DSTIG

DSTIG

Deutsche STI-Gesellschaft

Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

5. Auflage
2026/2027

Leitfaden STI-Therapie, -Diagnostik und -Prävention

DSTIG

Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

Leitfaden STI-Therapie

Diagnostik und Prävention

Hinweise zur Therapie, Diagnostik und Prävention ausgewählter sexuell übertragbarer Infektionen (STI) der Deutschen STI-Gesellschaft, Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit und Medizin

5. Auflage
2026/2027

STI-Leitfaden für die Kitteltasche

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort & Hinweise zur Handhabung

Sexualkultur, Prävention

Empfehlungen und Anlässe zur STI- Beratung

Klinische Untersuchung & Diagnostik

Empfehlungen zur Diagnostik bei best. Konstellationen

Syphilis, -connata, Neurosyphilis

Syphilis, -connata, Neurosyphilis

Gonorrhoe

Gonorrhoe

Gonorrhoe

Meningokokken

Chlamydien, Mykoplasmen, Non-Ng/ -Ct - Urethritis

Chlamydien, Mykoplasmen, Non-Ng/ -Ct - Urethritis

Ureaplasmen, PID

Ureaplasmen, PID, Epididymitis, U. molle, G. inguinale, Trichomoniasis

STI-Bowel-Syndrom, Shigellen, Amöbiasis, Giardiasis, Kryptosporidiose, Candida

STI-Bowel-Syndrom, Shigellen, Amöbiasis, Giardiasis, Kryptosporidiose, Candida

STI-Bowel-Syndrom, etc., Candida, T. mentagrophytes

STI-Bowel-Syndrom, etc., Candida, T. mentagrophytes

Bak. Vaginose, Scabies, P. pubis

Bak. Vaginose, Scabies, P. pubis

Hepatitis A, B und D

Hepatitis A, B und D

Hepatitis C und E

HIV-Therapie

HIV und Schwangerschaft, HIV-PrEP

Empfehlungen zur HIV-PrEP

Empfehlungen zur HIV-PEP

HIV-PEP, HPV, AIN, Anal-Ca.,

Viren der Herpesgruppe (HSV, HHV8, CMV, VZV)

Viren der Herpesgruppe (HSV, HHV8, CMV, VZV)

Viren der Herpesgruppe (HSV, HHV8, CMV, VZV)

Viren der Herpesgruppe (HSV, HHV8, CMV, VZV)

MPXV, Impfungen

Empfehlungen zu med. Prävention und Barrieremethoden - Impfungen

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention und Barrieremethoden – Impfungen

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention und Barrieremethoden

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention – Syphilis als Chamäleon

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention – Syphilis als Chamäleon

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention – Syphilis als Chamäleon

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention – HIV-Indikatorerkrankungen

Häufige Fragen, Partnerbenachrichtigung/ -therapie, ToC

Partnerbenachrichtigung/ -therapie, ToC

DSTIG Impressum/ Kontakt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die früheren Auflagen dieses „Leitfadens für die Kitteltasche“ zur Diagnostik und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (sexually transmitted infections (STI) waren bereits ein großer Erfolg: Die gedruckten Exemplare waren bald vergriffen – was zeigt, dass Bedarf an einer komprimierten Zusammenfassung von Fachinformation zu STI besteht. Wegen der teilweise veränderten oder erneuerten Therapieempfehlungen wurde diese neue, überarbeitete und ergänzte 5. Auflage unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur, der eingegangenen Vorschläge, Anregungen und Kommentare weiterentwickelt.

Neu aufgenommen wurden zudem die Hinweise zur STI-Beratung, die von Mitgliedern der DSTIG-Sektion Sexuelle Gesundheit erarbeitet wurden. Diese Erweiterung trägt den Aufgaben und Arbeitsfeldern der Deutschen STI-Gesellschaft Rechnung, die über die rein medizinische Diagnostik und Therapie hinausgehen. Die Behandlung von STI sowie die Förderung sexueller Gesundheit können nur durch eine ganzheitliche Herangehensweise unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Lebensrealitäten der Ratsuchenden erfolgreich sein.

Die DSTIG versteht sexuelle Gesundheit darüber hinaus als untrennbar mit sexueller Freiheit, Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Liberalität verbunden und richtet ihr fachliches wie öffentliches Handeln an diesen Grundsätzen aus.

Ziel dieses Leitfadens ist die rasche Orientierung. Naturgemäß kann er daher auch nicht das Studium der einschlägigen Literatur und Leitlinien ersetzen. Stattdessen versuchen wir in unseren Therapieempfehlungen, möglichst aktuell zu sein. Eine ständige Überarbeitung erfolgt in der digitalen Version. Kommentare und Hinweise nehmen wir gern entgegen.

Mein besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren, die sehr viel Zeit und Mühe in diese 5. Auflage investiert haben, und allen, die durch ihre Anregungen und Kommentare diesen Therapieleitfaden mitentwickelt haben. Ich bin mir sicher, es hat sich gelohnt!

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer, Präsident der Deutschen STI-Gesellschaft, Gesellschaft zur Förderung der sexuellen Gesundheit (DSTIG)

HINWEISE ZUR HANDHABUNG DES STI-LEITFADENS

- Dieser STI-Leitfaden enthält Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen und Indikationen zur Testung. Sie sind unverbindlich und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.
- Für Angaben über Therapieanweisungen und -schemata, Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von der DSTIG keine Gewähr übernommen werden.
- Teilweise werden Medikamente benannt, die für die angegebene Indikation nicht zugelassen sind (Off-Label-Use). Die hier publizierten Empfehlungen basieren auf ausschließlich ärztlich-wissenschaftlichen und nicht auf wirtschaftlichen Aspekten.
- Dieser STI-Leitfaden für die Kitteltasche gibt die wesentlichen Inhalte der aktuellen Leitlinien der DSTIG zur Therapie der Gonorrhoe, der Syphilis und Chlamydien-Infektionen sowie der Leitlinie „Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik und Therapie“ wieder; darüber hinaus haben wir als Basis dieses Leitfadens die aktuellen Leitlinien der AWMF, CDC, BASHH sowie der Österreichischen STD-Gesellschaft und aktuelle Publikationen (Stand 2025) berücksichtigt.
- Die hier zusammengefassten Angaben sind nicht abschließend und vollständig, bitte beachten Sie die ausführlichen Hinweise in den entsprechenden Leitlinien (insbesondere zur HIV- und Hepatitis-Therapie).
- Die Standardtherapie ist die jeweils empfohlene; bei Medikamenten-Unverträglichkeit, Kontraindikationen etc. sollten Alternativtherapien angewandt werden.
- Auf Therapievorschläge mit Fluorchinolonen ist, soweit möglich, wegen des Nebenwirkungsspektrums verzichtet worden. Wegen der Resistenzproblematik haben wir versucht, Azythromicin als Erstlinienempfehlung möglichst zu vermeiden.
- Die Partner*innenuntersuchung und -mitbehandlung sind bei STI grundsätzlich wichtig. Insbesondere ist eine Partner*innenmitbehandlung bei Gonokokken und Chlamydien zu bedenken.
- Der STI-Leitfaden der DSTIG wird regelmäßig überarbeitet. Die jeweils aktuelle Version finden Sie auf der Internetseite der DSTIG unter https://www.dstig.de/leitfaden-fuer-die-kitteltasche/

BEDINGUNGEN POSITIVER SEXUALKULTUR

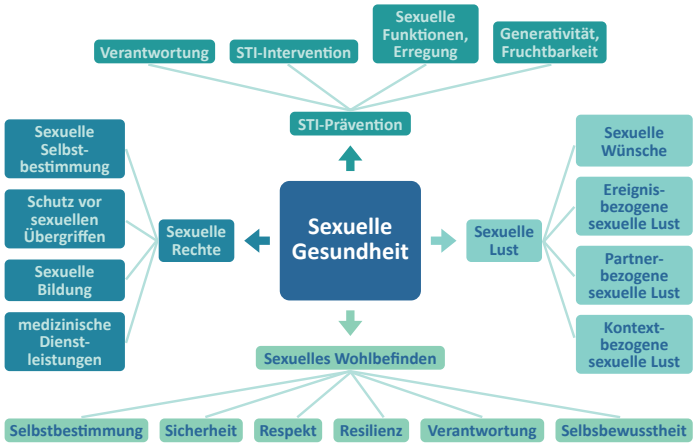

Abb. 1: Bedingungen positiver Sexualkultur

- Gelingende STI/HIV – Prävention steht im Zusammenhang mit vielen anderen Bedingungen positiver Sexualkultur auf individueller, organisatorischer und gesamtgesellschaftlicher Ebene. Dazu gehören Sexuelle Gesundheit, Rechte, Lust und Wohlbefinden.
- Sexuelle Gesundheit ist laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Zustand des vollständigen physischen, emotionalen, psychischen und sozialen Wohlergehens.
- Sexuelle Rechte beinhalten nicht nur Intimitätsschutz, sondern auch das Recht auf sexuelle Bildung und medizinische Dienstleistungen.
- Sexuelle Lust entsteht angesichts individueller, situativer und partnerbezogener Anlässe und bildet den energetischen Kern sexuellen Wohlbefindens.
- Sexuelles Wohlbefinden wiederum ist das Ergebnis individueller (Selbstbestimmung und -bewusstheit, Resilienz) und sozialer Kompetenzen (Respekt, Verantwortung, Bereitschaft zu), die in unmittelbarem Zusammenhang stehen mit strukturellen und situativen Ressourcen (Sicherheit, Komfort).
- Nicht alle, aber einige dieser Faktoren sind ärztlicherseits durch Prävention, Beratung und Behandlung beeinflussbar.
- Jede Arztpraxis, jedes Krankenhaus und andere Gesundheitsdienste können mit der Gestaltung ihrer internen Kommunikation und Dienstleistungen zu einer positiven Sexualkultur beitragen.
- Geschlecht ist vielfältig: anatomisch, rechtlich und sozial.
- Im Leitfaden werden meist Männer und Frauen genannt, dies schließt auch cis, trans*, nicht-binäre* und inter* Personen ein.
- Wichtig ist, die Geschlechtervielfalt anzuerkennen und respektvoll zu berücksichtigen, insbesondere bei der Ansprache.

Quellen:

- *Sielert, U./Behrens, Chr./Hullermann, B.//Kayser, A./Skaletz-Rorowski, A. (2026): Handbuch Sexualität, Sexuelle Gesundheit, Sexualkultur, Weinheim, Basel: Beltz Juventa.*
- *www.liebesleben.de*

PRÄVENTION

Ärzt*innen spielen eine wichtige Rolle bei der Prävention von STI und zur Förderung sexueller Gesundheit. Sie sind eine der ersten Anlaufstellen, wenn Menschen sich sorgen, ob sie sich mit einer STI angesteckt haben könnten, und sie können auf verschiedenen Ebenen positiv Einfluss nehmen und präventiv tätig sein.

Um **primärpräventiv** eine STI zu verhindern, können Patient*innen etwa zur Umsetzung der zur Verfügung stehenden effektiven Schutzimpfungen (Impfung vor Humanen Papillomviren (HPV) und Impfung vor einer Hepatitis-B-Virusinfektion (HAV, HBV, MPXV, je nach Risikoprofil))[1] motiviert werden. Ein ebenfalls sehr wirksames Präventionsinstrument gegen STI ist der Gebrauch von Barriere-Methoden, die Kondomen, Femidome (Frauenkondome) und Lecktüchern (Dental Dams). Barriere-Methoden schützen vor HIV und senken das Risiko, sich mit anderen STI anzustecken. Gegen eine HIV-Infektion schützt sehr gut die HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) als eine medikamentöse Prävention.

Eine erfolgreiche HIV-Therapie (HI-Virus unter der Nachweisgrenze im Blut) verhindert eine Übertragung durch Geschlechtsverkehr von HIV zu >98% („Schutz durch Therapie“, TasP Treatment as prevention). Eine medikamentöse HIV-Behandlung soll möglichst umgehend nach Diagnosestellung erfolgen.

Die **sekundärpräventive** Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien umfasst z. B. die Krebsfrüherkennung, das Chlamydien-Screening für: a) sexuell aktive Frauen unter 25 Jahren, b) Schwangere, c) beim Schwangerschaftsabbruch und das einmalige Screening auf eine HBV- und HCV-Infektion bei der Gesundheitsuntersuchung (vormals Check-up 35).

Unter der **Tertiärprävention** werden Maßnahmen bei einer symptomatisch gewordenen Erkrankung verstanden, die das Ziel haben, eine Verschlimmerung und bleibende Funktionsverluste zu verhüten und die Lebensqualität wiederherzustellen. Beispiele hierfür sind Maßnahmen nach einer Krebserkrankung (z. B. Zervixkarzinom), medikamentöse Behandlung bei klinisch auffälliger HIV-Infektion und psychosoziale Unterstützung.

Die individuelle ärztliche Beratung von Patient*innen auf Basis von evidenzbasierten und verständlichen Informationen ist von besonderer Bedeutung. Da es sich bei Sexualität und STI für viele Menschen um sensible Themen handelt, zögern sowohl Patient*innen als auch Ärzt*innen oftmals, diese Thematik anzusprechen, wenn es keinen konkreten Anlass wie das Vorliegen von Symptomen gibt. Daten aus dem Jahr 2019 repräsentativen Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD)“[2] zeigen aber, dass ein Großteil der Befragten der Auffassung ist, dass Hausärzt*innen und andere Mediziner*innen häufiger sexualitätsbezogene Fragen stellen und Probleme rund um Sexualität abklären sollten.[3] Studien aus der Schweiz und Deutschland zeigten, dass etwa 90 % der Befragten sich wünschten, von Ärzt*innen eine Sexualanamnese zu erhalten und über STI aufgeklärt zu werden.[4]

Verhaltensprävention zielt auf ein gesundheitsförderliches Verhalten einzelner Individuen in bestimmten Situationen in eigener Verantwortung.[5]

Verhältnisprävention ist der vom individuellen Verhalten unabhängige Teil der Prävention und wird durch adäquate Gestaltung der politischen, gesellschaftlichen, institutionellen und sozialen Rahmenbedingungen sowie allgemeinen Strategien und Maßnahmen Voraussetzungen für Verhaltensprävention geschaffen.[5,6]

Literatur

[1] *Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2026 Epid Bull 2026;4:1-79 | DOI 10.25646/13636*

[2] *Briken, P., et al. (2021). Die GeSiD-Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland “ – eine kurze Einführung. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 64(11), 1334-1338.*

[3] *M.G. Gerlich, Vortrag beim Deutschen STI-Kongress 2021 zum Curriculum „Sexuelle Gesundheit und sexuell übertragbare Infektionen (STI)“.*

[4] *G. Meystre-Agustoni, et al. (2011). Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Medical Weekly 141:w13178.*

[5] *Deutsche STI-Gesellschaft: Standards zur Präventionsexuell übertragbarer Infektionen und zur Förderung sexueller gesundheit , Epid Bull 2025;26:19-27/1025646/13201*

[6] *Bundesministerium für Gesundheit. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis Bund C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen-BIS 2030 Bundesministerium für Gesundheit, 2016. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf*

EMPFEHLUNGEN ZUR STI-BERATUNG

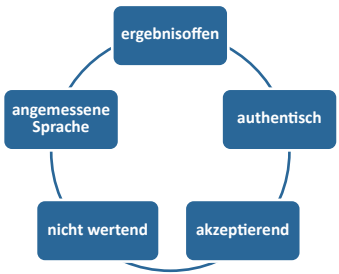

Abb. 2: Merkmale empathischer Beratung

Für eine bedarfsgerechte Versorgung hat die Sektion Sexuelle Gesundheit der DSTIG die Leitlinie zur Beratung, Diagnostik und Therapie von STI entwickelt.

S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik, Therapie, Stand 2018 (in Überarbeitung): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006

Abb. 3: Fachwissen der Beratenden

Beratung – wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche STI-Behandlung

Um die sexuelle Gesundheit zu fördern, zu bewahren und bei Bedarf wiederherzustellen, kommt der Beratung zu STI – inklusive HIV und Hepatitiden – besondere Bedeutung zu, sowohl um STI bestmöglich zu verhüten (Prävention, Prophylaxe), als auch um Ratsuchende bestmöglich zu betreuen (Beratung, Diagnostik, Therapie).

Ob Sie wichtige Eckpunkte bei der Beratung beachten und erfüllen, können Sie anhand dieser Checkliste prüfen:

- Kommt der/ die ratsuchende Person freiwillig?
- Sind anonyme Beratung und Untersuchung möglich?
- Sorge ich ausreichend für Diskretion?
- Habe ich die benötigten fachlichen Kenntnisse? Bin ich authentisch?
- Arbeite ich akzeptierend und empathisch? Stärke ich die Selbstverantwortung der ratsuchenden Person?
- Benutze ich eine verständliche, queersensible und angemessene Sprache? Berücksichtige ich individuelle Selbstbezeichnungen, z.B. wenn trans* oder nicht-binäre* Personen über Körperteile sprechen?
- Gehe ich genügend auf die speziellen Bedürfnisse der ratsuchenden Person ein?
- Bin ich gut vernetzt, um bei Bedarf weitervermitteln zu können?
- Bin ich mir der Grenzen der Beratung, der eigenen und der der Einrichtung, bewusst und handle entsprechend?
- Sind passende Präventionsmaßnahmen (z.B. Kondome, Lecktücher, Hygiene, Sexualpraktiken) ausreichend bedacht? Kenne ich spezifische Bedarfe von einzelnen Communitys?
- Sind die HIV-PrEP und die Doxy-PeP angesprochen worden?
- Habe ich an die Impfberatung zu Hepatitis A, B und HPV und eventuell MPXV und Men-B Impfung gedacht?
- Steht die ratsuchende P e r s o n im Mittelpunkt, unabhängig von evtl. epidemiologischen Aspekten oder Public Health Interessen?
- Evtl. einen persönlichen Risikotest empfehlen: https://risikotest.wir-ruhr.de/

ANLÄSSE FÜR EINE STI-BERATUNG

Beratung im Zusammenhang mit STI erfolgt aus unterschiedlichen Anlässen:

Abb. 4: Anlässe der STI-Beratung

Neben der Symptom- und individuellen Risikoabklärung gibt es Anlässe ohne primär STI-spezifischen Versorgungsauftrag, in denen eine Beratung angeboten werden sollte. Zu nennen sind hier beispielsweise Kontakte im Zusammenhang mit der regulären Verschreibung von Kontrazeptiva, der Notfallkontrazeption oder sexueller / sexualisierter Gewalt. Auch bei Arzt-, Ärztinnen-besuchen aus anderen Gründen sollen bei entsprechender Anamnese STI und deren Prävention angesprochen und ggf. eine Diagnostik durchgeführt werden.

Auch kann der Wunsch einer Abklärung der Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) im Vordergrund der Beratungen stehen. Die HIV-PrEP ist eine zusätzliche Säule in der HIV-Prävention, kann die bisherigen Methoden jedoch nicht völlig ersetzen. Sie stellt ein effizientes Angebot für Menschen dar, die sich vor HIV schützen möchten, aber andere Methoden (z.B. Kondome) nicht nutzen können oder wollen. Es ist wichtig, die HIV-PrEP niedrigschwellig anzubieten. Neben Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) müssen auch Frauen und Trans* besser erreicht werden, die einen Bedarf für eine HIV-PrEP haben.

Seit September 2019 liegt die Kassenzulassung für die HIV-PrEP vor.

Hinter dem von Ratsuchenden gelegentlich geäußerten Wunsch nach „allgemeiner Information zu STI“ steht oft ein konkretes Risiko oder dessen Vermutung. Hier muss ein Maß an Information gefunden werden, das die ratsuchende Person angemessen ernst nimmt, aber nicht unnötig ängstigt. So lässt sich oft auch der tatsächliche Anlass für den Beratungswunsch ermitteln, was wiederum die Beratung effektiver machen kann.

Ängste oder Phobien der Ratsuchenden sollten immer angemessen berücksichtigt werden.

Quellen:

- *S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik, Therapie, Stand 2018 (in Überarbeitung): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006*
- *S2k Leitlinie Chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz, Stand 2025: https://register.awmf.org/assets/guidelines/043-052l_S2k_Chirurgische-Massnahmen-bei-Geschlechtsinkongruenz_2025-08.pdf*
- *Deutsche STI-Gesellschaft: Standardszur Präventionsexuell übertragbarer Infektionen und zur Förderung sexueller gesundheit , Epid Bull 2025;26:19-27/1025646/13201*

EMPFEHLUNGEN ZUR KLINISCHEN UNTERSUCHUNG

Der Umfang der klinischen Untersuchung orientiert sich primär an der Wahrscheinlichkeit, mit der sich eine STI in der entsprechenden Körperregion manifestiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Sexualität auch extragenital stattfindet, etwa oral oder anal. In diesen Regionen finden sich bis zu zwei Drittel aller Infektionen.

