

Respiratorische Virus Infektionen inklusive COVID-19 (CARV) bei Pati- enten mit malignen Erkrankungen: Prävention und Management

Leitlinie

Empfehlungen der Fachgesellschaft zur Diagnostik und Therapie
hämatologischer und onkologischer Erkrankungen

Herausgeber

DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und
Medizinische Onkologie e.V.
Bauhofstr. 12
10117 Berlin

Geschäftsführende Vorsitzende: Prof. Dr. med. Claudia Baldus

Telefon: +49 (0)30 27 87 60 89 - 0

info@dgho.de

www.dgho.de

Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann
Medizinischer Leiter

Quelle

www.onkopedia.com

Die Empfehlungen der DGHO für die Diagnostik und Therapie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen entbinden die verantwortliche Ärztin / den verantwortlichen Arzt nicht davon, notwendige Diagnostik, Indikationen, Kontraindikationen und Dosierungen im Einzelfall zu überprüfen! Die DGHO übernimmt für Empfehlungen keine Gewähr.

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung	2
2 Grundlagen	2
2.1 Definition	3
2.2 Epidemiologie	3
5 Diagnose	4
5.2 Diagnostik.....	4
6 Therapie	4
6.1 Therapiestruktur	4
6.1.1 Infektionskontrolle	4
6.1.2 Supportive Maßnahmen und Management	5
6.1.3 Antivirale Therapie.....	5
6.1.3.1 Influenza	7
6.1.3.2 Respiratory Syncytial Virus (RSV)	8
6.1.3.3 Parainfluenza (PIV).....	8
6.1.3.4 Adenovirus	8
6.1.3.5 Humaner Metapneumovirus (hMPV), Rhinovirus, Coronavirus und andere	8
6.1.3.6 COVID-19	8
9 Literatur	10
15 Anschriften der Verfasser	10
16 Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten	13

Respiratorische Virus Infektionen inklusive COVID-19 (CARV) bei Patienten mit malignen Erkrankungen: Prävention und Management

Stand: Mai 2026

Erstellung der Leitlinie:

- [Regelwerk](#)
- [Interessenkonflikte](#)

Autoren: Nicola Giesen, Sibylle Mellinghoff, Oliver A. Cornely, Hermann Einsele, Marcus Hentrich, Larissa Henze, Claus Peter Heußel, Christian Hohmann, Björn Jensen, Elham Khatamzas, Felix Korell, Malte B. Monin, Christina Rieger, Philippe Schafhausen, Enrico Schalk, Karsten Spiekermann, Daniel Teschner, Sebastian Voigt, Marie von Lilienfeld-Toal, Elena Busch

1 Zusammenfassung

Ambulant erworbene Virusinfektionen der Atemwege (Community-acquired respiratory tract infections (CARVs)) können bei Pat. mit Krebserkrankungen zu schweren Krankheitsbildern führen. Dies erfordert Maßnahmen zur schnellen Diagnose und zum effektiven Management.

Die Leitlinie ‚Prevention, diagnosis and management of community acquired respiratory virus infections including COVID-19 in patients with cancer: 2025 updated evidence-based guideline of the infectious diseases working party (AGIHO) of the German society of hematology and medical oncology (DGHO)‘ wurde von der Arbeitsgemeinschaft Infektionen der DGHO (AGIHO) für die Diagnostik und Therapie dieser Patienten erstellt [1]. Grundlagen der Empfehlungen sind eine systematische Literaturrecherche, die einheitliche Bewertung der Evidenzstärke [2] und ein Konsensfindungsprozess. Dies ist die Kurzfassung dieser Empfehlungen.

2 Grundlagen

Die Leitlinien beruhen auf einer systematischen Literaturrecherche und einer einheitlichen Bewertung der Empfehlungsstärke ([Tabelle 1](#)) und Qualität der Evidenz ([Tabelle 2](#)) nach den Kategorien der European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID).

