

Mykoplasma genitalium – der unterschätzte Querulant

Daniel Beer

Der Querulant? Abgeleitet von aus dem Lateinischen von „quer“ – „sich beklagen“, darf man sich fragen, worüber *Mycoplasma genitalium* sich in den letzten Jahren beklagen sollte. Über mangelnde Aufmerksamkeit? Bei insgesamt mehr als 1.200 pubmed-gelisteten Publikationen¹ wohl kaum. Auch die Anzahl von Gesprächen, welche in der täglichen Sprechstunde zu diesem Thema in den infektiologischen Schwerpunktpraxen und Ambulanzen geführt wird, nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Letztlich bleiben die Diagnostik auf *Mycoplasma genitalium* und entsprechende Therapieentscheidungen im Jahr 2026 weiterhin ein relevantes Thema – und häufig wird sich diesbezüglich auch beklagt, insofern scheint der Titel dieses Newsletters durchaus passend.

Relevant oder nicht? – Häufigkeit von *Mycoplasma genitalium*

Durch fehlende Surveillance in Deutschland und Europa ist die Frage nach der Prävalenz von *Mycoplasma genitalium* (MG) kaum zu beantworten.

Bezüglich der Population der Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, können die Daten der MSM Screening Study² eine grobe Orientierung bzgl. der Relevanz dieses Erregers geben. In dieser landesweiten Querschnittsstudie, welche zwischen Februar und Juli 2018 in 13 MSM-freundlichen STI-Praxen in Deutschland durchgeführt wurde, erfolgten bei allen teilnehmenden MSM eine Analyse von selbst entnommenen

Mykoplasma genitalium

(Klassifizierung: Mollicutes, Klasse: Mycoplasmatia)

Keine Zellwand

Mycoplasmen besitzen keine Peptidoglycan-Zellwand. Die Form wird nur durch die Zellmembran aufrechterhalten.

Dreischichtige Zellmembran

Besteht aus einer inneren, äußeren und intermediären Lipidmembran mit eingelagerten Proteinen (typisch für Mollicutes).

Zellmembran

Reiche an Sterolen (z. B. Cholesterin), wichtig für Stabilität und Funktion

Haftorganell (Terminales Organell)

Spezialisiertes, knopfförmiges Adhäsionsorganell am apikalen Pol. Dient der Anheftung an Wirtszellen.

Nukleoid

Ein ringförmiges Doppelstrang-DNA-Molekül (ca. 580-800 kb). Es gibt kein Histon.

Ribosomen

70S Ribosomen für die Proteinsynthese.

Gleitorganell

Fadenförmiges Organell, aus dem Zellkörper austretend. Dient der Bewegung auf festen Oberflächen.

