Verlaufskontrolle der Biologika-Therapie des schweren Asthma:

☐ Nach 3 - 6 Monaten Therapie ☐ Nach ≥ 12 Monaten Therapie

Allgemeine Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Datum der Verlaufsbeurteilung: _____

AKTUELLE DIAGNOSE:

Allergisches Asthma bronchiale

- ☐ J45.03: gut kontrolliert und schwer
- ☐ J45.04: teilw. kontrolliert und schwer
- ☐ J45.05: unkontrolliert und schwer

Nichtallergisches Asthma bronchiale

- ☐ J45.13: gut kontrolliert und schwer
- ☐ J45.14: teilw. kontrolliert und schwer
- ☐ J45.15: unkontrolliert und schwer

Mischformen des Asthma bronchiale

- ☐ J45.83: gut kontrolliert und schwer
- ☐ J45.84: teilw. kontrolliert und schwer
- ☐ J45.85: unkontrolliert und schwer

Aktuelles Biologikum: _____ **Therapie mit diesem Biologikum seit:** _____

Fortführung der ICS-Hochdosis-Therapie: ☐ Ja ☐ Nein (ICS-Dosisreduktion)

Fortführung der LABA-Therapie: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht vertragen

Fortführung der LAMA-Therapie: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht vertragen

Exazerbationen seit Biologikum-Start: ☐ unverändert ☐ reduziert ☐ nicht mehr aufgetreten*

Asthma-bedingte Prednisolon-Therapie: ☐ unverändert ☐ reduziert ☐ komplett beendet*

Aktuelle Symptome:

ACT _____ Punkte* **und / oder klinisch** ☐ Asthma gut kontrolliert* ☐ Asthma teilweise kontrolliert ☐ Asthma unkontrolliert

FEV_1 vor Start der Therapie mit Biologikum: _____ L und / oder _____% Soll **Aktuelle FEV_1:** _____ L und / oder _____% Soll*

Ist ein für den Patienten wesentliches Asthma-Symptom verbessert? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____

Besteht / bestehen Komorbidität(en), welche die Asthma-Kontrolle beeinflussen? ☐ Nein

- ☐ Adipositas
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ COPD
- ☐ Chronische Rhinosinusitis +/- Nasenpolypen
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Reflux-Erkrankung
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Herzinsuffizienz

Traten persistierende Nebenwirkungen in Zusammenhang mit der Biologika-Therapie auf? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____

THERAPIEENTSCHEIDUNG:

DIE INDIKATION ZUR FORTSETZUNG DER BIOLOGIKA-THERAPIE IST GEGEBEN: ☐ JA ☐ NEIN

Datum: _____ Verordner: _____ Unterschrift: _____

Optionale Zusatz-Information nach mindestens 12 Monaten Therapie§:

Besteht unter der aktuellen Biologika-Therapie eine Asthma-Remission? ☐ Ja ☐ Nein

*Remissions-Kriterien (über einen Zeitraum von mind. 12 Monaten, alle Kriterien müssen erfüllt sein):
(gemäß Lommatzsch et al., Lancet Respir Med 2025):

- ☐ Keine Exazerbationen
- ☐ Keine Prednisolon-Behandlung für die Indikation Asthma
- ☐ ACT ≥ 20 bzw. Asthma gut kontrolliert
- ☐ FEV_1 - Abfall ≤ 5 Soll-%-Punkte seit Beginn der Biologika-Therapie oder aktuelle FEV_1 ≥ 80 % Soll

§ für wissenschaftliche Auswertungen, nicht obligat für die Entscheidung zur Therapie-Fortführung.

29.09.2025