ROBERT KOCH INSTITUT

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Epidemiologisches Bulletin

47
2026

19. November 2026



Syphilis in Deutschland 2025

Inhalt

Syphilis in Deutschland im Jahr 2025 3

Die Syphilis ist eine durch *Treponema pallidum* verursachte Erkrankung, die nur beim Menschen vorkommt und sexuell, durch Blut und intrauterin von der Mutter auf das Kind übertragen wird. Sie verläuft typischerweise in verschiedenen Stadien und kann durch Antibiotika geheilt werden, wobei wiederholte Infektionen möglich sind. Im Jahr 2025 wurden dem Robert Koch-Institut 9.699 Syphilis-Fälle gemeldet – ein neuer Höchststand in Deutschland. Dabei kam es erstmals zu einer bundesweiten Abnahme von Fällen bei Männern, die Sex mit Männern haben. Auf heterosexuellem Weg erworbene Infektionen stiegen wie in den Vorjahren weiter an. Im vorliegenden Bericht werden die Meldedaten sowie die epidemiologische Entwicklung detailliert vorgestellt und diskutiert.

Syphilis in Germany in 2025

Syphilis is a disease caused by *Treponema pallidum* that occurs only in humans and is transmitted sexually, through blood, and in utero from mother to child. The disease typically progresses through various stages and can be cured with antibiotics, although repeated infections are possible. In 2025, 9,699 cases of syphilis were reported to the Robert Koch Institute – a new record high in Germany. For the first time, there was a nationwide decline in cases among men who have sex with men. As in previous years, infections acquired through heterosexual contact continued to increase. This report presents and discusses the reported data and epidemiological trends in detail.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 46. Woche 2026 25

Impressum

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

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

Redaktionsassistenz
Nadja Harendt
Sabine Schleusener
(Stellv. Redaktionsassistentin)

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

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

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

ISSN 2569-5266

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

Syphilis in Deutschland im Jahr 2025

Neuer Höchststand von Infektionen mit divergenter Dynamik

Hintergrund

Die Syphilis ist eine bakterielle, durch die Spirochätenart *Treponema pallidum* verursachte Erkrankung, die nur beim Menschen vorkommt und sexuell, durch Blut und intrauterin von der Mutter auf das Kind übertragbar ist. Sie verläuft typischerweise in drei Stadien: Ein sogenannter Primäraffekt (ein meist schmerzloses Geschwür an der Eintrittsstelle) bildet sich wenige Tage bis Wochen nach der Infektion. Im Sekundärstadium macht sich die Erkrankung durch Allgemeinsymptome und Hauterscheinungen bemerkbar und im Tertiärstadium (Jahre nach der Erstinfektion) kann es zur Schädigung des zentralen Nervensystems und der Blutgefäße kommen. Symptomfreie Phasen werden als Latenz bezeichnet. In Abhängigkeit von der seit der Infektion vergangenen Zeitspanne wird zwischen Früh- (bis etwa ein Jahr nach der Infektion) und Spätlatenz unterschieden. Infektiös sind Personen im Primär- und Sekundärstadium sowie während der Frühlatenz. Die Infektion kann durch Antibiotika geheilt werden; wiederholte Infektionen sind möglich.

Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) am 1. Januar 2001 werden neu diagnostizierte, behandlungsbedürftige Syphilis-Infektionen gemäß §7 Abs. 3 nichtnamentlich an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet. Seit Ende der Siebziger- bis Anfang der Neunzigerjahre war ein Rückgang der Syphilis-Meldungen zu verzeichnen, der sich mit dem Auftreten von AIDS (Mitte der Achtzigerjahre) weiter beschleunigte. Nach Einführung der Labormeldepflicht für Syphilis-Diagnosen durch das IfSG stieg die Zahl der Fälle, die den RKI-Fallkriterien entsprachen, von 2001 bis 2004 ausschließlich bei Männern an (s. Abb. 1). Bis 2008 stabilisierten sich die Meldezahlen bei etwa 4.000 jährlich. Nach einem Rückgang 2009 stiegen sie von 2010 bis 2019 nahezu kontinuierlich an. Auf einen pandemiebedingten Rückgang 2020 und 2021 folgte seit 2022 ein erneuter Anstieg.

Mit 9.699 Fällen wurde 2025 ein neuer Höchststand erreicht. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Fallzahl um 169 (+1,8 %); der Anstieg verlangsamte sich damit weiter (s. Abb. 1).

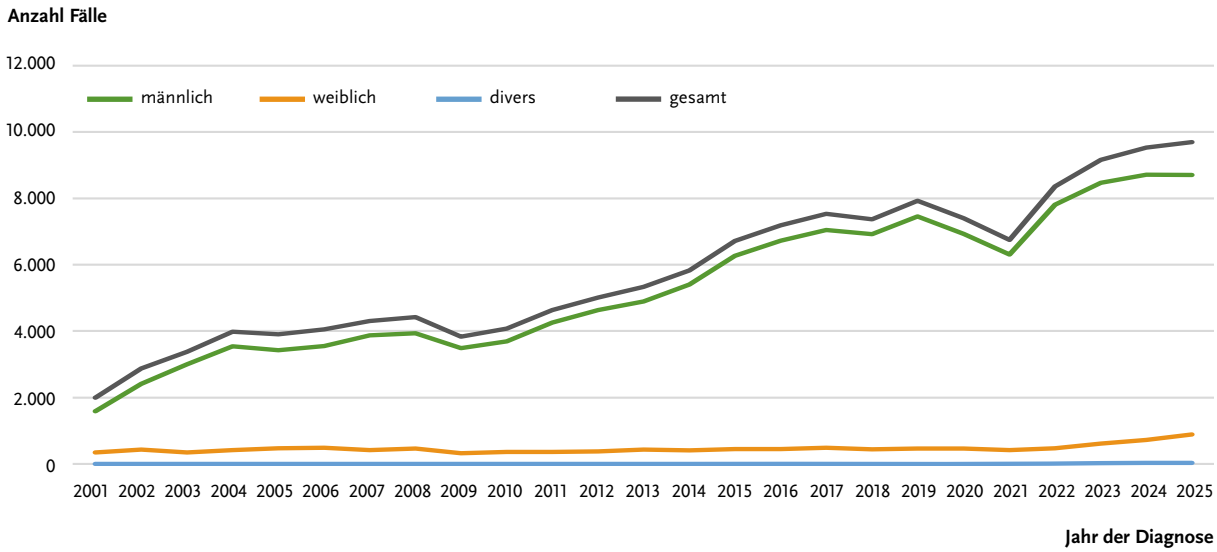


Abb. 1 | Syphilis in Deutschland: Anzahl der gemeldeten Fälle nach Geschlecht und Jahr der Diagnose, IfSG-Meldezahlen 2001–2025 (n=145.300)

IfSG = Infektionsschutzgesetz

Bundesweit lag die Syphilis-Inzidenz im Jahr 2025 mit 11,6 Fällen pro 100.000 Einwohner (Einw.) über dem Median der fünf Vorjahre (9,4).

Geografische Verteilung

Wie in den vorherigen Jahren sind große Unterschiede in der Syphilis-Inzidenz zwischen den Bundesländern zu beobachten (s. Abb. 2). Die mit Abstand höchsten Inzidenzen wurden in den Stadtstaaten Berlin (38,5 Fälle/100.000 Einw.) und Hamburg (34,7 Fälle/100.000 Einw.) registriert. Höher als im Bundesdurchschnitt lag die Inzidenz auch in Bremen (16,9) und Hessen (12,7). Die Inzidenzen in allen anderen Bundesländern lagen unter dem Bundesdurchschnitt, mit den niedrigsten Werten in Baden-Württemberg (7,8), Thüringen (6,8) und Brandenburg (6,3).

Die Inzidenzen stiegen 2025 gegenüber dem Vorjahr in 13 Bundesländern in unterschiedlichem Ausmaß, zwischen +37,6 % in Brandenburg und +0,1 % in Nordrhein-Westfalen. Auch zwischen den Bundesländern mit zurückgegangenen Inzidenzen gab es deutliche Unterschiede, der Rückgang betrug zwischen –2,0 % in Sachsen und –20,2 % in Bayern.

Insgesamt handelt es sich bei der Syphilis in Deutschland um eine geografisch eher auf die Ballungsräume konzentrierte Epidemie, aber auch ländlichere Gebiete sind betroffen (s. Abb. 3).[a)]

Vergleichsweise hohe Inzidenzen von 25 Fällen/100.000 Einw. oder mehr waren außer in Berlin in den Städten Köln (47,3), Frankfurt am Main (45,6), Trier (45,0), Hamburg (34,7), Leipzig (27,6), München (26,8), Offenbach (26,4), Oldenburg (25,5) und Düsseldorf (25,2) zu verzeichnen. Sehr hohe Inzidenzen wurden dabei insbesondere aus Berliner Innenstadtbezirken (zwischen 29,5 und 82,5) gemeldet.[b)]

a) Unter der Adresse https://survstat.rki.de/ können selbständig auch regionalspezifische Analysen der Syphilis-Meldedaten ab dem Jahr 2001 nach verschiedenen Merkmalen vorgenommen werden.

b) Einige Straßen in Berlin werden im Rahmen der Zuordnung der Meldungen nach dreistelligem Postleitzahlbereich gänzlich dem Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf zugerechnet, auch wenn ein Teil dieser Straßen im Bezirk Tempelhof-Schöneberg liegt. Somit werden Syphilis-Patientinnen und -Patienten mit Wohnsitz in einem Teil dieser Straßen in Tempelhof-Schöneberg dem Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf zugerechnet. Da sich die betreffenden Straßen räumlich in Regionen mit vergleichsweise hoher Syphilis-Inzidenz befinden, kommt es durch diese verwaltungstechnische Zuordnung zu einer Überschätzung der Inzidenz für den Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf und einer Unterschätzung für den Bezirk Tempelhof-Schöneberg.

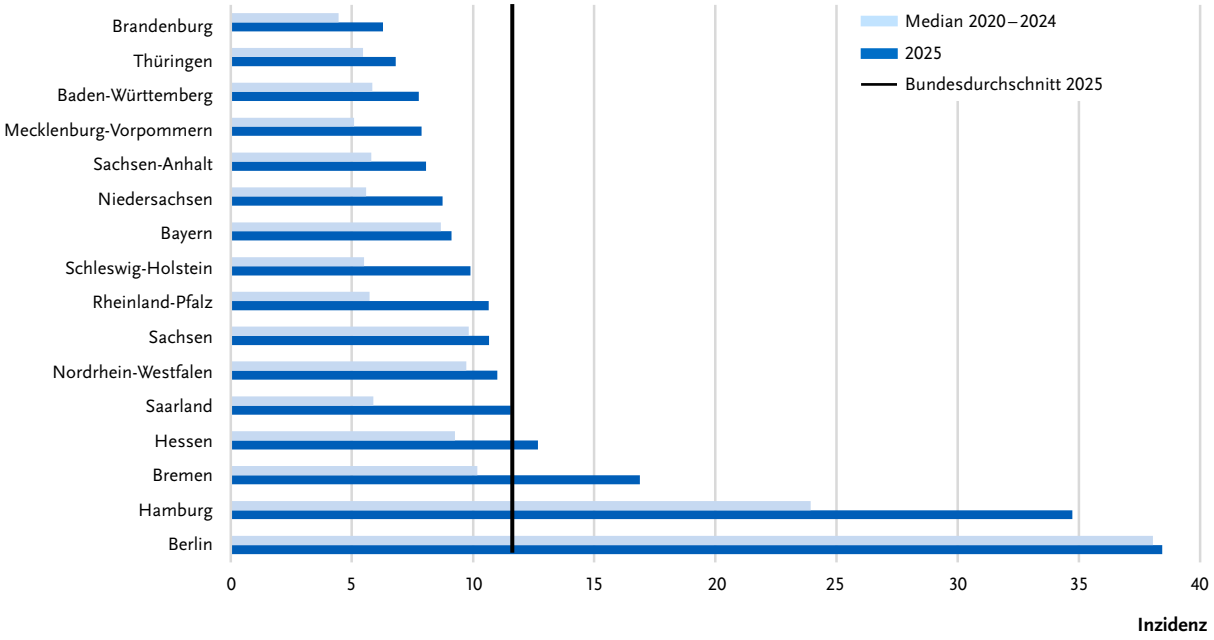


Abb. 2 | Gemeldete Syphilis-Fälle pro 100.000 Einwohner in Deutschland nach Bundesland, IfSG-Meldezahlen 2025, im Vergleich mit dem Median der Vorjahre (2020–2024)

IfSG = Infektionsschutzgesetz

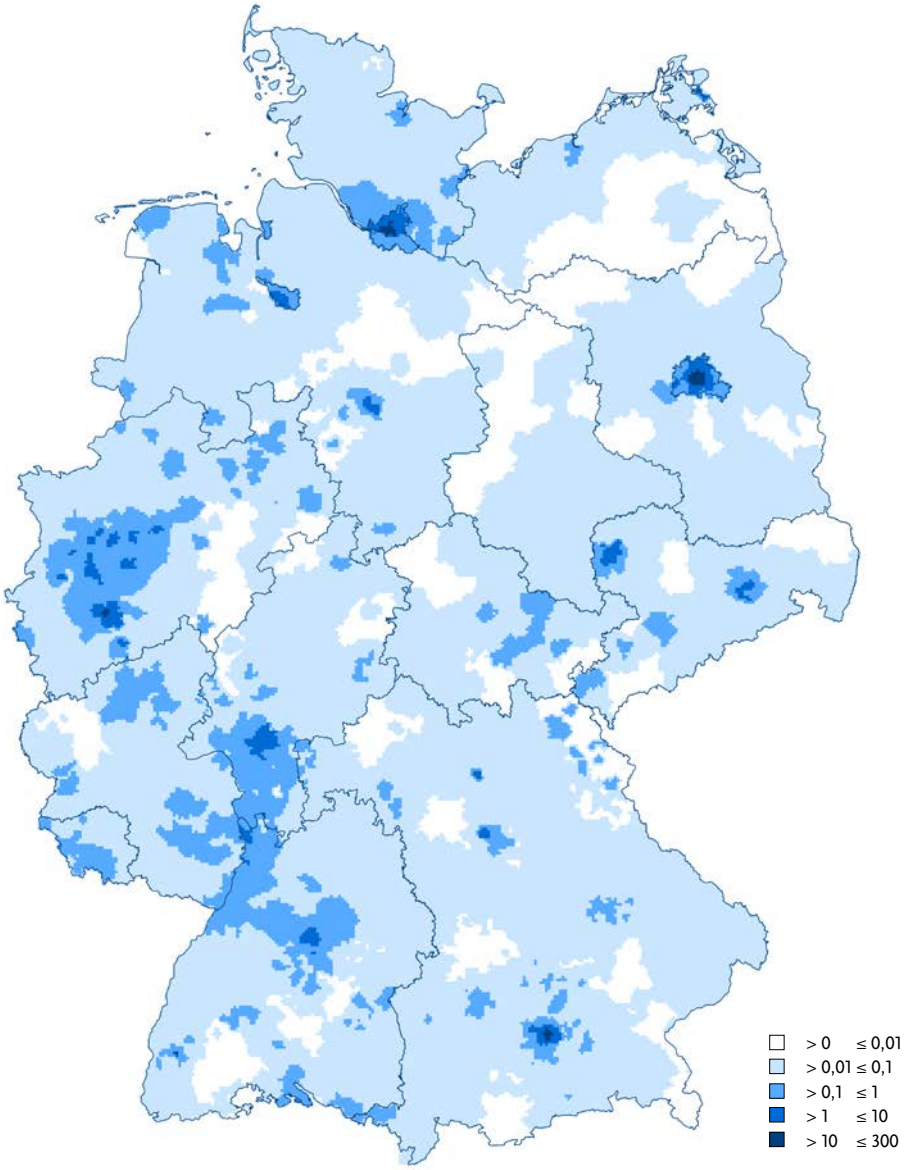


Abb. 3 | Gemeldete Syphilis-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereich (geglättet), Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2025