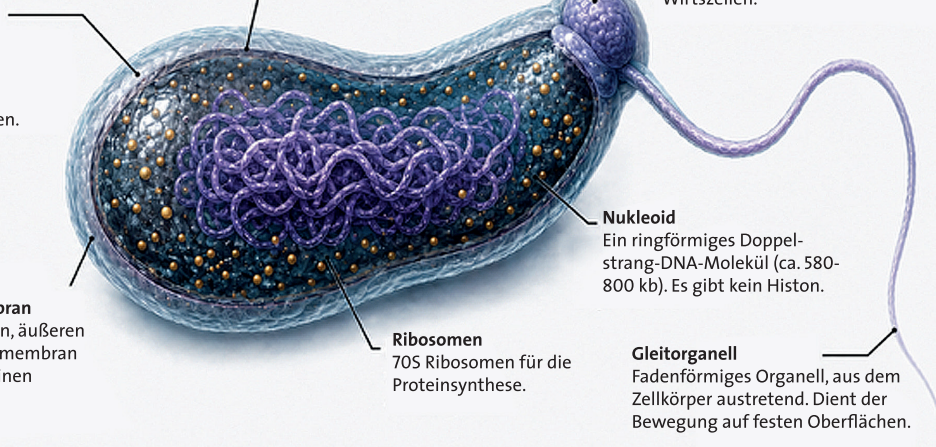
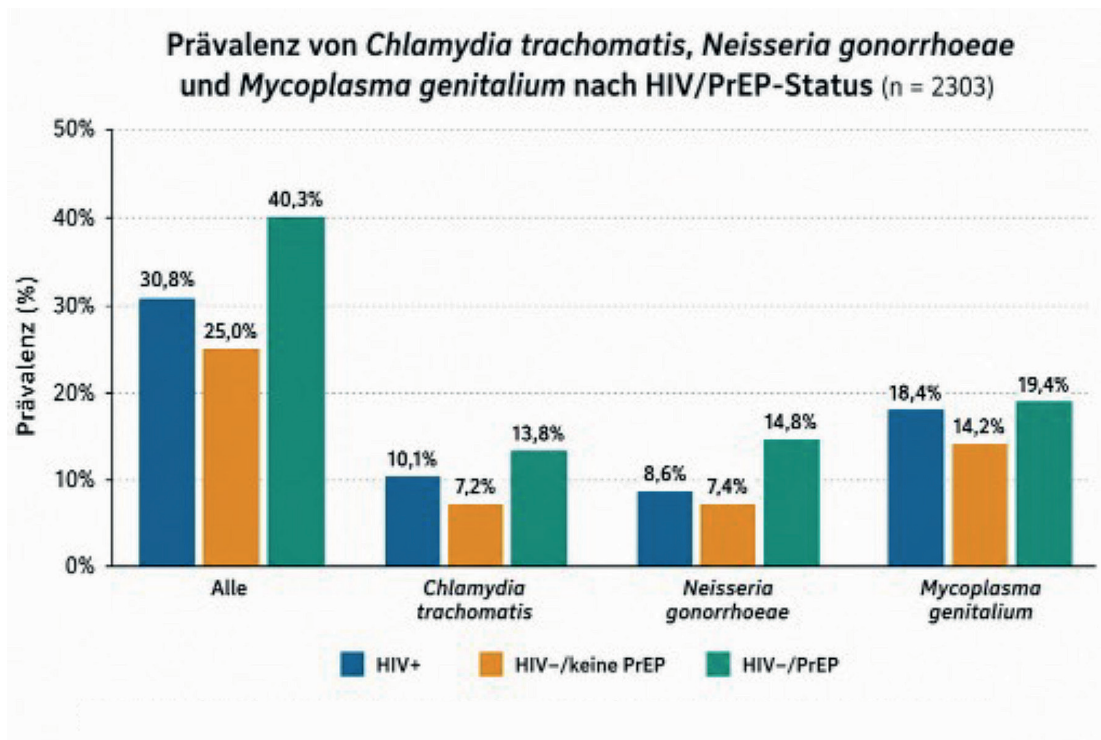


Abb. 1: *Mycoplasma genitalium* (Chat-GPT Image, GPT-Version 5-5, 10.07.2026)



Quelle: Nach Jansen et al. BMC Infectious Diseases (2020) 20:110. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4831-4>

Abb 2. Adaptiert nach 2

Rektal- und Rachenabstrichen sowie Urinproben auf Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoea und Trichomonas vaginalis. Bei den insgesamt 2.303 Teilnehmern ließ sich in 17,3 % der Fälle MG in den Proben nachweisen (14,2 % bei HIV-/PrEP-; 18,4 % bei HIV+; 19,4 % bei HIV-/PrEP+). Im Vergleich zu Chlamydia trachomatis (10,4 %) und Neisseria gonorrhoe (10,3 %) war MG in dieser Population die am häufigsten nachweisbare sexuell-übertragbare Infektion.

Aktuellere Daten zu dieser Fragestellung werden im Rahmen einer Folgestudie (MSM Screening Study 2.0, Projektlaufzeit 01.01.2022–01.01.2027) evaluiert. Ergänzend wird in dieser Studie u. a. auch die Prävalenz von Resistenzmutationen bei nachweisbarer MG-Besiedlung erhoben – wichtige Informationen für ggf. notwendige zukünftige Therapiestrategien (s. u.).

Diagnostik – breites Screening oder streng symptomorientiert?

Bei der Frage nach einer rationalen Diagnostik müssen mehrere Aspekte berücksichtigt werden.

Der breite Einsatz der Multiplex-PCR bedeutet im Rahmen der Testung auf bakterielle sexuell-übertragbare Erkrankungen in Bezug auf schnelle Verfügbarkeit der Ergebnisse und auch vor ökonomischem Hintergrund einen deutlichen Fortschritt im infektiologischen Alltag. Allerdings sind die entsprechenden Panels von den Herstellern vorgegeben, so dass man als Endanwender durchaus auch unliebsame Resultate – als Beifang sozusagen – erhält. Dies spielt vor allem im Setting des Screenings asymptomatischer Personen eine entscheidende Rolle insbesondere vor dem Hintergrund einer möglichen psychologischen Belastung durch Erhalt eines Erregernachweises,

welcher per se nicht zwingend einer Therapie bedarf. Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist sexuelle Gesundheit ein Zustand des vollständigen physischen, emotionalen, psychischen und sozialen Wohlergehens.^{3,4}

Konsequenzen bei MG-Nachweis ohne Symptome

Welche psychischen Folgen hat der (insbesondere erstmalige) Nachweis von Mycoplasma genitalium im Rahmen eines Screenings einer asymptomatischen Person, bspw. im Rahmen von Routinekontrollen im Kontext der HIV-Präexpositionsprophylaxe?