Tabelle 1: Stärke der Empfehlung in Leitlinien der AGIHO

Klassifikation, Grad	Definition
A	Starke Empfehlung
B	Moderate Empfehlung
C	Schwache Empfehlung
D	Empfehlung gegen den Einsatz

Tabelle 2: Qualität der Evidenz in Leitlinien der AGIHO

Klassifikation, Grad	Definition
I	• Ergebnisse aus ≥ 1 gut geplanten, randomisierten klinischen Studie
II	• Ergebnisse aus ≥ 1 gut geplanten klinischen Studie, ohne Randomisation; • aus Kohorten- oder Fall-Kontrollstudien (möglichst aus > 1 Zentrum); • dramatische Ergebnisse aus nicht - kontrollierten Studien
III	• Basierend auf Meinungen angesehener Experten, auf klinischer Erfahrung, auf deskriptiven Fallstudien oder auf Berichten von Expertengruppen

Tabelle 3: Qualität der Evidenz in Leitlinien der AGIHO

Index (nur für Evidenzqualität Grad II)	Definition
r	Metaanalyse oder systematische Übersicht kontrollierter, randomisierter Studien
t	Evidenztransfer, d. h. Ergebnisse unterschiedlicher Patientenkohorten oder von Patienten mit ähnlichem Immunstatus
h	Vergleichsgruppe ist eine historische Kontrolle.
u	nicht-kontrollierte klinische Studie
a	Abstract, publiziert bei einem internationalen Treffen

2.1 Definition

Infektionen durch ambulant erworbene Virusinfektionen der Atemwege (Community-acquired respiratory tract Infections (CARVs)) können zu unterschiedlichen Krankheitsbildern führen. Unterschieden werden:

- Infektionen der oberen Atemwege (Upper Respiratory Tract Infection, URTI)
 - typische Symptome sind Husten, Auswurf, Halsentzündung und/oder Kurzatmigkeit
- Grippe-ähnliche Erkrankung (Influenza-like Infection, ILI)
 - typische Symptome sind plötzliches Auftreten von Fieber, allgemeines Unwohlsein, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen oder mindestens ein Symptom von Infektionen der oberen Atemwege: Husten, Halsentzündung und/oder Kurzatmigkeit
- Infektionen der unteren Atemwege (Lower Respiratory Tract Infection, LRTI)
 - klinischer oder radiologischer Nachweis einer Pneumonie

Zur Sicherung der viralen Genese ist der Virusnachweis in Abstrichen, aus Flüssigkeit von Spülungen des Nasen-Rachenraums oder einer bronchoalveolären Lavage erforderlich.

2.2 Epidemiologie

Einige CARV-ähnliche Infektionen wie Influenza oder Infektionen mit dem Respiratory Syncytial Virus (RSV) unterliegen saisonalen Schwankungen, die meisten dieser Infektionen treten in den Wintermonaten auf. Andere Erreger wie Rhinoviren oder Parainfluenza verursachen jahreszeitlich unabhängige Infektionen. Zielgerichtete Diagnostik und angemessenes, klinisches Management ist bei allen symptomatischen Patienten unabhängig von der Jahreszeit erforderlich.

CARV-Infektionen können den Krankheitsverlauf bei Pat. mit Krebserkrankung in unterschiedlicher Weise beeinflussen. Häufig führen sie zu einer Verzögerung der spezifischen, z. B. systemischen Krebstherapie. Lebensbedrohliche Verläufe sind bei Infektionen der oberen Atemwege selten. Die meisten Todesfälle treten bei Infektionen der unteren Atemwege auf. Die Mortalität hängt von dem jeweiligen Virus ab. Sie kann bei Influenza- oder RSV-Infektionen bei bis zu 25%

liegen. Diese Daten sind allerdings vorsichtig zu bewerten, weil möglicherweise ungünstige Verläufe und Beobachtungen bei hochgradig immunsupprimierten Patienten z. B. nach Stammzelltransplantation häufiger publiziert werden. Bei etwa 30% der CARV-Infektionen treten Ko-Infektionen mit Bakterien, Pilzen oder anderen Viren auf. Vor allem bakterielle und fungale Ko-Infektionen haben entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung.

Risikofaktoren für schwere Verläufe bei CARV-Infektionen sind

- maligne hämatologische Grunderkrankung
- metastasierte Krebserkrankung
- aktive Grunderkrankung
- Lymphopenie
- Immunsuppression: Steroide, Graft-versus-Host Erkrankung, Zytopenie
- Hypogammaglobulinämie
- fehlende antivirale Therapie

5 Diagnose

5.2 Diagnostik

Bei Pat. mit Krebserkrankung mit charakteristischen Symptomen einer CARV-Infektion sollte eine gezielte Diagnostik eingeleitet werden. Empfehlungen sind in [Tabelle 4](#) zusammengefasst.