IfSG = Infektionsschutzgesetz

Relative Anstiege der Inzidenz zwischen 2024 und 2025 von über 50 % in Städten mit 30 oder mehr gemeldeten Infektionen wurden aus Braunschweig (137 %, +22 Fälle), Dortmund (87,5 %, +36 Fälle), Kiel (75,6 %, +18 Fälle), Lübeck (73,9 %, +13 Fälle), Offenbach (70,1 %, +14 Fälle), Darmstadt (64,4 %, +12 Fälle) und Oldenburg (53,4 %, +16 Fälle) berichtet. Die Anstiege in den genannten Städten waren dabei sowohl auf vermehrte Meldungen von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), auf Meldungen von heterosexuell akquirierten Infektionen als auch auf Meldungen ohne Angabe des wahrscheinlichen Transmissionsweges zurückzuführen.

Demografische Verteilung

Der Frauenanteil der gemeldeten Syphilis-Fälle lag im Jahr 2025 bei 9,2 % und damit über dem Niveau der Vorjahre. Die Syphilis-Inzidenz unterschied sich erheblich zwischen den Geschlechtern und lag bei Männern mit 21,2 Fällen pro 100.000 rund zehnmal so hoch wie bei Frauen mit 2,1 Fällen. Im Jahr 2025 wurden 31 Fälle mit der Geschlechtsangabe „divers“ gemeldet.

Die Anzahl männlicher Fälle blieb gegenüber dem Vorjahr stabil (–0,1 %; gesamt: 8.710 Fälle; s. Abb. 1). Bei weiblichen Fällen kam es 2025 zu einem An-

stieg um 22,8 % (gesamt: 888 Fälle). Damit setzte sich dieser seit dem Jahr 2022 beobachtete Anstieg weiter fort. Die Anzahl von Fällen mit Geschlechtsangabe divers verblieb in etwa auf dem Vorjahresniveau (2024: 35 Fälle).

Das für die Syphilis-Fälle im Jahr 2025 berichtete Alter lag bundesweit im Median bei 41 Jahren (Spannbreite 0–92 Jahre). Weibliche Fälle wiesen ein medianes Alter von 37 Jahren (Spannweite 0–86) auf, männliche Fälle von 42 Jahren (Spannweite 0–92 Jahre), Fälle von Personen mit Geschlechtsangabe divers von 32 Jahren (Spannweite 19–45).

Die höchste Inzidenz mit 42,6 Fällen/100.000 wiesen 30- bis 39-jährige Männer auf (s. Abb. 4). In den Altersgruppen der 25- bis 29-Jährigen (37,2) und der 40- bis 49-Jährigen (37,0) waren die Inzidenzen ebenfalls besonders hoch. Bei Frauen zeigte sich die höchste Inzidenz bei den 25- bis 29-Jährigen (5,4), gefolgt von den 20- bis 24-Jährigen (5,1) und den 30- bis 39-Jährigen (4,7). Diese Altersverteilung entsprach sowohl bei Frauen als auch bei Männern der Altersverteilung der Vorjahre.

Angaben zum Herkunftsland der Patientinnen und Patienten lagen für 63,0 % der Fälle aus dem Jahr 2025 vor. Bei 77,1 % der Fälle mit entsprechenden Angaben wurde Deutschland als Herkunftsland angegeben, gefolgt von der Türkei (1,5 %), Polen (1,1 %) sowie Italien, Kolumbien, Rumänien, der Ukraine und Venezuela (je 0,9 %); alle anderen Länder wiesen weniger als 50 Meldungen auf. Auch hier entsprach die Verteilung der Herkunftsländer der der Vorjahre.

Verteilung nach wahrscheinlichem Infektionsweg

Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsweg lagen 2025 für 73,2 % der Fälle vor, hiervon 5.498 Fälle von MSM (77,4 % aller Fälle mit entsprechender Angabe), 1.579 Fälle mit Angabe eines heterosexuellen Transmissionsweges (22,2 %), acht Fälle mit Bericht einer konnatalen Syphilis (0,1 %) sowie 15 Fälle mit Angabe eines sonstigen Risikos (0,2 %).

Infektionen bei MSM

Der Anteil von Fällen, die vermutlich über sexuelle Kontakte zwischen Männern übertragen wurden, ging 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 6,2 % (–363 Fälle) zurück (s. Abb. 5). Damit kam es mit Ausnahme des pandemiebedingten Rückgangs von Fällen in den Jahren 2020 und 2021 zum ersten Mal seit 2009 zu einem Rückgang der Syphilis-Fälle bei MSM in Deutschland.

Ein Anstieg der Fälle mit Angabe des Transmissionsweges MSM war im Jahr 2025 in acht Bundesländern in unterschiedlichem Ausmaß zu beobachten,

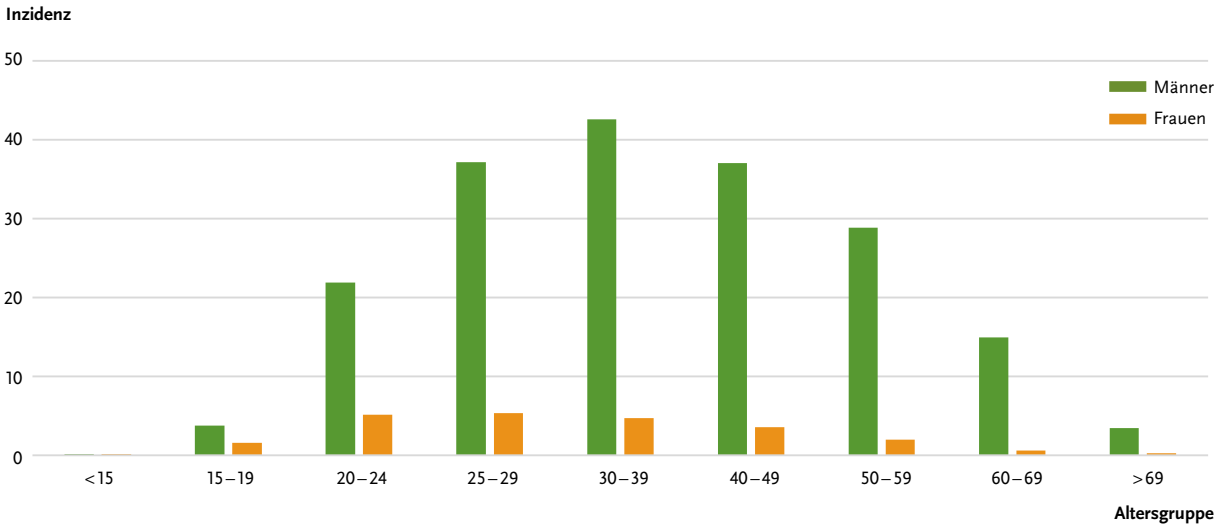


Abb. 4 | Syphilis-Inzidenz nach Altersgruppe und Geschlecht (männlich, weiblich), Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2025 (n = 9.455)

IfSG = Infektionsschutzgesetz

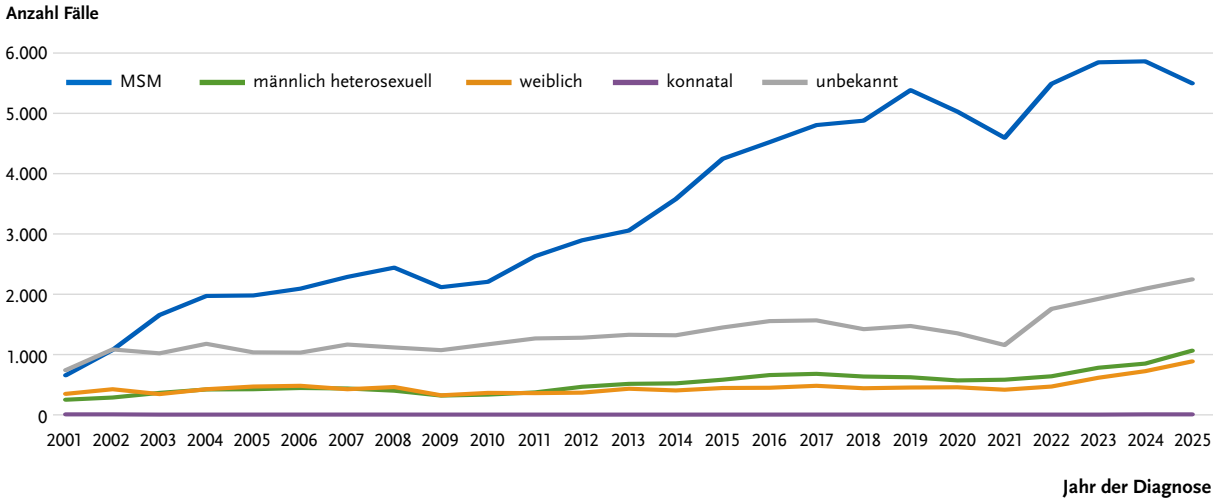


Abb. 5 | Anzahl gemeldeter Syphilis-Infektionen nach wahrscheinlichem Infektionsweg; Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2001–2025 (n = 145.300)

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; IfSG = Infektionsschutzgesetz; weiblich = Meldungen mit Angabe weibliches Geschlecht, auch ohne Angabe eines Transmissionsrisikos

in vier Bundesländern betrug dieser mehr als 20 % (s. Tab. 1). Mit Ausnahme Niedersachsens fanden diese deutlicheren Anstiege in Bundesländern mit vergleichsweise niedrigen absoluten Fallzahlen bei MSM statt.

Demgegenüber sank die Anzahl der Fälle bei MSM im Jahr 2025 in acht Bundesländern, darunter in fünf um mehr als 10 %. Bei bevölkerungsschwächeren Bundesländern ergaben sich auch hier stärkere Schwankungen bei den gemeldeten Fällen aufgrund der insgesamt niedrigeren absoluten Zahlen.

Ein in absoluten Fallzahlen größerer Rückgang von Fällen bei MSM fand dabei bereits im Jahr 2024 insbesondere in Berlin und Hamburg statt, den beiden Stadtstaaten mit der deutschlandweit höchsten Inzidenz (s. Abb. 2). Hier fiel die Anzahl von Mel-

Tab. 1 | Veränderungen der Syphilis-Fallzahlen (in %) bei MSM, verglichen zwischen den Jahren 2023 und 2024 bzw. 2024 und 2025, nach Bundesland

Bundesland	N_{2025}	2023 → 2024	2024 → 2025
Berlin	1.088	–6,8 %	1,9 %
Nordrhein-Westfalen	1.081	0,5 %	–7,9 %
Bayern	703	1,7 %	–30,4 %
Baden-Württemberg	499	11,8 %	–16,3 %
Hessen	419	–9,8 %	–1,2 %
Hamburg	373	–7,0 %	–0,3 %
Niedersachsen	337	–12,2 %	30,1 %
Sachsen	225	–3,8 %	–10,7 %
Rheinland-Pfalz	217	39,9 %	4,8 %
Schleswig-Holstein	119	23,2 %	17,8 %
Brandenburg	85	–26,5 %	39,3 %
Sachsen-Anhalt	69	24,2 %	–10,4 %
Bremen	68	6,0 %	28,3 %
Saarland	68	50,0 %	51,1 %
Thüringen	61	7,1 %	–18,7 %
Mecklenburg-Vorpommern	55	54,5 %	7,8 %

N = Syphilis-Fälle bei MSM im Jahr 2025; MSM = Männer, die Sex mit Männern haben

dungen bei MSM bereits 2024 im Vergleich zum Vorjahr um 6,8 % bzw. 7,0 % (s. Tab. 1). Auch in Hessen und Niedersachsen kam es bereits in diesem Jahr zu einer stärkeren Abnahme der Fallzahlen. Dieser Rückgang setzte sich in Berlin, Hamburg und Hessen im Folgejahr 2025 nicht mehr im gleichen Ausmaß fort, wohingegen insbesondere in Bayern sowie in Nordrhein-Westfalen 2025, als Bundesländer mit höherer absoluter Fallzahl, zum ersten Mal deutliche Rückgänge der Fallzahlen bei MSM zu verzeichnen waren. Insgesamt kam es in den letzten beiden Jahren in zahlreichen deutschen Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern und mehr als 100 Fällen zu einer zum Teil deutlichen Abnahme der Fallzahlen, dabei auch mit Unterschieden im zeitlichen Verlauf zwischen Großstädten innerhalb eines Bundeslandes, etwa Düsseldorf und Köln (s. Abb. 6).

Kontakt zu Sexarbeitenden oder Ausübung von Sexarbeit war im Jahr 2025 mit 18 bzw. 35 Meldungen und damit Anteilen von 0,3 % bzw. 0,6 % aller Meldungen mit Infektionsweg MSM von untergeordneter Bedeutung, ohne relevante Veränderung zu den Vorjahren.

Heterosexuell erworbene Infektionen

Die Zahl der männlichen Fälle mit Angabe eines heterosexuellen Infektionswegs stieg im Jahr 2025 gegenüber dem Vorjahr um 25,2 % (+214 Fälle). Demgegenüber stieg die Anzahl der Fälle von Frauen (unabhängig von der Angabe des Infektionswegs) im gleichen Zeitraum um 22,8 % (+165 Fälle).