Nicht ohne Grund wird in den letzten Jahren zunehmend über die Sinnhaftigkeit und die Auswirkungen des breit angelegten Screenings asymptomatischer Personen auf verschiedene sexuell-übertragbare Erreger – teilweise sehr kontrovers – diskutiert. Unter Berücksichtigung der Nettoeffektivität von Screening-Maßnahmen im Bereich von STIs kommen verschiedene wissenschaftliche Arbeiten zu dem Schluss, dass vor allem regelhafte Testungen auf HIV und Syphilis zielführend sind, die Evidenz bzgl. der Effektivität für ein routinemäßiges Screening auf Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoe jedoch ebenso gering ist, wie die für eine Testung auf Mycoplasma genitalium.⁵

Entsprechend wird ein Screening auf Mycoplasma genitalium bei asymptomatischen Personen gemäß verschiedener Leitlinienempfehlungen bereits seit einigen Jahren nicht mehr empfohlen.^{6,7,8,9,10} Die Realität sieht jedoch – u. a. aufgrund der technischen Voraussetzungen mit den verschiedenen Panels der Multiplex-PCR-Analytik – in der Praxis heute weiterhin häufig anders aus.

Infektionen mit *Mycoplasma genitalium* verlaufen zumeist symptomlos.^{11, 12, 13} Bei Nachweis von MG im Rahmen des Screenings besteht im Anschluss jedoch das Öftere die Problematik der „fraglichen sekundär symptomatischen Infektion“ – d.h. nach Übermittlung der Ergebnisse liegen u.U. doch nicht objektivierbare Beschwerden auf individueller Ebene vor. Auch stellt sich die Frage der Transmission von MG durch asymptomatische Personen und anschließender potentiell symptomatischer Infektion bei dem/r Partner*in – insbesondere bei ausgeprägt sexuell aktiven Menschen mit vielen wechselnden Sexualpartner*innen. Auch ist die Frage möglicher Auswirkungen auf die Infertilität zu berücksichtigen – ein Punkt der in vielen Praxen mit vornehmlicher Diagnostik von MG bei MSM ggf. unterschätzt werden könnte. Inwiefern asymptomatischen Patienten eine Therapie angeboten bzw. empfohlen werden sollte, bleibt eine individuelle Entscheidung. Insbesondere unter Berücksichtigung der zunehmenden Resistenzproblematik, der Auswirkungen auf das Mikrobiom und der potentiellen unerwünschten anderen Wirkungen der einzusetzenden Substanzen ist hier jedoch eine strenge Indikationsstellung für eine antibiotische Therapie zu befürworten.

Therapieentscheidung bei symptomatischen Patient*innen

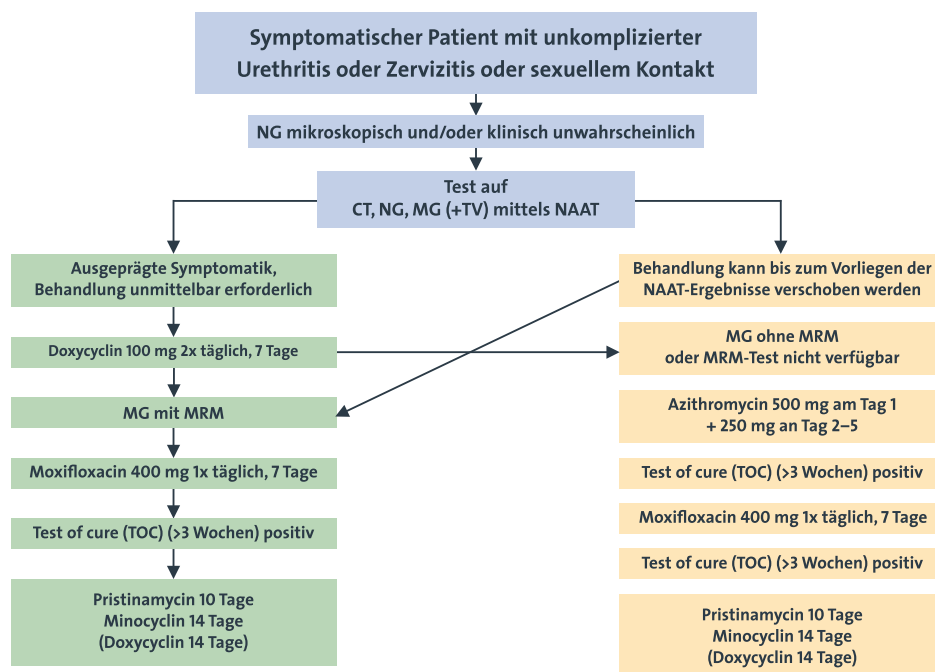
Viel leichter fällt die Therapieentscheidung auch bei symptomatischen Patient*innen nicht. Die zunehmende Resistenzentwicklung von *Mycoplasma genitalium* führt inzwischen regelhaft zu einem Therapieversagen der Erstlinientherapie mit Azithromycin.¹⁴ Um diesem Fakt Rechnung zu tragen wird inzwischen regelhaft eine Resistenz-

