten. Es wurde geprüft, inwiefern sich die Veränderung über die Zeit zwischen den drei Studiengruppen (HPV-Wissensschulung, MI-Schulung, Kontrollgruppe) signifikant unterscheidet, um mögliche Effekte der beiden Schulungen zu identifizieren.

Elisa Wulkotte legte in ihrem Vortrag dar, dass beide Schulungen deutliche und auch nach drei Monaten stabile Effekte auf das jeweils vermittelte Wissen haben. Die nachhaltigen Wissensseffekte bilden eine wichtige Grundlage für verbesserte Impfgespräche in der Praxis. Zudem führten die Schulungen dazu, dass sich teilnehmende MFA und die Ärzteschaft in Impfgesprächen selbstsicherer fühlten. Diese Steigerung der Selbstwirksamkeit zeigt, dass sowohl die HPV-Wissensschulung als auch die MI-Schulung

medizinisches Fachpersonal in HPV-Impfgesprächen stärken, was von den Workshop-Teilnehmenden als großer Nutzen bewertet wurde.

Keine nachhaltigen Effekte zeigten sich jedoch im Umgang mit Impfzögerlichkeit (*Attitude Roots*); häufige Bedenken von Eltern zur HPV-Impfung konnten von den Schulungsteilnehmenden nicht leichter adressiert werden (Selbsteinschätzung der Teilnehmenden). Abschließend wurde betont, dass Impfgespräche stets im Zusammenspiel zweier Parteien stattfinden. Die Perspektive der Eltern als Gesprächspartner konnte in dieser Evaluation nicht erfasst werden, spiegelt sich jedoch indirekt in der nachfolgenden Evaluation zur Inanspruchnahme der HPV-Impfung wider.

Evaluation (zweiter Teil): Die Anzahl der durchgeführten HPV-Impfungen steigt nach beiden Schulungen

Der zweite Teil der Evaluation umfasste die von Julia Wilhelm präsentierte Analyse der Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur Entwicklung der HPV-Impfzahlen in den teilnehmenden Praxen. Ziel war es, zu untersuchen, inwieweit die Schulungen in den Interventionspraxen zu einer Steigerung der HPV-Impfzahlen im Vergleich zur Kontrollgruppe führen.

Analysiert wurden längsschnittliche KV-Daten zu den monatlich durchgeführten HPV-Impfungen in den drei Studienarmen (HPV-Wissenschulung, MI-Schulung, Kontrollgruppe) über den gesamten Beobachtungszeitraum. Dieser umfasste eine einjährige Prä-Interventionsphase, eine Interventionsphase (Monate, in denen Schulungen stattfanden) sowie eine Post-Interventionsphase (sechs Monate nach den Schulungen). Die KVen aus Bremen und Bayern stellten hierfür Routinedaten zu HPV-Impfkennziffern, Alter und Geschlecht der geimpften Personen sowie Impfmonat/-jahr bereit. Auf dieser Basis wurden durchschnittliche Impfzahlen der Interventionspraxen im Vergleich zur Prä-Interventionsphase und Kontrollgruppe während und nach der Interventionsphase ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass beide Interventionen zu einer signifikanten Steigerung der HPV-Impfzahlen im niedrigeren zweistelligen Bereich führten. Insgesamt wei-

sen die Ergebnisse darauf hin, dass sowohl HPV-Wissenschulungen als auch MI-basierte Kommunikationsschulungen die Impfzahlen erhöhen können.

Zum Abschluss des ersten Workshoptags reflektierten die Teilnehmenden gemeinsam ihre ersten Eindrücke zu den vorgestellten Ergebnissen. Ziel des zweiten Workshoptages war die Diskussion der beiden Themenkomplexe „Aufwand und Nutzen der Schulungen“ sowie „Möglichkeiten, diese nachhaltig in die Praxis zu überführen“. Hierfür wurden die Teilnehmenden in vier Kleingruppen eingeteilt. Die Ergebnisse der Gruppenarbeiten wurden von den einzelnen Gruppen im Plenum vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Nachfolgende Abschnitte fassen die Ergebnisse der Plenumsvorstellung und -diskussion zusammen.

Gruppenarbeit 1: Rechtfertigt der Nutzen den Aufwand der Schulungen?

