

Indikationsstellung zur Therapie des schweren Asthma mit Depemokimab¹

Allgemeine Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Datum der Basisuntersuchung: _____

DIAGNOSE:

schweres Asthma

ICD-10-KODIERUNG (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)*:

J45.14-15: Nichtallergisches Asthma bronchiale als teilweise oder unkontrolliert. und schwer bezeichnet

J45.84-85: Mischformen des Asthma bronchiale als teilweise oder unkontrolliert und schwer bezeichnet

Eignungskriterien (alle Kriterien sollten erfüllt sein):

Gemäß des Positionspapiers und der Leitlinien der deutschen Fachgesellschaften zur Anwendung von Biologika bei schwerem Asthma im deutschen Gesundheitssystem besteht die Indikation zur Behandlung mit Depemokimab¹ für Patienten, bei denen nachfolgende Kriterien bei Erstverordnung erfüllt sind:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Diagnose eines schweren Asthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unzureichende Kontrolle unter hochdosierter ICS- Therapie + LABA ± LAMA (entweder Therapie mit einem LAMA oder dokumentierter LAMA-Therapieversuch#) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Dokumentierte Asthma-Exazerbationen und/oder systemische Glukokortikoid-Therapien (trotz inhalativer Therapie) in der Vergangenheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma ist unzureichend kontrolliert (siehe unten) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Eosinophile im Blut > 150/µl [§] | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Alter mindestens 12 Jahre | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Korrekte und regelmäßige inhalative Therapie geprüft und sichergestellt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

ASTHMAKONTROLLE:

- > 2x pro Woche respiratorische Symptome
- Nächtliche Asthma-Symptome
- Inhalative Bedarfsmedikation > 2x pro Woche
- Aktivitätseinschränkung durch das Asthma

Asthma ist unzureichend kontrolliert, falls hier mindestens 1 Punkt angekreuzt wurde oder der Asthma Control Test (ACT) < 20 ist.

Ja, Asthma ist unzureichend kontrolliert.

INDIKATIONSSTELLUNG, WENN ALLE OBIGEN FRAGEN MIT JA BEANTWORTET WURDEN

Weitere Eignungskriterien (unterstützen die Depemokimab¹- Indikation, sind jedoch nicht obligat):

Begleitende CRSwNP Ja Nein

Bekanntes Ansprechen auf einen anderen, gegen den Interleukin-5-Signalweg gerichteten Antikörper² Ja Nein

Es liegt keine Schwangerschaft vor. Ja, es liegt keine Schwangerschaft vor.

INDIKATION IST GEGEBEN: NEIN JA

Geplante erste Applikation am: _____

Verordnetes Präparat (Handelsname): _____

Datum: _____ Unterschrift Verordner: _____

Depemokimab

Zulassung laut Fachinformation:

Depemokimab ist angezeigt als zusätzliche Erhaltungstherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma mit Typ-2-Entzündung, gekennzeichnet durch die Anzahl der Eosinophilen im Blut, das trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide (ICS) plus einem weiteren Arzneimittel zur Asthma-Erhaltungstherapie unzureichend kontrolliert ist.

Zulassung auch für:

CRSwNP

Verfügbare Formulierungen:

Fertigspritze 100 mg Depemokimab in 1,0 ml

Fertigtropfen 100 mg Depemokimab in 1,0 ml

Applikation: Subkutane Injektion, nach Patientenschulung auch zur Selbstapplikation zugelassen.

Lagerung: 2 °C – 8 °C.

Falls erforderlich, können der Fertigtropfen und die Fertigspritze(n) aus dem Kühlschrank entnommen werden und in der ungeöffneten Originalverpackung für bis zu 7 Tage bei Raumtemperatur (bis zu 30 °C) und vor Licht geschützt aufbewahrt werden.

Sonstige Bestandteile:

Histidin	Argininhydrochlorid	Wasser für Injektionszwecke
Histidinhydrochlorid-Monohydrat	Natriumedetat	
Trehalose-Dihydrat	Polysorbat 80 (E 433)	

Dosierung bei Asthma:

Alter	Körpergewicht	Dosierung
ab 12 J.	unabhängig	100 mg s.c. alle 6 Monate

Fachinformation Februar 2026

Bei Patienten unter 18 Jahren ist gemäß Leitlinien^{2,3} eine LAMA-Therapie bzw. ein LAMA-Therapie-Versuch keine zwingende Voraussetzung für eine Biologika-Therapie.

§ Bei fehlender Dauertherapie mit systemischen Steroiden empfehlen das Positionspapier und die Leitlinien der deutschen Fachgesellschaften einen Grenzwert von > 300 Eosinophilen/µl Blut, da bei diesem Grenzwert das Vorliegen eines eosinophilen Asthma und eines Ansprechens der Depemokimab-Therapie deutlich wahrscheinlicher ist.

Literatur:

¹ Positionspapier zur Dokumentation von Biologika - Therapien bei schwerem Asthma: Empfehlungen von AeDA, DGP, BdP, GAN, DGAKI, GPP und GPA. Allergo J 2026/ Pneumologie 2026

² Chupp et al., Am J Crit Care Med 2026

* Auch für rein allergisches schweres Asthma besteht formal eine Zulassung. Anti-IL-5-(R)-Biologika zeigen jedoch keine Wirksamkeit auf Allergen-induzierte Asthma-Symptome (Leckie et al., Lancet 2000; Gauvreau et al., Eur Respir J 2024), und sind daher bei rein Allergen-induzierten Asthma-Formen nicht Mittel der ersten Wahl.