

# 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](mailto:info@dgho.de)

[www.dgho.de](http://www.dgho.de)

## **Ansprechpartner**

Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann  
Medizinischer Leiter

## **Quelle**

[www.onkopedia.com](http://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

<b>1 Zusammenfassung</b> .....	<b>2</b>
<b>2 Grundlagen</b> .....	<b>2</b>
2.1 Definition .....	3
2.2 Epidemiologie .....	3
<b>5 Diagnose</b> .....	<b>4</b>
5.2 Diagnostik.....	4
<b>6 Therapie</b> .....	<b>4</b>
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
<b>9 Literatur</b> .....	<b>10</b>
<b>15 Anschriften der Verfasser</b> .....	<b>10</b>
<b>16 Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten</b> .....	<b>12</b>

# 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, 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	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ergebnisse aus <math>\geq 1</math> gut geplanten, randomisierten klinischen Studie</li></ul>
II	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ergebnisse aus <math>\geq 1</math> gut geplanten klinischen Studie, ohne Randomisation;</li><li>• aus Kohorten- oder Fall-Kontrollstudien (möglichst aus <math>&gt; 1</math> Zentrum);</li><li>• dramatische Ergebnisse aus nicht - kontrollierten Studien</li></ul>
III	<ul style="list-style-type: none"><li>• Basierend auf Meinungen angesehener Experten, auf klinischer Erfahrung, auf deskriptiven Fallstudien oder auf Berichten von Expertengruppen</li></ul>

**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)	<b>A-IItr</b>
		Untersuchung mittels DNA/RNA Amplifikation (Nucleic acid amplification techniques, NAT)	<b>A-IItr</b>
	Nachweis eines viralen Erregers zum Nachweis einer SARS-Cov-2 und Influenza Infektion	Antigen Test	<b>C-IItu</b>
Immunsuppression mit bekannter CARV-Infektion	Nachweis virales shedding	Wiederholte Testung	<b>B-IIu</b>
Symptomatische Pat. mit Krebserkrankung	Nachweis einer Infektion der unteren Atemwege (LTRI) mit CARV-Infektion	CT-Thorax	<b>A-III</b>
		Röntgen Thorax	<b>D-III</b>

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

Legende:

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

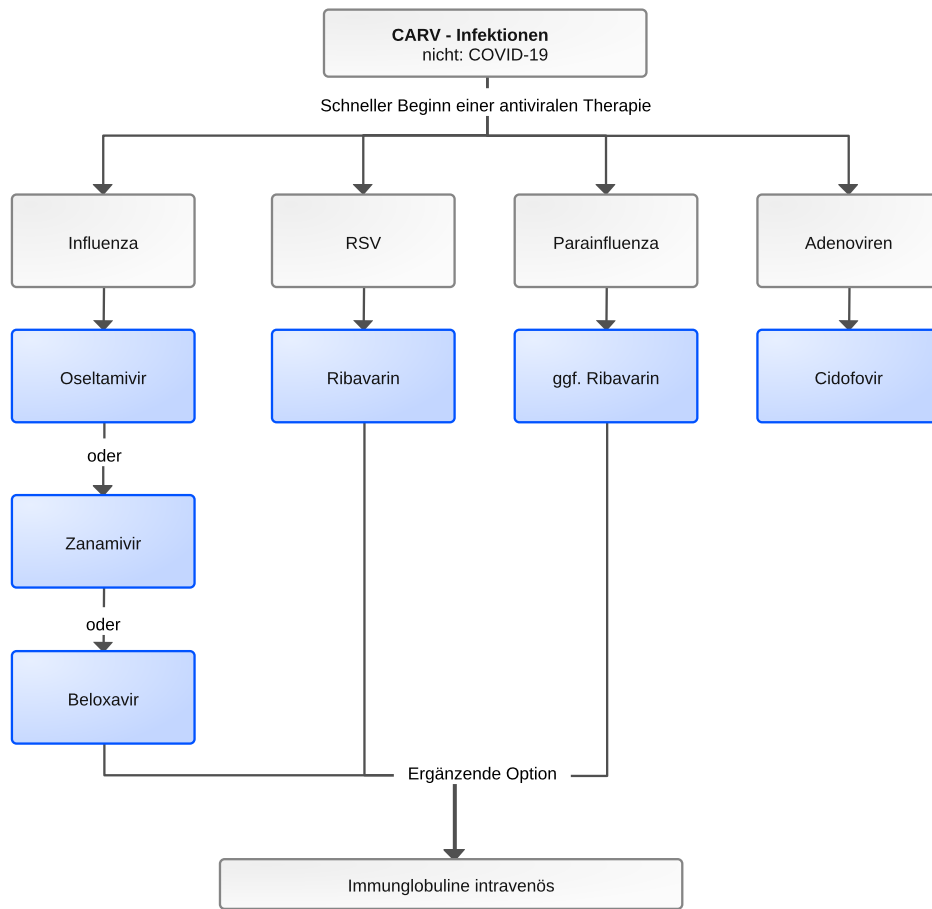
### 6.1.2 Supportive Maßnahmen und Management