Im Jahr 2025 stieg die Anzahl der wahrscheinlich heterosexuell erworbenen Infektionen mit Ausnahme des Saarlands (hier keine Veränderung gegenüber dem Vorjahr) in allen Bundesländern an, dabei betrug dieser Anstieg zwischen 3,1 % und 94,3 %. Auch hier unterlagen prozentuale Veränderungen bei wahrscheinlich heterosexuell erworbenen Infektionen in Bundesländern mit insgesamt niedrigeren absoluten Fallzahlen einer größeren Schwankungsbreite.

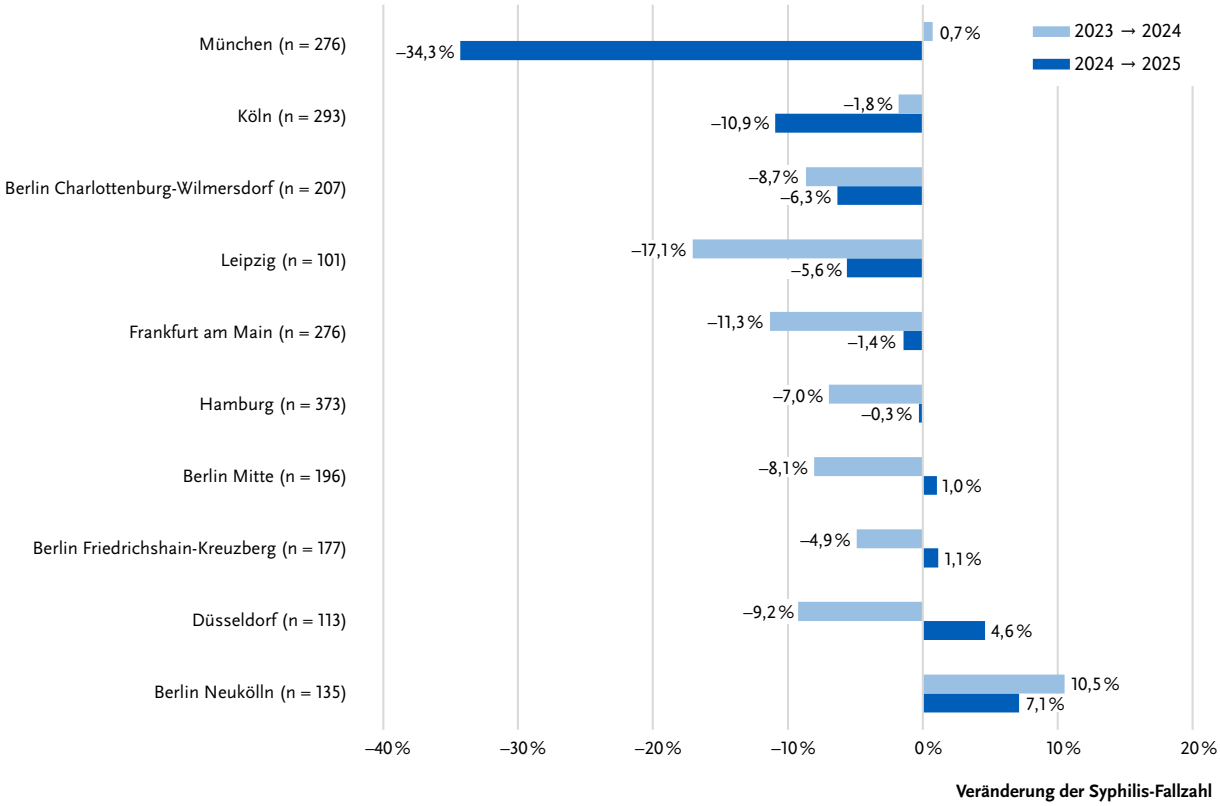


Abb. 6 | Veränderungen der Syphilis-Fallzahlen (in %) bei MSM, verglichen zwischen den Jahren 2023 und 2024 bzw. 2024 und 2025, in Großstädten mit ≥ 500.000 Einwohnern bzw. Berliner Bezirken und > 100 Fällen im Jahr 2025, nach Stadt (n = Anzahl von Fällen bei MSM im Jahr 2025)

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben

Auf Bundesland-Ebene verlief die Dynamik der Syphilis-Fallzahlen bei Frauen bzw. heterosexuellen Männern zumeist mit ähnlicher Dynamik. Bei einer insgesamt ansteigenden Anzahl von Infektionen waren auch für Bundesländer mit vergleichsweise hohen absoluten Fallzahlen zum Teil deutliche Anstiege zu sehen, wie in Hessen, Hamburg und Niedersachsen (s. Tab. 2).

Bei einer höheren geografischen Auflösung und geschlechtsspezifischer Analyse kann es aufgrund der dann geringeren absoluten Fallzahlen auch bei eher kleinen absoluten Veränderungen der Fallzahlen zu deutlichen prozentualen Schwankungen kommen. Betrachtet man zur Glättung daher nur Veränderungen der Fallzahlen über den Verlauf von zwei Jahren (zwischen 2023 und 2025) in Regionen mit einer Fallzahl von mehr als 20 Infektionen bei Frauen im Jahr 2025, waren über diese zwei Jahre hinweg in fünf von acht dieser Regionen Anstiege von über 50 % festzustellen, mit zum Teil stärkeren prozentualen Veränderungen im Vergleich von direkt aufeinanderfolgenden Jahren (s. Tab. 3). Derselbe Vergleich für bei Männern gemeldeten Infektionen ergab Anstiege von über 50 % über die letzten beiden Jahre in neun von 13 Regionen mit mehr als 20 Meldungen bei Männern im Jahr 2025. Sowohl für Frauen als auch für heterosexuelle Männer waren relevante Anstiege insbesondere in den Regionen Hamburg mit den Gebietseinheiten Schleswig-Holstein ohne Großstädte und Weser-Ems ohne Großstädte, Frankfurt am Main mit der Gebietseinheit Darmstadt ohne Großstädte sowie München zu verzeichnen.

Bei 82 männlichen Fällen (7,7 %) mit Angabe eines heterosexuellen Infektionswegs wurden im Jahr 2025 Kontakte zu Sexarbeitenden angegeben. Der Anteil bewegte sich auf dem Niveau der Vorjahre. Für Frauen wurden sieben Fälle (0,8 %) mit Kontakt zu einem Sexarbeiter angegeben. Im gleichen Zeitraum wurde für keinen Fall von heterosexuellen Männern Ausübung von Sexarbeit angegeben. Für Frauen wurde dies bei 81 Fällen angegeben (9,1 %).

Für 60 der 81 Fälle von Sexarbeiterinnen im Jahr 2025 lagen Angaben zum Herkunftsland vor (74,1 %). Die häufigsten Herkunftsländer waren Deutschland (43,1 %), Ungarn (15,4 %), Bulgarien (7,7 %) und Vietnam (6,2 %).

Konnatale Syphilis

Die Zahl der bei Neugeborenen bzw. Kindern diagnostizierten Fälle von konnataler Syphilis lag in den

Tab. 2 | Veränderungen der Syphilis-Fallzahlen (in %) bei Frauen (unabhängig von der Angabe des Infektionswegs) und bei heterosexuellen Männern, verglichen zwischen den Jahren 2023 und 2024 bzw. 2024 und 2025, nach Bundesland

	Frauen			Heterosexuelle Männer		
Bundesland	N_{2025}	2023 → 2024	2024 → 2025	N_{2025}	2023 → 2024	2024 → 2025
Nordrhein-Westfalen	155	–6,4 %	6,2 %	197	–10,2 %	11,3 %
Hessen	105	58,7 %	43,8 %	85	11,3 %	44,1 %
Bayern	96	37,7 %	1,1 %	131	0,9 %	17,0 %
Baden-Württemberg	83	7,8 %	20,3 %	105	26,0 %	14,1 %
Niedersachsen	70	3,4 %	16,7 %	91	0 %	54,2 %
Berlin	69	11,8 %	21,1 %	65	–23,0 %	14,0 %
Hamburg	69	72,7 %	81,6 %	69	66,7 %	38,0 %
Sachsen	50	6,3 %	–2,0 %	65	50,0 %	3,2 %
Rheinland-Pfalz	49	40,0 %	40,0 %	67	38,2 %	42,6 %
Schleswig-Holstein	35	220 %	9,4 %	56	28,6 %	107 %
Sachsen-Anhalt	30	–38,9 %	173 %	38	20,0 %	58,3 %
Brandenburg	18	–58,8 %	157 %	22	–20,8 %	15,8 %
Mecklenburg-Vorpommern	15	–16,7 %	50,0 %	18	100 %	–18,2 %
Saarland	14	66,7 %	40,0 %	9	550 %	–30,8 %
Bremen	13	100 %	8,3 %	10	0 %	42,9 %
Thüringen	11	100 %	10,0 %	27	–28,6 %	80,0 %

N = Syphilis-Fälle bei Frauen (unabhängig von der Angabe des Infektionswegs) bzw. heterosexuellen Männern im Jahr 2025; Zeilen geordnet nach Anzahl der Fälle bei Frauen im Jahr 2025 in absteigender Reihenfolge

Tab. 3 | Veränderungen der Syphilis-Fallzahlen (in %) bei Frauen (unabhängig von der Angabe des Infektionswegs) und bei heterosexuellen Männern, verglichen zwischen den Jahren 2023 und 2025, nach geografischer Region

Region	N_{2025}	2023 → 2025
Frauen		
SK Hamburg	68	209 %
SK Frankfurt am Main	43	169 %
Gebietseinheit Darmstadt ohne Großstädte	29	81,3 %
Gebietseinheit Stuttgart ohne Großstädte	25	0 %
Gebietseinheit Schleswig-Holstein ohne Großstädte	23	229 %
Gebietseinheit Weser-Ems ohne Großstädte	22	22,2 %
SK München	21	10,5 %
Gebietseinheit Sachsen-Anhalt ohne Großstädte	21	90,9 %
Männer		
SK Hamburg	69	130 %
Gebietseinheit Schleswig-Holstein ohne Großstädte	41	128 %
Gebietseinheit Weser-Ems ohne Großstädte	33	154 %
SK München	32	77,8 %
Gebietseinheit Darmstadt ohne Großstädte	32	18,5 %
SK Frankfurt am Main	29	263 %
Gebietseinheit Karlsruhe ohne Großstädte	28	180 %
Gebietseinheit Stuttgart ohne Großstädte	26	36,8 %
Gebietseinheit Koblenz ohne Großstädte	26	100 %
Gebietseinheit Düsseldorf ohne Großstädte	24	20,0 %
Gebietseinheit Lüneburg ohne Großstädte	23	76,9 %
Gebietseinheit Rheinhessen-Pfalz ohne Großstädte	23	91,7 %
SK Köln	21	16,7 %

N = Syphilis-Fälle bei Frauen (unabhängig von der Angabe des Infektionswegs) bzw. heterosexuellen Männern im Jahr 2025; SK = Stadtkreis

Jahren 2001 bis 2024 zwischen ein und acht Fällen pro Jahr. Im Jahr 2025 wurden acht Fälle gemeldet.

Verteilung nach Infektionsland

Für 68,5 % aller Fälle aus dem Jahr 2025 wurden Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsland gemacht (s. Tab. 4). Der weit überwiegende Anteil (93,1 %) aller Infektionen mit entsprechender Angabe wurde in Deutschland erworben. Die am häufigsten genannten weiteren wahrscheinlichen Infektionsländer waren Spanien und Thailand (je 0,8 %). Zwischen den weiteren häufiger gemeldeten Infektionsländern kam es nur in den Jahren 2019 und 2022 zu leichten Veränderungen.

95,0 % aller Syphilis-Diagnosen von MSM mit Angaben zum Infektionsland (n = 4.764; 86,6 % aller Meldungen von MSM) wurden 2025 in Deutschland erworben. Häufigste Infektionsländer

Tab. 4 | Gemeldete Syphilis-Infektionen nach wahrscheinlichem Infektionsland; Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2025 mit entsprechender Angabe (n = 6.647)

Infektionsland*	Anzahl (Anteil)
Deutschland	**6.188 (93,1 %)**
Spanien	56 (0,8 %)
Thailand	52 (0,8 %)
Brasilien	23 (0,3 %)
Ukraine	20 (0,3 %)
Türkei	19 (0,3 %)
Kolumbien	17 (0,3 %)
Rumänien	17 (0,3 %)
Italien	14 (0,2 %)
Polen	14 (0,2 %)
Frankreich	11 (0,2 %)
Griechenland	11 (0,2 %)
Kuba	11 (0,2 %)
Tschechien	11 (0,2 %)

* Nennung von Ländern mit mindestens 10 Fällen;
IfSG: Infektionsschutzgesetz

von MSM außerhalb Deutschlands waren Spanien (0,9 %), Thailand (0,5 %), Brasilien (0,3 %) und Frankreich (0,2 %). Der Anteil der 2025 von Frauen in Deutschland erworbenen Syphilis-Infektionen mit entsprechender Angabe (n = 543; 61,1 %) lag bei 87,9 %, gefolgt von der Ukraine (2,0 %) sowie Bulgarien (0,7 %). Heterosexuelle Männer mit Angabe zum Infektionsland (n = 862; 83,7 %) erwarben die Syphilis-Infektion zu 88,6 % in Deutschland, weitere häufigste Infektionsländer in dieser Gruppe waren Thailand (2,1 %), Spanien und die Türkei (je 0,8 %), Tschechien (0,7 %) sowie Kuba und Polen (je 0,6 %).

93,6 % aller Infektionen von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern mit Angabe zum Infektionsland (n = 94; 73,4 %) wurden 2025 in Deutschland erworben. Demgegenüber gaben 89,0 % aller Personen, die sich mit Syphilis während der Inanspruchnahme von Sexarbeit infizierten (n = 118; 83,7 %), Deutschland als Infektionsland an, weitere 4,2 % Tschechien und 3,4 % Thailand.