Tabelle 4: Diagnostik bei Krebspatienten mit Symptomen einer CRV-Infektion

Population	Fragestellung / Ziel	Untersuchung	Empfehlung und Evidenz [2]
Symptomatische Pat. mit maligner Erkrankung	Nachweis eines viralen Erregers	Abstriche aus Nase / Rachen oder aus Flüssigkeit von Spülungen des Nasen-Rachens oder einer bronchoalveolären Lavage (BAL)	A-IItr
		Untersuchung mittels DNA/RNA Amplifikation (Nucleic acid amplification techniques, NAT)	A-IItr
	Nachweis eines viralen Erregers zum Nachweis einer SARS-Cov-2 und Influenza Infektion	Antigen Test	C-IItu
Immunsuppression mit bekannter CARV-Infektion	Nachweis virales shedding	Wiederholte Testung	B-IIu
Symptomatische Pat. mit Krebserkrankung	Nachweis einer Infektion der unteren Atemwege (LTRI) mit CARV-Infektion	CT-Thorax	A-III
		Röntgen Thorax	D-III

6 Therapie

6.1 Therapiestruktur

6.1.1 Infektionskontrolle

Angesichts des Risikos von lokalen Virusepidemien mit fatalen Konsequenzen besteht die wichtigste Maßnahme in der Infektionskontrolle. Maßnahmen sind in [Tabelle 5](#) zusammengefasst.

Tabelle 5: Infektionskontrolle von CARV-Infektionen bei Patienten mit Krebserkrankung

Population	Ziel	Maßnahme	Empfehlung und Evidenz
Immunsuppression, Krebserkrankung, enger Kontakt, medizinisches Personal	Übertragung verhindern	Hände-Hygiene	A-IIt
		Gesichtsmaske	A-IIt
		FFP2/N95 Maske vs chirurgische Maske	B-IIt
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit CARV-Infektion und Kontaktpatienten	Übertragung verhindern	Isolation	A-IIu
Allogene SCT/CAR T Zelltherapie, symptomatische CARV-Infektion	Vermeidung Progression der Infektion, Verbesserung Überleben	Wenn möglich Konditionierung verschieben	B-IIu
Alle anderen Tumorthérapien und symptomatische CARV-Infektion	Vermeidung Progression der Infektion, Verbesserung Überleben	Wenn möglich Therapie verschieben	C-III
Allogene SCT/CAR T Zelltherapie, asymptomatische CARV-Infektion	Vermeidung Progression der Infektion, Verbesserung Überleben	Wenn möglich Konditionierung verschieben	C-IIu
Alle anderen Tumorthérapien und asymptomatisches Shedding	Prävention der Erkrankungsprogression	Tumorthérapie fortführen	B-III
Immunsuppression, Krebserkrankung	Prävention einer Influenza Infektion, Überleben verbessern	Impfung gegen Influenza	A-IIu
Immunsuppression, Krebserkrankung	Prävention einer SARS-CoV-2 Infektion, Überleben verbessern	Impfung gegen SARS-CoV-2	A-IIt
Immunsuppression, Krebserkrankung	Prävention RSV Infektion, Überleben verbessern	Impfung gegen RSV	A IIt

Legende:

Abk.: SCT: Stammzelltransplantation, CAR T: chimeric-antigen-receptor Zelltherapie

6.1.2 Supportive Maßnahmen und Management

Es gibt keine belastbare Evidenz zur Wirksamkeit gängiger Maßnahmen, einschl. Hausmitteln, auf den Infektionsverlauf bei Krebspatienten. Das betrifft Vitamin C, Echinacea, Knoblauch, Zink, Inhalationen mit Luftbefeuchtern, chinesische Kräuter u. a. Auch Schmerzmittel oder nicht-steroidale Antiphlogistika haben nur wenig Einfluss auf Schwere und Dauer des Krankheitsverlaufs. Allerdings gibt es Hinweise auf einen beträchtlichen Placebo-Effekt dieser Maßnahmen. Sie können eingesetzt werden, solange kein Hinweis auf eine möglicherweise schädliche Wirkung vorliegt.

6.1.3 Antivirale Therapie

Die Empfehlungen für spezifische Arzneimittel sind in [Abbildung 1](#) und [Tabelle 6](#) zusammengefasst.