ART DER UNTERSUCHUNG		FRAU	MANN heterosexuell	MSM	TRANS*
Inspektion	Vulva, Perineum	√	-	-	je nach Anatomie
	Skrotum und Penis (mit Retraktion des Präputium)	-	√	√	je nach Anatomie
	Perianale Region	√	√	√	√
	Mund, Rachen	√	√	√	√
	Haut	√	√	√	√
Palpation	Leistenlymphknoten	√	√	√	√
	Skrotum	-	√	√	je nach Anatomie
	Inneres Genital (bimanuell)	√	-	-	je nach Anatomie
Weitere Untersuchungen	Spekulumeinstellung zur Inspektion von Vagina und Portio (ggf. Kolposkopie)	√	-	-	je nach Anatomie
	Rektale Untersuchung	√	√	√	√

Tab. 1: Art der Untersuchung

Bei Infektionen der Reproduktionsorgane sollten neben STI auch immer andere Erreger (Gram-neg./-pos., Pilze etc.) mitbedacht werden (Risiko von Reproductive Tract Infections/RTI)

Untersuchungsintervalle:

- Die klinischen und serologischen Untersuchungen werden dem individuellen Risiko entsprechend und bei Symptomen angeboten
- Personen mit heterosexuellem Geschlechtsverkehr bei mehr als 5 Risikokontakten im Jahr: alle 6 Monate
- MSM mit Risikokontakten (insertiv/rezeptiv ungeschützt): Untersuchung auf STI alle 3-6 Monate; HIV-Test mindestens einmal jährlich
- Sexarbeiter*innen bei ungeschützten Kontakten: alle 3-6 Monate STI-Untersuchung; HIV-Test einmal jährlich

S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik, Therapie, Stand 2018 (in Überarbeitung): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006

EMPFEHLUNGEN ZUR DIAGNOSTIK BEI BESTIMMTEN KONSTELLATIONEN

Die Multiplex-Diagnostik bietet die Möglichkeit Mehrfach-Infektionen zu erkennen und – bei Nachweis – gezielt zu therapieren. Damit kann insbesondere vermieden werden, dass durch nicht ausreichende Dosierungen bei sonst nicht entdeckten Begleiterregern Resistenzen induziert werden.

Untersuchung bei **Personen mit häufig wechselnden heterosexuellen Kontakten** (4 und mehr innerhalb von 6 Monaten) sowie heterosexuellen Kontakten zu **Partner*innen aus Regionen mit hoher STI-Prävalenz**:

Männer: HIV-Serologie, Syphilis-Serologie, Chlamydien-, Gonorrhoe- und Mycoplasma genitalium-Diagnostik; weitere erregerspezifische Diagnostik nur bei Symptomen und klinischem Befund
Frauen: HIV-Serologie, Syphilis-Serologie, gynäkologische Untersuchung, Chlamydien-, Gonorrhoe- und Mycoplasma genitalium-Diagnostik; weitere erregerspezifische Diagnostik je nach Symptomen und klinischem Befund
Bei Kontakten zu Partner*innen, die injizierend oder intranasal Drogen konsumieren, sollte zusätzlich eine Hep C-Serologie angeboten werden.

Untersuchung von Frauen mit sexuellen Kontakten zu MSM (alle 6-12 Mon.): HIV-Serologie, Syphilis-Serologie, Chlamydien-, Gonorrhoe- und Mycoplasma genitalium-Diagnostik, gynäkologische Untersuchung; Abklärung Impfstatus Hepatitis A und B; HPV; weitere erregerspezifische Diagnostik je nach Symptomen und klinischem Befund.

Sexuell aktive **MSM ohne Symptome einer STI** (je nach Risiko alle 3-12 Mon.):

HIV-, Hepatitis A-, B-, C- und Syphilis-Serologie, Chlamydien-, Gonorrhoe- und Mycoplasma genitalium-Diagnostik, Abklärung Impfstatus (Hep A, Hep B, HPV, MPXV, Meningokokken); weitere erregerspezifische Diagnostik je nach Symptomen und klinischem Befund.

Bei **HIV-PrEP-Nutzer*innen** ist eine engmaschige medizinische Betreuung und ggf. auch psychologische und psychosoziale Begleitung wichtig. Unabhängig davon, über welche Quellen Nutzer*innen die Medikamente beziehen, muss eine **regelmäßige Wiedervorstellung (alle 3 Monate)** gewährleistet sein (**einschließlich HIV-Testung und STI-Screening** sowie ggf. Behandlung begleitender STI und Vervollständigung des Impfstatus).

Bei **Opfern sexualisierter Gewalt** ist ein besonders sensibles Vorgehen erforderlich, um die akute Versorgung zu ermöglichen, um mögliche weitere Traumatisierungen zu vermeiden und um eventuell später benötigte rechtswirksame Dokumentationen zu gewährleisten. Die Zusammenarbeit mit spezialisierten Zentren empfiehlt sich.

Detaillierte Empfehlungen zur Dokumentation bieten unsere Leitlinien (z.B. S1-Leitlinie Empfehlungen zur Betreuung und Versorgung von weiblichen Betroffenen sexualisierter Gewalt (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-097)) sowie z.B. die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, die lokalen und regionalen Frauennotruf-Angebote, sowie das Hilfeportal sexueller Missbrauch (https://www.hilfe-portal-missbrauch.de/startseite).

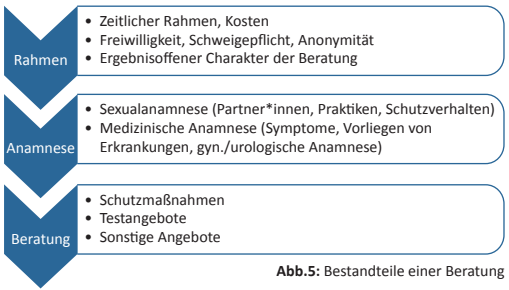

Abb.5: Bestandteile einer Beratung

Syphilis, -connata, Neurosyphilis

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Syphilis *Treponema pallidum* *Partner*innentherapie empfehlen!* *Kontrolltestungen!*	**Erwachsenen** Frühsyphilis (<1 Jahr)	Benzathin-Penicillin G 2,4 Mio. 1x i.m. (gluteal li/re je 1,2 Mio. IE)	Ceftriaxon** 2 g tgl. i.v. 10 d Kurzinfusion 30 min (1x/d) Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 14 d (Nur bei Penicillin-Allergie; kontraindiziert ab SSW 16 (15+0), Stillen möglich)	• Serologie (Material: Serum) • Suchtest: TPHA/ TPPA /TPLA oder polyvalenter Immunoassay*** • Bestätigung (alternatives Antigenkonzept!): • z.B. FTA-Abs, IgM/IgG Elisa oder IgM/IgG Westernblot • Aktivität: Lipoid-Antikörper (quantitativ), treponemenspezifisches IgM • NAAT (bei Epithelläsionen früher Infektionen) • Material: Abstrich, Gewebe aus Epithelläsion Dunkelfeldmikroskopie (bei Epithelläsionen früher Infektionen), • Material: Reizsekret aus Ulkus des Primär-affektes oder aus nässenden Condylomata lata *Erste Kontrolle nach 3-4 Wochen, da AK nachTherapie noch ansteigen können; Follow-up Serologie nach 3, 6, 9 und 12 Monaten!*
	Erwachsenen unbekannter Infektionszeitpunkt **Erwachsenen** Spätsyphilis (>1 Jahr)	Benzathin-Penicillin G 2,4 Mio. 3x i.m. (d.h. an den Tagen 1, 8 und 15; gluteal li/ re je 1,2 Mio. IE)	Ceftriaxon* 2 g tgl. i.v. 14 d Kurzinfusion 30min (1x/d) Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 28 d (Nur bei Penicillin-Allergie; kontraindiziert ab SSW 16 (15+0), Stillen möglich)	
	Kindern	Wie bei Erwachsenen mit angepasster Benzathin-Penicillin G-Dosis: 50.000 IU/kg KG Applikation i.m. (maximal Erwachsenendosis 2,4 Mio. pro Applikation) Bei Penicillinallergie: Doxycyclin oder Erythromycin * *Cave: unter 8 Jahren kein Doxycyclin!*		
	HIV - Koinfektion	Stadiengerechte Therapie wie bei Nicht-HIV-Infizierten. Ab Sekundärsyphilis erhöhtes Risiko einer Neurosyphilis <300 CD4-Zellen/µl beachten! Bei Verdacht auf Neurosyphilis (auch ohne Lumbalpunktion): wie Neurosyphilis behandeln		Bei neurologischen/psychiatrischen Symptomen und / oder schwerer Immundefizienz (d.h. <200 CD4-Zellen/µl): Lumbalpunktion!
	Schwangeren	Stadiengerechte Therapie wie bei Nicht-Schwangeren. Ceftriaxon nur bei Penicillinallergie (ggf. spezifische Immuntherapie). Kein Doxycyclin! *Cave: wegen möglicher Kreuzsensibilisierung Ceftriaxon nur ausnahmsweise!***		s.o.

Abklärung weiterer STI!

* Cave Jarisch-Herxheimer-Reaktion: Ab Sekundärstadium kann zur Prophylaxe Prednisolon 1mg/kg KG p.o. oder i.v. ½-1 Stunde vor erster Penicillingabe gegeben werden
** Cave Kreuzallergie der β-Lactame
*** Test demnächst nicht mehr verfügbar

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Syphilis connata	**Neugeborenen**	**Penicillin G kristalloide Lsg. i.v.: 100.000 bis 200.000 I.E./kg KG Tagesdosis**, über 10-14 d, in 2-4 Einzeldosen Auch bei ZNS-Beteiligung/Verdacht ab 1. Lebenswoche: 2x/d Einzeldosen à . 50.000 I.E./kg i.v. ab 2. Lebenswoche: 3x/d Einzeldosen à . 50.000 I.E./kg i. v. ab 5. Lebenswoche: 4x/d Einzeldosen à . 50.000 I.E./kg i. v Kein Doxycyclin!		s.o., zusätzlich beim Kind: 2 unabhängige IgM Tests (z. B. 19S FTA-ABS-IgM u. Immunoblot-IgM), Vergleich kindlicher und mütterlicher Lipoid-AK-Titer (VDRL/ RPR)
Neurosyphilis *auch bei okulärer Syphilis, Otosyphilis* *oder* **Manifestationen in anderen Organen**	**Erwachsenen**	Penicillin G kristalloide Lsg. i.v.: 5 Mio. 5 x tgl. ≥14 d 6 Mio. 4 x tgl. ≥14 d 10 Mio. 3 x tgl. ≥14 d	Ceftriaxon*,** 2 g tgl. i.v. 14 d (initial 4 g) alternativ: Doxycyclin 2 x 200 mg p.o. 28 d (nur bei Penicillinallergie, kontraindiziert ab SSW 16 (15+0), Stillen möglich, nicht bei Kindern <8 Jahre)	Neurologisch/psychiatrischer Status, Syphilis-serologie mit Aktivitätsparametern im Serum, Liquordiagnostik (mit Leukozytenzahl, Gesamt-protein, Laktat, Albumin, IgG- und IgM-Quotient), Lipoid-AK und TP-Antikörperindex) *Erfolgskontrolle: Liquordiagnostik nach 6 Monaten*
	Kindern ab dem 6. Lebensmonat	**Penicillin G kristalloide Lsg. i.v.: 150.000 bis 200.000 I.E./kg KG Tagesdosis**, über ≥ 14 d, in 3-4 Einzeldosen/d á 50 000 I.E./kg KG,/d		
	Bei Penicillin-Allergie wird die Hyposensibilisierung bevorzugt, bzw. begleitende Gabe von Glukokortikoiden 1,5 mg/kg KG Prednisolonäquivalent. (Nicht bei Typ 1-Allergien!)			

Abklärung weiterer STI!

* Cave Herxheimer-Reaktion: zur Prophylaxe Prednisolon 1mg/kg KG p.o. oder i.v. 1 Stunde vor erster Penicillingabe
** Cave Kreuzallergie der β-Lactame

AWMF/DSTIG Syphilis Leitlinie Stand Juni 2021: https://register.awmf.org/assets/guidelines/059-002l_S2k_Diagnostik_Therapie_Syphilis_2021_06.pdf
AWMF Neurosyphilis Stand Mai 2020: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-101l_S1_Neurosyphilis_2020-06.pdf

Gonorrhoe

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Gonorrhoe *Neisseria gonorrhoeae (NG)* *Partner*Innentherapie empfehlen!* *Therapiekontrolle bei Symptompersistenz:* • *Klinik und Kultur nach 3-7 d* • *NAAT nach 2 Wo* *Therapiekontrolle bei Symptomfreiheit:* • *NAAT nach 4 Wo* *Prävention: bei entsprechendem Risikoverhalten (z.B. HIV-PrEP-Gebrauchende) kann eine 4cMenB-Vakzinierung angesprochen und empfohlen werden*	**Erwachsenen** unkomplizierte Infektion urogenital, rektal, pharyngeal ***NG-Prävalenz*** *variiert nach* ***Lokalisation*** *und* ***Risikogruppe****: urogenital MSM 1-5%, Frauen 1-4%; rektal MSM 6-9%, Frauen ca. 2%; pharyngeal MSM 4-8%, Frauen 2-3%.* ***Multisite-Infektionen:*** *MSM bis 45%, Frauen bis 25%.* ***Koinfektionsraten*** *mit* ***Chlamydien****: urogenital MSM 7-16%, Frauen 10-15%; rektal MSM 9-14%, Frauen 6-8%; pharyngeal MSM 2%, Frauen 2-3% ; mit* ***M.genitalium****: urogenital MSM 7-8%, Frauen 4-5%; rektal MSM 14%, Frauen ca.4%; pharyngeal MSM <2%, Frauen <2%.*	Bei unbekannter Antibiotikum-Empfindlichkeit und sicherer Patient*innen-Adhärenz: • Ceftriaxon* 1x 1-2g i.v. (oder **i.m.) Bei unbekannter Antibiotikum-Empfindlichkeit und unsicherer Patient*innen-Adhärenz: • Ceftriaxon* 1x 1-2g i.v. (oder **i.m.) *ggf.* • Azithromycin*** 1x 1,5g p.o. Bei hinreichendem V.a. Koinfektion durch *C.trachomatis:* • Ceftriaxon* 1x 1-2g i.v. (oder **i.m.) *plus* • Doxycyclin**** 100mg 2x tgl. p.o. für 7d	Nur bei nachgewiesener Allergie oder Resistenz gegen Ceftriaxon! Alternativantibiotika (immer Resistogramm-gesteuert): • Azithromycin 1x 2,0g p.o. • Ciprofloxacin**** 1x 500mg p.o. • Ertapenem (1x 1g i.v.) oder Fosfomycin (1x 3g oral) nur in Rücksprache mit Spezialisten • Sowohl Gepotidacin (Blujepa) 2x 1500mg p.o. 2x tgl. 5d als auch Zoliflodacin (Nuzolvence) 3g p.o. einmalig, bisher ohne EMA-Zulassung ***Hinweis****: der gegenüber Ceftriaxon-Dosen ≤1g resistente Gonokokken-Klon FC-428 konnte nach Fallberichten aus China durch die Gabe von Ceftriaxon 2g i.v. als Einzeldosis bei allen Betroffenen mikrobiologisch eradiziert werden.*	Obligat: • NAAT/Multiplex-PCR aus Abstrichmaterial (meato-urethral, zervikal, vulvo-vaginal, anal, konjunktival, pharyngeal) • beim Mann auch Erststrahlurin • pharyngeal positive NAAT mit 2. Test bestätigen (NAAT mit anderen Targets oder mittels Kultur) Unbedingt anzustreben: • Kultur aus Abstrichmaterial (meato-urethral, zervikal, anal, konjunktival, pharyngeal) • Kultur aus Urin nicht möglich! • für die Kultivierung sind vulvo-vaginale Abstriche endozervikalen unterlegen! • geeignetes Spezialmedium (z.B. Aktivkohle-Medium, Amies-Medium) und Transportmodalitäten in Rücksprache mit dem untersuchendem Labor Optional: • Mikroskopie zum Nachweis (gramnegativer) semmelförmiger Diplokokken intrazellulär • (Abstrich meato-urethral) sinnvoll nur bei Männern mit sympt. Urethritis
	Schwangerschaft und Stillzeit	• Ceftriaxon* 1x 1g i.v. (oder **i.m.) *Material für phänotypische Empfindlichkeitstestung (Kultur) gewinnen!*	Nur bei Kontraindikation gegen Ceftriaxon und nachgewiesener Empfindlichkeit: • Azithromycin 1x 2,0g p.o.	

Abklärung weiterer STI!

* 1. potentielle Kreuzallergie der ß-Lactam-Antibiotika beachten.
2. In dieser Dosierung bei pharyngealer Infektion durch hochresistente Stämme u.U. nicht ausreichnd wirksam. Bei entsprechender Klinik und Anamnese (z.B. Infektion in Süd-Ostasien erworben) Dosiseskalation erwägen (z.B. 2g tgl. für mehrere Tage).

** Zur i.m.-Applikation 1g Ceftriaxon-Pulver in einer 1%igen Lidocainlösung aufnehmen (zur Volumenmenge der Lidocainlösung Beipackzettel beachten!). (Caveats: sofort tief intragluteal injizieren; Lidocain-Kontraindikationen beachten; niemals intravasal!).

*** Nicht erste Wahl zur Therapie koinfizierender Chlamydien! Empfehlung unter der Annahme, vielfach sei trotz Ceftriaxon-Empfindlichkeitsminderung eine Azithromycin-Empfindlichkeit gegeben.

**** Rote Hand Brief beachten! Doxycyclin >80% NG-Resistenzen.

AWMF S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe, Stand 2018: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-004
AWMF S3-Leitlinie Management der Urethritis bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen, Stand 2024: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-099

Literatur:

- *Crofts, Megan, et al. „British Association of Sexual Health and HIV National Guideline on the Management of Non-gonococcal Urethritis (NGU), 2026." International Journal of STD & AIDS (2026): 09564624261430584: https://www.bashh.org/_userfiles/pages/files/resources/ngu_2026.pdf*
- *Kogler A, Sadoghi B, Draschl A et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium at pharyngeal and anorectal sites in patients presenting to an STI outpatient ward. J Eur Acad Dermatol Venereol 2025; 39(2): 389-397. doi:10.1111/jdv.20029 -*
- *Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin 38/2025 – Epidemiologie und Resistenzlage der Gonorrhö in Deutschland: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2025/38_25.pdf*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Gonorrhoe *Neisseria gonorrhoeae (NG)*	**Kindern**	Kinder <45 kg Körpergewicht (KG): • Ceftriaxon* 20-50mg/kg KG (max. 1,0g) i.v./**i.m. einmalig Kinder >45 kg/Körpergewicht (KG): Erwachsenendosis • Ceftriaxon* 1x 1-2g i.v. oder **i.m.		(s.o.)
Ophthalmo-Blenorrhoe *Neisseria gonorrhoeae (NG)*	**Erwachsenen**	• Ceftriaxon* 1-2g i.v. oder **i.m. für 3d *plus* • Azithromycin*** 1x 1,5g p.o. *zusätzlich* • Lavage mit reichlich 0,9%iger Kochsalzlösung!		
	Neugeborenen	Neugeborene < 2.500 g: • Ceftriaxon* 50mg/kg KG i.v./i.m. einmalig Neugeborene ≥ 2.500 g und im 1. Lebensjahr: • Ceftriaxon* 125mg/kg KG (max. 1,0g) i.v./i.m. einmalig	Alternativ, z. B. bei Hyperbilirubinämie: Neugeborene < 7 Tage: • Cefotaxim 50 mg/kg KG/d i.v. in 2 Einzeldosen einmalig Neugeborene > 7 Tage: • Cefotaxim 100 mg/kg KG/d i.v. in 2 Einzeldosen einmalig	Verabreichung von antiseptischen Augentropfen mit Povidon-Iod, z.B. Povidon-Iod-Augentropfen 2,5% (NRF 15.13.).
Disseminierte Gonokokken-infektion (DGI) (Sepsis)	**Erwachsenen** • Meningitis, Endokarditis, Arthritis	• Ceftriaxon* 2 g i.v. alle 24 Stunden ≥7 d *plus* • Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig • Ceftriaxon* 2 g i.v. alle 12 h *plus* • Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig. Therapiedauer insg. 10-14 d (Meningitis) bzw. mind. 4 Wo. (Endokarditis) *Zur i.m.-Gabe wird 1,0g Ceftriaxon-Pulver in 4ml 1 %-iger Lidocain-hydrochlorid-Lösung gelöst. Injektion in ein oder zwei Portionen (re/li) tief intragluteal. Lidocain darf niemals intravenös appliziert werden!*		Klinik: • DGI-Trias: Fieber, Arthritis, akrale, papulopustulöse, vaskulitische Hautveränderungen • Sepsiszeichen, Hämorrhagien, Nekrosen Diagnostik: • Blutkultur mit Antibiogramm und zusätzlich • STI Abstrichdiagnostik (urethral, anal, pharyngeal)

Abklärung weiterer STI!