testung vor Therapieeinleitung empfohlen. Diese kann entweder über das Konsiliarlabor für Mycoplasmen des RKI an der TU Dresden oder über andere spezialisierte Labore erfolgen. Eine weitere Problematik ergibt sich dadurch, dass der Nachweis einer genotypischen Resistenz gegen bspw. Moxifloxacin nicht auch unbedingt einer fehlenden Effektivität dieser Therapieoption entspricht (s.u.).

Ein Flow-chart zur Therapieentscheidung bei symptomatischen Patienten findet sich in Abb. 2, die empfohlene Vorgehensweise entspricht im Wesentlichen auch den Empfehlungen der deutschen S3-Leitlinie zur Urethritis.¹⁵ Wichtig ist die Empfehlung der Überprüfung des Therapieerfolges (Test of Cure (TOC)) ca. 3 Wochen nach Beendigung der antibiotischen Therapie. Die Frage der Notwendigkeit einer gleichzeitigen Testung und/oder Behandlung aller Sexualpartner*innen und eine entsprechende Nutzung von Barrieremaßnahmen (Kondomen) bei sexuellen Kontakten während und nach der Therapie bis zum TOC stellen weitere Herausforderungen bei der effizienten Behandlung dar. So ist eine persistierende MG-Infektion – entsprechend einer ineffektiven Therapie – oft kaum von einer möglichen Reinfektion (mit einem möglicherweise wiederum ebenso, vielleicht jedoch anderweitig resistenten Stamm) zu unterscheiden.

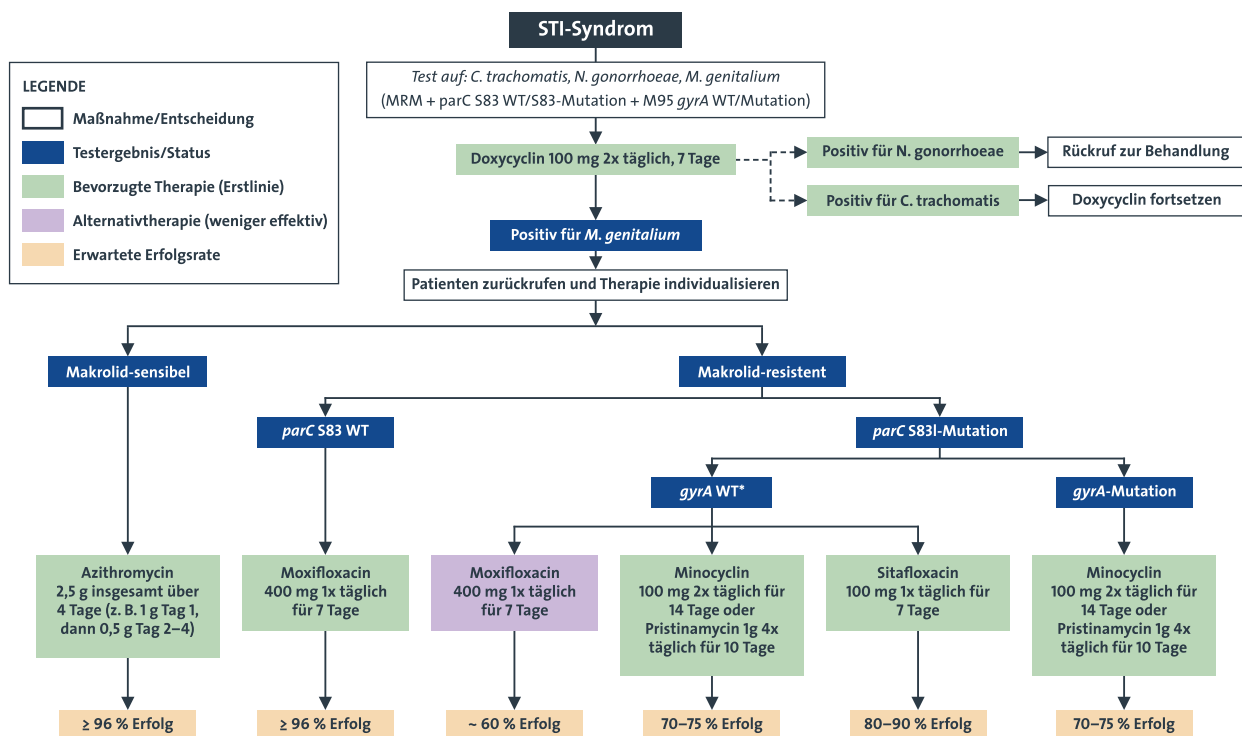
Therapieempfehlungen bei Nachweis von mehreren Resistenzmutationen und/oder Versagen von Moxifloxacin