Abbildung 1: Antivirale Therapie bei respiratorischen Virus-Infektionen von Krebspatienten (außer COVID-19)

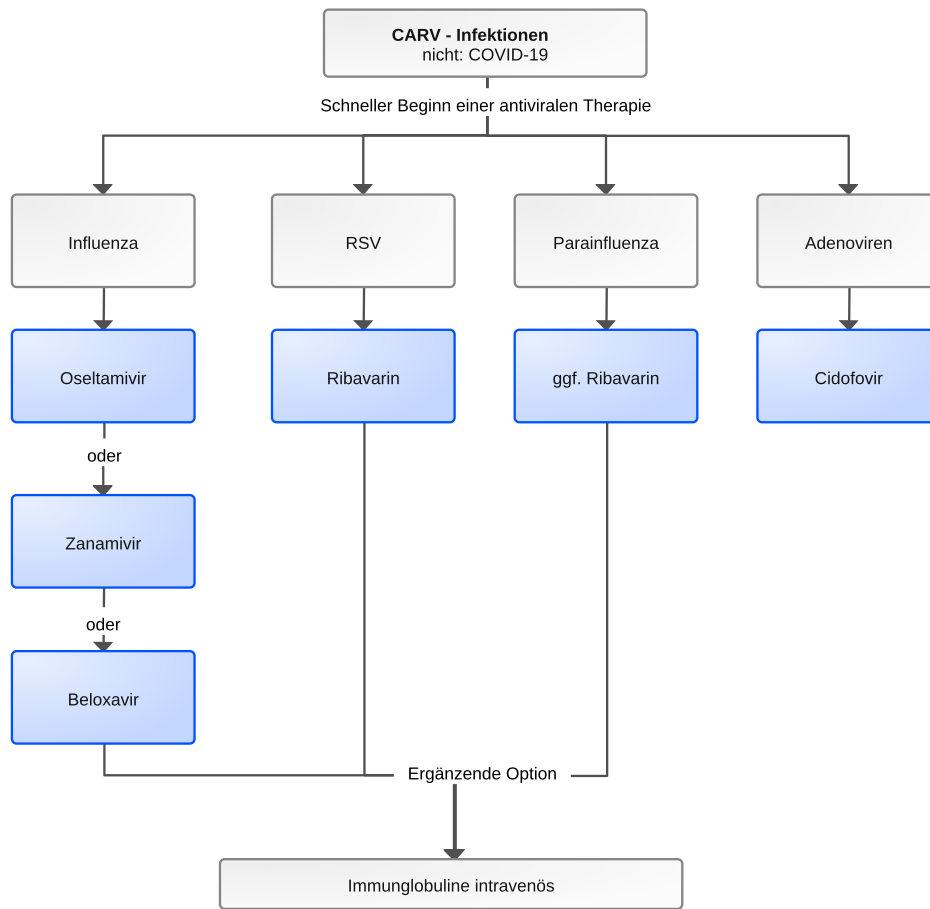


Tabelle 6: Antivirale Therapie bei CARV-Infektionen in Patienten mit Krebserkrankung: Influenza, PIV, RSV und Adenoviren

Risikogruppe	Ziel	Arzneimittel	Empfehlung und Evidenz [2]
Immunsuppression, Krebserkrankung, symptomatische CARV-Infektion	Prävention einer LRTI und Reduktion von Mortalität	Beginn einer antiviralen Therapie so schnell wie möglich	A-II
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Influenza	Prävention LRTI, Verkürzung der Krankheitsdauer	Oseltamivir	A-II
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Influenza	Prävention LRTI, Verkürzung der Krankheitsdauer	Zanamivir	A-II
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Influenza	Prävention LRTI, Verkürzung der Krankheitsdauer	Baloxavir	B-II
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Influenza	Prävention LRTI, Verbesserung Überleben	IVIg	C-III
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit RSV	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	Ribaravin	B-IIu
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit RSV	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	IVIg	B-IIu
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit RSV	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	Palivizumab	C-IIu
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Parainfluenza	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	Ribaravin	C-III
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Parainfluenza	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	IVIg	C-III
Adenovirus-assoziierte Pneumonitis	Heilung	Cidofovir	B-IIu

Legende:

Abkürzungen: LRTI - Infektion der unteren Atemwege; RSV - Respiratory Syncytial Virus;

6.1.3.1 Influenza

Traditionell wurden bei als therapiepflichtig eingestuften Pat. Amantidin oder Rimantadin eingesetzt. Die Resistenzraten sind inzwischen so hoch, dass diese Arzneimittel nicht mehr empfohlen werden. Als Arzneimittel der Wahl gelten Neuraminidase-Inhibitoren unter Abwägung von Wirksamkeit und Nebenwirkungen. Sie sind sowohl für die Therapie als auch für die Prophylaxe geeignet.

