

## Therapieempfehlungen bei COVID-19 am UKU \_aktualisiert 15.März 2021

Bei Bedarf COVID-19-Konsil an M1C faxen (s. Homepage, Fax: 0731 500 45665), ggf. Diskussion RS mit dem Infektio-Team. M1c -45661

**Seit Februar 2021:** Indikation für Einsatz monoklonaler Antikörper (AK)- Präparate prüfen (off label): SARS-CoV-2 PCR positiv/ frühes COVID-19 noch **ohne** schwere Symptomatik, jedoch mit bestehendem Risiko für einen schweren Verlauf (z.B. kardiale/ pulmonale, chronische Leber- und Nieren- Vorerkrankungen, → siehe Infoschreiben Banlanivimab (Firma Lilly) bzw. Casirivimab/Imdevimab (Firma Roche /Regeneron). **Eine Verpflichtungserklärung ist vom Arzt zu unterzeichnen und an das BMG zu übermitteln. Fachinformationen, Erklärung und STAKOB-Therapieempfehlungen siehe Anlage**

Bei schwerem Verlauf, d.h. resp. Insuffizienz mit zusätzlichem **O2-Bedarf oder Beatmungspflichtigkeit** „spezifische“ Therapie:

Name	Mech.	Zulassung EMA	Dosierung	Kontraindikation	Bemerkung
Remdesivir (Veklury)	Nukleotid-Prodrug (Virale Polymerase Inhibitor)	Bei O <sub>2</sub> -pflichtigem COVID-19	D1: 200mg loading dose, D2-D5: 100mg/d Ggf. bis D10 verlängern	eGFR < 30ml/min ALT/AST > 5x ULN	- tägliche Kontrolle Leber- und Nierenwerte - möglichst früher Einsatz wahrscheinlich effektiver (antiviral) - ggf. auch <b>vor</b> O <sub>2</sub> -Pflichtigkeit bei Risiko für schweren Verlauf erwägen (dann off label) - Notfalldepot für Startdosis 200mg auf IOI/F1 und M1C
Dexamethason Oder Äquivalenzdosis anderes Steroid	Antiinflammation/ Immunsuppression zur Verhinderung Hyperinflammation	Off-label bei O <sub>2</sub> -pflichtigem COVID-19	6mg i.v. oder p.o. 1x/d für bis zu 10 Tage	Andere schwere Infektionen	- Benefit für hospitalisierte COVID-19 Patienten mit zusätzlichem O <sub>2</sub> -Bedarf gezeigt

- Antikoagulation: Bestehende Dauer-Antikoagulation weiterführen. Alle stationären Patienten ohne Kontraindikationen erhalten eine medikamentöse Thromboembolieprophylaxe. Bei hospitalisierten Patienten mit moderaten oder schweren Verläufen höhere Dosierung (z.B. NMH Enoxaparin gewichtsadaptiert halbtherapeutisch (z.B. bei 80kg 1x0,8 ml s.c./d oder 2x0,4 ml s.c./d), bei Risikofaktoren (z.B. sehr hohen D-Dimeren) ggf. full-dose Antikoagulation prophylaktisch).
- antibiotische Therapie: bei erhöhtem PCT/Hinweis auf bakt. Superinfektion nach Standard CAP (z.B. Unacid+Klacid) bzw. HAP (z.B. Tazobactam/Piperacillin (s. Gelbe Liste im Intranet), ggf. initial Indikation großzügig, mit Reevaluation nach 48-72h, bzgl. De-/ Eskalation
- Für alle anderen Medikamente gibt es derzeit keine Empfehlungen; ggf. **Tozilizumab** (IL-6 Blockade) i.R. ind. Heilversuch erwägen
- Einschluß RuXCoFlam Studie ( **Ruxolitinib** bei Hyperinflammation) prüfen (CIS-Score), RS Frau Prof. Döhner o/u Team Infektio.M1c
- **Anlagen:** Dokumente betreffend den Einsatz monoklonaler Antikörper Banlanivimab bzw. Casirivimab/ Imdevimab nur stationär: zur Behandlung SARS-Cov-2 Infizierter Erwachsener bzw. Kinder ab 12 J. und Gewicht mind. 40 kg, die milde bis moderate Symptome haben, jedoch Risikofaktoren für einen schweren Verlauf aufweisen (zB: Alter > 60 j.; Übergewicht; kardiovaskuläre Vorerkrankungen, incl. AHT; chron. Lungenerkrankungen; Diabetes mellitus; chron. Nierenerkrankungen; chron. Lebererkrankungen, Immunsuppression,...)