



Checkliste für zuweisende Ärztinnen und Ärzte (Therapie mit nMABs)

Kurzinformation

Eine passive Immunisierung mit SARS-CoV-2 neutralisierenden monoklonalen Antikörpern (nMABs) kann für spezielle Patientengruppen in der frühen COVID-19-Krankheitsphase sinnvoll sein und das Risiko auf Hospitalisierung und Mortalität reduzieren. Im Fokus stehen dabei **immunsupprimierte Patientinnen und Patienten**, die keine adäquate humorale Immunantwort auf Impfung und Infektion entwickeln. Eine weitere Indikationsgruppe sind **ungeimpfte und unvollständig geimpfte Personen mit Risikofaktoren für einen schweren Verlauf der Erkrankung**, die sich frühzeitig vorstellen. Die Verabreichung sollte innerhalb von 7 Tagen nach Symptombeginn erfolgen.

Unser Angebot

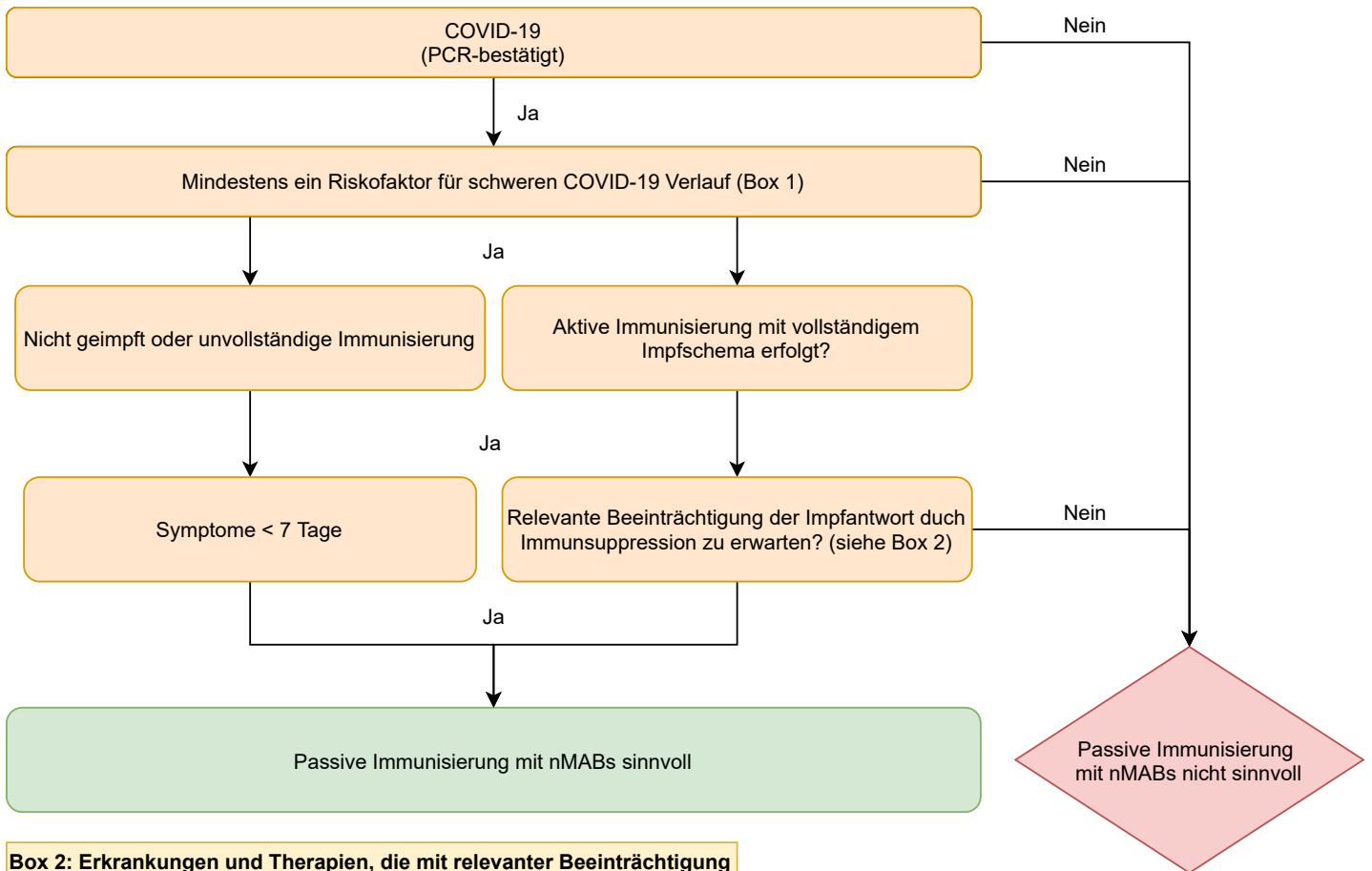
Unser Angebot ist die interkollegiale Beratung und Therapie von vitalstabilen, nicht sauerstoffpflichtigen Patientinnen und Patienten, welche nach Vorabprüfung eine Indikation zur passiven Immunisierung mit nMABs haben und von einem betreuenden Arzt zu diesem Zweck an unser Zentrum überwiesen werden. Die Therapie erfolgt unter Beachtung der Monoklonale Antikörperverordnung (MAKV) und Marktzulassung für Antikörperpräparate. Eine darüberhinausgehende Betreuung kann in diesem Rahmen nicht stattfinden und muss, falls erforderlich, durch den zuweisenden Arzt erfolgen. Falls zur An- und Abreise von unserem Zentrum ein Krankentransport erforderlich ist, bitten wir dies im Vorfeld selbst zu organisieren.