* potentielle Kreuzallergie der ß-Lactam-Antibiotika beachten. 2. In dieser Dosierung bei pharyngealer Infektion durch hochresistente Stämme u.U. nicht ausreichnd wirksam. Bei entsprechender Klinik und Anamnese (z.B. Infektion in Süd-Ostasien erworben) Dosiseskalation erwägen (z.B. 2g tgl. für mehrere Tage).

** Zur i.m.-Applikation 1g Ceftriaxon-Pulver in einer 1%igen Lidocainlösung aufnehmen (zur Volumenmenge der Lidocainlösung Beipackzettel beachten!). (Caveats: sofort tief intragluteal injizieren; Lidocain-Kontraindikationen beachten; niemals intravasal!).

*** Empfehlung unter der Annahme, vielfach sei trotz Ceftriaxon-Empfindlichkeitsminderung eine Azithromycin-Empfindlichkeit gegeben. Immer Resistenztestung durchführen.

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Meningo-kokken *Neisseria meningitidis* *Unkomplizierte Urethritis, Zervizitis, Proktitis*	**Erwachsenen**	• Ceftriaxon 1–2 g i.v. oder i.m., Einmaldosis • bei nachgewiesener oder klinisch vermuteter Koinfektion mit Chlamydien zusätzlich Doxycyclin 2 × 100 mg p.o. für 7 d	• Falls nach 3–5 d keine Besserung: Resistogramm-informierte Therapie • Infektiologisches Konsil	**Kultur (Erregerisolierung und Resistogramm)** • Abstrichmaterial (meato-urethral, zervikal, vulvo-vaginal, anal, konjunktival, pharyngeal) • Kultur aus Urin nicht möglich • Speziesidentifizierung per MALDI-TOF **Erregerspezifische PCR/NAAT** *(Multiplex-Panels erfassen Meningokokken i.d.R. nicht)* • Erststrahlurin (Mann) bzw. Vaginalabstrich (Frau)
Meningo-kokken *Neisseria meningitidis* *Komplikation (Epididymitis, Adnexitis)*	**Erwachsenen**	• kalkuliert Ceftriaxon 2 g i.v. alle 12 h für ≥7 d	• Therapie ggf. nach Resistenztestung anpassen • Infektiologisches Konsil	**wie oben plus:** • 2x2 Blutkulturen vor Antibiotikagabe • PCR/NAAT aus EDTA-Blut
Hinweis: *Meningokokken-Urethritis klinisch nicht von Gonorrhö zu unterscheiden. Daran denken bei Nachweis gramnegativer intrazellulärer Diplokokken im Ausstrich trotz negativer Gonokokken-NAAT sowie bei Urethritis nach orogenitalem Kontakt.*				
Meningo-kokken *Neisseria meningitidis* *Invasive Erkrankung (Meningitis, Sepsis)*	**Erwachsenen**	**Notfall** (stationäre Aufnahme) • 2x2 Blutkulturen vor der ersten Antibiotikagabe • Sofort kalkuliert Ceftriaxon 2 g i.v. alle 12 h für ≥7 d	• Therapie ggf. nach Resistenztestung anpassen • Infektiologisches Konsil	• 2x2 Blutkulturen **vor** Antibiotikagabe • **Liquor:** Zellzahl, Gram-Präparat, Kultur, PCR/NAAT • PCR/NAAT aus **EDTA-Blut**

Abklärung weiterer STI!

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Chlamydien *Chlamydia trachomatis* *Partner*innentherapie empfehlen!* *Test of Cure (ToC) 6 Wochen nach Therapie*	**Erwachsenen*** Unkomplizierter urogenitaler, anorektaler oder oropharyngealer Infektion	• Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. 7 d (bei gleichzeitigem Vorliegen einer Gonorrhoe: Ceftriaxon 1-2g i.v./i.m. in Kombination mit Azithromycin 1x1,5g p.o. einmalig)	• Azithromycin* 1,5g p.o. einmalig	NAAT, Material: • Männer: Erststrahlurin; Abstrich anal, pharyngeal • Bei Proktitiden bei MSM und HIV-Koinfizierten sollte eine L 1-3-Infektion ausgeschlossen werden. • Frauen: Abstrich (vulvovaginal, zervikal, anal, pharyngeal, urethral) • Trans* und Inter* je nach Anatomie • Abstrich konjunktival *Therapiekontrolle mittels NAAT frühestens 6 Wochen nach Therapiebeginn!*
	Schwangerschaft und Stillzeit	• Azithromycin* 1,5g p.o. einmalig (Doxycyclin kontraindiziert ab SSW 16 (15+0); Stillen möglich (Off-Label-Use))	• Amoxicillin 500mg p.o. 3x tgl. über 7 d	
	Kindern	• Kinder mit <45 kg Körpergewicht: Erythromycin 10mg/kg KG/ 4x tgl. p.o. 14 d • Kinder ab 8 Jahren oder mit ≥45 kg Körpergewicht: Doxycyclin Tag 1: 200mg; Tage 2-7: 100mg		
	Konjunktivitis Erwachsenen *Bei fortgeschrittenen Stadien (Trachom) Therapie nach SAFE-Kriterien****	• Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. 7-14 d	• Azithromycin 1,5g p.o. Tag 1, 8, 15	
	Neugeborenen	Neugeborene: • Erythromycin (als Estolat 30-40mg/kg KG oral pro d) für 14 d	• Ggf. Azithromycin 20mg/kg KG p.o. für 3 d	
	Prostatitis, Vesikulitis, Epididymitis	Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. 7 d (bei Epididymitis 14 d)	• Levofloxacin 500mg 1x tgl. p.o. 7 d	*Siehe auch Abschnitt Epididymitis ohne Erregernachweis.*
	LGV Lymphogranuloma venereum (hämorrhagische) Proktokolitis	• Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. ≥21 d (Doxycyclin kontraindiziert ab SSW 16 (15+0); Stillen möglich; dann Azithromycin 1,5g p.o. Tag 1, 8, 15)	• Azithromycin 1,5g p.o. Tag 1, 8, 15 *Inzision bei inguinaler Abszedierung*	• NAAT mit Genotypbestimmung bzw. Differenzierung von LGV und non-LGV Stämmen (Material: Erststrahlurin, Abstrich, Gewebe, Punktat) *Therapiekontrolle unbedingt erforderlich!*

Abklärung weiterer STI!

Cave: Kreuzallergie der β-Lactame
* Bei Koinfektion mit M. genitalium besser Azithromycin p.o. einmalig 1,5g – 2 g; evtl. in Kombination mit Doxycyclin 100mg 2x tgl. für 7 d
** Cave: Kontraindikation Erythromycinestolat in der Schwangerschaft wegen Hepatotoxizität. Muss eventuell über die internationale Apotheke bestellt werden.
*** Surgery, antibiotics, face washing, environmental improvements (insbesondere Chirurgie der Lider, Gesichtsreinigung zur Verhinderung von Schmierinfektionen)
STI-PEP mit Doxycyclin, siehe Kapitel „medikamentöse Prävention“.

Quellen:

- *AWMF/DSTIG S2k-Leitlinie Infektionen mit Chlamydia Trachomatis, Stand 2016: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-005*
- **AWMF S3-Leitlinie Management der Urethritis bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen, Stand 2024: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-099*
- *Crofts, M. et al. „British Association of Sexual Health and HIV, National Guideline on the Management of Non-gonococcal Urethritis (NGU), 2026.“ International Journal of STD & AIDS (2026): 09564624261430584: https://www.bashh.org/_userfiles/pages/files/resources/ngu_2026.pdf*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Mycoplasma genitalium	**Urethritis** pos. in NAAT für M. genitalium	• Azithromycin 1,5 - 2g p.o. einmalig (bei Makrolidempfindlichkeit); ggf. gleichzeitig Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. für 7 d *oder* • Azithromycin initial: 1g p.o. Tag 1, 500 mg Tag 2-5 (bei Makrolidempfindlichkeit); ggf. nach Vorbehandlung mit Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. für 7 d *Therapiekontrolle!* *Cave: De novo-Resistenzbildung*	• Moxifloxacin 400mg 1x tgl. p.o. für 7-10 d (bei Azithromycinresistenz) *Wegen möglicher schwerer UAW sorgfältige Überprüfung des Einsatzes von Fluorchinolonen* *oder* • Pristinamycin 1g 4 x tgl. p.o. für 10 d (bei Therapieversagen unter Moxifloxacin) *Aufgrund begrenzter Erfahrungen in der Schwangerschaft Pristinamycin vermeiden* *oder* • Sitafloxacin 100mg p.o. 2x tgl. für 7 d (bei fehlendem Ansprechen oder Kontraindikationen gegen die Einnahme von Azithromycin und Moxifloxacin)[1,*]	• NAAT (Material: Abstrich (wie Kultur), Erststrahlurin) *Therapiekontrolle frühestens 4 Wochen nach Therapiebeginn!*
Mycoplasma hominis[1]	**Symptomen ohne anderweitigen Erregernachweis**	• Doxycyclin 200mg p.o. einmalig	• Azithromycin 1,5g p.o. einmalig	• NAAT/Multiplex-PCR[2]
Nichtgonorrhoische (Non-Ng) Urethritis*	**Symptomatischer akuter Urethritis** ohne nachweisbare Gonokokken im mikroskopischen Abstrich	• Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. 7-10 d (kontraindiziert bei Schwangeren ab SSW 16 (15+0); Stillen möglich)	• Azithromycin initial: 1g p.o. Tag 1, 500 mg Tag 2-5 *oder* • Azithromycin 2g p.o. einmalig	• Mikroskopie urethraler Ausstrich. NAAT für C. trachomatis und N. gonorrhoeae. • Zusätzlich Mittelstrahlurin und Ejakulat auf andere Erreger testen *Symptomatische Urethritis soll behandelt werden, ohne Labordiagnostik abzuwarten*
Nichtgonorrhoische nicht-chlamydien (Non-Ng/ Ct) Urethritis	**Rezidivierender Urethritis** mit negativer NAAT für Chlamydien und Gonokokken	• Wenn primär mit Doxycyclin behandelt: Azithromycin initial: 1g p.o. Tag 1; 500mg Tag 2-5 *oder* • Azithromycin 1,5 - 2g p.o. einmalig; ggf. gleichzeitig Doxycyclin 100mg 2x tgl.p.o. für 7 d	• Wenn rezidivierende Urethritis oder positiver NAAT für M. genitalium nach 5 d Azithromycin: Moxifloxacin 400mg 1x tgl. p.o. 7 d *Wegen möglicher schwerer UAW sorgfältige Überprüfung des Einsatzes von Fluorchinolonen erforderlich*	• Wenn möglich, Multiplex- PCR bzw. NAAT für M. genitalium und U. urealyticum • Zusätzlich Mittelstrahlurin und Ejakulat auf andere Erreger testen *Falls positiv: 4-6 Wochen nach Behandlung mit NAAT kontrollieren*

Abklärung weiterer STI!

[1] Für Sitafloxacin besteht zum aktuellen Zeitpunkt (Mitte 2024) keine Zulassung in Deutschland / Europa.

** AWMF S3-Leitlinie Management der Urethritis bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen, Stand 2024: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-099*

Quelle:

- *Crofts, M. et al. „British Association of Sexual Health and HIV, National Guideline on the Management of Non-gonococcal Urethritis (NGU), 2026." International Journal of STD & AIDS (2026): 09564624261430584: https://www.bashh.org/_userfiles/pages/files/resources/ngu_2026.pdf*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Ureaplasma urealyticum[1]	Diagnostik nur bei rezidivierender Non-Ng/-Ct M. genitalium-negativer Urethritis	• Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. 7 d (kontraindiziert bei Schwangeren ab SSW 16 (15+0); Stillen möglich))	• Clarithromycin 500mg 2x tgl. p.o. 7 d (in der Schwangerschaft gut verträglich, keine Zulassung) • Azithromycin 1,5g einmalig p.o. (Resistenzen sind beschrieben)	• NAAT *Der Test sollte zwischen U. urealyticum und U. parvum differenzieren, da für eine Urethritis (Ng. und Ct. negativ) in erster Linie U. urealyticum in Betracht kommt. Kultur unterscheidet nicht zwischen U. parvum (manchmal pathogen) und U. urealyticum*
Ureaplasma parvum[1]	Symptomen ohne anderweitigen Erregernachweis	• Doxycyclin 200mg p.o. einmalig	• Azithromycin 1,5g p.o. einmalig	• NAAT/Multiplex-PCR[2]
Pelvic Inflammatory Disease (PID) – Salpingitis	**Frauen** leichte bis mäßige Form	• Ceftriaxon 1-2g i.v. oder i.m. einmalig *plus* • Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. über 14 d* *ggf. plus* • Metronidazol 500 mg 2x tgl. über 14 d	• Moxifloxacin 400mg 1x tgl. p.o. 14 d *Wegen möglicher schwerer UAW sorgfältige Überprüfung des Einsatzes von Fluorchinolonen erforderlich! oder* • Amoxicillin/Clavulansäure 875/125 mg 2-3xtgl. p.o. über 7-14 d *plus* • Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. über 14 d*	• Gonokokkenkultur, NAAT für Chlamydia trachomatis, N. gonorrhoae und M. genitalium *Aus dem Fimbrienende! (Zervixabstrich bis zu 50% negativ bei positivem Fimbrienabstrich)*
	Frauen schwere Form	• Ceftriaxon 2g/d i.v. für min.7 d** *plus* • Metronidazol 500mg 2x tgl. (i.v. oder p.o.) für min. 7d** *plus* • Doxycyclin 100mg 2x tgl. möglichst p.o. über 14 d	• Piperacillin/Tazobactam 4,0g/0,5g alle 8 h i.v. für min. 7 d** *plus* • Doxycyclin 100mg 2x tgl. möglichst p.o. über min. 14 d • Bei nachgewiesenem M. genitalium und bei rezidivierender PID nach Doxycyclin behandlung: Moxifloxacin 400mg 1x tgl.p.o. 14 d *Wegen möglicher schwerer UAW sorgfältige Überprüfung des Einsatzes von Fluorchinolonen erforderlich!*	

Abklärung weiterer STI!

[1] Eine Therapie für M. hominis, U. urealyticum und U. parvum ist nur angezeigt, wenn diesen Erregern Symptome zugeordnet werden können.

[2] Die Multiplex-PCR bietet den Vorteil, das Spektrum aller koinfizierenden Erreger zu erfassen, und erlaubt es so eher, eine kalkulierte Therapie anzusetzen, die bekannte Resistenzmuster berücksichtigt und de novo-Resistenzbildungen zu vermeiden versucht. Multiplex-Technologien, die zusätzlich bekannte Resistenzgenotypen erfassen, erlauben eine der individuellen Situation angepasste gezielte STI-Therapie.

* und ** siehe nächste Seite

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Epididymitis *Bei Erregernachweis muss eine gezielte erregerspezifische Therapie erfolgen*	**Erwachsenen Männern** (bei jungen Männern Differentialdiagnose: Hodentorsion)	STI-assoziiert: • Ceftriaxon 2g/d i.v. für min. 7 d* *plus* • Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 14 d STI + enterische Exposition (Analverkehr?): • Ceftriaxon 2g/d i.v. für min. 7 d** *plus* • Azithromycin 1,5-2,0g p.o. einmalig	Bei älteren Männern ohne STI-Verdacht: • Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. für 7d • Metronidazol 500mg 2x tgl. p.o. für 7d • Levofloxacin 500mg 1x tgl. p.o. für 7d	• Gonokokkenkultur; NAAT für C. trachomatis, N.gonorrhoae und M. genitalium • Bei Männern (>35 Jahre): Harnkultur, Therapie nach Resistogramm
Ulcus molle *Haemophilus ducreyi*	**Erwachsenen**	• Azithromycin 2g p.o. einmalig (Therapieversagen bei HIV+ und HSV-Begleitinfektion bei Azithromycin 1,0g dreimal häufiger)	• Ceftriaxon*** 500mg i.m. einmalig	• Kultur (Spezialmedien) • NAAT Material: Abstrich/Gewebe
Granuloma inguinale (Donovanosis) *Klebsiella granulomatis*	**Erwachsenen**	Cotrimoxazol 960mg 2x tgl. p.o. 21 d (1 Tabl. = 160mg TMP + 800mg SMO)	• Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. 21 d (Nicht bei Schwangeren) *oder* • Azithromycin über 3 Wochen 1,0g/Woche p.o. d 1,8,15	• Mikroskopie (Giemsa-Färbung) Material: Abstrich/Gewebe
Trichomoniasis **Trichomonas vaginalis** *Partner*innentherapie erforderlich!*	**Erwachsenen** Vaginitis, Urethritis	• Metronidazol 2x 500 p.o./d über 7 d *oder* • einmalig 2g p.o., insbesondere zur Partner*innenbehandlung Schwangerschaft: • Metronidazol 2x 500mg tgl. p.o. 10 d (Off-Label-Use) *Bei Allergie: Hyposensibilisierung oder begleitende Gabe von Glukokortikoiden 1,5mg/kg KG.* *Cave: Bei Typ 1-Allergien!*	Dosiseskalation bei Therapieversagen: • Metronidazol 500mg 2x tgl. p.o. für 7d *oder* • Tinidazol 2g p.o./d über 7 d (Tinidazol in Deutschland nicht verfügbar, aber aus dem Ausland zu beziehen)	• NAAT • Material: Urogenitaler Abstrich • Antigen-Schnelltest • Kultur • Mikroskopie (Nativpräparat, Dunkelfeld oder Phasenkontrast) ToC nach ca. 3 Monaten für sexuell aktive Frauen; für Männer keine gute Evidenz für generellen ToC

Abklärung weiterer STI!

* Das Therapieschema kann zusätzlich mit Metronidazol 2x 400 oder 500mg p.o./d kombiniert werden, um eine gute Anaerobier-Wirksamkeit zu erreichen bzw. diese noch zu verstärken. Doxycyclin kann durch Azithromycin ersetzt werden: 1,5 - 2,0g p.o. einmalig.

** Die Dauer der Therapie sollte für diese Medikamente von der Klinik abhängig gemacht werden. Faustregel: Absetzen der i.v.-Behandlung frühestens 24 h nach deutlicher klinischer Besserung; Behandlungsdauer mind. 7, in der Regel nicht mehr als 14 d.

*** da häufig Koinfektion mit GO, in diesem Fall Ceftriaxon 1-2g i.m. oder i.v. einmalig.

STI-Bowel-Syndrom, Shigellen, Amöbiasis, Giardiasis, Kryptosporidiose, Dermatophilose

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
STI-Bowel-Syndrom/ Symptom *Komplex durch Infektionen und nichtinfektiöse Entzündungen und Trauma (GO, CMV, HPV, HSV, Syphilis, CT, Shigellen; Fissuren, Hämorrhoiden, Ulcera, Blutung und Flatulenz etc.)*	**Häufigem Analverkehr** MSM und Heterosexuelle	• Wenn möglich, erregerspezifische Therapie; andernfalls symptomorientiert (syndromic approach)		• Palpation • Multiplex-PCR • Histologische Abklärung • Proktoskopie, Endoskopie • Ultraschall Neben einer ausführlichen Erregerdiagnostik sollten ein vollständiges Blutbild, C-reaktives Protein, Erythrozytensedimentationsrate, Zöliakie-Serologie und bei Patienten <45 Jahren mit Durchfall ein fäkales Calprotectin zum Ausschluss einer entzündlichen Darmerkrankung erfolgen.
Shigellen		• Ciprofloxacin 500-750 mg. p.o. 2x tgl. für 5-10 d • Trimethoprim-Sulfamethoxazol 160mg/800mg 2x tgl. für 5 d • Ceftriaxon 1-2g i.v. oder i.m. tgl. für 5 d • Azithromycin 1,5g/d einmalig	Möglichst immer Resistenzprüfung, weil sich derzeit eine regional schwer zu überblickende Resistenz-Epidemiologie vor allem S.-Sonei und S.-Flexneri-Stämmen entwickelt.	• Mikroskopischer Erregernachweis in der Stuhlprobe; Stuhlkultur • NAAT
Amöbiasis		• Metronidazol 750mg 3 x tgl. für 5-10 d, anschließend: Paromomycin 10mg pro kg KG 3 x tgl. für 5-10 d *Cave: Metronidazol kann nicht die Zysten eradizieren!*	Bei Zysten Nachbehandlung mit: • Paromomycin 100mg p.o. 3x tgl. für 7d *oder* • Diloxanidfuroat 500mg p.o. 3 x tgl. für 10 d internat. Apotheke	• Mikroskopischer Erregernachweis in der Stuhlprobe; Stuhlkultur • ggf. PCR zur Differenzierung der Subtypen
Giardiasis		• Metronidazol 500mg p.o. 2 x tgl. für 5 d	• Tinidazol 2g p.o./d über 7 d (Tinidazol in Deutschland nicht verfügbar, internat. Apotheke) • Secnidazol 2g einmalig (Secnidazol in Deutschland nicht verfügbar, internat. Apotheke)	• Mikroskopischer Erregernachweis in der Stuhlprobe; Stuhlkultur

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Krypto-sporidiose	**Häufigem Analverkehr** MSM und Heterosexuelle	• Paromomycin 100mg p.o. 3 x tgl. für 7 d	Nitazoxanide[1] 500-1.000mg p.o. 2x tgl. mit Nahrung für mindestens 14 d *plus* optimierte ART, symptomatische Behandlung und Rehydratation/Elektrolytersatz	• Mikroskopischer Erregernachweis in der Stuhlprobe; Stuhlkultur • Enzymimmunoassay für fäkale Antigene • ggf. PCR zur Differenzierung der Subtypen

Abklärung weiterer STI!