Allerdings liegen bisher kaum Daten für die Wirksamkeit dieser Arzneimittel bei Pat. mit Krebserkrankung vor. Studien wurden fast ausschließlich bei Transplantationspatienten durchgeführt. Deswegen können keine allgemeingültigen Empfehlungen für oder gegen den Einsatz spezifischer Arzneimittel bei Pat. mit Krebserkrankung gegeben werden. Es sollten lokale Protokolle zum Umgang mit Influenza, die mit den lokalen Infektiologen abgestimmt sind, Anwendung finden. Dazu gehören:

- Indikationen zur Therapie
- Indikationen zur Prophylaxe/Post-Expositionsprophylaxe
- Dosierung.

Bei der Erstellung dieser Protokolle gilt es zu beachten, dass Pat. mit Krebserkrankung deutlich länger brauchen, bis die Befunde aus respiratorischen Materialien negativ geworden sind, was eine längere Dauer der Behandlung und Hygiene-Maßnahmen in diesem spezifischen Setting rechtfertigt, in der Regel bis zum negativen Befund.

6.1.3.2 Respiratory Syncytial Virus (RSV)

RSV-Infektionen werden in der Regel mit intravenösem Immunglobulin und Ribavirin behandelt. Der monoklonale Antikörper Palivizumab ist in Europa nur für Kinder zugelassen. Sein Zusatznutzen gegenüber Immunglobulinen ist nicht sicher belegt.

6.1.3.3 Parainfluenza (PIV)

Die Erfahrungen mit antiviraler Therapie, vor allem Ribavirin, ist begrenzt. Die Wirksamkeit ist nicht sicher belegt, möglicherweise auch aufgrund späten Behandlungsbeginns und aufgrund relevanter, bakterieller Koinfektionen. Dennoch kann ein Therapieversuch mit Ribavirin gerechtfertigt sein.

6.1.3.4 Adenovirus

Eine antivirale Therapie mit Cidofovir ist bei immunsupprimierten Pat. mit Infektionen der unteren Atemwege (Pneumonie) gerechtfertigt. Experimentelle Ansätze bei Pat. nach allogener Stammzelltransplantation sind Infusionen von Spenderlymphozyten (DLI) oder der adaptive Transfer von spezifischen T-Zellen.

6.1.3.5 Humaner Metapneumovirus (hMPV), Rhinovirus, Coronavirus und andere

Die kausale Therapie mit Ribavirin hat bei diesen Virusinfektionen keine überzeugenden Ergebnisse erzielt. Deswegen können keine allgemeingültigen Empfehlungen für oder gegen den Einsatz spezifischer Arzneimittel bei Infektionen mit diesen Viren bei Pat. mit Krebserkrankung gegeben werden.

6.1.3.6 COVID-19

Die Infektion mit SARS-CoV-2 ist eine Bedrohung für immunsupprimierte Pat. Ein früher Beginn einer antiviralen Therapie ist für einen günstigen Verlauf der COVID-19 Erkrankung in dieser Population eine wichtige Voraussetzung. Deshalb sollte die Behandlung mit Nirmatrelvir/Ritonavir mit Beginn der Krankheitssymptome innerhalb von 72 Stunden eingeleitet werden, um der Krankheitsprogression, Hospitalisierung und Tod bei nicht-hospitalisierten Pat. vorzubeugen. Eine Übersicht über die evidenzbasierten Empfehlungen zum Management einer COVID-19 Erkrankung bei Pat. mit einer Krebserkrankung geben [Tabelle 7](#) und [Abbildung 2](#). Bei sehr schweren Verläufen empfehlen wir ergänzend die Übersicht in der korrespondierenden S3-Leitlinie [\[3\]](#).