Als zentrale Effekte und damit Nutzen beider Schulungen wurden eine Steigerung der Impfzahlen, eine erhöhte Sensibilisierung in den Praxen sowie – im Falle der MI-Schulung – eine verbesserte Anwendung von Gesprächstechniken benannt. Alle Gruppen stellten heraus, dass beide Schulungsformate ihr jeweiliges Wissen (zu HPV/zur HPV-Impfung und zu Gesprächstechniken von MI) erfolgreich vermitteln konnten. Gleichzeitig blieb teils unklar, welche spezifischen Faktoren die beobachteten Effekte – insbesondere die Steigerung der Impfzahlen – erklären. Als mögliche Einflussgrößen wurden unter anderem eine erhöhte Aufmerksamkeit für das Thema, ein Zugewinn an Wissen, früheres Impfen sowie eine gesteigerte Selbstwirksamkeit in Impfgesprächen genannt. Für die HPV-Wissenschulung wurde im Vergleich zur MI-Schulung hervorgehoben, dass sie mit geringerem zeitlichem Aufwand verbunden ist (2,5 vs. 4,5 Stunden) und mit einer größeren Teilnehmendenzahl (30 vs. 12) durchgeführt werden kann. Bezüglich der MI-Schulung betonten die Teilnehmenden jedoch auch die breitere Anwendung (auf andere Impfungen und sogar Beratungsgespräche im Allgemeinen).

Alle Teilnehmenden waren sich einig, dass der Aufwand des Projekts hoch war, sich jedoch durch den

Nutzen in Form steigender Impffzahlen und potenziell verbesserter Impfquoten rechtfertigen ließ. Zudem wurde betont, dass die Evidenz zur Wirksamkeit der Schulungen zunächst generiert werden musste und nun eine Grundlage für ein ressourcenschonenderes Weiterarbeiten bietet. Gleichzeitig bestand Konsens, dass eine derartig aufwendige Evaluation langfristig nicht fortgeführt werden kann – jedoch auch nicht erforderlich ist.

Gruppenarbeit 2: Wie gelingt der Transfer in die Praxis?

In der zweiten Gruppenarbeit erarbeiteten die Teilnehmenden Ansätze, mit denen sich die Schulungen oder Anteile daraus erfolgreich in die Praxis überführen lassen könnten. Dabei ging es unter anderem darum, welche Strukturen genutzt werden können und wie sich die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Schulung erhöhen lässt.

Als zentrale Voraussetzung für eine nachhaltige Umsetzung wurde die zielgerichtete Ansprache von Praxen hervorgehoben. Eine aktive Bewerbung der Schulungen, ergänzt durch Erfahrungsberichte von Teilnehmenden, kann den Nutzen sichtbarer machen und die Teilnahmebereitschaft erhöhen. Auch Anreizsysteme, etwa durch Fortbildungspunkte, wurden von einigen Teilnehmenden als hilfreich eingeschätzt. Zudem wurde diskutiert, Schulungen bzw. Schulungsinhalte über die Bundesärztekammer stärker zu verankern, um so eine größere Reichweite zu erzielen. Gleichzeitig wurde eine Ausweitung auf weitere Fachrichtungen, insbesondere Allgemeinmedizin und Gynäkologie, angeregt.

Für die MI-Schulung wurde empfohlen, die Übertragbarkeit auf andere Themen stärker zu betonen und aktiv zu bewerben. Auch die HPV-Wissenschulung könnte inhaltlich geöffnet bzw. auf weitere Impfungen ausgeweitet werden. Didaktisch wurde v. a. für die MI-Schulung eine Kombination aus Online-Grundlagen und praxisnahen Präsenzübungen vorgeschlagen, ergänzt durch regelmäßige Auffrischungsformate. In Online-Formaten könnten MI-Techniken zudem in simulierten Gesprächen, auch mit Unterstützung künstlicher Intelligenz (KI), geübt werden. Gleichzeitig wurden rein digitale Formate als potenziell weniger wirksam einge-

schätzt, wenn sie auch insbesondere für die HPV-Wissensvermittlung eine praktikable Alternative wären. Die Teilnehmenden diskutierten zudem über eine Kombination der beiden Schulungsformate. Eine solche Weiterentwicklung könnte im Rahmen eines Folgeprojekts erfolgen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) betonte, dass dabei auch eine weiterführende Evaluation sinnvoll sei.