[1] In Deutschland derzeit keine Zulassung.

- *AWMF S3-Leitlinie Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Reizdarmsyndroms, Stand 2021: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/021-016*
- *Vasant, DH., et al. „British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome." Gut 70.7 (2021): 1214-1240. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33903147/*
- *Lacy BE, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol. 2021;116(1):17-44. doi:10.14309/ajg.0000000000001036. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33315591/*
- *CDC Empfehlung 2025: https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/adult-adolescent-oi/guidelines-adult-adolescent-oi.pdf*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Dermato-philose *Dermatophilus congolensis* *Grampositiver filamentöser Aktinomyzet, klassisch zoophil.* **Klinik** Juckende follikulitisartige Papeln und Pusteln, gelbliche Krusten. Überwiegend genitoanal, perioral, vereinzelt atypische Lokalisationen (enoral, konjunktival). **Epidemiologie** Infektion bisher nach Kontakt zu infizierten Tieren. Seit 12/2025 auch europäische Cluster mit sexueller Übertragung bei MSM; Expositionsorte überwiegend Saunen bzw. Sex-on-Premises-Venue. Auch bei Kampfsportlern und Tropenrückkehrern. **Inkubationszeit** im Median 6d.	**umschriebenem, wenig ausgedehntem Befund**	**Topische Antiseptika** z.B. Polyhexanid oder Chlorhexidindigluconat, bis zur Abheilung	**z.B. Fusidinsäure topisch** - bei therapierefraktärem Verlauf Systemtherapie erwägen.	**Labor vorab informieren** • Material: bevorzugt trockene Krusten/Schorf, ggf. Pustelinhalt Häufig Kombination mehrerer Nachweisverfahren empfohlen: • Mikroskopie: verzweigte grampositive Filamente mit Quer- und Längsseptierung („tram-track“) • Kulturelle Anzucht, MALDI-TOF-Identifizierung • PCR • Resistenztestung mittels Antibiogramm (keine EUCAST-Grenzwerte) • ggf. 16S-rRNA-Sequenzierung Zur epidemiologischen Zuordnung: • Ganzgenomsequenzierung
	ausgedehntem oder multilokulärem Befund	**Amoxicillin 1 g p. o. 3 ×/d, 7 - 10d** Zusätzlich topische Antiseptika!	**Cefadroxil 1000 mg 2 ×/d, 7 – 10d** **Amoxicillin/Clavulansäure 875/125 mg 3 ×/d, 7 – 10d**	
	Betalaktamallergie	**Doxycyclin 100 mg 2 ×/d, 7 – 10d**	**Nicht wirksam sind:** • Mupirocin • Ciprofloxacin • Tobramycin	
	Alle Regime sind empirisch; eine Leitlinie existiert nicht.			
	Beratung Sexuelle Karenz bis zur Abheilung. Kondome schützen nicht (Haut-zu-Haut-Kontakt). Handtücher, Rasierer und Bettwäsche nicht teilen, Läsionen abdecken. Tierkontakt meiden. Partnernotifikation; Kontaktpersonen 14 Tage selbst beobachten. Keine Isolierung. Reinfektion beschrieben – keine belastbare Immunität.	**Meldung** Kategorie „Bedrohliche übertragbare Krankheiten“ (§ 6 Abs. 1 Nr. 5 bzw. § 7 Abs. 2 IfSG).		

Literatur:
Degreze M, Durupt F, Ibranosyan M et al. Suspected Sexual Transmission of Dermatophilosis among Men Who Have Sex with Men, Lyon and Paris, France, 2025-2026. Emerg Infect Dis 2026; 32(6): 959-963. doi:10.3201/eid3206.260401 • Descalzo V, Moreno-Mingorance A, Álvarez-López P et al. Suspected Sexual Transmission of Dermatophilosis among Men Who Have Sex with Men, Barcelona, Spain, 2025-2026. Emerg Infect Dis 2026; 32(6): 964-969. doi:10.3201/eid3206.260476 • Filén F, Loo E, Haij Bhattarai K. Dermatophilosis among men who have sex with men, Stockholm, Sweden, March to June, 2026. Euro Surveill 2026; 31(25): 2600520. doi:10.2807/1560-7917.ES.2026.31.25.2600520 • Keller PM, Di Nicola R, Marković L et al. Human infections with Dermatophilus sp.: travel-associated first case and a local cluster in the context of emerging European outbreaks, Basel, Switzerland, 2025 to 2026. Euro Surveill 2026; 31(29): 2600552. doi:10.2807/1560-7917.ES.2026.31.29.2600552 • Krings A, Bitzegeio J, Jansen K, et al.. Infektionen mit Dermatophilus congolensis in Deutschland bei Männern, die Sex mit Männern haben. Epidem Bull 2026; 22/2026.7-8. • European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid risk assessment – Clusters of dermatophilosis in five EU/EEA countries in 2025–2026. 17 June 2026. 2026; doi:10.2900/5780433 • Pape K, Javnes S, Aas CG, et al.. Outbreak of Dermatophilus congolensis skin infection among contact sport practitioners, Norway, summer 2025. bioRxiv 2026; 0. doi:10.64898/2026.07.24.740579 • Ruegamer T, Steinke KM, Vonhoegen J et al. Photo Quiz: A parsimonious explanation for stacked coins. J Clin Microbiol 2026; e0022026. doi:10.1128/jcm.00220-26

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Candida* *vulvovaginale Candidose, Balanitis oder Balanoposthitis candidomycetica* *Partner*innen-behandlung! (nicht bei asymptomatischem/r Partner*in)*	**Erwachsenen**	Lokale Therapie der Frau: • Clotrimazol 500mg einmalig *oder* • Clotrimazol 200mg Vaginaltabletten 1x tgl. abends 3 d oder 100mg für 6 d • Nystatin 1-2 Vaginaltabletten 1 x tgl. abends, 3 d • Ciclopiroxolamin Applikatorfüllung Vaginalcreme (5g) 1 x tgl. 6 d Lokale Therapie beim Mann: • Nystatin-Paste 2 x tgl. 5-7 d • Clotrimazol 2 x tgl. 7 d • Ciclopiroxolamin-Creme 1-3 x tgl., 5-7 d	Systemische Therapie: • Fluconazol 150mg p.o. einmalig • Itraconazol 2x 200mg p.o. einmalig (postprandial) • Probiotika ggf. bei und nach Therapie als Prophylaxe Bei C. krusei (neu: Pichia kudriavzevii): • Clotrimazol 2 x tgl. 7 d (Lokaltherapie) Alternativen: • Posaconazol 1. Tag 200mg, 2.-14. Tag 100mg, insg. 14 d *oder* • Voriconazol 1. Tag 400mg, 2+3. Tag 200 mg, insg. 3 d Bei C. glabrata (neu: Pichia kudriavzevii), wenn (selten) symptomatisch: Posaconazol / Voriconazol häufig nicht wirksam. Für schwere Fälle Einzelfallentscheidung Micafungin (i.v.) (Off-Label-Use; Cave: Kosten!)	• Chromagar Candida differenziert, C. albicans, C. glabrata, und C. krusei praxistauglich. • Differenzierung mittels CHROMagar, API-Test oder Maldi-Tof (Identifikation primär resistenter Candida-Spezies)
Candida albicans* *Vulvovaginitis, chronisch rezidivierend (= 3 und mehr Episoden/Jahr)*	**Erwachsenen**	• Dauersuppression z.B. mit Fluconazol 150mg p.o./Woche für 6 Monate • Oder 200mg im degressiven Dosis-reduzierenden Schema nach Dondery, insb. bei Risikofaktoren* • 1. Woche: 200mg Fluconazol an 3 d; nach 14 d, Pilzkultur: wenn neg., 2 Monate je 200mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Pilzkultur s.o. 4 Monate lang je 200mg Fluconazol 1-mal alle 2 Wochen, Pilzkultur s.o. 6 Monate lang je 200mg Fluconazol 1-mal pro Monat • Bei Rückfall neue Initialtherapie wie 1. Woche		• Mikroskopischer Nachweis von Pseudohyphen als Beweis der behandlungsbedürftigen Infektion, und/ oder kultureller Nachweis mit Artbestimmung zur Bestätigung. • Klinischmikroskopischer oder kultureller Nachweis von Hefen (Sabouraud Agar) (Material: Vulvovaginal-, Penis-, Analabstrich) • Prädispositionen ausschließen: Diabetes, Steroidtherapie bei rheumatologischer Grunderkrankung, HIV etc.

* Cave: Zunahme von Triazol-Resistenzen bei Candida spec.

- *Farr A, et al. Guideline: Vulvovaginal candidosis (AWMF 015/072, level S2k). Mycoses. 2021 Jun;64(6):583-602. doi: 10.1111/myc.13248. Epub 2021 Feb 27. PMID: 33529414; PMCID: PMC8248160. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33529414/*
- *AWMF S2k-Leitlinie Vulvovaginalkandidose, Stand 2020: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-072*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Candidozyma auris *Candida auris* *Sexuelle Übertragung bisher nicht beschrieben*	**Therapierefraktärer Vulvovaginitis oder Balanitis**	• Asymptomatische Kolonisation: keine antimykotische Therapie • Symptomatische Infektion: topisches Azol oder Nystatin • Systemisch nur nach Resistogramm! (Fluconazolresistenz ca. 90 %) Erstlinientherapie bei Erwachsenen und Kindern (≥ 2 Monate) Echinocandine (z.B. Caspofungin, Micafungin), Empfindlichkeit bei neueren Azole meist gegeben. Einige Stämme reduzierte Empfindlichkeit in vitro gegen Amphotericin B		• Mikroskopischer oder kultureller Nachweis von Hefen (Material: Vulvovaginal-, Penis- oder Analabstrich) • Massenspektrometrische Differenzierung mit anschließender Resistenztestung
Trichophyton mentagrophytes	**Erwachsenen** genital, perianal (oft über Haustiere (Katze, Meerschweinchen, ...), genetische Varianten können durch direkten Hautkontakt „sexuell“ übertragen werden.)	• Terbinafin 250mg 1x tgl. *oder* • Itraconazol 200mg 2-3x tgl. *Therapiedauer: 4-7 Wo., in Abhängigkeit von der Klinik*	• Fluconazol 200mg 2x tgl. *Therapiedauer: 4-7 Wo., in Abhängigkeit von der Klinik*	• Kultur oder PCR (nach Möglichkeit kombiniert) (dermatologisch-mykologische Kompetenz erforderlich!)

Abklärung weiterer STI!

Hinweis: *Ein Nachweis aus Genitalabstrichen ist meist Ausdruck einer Haut-/Schleimhautkolonisation (Hauptreservoir Leiste und Axilla), nicht eines sexuellen Kontaktes. Meldepflichtig nach § 7 IfSG ist nur der Nachweis aus Blut oder primär sterilem Material; ein genitaler Abstrichbefund ist nicht meldepflichtig, erfordert aber Kontakt-/Hygienemaßnahmen (bei Häufungen § 6 Nr. 3 IfSG).*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Bakterielle Vaginose *Partner*innentherapie empfohlen!*	**Erwachsenen**	Lokale Therapie: • 1g Metronidazol intravaginal an 2 aufeinanderfolgenden Tagen *oder* • Metronidazol Vaginalcreme 5 %, 1 x 2g 7 d *oder* • Dequaliniumchlorid 10mg Vaginaltablette für 6 d *oder* • Octenidin 2x Tag 1, dann 1x tgl. für 7 d *oder* • Povidon-Jod 1x d 7d*** Systemische Therapie* (Partner*innentherapie): • Metronidazol 2 x 500mg p.o. 7 d *oder* • Clindamycin 2 x 300mg p.o. 7 d	Lokale Therapie: • Clindamycin Creme 2 %, 1 x 5g 7 d • Milchsäure, Laktobazillen oder Astodrimer* (Ovula, Vaginaltabletten) ggf. bei oder nach Therapie als Prophylaxe • Metronidazol 1-2x 2g in 48 h *oder* • für 4-12 Wochen, ggf. nur jeden 2. Tag Systemische Therapie: • Probiotika ggf. bei oder nach Therapie als Prophylaxe (Die vaginale oder die orale Gabe von Probiotika reduziert die Rezidivquote der BV um ca. 50%). *Evidenz nicht gesichert.* (In der Schwangerschaft bevorzugt Clindamycin Vaginalcreme 1x5g 2%, 7 d)	• Klinisch mikroskopisch (3 von 4 Kriterien): - Homogener nicht entzündlicher Ausfluss - pH der Vaginalflüssigkeit >4,5 - Fischgeruch des Ausflusses vor oder nach 10 % KOH - Clue cells (Gram) (Material: Vaginalabstrich) *Weitere Diagnostik siehe BV Leitlinie***
Behandlung von asymptomatischen Frauen zur Vermeidung von Schwangerschaftskomplikationen	**Rezidivierender Bakterieller Vaginose** *Partner*innenbehandlung empfehlenswert**	Systemische Therapie: • Metronidazol 2x500 mg (siehe oben) Lokale Therapie: • Penis: Clindamycin Creme 2x tgl. für 7 d • Antiseptika	• Erhaltungstherapie mit Metronidazol Vaginalcreme 5 %, 1-2x d • bei oder nach Therapie Milchsäure oder vaginale Probiotika Laktobazillen, z.B. Lactin V	
	Schwangerschaft und Stillzeit und unmittelbarem Kinderwunsch**	• Metronidazol 2x500mg p.o. für 7 d *Kontraindikation in der Stillzeit!* *oder* • Clindamycin Vaginalcreme (1x5g 2%, 7d)		• Untersuchung auf BV in der Frühschwangerschaft kann zur Reduktion einer Frühgeburt beitragen

Abklärung weiterer STI!

* eventuell in Kombination mit Milchsäure, Laktobazillen etc.
** Frauen mit einer aeroben bzw. desquamativen inflammatorischen Vaginitis sollten behandelt werden
*** Cave: Keine Anwendung in der Schwangerschaft

Quellen:

- **Vodstrcil LA, Plummer EL, Fairley CK, et al. Male-Partner Treatment to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis. N Engl J Med. 2025;392(10):947-957. doi:10.1056/NEJMoa2405404: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40043236/*
- *AWMF S2k-Leitlinie Vulvovaginalkandidose, Stand 2020 (in Überarbeitung): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-072*
- ***AWMF S2k-Leitlinie Bakterielle Vaginose, Stand 2023: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-028*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Scabies *Sarcoptes hominis* *Behandlung aller Kontaktpersonen (Wohneinheit) und Sexual-partner*innen*	**Erwachsenen**	Duale Therapie mit: • Ivermectin 200 µg/kg p.o. Wiederholung nach 7-10 d *Ivermectin nicht in der Schwangerschaft und nicht bei Kleinkindern (< 15 kg KG). Nur nach ärztlicher Rücksprache* • Benzylbenzoat Emulsion 25% (für Kinder 10%), an 3 aufeinanderfolgenden d auftragen *oder Lokal* • Permethrin 1x 5%-ige Creme zur Lokaltherapie über mind. 8 Std., Therapiewiederholung nach 7-10 d*	• Bei Rezidiv Wiederholung der Therapie Crotamiton Salbe 1x täglich über 3-5 d dünn auftragen, oder Benzylbenzoat Emulsion 25% (für Kinder 10%), an 3 aufeinanderfolgenden Tagen auftragen	• Klinisches Bild, Nachweis der Milben (Dermatoskop), evtl. mikroskopischer Nachweis nach Abtragung aus einem Milbengang
Pediculosis pubis, Phthiriasis (Filzläuse)* *Phthirus pubis*	**Erwachsenen**	• 1. Wahl Dimeticon Einwirkzeit 8-10 Std., Wiederholung nach 8-10 d. (Anschließend Auskämmen der Nissen!) • Permethrin 1x 0,5 %ige alkoholische Lösung, Einwirkzeit 30 – 45 min; Wiederholung nach 8 – 10 Tagen nicht obligat, aber empfehlenswert	• In Problemfällen Ivermeticin 200 µg/kg p.o. Wiederholung nach 10 Tagen (off label use) (Anschließend Auskämmen der Nissen!) • Permethrin 1% Creme mittels Wattetupfer über 10 Minuten. Die Augen sollten abgedeckt werden und geschlossen bleiben (sonst übernehmen. (Anschließend Auskämmen der Nissen!)	• Nachweis von Filzläusen und deren Nissen (leichter zu erkennen als Filzläuse) perigenital, evtl. auch axillär, an Barthaaren und Wimpern (Inspektion evtl. mit Lupe, gut auch mit Dermatoskop), evtl. mikroskopi-sche Untersuchung des Materials

Abklärung weiterer STI!

* Vorsicht bei Schwangerschaft: strenge Indikationsstellung!

- *AWMF S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik und Therapie, Stand 2018 (in Überarbeitung): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006*
- **Abhängig von der lokalen Resistenzsituation: Azzolina V, Schauer F, Pilz JF, Zink A, Eyerich K, Pilz AC. Scabies Management Outcomes: Identification of Risk Factors for Treatment Success or Failure. Dermatol Pract Concept 2025; 15(2): 5077. doi:10.5826/dpc.1502a5077 -*

Erkrankung	Bei...	Therapieindikation	Therapie	Diagnose
Hepatitis A* *(Impfung empfohlen bei neg. HAV IgG; bei HIV-Koinfektion Auffrischimpfung alle 10 Jahre)*	**Erwachsenen** Spontane Ausheilung bis 100 %	• Akute Hepatitis A-Infektion	• Symptomatische Therapie; Körperliche Schonung	HAV-Serologie Anti-HAV IgM (Material: Serum) • Ggf. HAV-NAAT
Hepatitis B*,** *Zur Therapie der Hepatitis B wird auf entsprechende Leitlinien (s.u.) verwiesen.* *(Impfung empfohlen)** *Beginn der Impfung des Neugeborenen und gleichzeitige Gabe von HB-Immunglobulin bei Exposition während der Schwangerschaft sowie bei unklarem HBV-Status innerhalb 12 Std. post partum******	**Erwachsenen mit akuter Hep B** Spontane Ausheilungsrate >90 % **Immunsupprimierten und Kindern bis zum 4. Lebensjahr** bis zu 80% chronischer Verlauf	• Antivirale Therapie nur bei fulminantem Verlauf mit Zeichen der Lebersynthese-einschränkung (INR > 1,5, Quickwert <50%)**	• Symptomatische Therapie • Engmaschiges Monitoring der Leberfunktion *Cave: fulminanter Verlauf* • Bei fulminantem Verlauf: Nukleosid-/Nukleotidtherapie	HBV-Serologie (Material: Serum): HBsAG pos. und Anti-HBc IgM pos. • Ggf. HBV-NAAT • Ggf. HBV-Genotyp siehe Stufenschema in der Hep-B LL S. 701** HDV-Koinfektion ausschließen: HDV-Serologie, bei pos. Befund HDV-NAAT (Material: Serum)
	Erwachsenen mit chronischer Hep B Definition: HBs-AG pos. > 6 Monate	• HBV-DNA ≥2000 IU/ml und entzündliche Aktivität mit erhöhten Transaminasen und/oder signifikanter Leberfibrose (>F2) *oder* • bereits bestehende oder Risiko für Leberzirrhose, HCC-Risiko, extrahepatische Manifestation, Verhinderung von Transmission *Bepirovirsen: Als Eliminierungstherapie Zulassung geplant 2027*	• Nukleosid-/Nukleotidanalogon[1] • Tenofovir (TDF) 1x tgl. 245mg** • Tenofovir (TAF) 1x tgl. 25mg *oder* • Entecavir (ETV) 1x tgl. 0,5mg Bei Erstdiagnose einer HBV-Infektion sollen zusätzlich folgende Maßnahmen durchgeführt werden [EK]: • Anamnese(inkl. Risikofaktoren, Familien-, Partner*innenanamnese), körperliche Untersuchung • Ausschluss einer Koinfektion mit HCV, HDV und HIV, HEV • HAV-Immunstatus (Frage Impfung) • Klinisch-chemische Labortests • Ultraschall des Abdomens *Selten Eliminierung nach >1jähriger Therapie.*	HBV-Serologie • HBsAG pos. • anti-HBc, anti-HBs • HBeAG / Anti-HBe (Material: Serum) • HBV-NAAT quantitativ (Material: EDTA-Blut) • Ggf. HBV Genotyp • HBs-AG quantitativ • Transaminasen (GOT, GPT) • Abdomen-Sonographie • Transiente Elastographie (FibroScan) • Ggf. Leberbiopsie • Ggf. AFP-Bestimmung • HCC-Screening: Ultraschall Leber 2x/Jahr • Gastroskopie zum Ausschluss Ösophagusvarizen bei Diagnose Leberzirrhose • Ggf. AFP-Bestimmung HDV-Koinfektion ausschließen: • HDV-Serologie, bei pos. Befund HDV-NAAT (Material: Serum, EDTA)

Abklärung weiterer STI!