Erkrankungsstadium und klinische Merkmale

Auf der Grundlage von Angaben zur klinischen Symptomatik und zum Infektionszeitpunkt wurde das Erkrankungsstadium für die gemeldeten Fälle berechnet. Fälle ohne Angaben zu Syphilis-spezifischen Symptomen wurden dabei abhängig vom berichteten wahrscheinlichen Infektionszeitpunkt dem jeweiligen Latenzstadium zugeordnet (frühlatente Syphilis: bis zu 12 Monate nach wahrscheinlichem Infektionszeitpunkt; spätlatente Syphilis: mehr als 12 Monate nach wahrscheinlichem Infektionszeitpunkt). Diese Kategorien können daher auch Fälle enthalten, bei denen zwar keine klinische Symptomatik gemeldet wurde, eine solche aber unter Umständen trotzdem vorhanden war und diese entweder nicht diagnostiziert oder nicht gemeldet wurde. Damit können die Kategorien der verschiedenen Latenzstadien auch Fälle enthalten, die bei real vorliegender, aber nicht diagnostizierter oder gemeldeter Syphilis-spezifischer Symptomatik dem Primär-, Sekundär- oder Tertiärstadium zuzuordnen wären, so dass die Anteile der letzteren Kategorien unterschätzt sein können.

Im Jahr 2025 handelte es sich bei 26,6 % aller Fälle um ein Primärstadium, bei 14,8 % um ein Sekundärstadium, bei 1,7 % um ein Tertiärstadium und bei 23,8 % um eine Infektion im Stadium der Früh- bei 2,6 % der Spätlatenz sowie bei 28,0 % der Fälle um Diagnosen ohne bekannte Dauer der Latenz, 2,5 % blieben ohne Angabe. Die Anteile der klinischen Stadien blieben dabei in den letzten Jahren annähernd stabil (s. Abb. 7).

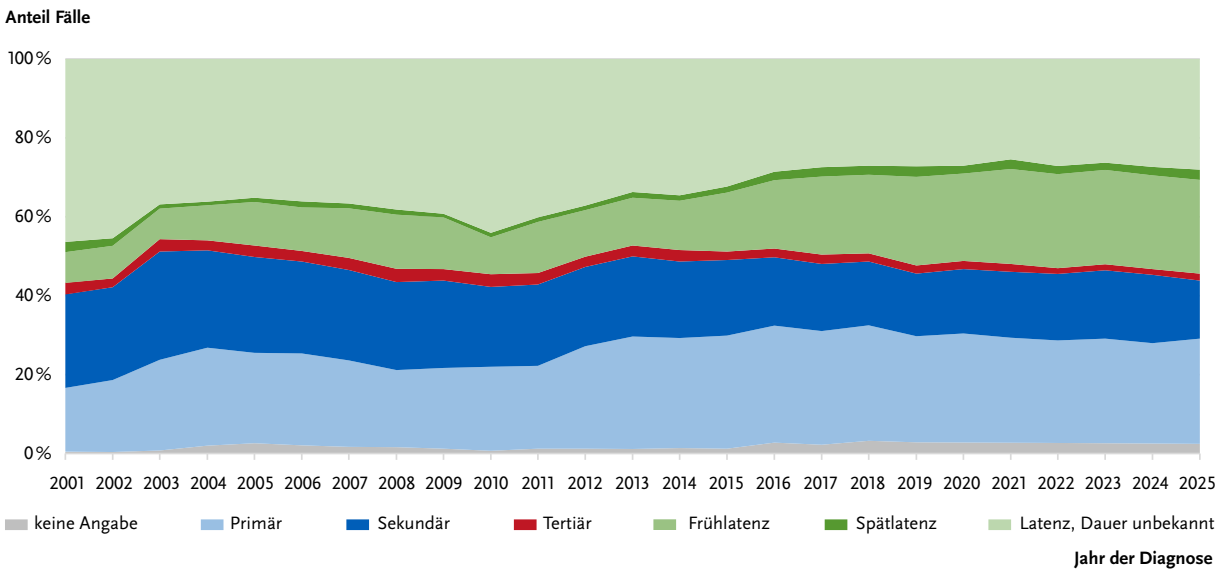


Abb. 7 | Klinisches Stadium der Syphilis-Infektionen zum Zeitpunkt der Diagnose, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2001 – 2025 (n = 145.300)

IfSG = Infektionsschutzgesetz

Für 89,5 % aller Fälle, die 2025 im Primärstadium gemeldet wurden, wurde die Diagnose eines Primäraffekts und dessen Lokalisation berichtet. Für 73,2 % dieser Fälle wurde eine genitale, für 13,7 % eine anale, für 12,2 % eine orale und für 0,9 % eine andere Lokalisation gemeldet.

Bei MSM mit und ohne HIV-Diagnose vergrößerte sich in den letzten Jahren der Anteil der Fälle, die im Stadium der Frühlatenz diagnostiziert wurden, zeitgleich verringerte sich der Anteil der im Primärstadium diagnostizierten Fälle bei MSM mit HIV-Diagnose. Heterosexuelle Männer wurden deutlich häufiger im Primärstadium diagnostiziert. Wie in den Vorjahren wurde auch 2025 bei Frauen ein deutlich geringerer Anteil von im Primär- oder Sekundärstadium diagnostizierten Syphilis-Infektionen als bei heterosexuellen Männern gemeldet, bei Frauen mit einem leichten Anstieg in den letzten Jahren und bei einem höheren Anteil von Meldungen mit einer unbekannten Latenzdauer (s. Abb. 8A–D). Hierbei ist auch zu beachten, dass bei Frauen für einen wesentlich geringeren Anteil der Fälle generell Angaben zum Infektionsstadium vorlagen, so dass die Verteilung der Infektionsstadien bei Frauen mit größeren Unsicherheiten behaftet ist.

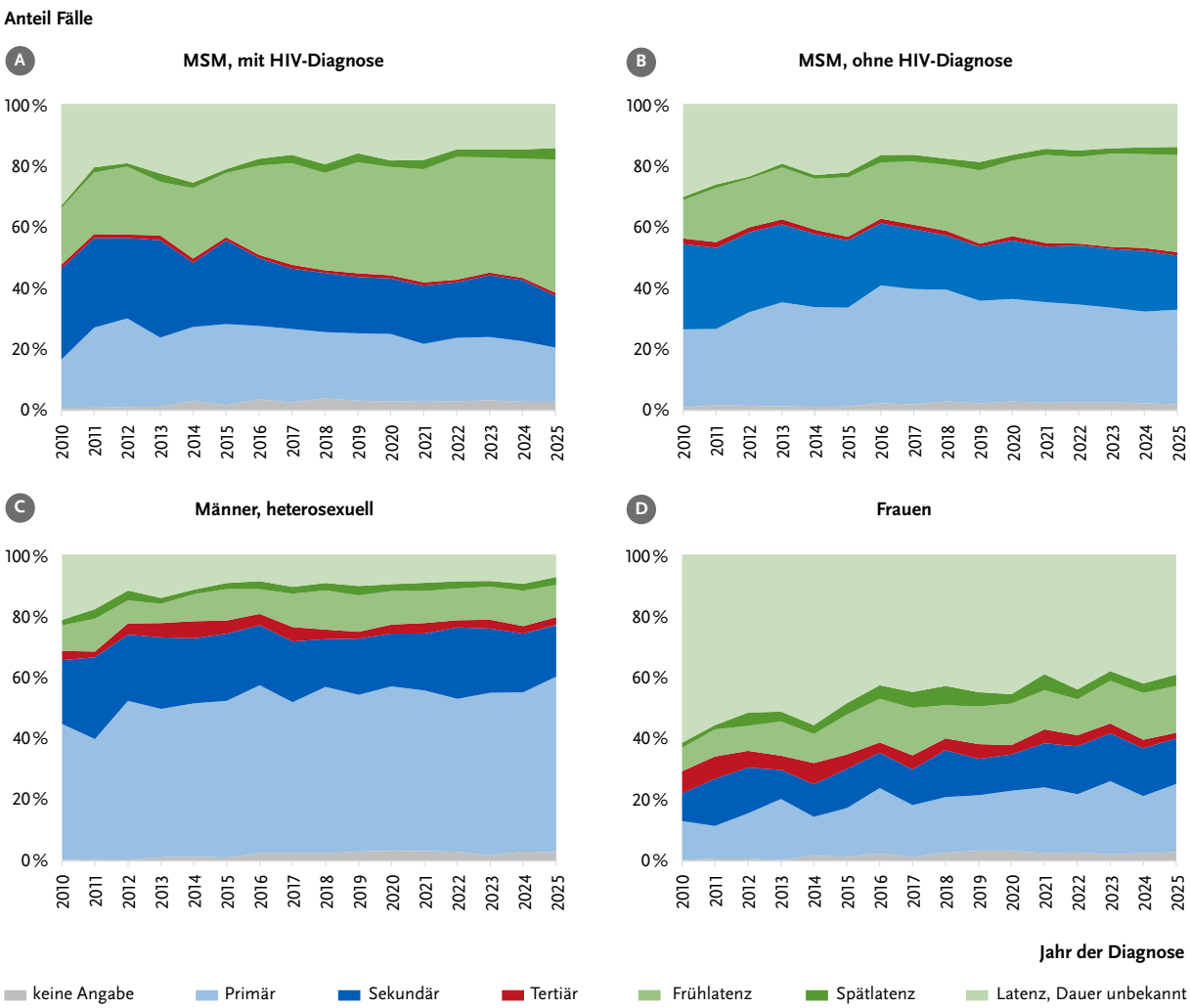


Abb. 8A–D | Klinisches Stadium einer Syphilis-Infektion zum Zeitpunkt der Diagnose nach Transmissionsweg und Geschlecht, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2010–2025 ($n_{MSM/HIV+}$ = 22.685; $n_{MSM/HIV-}$ = 47.835; $n_{Männer,\ heterosexuell}$ = 9.860; n_{Frauen} = 7.755; Frauen insgesamt, auch ohne Angabe zum Infektionsweg)

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; HIV = Humanes Immundefizienz-Virus; IfSG = Infektionsschutzgesetz

Für 62,0 % der Meldungen aus dem Jahr 2025 konnte anhand entsprechender Angaben die Dauer zwischen dem wahrscheinlichen Infektionszeitpunkt und dem Diagnosedatum berechnet werden, wobei dieser Anteil bei MSM (77,8 %) und heterosexuellen Männern (77,9 %) deutlich höher lag als bei Frauen (48,3 %).

Im Jahr 2025 wurden bei MSM mit HIV-Koinfektion 73,1 % aller Syphilis-Diagnosen mit entsprechender Angabe bereits in den ersten zwei Monaten nach dem wahrscheinlichen Infektionszeitpunkt gestellt (s. Abb. 9A). Bei MSM ohne Angabe einer HIV-Koinfektion war dieser Anteil mit 72,3 % ähnlich hoch (s. Abb. 9B). Bei heterosexuellen Männern (61,4 %, s. Abb. 9C) und insbesondere bei Frauen (45,0 %, s. Abb. 9D) wurden Syphilis-Infektionen seltener in diesem frühen Zeitraum diagnostiziert. Für alle Personengruppen kam es in den letzten Jahren zu keinen größeren Schwankungen beim Anteil früh gestellter Diagnosen. Der Anteil der Diagnosen, die erst nach über einem Jahr gestellt wurden, lag für MSM mit HIV-Diagnose bei 6,2 %, bei MSM ohne HIV-Diagnose bei 5,5 % und war demgegenüber bei heterosexuellen Männern mit 9,4 % und bei Frauen mit 11,7 % deutlich erhöht.

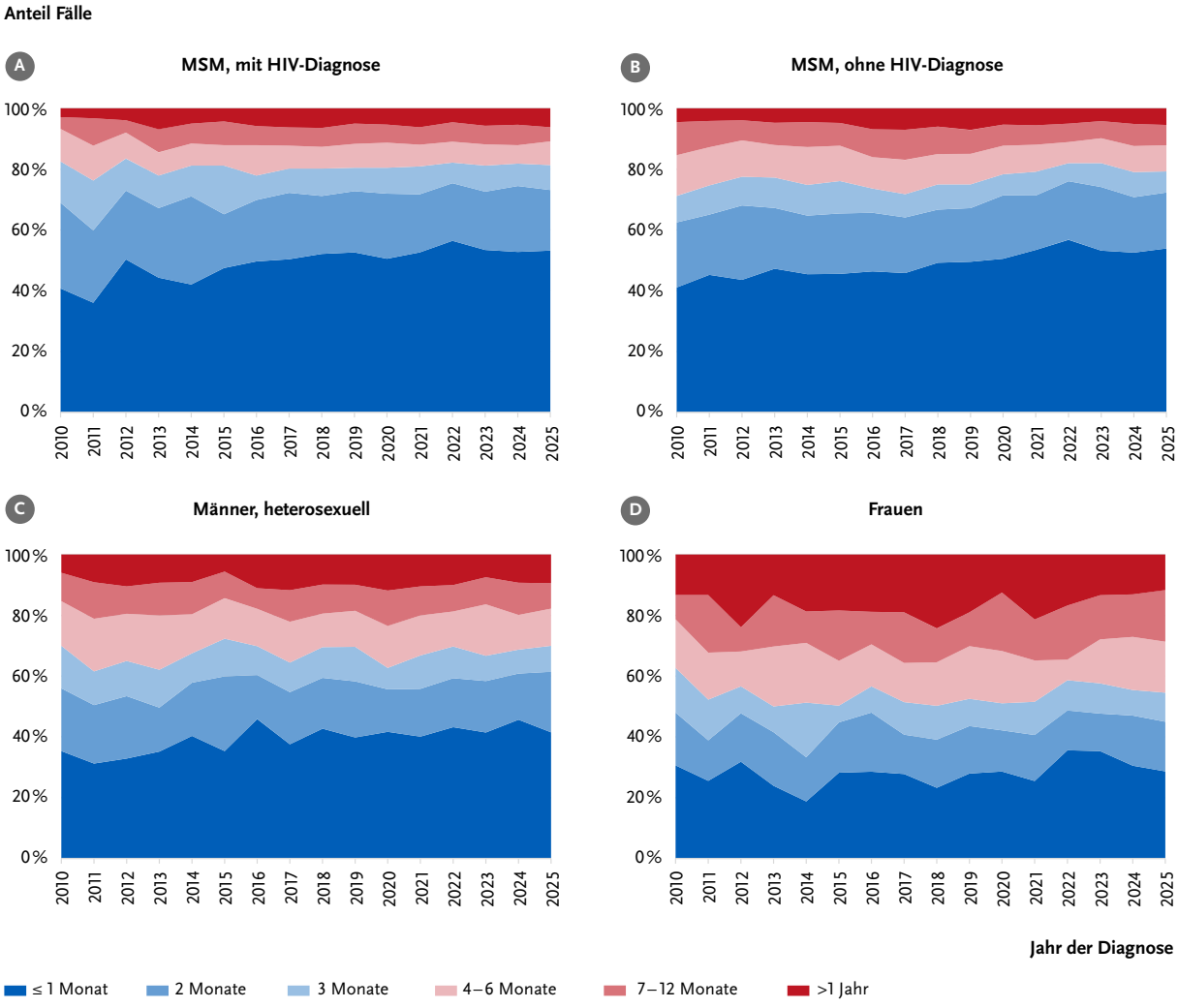


Abb. 9A–D | Dauer zwischen wahrscheinlichem Infektionszeitpunkt und Diagnosedatum nach Transmissionsweg und Geschlecht, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2010–2025 ($n_{MSM/HIV+}$ = 16.316; $n_{MSM/HIV-}$ = 31.541; $n_{Männer,\ heterosexuell}$ = 6.917; n_{Frauen} = 3.088; Frauen insgesamt, auch ohne Angabe zum Infektionsweg)

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; HIV = Humanes Immundefizienz-Virus; IfSG = Infektionsschutzgesetz

Für 68,0 % aller Meldungen lagen im Jahr 2025 Angaben der behandelnden Einrichtungen zum wahrscheinlichen Infektionsstatus vor. Der Anteil der Fälle mit entsprechenden Angaben lag für MSM (85,2 %) ähnlich hoch wie für heterosexuelle Männer (82,8 %), für Frauen aber deutlich darunter (53,5 %). Bei 59,5 % der Meldungen aller Fälle mit entsprechender Angabe gingen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von einer Erstinfektion aus, bei 34,3 % von einer Reinfektion. Diese Anteile bewegten sich jeweils auf dem Niveau der Vorjahre.