Zur Skalierung wurden *Train-the-Trainer*-Konzepte diskutiert. Auch bestehende Verbandsstrukturen, etwa des BVKJ, könnten genutzt werden.

In Bezug auf die Finanzierung diskutierten die Teilnehmenden verschiedene Optionen, darunter befristete Förderungen durch Bund oder Länder (z. B. als Forschungs-/Pilotprojekt für kombinierte Schulungen), Beiträge der Selbstverwaltung sowie eine Beteiligung von Krankenkassen. Für eine nachhaltige Umsetzung seien jedoch langfristige Finanzierungsmodelle erforderlich. Zudem wurden strukturelle Anpassungen angeregt, etwa eine stärkere Verankerung präventiver Inhalte in Vorsorgeuntersuchungen.

Als bislang unzureichend erreichte Zielgruppen wurden insbesondere Eltern ohne feste Praxisanbindung sowie nicht-deutschsprachige Personen genannt. Hierfür wurden niedrigschwellige, mehrsprachige, kultursensible und aufsuchende Angebote als wichtig hervorgehoben. Die Einbindung Community-orientierter Ansätze, etwa durch Akteurinnen und Akteure mit entsprechenden Sprach- und Kulturkompetenzen (z. B. Gesundheitsfachkräfte im Quartier; Mitarbeitende der Gesundheitsinitiative „Mit Migranten für Migranten“, MiMis), wurde empfohlen.

Fazit

Die vorgestellten Evaluationsergebnisse im Workshop verdeutlichten, dass beide Schulungsformate ihre jeweiligen Inhalte effektiv und nachhaltig vermitteln konnten: zum einen Wissen zu HPV und zur HPV-Impfung, zum anderen Kenntnisse zu Gesprächstechniken des *Motivational Interviewing*. Darüber hinaus fühlten sich die Teilnehmenden in Impfgesprächen selbstsicherer und die Anzahl der durchgeführten HPV-Impfungen stieg in den teil-

nehmenden Praxen. Zugleich zeigte sich, dass beide Schulungsformate unterschiedliche Stärken haben. Diskutiert wurden vor allem der zeitliche Aufwand für die Teilnahme, die Gruppengröße sowie die Anwendungsmöglichkeiten der Schulungsinhalte. Insgesamt bestand Einigkeit darüber, dass der hohe Aufwand im Projekt angesichts der erreichten Effekte gerechtfertigt war und die entwickelten Ansätze deshalb weitergeführt werden sollten.

Vor diesem Hintergrund wurden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, wie die Schulungen in die Praxis übertragen werden können. Wichtig war dabei vor allem eine gezielte Ansprache potenzieller Teilnehmender, um die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen. In diesem Zusammenhang wurden auch unterschiedliche Anreizsysteme besprochen. Zudem wurde betont, dass die Schulungen dauerhaft verankert werden sollten, zum Beispiel über be-

stehende Verbandsstrukturen, und perspektivisch auch auf weitere Fachrichtungen ausgeweitet werden könnten.

Außerdem wurde über eine didaktische und inhaltliche Weiterentwicklung gesprochen, etwa durch KI-gestützte Übungen für Gesprächssituationen v. a. für MI oder durch eine Kombination der beiden Schulungsformate. Bei dieser Weiterentwicklung könnte der Einbezug von Kultur- und Sprachmittlern sinnvoll sein, um perspektivisch auch weitere Zielgruppen zu erreichen.

Für den wichtigen Punkt der Finanzierung kommen kurzfristig verschiedene Fördermöglichkeiten durch Bund und Länder infrage. Langfristig ist jedoch ein tragfähiges Finanzierungsmodell erforderlich, damit die Schulungen dauerhaft weitergeführt werden können.

Literatur

- 1 Fasce, A., Schmid, P., Holford, D. L., Bates, L., Gurevych, I., Lewandowsky, S. (2023). A taxonomy of anti-vaccination arguments from a systematic literature review and text modelling. *Nature human behaviour*, 7(9), 1462-1480.
- 2 Takla, A., Wulkotte, E., Bichel, Y., Lachmann, J., Trübswetter, A., Wilhelm, J., ... Schmid-Küpke, N. (2025). Impferinnerungen in Deutschland: Bestandsaufnahme und Ideen für morgen am Beispiel der HPV-Impfung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 68(4), 398-407.