Zunehmend komplexer wird es, wenn Resistenzmutationen nachgewiesen werden, insbesondere dann, wenn es sich um relevante Substitutionen an einzelnen oder mehreren Positio-



Zusammenfassung der Diagnose und Behandlung von *Mycoplasma genitalium*.
 NG, *Neisseria gonorrhoeae*; CT, *Chlamydia trachomatis*; MG, *Mycoplasma genitalium*;
 TV, *Trichomonas vaginalis*; NAAT, Nukleinsäure-Amplifikationstest; MRM, Makrolid-Resistenzmutation.

Abb. 3: Therapiefindung bei symptomatischen Patienten/Patientinnen (adaptiert nach 8)



*WT= Wildtyp (kein Nachweis einer Mutation) Hinweis: die angegebenen Erfolgsraten basieren auf publizierten Daten und können je nach Population und Studiendesign variieren.

Abb. 4: Algorithmus zur klinischen Behandlung von Patienten mit einer symptomatischen *Mycoplasma-genitalium*-Infektion (adaptiert nach 16)

nen der 23S rRNA von MG (relevant für Makrolid-Resistenzen) und zusätzlich um Substitutionen im parC-Gen (relevant bzgl. Fluorchinolon-Resistenzen) handelt.

Zu beachten ist hierbei jedoch vor allem, dass ein genotypischer Nachweis einer Resistenzmutation – insbesondere im parC-Gen – nicht automatisch einer fehlenden Effektivität der entsprechenden antibiotischen Substanz(klasse) entspricht. In einer australischen Arbeit¹⁶ konnte gezeigt werden, dass auch bei Nachweis der häufigsten Substitution G248T im parC-Gen, eine Therapie mit Moxifloxacin erfolgreich sein kann (Therapieerfolg 40 % in diesem Kollektiv (n=40 mit Substitution G248T)), wenngleich diese Mutation per se mit einer Chinolon-Resistenz einhergeht.

Im klinischen Alltag entsteht in solchen Konstellationen jedoch ein zusätzliches Dilemma: In Ermangelung anderer, einfach zu beziehender, antibiotischer Optionen kann eine Therapie mit einer möglicherweise durchaus nebenwirkungsbehafteten Substanz einen Therapieerfolg in Aussicht stellen. Haftungsrechtlich ist insbesondere in diesen Fällen eine sehr ausführliche und gut dokumentierte Aufklärung über die Rationale des Einsatzes von Moxifloxacin trotz nachweislicher genotypischer Resistenz empfehlenswert, um möglichen Schadensersatzforderungen vorzubeugen.

Die australischen Kollegen haben aufgrund ihrer eigenen Datenlage (Single-center, n=411, 03/2019 – 02/2020)¹⁶ ein Flowchart (Abb. 4) erstellt, welches eine prinzipielle Resistenzanalyse für MG beinhaltet und entsprechende Erfolgsraten für die jeweiligen Therapieoptionen unter Berücksichtigung der nachgewiesenen Mutationen in Aussicht stellt.

Erschwerend hinzu kommt jedoch die Problematik von immer wiederkehrenden Lieferengpässen bei Minocyclin sowie

die Notwendigkeit eines Importes von Pristinamycin und Sitafloxacin über die internationale Apotheke mit entsprechender Beantragung bei den Kostenträgern, möglicher Ablehnung der Kostenübernahme und konsekutiver Verzögerung der Therapieeinleitung.