Für MSM mit HIV-Diagnose betrug der Anteil der Reinfektionen im Jahr 2025 69,0 % aller Fälle mit entsprechender Angabe und der Anteil der Erstinfektionen 25,1 %. Damit lagen diese Anteile ebenfalls auf dem Niveau der Vorjahre, nach einem deutlichen Anstieg des Anteils der Reinfektionen in den Jahren 2013 bis 2015 (s. Abb. 10A). Bei MSM ohne HIV-Diagnose überwog der Anteil von Erstinfektionen mit 62,0 % im Jahr 2025 wie in den Vorjahren deutlich (s. Abb. 10B). Sowohl bei heterosexuellen Männern als auch bei Frauen überwog der Anteil von Erstinfektionen im Jahr 2025 deutlich (91,1 % bzw. 87,8 %, s. Abb. 10C und 10D), mit einer jeweils sehr ähnlichen Verteilung in den Vorjahren. Auch für diese Variable ist die Aussagekraft bei weiblichen Fällen aufgrund des deutlich höheren

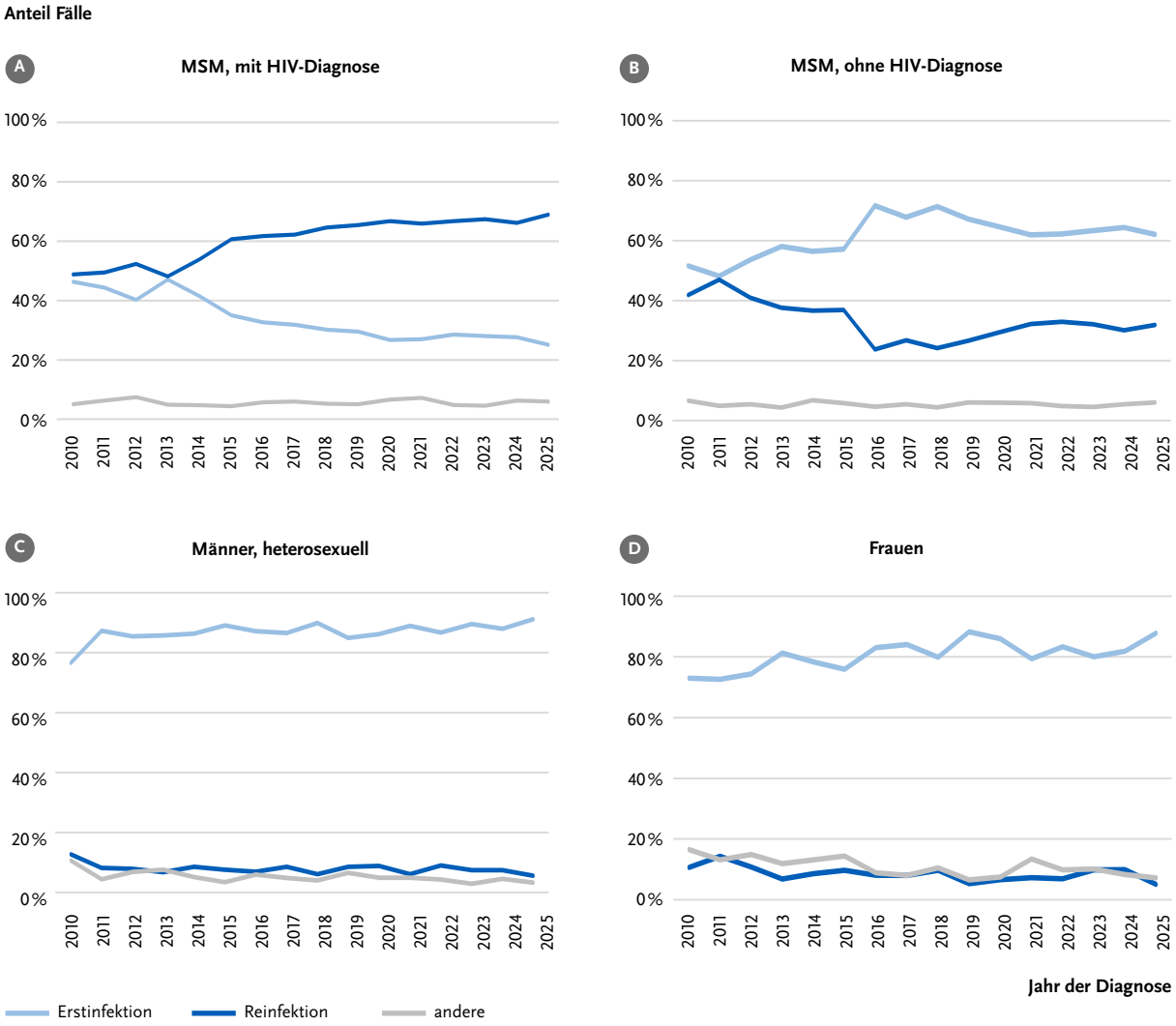


Abb. 10A–D | Infektionsstatus bei MSM mit und ohne HIV-Diagnose, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2010–2025 ($n_{MSM/HIV+}$ = 20.000; $n_{MSM/HIV-}$ = 36.613; $n_{Männer, heterosexuell}$ = 7.540; n_{Frauen} = 3.874; nur Meldungen mit Angabe zum Infektionsweg und zum Infektionsstatus; Frauen insgesamt, auch ohne Angabe zum Infektionsweg)

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; HIV = Humanes Immundefizienz-Virus; IfSG = Infektionsschutzgesetz

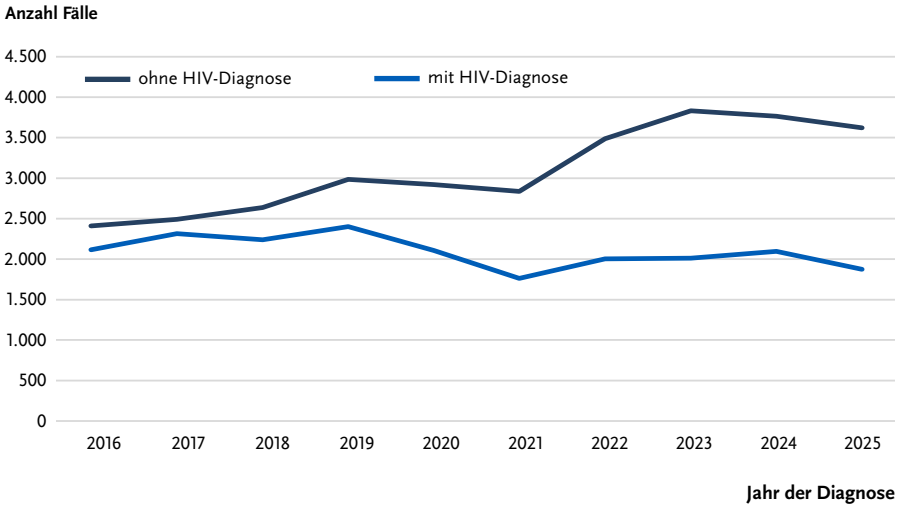


Abb. 11 | Syphilis-Diagnosen bei MSM mit und ohne HIV-Koinfektionen, Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2016–2025 (n = 51.912; Einführung der Variable zur HIV-Koinfektion im Jahr 2016)

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; HIV = Humanes Immundefizienz-Virus; IfSG = Infektionsschutzgesetz

Anteils von Fällen ohne entsprechende Angabe eingeschränkt.

Seit dem Jahr 2016 werden systematisch Daten zu Koinfektionen mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) im Rahmen der Syphilis-Meldung erhoben. Insgesamt wurde bei 30,4 % aller Fälle aus dem Jahr 2025 mindestens eine Koinfektion angegeben. Dieser Anteil lag bei Fällen mit wahrscheinlichem Infektionsweg MSM mit 46,8 % deutlich höher als für Männer mit Angabe eines heterosexuellen Übertragungsweges (12,8 %) und bei Frauen (10,6 %).

Eine HIV-Koinfektion wurde bei MSM deutlich häufiger angegeben (34,1 %) als bei heterosexuellen Männern (6,3 %) oder Frauen (2,3 %). Die absolute Anzahl der Syphilis-Fälle bei MSM ohne HIV-Koinfektion stieg zwischen 2018 und 2023 deutlich an und fiel ab 2024 leicht ab (s. Abb. 11). Zeitgleich fiel die Anzahl der Fälle bei MSM mit HIV-Koinfektion und damit auch deren Anteil der Fälle bei MSM zwischen 2019 und 2021 ab und verblieb in der Folge auf etwa diesem Niveau und fiel 2025 ebenfalls ab.

Der Anteil der Meldungen mit Angabe einer STI-Koinfektion außer HIV unterschied sich deutlich nach Erreger und Personengruppe. Im Jahr 2025 wurde für 11,5 % der Meldungen von MSM mit HIV-Diagnose eine STI außer HIV berichtet, für weitere 2,9 % zwei STI. Bei MSM ohne HIV-Diagnose wurden etwas häufiger Koinfektionen gemeldet: für 15,2 % eine weitere STI, für weitere 4,0 % zwei STI. Bei heterosexuellen Männern wiesen 6,3 % der Fälle eine STI außer HIV auf, weitere 0,9 % zwei STI. Bei Frauen betrug der Anteil für eine STI außer HIV 7,1 % und weitere 1,6 % für zwei STI.

Bei MSM mit HIV-Diagnose kam es etwa in den Jahren 2016 bis 2019 zu einem deutlichen Rückgang von Koinfektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV). Koinfektionen mit Chlamydien und Gonokokken stiegen zunächst an, solche mit Gonokokken verliefen danach auf gleichbleibendem Niveau, während Koinfektionen mit Chlamydien danach in dieser Gruppe wieder abnahmen (s. Abb. 12A). Bei MSM ohne HIV-Diagnose stieg der Anteil von Koinfektionen mit Chlamydien und Gonokokken zwischen 2016 und 2023 deutlich an, nach einem kurzen Rückgang setzte sich der Anstieg weiter fort, bei gleichzeitig kontinuierlich geringen Anteilen von Koinfektionen mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) und HCV (s. Abb. 12B). Bei heterosexuellen Männern bewegten sich die Anteile von Koinfektionen mit HBV und HCV auch kontinuierlich auf niedrigem Niveau, seit 2021 kam es zu einem leichten Anstieg von Koinfektionen mit Chlamydien und Gonokokken (s. Abb. 12C). Bei Frauen wurde ein höherer



Abb. 12A–D | Anteil von Syphilis-Meldungen mit Angabe von Koinfektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern, 2016–2025 ($n_{MSM/HIV+}$ = 20.932; $n_{MSM/HIV-}$ = 30.980; $n_{hetero\text{-}männlich}$ = 7.071; $n_{weiblich}$ = 5.405; Frauen insgesamt, auch ohne Angabe zum Infektionsweg)

Cave = unterschiedliche Skalierung der y-Achse bei MSM sowie heterosexuellen Männern und Frauen; MSM = Männer, die Sex mit Männern haben; HIV = Humanes Immundefizienz-Virus; IfSG = Infektionsschutzgesetz

Anteil von Koinfektionen mit Chlamydien und HCV gemeldet, in den letzten Jahren wurden zudem mehr Koinfektionen mit Gonokokken berichtet, aufgrund der geringeren absoluten Fallzahlen von Koinfektionen (z. B. Chlamydien: 7–42 Fälle/Jahr; HBV: 2–10 Fälle/Jahr) pro Jahr sind die Verläufe auch hier schwankungsanfälliger (s. Abb. 12D).

Seit dem Jahr 2024 stehen zusätzlich Daten zur Einnahme einer Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gegen eine HIV-Infektion (HIV-PrEP) zum wahrscheinlichen Zeitpunkt der Syphilis-Infektion zur Verfügung. Bei etwa der Hälfte der Meldungen von Personen ohne HIV-Koinfektion aus dem Jahr 2025 (48,3 %) wurde der PrEP-Gebrauch als „unbekannt" angegeben. Bei MSM lagen Angaben zum PrEP-Gebrauch häufiger vor (70,1 %) als bei heterosexuellen Männern (62,0 %) und Frauen (48,4 %).

Bei 38,6 % aller Meldungen von Personen ohne HIV-Infektion mit Angaben zum PrEP-Gebrauch im Jahr 2025 wurde ein PrEP-Gebrauch berichtet. Dabei war dieser Anteil bei MSM mit 57,5 % sehr viel höher als bei heterosexuellen Männern mit 1,6 % und Frauen mit 4,3 %. Für 14,9 % der PrEP-Gebrauchenden wurde eine Koinfektion mit Chlamydien gemeldet, für 17,7 % mit Gonokokken sowie für 0,3 % bzw. 0,5 % eine Koinfektion mit HBV bzw. HCV.

Datenqualität

Die nichtnamentlichen Syphilis-Meldungen werden mit Hilfe eines elektronischen Algorithmus geprüft. Meldungen, die sich wahrscheinlich auf den gleichen Fall beziehen, werden automatisiert zu einem Fall zusammengeführt. Die Regeln des Algorithmus beruhen unter anderem auf den S2k-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Syphilis.