Webseite des EU-Projekts JITSUVAX:
<https://jitsuvax.info/>

Autoren

- ^{a)} Nora Schmid-Küpke | ^{a)} Elisa Wulkotte | ^{a)} Johannes Lachmann | ^{a)} Yvonne Bichel | ^{a)} Julia Wilhelm | ^{b,c)} Jule Marie Schmitz | ^{d)} Prof. Dr. Philipp Schmid | ^{e)} Dr. Heike Kramer | ^{e)} Andrea Mais | ^{a)} Dr. Anja Takla
- ^{a)} Fachgebiet 33: Impfprävention/STIKO, Robert Koch-Institut
- ^{b)} Institute for Planetary Health Behaviour, Health Communication, University of Erfurt, Germany
- ^{c)} Amsterdam School of Communication Research, University of Amsterdam, the Netherlands
- ^{d)} Centre for Language Studies, Radboud University, Nijmegen, the Netherlands
- ^{e)} Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V., Hamburg

Korrespondenz: KuepkeN@rki.de

Interessenkonflikt

Dr. Heike Kramer erhielt in der Vergangenheit Vortragshonorare von MSD. Alle anderen Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Schmid-Küpke N, Wulkotte E, Lachmann J, Bichel Y, Wilhelm J, Schmitz JM, Schmid P, Kramer H, Mais A, Takla A: HPV-Impfkommunikation wirksam gestalten – Erkenntnisse aus InveSt HPV und Perspektiven für die Praxis

Epid Bull 2026;23:3-9 | DOI 10.25646/14259

Teilnehmende

Insgesamt nahmen 23 Personen an dem Workshop teil. Vertreten waren neben dem Projektteam und Mitarbeitenden des Robert Koch-Instituts Mitarbeitende der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF), der Universität Erfurt, der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, der Ärztekammer Nordrhein, des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V., des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des JitsuVAX-Projekts, der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI), des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ), des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) sowie Teilnehmende aus den Studienpraxen.

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmenden des Workshops für ihr Engagement sowie den offenen und konstruktiven Austausch.

Open access



Creative Commons Namensnennung.
4.0 International

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

22. Woche 2026 (Datenstand: 3. Juni 2026) – abrufbar auch als interaktives [Dashboard](#)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	34	1.346	1.274	8	291	322	9	182	129	33	2.964	4.378	35	849	1.301
Bayern	79	2.253	1.924	15	501	504	9	219	173	85	5.155	6.479	81	1.632	2.659
Berlin	31	849	713	2	126	141	3	94	91	25	3.172	2.115	46	1.102	1.205
Brandenburg	35	654	522	6	108	109	7	60	60	30	3.137	2.454	67	1.482	1.920
Bremen	11	162	139	1	12	11	0	19	23	5	443	338	7	262	104
Hamburg	7	415	424	0	45	73	2	62	51	20	1.590	1.171	11	434	592
Hessen	34	1.107	995	12	220	290	11	195	196	38	2.742	3.556	28	1.108	1.306
Mecklenburg-Vorpommern	27	531	385	1	78	70	1	72	77	27	1.761	1.519	41	735	909
Niedersachsen	53	1.484	1.323	4	259	244	3	320	238	41	3.701	4.596	85	1.370	3.131
Nordrhein-Westfalen	143	4.517	3.797	16	568	590	14	414	381	99	7.471	12.094	131	2.402	4.376
Rheinland-Pfalz	44	902	894	6	161	197	5	125	87	24	1.877	3.124	27	543	1.344
Saarland	6	252	253	1	32	43	3	53	40	2	456	792	1	70	634
Sachsen	60	1.292	1.018	5	188	227	4	124	100	54	3.919	4.859	66	2.381	1.816
Sachsen-Anhalt	29	571	488	3	136	150	1	62	58	37	2.234	2.606	30	661	1.771
Schleswig-Holstein	18	629	488	2	75	85	8	114	85	33	2.149	1.489	42	592	578
Thüringen	24	683	462	8	282	219	3	86	69	34	2.145	2.464	13	831	1.446
Deutschland	635	17.647	15.099	90	3.082	3.275	83	2.201	1.858	587	44.916	54.034	711	16.454	25.092