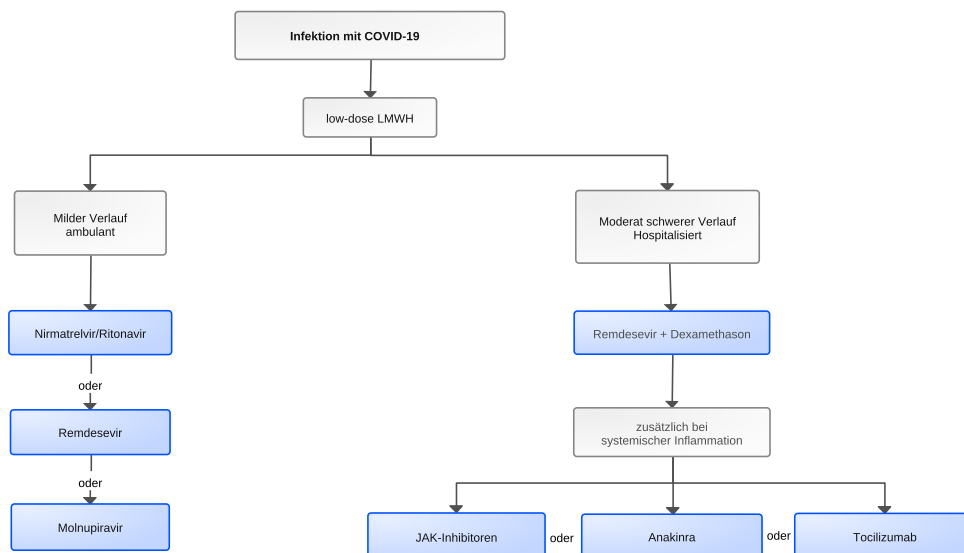
Tabelle 7: Antivirale Therapie bei CARV-Infektionen bei Pat. mit Krebserkrankung: COVID-19

Risikogruppe	Ziel	Arzneimittel	Empfehlung und Evidenz [2]
Krebserkrankung, mit COVID-19, milder Verlauf, ambulant	Prävention Hospitalisierung und/oder Tod	Nirmatrelvir/Ritonavir	A-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, milder Verlauf, ambulant	Prävention Hospitalisierung und/oder Tod	Remdesivir	A-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, milder Verlauf, ambulant	Prävention Hospitalisierung und/oder Tod	Molnupiravir	C-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, milder Verlauf ambulant, oder milder bis moderater Verlauf, hospitalisiert	Verkürzung der Krankheitsdauer, Beschleunigung der Virusclearance	Kombination Remdesivir mit Nirmatrelvir/Ritonavir	C-IIu
Krebserkrankung, mit COVID-19, hospitalisiert, moderat (Kein Sauerstoff)	Verkürzung der symptomatischen Erkrankung	Remdesivir für 5 - 10 Tage	B-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, hospitalisiert, moderat (low-flow Sauerstoff)	Reduktion von Mortalität	Dexamethason 6 mg/d für bis zu 10 Tage	A-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, hospitalisiert, moderat (low-flow Sauerstoff) und systemische Inflammation	Reduktion von Mortalität	JAK-Inhibitoren Tocilizumab Anakinra	B-II B-II C-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, alle Pat.	Prävention thromboembolischer Komplikationen	Low-dose LMWH	A-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, hospitalisiert, moderater Verlauf, weitere Risikofaktoren ¹	Prävention thromboembolischer Komplikationen und Reduktion von Mortalität	Intermediate-dose oder therapeutische Antikoagulation	B-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, hospitalisiert, schwerer Verlauf, high-flow Sauerstoff/NIV, MV, ECMO)	Prävention thromboembolischer Komplikationen und Reduktion von Mortalität	Intermediate-dose Antikoagulation	B-II
Krebserkrankung, mit COVID-19, hospitalisiert, schwerer Verlauf, high-flow Sauerstoff/NIV, MV, ECMO)	Prävention thromboembolischer Komplikationen und Reduktion von Mortalität	Routine therapeutische Antikoagulation	D-II

Legende:

Abk.: LMW: low-molecular-weight Heparin, NIV: nicht-invasive Beatmung, ECMO: extrakorporale Membranoxygenierung, MV: mechanische Beatmung

Abbildung 2: Management bei Infektion mit COVID-19 und Krebserkrankung



9 Literatur

1. Prevention, diagnosis and management of community acquired respiratory virus infections including COVID-19 in patients with cancer: 2025 updated evidence-based guideline of the infectious diseases working party (AGIHO) of the German society for hematology and medical oncology (DGHO). AnnHematol (2026) 105:46. DOI:10.1007/s00277-026-06769-9
2. Ullmann AJ, Aguado JM, Arian-Akdagli S, et al.: Diagnosis and management of Aspergillus diseases: executive summary of the 2017 ESCMID-ECMM-ERS guideline. Clin Microbiol Infect. 24(Suppl 1): e1-e38, 2018. DOI:10.1016/j.cmi.2018.01.002
3. S3-Leitlinie - Empfehlungen zur Therapie von Patienten mit COVID-19, Version 12.0 (März 2026). AWMF online. Stand 24.03.26. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/113-001>