[1-5] Erklärungen auf letzter Hepatitis-Seite

Erkrankung	Bei...	Therapieindikation	Therapie	Diagnose
Hepatitis B	**Erwachsenen mit chronischer Hep B-HIV-Koinfektion**	• Grundsätzlich immer im Rahmen der ART[4]	• *ART[5] incl. TDF oder TAF + FTC oder 3TC* *Cave: Resistenzen!*	HBV-Serologie: • HBsAg pos. • anti-HBc, anti-HBs • HBeAg / Anti-HBe (Material: Serum) • HBV-NAAT quantitativ (EDTA-Blut) • Ggf. HBV-Genotyp • HBsAG quantitativ • Transaminasen (GOT, GPT) • Abdomen-Sonographie • Transiente Elastographie (FibroScan) • Ggf. Leberbiopsie • Ggf. AFP-Bestimmung • HCC-Screening: Ultraschall Leber 2x/Jahr • Gastroskopie zum Ausschluss Ösophagus-varizen bei Diagnose Leberzirrhose HDV-Koinfektion ausschließen: HDV-Serologie, bei pos. Befund HDV-NAAT (Material: Serum)
Hepatitis D *Zur Therapie der chron. Hepatitis D wird auf entsprechen-de Leitlinien (s.u.) verwiesen.*	**Chron. Hep. D-Infektion**	• Bei pos. HDV-RNA Therapieevaluation (2hochgestellt). Behandlung in erfahrenen Zentren. Vordringliche Therapie bei hoher entzündl. Aktivität, fortgeschrittener Fibrose oder komp. Zirrhose.	• Bulevirtid 2mg s.c. täglich, Behandlungs-dauer noch unklar • PEG-IFNa2a 24 Wo, ggf. Kombination Behandlung in erfahrenen Zentren. • Nukleosid-/Nukleotidanalogon zur Behand-lung der HBV-Infektion, Indikation wie bei chron. HBV-Infektion	HDV-Serologie + NAAT: • Transaminasen (GOT, GPT), gGT • Abdomen-Sonographie • ggf. FibroScan • ggf. Leberbiopsie • HCC-Screening: Ultraschall Leber und ggf. AFP-Bestimmung 2x/Jahr

Abklärung weiterer STI!

* siehe Impfempfehlung
** Das HCC-Risiko ist bei Therapie mit TDF < ETV (Choi, JAMA Oncol. 2018)
*** Bei nachträglicher Feststellung einer HbsAg-Positivität der Mutter kann innerhalb von 7 Tagen postnatal die passive Immunisierung nachgeholt werden
**** Hepatologische Mitbehandlung empfohlen

[1-5] Erklärungen auf letzter Hepatitis-Seite

EMPFEHLUNGEN zur Indikation der Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) nach einer möglichen HBV-Exposition

- HBV: Bei **unklarem oder unvollständigem Impfschutz** und vorliegendem Expositionsereignis kann die aktive und passive Immunisierung gemäß STIKO-Empfehlung im Sinne einer HIV-PEP durchgeführt werden. Dosierungsempfehlungen für die einzelnen zur Verfügung stehenden Präparate finden Sie unter dem Kapitel „Empfehlungen zu med. Prävention und Barrieremethoden – Impfungen“

Erkrankung	Bei...	Therapieindikation	Therapie	Diagnose
Hepatitis C**** *Zur Therapie der Hepatitis C wird auf entsprechende Leitlinien (s.u.) verwiesen, eine Behandlung in einem spezialisierten Zentrum ist empfehlenswert.* *HIV-koinfizierte Patient*innen werden wie HCV-monoinfizierte behandelt.*	**Erwachsenen mit Hep C** Hep C Definition: HCV-PCR pos.	• Jede replikative Hepatitis C-Infektion • Dauerhaftes Therapieansprechen (SVR): HCV-PCR neg. 12 Wochen nach Therapieende Medikamentendosierungen: • Sofosbuvir (SOF) 1 x tgl. 400mg p.o. • Ledipasvir (LDV) 1 x tgl. 90mg p.o. • Velpatasvir (VEL) 1 x tgl. 100mg p.o. • Glecaprevir (GLE) 1 x tgl. 300mg p.o. • Pibrentasvir (PIB) 1 x tgl. 120mg p.o. • Voxilaprevir (VOX) 1 x tgl. 100mg*	Für Auswahl und Dauer der DAA[5]-Therapie entsprechend dem HCV-Genotyp, dem Zirrhosegrad und möglicher Vorbehandlungen sowie verfügbarer Kombinationspräparate s. bitte entsprechende Leitlinien. DAA vier Kombinationspräparate: • SOF/VEL (für 12 Wo.) • GLE/PIB (für 8-12 Wo.) • LDV/SOF (für 8-12 Wo.) • SOF/VEL/VOX (für 12 Wo.)	• HCV-Serologie: Anti-HCV (Material: Serum) – kann noch negativ sein! • HCV-NAAT (Material: Serum) • HCV-NAAT quantitativ (Material: Serum) • HCV-Genotyp (Material: Serum) • Abdomensonographie incl. Fibroscan • HCC-Screening: Ultraschall Leber 2x/ Jahr bei Zirrhose • Ggf. AFP-Bestimmung • Gastroskopie zum Ausschluss Ösophagusvarizen bei Diagnose Leberzirrhose
Hepatitis E *Häufig spontane Ausheilung, oft asymptomatisch*	**Erwachsenen**	• schwere akute HEV-Infektion oder akutes Leberversagen bei chronischer HEV-Infektion	• Ribavirin 600 - 1000mg 1x tgl. p.o. für 3-5 Monate • evtl. Kombination mit Sofosbuvir	• HEV-Serologie + NAAT
	Erwachsenen hron. HEV-Infektion fast nur bei Immunsupprimierten. Def.: Chron. HEV-Infektion: HEV-RNA pos. > 6 Mon..	• Schwere akute HEV-Infektion oder akutes Leberversagen bei chronischer HEV-Infektion	Ribavirin 600 - 1000mg 1x tgl. aufgeteilt in 2 Dosen p.o. für 3 Monate	• HEV-Serologie (Material: Serum) • HEV-NAAT (Material: Serum und ggf. Stuhl)

Abklärung weiterer STI!

[1] Zur Auswahl der Medikation Nukleosid- / Nukleotidanalogon wird auf die unten genannten Leitlinien verwiesen
[2] Kontraindikationen beachten (z.B. fortgeschrittene oder dekompensierte Leberzirrhose, Schwangerschaft, Stillzeit etc.)
[3] ART: Antiretrovirale Therapie
[4] DAA: directly acting antivirals (Proteasehemmer, Polymerasehemmer, NS5A-Inhibitoren)

Literatur:

- **https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/04_26.pdf?__blob=publicationFile&v=6*
- *EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection 2025 https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/*
- *AWMF S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/021-011*
- *Addendum Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis-D-Virusinfektion (2023) https://register.awmf.org/assets/guidelines/021_D_Ges_fuer_Verdauungs-_und_Stoffwechselkrankheiten/021-011l_S3_Addendum-Prophylaxe-Diagnostik-Therapie-der-Hepatitis-B-Virusinfektion_2024-02.pdf*
- *AWMF S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Virusinfektion: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/021-012*
- *** https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2021/07/ZfG_Leitlinie-Hepatitis-B_15.07.21.pdf*

Erkrankung	Bei...	Regime	Kombinationstherapie	Diagnose
HIV *Humanes Immundefizienz-Virus* *Therapieeinstellung sollte durch in der HIV-Behandlung erfahrene Ärzt*innen erfolgen*	**Erwachsenen** Alle Menschen mit HIV sollen unabhängig von Immunstatus und Plasmaviruslast dauerhaft antiretroviral behandelt werden	**Allgemein für die Initialtherapie empfohlene Regime:**		1. HIV1/2-Suchtest/Screeningtest (Material: Serum); Viert-Generations-ELISA einsetzen (Combo-Test, der HIV-Antikörper und HIV-Antigen erfasst) 2. Reaktive Ergebnisse müssen durch die Untersuchung einer zweiten Blutprobe bestätigt werden (Nukleinsäurenachweis: NAAT oder Immunoblot bzw. Line-Immunoassay) 3. Hinweis: Ein negativer Suchtest schließt eine akute Infektion nicht aus. Bei entsprechendem Verdacht HIV-Nukleinsäureretest (NAAT, z.B. PCR), Kontrolluntersuchung nach 6 Wochen 4. Bei bekannter HIV-Infektion NAAT zur Bestimmung der Viruslast (Serum oder EDTA-Blut) und Lymphozyten-Differenzierung zur Bestimmung des zellulären Immunstatus (EDTA-Blut). *Mündliche Einverständniserklärung der Patient*innen muss eingeholt werden, mit Dokumentation in der Akte!*
		Eintablettenregime		
		Integraseinhibitor-basiert	• DTG/3TC[1,2] • BIC/TAF/FTC	
		NNRTI-basiert	• DOR/TDF/3TC[2]	
		Mehrtablettenregime		
		Integraseinhibitor-basiert	• DTG + TAF/FTC[3] *oder* • DTG + TDF/FTC	
		In bestimmten Therapiesituationen für die Initialtherapie empfohlene Regime:		
		Eintablettenregime		
		PI-basiert	• DRV/r + TAF/FTC	
		NNRTI-basiert	• RPV/TAF/FTC[2,4] *oder* RPV/TDF/FTC[2,4]	
		Mehrtablettenregime		
		Integraseinhibitor-basiert	• RAL + TAF/FTC[2,3] *oder* RAL + TDF/FTC[2]	
		Long-Acting • Long acting i.m. Therapie bei Viruslast unter der Nachweisgrenze, Integrasebasiert – CAB+RPV. Eine CAB-Injektion i.m. (600mg/3ml) in Kombination mit einer RPV-Injektion i.m. (900mg/3ml). CAB+RPV Injektionen initial und nach 1 Monat, danach alle 2 Monate		

Alle o.g. Tablettenregime werden einmal täglich eingenommen. Die Reihenfolge der Regime in der Tabelle stellt keine Priorisierung dar.

Abklärung weiterer STI!

Cave:
[1] HBV Infektion
[2] Resistenztestergebnis sollte vorliegen
[3] in Deutschland ist die unvollständige Kostenerstattung für TAF/FTC über GKV zu beachten
[4] nur bei initialer HI-Viruslast <100.000c/ml, muss mit ausreichend Nahrung genommen werden, keine gleichzeitige Einnahme von Säureblockern, zahlreiche Interaktionen

- *Leitlinie zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion, Stand 2025: https://daignet.de/leitlinien-und-empfehlungen/hiv-leitlinien/*
- *AWMF S2k-Leitlinie Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-1-Infektion, Stand 2025: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/055-001*

In der Schwangerschaft stehen Medikamente aus allen Substanzklassen zur Verfügung. Allerdings sind die meisten antiretroviralen Medikamente nicht für den Einsatz in der Schwangerschaft zugelassen. Während für einige Substanzen umfangreiche Daten aus randomisierten Studien, Kohorten und Registern vorliegen, liegen für andere Medikamente nur begrenzte Erfahrungen und Daten vor. Bislang konnten keine erhöhten Fehlbildungsraten unter ART festgestellt werden.

ART-Regime für die Erstlinientherapie in der Schwangerschaft

empfohlen:

Nukleosidische / Nukleotidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren plus Integrase-Inhibitoren
Tenofovir DF/Emtricitabin (300 mg/200 mg Fixkombination) 1x tgl. + Dolutegravir (50 mg) 1x tgl.
Tenofoviralafenamid/Emtricitabin/Bictegravir (200 mg/25 mg/50 mg Fixkombination) 1 x tgl.

Nukleosidische / Nukleotidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren plus geboosterte Protease-Inhibitoren
Tenofovir DF/Emtricitabin (300 mg/200 mg Fixkombination) 1x tgl. + Darunavir/Ritonavir (600 mg/100 mg) 2 x tgl.
Tenofoviralafenamid/Emtricitabin (200 mg/25 mg/ Fixkombination) 1x tgl. + Darunavir/Ritonavir (600 mg/100 mg) 2 x tgl.

Nukleosidische / Nukleotidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren plus Nicht-Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren
Tenofovir DF/Emtricitabin/Rilpivirin[1] (300 mg/200 mg/25 mg Fixkombination) 1 x tgl.
Tenofoviralatenamid/Emtricitabin/Rilpivirin[1] (200 mg/25 mg/25 mg Fixkombination) 1x tgl.

Alternative Regime:

Nukleosidische / Nukleotidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren plus Integrase-Inhibitoren
Abacavir[2]/Lamivudin/Dolutegravir (600 mg/300 mg/50 mg Fixkombination) 1 x tgl.
Lamivudin/Dolutegravir (300 mg/50 mg Fixkombination) 1 x tgl.
Tenofovir DF/Emtricitabin (300 mg/200 mg Fixkombination) 1 x tg| + Raltegravir (400 mg) 2 x tgl.

Nukleosıdische / Nukleotidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren plus geboosterte Protease-Inhibitoren
Abacavir[2]/Lamivudin (600 mg/300 mg Fixkombination) 1x tgl. + Darunavir/Ritonavir (600 mg/100 mg) 2 x tgl.

Abklärung weiterer STI!

[1] Nur bei initialer HI-Viruslast <100.000 Kopien HIV-RNA/ml, muss mit ausreichend Nahrung genommen werden, keine gleichzeitige Einnahme von Säureblockern, zahlreiche Interaktionen
[2] Abacavir nur, wenn Patient*in HLA- B*5701 negativ und Ausgangsviruslast <100.000 Kopien HIV-RNA/ml

S2k-Leitlinie Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV exponierten Neugeborenen, Stand September 2025: https://daignet.de/leitlinien-undempfehlungen/hiv-leitlinien/

EMPFEHLUNGEN zur Indikation der Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) vor einer möglichen HIV-Exposition

Situation	Bei...	Therapieindikation	Therapieoptionen	Diagnostik und Screening
HIV-PrEP[1] (Prä-Expositions-prophylaxe)	**Erwachsenen**	• MSM oder Transgender-Personen mit der Angabe von analem Sex ohne Kondom innerhalb der letzten 3-6 Monate und/oder voraus- sichtlich in den nächsten Monaten bzw. einer STI in den letzten 12 Monaten • Serodiskordante Konstellationen mit einer/m virämischen HIV- positiven Partner/in OHNE ART, einer nicht suppressiven ART1 oder in der Anfangsphase einer ART (also einer HIV-RNA, die nicht schon 6 Monate bei mindestens < 200 RNA-Kopien/ml liegt) • Sexarbeitende • Menschen mit kondomlosen Sexualkontakten mit Partner*innen, bei denen eine undiagnostizierte HIV-Infektion anzunehmen ist • Drogeninjizierende Personen ohne Gebrauch steriler Injektions- materialien Bei Transgender – Frauen sollte eine andere Dosierung erwogen werden!	Kontinuierliche HIV-PrEP <u>HIV-PrEP-Beginn:</u> <u>Männer</u>: 2-3 d vor sexuellem Kontakt; <u>Menschen mit Vagina/Neovagina:</u> 7 d vor sexuellem Kontakt • täglich Tenofovir (TDF) 245mg/ Emtricitabin 200mg 1x tgl. Intermittierende / „Situative“ HIV-PrEP • 2 Tbl. Tenofovir (TDF) 245mg/ Emtricitabin 200mg 24 Std. bis zu 2h vor spontanem Risikokontakt *und* • jeweils 1 Tbl. an den darauf folgenden 2 d (Off-Label-Use) • Menschen mit V/NV 2 d vor sexuellem Kontakt für 7 d* Alternativen:** • CAB-Injektion i.m. (600mg/3ml). CAB Injektion initial und nach 1 Monat, danach alle 2 Monate.Oral Lead-in optional mit tgl. 1x1 Tbl. CAB à 30 mg • LEN-Injektion 2 s.c. Injektionen (463,5 mg/1,5ml) an Tag 1, dann alle 6 Monate; zusätzlich an Tag 1 und Tag 2 jeweils 1x2 Tbl. LEN à 300 mg	• Obligater HIV-Test* vor Beginn der Therapie, ggf. Wiederholung nach 4-6 Wochen • Ausschluss einer HBV-Infektion • Test auf andere STI vor Beginn der Therapie • Obligate klinische Kontrolle inkl. Kontrolle der Nierenwerte nach 4 Wochen; dann alle 3-12 Monate • Aufklärung über und regelmäßiges Screening auf andere STI (Syphilis, HCV, GO, CT, MG) alle 3-6 Monate (<u>kann</u>/<u>sollte</u> alle 12 Monate) • Impfung HAV, HBV etc., wenn keine Immunität vorliegt Mündliche Einverständniserklärung der Patient*innen muss eingeholt werden, mit Dokumentation in der Akte!

Abklärung weiterer STI!

[1] Erhält der*die HIV-positive Partner*in eine nicht-suppressive ART, sollte vor Verschreibung einer HIV-PrEP nach Möglichkeit eine Resistenzanalyse erfolgen, um eine Unwirksamkeit von TDF und/oder FTC auszuschließen

** Derzeit in Deutschland nicht vermarktet

- *AWMF PrEP-Leitlinie Stand September 2025: Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-1-Infektion, AWMF 055-001, Version 10 vom 15.09.2025*
- *IAS Leitlinie Stand Juni 2025: Preexposure Prophylaxis for HIV Updated Recommendations From the 2024 International Antiviral Society–USA Panel: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2835835*
- **UK guide to PrEP, 2025: https://i-base.info/guides/prep*

Empfehlungen zur HIV-PrEP

EMPFEHLUNGEN zur Indikation der Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) nach einer möglichen HIV-Exposition

PEP so früh wie möglich – beginnen: optimal in den ersten 2 Stunden – nach einer Exposition; maximal 72 Stunden danach sollte eine Frühtherapie angeboten und besprochen werden

Bei sexuellen Kontakten, Serostatus Partner*in ist...

HIV-positiv
- Kontakt mit Kondom *oder*
- Oralverkehr *oder*
- Viruslast <50 Kopien/ml ..... **Keine PEP**

Bei ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr oder geplatztem Kondom

HIV-positiv
- Viruslast 50-1000 Kopien/ml und keine weiteren STI insbesondere ohne ART..... **PEP anbieten**

HIV-positiv
- Viruslast >1000 Kopien/ml bzw. unklar o. nicht unter ART..... **PEP empfehlen**

Serostatus unklar (ggf. PEP beginnen bis freiwilliger HIV-Test vorliegt)
- Partner*in.. ...ist MSM / bisexuell *oder* aktiver IVDA *oder* kommt aus Hochprävalenzregion..... **PEP anbieten**

  ...ist heterosexuell (auch Sexarbeiter*in) *oder* kommt nicht aus Hochprävalenzregion *oder* kein intravenöser Drogengebrauch.. **Keine PEP**
- bei Vergewaltigung..... **PEP diskutieren**

Bei beruflicher Exposition (Indexperson ist HIV-positiv)

Sofortmaßnahmen: Spülung mit Wasser und/oder Seife bzw. einem Antiseptikum, welches begrenzt viruzide Wirksamkeit aufweist

bei...
- massiver Inokulation (>1ml) von Blut oder anderer (Körper-) Flüssigkeit mit (potentiell) hoher Viruskonzentration..... **PEP empfehlen**
- (blutender) perkutaner Stichverletzung z.B. mit Injektionsnadel; Schnittverletzung mit kontaminiertem Skalpell, o.ä. und
  - Viruslast bei Indexperson >50 Kopien/ml..... **PEP empfehlen**
  - Viruslast bei Indexperson <50 Kopien/ml..... **PEP anbieten**
- oberflächlicher Verletzung ohne Blutfluss; Kontakt von Schleimhaut oder verletzter Haut mit Flüssigkeit mit potentiell hoher Viruskonzentration
  - Viruslast bei Indexperson >50 Kopien/ml..... **PEP anbieten**
  - Viruslast bei Indexperson <50 Kopien/ml..... **Keine PEP**
- perkutanem Kontakt mit anderen Körperflüssigkeiten als Blut, Liquor; Kontakt von intakter Haut mit Blut (auch bei hoher Viruskonzentration); Haut- oder Schleimhautkontakt mit Körperflüssigkeiten wie Urin/Speichel etc. ..... **Keine PEP**

Medikation: Bictegravir/Emtricitabin/Tenofovir-Alafenamid (BIC/FTC/TAF) als Einzeltablette oder Dolutegravir plus Tenofovir-Alafenamid (TAF) oder Tenofovir-Disoproxilfumarat (TDF) plus Emtricitabin (FTC) oder Lamivudin (3TC). (Dosierung wie bei der ART für 28-30d). Die Auswahl des Regimes soll individuell nach Komorbiditäten, Schwangerschaft, Arzneimittelinteraktionen und Expositionssituation erfolgen. Die Dosierung entspricht der für die HIV-Therapie zugelassenen Standarddosierung (z. B. BIC/FTC/TAF 1 Kombi-Tablette täglich für 28-30d laut DÖLL).