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	2	41	47	33	826	977	12	404	510	3	171	243	10	21.268	33.138
Bayern	0	41	85	49	1.100	1.569	20	536	679	16	235	243	28	31.202	71.599
Berlin	1	13	22	23	384	649	7	211	214	0	119	125	0	7.892	15.336
Brandenburg	1	11	15	3	88	136	0	51	72	5	48	30	2	11.205	18.084
Bremen	1	4	5	1	82	148	1	29	48	1	30	29	0	995	1.187
Hamburg	0	7	13	11	245	614	5	101	118	1	66	103	6	4.549	9.738
Hessen	1	29	34	22	386	643	8	228	253	6	175	185	15	10.836	20.730
Mecklenburg-Vorpommern	0	13	7	1	59	72	1	28	39	0	27	27	3	11.720	13.254
Niedersachsen	1	41	57	17	617	812	6	270	327	3	132	119	7	14.775	28.409
Nordrhein-Westfalen	4	82	89	51	1.362	2.016	37	658	885	11	335	393	16	34.066	63.815
Rheinland-Pfalz	0	8	23	9	343	501	4	152	153	5	78	100	8	9.147	16.772
Saarland	0	6	8	4	76	114	2	54	69	0	17	21	0	1.884	3.199
Sachsen	1	11	16	6	148	184	4	113	100	2	46	72	6	21.736	43.002
Sachsen-Anhalt	0	7	7	7	100	180	4	55	64	0	37	40	3	11.291	25.946
Schleswig-Holstein	1	12	12	7	136	253	5	97	140	1	40	41	4	6.686	10.600
Thüringen	1	11	13	2	64	89	2	35	59	0	35	32	3	10.782	17.745
Deutschland	14	337	453	246	6.016	8.957	118	3.022	3.730	54	1.591	1.803	111	210.034	392.554

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	0	8	17	2	10	7	0	0	0	18	598	427	27	1.514	1.776
Bayern	0	4	27	2	7	36	0	0	0	66	1.796	693	57	2.523	3.269
Berlin	0	2	10	1	4	7	0	0	0	6	92	118	22	468	612
Brandenburg	0	1	3	0	1	4	0	0	0	3	123	189	8	256	380
Bremen	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	3	17	3	55	43
Hamburg	0	1	3	0	2	4	0	0	0	5	81	81	7	236	340
Hessen	0	12	19	0	10	11	0	0	1	10	178	247	20	448	424
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	92	89	4	68	110
Niedersachsen	0	13	15	1	9	17	0	0	0	6	127	244	20	713	627
Nordrhein-Westfalen	0	13	37	2	27	41	0	0	1	28	495	564	98	2.046	1.799
Rheinland-Pfalz	0	2	8	0	5	6	0	0	0	51	315	199	16	319	424
Saarland	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	36	96	7	93	62
Sachsen	0	0	8	0	3	10	0	0	0	23	379	312	53	826	1.070
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	2	0	0	0	0	6	289	397	6	77	85
Schleswig-Holstein	1	1	0	0	5	4	0	0	0	1	44	75	12	366	272
Thüringen	0	0	1	0	1	1	0	0	0	11	307	324	18	300	183
Deutschland	1	57	152	8	88	151	0	0	2	237	4.955	4.072	378	10.308	11.476