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	<b>A-II</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Influenza	Prävention LRTI, Verkürzung der Krankheitsdauer	Oseltamivir	<b>A-II</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Influenza	Prävention LRTI, Verkürzung der Krankheitsdauer	Zanamivir	<b>A-II</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Influenza	Prävention LRTI, Verkürzung der Krankheitsdauer	Baloxavir	<b>B-II</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Influenza	Prävention LRTI, Verbesserung Überleben	IVIG	<b>C-III</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit RSV	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	Ribaravin	<b>B-IIu</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit RSV	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	IVIG	<b>B-IIu</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit RSV	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	Palivizumab	<b>C-IIu</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Parainfluenza	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	Ribaravin	<b>C-III</b>
Immunsuppression, Krebserkrankung, mit Parainfluenza	Verhinderung von LRTI, Verbesserung der Überlebensrate	IVIG	<b>C-III</b>
Adenovirus-assoziierte Pneumonitis	Heilung	Cidofovir	<b>B-IIu</b>

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-Inhibitor 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 [\[3\]](#).

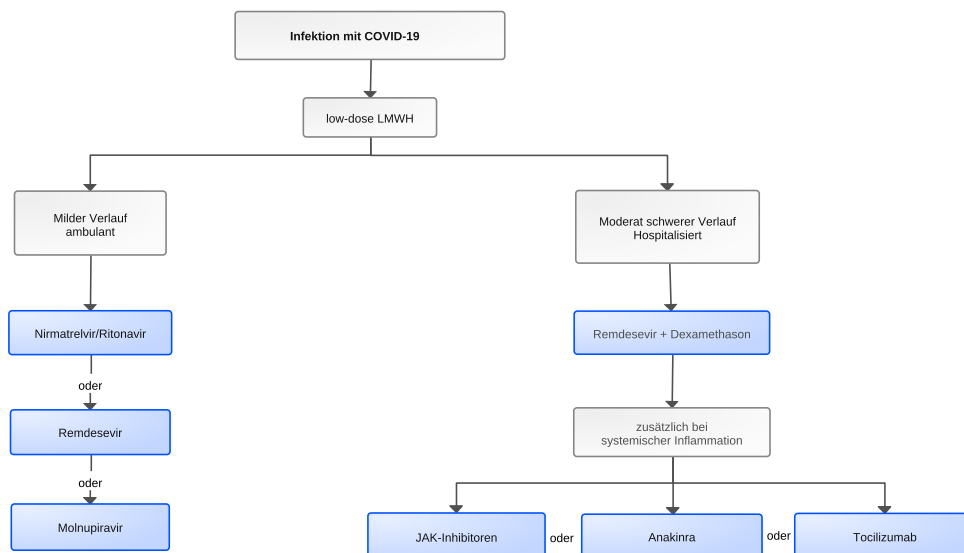
**Tabelle 7: Antivirale Therapie bei CARV-Infektionen bei Pat. mit Krebserkrankung: COVID-19**

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

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, Arikian-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](mailto:elena.busch@med.uni-heidelberg.de)

### **Prof. Dr. med. Oliver A. Cornely**

Uniklinik Köln, Klinik I für Innere Med.  
Zentrum für Klinische Studien  
Infektiologie-Hämatologie-Onkologie  
Kerpener Str. 62  
50937 Köln  
[oliver.cornely@uk-koeln.de](mailto: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](mailto:einsele_h@ukw.de)

### **PD Dr.med. Nicola Giesen**

Robert-Bosch-Krankenhaus  
Auerbachstr. 110  
70376 Stuttgart  
[Nicola.Giesen@rbk.de](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:v-thor.roentgen@med.uni-heidelberg.de)

**Dr. Christian Hohmann**

Klinikum Bremen Mitte  
Sankt-Jürgen-Str. 1  
28205 Bremen  
[christian.hohmann@gesundheitnord.de](mailto:christian.hohmann@gesundheitnord.de)

**Dr. Björn Jensen**

Universitätsklinikum Düsseldorf  
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie  
Moorenstr. 5  
40225 Düsseldorf  
[jensen@uni-duesseldorf.de](mailto: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](mailto:elham.khatamzas@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](mailto: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](mailto:M.Monin@uke.de)

**Prof. Dr. med. Christina Rieger**

Hämatologie Onkologie Germering  
Landsberger Str. 27  
82110 Germering  
[info@onkologie-germering.com](mailto:info@onkologie-germering.com)

**Dr. med. Philippe Schafhausen**

Universitätskrankenhaus Eppendorf  
II. Medizinische Klinik, UCCH,  
Onkologie und Hämatologie  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
[schafhausen@uke.de](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:teschner_d@ukw.de)

**Prof. Dr. med. Sebastian Voigt**

Universitätsklinikum Essen  
Institut für Virologie  
Virchowstr. 179  
45147 Essen  
[sebastian.voigt@uk-essen.de](mailto: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](mailto:marie.vonlilienfeld-toal@ruhr-uni-bochum.de)

## **16 Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten**

nach den [Regeln der tragenden Fachgesellschaften](#)