Ablauf

1. Bitte prüfen Sie, ob eine Indikation nach untenstehendem Schema (S.2) vorliegt.
2. Wenn eine Indikation vorliegt, füllen Sie die Checkliste (S.3) aus und senden diese an: covid19-passive-immunisierung@uk-koeln.de
3. Bitte achten Sie auf Vollständigkeit der Angaben und fügen Sie eine Kopie der relevanten Befunde (insbesondere PCR-Testnachweis) bei.
4. Wir werden Ihre Anfrage schnellstmöglich prüfen und Kontakt mit Ihnen aufnehmen (Bitte haben Sie Verständnis, dass wir die Indikation nicht unmittelbar mit Patienten diskutieren können).
5. Wenn eine Therapieindikation vorliegt, teilen wir Ihnen einen möglichst zeitnahen Termin mit. Die Verabreichung findet im Gebäude des **Infektionsschutzzentrums (Haus 80, blaues Gebäude)** an der Kerpener Str., Raum 21 statt. Patienten müssen sich **direkt an Raum 21 melden (Klingel)** und sollen sich **NICHT am Haupteingang** anstellen oder melden (siehe Lageplan auf S. 4).

Die Therapiezeiträume sind aktuell begrenzt auf Montag bis Freitag zwischen 09:00 und 13:00 Uhr. Es besteht kein Therapieangebot an Wochenenden und Feiertagen.

Rationaler Einsatz von nMABs zur passiven Immunisierung in der COVID-19 Frühphase (ambulant)



Box 2: Erkrankungen und Therapien, die mit relevanter Beeinträchtigung der Impfantwort einhergehen.