Im Jahr 2025 ging eine Gesamtzahl von 12.179 Meldungen ein, inklusive der Meldungen, die nicht den Fallkriterien entsprachen und die daher nicht in die Analyse der Meldedaten eingingen. Der Anteil der Doppelmeldungen betrug damit 20,4 % und lag auf dem gleichen Niveau wie in den Vorjahren.

Trotz der Prüfung der Meldungen auf potenzielle Dubletten kann es vor allem in Großstädten vorkommen, dass die Zusammenschau aller epidemiologischen und klinischen Meldedaten keine ausreichenden Differenzierungsmöglichkeiten bietet, um potenzielle Mehrfachmeldungen von Erstmeldungen zu unterscheiden. Dies gilt insbesondere, da Untersuchungen derselben Person bei verschiedenen Ärztinnen und Ärzten sowie Laboren durchgeführt worden sein könnten oder sich der Wohnsitz der Betroffenen geändert haben könnte.

Einschätzung der epidemiologischen Entwicklung

Der Anstieg gemeldeter Syphilis-Infektionen in Deutschland setzte sich im Jahr 2025 weiter fort, im Vergleich zu den Vorjahren allerdings mit einer erneuten Abschwächung auf nur noch 1,8 %. Auffällig sind dabei divergente Entwicklungen im Hinblick auf den wahrscheinlichen Transmissionsweg. Während die Anzahl gemeldeter Infektionen von MSM deutschlandweit zum ersten Mal (mit Ausnahme der COVID-19-Pandemie) seit langer Zeit abfiel, stieg die Anzahl von Meldungen mit wahrscheinlich heterosexuellem Transmissionsweg weiter deutlich an.

Nach wie vor handelt es sich um ein epidemiologisches Geschehen, das sich vorwiegend in Ballungsräumen in Deutschland konzentriert, aber auch ländlichere Gebiete weisen relevante Inzidenzen auf.

Infektionen bei MSM

Für Syphilis-Infektionen bei MSM in Deutschland als Hauptbetroffenengruppe ist eine neue Entwicklung festzustellen. Mit Ausnahme der COVID-19-Pandemie stiegen die gemeldeten Fallzahlen bei MSM seit dem Jahr 2010 stark um 177 % an. Im Jahr 2024 fielen die Fallzahlen bei MSM in einigen Bundesländern mit höherer absoluter Fallzahl (vorwiegend Berlin, Hamburg, Hessen und Niedersachsen) bereits ab, gleichzeitig stiegen sie in anderen Bundesländern weiter an, woraus deutschlandweit zum ersten Mal seit 2010 eine Stagnation der Fallzahlen bei MSM resultierte. Im Jahr 2025 war ein Rückgang der Fallzahlen bei MSM in einer Reihe weiterer Bundesländer zu verzeichnen, bei gleichzeitiger Stagnation der Meldungen in Berlin, Hamburg und Hessen. Dies bedingte den ersten bundesweiten Rückgang von Syphilis-Fällen bei MSM seit dem Jahr 2009 in einer relevanten Größenordnung von 6 %. Gleichzeitig kam es 2025 in einigen Bundesländern auch zu Anstiegen, dies betraf mit Ausnahme Niedersachsens aber Bundesländer mit kleineren absoluten Fallzahlen und beeinflusste die deutschlandweite Dynamik aufgrund der eher in Ballungsräumen konzentrierten Syphilis-Epidemie weniger stark.

Auch bei größerer geografischer Auflösung war dieser Effekt gut zu erkennen: In einer Reihe von Großstädten mit hoher absoluter Fallzahl setzte der Rückgang bereits im Jahr 2024 ein, so in einigen Berliner Innenstadtbezirken, Düsseldorf, Frankfurt am Main, Hamburg und Leipzig, zumeist gefolgt von keinem weiteren Rückgang oder einem leichten Anstieg im Jahr 2025. In Köln und insbesondere in München setzte der Rückgang darauffolgend im Jahr 2025 ein, nachdem es im Vorjahr bereits zu einer Stagnation gekommen war.

Für den vorausgegangenen Anstieg von Syphilis-Infektionen bei MSM ist ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren wahrscheinlich, wie eine Änderung im Sexualverhalten, die Einführung von Dating-Apps und -Websites, der Gebrauch von sogenannten Partydrogen im sexuellen Kontext und erweiterte Screening-Angebote etwa im Rahmen der HIV-PrEP.[1–3] Der im Verlauf dieser Jahre beobachtete Anstieg von im symptomfreien frühen Latenzstadium diagnostizierten Infektionen bei

MSM ist ein guter Beleg für die Effektivität der Screeningangebote. Gleiches gilt für den steigenden und hohen Anteil von wenige Monate nach dem wahrscheinlichen Infektionszeitpunkt detektierten Syphilis-Fällen. Auch die hohe Anzahl von Infektionen, die bei MSM ohne HIV-Diagnose und mit Angabe eines HIV-PrEP-Gebrauchs gemeldet wurden, weist darauf hin.

Für den seit dem Jahr 2024 einsetzenden Rückgang der Syphilis-Infektionen bei MSM ist eine vermehrte Nutzung der sogenannten Doxycyclin-Postexpositionsprophylaxe (Doxy-PEP) wahrscheinlich der wesentliche Einflussfaktor. Dabei handelt es sich um den prophylaktischen Einsatz von Doxycyclin zur Vermeidung von Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* und Syphilis nach Risikokontakten, ohne gesicherte Syphilis-Diagnose. Hierfür wird nach einer potenziellen Exposition gegenüber den Erregern *C. trachomatis* oder *Treponema pallidum*[a)] präventiv Doxycyclin (200 mg Doxycyclin innerhalb von 72 Stunden nach relevanten Risikokontakten) eingesetzt, um eine Infektion durch diese Erreger nach einem Risikokontakt zu vermeiden.[b)] Darüber hinaus wird eine prophylaktische Gabe von Doxycyclin bereits vor relevanten Risikokontakten als Präexpositionsprophylaxe (Doxy-PrEP; 100 mg vor relevantem Risikokontakt) diskutiert. Im Rahmen von randomisierten klinischen Studien wurde für MSM und trans* Frauen ein individueller Nutzen im Sinne einer deutlichen Reduktion des Infektionsrisikos mit *C. trachomatis* und *T. pallidum* gezeigt.[4–8] Vor dem Hintergrund möglicher erheblicher negativer Auswirkungen auf individueller und auf Populationsebene wie einer verstärkten Resistenzentwicklung[9] bei verschiedenen sexuell übertragbaren, aber auch anderen Erregern oder auch schädlicher Auswirkungen auf das Mikrobiom wird ein solcher prophylaktischer Einsatz von Doxycyclin von der Fachöffentlichkeit intensiv und kontrovers diskutiert.[10,11]

Befragungen von auf die Behandlung von STI spezialisierten Ärztinnen und Ärzten in Deutschland zeigen eine steigende Aufgeschlossenheit gegenüber der Verschreibung von Doxy-PEP insbesondere in abgewogenen Einzelfällen.[12] Neben der Verschreibung in spezialisierten Praxen der STI-Versorgung ist Doxycyclin auch über weitere, darunter internetbasierte Anbieter erhältlich. Da das Antibiotikum kostengünstig ist und häufig bei anderen Infektionen eingesetzt wird, ist zudem von einer informellen Nutzung in Eigenregie auszugehen. Studiendaten aus Deutschland zeigten bei MSM, die ein Risiko für den Erwerb einer STI aufweisen, ein grundsätzlich hohes Interesse an der Möglichkeit der Doxy-PEP, aber für einen eher geringeren Anteil einen bereits erfolgten Gebrauch, insbesondere aufgrund einer befürchteten Antibiotikaresistenz.[13,14]

Die Entwicklung der Fallzahlen legt nahe, dass ein relevanter Einsatz der Doxy-PEP in Deutschland zunächst in einigen größeren Ballungsräumen bereits im Jahr 2024 einsetzte und sich in der Folge verbreiterte. Diese Ballungsräume verfügen über eine größere Zahl von auf STI spezialisierten infektiologischen Schwerpunktpraxen, in denen den Studiendaten zufolge[12] eine unterschiedliche Praxis der Verordnung von Doxy-PEP anzunehmen ist, von keinerlei bis hin zu häufigerer Nutzung. Zugleich leben in diesen Ballungsräumen größere MSM-Communities, so dass auch eine nur in einer Reihe von Praxen umgesetzte Doxy-PEP-Nutzung einen relevanten Einfluss auf die Entwicklung der Syphilis-Inzidenz in diesen Städten verursachen kann. Ob die Stagnation dieser Entwicklung in Städten, die bereits im Jahr 2024 einen relevanten Rückgang von Meldungen zu verzeichnen hatten, darauf zurückzuführen ist, dass hier keine weitere Ausbreitung der Doxy-PEP-Nutzung stattfindet, und hier eher ein Sättigungseffekt zu beobachten ist, oder ob sich die epidemiologische Dynamik anderweitig entwickelt, muss im Verlauf der nächsten Jahre weiter beobachtet werden.

Ein unter Umständen ebenfalls relevanter diagnostischer Effekt der Doxy-PEP kann die verzögerte Ausbildung von für die Syphilis-Diagnostik relevanten (insbesondere nicht-treponemalen) Antikörper-

a) In einigen Ländern wie den USA wird die antibiotische STI-Prophylaxe auch zur Senkung der Inzidenz von *Neisseria (N.) gonorrhoeae* (dem Erreger der Gonorrhö) diskutiert und umgesetzt. In Europa und anderen Weltregionen ist dies aufgrund der hier bereits stark ausgeprägten Resistenzen von *N. gonorrhoeae* gegenüber Tetracyclinen nicht zielführend umsetzbar (in Deutschland 2025: Resistenzanteil von 98,1 %; Quelle: Go-Surv-AMR, RKI).

b) Für eine detaillierte Darstellung der diskutierten antibiotischen Regime sowie der Diskussion um mögliche Vor- und Nachteile dieses Instruments s. [6].

antworten im Rahmen einer Syphilis-Infektion durch die Einnahme von Doxycyclin sein.[15] Dies kann dazu führen, dass gerade in frühen Phasen der Infektion die für die Erfüllung der Falldefinition notwendigen Anstiege relevanter Antikörper in einem bestimmten Zeitraum nicht diagnostiziert werden. Solche immunologisch verzögert ablaufenden Syphilis-Infektionen würden dann nicht befundet, therapiert und gemeldet. Damit käme es sowohl zu einer Untererfassung von Syphilis-Infektionen und einer Unterschätzung der epidemiologischen Dynamik als auch zu mehr unbehandelten Personen, die diese Infektion weiter übertragen können.

Nach einem kurzen Rückgang im Jahr 2024 stieg der Anteil von Syphilis-Meldungen mit Angabe einer Koinfektion mit Chlamydien oder Gonokokken bei MSM ohne HIV-Diagnose im Jahr 2025 erneut an. Auch hier handelt es sich wahrscheinlich um einen Mischeffekt sowohl aus einer tatsächlich ansteigenden Inzidenz, z. B. aufgrund eines PrEP-bedingten Kondomverzichts, als auch dem häufigeren Screening auf diese STI im Rahmen der PrEP-Versorgung. Der Rückgang im Jahr 2024 korrespondierte mit einer Verringerung der empfohlenen Screeningfrequenz für Chlamydien und Gonokokken in der Leitlinie zur HIV-PrEP.[3] Ob es sich bei dem erneuten Anstieg im Jahr 2025 um einen realen Anstieg in dieser Gruppe handelt oder ob ein Screening auf diese Erreger im Rahmen der HIV-PrEP-Versorgung doch wieder häufiger umgesetzt wurde, kann aus den Syphilis-Meldedaten nicht abgeleitet werden. Ob der Anstieg von Koinfektionen mit Gonokokken bei MSM mit HIV-Diagnose weiter anhält, muss über die nächsten Jahre weiter beobachtet werden. Koinfektionen mit HCV waren bei MSM mit HIV-Diagnose aufgrund des teilweise ähnlichen Übertragungswegs in früheren Jahren häufiger. Der zwischen 2016 und 2020 festzustellende merkliche Rückgang in dieser Gruppe ist wahrscheinlich auf den vermehrten Einsatz seitdem verfügbarer, hocheffektiver Therapeutika gegen HCV zurückzuführen.

Die Ausübung oder die Inanspruchnahme von Sexarbeit war bei MSM wie in den Vorjahren laut den Meldedaten von untergeordneter Bedeutung.

Auch in der Europäischen Union stieg die Zahl der Syphilis-Meldungen bei MSM in den letzten Jahren bis zum Jahr 2023 kontinuierlich an, hier kam es bereits im Jahr 2024 zu einem ersten leichten Rückgang der Meldungen bei MSM.[16]

Heterosexuell erworbene Infektionen

Gemeldete Syphilis-Infektionen, die wahrscheinlich auf heterosexuellem Weg erworben wurden, nahmen im Verlauf der letzten drei Jahre deutlich zu, bei Frauen um 89 %, bei Männern um 66 %. Auch wenn die absolute Anzahl von Fällen hier deutlich niedriger liegt als bei MSM, ist dieser Anstieg bemerkenswert. Während einzelne Regionen wie Hamburg und Frankfurt am Main mit deren jeweiligem Umland sowie München vergleichsweise hohe Anstiege zeigten, betrifft diese Entwicklung zahlreiche Regionen. Die Analyse konkreter Einflussfaktoren wird allerdings durch die insgesamt niedrigere Fallzahl erschwert, aufgrund derer jährliche prozentuale Veränderungen oftmals deutlich schwanken.

Für den insgesamt ansteigenden Trend wahrscheinlich heterosexuell übertragener Infektionen sind verschiedene Gründe denkbar, wie eine erhöhte Testaktivität infolge regionaler Präventionskampagnen für heterosexuelle Personen mit einem erhöhten Risiko für einen STI-Erwerb, der regionale Ausbau spezifischer und niedrigschwelliger Beratungs- und Testangebote etwa im sexpositiven heterosexuellen Bereich, aber auch eine vermehrte Übertragung von Syphilis-Infektionen durch verändertes Sexualverhalten und einen leichten Anstieg der Syphilis-Prävalenz in sexuellen Netzwerken mit heterosexuellem Bezug. Das Ausmaß und das Zusammenspiel dieser möglichen Faktoren lassen sich anhand der Meldedaten nicht genauer bestimmen. Auffällige Abweichungen oder zeitliche Veränderungen in Bezug auf die Altersverteilung, das Herkunfts- oder Infektionsland sowie in Bezug auf die Ausübung oder Inanspruchnahme von Sexarbeit ergeben sich aus den Meldedaten nicht. Der hohe Anteil von Infektionen bei heterosexuellen Männern mit Angabe einer klinischen Symptomatik spricht hier eher für eine Testindikation aufgrund konkreter Symptome. Ob der deutlich höhere Anteil von im symptomfreien Latenzstadium bei Frauen diagnostizierten Infektionen eher auf ein vermehrtes Screening (also

eine Testung ohne vorliegende Symptomatik) oder auf in dieser Hinsicht unvollständige Meldungen zurückzuführen ist, ist nicht genauer bestimmbar.