15 Anschriften der Verfasser

Dr. med. Elena Busch

Universitätsklinikum Heidelberg
Medizinische Klinik (Kreihl-Klinik)
Innere Medizin V
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
elena.busch@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Oliver A. Cornely

Uniklinik Köln, Institut für Translationale Forschung
Zentrum für Klinische Studien
Infektiologie-Hämatologie-Onkologie
Kerpener Str. 62
50937 Köln
oliver.cornely@uk-koeln.de

Prof. Dr. med. Hermann Einsele

Universitätsklinikum Würzburg
Medizinische Klinik und Poliklinik II
Oberdürrbacher Str. 6
97080 Würzburg
einsele_h@ukw.de

PD Dr.med. Nicola Giesen

Robert-Bosch-Krankenhaus
Auerbachstr. 110
70376 Stuttgart
Nicola.Giesen@rbk.de

Prof. Dr. med. Marcus Hentrich

Rotkreuzklinikum München gGmbH
III. Medizinische Abteilung -
Hämatologie und Onkologie
Nymphenburger Str. 163
80634 München
marcus.hentrich@swmbrk.de

Dr. med. Larissa Henze

Asklepios Harzlinik Goslar
Medizinische Klinik II
Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
Kösliner Str. 12
38642 Goslar
l.henze@asklepios.com

Prof. Dr. med. Claus Peter Heußel

Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung für Diagnostische & Interventionelle Radiologie
Amalienstr. 5
69126 Heidelberg
v-thor.roentgen@med.uni-heidelberg.de

Dr. Christian Hohmann

Klinikum Bremen Mitte
Sankt-Jürgen-Str. 1
28205 Bremen
christian.hohmann@gesundheitnord.de

Dr. Björn Jensen

Universitätsklinikum Düsseldorf
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
jensen@uni-duesseldorf.de

Dr. med. Dr. phil. Elham Khatamzas

Universitätsklinikum Heidelberg
Zentrum für Infektiologie
Im Neuenheimer Feld 324
69120 Heidelberg
elham.khatamzas@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Felix Korell

Universitätsklinikum Heidelberg
Innere Medizin V
Klinik für Hämatologie, Onkologie und Rheumatologie
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
felix.korell@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Sibylle Mellinghoff

Universitätsklinikum Köln
Klinik I für Innere Medizin
Kerpener Str. 62
50937 Köln
Sibylle.mellinghoff@uk-koeln.de

Dr. med. Malte B. Monin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Onkologie, Hämatologie, KMT mit
Abteilung für Pneumologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
M.Monin@uke.de

Prof. Dr. med. Christina Rieger

Hämatologie Onkologie Germering
Landsberger Str. 27
82110 Germering
info@onkologie-germering.com

Dr. med. Philippe Schafhausen

Universitätskrankenhaus Eppendorf
II. Medizinische Klinik, UCCH,
Onkologie und Hämatologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
schafhausen@uke.de

PD Dr. med. habil. Enrico Schalk

Universitätsklinikum Magdeburg
Klinik für Hämatologie, Onkologie und Zelltherapie
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
enrico.schalk@med.ovgu.de

Prof. Dr. med. Karsten Spiekermann

Klinikum der Universität München
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Campus Großhadern
Marchioninistr. 15
81377 München
Karsten.Spiekermann@med.uni-muenchen.de

PD Dr. med. habil. Daniel Teschner

Universitätsklinikum Würzburg
Medizinische Klinik II
Oberdürrbacher Str. 6
97080 Würzburg
teschner_d@ukw.de

Prof. Dr. med. Sebastian Voigt

Universitätsklinikum Essen
Institut für Virologie
Virchowstr. 179
45147 Essen
sebastian.voigt@uk-essen.de

Prof. Dr. med. Marie von Lilienfeld-Toal

Ruhr-Universität Bochum

Institut für Diversitätsmedizin

Universitätsstr. 150

44801 Bochum

marie.vonlilienfeld-toal@ruhr-uni-bochum.de

16 Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten

nach den [Regeln der tragenden Fachgesellschaften](#)