Therapien:

- Systemische Glukokortikoidtherapie mit intermediärer Dosierung (10 – 20 mg Prednisolonäquivalent/Tag, > 2 Wochen) oder hoher Dosierung (> 1 mg Prednisolonäquivalent/kg KG/Tag, > 2 Wochen) oder i. v. Stoßtherapie mit sehr hohen Dosen (z. B. 10 – 20 mg/kg KG/Tag Prednisolon-Äquivalent über 3 – 5 Tage in monatlicher Wiederholung)
- MTX: Erwachsene: > 20 mg/Woche; Kinder: > 15 mg/m² KOF/Woche
- Azathioprin (≥ 3 mg/kg KG/Tag)
- Cyclophosphamid
- Biologika mit schwerer immunsuppressiver Wirkung (z. B. Biologika mit B-Zell-depletierender Wirkung wie anti-CD20- Antikörper [Ocrelizumab, Rituximab]; CTLA4-Ig [Abatacept])

Grunderkrankungen:

- Schwere primäre (angeborene) Immundefekte
- Z.n. Transplantation eines soliden Organs
- Z. n. Stammzelltransplantation (mit noch unvollständiger Rekonstitution)
- HämodialysepatientInnen
- Krebserkrankungen unter immunsuppressiver, antineoplastischer Therapie
- HIV-Infektion mit ≤ 200 CD4-Zellen und/oder nachweisbarer Viruslast

(Quelle: RKI Bulletin 43/2021)

Box 1: Anerkannte Risikofaktoren.

- Alter ≥ 60 Jahre
- Diabetes mellitus
- Hämato/onkologische Erkrankungen
- Angeborene oder erworbene Immundefizienz
- Chronische Lungenerkrankung (COPD)
- Chronische Nierenerkrankung (Hämodialyse)
- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Adipositas (BMI ≥ 35)
- Chronische Lebererkrankungen
- Therapiebedürftiger Bluthochdruck
- Trisomie 21
- Neuro-psychiatrische/degenerative Erkrankungen (z.B. Demenz)

Checkliste

1. Prüfung der Indikation

Alter der erkrankten Person (mind. 18 Jahre)		
Datum positiver SARS-CoV-2 PCR Test (AG-Test reicht nicht aus)		
CT-Wert		
Datum Symptombeginn		
Erfolgte Impfungen (Datum + Wirkstoff)		Keine Impfung
1.	2.	3.
Liegen Risikofaktoren für einen schweren Verlauf vor (Zutreffendes bitte ankreuzen)?		ja nein
Alter ≥ 60 Jahre	Kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. koronare Herzkrankheit)	
Diabetes mellitus	Body Mass Index (BMI) ≥ 35	
Krebserkrankung (z.B. Leukämie)	Chronische Lebererkrankungen (z. B. Leberzirrhose)	
Angeborene oder erworbene Immundefizienz (z. B. durch Chemotherapien, anti-B-Zell-Therapie, Immunsuppressiva, Z.n. Organtransplantation,..)	Therapiebedürftiger Bluthochdruck	
Chronische Lungenerkrankung (COPD)	Trisomie 21	
Chronische Nierenerkrankung (z. B. schwere Niereninsuffizienz)	Neuro-psychiatrische/degenerative Erkrankungen (z. B. Demenz)	
		ja nein
Ist eine aktive Immunisierung nach Empfehlung der STIKO erfolgt?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Falls ja: Ist eine relevante Beeinträchtigung der Impfantwort zu erwarten (siehe Box 2, S.2)?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Falls ja: Welche?	Sonstige, ggf. nicht erfasste Gründe:	

2. Prüfung der Umsetzbarkeit

Zutreffendes bitte ankreuzen	ja	nein
Besteht eine vitale Gefährdung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine reduzierte Sauerstoffsättigung (sO2 < 95%) bei Raumluft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen andere Gründe für die Notwendigkeit einer stationären Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient/die Patientin bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient das Studienzentrum selbstständig oder mit selbst organisiertem Transport erreichen? (Aufgrund der SARS-CoV-2 Infektion darf kein öffentlicher Nahverkehr genutzt werden!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Kontaktdaten Hausarzt/Patient

Name des vorstellenden Hausarztes	
Rufnummer des Hausarztes	
E-Mail des Hausarztes	
Name, Vorname des Patienten	
Adresse	
Rufnummer Patient	

Lageplan COVID-19 Ambulanz für passive Immunisierung