Zudem besteht auch bei Einsatz von Pristinamycin und/oder Sitafloxacin kein gesicherter Therapieerfolg. In diesen Konstellationen ist eine individuelle Therapieentscheidung unter Berücksichtigung der bestehenden klinischen Ausprägung, des Sexualverhaltens, der bereits stattgehabten Therapieversuche und der Verfügbarkeit anderer/weiterer antibiotischer Substanzen erforderlich. Zumeist ist in diesen Fällen eine sequenzielle Therapie indiziert. Eine aktuelle Publikation von Tenney et. al.¹⁷ setzt sich intensiv mit diesen Fragestellungen auseinander und ist in solchen Situationen möglicherweise hilfreich bei der Entscheidungsfindung.

Wie wenig einheitlich Therapieempfehlungen in diesen komplexen Konstellationen sein können, zeigt die Beantwortung einer Anfrage eines InXFo-Nutzers durch drei unterschiedliche Experten (Abb. 5).

Der Fall aus dem InXFo-Forum: Resistente Mykoplasmen (symptomatisch)

- Patient mit oligosymptomatischer (aber dennoch belastender) persistierender Urethritis und Proktitis durch *Mykoplasma genitalium* (MG).
- Bisherige Behandlung mit Azithromycin und Moxifloxacin, jeweils ohne Erfolg.
- Beim Partner, der ebenfalls anhaltend positiv auf MG ist, wurde eine Resistenztestung veranlasst, welche (erwar-

tungsgemäß) eine Makrolid- und Chinolonresistenz zeigte.

- Auch die Therapie mit Pristinamycin 1 g viermal täglich über 10 Tage war ohne Erfolg.
- Minocyclin wird als mögliche Behandlungsoption erwogen; aktuell scheint das Präparat jedoch nicht verfügbar zu sein. Gibt es Erfahrungen/Tipps Ihrerseits, welche Salvage-Therapie in dieser Situation noch möglich ist?

Antwort von Experte 1:

- Zunächst die Anmerkung, dass die genotypische Resistenzbestimmung bei Mykoplasmen in bestimmten Situationen Sinn machen kann, generell gilt aber auch hier, dass die durchgeführte Untersuchung ausschließlich etwas über das Vorhandensein spezifischer Resistenzgene aus sagt. Ob diese auch phänotypisch eine Resistenz bedingen ist nicht klar. Eine Arbeit z. B. aus Bochum von vor einigen Jahren zeigte ein signifikantes Ansprechen von Mykoplasmen auf Azithromycin auch bei Vorliegen einer genotypischen Makrolidresistenz.
- Zum vorliegenden Fall: Ggf. hätte eine Vorbehandlung mit Doxycyclin für 10 Tage vor der Therapie mit Azithromycin/ Moxifloxacin Sinn gemacht.
- Minocyclin wäre in der Tat eine mögliche Alternative – scheitert, gerade aber offenbar an der Verfügbarkeit.
- Wir hatten in der Vergangenheit Erfolg bei zwei Patienten mit 10 Tagen Doxy vor einer Therapie mit Sitafloxacin, das relativ regelmäßig aus Japan beziehbar ist.

Antwort von Experte 2:

- Nach meinem Kenntnisstand gibt es in dieser Situation kein etabliertes Standardvorgehen.
- Offensichtlich sind Nitroimidazole (also Metronidazol oder Tinidazol) zumindest auch in vitro gut wirksam. Klinische Daten gibt es nur wenige, deuten aber auch einen guten Effekt an. Tinidazol (in Deutschland leider nicht vertrieben; könnte aber evtl. importiert werden) scheint dabei das wirksamste Medikament zu sein. Vorgeschlagene Dosierung ist 2 g täglich für mindestens 7 Tage (wahrscheinlich besser eher länger bis zu 14 Tage). Auch Metronidazol würde ich mindestens 10 Tage geben.
- Davon unabhängig: Liegen andere modifizierbare Risikofaktoren vor? Soweit mir bekannt, ist es durchaus möglich, dass es zu einer Spontanregredienz der Mykoplasmen kommt, wenn längere Enthaltbarkeit/Infektfreiheit im Anogenitalbereich erreicht werden könnten. Insofern wäre neben Partnerbehandlung vielleicht konsequente Benutzung von Kondomen bis zur „Sanierung“ eine Möglichkeit, eine Verbesserung zu erreichen.
- Vielleicht könnte auch das Konsiliarlaboratorium für Mykoplasmen in Dresden bei der Resistenztestung und Suche nach Alternativen hilfreich sein.