Labor: Antigen/Antikörper-Schnelltest, bei vorheriger Exposition mit langwirksamen injizierbaren ARVs zusätzlich HIV-NAAT. Die routinemäßige Kontrolle von Kreatinin, ALT und AST ist nur bei auffälligen Ausgangswerten oder spezifischer Indikation erforderlich.*

HIV-PIP: Verordnung der PEP-Therapie zur Mitgabe und Selbsteinnahme bei Menschen mit niedrigem HIV-Risiko als Ersatz für die HIV-PrEP.

Literatur:

- **Kofman AD, Struble KA, Heneine W et al. 2025 US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Post-exposure Prophylaxis in Healthcare Settings. Infection Control & Hospital Epidemiology 2025; 1-11. doi:10.1017/ice.2025.10254*
- *AWMF S2k-Leitlinie Deutsch-Österreichische Leitlinie zur medikamentösen Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach HIV-Exposition, Stand 2022: https://register.awmf.org/assets/guidelines/055-004k_S2k_Medikamentoese-Postexpositionsprophylaxe-PEP-nach-HIV-Exposition_2022-04.pdf*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
HPV *Humane Papillomviren* *Zervikale, vulväre, vaginale, penile sowie oropharyngeale Neoplasien oder Karzinome: siehe entsprechende Leitlinien* *STIKO-Empfehlung: HPV-Impfung für alle Kinder! zwischen 9 und 14 Jahren (am besten vor erstem Sexualkontakt), Nachholung der Impfung bis zum 18. Geburtstag. Die BASHH empfiehlt seit 2018 die HPV-Impfung für MSM unter 45 Jahren. Die EACS empfiehlt Impfung für Menschen mit HIV bis 45 Jahre (Okt. 2025). *Die STIKO empfiehlt bis zum Alter von 14 Jahren 2 Impfdosen (im Abstand von 5 bis 13 Monaten); ab dem Alter von 15 Jahren 3 Impfdosen (Impfschema 0, 2, 6 Monate). Diskutiert wird bis zum Alter von 17 Jahren nur eine Impfdosis. Zudem sollte eine Impfung vor medizinisch geplanter Immunsuppression bedacht werden.*	**Erwachsenen** bei externen genitalen Warzen	• Podophyllotoxin 0,5 % Lösung; 2 x tgl. über 3 d, dann 4 d Pause (4 Zyklen) • Imiquimod 5 % Creme 3 x pro Wo., bis zu 16 Wo. • Sinecatechine 10 % Salbe 3 x tgl. bis zu 16 Wo. • Kryotherapie • Trichloressigsäure 80-90% • Exzision, Kürettage • Elektrochirurgie, Lasertherapie • Kryotherapie	• Podophyllotoxin 0,15 % Creme; 2 x tgl. über 3 d, dann 4 d Pause (4 Zyklen) • Imiquimod 3,75 %-Creme (Off-Label-Use) • 5-Fluorouracil-5 %-Creme (Off-Label-Use) • Interferon alpha (topisch, intraläsional) (Off-Label-Use) *Bei Schwangerschaft:* • Trichloressigsäure, Kryotherapie oder Lasertherapie, chirurgische Abtragung	• Klinische Diagnose (typische Condylomata acuminata) • ggf. Essigsäuretest (1-5%) • bei diagnostischer Unsicherheit: histopathologische Untersuchung • Kolposkopie und Cervixzytologie • bei perianalen Kondylomen: Proktoskopie • bei Kondylomen im Meatus urethrae externus: Urethroskopie • Ausschluss von Condylomata lata mittels Syphilisserologie
	Analen intra-epithelialen Neoplasien (AIN)	• Elektrokautik / Argonplasmakoagulation • Trichloressigsäure 85% • Exzision / operative Abtragung	Topische Therapie: • Perianal: Imiquimod, 5 % Creme 3 x pro Wo., bis zu 16 Wo. (Off-Label-Use) *oder* 3,75 % Creme (Off-Label-Use) • Intraanal: Imiquimod ggf. als Zäpfchen (Off-Label-Use), 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo. • Applikation von 5 % 5-FU 2x tgl. bis zu 16 Wo. (Off-Label-Use); NW-Rate jedoch höher als bei Imiquimod!	• Digitale rektale Untersuchung *plus* • Analzytologie (analog d. Cervix-Zytologie, mit high risk-HPV-Testung bei Patient*innen mit erhöhtem Risiko für AIN) als Screening-Untersuchung Bei ASCUS-ASC-H, LSIL, HSIL hochauflösende Anoskopie: 1. Applikation von 5% Essigsäure oder Lugol`sche Lösung (z.B. mit getränktem Wattetupfer) ca. 2 Min. 2. Einführen eines Anoskops, Einstellung d. Kolposkops (Abstand ca. 30 cm), langsame Fokussierung 3. Untersuchung, Beginn im distalen Rektum (bis höchste Vergrößerung), langsame Rückführung d. Anoskops zur Darstellung d. Linea dentata (Transformationszone), des Analkanals u. der Perianalregion 4. ggf. Fotodokumentation der erhobenen Befunde • Bioptische Abklärung aller suspekten Areale (Histopathologie)
	Analrandkarzinom	• Exzision bei operablen Befunden (in der Regel <2cm)	• Radio-Chemotherapie bei großen, inoperablen oder fortgeschrittenen Tumoren (in der Regel ab Stadium II)	
	Analkanalkarzinom	• Kombinierte Radio- und Chemotherapie, gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie Analkarzinom**: Radiatio mit 50 Gy (1.8 Gy tgl.) 5-FU (1000mg/m² KO, Tag 1-5 und Tag 29-33) und Mitomycin-C (10mg/m², Tag 1,29)	• Ggf. primäre Exzision bei sehr kleinen, operablen Tumoren (<2 cm Durchmesser)	

Abklärung weiterer STI!

- **Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2026; Epid Bull 2026;4:1-79 | DOI 10.25646/13636.3*
- *EACS Guidelines: https://eacs.sanfordguide.com/en/eacs-hiv/eacs-section4/vaccination*
- ***S2k-Leitlinie Anale Dysplasien und Analkarzinom-Screening bei Menschen mit HIV, Stand 2024: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/055-007*
- *S3-Leitlinie Analkarzinom (Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Analkanal- und Analrandkarzinomen), Stand 2020: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/081-004OL*
- *https://www.bashh.org/news/1511/bashh_welcomes_decision_to_extend_hpv_vaccination_programme_for_men_who_have_sex_with_men_in_england/.*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Herpes genitalis *Herpes simplex 1/ 2*	**Erwachsenen** Primärinfektion (Urethritis, Vulvovaginitis, Proktitis, Gingivostomatitis, Balanoposthitis)	• Aciclovir 400mg 3x tgl. p.o. 7-10 d *oder* • 800mg 3x tgl. p.o. 3 d; anschl. 400mg 3x tgl. für 7-10 d* • Famciclovir 250mg 3x tgl. p.o. 7-10 d • Valaciclovir 500mg 2x tgl. p.o. 7-10 d *In schweren Fällen: Aciclovir 3x 5 mg/kg KG i.v. 5-7 d (10 d bei Immunsuppression)*		• Klinik • NAAT (Material: Abstrich, Gewebe) HSV 1 und HSV 2 differenziert bestimmen; ergänzende Serodiagnostik nur bei vermuteter Primärinfektion (IGM) • Antigen-Test (schnell, aber weniger sensitiv; Material: Abstrich)
	Erwachsenen Reaktivierung, interventionell	• Aciclovir: 800mg 2x tgl. p.o. 5 d *oder* 400mg 3x tgl. p.o. 5 d *oder* 800mg 3x tgl. p.o. 2 d • Famciclovir: 125mg 2x tgl. p.o. 5 d *oder* 1,0 g 2x tgl. p.o. (einmalig) • Valaciclovir: 500mg 2x tgl. p.o. 3 d *oder* 1,0 g 1x tgl. p.o. 5 d • ggf. auch Lokaltherapie mit Aciclovir oder Foscarnet-Natrium (insbesondere i.d. Schwangerschaft nicht ausreichend!) *Beginn der interventionellen Therapie sofort bei den ersten Anzeichen der Reaktivierung!*		
	Erwachsenen Dauersuppression	• Aciclovir 800mg 2x tgl. p.o. (evtl. bis auf 1x tgl. 400mg reduzierbar) in der Schwangerschaft 200mg 4x tgl. p.o. wegen verändertem Verteilungsvolumen • Famciclovir 250mg 2x tgl. p.o. • Valaciclovir: 500-1000mg 1x tgl. p.o. *Dauersuppressionstherapie über mehrere (max.12) Monate, danach Reevaluierung, ggf. erneute Therapie! Indiv. Dosisanpassung*		
	Schwangeren Primärinfektion	• Aciclovir 200mg 5x tgl. p.o. 10 d		
	Schwangeren Reaktivierung	• Aciclovir 400mg 3x tgl. p.o. 10 d		Abstrich oder Vesikelflüssigkeit: Differenzierung von HSV 1 und HSV 2
	Schwangeren Prophylaxe	• Aciclovir 400mg 3x tgl. p.o. ab der 36. SSW bis zur Geburt • Valaciclovir 250mg 2x tgl. p.o. ab der 36. SSW bis zur Geburt *Siehe LL zu schwangerschaftsrelevanten Virusinfektionen!*		
	Immunsuppression (z.B. HIV)	• 2-3-fach höhere Dosierung und evtl. längere Zeiträume; ggf. i.v. *Cave: Nephrotoxizität!*		

Abklärung weiterer STI!

* insbesondere bei Immunsuppression

AWMF S2k-Leitlinie Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik und Therapie, Stand 2018 (in Überarbeitung): https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/059-006

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
(Herpes) Zoster *Varicella-Zoster-Virus (VZV)* *Im Bläschenstadium aerogen kontagiös!* *STIKO-Impfempfehlung (Subunit-Vakzine) ab 60 LJ (Immunseneszenz) sowie ab 18 LJ bei Prädispositionen (Immundefekt / -Suppression, Diabetes u.a.). Impfung auch zur Rezidivprophylaxe (nach Abklingen der Symptome).*	**Erwachsene** Unkomplizierter Zoster, dermatomal	• Valaciclovir 500mg 3x2 tgl. p.o. für 7 d	• Famciclovir 500mg 3x1 tgl. p.o. für 7 d (Therapiekosten beachten!) • Aciclovir 800mg 5x1 tgl. p.o. für 7 d	Klinisch: (Genabelte) Virusbläschen auf rotem Grund streng halbseitig innerhalb eines Dermatoms (meist thorakal, trigeminal, lumbal, zervikal). Neue Bläschen für 3-5d. Prodromi: Kribbeln, Juckreiz, Schmerz, Rötung. Bläschen -> Krusten innerhalb 7-10d. Labordiagnostik: PCR (NAAT) aus Bläscheninhalt, Bläschengrund oder Krusten; Serologie i.d.R. nicht zielführend!
		Mediane Schmerzdauer (Akutschmerz) bei Valaciclovir-Start bis 72h nach Bläscheneruption im Vergleich zu Aciclovir signifikant kürzer (38d vs. 51d). *Therapiedauer: 7d, bei Komplikationen auch länger.* *Therapiebeginn bei Auftreten neuer Hautläsionen ± Komplikationen auch jenseits des 72h-Fensters sinnvoll.*		
	Erwachsene Komplizierter Zoster, disseminiert, viszeral, ZNS-, Augen-, Ohr-Beteiligung, sowie bei (schwerer) Immunsuppression	• Aciclovir 10mg/kg 3x tgl. i.v. 7-10 d oder länger	• Foscarnet* 40-60mg/kg 3x tgl. **i.v. 7-10 d oder länger **Bei Nichtansprechen auf Aciclovir. **Infusion nicht schneller als 1 mg/kg/min; Blutbild, Elektrolyte, Kreatinin 2-3× /wo.* • *Cidofovir als potentielle Alternative nur in spezialisierten Zentren (Cave: Nephrotoxizität)!*	V.a. Dissemination: PCR aus Vollblut. V.a. ZNS-Beteiligung: Liquor-PCR, intrathekale Antikörperpruduktion (Vaskulopathie), lymphozytäre Pleozytose, Liquor-Protein, -Elektrophorese, MRT (Infarkte, Vaskulopathie), Angiographie (Stenosen, Arteriitis). V.a. Zoster opththalmicus: Spaltlampe (Keratitis, Skleritis, Uveitis), Fundoskopie (Retinanekrose, akut oder protrahiert). Bei Diplopie oder Visusverlust MRT.

Abklärung weiterer STI!

Quellen:

- *S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Zoster und der Postzosterneuralgie, Stand 2020: register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-023*
- *STIKO: Erweiterung der Herpes-zoster-Indikationsimpfempfehlung für Personen ≥ 18 Jahre mit erhöhtem Erkrankungsrisiko. Epidemiologisches Bulletin 45/2025 (06.11.2025). rki.de/.../45_25.pdf*
- *Beutner KR et al., Valaciclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zoster in immunocompetent adults. Antimicrob Agents Chemother 1995;39(7):1546-53. PubMed 7492102*
- *RKI-Ratgeber: Varizellen (Windpocken), Herpes zoster (Gürtelrose). rki.de/.../Ratgeber_Varizellen*
- *Tyring S, Barbarash RA, Nahlik JE, et al. Famciclovir for the treatment of acute herpes zoster: effects on acute disease and postherpetic neuralgia. Ann Intern Med 1995;123(2):89-96.*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Primäre CMV-Infektion, CMV-Mononukleose-Syndrom *Cytomegalovirus (CMV)* *CMV-Seroprävalenzen in Deutschland: Männer (18-29 LJ) 31,8%, Männer (70-79 LJ) 63,7%, Frauen (18-29 LJ) 44,1%, Frauen (70-79 LJ) 77,6%, Frauen (18-45 LJ) 51,7%. => ca. 50% der Schwangeren sind für eine Primärinfektion empfänglich.*	**Erwachsene** Therapie nur bei kompliziertem Verlauf, nicht bei unkomplizierter Mononukleose.	• Ganciclovir* 5mg/kg 2x tgl. i.v. für 14-21 Tage zur Induktion, gefolgt von 5mg/kg 2x tgl. i.v. zur Erhaltung. *Bei ausgeprägter Immunsuppression und/oder schweren Manifestationen wie disseminierte intravasale Gerinnung, Multiorganversagen, schwere Kolitis mit Perforationsgefahr, CMV-Pneumonie, Myoperikarditis oder neurologischer Beteiligung.*	• Valganciclovir* 900mg 2x tgl. p.o. für 14-21 d zur Induktion, gefolgt von 900mg p.o. 2x tgl. zur Erhaltung *Bei Immunsuppression und/oder nicht primär lebensbedrohlichen Manifestationen und nur bei sicherer Resorption (nicht bei intestinaler Beteiligung!).* • Foscavir* 90-120mg/kg KG (3,75 - 5ml/kg KG) über 2 Stunden; Beginn mit 90mg/kg KG	Primär: CMV-IgM und CMV-IgG. Wenn CMV-IgM positiv: CMV-IgG-Aviditätstest zur Bestätigung einer Primärinfektion (niedrige Avidität = kürzliche Primärinfektion) NAAT: positive CMV-PCR im Vollblut zusammen mit einem suggestiven serologischen Profil (Aviditätstest) als diagnostische Bestätigung einer kürzlichen CMV-Infektion zu werten. Routinelabor: immer Transaminasenerhöhung, aber Lymphozytose und atypische Lymphozyten bei CMV weniger ausgeprägt als bei EBV! Klinik der CMV-Mononukleose: meist Fieber (2-3 Wo), Myalgien, zervikale Lymphadenopathie. Im Gegensatz zu EBV selten Tonsillopharyngitis oder Splenomegalie.
		**Nierenfunktionsadaptiert dosieren. Therapiepause bei Neutropenie (<1.000/µl).*		

Abklärung weiterer STI!

Literatur:
- *Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2015): Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Scientific Use File 1. Version. https://doi.org/10.7797/16-200812-1-1-1*

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Kaposi Sarkom (HHV8) *Ziel ist die vollständige Rückbildung bzw. Kontrolle der KS* *Häufig post-inflammatorische Hyperpigmentierungen als Therapieresiduen an der Haut*	allen epidemiolgischen Varianten	• Allgemeine Therapiemaßnahmen • Lokal Therapie (Kompression, Lymphdrainage, Bestrahlung)	• Kryotherapie • In Einzelfällen Exzision *Cave: Induktion von Neubildung* • Vincristin intraläsional • Vinblastin intraläsional • Interferon-α intraläsional • Alitretinoin Gel, 0,1%-Retinsäure	• Vollständige Inspektion einschließlich Schleimhäute, Palpation der Lymphknoten, Biopsie • V.a. viszeralem KS: Ganzkörper-CT (Thorax, Abdomen/Becken) Eventuell ÖGD; Koloskopie, Bronchoskopie Ausschluss HIV – Infektion, • Immunsuppression Immunstatus, CD4/ CD8 Quotient
	klassischem	• Lokale Chemo- und/oder Immuntherapie	Bei ausgedehntem Befall: • liposomales Doxorubicin (L-Dox) 20mg/qm KO i.v. alle 3* Wo., • L-Daunorubicin (L-DAU) 40mg/qm KO i.v. alle 3* Wo.	
	Iatrogener Immunsuppression	• Reduktion oder Umstellung (evtl. auf Sirolimus) der Immunsuppression, wenn möglich	• Lokale Chemo- und Immuntherapie	
	Afrikanisch-endemischem	• L-Dox 20mg/qm i.v. alle 3* Wo., • Paclitaxel 125mg/qm i.v. alle 3* Wo.	• Lokale Chemo- und Immuntherapie	
	HIV-Infizierten	• Einleitung oder Optimierung einer antiretroviralen Therapie (ART) Bei Progredienz oder KS im Gesicht • L-Dox 20mg/qm i.v. alle 3* Wo.	Bei Progredienz systemische Chemotherapie mit: • liposomales Doxorubicin (L-Dox) 20mg/qm KO i.v. alle 3* Wo.), • L-Daunorubicin (L-DAU) KO i.v. alle 3* Wo.	• Biopsie • HIV Viruslast, falls erhöht HIV Resistenztest Zellulärer Immunstatus (CD4 Zellzahl)
	MSM ohne HIV-Infektion	• Lokale Chemo- und Immuntherapie	Bei ausgedehntem Befall: • liposomales Doxorubicin (L-Dox) 20mg/qm KO i.v. alle 3* Wo.), • L-Daunorubicin (L-DAU) KO i.v. alle 3* Wo.	• Biopsie • Ausschluss HIV-Infektion

Abklärung weiterer STI!

* Abhängig von Ausdehnung und Progressionsverhalten alle 2-4 Wo.

AWMF S1-Leitlinie Kaposi-Sarkom, Stand 2021: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-025

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Monkeypox (MPXV) *Affenpocken* *Mpox (ab 2023 offizielle Bezeichnung der WHO für die Affen-pocken-Erkrankung)*	**Erwachsenen** mit ausgeprägter Klinik	• Symptomatisch z.B. topische Anwendung von Zink-Schüttelmixturen, Mittel zur Schmerzlinderung	• Cidofovir oder Brincidofovir * *(strenge Therapieindikation, Cave: Nephro- und Hepatotoxizität!)* Dosierung nach Herstellerinformation, Gabe in Kombination mit Probenicid Bei einzelnen Hautläsionen • Cidofovir 1% Creme *oder* • Cidofovir 1% in Beelerbasis** • Augentropfen Trifluridin 1 Tropfen alle 3 Std. über Tag, nach Abheilung 8 d darüberhinaus	• Klinik • NAAT Material: Abstrich der Hautläsionen oder Vesikelflüssigkeit; ggf. Schleimhautabstrich (z.B. Rachen, Rektum, Vagina) vor Auftreten der ersten Hautveränderungen. • Differenzialdiagnose: u.a. Syphilis, Herpes genitalis, Herpes Zoster/ Varizellen, Kuhpocken
	Kinder (ab 13kg)	• s.o.		

Abklärung weiterer STI!