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.	22.	1.–22.	1.–22.
Baden-Württemberg	3	45	39	23	519	521	0	40	41	5	48	54	6	2.841	2.949
Bayern	1	41	39	14	411	509	2	101	124	2	44	57	14	4.842	4.887
Berlin	1	30	33	13	215	340	0	11	19	0	37	28	5	1.355	1.843
Brandenburg	0	6	3	2	101	86	2	39	45	0	8	15	1	1.704	1.325
Bremen	0	0	0	2	18	16	1	6	8	0	0	0	1	126	156
Hamburg	2	10	12	4	157	209	2	16	15	2	23	25	1	478	890
Hessen	1	25	24	20	468	530	3	51	49	1	39	45	4	1.760	2.277
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	2	51	55	0	20	24	0	9	11	1	1.106	1.083
Niedersachsen	1	21	17	9	323	328	2	53	78	2	52	52	5	1.952	2.138
Nordrhein-Westfalen	4	85	66	43	816	1.099	4	201	273	4	141	135	24	4.750	6.496
Rheinland-Pfalz	0	13	8	7	125	211	0	33	45	0	16	17	6	1.500	1.562
Saarland	0	5	4	0	18	24	0	5	9	0	14	4	1	490	486
Sachsen	1	10	4	3	121	142	4	119	151	1	28	26	4	2.593	2.656
Sachsen-Anhalt	0	14	2	1	93	84	1	53	35	0	18	24	1	1.258	1.342
Schleswig-Holstein	0	14	8	5	95	119	3	28	26	0	10	11	4	1.208	1.213
Thüringen	0	3	6	6	65	72	2	22	22	0	16	18	4	1.218	866
Deutschland	14	322	270	154	3.596	4.345	26	798	964	17	503	522	82	29.181	32.169

1 Infektion und Kolonisation (bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen nach jeweils geltender Falldefinition, s. www.rki.de/falldefinitionen)

2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2026		2025
	22.	1.–22.	1.–22.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	117	156
Bornavirus-Erkrankung	0	6	1
Botulismus	0	0	3
Brucellose	0	15	24
<i>Candidozyma auris</i> , invasive Infektion	0	7	5
Chikungunyavirus-Erkrankung	1	167	56
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	50	75
Denguefieber	4	316	476
Diphtherie	1	15	22
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	9	62	95
Giardiasis	21	998	1.225
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	28	693	884
Hantavirus-Erkrankung	5	77	112
Hepatitis D	0	6	32
Hepatitis E	74	2.302	2.402
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	26	21
Kryptosporidiose	8	584	691
Legionellose	30	631	730
Lepra	0	1	0
Leptospirose	0	6	76
Listeriose	12	243	232
Malaria	22	306	303
Meningokokken, invasive Infektion	3	128	184
Mpox	10	235	270
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	7	20
Ornithose	0	2	14
Paratyphus	0	10	11
Pneumokokken, invasive Infektion	146	5.533	6.545
Q-Fieber	0	23	36
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	194	66.381	64.585
Shigellose	21	1.271	959
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	31	48
Typhus abdominalis	0	24	35
West-Nil-Fieber*	0	2	1
Yersiniose	54	1.841	1.620
Zikavirus-Erkrankung	0	2	5

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

* reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

Berichtsmonat: März 2026 (Datenstand: 1. Juni 2026)

	Syphilis*			HIV-Infektion			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	Februar	Januar – Februar		Februar	Januar – Februar		Februar	Januar – Februar		Februar	Januar – Februar	
Baden-Württemberg	–	–	–	25	67	110	1	7	11	0	0	0
Bayern	–	–	–	59	143	130	1	4	10	0	0	0
Berlin	–	–	–	17	55	62	2	6	2	0	0	0
Brandenburg	–	–	–	6	18	15	0	0	1	0	0	0
Bremen	–	–	–	2	9	17	0	0	1	0	0	0
Hamburg	–	–	–	8	38	57	0	0	1	0	0	0
Hessen	–	–	–	21	51	56	0	1	6	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	–	–	–	8	15	16	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	–	–	–	17	55	73	0	1	2	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	–	–	–	33	117	125	3	12	5	0	0	0
Rheinland-Pfalz	–	–	–	6	19	18	0	1	2	0	0	0
Saarland	–	–	–	4	6	4	0	2	2	0	0	0
Sachsen	–	–	–	11	27	34	0	1	2	0	0	0
Sachsen-Anhalt	–	–	–	4	9	18	0	0	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	–	–	–	2	19	23	0	0	3	0	0	0
Thüringen	–	–	–	1	6	14	1	1	1	0	0	0
Deutschland	–	–	–	224	654	772	8	36	50	0	0	0

(Hinweise zu dieser Statistik s. [Epid Bull 41/2001: 311-314](#))

* Derzeit stehen keine aktualisierten Daten zur Syphilis zur Verfügung.

Die „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ wird ab sofort durch ein interaktives Dashboard ergänzt. Für die Darstellung von Inzidenz, Fallzahlen und des zeitlichen Verlaufs werden Fallzahlen ab 2021 berücksichtigt.