Eine erhöhte Syphilis-Inzidenz insbesondere bei Frauen im gebärfähigen Alter ist auch im Zusammenhang mit der Prävention von konnatal erworbenen Syphilis-Fällen von hoher Relevanz (s. S. 21).

Bei heterosexuellen Männern wurde wie in den Vorjahren häufiger eine HIV-Koinfektion berichtet als bei Frauen. Dabei kann es sich um Männer handeln, die eine HIV-Diagnose erhalten haben, in diesem Kontext entsprechend der Leitlinien auch auf andere STI getestet wurden und hierbei die Syphilis-Diagnose gestellt wurde. Weiterhin ist es möglich, dass es sich teilweise um Männer handelt, die etwa aufgrund von Angst vor Stigmatisierung keine Angabe zu sexuellen Kontakten zu anderen Männern machten und eigentlich der Gruppe der MSM zuzurechnen wären.

Mit einem Anteil von 8 % der Infektionen bei heterosexuellen Männern war die Inanspruchnahme von Sexarbeit nicht sehr häufig, aber durchaus ein relevanter Übertragungskontext. Bei Frauen war die Inanspruchnahme von Sexarbeit nicht von Bedeutung, deren Ausübung mit einem Anteil von etwa 9 % trotzdem relevant für die Präventionsarbeit im Kontext von Sexarbeit. Der Anstieg der Meldungen bei Frauen ließ sich anhand der übermittelten Angaben überwiegend nicht auf Sexarbeit zurückführen. Es ist möglich, dass es in Bezug auf Sexarbeit aus Stigmatisierungsgründen zu einer Untererfassung von Fällen kommt, deren Ausmaß aber nicht valide abzuschätzen ist.

Ein relevanter Anstieg von Syphilis-Fällen bei Frauen und heterosexuellen Männern seit 2021 war auch europaweit festzustellen, aber auch hier auf deutlich niedrigerem Niveau als bei MSM.[16]

Konnatale Syphilis

2025 wurden in Deutschland wie im Vorjahr acht Fälle konnataler Syphilis diagnostiziert, sie waren damit wie auch durchgehend seit Einführung des IfSG im Jahr 2001 selten. Auch europaweit waren konnatale Syphilis-Fälle mit 140 Meldungen eher selten, stiegen aber im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr um 79 % an.[17] Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat diesen deutlichen Anstieg näher untersucht und setzt ihn in einen Zusammenhang mit den europaweit steigenden Syphilis-Fällen bei heterosexuellen Frauen. Das ECDC fordert verstärkte Bemühungen für niedrigschwellige Screeningangebote für Frauen generell, aber insbesondere im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, um auch Personen mit schlechter Anbindung an das Gesundheitssystem effektiv zu erreichen.[18]

Public Health-Maßnahmen

Aufgrund des neuen Höchststands von Infektionen in Deutschland, der unbehandelt schweren klinischen Folgen einer Infektion und der Möglichkeit der konnatalen Infektion mit häufig sehr schweren Schäden bis hin zum Tod hat die Syphilis eine hohe Public-Health-Bedeutung für Deutschland. Wenn eine Syphilis-Infektion diagnostiziert wird, lässt sich diese grundsätzlich einfach antibiotisch behandeln, womit die ansonsten erheblichen klinischen Folgen vermieden werden können. Ausreichenden, akzeptierenden und möglichst niedrigschwelligen Angeboten zur Prävention, Beratung, möglichst frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der Syphilis für Personengruppen mit einem Risiko für den Erwerb einer Syphilis-Infektion kommt damit ein hoher Wert zu. Auch geeignete Hilfestellungen für eine effektive und wo nötig anonyme Partnerbenachrichtigung tragen zur Vermeidung weiterer Infektionen bei.

Die weiter ansteigenden Fallzahlen von im heterosexuellen Kontext erworbenen Infektionen zeigen, dass auch gut informierte Angebote zur Aufklärung, Testung und Behandlung auch in der breiteren medizinischen Versorgung wie z. B. in der Gynäkologie, der Urologie aber auch der Allgemeinmedizin wertvoll sein können. Bei Vorliegen einer Syphilis sollte auch ein Test auf weitere STI angeboten werden, inklusive eines HIV-Tests.[19]

Gerade für eine niedrigschwellige Testung in eher ländlichen Gebieten mit ggf. eingeschränkterem Angebot an einer spezialisierten Versorgung können neue diagnostische Möglichkeiten eine gute Ergänzung des bestehenden Angebots sein wie etwa das *Home Sampling* oder *Home Testing*. Hierbei han-

delt es sich um Tests, für die entweder zu Hause eine Probe entnommen und in ein qualifiziertes Labor zur Diagnostik eingeschickt wird *(Home Sampling)*, oder aber um die vollständige Eigenanwendung von Tests inklusive der Ergebnisablesung unabhängig von einer Einrichtung *(Home Testing)*. Bei entsprechenden Angeboten ist insbesondere eine gute Beratung, etwa durch geeignete Onlineangebote, sowie eine effektive Anbindung an die medizinische Versorgung im Fall eines positiven Testergebnisses sicherzustellen.

Zur Vermeidung schwerer klinischer Folgen bei Fällen konnataler Syphilis ist in Deutschland im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ein niedrigschwelliges, umfassendes und effektiv implementiertes Angebot zum Syphilis-Screening implementiert.[20] Insgesamt können auf dieser Grundlage in Deutschland bei Schwangeren vorliegende Syphilis-Infektionen in der Regel rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden und damit die Fälle konnataler Syphilis bis auf wenige Ausnahmen vermieden werden. Das ECDC fordert in seiner Analyse zur konnatalen Syphilis aufgrund der ansteigenden Syphilis-Inzidenz bei Frauen bei Bedarf einen erneuten Test im letzten Trimester der Schwangerschaft,[18] ein solcher ist in Deutschland bei vorliegendem Risiko bereits umsetzbar.

Generell ist in den Meldedaten eine Untererfassung von Fällen konnataler Syphilis in Deutschland möglich. Das Ausmaß solcher Fälle ist aber wahrscheinlich überschaubar, da zu erwarten ist, dass ein größerer Teil der Neugeborenen und Kinder mit konnataler Syphilis aufgrund der dadurch bedingten oftmals schweren Erkrankungsbilder im weiteren Verlauf im Gesundheitssystem vorstellig wird und in der Folge eine Syphilis-Diagnose gestellt wird, die sich in den Meldungen abbildet.

Aufgrund der europaweit steigenden Fallzahl konnataler Syphilis, ihres oftmals sehr schweren klinischen Verlaufs bis hin zu Totgeburt und Kindstod sowie ihrer leichten Vermeidbarkeit bei rechtzeitiger Diagnose und Therapie sollte in Deutschland ein niedrigschwelliges Screeningangebot für alle Schwangeren, inklusive Frauen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem, gewährleistet und, wo nötig, ausgebaut werden. Dies kann sowohl im Rahmen der Schwangerenvorsorge geschehen als auch, etwa für Personen ohne Krankenversicherung oder bei anderweitigen Zugangsbarrieren, auch in zusätzlichen Kontexten, in denen diese Frauen erreicht und in die notwendige medizinische Betreuung vermittelt werden können.

Wie beschrieben, gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die sogenannte Doxy-PEP und ggf. auch die Doxy-PrEP in Deutschland aktuell Verbreitung finden und dies insbesondere in Ballungsräumen zu einer Verminderung der Syphilis-Inzidenz bei MSM führt. Zugleich kam es in Städten, in denen bereits 2024 entsprechende Rückgänge zu verzeichnen waren, im Jahr 2025 nicht mehr zu einer wesentlichen Abnahme der Fallzahlen. Wie sich sowohl die Nutzung von Doxy-PEP/-PrEP in Deutschland als auch deren Einfluss auf die epidemiologische Dynamik der Syphilis in Deutschland entwickeln, bleibt weiterhin engmaschig zu beobachten. Insbesondere vor dem Hintergrund der diskutierten möglichen negativen Effekte eines breiteren prophylaktischen Einsatzes von Antibiotika in der STI-Versorgung erscheint es zudem dringend nötig, solche möglichen unerwünschten Folgen auf die Genese von Antibiotika-Resistenzen und auf das Mikrobiom durch geeignete Studien zu untersuchen. Erste Studiendaten zeigen eine ebensolche befürchtete, problematische Entwicklung von Ko-Resistenzen gegenüber der für die Therapie der Gonorrhö essenziell wichtigen Antibiotikaklasse der Cephalosporine.[9] Das RKI hat hierfür in Kooperation mit dem ECDC und einer Gruppe von Expertinnen und Experten einen Leitfaden erstellt, der detaillierte methodische Vorschläge zur Durchführung unterschiedlicher Studientypen im Bereich der Doxy-PEP/-PrEP macht und der für eine möglichst gute Vergleichbarkeit von Studiendaten für die breite Anwendung auch im internationalen Forschungskontext empfohlen wird.[21]

Auf Grundlage der verfügbaren Daten hat die Deutsche STI-Gesellschaft eine ausführliche Stellungnahme zur antibiotischen STI-Prophylaxe erstellt, die die verfügbare Evidenz zusammenfasst und auf dieser Grundlage Empfehlungen für den Einsatz der antibiotischen STI-Prophylaxe gibt.[9] In Abwägung möglicher Vor- und Nachteile, insbesondere der zu erwartenden Entwicklung von Antibiotikaresisten-

zen,[9,22] wird darin von einem breiten Einsatz der antibiotischen STI-Prophylaxe als Prä-Expositionsprophylaxe abgeraten. Nur in Einzelfällen sollte vor dem Hintergrund einer gründlichen Einschätzung der individuellen Situation gemäß der Stellungnahme eine Antibiose als Post-Expositionsprophylaxe erwogen werden. Dabei ist zu beachten, dass es sich um einen sogenannten *Off-Label-Use* handelt. Insgesamt wird sowohl ein hoher, noch nicht abgedeckter Forschungsbedarf gesehen als auch die Notwendigkeit betont, die bisherigen Maßnahmen zur Prävention, Beratung, Testung und Behandlung wie oben dargestellt weiterhin effektiv umzusetzen. Im Kontext der Syphilis-Diagnostik ist zudem der beschriebene immunologische Effekt einer durch die Doxycyclin-Gabe möglicherweise verzögerten Antikörperantwort zu bedenken.[15] Ein solches verzögertes immunologisches Ansprechen kann zu einer Fehldiagnostik als falsch-negative Befunde und zu einer Untererfassung von Fällen führen, bei gleichzeitig vorliegender infektiöser Erkrankung mit negativen Public-Health-Effekten.

Aktuelle Empfehlungen zum Einsatz der Doxy-PEP unterscheiden sich dabei im internationalen Vergleich. In den USA und dem Vereinigten Königreich wird von Fachgesellschaften die Anwendung der Doxy-PEP empfohlen.[23,24] Andere Fachgesellschaften wie die Deutsche STI-Gesellschaft argumentieren hier vor dem dargestellten Hintergrund deutlich zurückhaltender und empfehlen einen Einsatz nur in abgewogenen Einzelfällen und unter Berücksichtigung der jeweiligen epidemiologischen Gegebenheiten und Versorgungsstrukturen.[6] Dabei unterscheiden sich die jeweiligen Abwägungen von Nutzen und Schaden auf individueller wie kollektiver Ebene sicherlich auch vor dem Hintergrund von unterschiedlichen epidemiologischen Situationen, z. B. einer in einigen Bevölkerungsgruppen noch deutlich höheren Syphilis-Inzidenz in den USA.[23] Da für viele der aufgezeigten Fragen aktuell noch keine ausreichenden Daten zur Verfügung stehen, muss der Einsatz der antibiotischen STI-Prophylaxe im Rahmen von Studien weiter intensiv begleitet und Vor- und Nachteile kontinuierlich gegeneinander abgewogen werden.

Konsiliarlabor für Treponema

Institution
Labor Krone
Siemensstraße 40
32105 Bad Salzuflen

Internet
lues.laborkrone.de

Ansprechpartner
Dr. Juliane Fazio (Leitung)
Prof. Dr. Hans-Jochen Hagedorn (stellv. Leitung)

Telefon
05222 8076-158

Telefax
05222 8076-163

E-Mail
info@laborkrone.de

Leistungsübersicht
- Beratung zur Diagnostik und Therapie der Treponematosen;
- Durchführung spezieller serologischer Untersuchungen zur Diagnostik der Syphilis;
- vergleichende Untersuchungen in Serum und Liquor cerebrospinalis zur Diagnostik der Neurosyphilis;
- vergleichende Untersuchungen bei Mutter und Kind zur Diagnostik der konnatalen Syphilis;
- Nachweis von *T.-pallidum*-DNS in Liquor cerebrospinalis, EDTA-Blut, Fruchtwasser oder Gewebebiopsien;
- Beratung zu Probenmaterial und Versandbedingungen.

Hinweis
Einsendung von Untersuchungsmaterial nur nach telefonischer Rücksprache.

Literatur

1 Jansen K, Schmidt AJ, Drewes J, Bremer V, Marcus U. Increased incidence of syphilis in men who have sex with men and risk management strategies, Germany, 2015. Euro Surveillance. 2016; 21(43).

2 European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis and congenital syphilis in Europe – A review of epidemiological trends (2007–2018) and options for response. Stockholm: ECDC; 2019. https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Syphilis-and-congenital-syphilis-in-Europe.pdf.

3 Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V. (DAIG). Deutsch-Österreichische Leitlinien zur HIV-Präexpositionsprophylaxe. 2024. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/055-008.

4 Molina JM, Charreau I, Chidiac C, Pialoux G, Cua E, Delaugerre C, *et al.* Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. Lancet Infect Dis. 2018;18(3):308-17.

5 Molina JM, Berçot B, Assoumou L, Michele A, Rubenstein E, Pialoux G, *et al.* ANRS 174 DOXYVAC: an open-label randomized trial to prevent STIs in MSM on PrEP: 30th CROI, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2023. https://www.croiconference.org/abstract/anrs-174-doxyvac-an-open-label-randomized-trial-to-prevent-stis-in-msm-on-prep/.

6 Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, Cohen S, Grabow C, Brown CE, *et al.* Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. N Engl J Med. 2023;388(14):1296-306.