* in USA für MPXV zugelassen
** in UK für MPXV lokal eingesetzt
Tecovirimat kein Vorteil ggü. Placebo: https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-restricting-use-tecovirimat-siga

Quellen:

- *Stand Januar 2026 Hinweise zur Therapie und Prophylaxe von Mpox https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Biologische-Gefahren/STAKOB/Handlungshinweise/Stellungnahme-mpox.pdf?__blob=publicationFile&v=5*
- *ttps://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-Impfkommission/Empfehlungen-der-STIKO/PM/STIKO-Stellungnahme-MVA-intradermal.html*
- *Desai AN, Thompson GR, Neumeister SM, Arutyunova AM, Trigg K, Cohen SH. Compassionate Use of Tecovirimat for the Treatment of Monkeypox Infection. JAMA. 2022;328(13):1348–1350. doi:10.1001/jama.2022.15336: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2795743*
- *https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Mpox.html*
- *CDC 2026: https://www.cdc.gov/monkeypox/hcp/clinical-care/index.html*

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention und Barrieremethoden – Impfungen

Impfungen gehören zu den wirksamsten Maßnahmen in der Prävention von Infektionen. Zu einer STI-Beratung gehören deswegen auch Empfehlungen zur Impfprophylaxe und das Angebot einer Überprüfung des Impfstatus. Bei Kindern und Jugendlichen sollten im Rahmen der U11 (10-11 Jahre) sowie der J1 (12-14 Jahre) eine Impfberatung sowie ggf. auch Auffrischungsimpfungen durchgeführt werden (vgl. dazu die Empfehlungen der STIKO*).

Hepatitis A: Die Impfung gegen Hepatitis A ist eine Indikationsimpfung für Personen mit einem infektionsgefährdendem Sexualverhalten und bei Reisen in Endemiegebiete.

Impfschema:
- Monovalenter Impfstoff: 2 Dosen im Abstand von 6-12 Monaten
- Bivalenter Hepatitis A/B-Impfstoff: 2 Dosen im Abstand von 1 Monat, 3. Dosis 6 Monate nach der 1. Dosis
- Bei Erwachsenen kann für die Kombinationsimpfung (A/B-Impfstoff) bei nicht ausreichender Zeit für eine reguläre Erstimmunisierung vor einer Reise ein verkürztes Schema (0, 7, 21 Tage) angewendet werden. Dabei ist zu beachten, dass eine 4. Impfstoffdosis nach 12 Monaten notwendig ist, um die Impfserie abzuschließen.

Hepatits B: Die Impfung gegen Hepatitis B ist eine Standardimpfung für Kinder und Jugendliche. Bei HbsAg-Positivität der Mütter von Neugeborenen sowie bei unklarem HBV-Status von Neugeborenen ist eine sofortige Impfung des Neugeborenen und gleichzeitig die Gabe von HB-Immunglobulin indiziert (Beginn der Immunisierung: 12 Std. post partum; bei nachträglich festgestellter HbsAg-Positivität der Mutter passive Immunisierung des Neugeborenen bis 7 Tage post partum möglich). Sie ist eine Indikationsimpfung für erwachsene Personen mit hoher Infektionsgefährdung (z.B. alle medizinischen Berufsgruppen), die im Kindes- oder Jugendalter nicht geimpft wurden. Dazu zählen auch Menschen mit sexuellen Risiken wie wechselnden Sexualpartner*innen oder Sexualkontakten zu HBs-Ag-Träger*innen sowie Menschen aus oder mit Reisen in Endemiegebiete. Kleinkinder sollten nach Möglichkeit mit Kombinationsimpfstoffen geimpft werden.

Impfschema:
- Bivalenter Hepatitis A/B-Impfstoff: 2 Dosen im Abstand von 1 Monat, 3. Dosis 6 Monate nach 1. Dosis
- Monovalenter Impfstoff: 2 Dosen im Abstand von 1 Monat, 3. Dosis 6 Monaten nach 1. Dosis oder nur 2 Dosen im Abstand von 1 Monat

Aktive Impfung	
Engerix® (GSK)	1 Dosis (20µg)
Heplisav B® (Bavarian Nordic)	1 Dosis (20ug)
HBVAXPRO® (MSD Sharp & Dohme)	1 Dosis (10µg)
Passive Impfung	
Hepatect CP® (Biotest)	In Abhängigkeit von der Intensität der Exposition, mindestens 500 I.E. (10 ml) i.v.
Hepatitis-B-Immunglobulin Behring® (CSL Behring)	12 IE/kg Körpergewicht, mindestens jedoch 500 IE, i.m.
UMAN BIG® (Kedrion Biopharma)	je nach Stärke der Exposition mindestens 500 IE, i.m.
VENBIG® (Kedrion Biopharma)	je nach Stärke der Exposition mindestens 500 IE, i.v.

Tab. 2: Aktive und passive Impfung: Hepatitis

** https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/04_26.pdf?__blob=publicationFile&v=3*

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention und Barrieremethoden – Impfungen

HPV-Impfung: Die Impfung gegen Infektionen mit den Humanen Papillomviren (HPV) ist eine Standardimpfung für Mädchen und Jungen im Alter von 9-14 Jahren (Nachholimpfung bis 17 Jahre). Zur Prävention von HPV-Infektionen und HPV-Folgeerkrankungen ist eine abgeschlossene Grundimmunisierung vor dem ersten Geschlechtsverkehr am effektivsten. Darüber hinaus wird die Nachimpfung für Männer und Frauen bis zum vollendeten 45. Lebensjahr durch die FDA empfohlen. Für HIV-positive MSM bis 40 Jahre empfiehlt die EACS ebenfalls eine Impfung. WHO: eine oder zwei Dosen für Mädchen/Frauen von 9-20 Jahren zwei Dosen mit 6 monatigem Intervall für Frauen ab 21. Lebensjahr

Impfschema:
- Nonavalenter Impfstoff (Typ 6,11,16,18,31,33,45,52,58):
  im Alter von 9-14 Jahren: 2 Dosen mit einem Abstand von mindestens 5 Monaten
  ab 15 Jahren sind 3 Dosen erforderlich: die 2. Dosis 1-2 Monate nach der 1. Dosis und die 3. Dosis frühestens 3 Monate nach der 2.

Pneumokokkenimpfung: Empfehlung ab 60 Jahren PCV20 (Konjugatimpfstoff) & ab 2 Jahren mit Immundefekten/chron. Krankheiten/anatomischer oder fremdkörperassoziierter Risiken ebenfalls PCV20, für Kinder 2 Monate – 2 Jahre PCV13/PCV15 (PCV10 soll nicht mehr angewendet werden). Zur Notwendigkeit von Wiederholungsimpfungen nach PCV20 liegen noch keine Daten vor*. PCV13/15 + PPSV23 oder PPSV23-Impfung nach mindestens 6 Jahren, Impfung nach PPSV23-Impfung, PCV20-Impfung durchführen. Bei starker Immundefizienz Abstand 1 Jahr nach PPSV23 Impfung mit PCV20.

Meningokokkenimpfung: Empfehlung für Personen mit Immundefekt und Reisende in Endemiegebiete. Darüber hinaus kann bei MSM eine Meningokokkenimpfung durchgeführt werden. GO-Prävention: In Hochinzidenzgruppen (z. B. HIV-PrEP) sollte die Impfung mit 4cMenB-Vaccine (Bexsero) diskutiert werden. MenB im Alter von 2,6,12 Monaten empfohlen; Nachholimpfung bis 5 Jahre, MenACWY mit 12-14 Jahren (mit J1), Nachholimpfung bis 25 Jahre.

Impfschema:
- einmalig mit quadrivalentem ACWY-Konjugat-Impfstoff, sofern für die Altersgruppe zugelassen, bei bereits mit Polysaccharid-Impfstoff geimpften Personen Wiederholung bei der nächsten fälligen Auffrischung (frühestens nach 2 Monaten) mit Konjugat-Impfstoff. Je nach Alter 2 oder 3 Meningokokken-B-Impfungen (Zulassungsalter der Impfstoffe beachten).

Zoster-Impfung: Adjuvantierter HZ-subunit-Totimpfstoff, zugelassen für Personen ≥ 18 mit erhöhtem Risiko und für alle Erwachsenen ≥ 50 Jahren. Standardimpfung für Personen ≥ 60 Jahren. Indikationsimpfung für Personen ab 18 Jahren mit einem erhöhten Risiko. Die Empfehlung gilt für Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz oder deren Therapien (z.B. Rituximab) sowie für Personen mit schweren Ausprägungen von chronischen Grunderkrankungen.* Der Impfstoff soll in 2 Dosen mit einem Abstand von 2 Monaten (längstens 6 Monaten) appliziert werden zur Verhinderung von Herpes zoster und postherpetischer Neuralgien.

Impfungen allgemein und bei Immunsuppression, HIV-Infektion: Pneumokokkenimpfung, Influenzaimpfung (einmal jährlich, bei <200 CD4/µl Lymphozyten oder > 60 Jahre mit erhöhter Wirkstoffmenge oder MF-59 adjuvantiert) und ggf. COVID-19 (jährliche Auffrischung mit Varianten-adaptiertem Impfstoff) ergänzend zu den Standardempfehlungen. Seit 2019 steht ein synthetischer Zoster-Impfstoff zur Verfügung, der auch bei Immunsupprimierten gefahrlos gegeben werden kann. Darüber hinaus kann vor allen Dingen bei jüngeren MSM einmalig eine Meningokokkenimpfung durchgeführt werden. Grundsätzlich können Totimpfstoffe bei jeder CD4-Zellzahl verabreicht werden, allerdings ist bei <300 CD4/µl Lymphozyten mit einem schlechteren Ansprechen zu rechnen und eine Auffrischung nach Besserung des Immunstatus zu erwägen. Lebendimpfstoffe sollten nicht bei <200 CD4/µl Lymphozyten verabreicht werden, da ein erhöhtes Risiko von Impfkomplikationen (Erkrankungen durch Vakzinestämme) besteht. Bei 200-500 CD4/µl ist eine Risiko-Nutzen Abwägung zu treffen. Empfohlen wird auch eine Mumps/Masern/Röteln-, ggf. Varizellen-Impfung bei Kindern und nach 1970 Geborenen ohne 2. dokumentierte Impfung, sowie eine Tetanus/Diphterie/Pertussis Auffrischung (alle 10 Jahre).

Empfehlungen zu medikamentöser Prävention und Barrieremethoden

Impfung gegen MPXV (Affenpocken): Imvanex, Jynneos und Imvamune (Lebendimpfstoff, MVA-Impfstoff (Vektorimpfung aus nicht replizierbarem Pockenvirus)) bei nicht Pockengeimpften 2x im Abstand von 4 Wochen, bei Vorgeimpften ohne Immunsuppression 1-malig, z. Zt. nur für Personen mit hohem Infektionsrisiko. Bei zu erwartendem schlechten Ansprechen Vaccinia-Immunglobolingabe erwägen.

RSV (Humanes Respiratorisches Synzytial-Virus): STIKO Empfehlung einmalige Impfung ab 75 Jahre für alle, ab 60 mit schwerwiegender chron. Grunderkrankung/ Immundefizienz sowie Bewohnende einer Pflegeeinrichtung. Zugelassen sind die vorhandenen Impfstoffe ab 18 Jahren.*

Doxycyclin-Postexpositionsprophylaxe (Doxy-PEP):

Die Einnahme von Doxycyclin nach Sexualkontakten (Doxy-PEP) reduziert das Risiko bakterieller STI, insb. Chlamydien und Syphilis. Bei Personen mit erhöhtem Risiko (z.B. HIV-PrEP) sollten dazu aufgeklärt werden. Dabei sind potenzielle Nachteile, insb. die Förderung von Antibiotikaresistenzen sowie Nebenwirkungen, Cave: UV-Sensibilisierung, zu berücksichtigen. Die Indikationsstellung sollte individualisiert und ärztlich begleitet erfolgen: einmalig innerhalb von 24 bis maximal 72 Stunden nach einem Risikoereignis eine Dosis von Doxycyclin 200mg (Stellungnahme DSTIG**).

HIV-PrEP & HIV-PEP: siehe Kapitel nach HIV-Therapie

Kondome und Lecktücher (Barrieremethoden):

Kondome und Lecktücher senken bei korrekter und konsequenter Anwendung das Risiko für STI (z.B. HIV, Gonorrhoe und Chlamydien). Sie schützen nicht vor Infektionen, die über unbedeckte Hautareale übertragen werden können (z. B. Herpes genitalis, HPV, etc.).

Kondome sollten bei vaginalem, analem und oralem Sex von Beginn an verwendet werden. Für eine hohe Schutzwirkung ist die richtige Anwendung entscheidend: passende Größe wählen, vor dem ersten genitalen Kontakt anlegen, geeignete (wasser- oder silikonbasierte) Gleitmittel verwenden und das Kondom nach Gebrauch korrekt entsorgen. Häufige Anwendungsfehler (z. B. zu spätes Anlegen, Wiederverwendung, Verwendung ungeeigneter Gleitmittel oder kein Wechsel zwischen Anal- und Vaginalkontakt) reduzieren die Schutzwirkung.

Lecktücher (Dental Dams) bieten eine Barriere beim Oralverkehr an Vulva und Anus und sollten während des gesamten Kontakts verwendet und nicht gewendet oder mehrfach benutzt werden.

Einordnung:

Barrieremethoden stellen einen zentralen Bestandteil der STI-Prävention dar und sollten mit weiteren Maßnahmen kombiniert werden. Dazu gehören regelmäßige Testungen bei entsprechendem Risiko, Impfungen (z. B. HPV, Hepatitis B) sowie – bei entsprechender Indikation – zusätzliche Strategien wie HIV-PrEP.

Literatur:
** Epid Bull 2026;4:1-79 | DOI 10.25646/13636, https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/04_26.pdf?__blob=publicationFile&v=3*
*** Werner RN, et al.; Position statement of the German STI Society on the prophylactic use of doxycycline to prevent STIs (Doxy-PEP, Doxy-PrEP). JDDG. 2024 Mar;22(3):466-478. doi: 10.1111/ddg.15282: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38123738/*

Syphilis als Chamäleon – Differentialdiagnostische Übersicht nach Stadien

„The Great Imitator" – die Syphilis kann praktisch jede systemische, dermatologische, neurologische oder ophthalmologische Erkrankung imitieren. Bei unklarem generalisiertem Exanthem, palmoplantarer Beteiligung, Uveitis, Hörsturz, atypischer Demenz, Schlaganfall jüngerer Erwachsener oder ulzerösen anogenitalen Läsionen gehört die Treponemen-Serologie zur Routine.

I. Primäre Syphilis *Ulcus durum / Primäraffekt*

Manifestation	Differentialdiagnosen
Genitales / anales Ulkus	• Herpes genitalis (HSV-1/2; >PCR) • Ulcus molle (*Haemophilus ducreyi;* >PCR) • Lymphogranuloma venereum (*C. trachomatis* L1–L3; >PCR) • Granuloma inguinale / Donovanosis (*K. granulomatis;* >PCR, Mikroskopie) • Morbus Behçet, Aphthose (Anamnese, ggf. Histologie) • Morbus Crohn (Histologie, Anamnese, GI-Endoskopie) • Plasmazellbalanitis/-vulvitis Zoon (Histologie) • Lichen planus erosivus (Anamnese, Histologie) • Lichen sclerosus (Anamnese, Histologie) • Erythroplasie Queyrat, Morbus Bowen (Histologie) • Peniskarzinom, Vulva-, Analkarzinom (Histologie) • Fixes Arzneimittelexanthem (Anamnese, Histologie) • Trauma / Automanipulation (Anamnese, ggf. Histologie) • Kutane TB, atypische Mykobakteriose • Kutane Amöbiasis, Leishmaniose • Mpox-Virus
Extragenitaler Primäraffekt	• Herpes labialis, Aphthe, Angulus infectiosus • Plattenepithelkarzinom (Lippe, Tonsille, Finger) • Tonsillitis, Plaut-Vincent-Angina • Pyodermie, Ekthyma, infiziertes Stichtrauma • Kutane Leishmaniose • Orf, Melker-Knoten • Panaritium, Paronychie

Manifestation	Differentialdiagnosen
Begleitende Lymphadenopathie	• Bakterielle Lymphadenitis (regional) • Katzenkratzkrankheit (Bartonella henselae) • Tuberkulöse Lymphadenitis • EBV-, CMV-, HIV-Akutinfektion • Toxoplasmose • Lymphogranuloma venereum • Tularämie, Pestbubo • Lymphome

II. Sekundäre Syphilis *Stadium der Generalisation*

Manifestation	Differentialdiagnosen
Makulöse / makulo-papulöse Exantheme (Roseola, Syphilide)	• Pityriasis rosea (klassische DD!, Klinik, Primärmedaillon) • Pityriasis lichenoides chronica/acuta (klassische DD!, Klinik, Histologie) • Virale Exantheme (Masern, Röteln, Parvo B19, EBV und viele andere) • Akute HIV-Infektion (klassische DD, häufig Koinfektionen) • Arzneimittelexantheme aller Art • Toxisches Schocksyndrom, Scarlatina
Papulosquamöse Syphilide	• Psoriasis guttata, exanthematische Psoriasis vulgaris • Lichen ruber planus • Pityriasis versicolor, Tinea corporis • Nummuläres Ekzem, Parapsoriasis en plaques • Mycosis fungoides, kutane T-Zell-Lymphome • Mpox-Virus

Syphilis als Imitator – Differentialdiagnostische Übersicht nach Stadien

Manifestation	Differentialdiagnosen
Palmoplantar (Clavi syphilitici)	• Psoriasis palmoplantaris • Hand-Fuß-Mund-Krankheit • Mpox-Virus • Reaktive Arthritis (Keratoderma blenorrhagicum) • Tinea manuum/pedis • Erythema multiforme, dyshidrosiformes Ekzem
Schleimhaut (Plaques muqueuses, P. opalines)	• Aphthose, ulzeröse Stomatitis • Lichen planus mucosae • Candidiasis, orale Haarleukoplakie • Erythema multiforme, Stevens-Johnson • Pemphigus vulgaris, Schleimhautpemphigoid • Plattenepithelkarzinom, Leukoplakie • Streptokokken-Tonsillitis, Diphtherie, Plaut-Vincent
Anogenital: Condylomata lata	• Condylomata acuminata (HPV) • Mariscen, hypertrophe Hämorrhoiden • Pemphigus vegetans, bowenoide Papulose • Molluscum contagiosum (anogenital)
Adnex- / Haarbeteiligung	• Alopecia syphilitica → Alopecia areata, Trichotillomanie, telogenes Effluvium, Tinea capitis • Madarosis → Lepra, atopisches Ekzem, Alopecia areata
Pustulös-ulzerös (Lues maligna, v. a. bei HIV)	• Pyodermien, Ekthyma, Impetigo contagiosa • Akne fulminans, Rosazea fulminans • Pyoderma gangraenosum • Vaskulitiden (PAN, leukozytoklastisch) • Tiefe Mykosen, kutane TB, Leishmaniose
Systemische / viszerale Manifestationen	• Lymphadenopathie → HIV, EBV, CMV, Toxoplasmose, Sarkoidose, Lymphome • Hepatitis syphilitica → virale Hepatitiden, AIH, PBC, Medikamenten-Hepatitis • Glomerulonephritis (membranös) → andere postinfektiöse / autoimmune GN • Uveitis, Iritis → Sarkoidose, M. Behçet, HLA-B27, TB, Toxoplasmose • Otosyphilis → Hörsturz, M. Menière, Cogan-Syndrom • Arthritis → reaktive Arthritis, Gonokokken-, Lyme-Arthritis

III. Tertiäre Syphilis *Gummen, kardiovaskuläre Spätmanifestation*

Manifestation	Differentialdiagnosen
Gummen, tuberöse Syphilide, noduloulzerös	• Kutane Tuberkulose (Lupus vulgaris, Skrofuloderm) • Lepra (lepromatös, tuberkuloid) • Tiefe Mykosen: Sporotrichose, Blastomykose, Kryptokokkose • Aktinomykose, Nokardiose, Mycetom • Kutane Leishmaniose (chronisch) • Sarkoidose (lupoide, ulzerierte Formen) • Pyoderma gangraenosum • Plattenepithelkarzinom, kutane Lymphome • NK/T-Zell-Lymphom (mittellinienletal)
Kardiovaskuläre Syphilis (Aortitis, Aneurysma, AI)	• Atherosklerotisches Aortenaneurysma • Takayasu-Arteriitis, Riesenzellarteriitis • IgG4-Aortitis, Cogan-Syndrom, M. Behçet
Gummen viszeral (Leber, Knochen, ZNS)	• Lebermetastasen, primäres Leberkarzinom • Granulomatöse Hepatitiden (TB, Sarkoidose) • Osteomyelitis, primäre Knochentumoren • ZNS-Lymphom, Hirnmetastasen

IV. Neurosyphilis *Meningovaskulär, parenchymatös, ophthalmologisch, otologisch*

Manifestation	Differentialdiagnosen
Meningovaskulär / Meningitis	• Schlaganfall jüngerer Erwachsener (alle Ätiologien) • ZNS-Vaskulitis (primär, sekundär bei Kollagenosen) • Multiple Sklerose, Neuroborreliose • Tuberkulöse Meningitis, Pilzmeningitis (Kryptokokkose) • Virale Meningoenzephalitis
Progressive Paralyse	• Alzheimer-, frontotemporale, vaskuläre Demenz • Creutzfeldt-Jakob-Krankheit • Schizophrenie, bipolare Störung, Manie • Substanzinduzierte Psychose • Wernicke-Korsakow-Syndrom