Antwort von Experte 2:

- Das ist wahrlich eine missliche Konstellation und die Datenlage hierzu ist begrenzt, wenngleich es eine ganz schöne und aktuelle Publikation zu der Fragestellung der Behandlung resistenter Mycoplasma genitalium-Infektionen gibt: Open Forum Infectious Diseases, 2026 Mar 30, Volume 13 (Suppl 2): Pages S1381–S1389, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofag031>
- Wichtig ist zunächst die gleichzeitige Behandlung sämtlicher Sexualpartner, da ansonsten Reinfektionen höchstwahrscheinlich sind und über die Effektivität der Therapie keine Aussage getroffen werden kann.
- Zudem würde ich eine Resistenztestung bei dem Patienten selbst anstreben. Zum anderen ist hierbei zu beachten, dass eine genotypische Resistenz nicht unbedingt mit einer phänotypischen Resistenz gleichzusetzen ist, sondern durch eine längere Therapiedauer und/oder höhere Dosierung mglw. überwunden werden kann.
- Im vorliegenden Fall würde ich folgende Möglichkeiten in Erwägung ziehen:

1. Doxycyclin 100 mg über 7d gefolgt von Minocyclin 100 mg bid über 14 sofern verfügbar (adaptiert nach <https://doi.org/10.1093/ofid/ofad427>, www.thelancet.com Vol 34 November, 2023 und Infection&more 4/2024)
2. Doxycyclin 100 mg bid über 7d gefolgt von Moxifloxazin 400 mg qd für 10d (hier bewusst etwas länger aufgrund der nachweislichen bzw. vermuteten Resistenz, a.e. G259A)

Zusammenfassung:

Mycoplasma genitalium – ein unterschätzter Querulant? Ein Querulant? Sicherlich – er bindet inzwischen regelhaft reichlich Sprechstundenzeit und bietet Raum für Diskussionen bzgl. notwendiger Testungen und möglicher Therapieindikationen und -optionen.

Unterschätzt? In den vergangenen Jahren vielleicht. Aufgrund der zunehmenden Anzahl symptomatischer Infektionen und ebenso zunehmender Anzahl nachgewiesener Resistenzen wird diese Problematik zukünftig sicherlich mehr Relevanz in den infektiologischen Sprechstunden haben und einige Ressourcen binden.

Eine aussagekräftige Surveillance bzgl. der Häufigkeit von Mycoplasma genitalium (zumindest in bestimmten Populationen) sowie ein möglichst unkomplizierter Zugang zu den verschiedenen antibiotischen Therapieoptionen wären hierzu als Handwerkszeug für ein optimales Management dieses bislang möglicherweise unterschätzten Querulanten in der Zukunft äußerst wünschenswert.



Autor dieser Ausgabe:

Dr. med. Daniel Beer

Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie
Praxis Dr. Knechten (PZB Aachen)