7 Bolan RK, Beymer MR, Weiss RE, Flynn RP, Leibowitz AA, Klausner JD. Doxycycline prophylaxis to reduce incident syphilis among HIV-infected men who have sex with men who continue to engage in high-risk sex: a randomized, controlled pilot study. Sex Transm Dis. 2015;42(2):98-103.

8 Grennan T, Hull M, Mohammed S, Tattersall T, Edward J, Gupta A, *et al.* Daily doxycycline in msm on prep for prevention of sexually transmitted infections. Topics in Antiviral Medicine. 2021;29(1):276.

9 Bercot B, Assoumou L, Caméléna F, Voitichouk C, Mérimèche M, Ouattara M, *et al.* Antimicrobial drug-resistant *Neisseria gonorrhoeae* (GC) infections in men using doxycycline post-exposure prophylaxis. A substudy of the ANRS 174 DOXYVAC trial. Clin Infect Dis. 2026 Jul 8;82(6):1065-1074.

10 Deutsche STI-Gesellschaft. Stellungnahme der Deutschen STI Gesellschaft: Antibiotische STI-Prophylaxe mit Doxycyclin („Doxy-PEP", „Doxy-PrEP"). Version 1.0, 26.06.2023. https://www.dstig.de/wp-content/uploads/2023/07/Stellungnahme_STI-Prophylaxe.pdf.

11 European Centre for Disease Prevention and Control. Public health considerations on the use of doxycycline for post-exposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infections in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2026.

12 Bremer V, Hanhoff N, Brux CL, Bickel M, Schewe K, Doumit D: PrEP in Deutschland – Befragung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä e.V.) in HIV-Schwerpunkteinrichtungen. Epid Bull 2026;35:3-10. DOI 10.25646/14371.2

13 Hornuss D, Mathé P, Usadel S, Zimmermann S, Müller M, Rieg S. Already current practice? A snapshot survey on doxycycline use for prevention of sexually transmitted infections in parts of the German MSM community. Infection. 2023 Dec;51(6):1831-1834.

14 Wagner L, Boesecke C, Baumgarten A, Scholten S, Schellberg S, Hoffmann C, Audebert F, Noe S, Erber J, Lee M, Triebelhorn J, Schneider J, Spinner CD, Voit F. Is doxycycline post-exposure prophylaxis being utilised in Germany? Insights from an online survey among German men who have sex with men. Infection. 2025 Feb;53(1):61-70.

15 Raccagni AR, Bruzzesi E, Castagna A, Nozza S. Doxycycline postexposure prophylaxis may delay seroconversion in incident syphilis. Sex Transm Infect. 2024 Aug 19;100(6):397.

16 European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis. In: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2024. Stockholm: ECDC; 2026.

17 European Centre for Disease Prevention and Control. Congenital syphilis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2024. Stockholm: ECDC; 2026.

18 Mårdh O, Hansson D, Siling K, Nerlander L, Ködmön C; EU/EEA STI Network. Increase in congenital syphilis in the European Union and European Economic Area, 2015 to 2024 – time to scale-

up public health responses. Euro Surveill. 2026 Sep;31(38):2600240.

19 Deutsche STI-Gesellschaft. Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik und Therapie. 2018.

20 Beermann S, Jacob J, Dudareva S, Jansen K, Marcus U, Zimmermann R, Bremer V. Gelingt das Screening von Schwangeren auf HIV, Syphilis und Hepatitis B in Deutschland? Eine Analyse auf Basis von Routinedaten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2020 Sep;63(9):1143-1150.

21 European Centre for Disease Prevention and Control. Doxycycline prophylaxis for bacterial sexually transmitted infections: a guide for data collection in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2026. www.rki.de/leitfaden-doxy-pep.

22 Kenyon C. The importance of not downplaying the risks that doxycycline postexposure prophylaxis will select for antimicrobial resistance. Clin Infect Dis. 2025 Feb 5;80(1):228-229.

23 Bachmann LH, Barbee LA, Chan P, *et al.* CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Post-exposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention, United States, 2024. MMWR Recomm Rep 2024;73(No. RR-2):1–8.

24 Saunders J, Deering J, Dewsnap C, Drayton R, Gilmore J, Grant A, Hunt DW, Kohli M, Lyons F, Mohammed H, Samba P, Weil B, White J, Medland N, Fifer H. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) UK national guideline for the use of doxycycline post-exposure prophylaxis (DoxyPEP) for the prevention of syphilis, 2025. Int J STD AIDS. 2025 Sep;36(10):756-764.

Autoren

Dr. Klaus Jansen | PD Dr. Viviane Bremer

Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie,

Korrespondenz: JansenK@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorin und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Vorgeschlagene Zitierweise

Jansen K, Bremer V: Syphilis in Deutschland im Jahr 2025 – Neuer Höchststand von Infektionen mit divergenter Dynamik

Epid Bull 2026;47:3-24 | DOI 10.25646/14614

Open access

Creative Commons Namensnennung 4.0 International

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

46. Woche 2026 (Datenstand: 18. November 2026) – abrufbar auch als interaktives Dashboard

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	38	4.332	3.802	13	1.324	1.202	8	570	404	27	3.981	5.388	11	1.589	2.048
Bayern	91	7.260	6.347	25	1.875	1.712	8	601	520	98	6.783	8.259	30	2.836	3.880
Berlin	27	2.294	2.105	8	448	356	4	264	274	18	3.687	2.823	6	1.401	1.540
Brandenburg	33	1.879	1.624	12	313	281	3	162	187	38	3.661	3.091	16	1.893	2.343
Bremen	6	416	345	4	57	46	1	48	65	4	531	431	2	309	161
Hamburg	10	1.184	1.169	3	170	189	8	177	163	28	1.939	1.591	0	600	814
Hessen	37	3.518	3.102	10	743	792	12	535	497	33	3.626	4.544	7	1.648	1.921
Mecklenburg-Vorpommern	35	1.630	1.332	3	212	241	5	201	289	35	2.138	2.027	14	945	1.420
Niedersachsen	55	4.378	3.720	8	810	754	23	912	849	78	4.878	5.835	30	2.038	3.898
Nordrhein-Westfalen	164	12.518	10.668	36	1.907	1.896	29	1.263	1.359	161	10.173	15.244	63	4.040	6.083
Rheinland-Pfalz	35	2.767	2.702	8	646	527	4	322	288	19	2.502	3.985	12	917	1.980
Saarland	10	748	816	1	103	119	1	109	87	11	642	947	0	150	787
Sachsen	77	3.844	3.349	9	527	610	6	305	292	64	5.498	6.181	32	3.297	2.952
Sachsen-Anhalt	40	1.725	1.407	12	342	331	4	156	152	56	3.034	3.467	33	1.065	2.227
Schleswig-Holstein	25	1.884	1.414	0	223	220	5	318	283	30	2.549	1.977	5	872	873
Thüringen	37	1.995	1.496	9	600	547	6	230	190	60	2.834	3.289	25	1.449	1.959
Deutschland	**720**	**52.372**	**45.398**	**161**	**10.300**	**9.823**	**127**	**6.173**	**5.899**	**760**	**58.456**	**69.079**	**286**	**25.049**	**34.886**

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	4	100	107	27	1.617	1.820	11	795	975	9	406	475	159	22.063	33.795
Bayern	7	130	157	43	2.173	2.869	19	1.121	1.306	10	461	495	239	32.784	73.020
Berlin	2	41	53	19	719	1.120	9	426	475	5	280	297	70	8.179	15.688
Brandenburg	0	28	33	6	185	250	2	98	140	8	105	102	45	11.434	18.315
Bremen	0	10	8	3	169	258	0	61	81	2	51	60	1	1.009	1.204
Hamburg	0	25	37	3	509	961	4	206	225	1	135	184	52	4.816	10.111
Hessen	2	69	80	22	823	1.055	9	497	508	5	349	389	104	11.386	21.089
Mecklenburg-Vorpommern	0	20	20	0	120	120	0	65	81	0	54	47	66	11.933	13.416
Niedersachsen	2	95	92	37	1.181	1.601	15	577	642	4	302	260	55	15.131	28.783
Nordrhein-Westfalen	9	310	226	53	2.719	3.715	22	1.337	1.706	16	747	766	211	35.264	64.683
Rheinland-Pfalz	1	31	80	10	667	868	9	294	329	3	159	199	75	9.494	17.049
Saarland	0	13	15	5	155	203	3	109	136	0	25	47	10	1.944	3.239
Sachsen	0	31	39	7	308	331	7	215	206	2	106	147	139	22.454	43.714
Sachsen-Anhalt	0	18	13	2	219	316	2	100	111	0	75	67	78	11.600	26.260
Schleswig-Holstein	1	29	24	7	287	438	3	207	276	0	84	80	20	6.842	10.726
Thüringen	0	24	26	5	133	168	1	73	117	0	81	66	42	11.055	17.963
Deutschland	**28**	**974**	**1.010**	**249**	**11.984**	**16.093**	**116**	**6.181**	**7.314**	**65**	**3.420**	**3.681**	**1.366**	**217.388**	**399.055**

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	0	12	48	0	19	15	0	0	1	31	1.300	756	72	2.549	2.881
Bayern	0	6	42	1	21	57	0	0	0	155	4.557	1.099	83	4.017	4.967
Berlin	0	1	12	0	10	17	0	0	0	6	319	177	24	801	872
Brandenburg	0	1	4	0	2	11	0	0	0	26	462	283	7	440	576
Bremen	0	1	1	0	0	2	0	0	0	1	14	19	2	123	132
Hamburg	0	2	3	0	8	5	0	0	0	4	321	141	13	409	587
Hessen	0	14	19	1	19	21	0	1	1	39	834	347	24	833	838
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	376	181	6	160	224
Niedersachsen	0	15	18	0	22	31	0	1	0	9	358	343	37	1.284	1.218
Nordrhein-Westfalen	0	15	42	6	55	92	0	0	1	45	1.521	858	48	3.416	3.426
Rheinland-Pfalz	0	6	18	1	10	15	0	0	0	15	631	318	15	576	712
Saarland	0	0	1	0	3	1	0	0	0	0	68	139	3	160	114
Sachsen	0	1	11	0	10	17	0	0	0	70	1.599	767	38	1.375	1.644
Sachsen-Anhalt	0	0	3	0	4	3	0	0	0	128	966	588	1	147	223
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	8	9	0	0	0	4	180	136	6	538	456
Thüringen	0	0	1	0	3	3	0	0	0	39	804	522	10	453	375
Deutschland	**0**	**74**	**224**	**9**	**194**	**299**	**0**	**2**	**3**	**580**	**14.310**	**6.674**	**389**	**17.281**	**19.245**

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

	Acinetobacter[1]			Enterobacterales[1]			*Clostridioides difficile*[2]			MRSA[3]			COVID-19[4]		
	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025	2026		2025
	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.	46.	1.–46.	1.–46.
Baden-Württemberg	0	92	89	21	1.167	1.178	2	91	92	4	105	90	229	4.034	9.908
Bayern	6	118	88	28	964	1.057	4	226	241	3	115	114	379	6.991	17.428
Berlin	0	69	66	22	595	672	1	35	43	3	60	54	190	2.016	5.197
Brandenburg	1	17	13	5	281	192	1	85	95	0	20	30	83	2.032	3.824
Bremen	0	2	3	1	49	27	0	10	16	1	11	14	3	150	480
Hamburg	0	24	24	2	359	399	0	34	38	0	39	47	39	785	2.538
Hessen	2	60	70	35	1.073	1.077	3	121	83	3	96	103	207	2.724	6.510
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	10	7	154	103	3	44	53	0	24	21	67	1.348	2.597
Niedersachsen	1	49	43	11	751	715	3	163	151	2	107	105	111	2.493	6.026
Nordrhein-Westfalen	6	190	177	63	1.983	2.288	12	419	598	8	303	261	504	7.013	18.567
Rheinland-Pfalz	1	29	21	5	326	426	2	68	88	0	34	34	136	2.111	4.829
Saarland	0	8	9	2	48	54	1	10	25	1	19	10	40	620	1.441
Sachsen	0	35	12	9	292	299	5	234	309	0	56	64	145	3.290	7.889
Sachsen-Anhalt	0	33	20	5	225	186	1	102	81	0	44	41	94	1.595	3.842
Schleswig-Holstein	0	42	36	6	243	235	1	56	54	0	26	19	72	1.507	3.380
Thüringen	2	11	16	2	155	164	1	44	47	3	44	28	75	1.501	2.431
Deutschland	**19**	**785**	**697**	**224**	**8.665**	**9.072**	**40**	**1.742**	**2.014**	**28**	**1.103**	**1.035**	**2.374**	**40.210**	**96.887**

1 Infektion und Kolonisation
(bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen nach jeweils geltender Falldefinition, s. www.rki.de/falldefinitionen)
2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform
3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion
4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2026		2025
	46.	1.–46.	1.–46.
Adenovirus-Konjunktivitis	3	452	311
Bornavirus-Erkrankung	0	7	4
Botulismus	0	9	7
Brucellose	0	36	50
Candidozyma auris, invasive Infektion*	0	24	15
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	207	154
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	117	152
Denguefieber	7	636	820
Diphtherie	2	49	47
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	3	631	685
Giardiasis	29	2.342	2.719
Haemophilus influenzae, invasive Infektion	27	1.138	1.389
Hantavirus-Erkrankung	2	268	269
Hepatitis D	0	51	67
Hepatitis E	85	5.186	4.755
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	85	168
Kryptosporidiose	47	2.230	2.569
Legionellose	41	2.037	2.063
Lepra	0	1	4
Leptospirose	0	176	165
Listeriose	6	532	550
Malaria	14	879	817
Meningokokken, invasive Infektion	0	192	284
Mpox	35	716	468
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	1	146	109
Ornithose	0	16	22
Paratyphus	0	41	54
Pneumokokken, invasive Infektion	174	8.213	9.394
Q-Fieber	0	105	77
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	83	67.258	66.088
Shigellose	113	3.371	2.945
Trichinellose	0	0	2
Tularämie	0	188	186
Typhus abdominalis	0	76	79
West-Nil-Fieber**	0	19	13
Yersiniose	46	3.609	3.385
Zikavirus-Erkrankung	0	16	16

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

* nur invasive *Candidozyma-auris*-Infektionen. Seit Juli 2026 sind Infektionen und Kolonisationen gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 6a IfSG meldepflichtig. Derzeit werden Falldefinition und Software aktualisiert. Es sind noch keine Daten zu Kolonisationen enthalten.
** reiseassoziierte und autochthone WNV-Fälle

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