Syphilis als Imitator – Differentialdiagnostische Übersicht nach Stadien

Manifestation	Differentialdiagnosen
Tabes dorsalis	• Funikuläre Myelose (Vit-B12-Mangel) • Diabetische Polyneuropathie / Pseudotabes • Hereditäre Ataxien (Friedreich u. a.) • HTLV-1-assoziierte Myelopathie • Kompressionsmyelopathie, MS-Myelitis • Sjögren-Neuropathie, paraneoplastische Neuronopathie
Argyll-Robertson-Pupille	• Diabetes mellitus, Holmes-Adie-Syndrom • Mittelhirnläsionen, Wernicke-Enzephalopathie

V. Lues connata *Konnatale Syphilis (Früh- und Spätform)*

Manifestation	Differentialdiagnosen
Frühform (Lues connata praecox)	• Andere TORCH-Infektionen (Toxoplasmose, Röteln, CMV, HSV, VZV, Zika, Parvo B19) • Neonatale HSV-Sepsis, neonatale Listeriose • Hämolytische Erkrankung des Neugeborenen (Rh, AB0) • Pemphigus syphilitiicus → Epidermolysis bullosa, neonatale Pemphigoide • Schwere kombinierte Immundefekte
Spätform (Lues connata tarda)	• Rachitis, Osteogenesis imperfecta, Skelettdysplasien • Dentinogenesis imperfecta (DD: Hutchinson-Zähne) • Andere kongenitale Innenohrschwerhörigkeiten • Juvenile idiopathische Arthritis (DD: Clutton-Gelenke) • Interstitielle Keratitis: TB, Cogan, Lepra, HSV

Literatur

1. *Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17073. doi: 10.1038/nrdp.2017.73*
2. *Peeling RW, Mabey D, Chen XS, Garcia PJ. Syphilis. Lancet. 2023;402(10398):336–346. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02348-0*
3. *Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(3):574–588. doi: 10.1111/jdv.16946*
4. *Schöfer H, Enders M, Esser S, Feiterna-Sperling C, Hagedorn HJ, Magistro G, et al. Diagnostik und Therapie der Syphilis – Aktualisierung der S2k-Leitlinie 2020 der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG). Hautarzt. 2020;71(12):969–999. doi: 10.1007/s00105-020-04672-6*
5. *Forrestel AK, Kovarik CL, Katz KA. Sexually acquired syphilis: historical aspects, microbiology, epidemiology, and clinical manifestations. J Am Acad Dermatol. 2020;82(1):1–14. doi: 10.1016/j.jaad.2019.02.073*
6. *Forrestel AK, Kovarik CL, Katz KA. Sexually acquired syphilis: laboratory diagnosis, management, and prevention. J Am Acad Dermatol. 2020;82(1):17–28. doi: 10.1016/j.jaad.2019.02.074*
7. *Klein M, Angstwurm K, Esser S, Hahn K, Maschke M, Scheithauer S, et al. German guidelines on the diagnosis and treatment of neurosyphilis. Neurol Res Pract. 2020;2:33. doi: 10.1186/s42466-020-00081-1*
8. *Moseley P, Bamford A, Eisen S, Lyall H, Kingston M, Thorne C, et al. Resurgence of congenital syphilis: new strategies against an old foe. Lancet Infect Dis. 2024;24(1):e24–e35. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00314-6*
9. *Keuning MW, Kamp GA, Schonenberg-Meinema D, Dorigo-Zetsma JW, van Zuiden JM, Pajkrt D. Congenital syphilis, the great imitator – case report and review. Lancet Infect Dis. 2020;20(7):e173–e179. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30268-1*

*Hinweis: Diese Übersicht ersetzt keine Leitlinie. Die jeweils aktuelle **S2k-Leitlinie der DSTIG** und die **IUSTI-Empfehlung** sind für die klinische Entscheidungsfindung verbindlich.*

HIV-Prävalenz bei HIV-Indikatorerkrankungen und zusätzliche Testindikationen

A) HIV-Prävalenz bei HIV-Indikatorerkrankungen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht[1]

HIV-Indikatorerkrankung	Männer[a] HIV-Prävalenz in % (95%-KI)	Frauen[a] HIV-Prävalenz in % (95%-KI)
Pneumozystose	51.13 (46.35–55.92)	20.64 (15.6–26.15)
Orale Haarleukoplakie	52.33 (41.86–62.79)	18.06 (9.72–27.78)
Kaposi-Sarkom	39.34 (35.77–43.06)	7.69 (4.68–11.04)
Syphilis	18.7 (17.85–19.56)	1.04 (0.78–1.33)
Gonokokkeninfektion	11.66 (10.62–12.74)	0.87 (0.54–1.23)
Akute Hepatitis C	3.9 (3.4–4.42)	2.03 (1.58–2.48)
Bösartige Neubildung von Anus und Analkanal	7.14 (5.98–8.31)	0.4 (0.2–0.64)
Chronische Virushepatitis	3.81 (3.31–4.33)	1.79 (1.41–2.22)
Anogenitale (venerische) Warzen	4.59 (3.9–5.28)	0.68 (0.4–1.01)
Chlamydieninfektion	7.06 (5.88–8.25)	0.1 (0.02–0.19)
Akute Hepatitis B	2.32 (1.92–2.75)	0.99 (0.73–1.28)
Papillomaviren als Krankheitsursache	21.69 (15.66–28.31)	0.75 (0.48–1.05)
Tuberkulose	2.01 (1.72–2.31)	1.15 (0.94–1.38)
Hodgkin-Lymphom	1.87 (1.47–2.29)	0.38 (0.2–0.58)
Akute Hepatitis A	1.61 (1.23–2)	0.6 (0.4–0.83)
Pneumonie	1.22 (1.03–1.42)	0.57 (0.44–0.71)
Non-Hodgkin-Lymphom	0.81 (0.66–0.98)	0.26 (0.18–0.36)
Infektiöse Mononukleose	0.79 (0.49–1.13)	0.14 (0.05–0.26)
Herpes-simplex-Infektionen	0.91 (0.51–1.36)	0.17 (0.05–0.32)
Abnormer Gewichtsverlust	0.76 (0.38–1.21)	0.15 (0.04–0.3)
Candidiasis	1.53 (0.71–2.36)	0.12 (0.02–0.23)
Herpes zoster	0.59 (0.24–1.01)	0.2 (0.07–0.37)
Dysplasie/bösartige Neubildung der Cervix uteri[b]	-	0.26 (0.18–0.35)
Trichomoniasis	0.52 (0.1–1.03)	0.22 (0.11–0.34)
Bösartige Neubildung von Bronchus und Lunge	0.35 (0.07–0.7)	0.1 (0–0.29)
Seborrhoische Dermatitis	0.4 (0.22–0.62)	0.03 (0–0.1)

[a] Der*Die Patient*in hat die Möglichkeit, die bei der Versicherung hinterlegten Daten zu ändern.
[b] Zu dieser Gruppe könnten auch Transmänner mit Gebärmutterhals gehören. Allerdings war die Stichprobengröße für eine Untersuchung der HIV-Prävalenz zu gering.

B) Zusätzliche Indikationen für ein HIV-Testangebot[2,3]

- häufig wechselnden Sexualpartnern
- Substanzgebrauch (insbesondere intravenöser Drogengebrauch)
- Sexarbeitende
- Migrant*innen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz
- Männern, die Sex mit Männern haben (MSM)

Unspezifische klinische Symptome

- unklarer Gewichtsverlust
- Fieber / Nachtschweiß
- Leistungsminderung
- Hautausschlag
- chronische Diarrhö ohne Erregernachweis
- akuter hochfieberhafter Infekt
- Lymphadenopathie

Dermatologische Red Flags

- atypische / chronische HSV-Ulzera (v. a. perianal)
- multidermatomaler oder rezidivierender Zoster bei jungen Patient:innen
- disseminierte Mollusca contagiosa
- therapieresistentes seborrhoisches Ekzem
- atypischer Psoriasis-Verlauf
- multiple / rezidivierende STI
- ausgedehnte HPV-Läsionen / HSIL
- opportunistische oder disseminierte Hautinfektionen

Zusätzlich sollte ein HIV-Test angeboten werden bei:

- neu diagnostizierter sexuell übertragbarer Erkrankung (STI)

Literatur

1 *Valbert F, Behrens G, Bickel M et al. Prevalence of HIV in people with potential HIV-indicator conditions in Germany: an analysis of data from statutory health insurances eClinicalMedicine, 2024; 73*

2 *Vogel M, Schwarze-Zander C, Wasmuth JC, Spengler U, Sauerbruch T, Rockstroh JK. The treatment of patients with HIV. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(28–29):507–515. doi:10.3238/arztebl.2010.0507*

3 *FindHIV-Projektgruppe. Handlungsempfehlung zum Einsatz des Scoringinstruments zur Unterstützung einer frühzeitigen HIV-Erstdiagnose. Version 1.0. Essen: Universität Duisburg-Essen; 2021: https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Downloads/FindHIV_Handlungsempfehlungen_V06_1_ergaenzt.pdf*

HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN:

Belastet die STI-Testung das Laborbudget?
Nein, die STI-Testungen sind außerbudgetär.

Wie behandle ich eine Dreifachinfektion mit Syphilis + Gonorrhoe + Chlamydien/ Ureaplasmen/Mykoplasmen?
Doxycyclin 100mg 2x tgl. p.o. für 7 d + Ceftriaxon 1-2g und auch direkt Benzathin-Penicillin 2.4 Mill I.E.
Wenn Benzathin-Penicillin nicht verfügbar: Ceftriaxon 2g täglich für 10 oder 14 d; (Erfolgskontrolle Syphilis, Go/Ct nicht vergessen).

Wann empfiehlt sich die Abklärung weiterer STI?
Immer wenn eine STI festgestellt wird, sollten andere STI (z.B. HIV, Syphilis serologisch und Gonorrhoe, Chlamydien, ggf. M. genitalium per.. NAAT (falls etabliert, Multiplex-PCR mit genotypischer Resistenzbestimmung), sowie klinisch HPV) abgeklärt werden.

Ist Kontrolle nach Behandlung (ToC) notwendig?
Der Therapieerfolg sollte immer überprüft werden, weil neben Resistenzen auch andere Faktoren den Therapieerfolg beeinflussen, so dass ein Test nach einer Therapie durchgeführt werden sollte.

Wann ist eine Partner*innenbehandlung indiziert?
Die Partner*innenbehandlung ist wichtig und sollte individuell empfohlen werden. Für die Entscheidung, ob und wann eine Partner*innentherapie empfohlen wird, sollten folgende Überlegungen berücksichtigt werden:

- Symptome oder Klinik bei zu therapierenden Kontaktpersonen (fremd berichtet oder vor Erregernachweis durch Behandler*in festgestellt)
- Therapie: mögliche Nebenwirkungen und individuelle Risiken (orale/parenterale Applikation, Allergie/Anaphylaxie, sonstige Nebenwirkungen, ggf. Komorbidität der Kontakpersonen) und Resistenzpotential (zu rezeptierende Packungsgröße mit Restbeständen, die ggf. als Selbstmedikation genutzt werden könnten, spezifisches Wirkspektrum der Substanz)
- Verhalten: zu erwartende/vermutete Adhärenz der Kontaktpersonen, Sexualverhalten und Paardynamik zwischen Indexperson und Kontaktpersonen, Sexualverhalten der Kontaktpersonen (Anamnese)
- Eigenschaften des Erregers: Kontagiosität, Inkubationszeit und Latenz bis zum sicheren Erregernachweis, Sensitivität der Nachweismethode

Partner*innenmanagement, Abstinenz und ToC bei ausgewählten STI

Erkrankung	Sexualabstinenz nach Therapie*	Partner*innenbenachrichtigung**/ Partner*innenuntersuchung	Partner*innen-Mitbehandlung	Therapiefolgskontrolle (ToC)
Gonorrhoe	**7 d** nach Therapie; Sicherung potentieller Reinfektionsquellen*	**Untersuchung** aller Partner**innen seit Symptombeginn und in den 2 Wo davor; zusätzlich **Benachrichtigung**** der Partner*innen der letzten 3 Monate	Empirische Mitbehandlung nur bei sehr frischer Exposition (Fensterperiode) oder bei unsicherer Compliance	***NAAT frühestens nach 2 Wochen!*** Nach Ceftriaxon 1-2g i.v./i.m. und bei bekannter Empfindlichkeit keine Routine-ToC bei Anogenital-Infektionen. **ToC jedoch empfohlen** bei Schwangerschaft, pharyngealer Infektion, unbekannter Empfindlichkeit, Symptompersistenz oder Alternativtherapie
Chlamydien	**7 d** nach Therapie; Sicherung potentieller Reinfektionsquellen*	**Untersuchung** aller Partner**innen seit Symptombeginn und in den 6 Wo davor;* **Benachrichtigung****: Partner*innen der letzten 6 Monate	Testgeleitetes Vorgehen bevorzugt; empirische Mitbehandlung i.d.R. nur bei sehr frischer Exposition (Fensterperiode) oder bei unsicherer Compliance	***NAAT frühestens nach 6 Wochen!*** Kein Routine-ToC nach Standardtherapie (Doxycyclin). **Aber**: ToC bei Schwangerschaft, Symptompersistenz, Non-Adhärenz, Re-Exposition, Komplikationen oder Alternativtherapie
Syphilis	**14 d** nach erster Gabe von Benzathin Benzyl-Penicillin; Sicherung potentieller Reinfektionsquellen*	**Untersuchung:** Partner*innen der letzten 3 Monate; **Benachrichtigung****: Partner*innen der letzten 2 Jahre seit Infektionszeitpunkt; u.U. auch Lebenszeit-Partner*innen	Bei relevanter Exposition innerhalb der letzten 4 Wochen **empirische Mitbehandlung** diskutieren	RPR-/VDRL-**Ausgangstiter nach 4 Wochen;** RPR-/VDRL-**Kontrollen nach 3, 6 und 12 Monaten**
Trichomoniasis	Bis zur Symptomfreiheit bzw. bis zum Abschluss der Therapie; Sicherung potentieller Reinfektionsquellen*	Vor allem **aktuelle Partner*innen**, teils Rückblick auf die letzten Wochen	Empirische Mitbehandlung **aktueller Partner*innen** empfohlen	**Kein klassischer Routine-ToC für alle.** Wegen hoher Reinfektionsrate bei Frauen: **ToC nach ca. 3 Monaten** für sexuell aktive Frauen; für Männer keine gute Evidenz für generellen ToC
Mycoplasma genitalium	Bis zur Symptomfreiheit bzw. bis zum Abschluss der Therapie; Sicherung potentieller Reinfektionsquellen*	Fokus auf **aktuelle Partner*innen** in geschlossenen dyadischen oder überschaubaren Sexualnetzwerken	Empirische partnergleiche Therapie nur, wenn das Reinfektionsrisiko signifikant minimiert werden kann	**Kein Routine-ToC** bei asymptomatischen Personen nach leitliniengerechter Therapie; Re-Test bei **persistierenden Symptomen**, klinischem Verdacht auf Persistenz oder komplexem Resistenz-/Therapieproblem

* Besonders in festen Partnerschaften/Sexualnetzwerken ungeschützte sexuelle Aktivitäten erst nach Identifizierung/Sanierung möglichst aller potentiellen (Re-)Infektionsquellen! Bei fraglichem Therapieerfolg dringend zur Kondomnutzung raten.

** Die Benachrichtigung soll durch die Betroffenen selbst erfolgen!

Tab. 3: Partner*innenmanagement, Abstinenz und ToC bei ausgewählten STI

Quellen:

- *Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.MMWR Recomm Rep 2021;70(RR-4):1-187. (CDC): cdc.gov/mmwr; Trichomoniasis-Kapitel*
- *Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, et al. 2021 European guideline on the management of Mycoplasma genitalium infections. JEADV 2022;36(5):641-650 (IUSTI): onlinelibrary.wiley.com; IUSTI Treatment Guidelines*

Die DSTIG

Die Deutsche STI-Gesellschaft versteht sich als medizinische Fachgesellschaft zur Förderung der sexuellen Gesundheit. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen zu gewinnen und zu verbreiten. Sie bringt unterschiedliche Fachdisziplinen zusammen: Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Psychologie, Epidemiologie, Sozialwissenschaften, den Bereich „Public Health“ sowie viele weitere Berufsgruppen. Ihre Mitglieder kommen aus Praxis, Klinik und Forschung, dem öffentlichen Gesundheitswesen und von Nichtregierungsorganisationen. Das Erstellen von Therapieleitlinien ist wesentlicher Bestandteil der Arbeit der DSTIG.

Sektionen

Mitglieder der DSTIG arbeiten in verschiedenen Sektionen zusammen. Die Arbeitsgruppen der DSTIG beschäftigen sich mit aktuellen klinischen und therapeutischen Fragen sowie Themen der sexuellen Gesundheit und Grundlagen der sexuellen Selbstbestimmung, schaffen Öffentlichkeit und Wissen. Aktuell gibt es folgende Sektionen:

- *Sektion Sexuelle Gesundheit*
- *Sektion Labordiagnostik*
- *Sektion STI-Forschung*
- *Sektion STI-induzierte Tumoren*
- *Sektion Leitlinienentwicklung*
- *Sektion Fort- und Weiterbildung*
- *Sektion Junge DSTIG*

Kongresse

Im 2-jährigen Turnus veranstaltet die DSTIG den Deutschen STI-Kongress und alternierend die Fachtagung DSTIG special zu STI- und Sexarbeitsforschung. Zusätzlich finden Symposien, Fachtage und Fortbildungsveranstaltungen statt.

Mitgliedschaft

Die DSTIG freut sich über neue Mitglieder! Ob aus der Medizin, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Forschung, aus sozialwissenschaftlichen Feldern oder aus der Beratung – Sie sind herzlich eingeladen, Mitglied zu werden! Studierende sind herzlich willkommen – für sie ist die Mitgliedschaft kostenlos. Aktuelle Termine sowie Informationen zur Mitgliedschaft und Leitlinien finden Sie unter **www.dstig.de**.

IMPRESSUM

Dieser DSTIG-Leitfaden zur STI-Therapie, Diagnostik und Prävention wurde maßgeblich erarbeitet von den Mitgliedern der Deutschen STI-Gesellschaft, insbesondere durch

C. Boesecke, Bonn
N.H. Brockmeyer, Bochum
S. Buder, Berlin
S. Esser, Essen
J. Fazio, Bad Salzuflen
M. Gerlich, Köln
S. Hohenester, München
K. Horn, Bad Salzuflen
B.-E. O. Jensen, Düsseldorf
F. Klar, Köln
E. Köhler, Frankfurt a.M.
H. Langanke, Köln
W. Mendling, Wuppertal
D. Münstermann, Bad Salzuflen
T. Neiße, Bad Salzuflen
A. Potthoff, Bochum
H. Rasokat, Köln
S. Schellberg, Berlin
J. Schirrmacher, Bochum
R. Schlottmann, Bochum
S. Schluck, Bochum
H. Schöfer, Frankfurt a.M.
U. Sielert, Kiel
J. Signerski, Göttingen
A. Skaletz-Rorowski, Bochum
P. Spornraft-Ragaller, Dresden
K. Steinke, Köln
C. Sunderkötter, Halle und Berlin
G. Walter, Hamburg
R. Werner, Berlin

Für die Unterstützung und Mitarbeit danken wir der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und dem Katholischen Klinikum Bochum (KKB), Universitätsklinikum Bochum.

© Deutsche STI-Gesellschaft e.V.
Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

Layout/Gestaltung: Judith Coenenberg, W. Knebel-Brockmeyer
Satz: TiPP 4 GmbH, Von-Wrangell-Str. 2, 53359 Rheinbach
Druck: druckpartner GmbH, Lahnstr. 38, 45478 Mülheim a. d. Ruhr

Stand der Informationen: 05/2026, 5. Auflage

Kontakt: **DSTIG Geschäftsstelle**
Walk In Ruhr - WIR
Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer
Ruhr-Universität Bochum
Bleichstr. 15 • 44791 Bochum
Tel. +49 234 509 8923 • Fax: +49 234 509 8924
E-Mail: info@dstig.de
Webseite: www.dstig.de
LinkedIn: https://de.linkedin.com/company/deutsche-sti-gesellschaft

DDG Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.

Katholisches Klinikum Bochum
UK RUB Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

DSTIG
Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

WiR
WALK IN RUHR
ZENTRUM FÜR SEXUELLE GESUNDHEIT UND MEDIZIN

Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit

STI-LEITFADEN
für die Kitteltasche

5. Auflage
2026/2027

Gefördert vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit

© DSTIG 05/2026

info@dstig.de
www.dstig.de