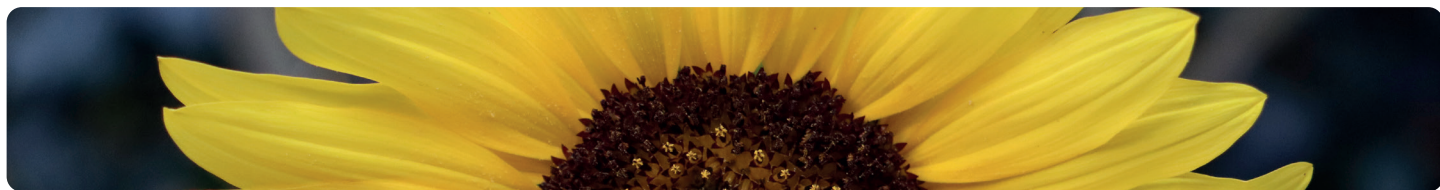
Quellen

1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Mycoplasma+genitalium&filter=date&search.y_10&sort=date, Stand 10.07.2026
2. Jansen et al. BMC Infectious Diseases (2020) 20:110 <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4831-4>
3. World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization; 2017. Report No.: 978-92-4-151288-6. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf>
4. World Health Organization. Constitution of the World Health Organisation. Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization; 2020. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=1
5. Kenyon, C. et al. The Lancet Regional Health – Europe 2023;34
6. International Journal of STD & AIDS Volume 37, Issue 6, May 2026, Pages 576-588, <https://doi.org/10.1177/09564624251359054>
7. Soni S. et al., British Association of Sexual Health and HIV National guideline for the management of infection with Mycoplasma genitalium, 2025. Int J STD AIDS. 2026 May;37(6):576-588. doi: 10.1177/09564624251359054. Epub 2025 Jul 17. PMID: 40673484.
8. Jensen JS et al., 2021 European guideline on the management of Mycoplasma genitalium infections. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 May;36(5):641-650. doi: 10.1111/jdv.17972. Epub 2022 Feb 19. PMID: 35182080.
9. CDC, Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/mycoplasma-genitalium.htm>, Zugriff 10.07.2026
10. Australian guidelines, Last updated: December, 2021, <https://sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/mycoplasma-genitalium/>, Zugriff 10.07.2026
11. Horner PJ and Martin DH. Mycoplasma genitalium infection in men. J Infect Dis 2017; 216(suppl_2): S396–S405.
12. Golden MR, Workowski KA and Bolan G. Developing a public health response to Mycoplasma genitalium. J Infect Dis 2017; 216(suppl_2): S420–S426.
13. Oakeshott P, Aghaizu A, Hay P, et al. Is Mycoplasma genitalium in women the “New Chlamydia?” A community based prospective cohort study. Clin Infect Dis 2010; 51(10): 1160–1166.
14. Glaunsinger, T. infection & more 07/2026
15. S3-Leitlinie „Urethritis bei männlichen* Jugendlichen und Erwachsenen“ (AWMF-Reg.-Nr. 013–099) Langfassung – Konsultationsfassung, Stand: Juli 2024
16. Murray GL et al, gyrA Mutations and Moxifloxacin Failure, CID 2023;76 (15 June), 2187, <https://doi.org/10.1093/cid/ciad057>
17. Tenney R., Treatment Approaches for Refractory Mycoplasma genitalium Infection, OFID 2026;13 (Suppl 2), S1381, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofad031>

Disclosure:

Der Text des vorliegenden Artikels wurde persönlich vom Autor ohne Zuhilfenahme von KI erstellt.

Die Abbildungen wurden mit Hilfe von Chat-GPT (GPT-Version 5-5, Juli 2026) erstellt.



Unsere Experten

Allgemeinmedizin/STI: Dr. med. Sven Schellberg **Chemsex-Beratung:** Dr. med. Martin Viehweger **Dermatologie:** Prof. Dr. med. Stefan Esser
Diabetologie/Endokrinologie: PD Dr. med. Sebastian Noe **Hepatology:** Prof. Dr. med. Markus Cornberg, PD Dr. med. Christian Wasmuth
Infektiologie: Dr. med. Daniel Beer, Dr. med. Silke Heldwein, Dr. med. Anja Meurer, Prof. Dr. med. Jürgen Rockstroh, Prof. Dr. med. Christoph D. Spinner
Kardiologie: Prof. Dr. med. Marcel Halbach **Klinische Forschung:** Dr. Eva Wolf, MPH **Nephrologie:** Dr. med. Ansgar Rieke
Neurologie: Prof. Dr. med. Gabriele Arendt **Onkologie:** Prof. Dr. med. Christian Hoffmann, Dr. med. Jan Siehl
Pädiatrie: Dr. med. Cornelia Feiterna-Sperling **Pharmazie:** Nikola Hanhof, Pharm., Leonie Meemken, Pharm. **Pneumologie:** Dr. med. Meike Probst
Psychiatrie: Dr. med. Christian Perro **Suchtmedizin:** Dr. med. Uwe Naumann, Dr. med. Nazifa Qurishi **Virologie:** Patrick Braun, Dipl. Biol.
Labormedizin: Prof. Dr. Carsten Tiemann **Arzt- und Medizinrecht:** Christoph Klein, RA

Mit freundlicher Unterstützung von

abbvie

GILEAD

ViiV
Healthcare

MSD

Zum besseren Lesefluss wurde nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich bezieht sich das immer auch auf weibliche und diverse Personen. Die Inhalte dieses Newsletters wurden unabhängig erstellt und unterliegen keiner Beeinflussung von Seiten der Sponsoren. Durch die fortschreitende Forschung auf dem Gebiet HIV/Hepatitis kann keine Verantwortung und Haftung für die Vollständigkeit oder Richtigkeit der Newsletter-Inhalte von Seiten InXfo übernommen werden.

Herausgeber: InXfo GmbH, Lutterothstraße 73, 20255 Hamburg

Logistik-Team: Patrick Braun, Leonie Meemken, Eva Wolf

Technischer Support: Clinovate Net

Foto: David Karner