



20.03.2026, München

DGP 2026: Depemokimab im interdisziplinären Dialog – ultra-langwirksame Therapie bei Atemwegserkrankungen

- Mit Depemokimab steht bei schwerem, unkontrolliertem Asthma mit Typ-2-Inflammation und schwerer, unkontrollierter CRSwNP erstmals ein ultra-langwirksames Biologikum zur Verfügung. Klinische Studien belegen bei halbjährlicher Gabe eine Reduktion schwerer Exazerbationen um bis zu 58 % bei schwerem, unkontrolliertem Asthma sowie eine signifikante Verbesserung der Nasenpolypenlast und nasalen Obstruktion bei schwerer, unkontrollierter CRSwNP
- Viele Patienten* leiden gleichzeitig an schwerem, unkontrolliertem Asthma und CRSwNP und zeigen in Subgruppenanalysen unter Depemokimab eine Exazerbationsreduktion von 69 % gegenüber 51 % bei Patienten ohne CRSwNP-Komorbidität
- Eine frühzeitige Intervention mit Depemokimab kann dazu beitragen, langfristige Therapieziele, einschließlich nachhaltiger Krankheitskontrolle, zu erreichen und zu erhalten

Anlässlich des 66. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) unter dem Motto „Zukunft atmen – Innovation und Menschlichkeit“ präsentierte GSK im Rahmen eines Pressegesprächs am 18. März 2026 in München neue Perspektiven für die Behandlung von Atemwegserkrankungen. Im Mittelpunkt stand Depemokimab (*EXDENSUR*), das erste ultra-langwirksame Biologikum bei Atemwegserkrankungen, das mit nur zwei subkutanen Injektionen pro Jahr eine anhaltende Unterdrückung der Typ-2-Inflammation ermöglichen kann. Das Pressegespräch beleuchtete dabei nicht nur die klinische Evidenz bei schwerem, unkontrolliertem Asthma und schwerer, unkontrollierter chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP), sondern auch die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pneumologie und HNO für eine optimale Patientenversorgung.

Hoher medizinischer Bedarf: Unkontrollierte Erkrankung trotz maximaler inhalativer Therapie

Trotz verfügbarer Standardtherapien bleibt die Erkrankungslast für viele Patienten mit schwerem Asthma oder schwerer CRSwNP erheblich. Mehr als die Hälfte der Patienten mit schwerem Asthma erreicht trotz hochdosierter ICS/LABA-Therapie keine ausreichende Krankheitskontrolle, was langfristig zu einer progredienten Beeinträchtigung der Lungenfunktion beitragen kann.^{a,b,1-4} Dabei ist die Zeit ein entscheidender Faktor: Eine frühzeitige Biologika-Therapie kann durch die anhaltende Unterdrückung der Typ-2-Inflammation einer Progredienz der Erkrankung entgegenwirken und die Lebensqualität der Patienten erhöhen.⁵⁻⁸ Die Erkrankungen sind zudem häufig miteinander verknüpft: Bis zu 41 % der Patienten mit schwerem Asthma weisen eine komorbide CRSwNP auf, umgekehrt haben

^a Das Internationale Register für schweres Asthma (ISAR) erfasste Daten von Erwachsenen (≥ 18 Jahre) mit schwerem Asthma, die gemäß GINA-Stufe 5 behandelt wurden oder deren Asthma in Stufe 4 nicht ausreichend kontrolliert war. Die Basisdaten wurden zwischen Dezember 2014 und Dezember 2017 in den USA, Großbritannien, Südkorea, Italien, Australien, Singapur und Neuseeland erhoben.¹

^b Daten der US-amerikanischen Nationalen Gesundheits- und Wellnessstudie (NHS) von 2011–2013 identifizierten 1.923 Erwachsene mit ärztlich diagnostiziertem Asthma unter ICS/LABA-Therapie und mindestens einer asthmabedingten Komorbidität. Asthmakontrolltest sowie Ergebnisse hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität, Arbeitsproduktivität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten wurden mithilfe von generalisierten linearen Modellen, für Kovarianten adjustiert und analysiert.²



ca. 65 % der CRSwNP-Patienten ein komorbides Asthma.⁹⁻¹¹ Diese doppelte Krankheitslast unterstreicht, warum beide Erkrankungen auch gemeinsam betrachtet und behandelt werden sollten.⁴

Ultra-langwirksam: Therapieinnovation mit Relevanz für Patienten und Praxisalltag

Depemokimab kombiniert eine hohe Bindungsaffinität zu Interleukin-5 (IL-5) mit einer verlängerten Halbwertszeit und ermöglicht so ein Dosierungsintervall von sechs Monaten.¹² Dass dies nicht nur für die Praxis, sondern auch für die Patienten relevant ist, zeigen Real-World-Daten: Biologika mit seltenerer Dosierung werden von Patienten meist termingerechter verabreicht.^{13,14} Zudem gaben 68 % der Befragten in einer internationalen Patientenbefragung an, eine Biologika-Injektion in Betracht zu ziehen, wenn diese alle sechs Monate im Rahmen der regulären Kontrolluntersuchung erfolgen würde.^{13,14} Diese Daten unterstreichen das Potenzial von Depemokimab, die Therapieadhärenz als eine zentrale Herausforderung in der Langzeittherapie von Atemwegserkrankungen zu adressieren. „Bei schwerem, unkontrolliertem Asthma zählt der richtige Zeitpunkt: Wer frühzeitig biologisch interveniert, kann irreversiblen Gewebeschäden zuvorkommen und die Grundlage für eine langfristige Krankheitskontrolle legen. Das halbjährliche Dosierungsintervall von Depemokimab kann dabei gerade Biologika-naiven Patienten den Einstieg in die Biologika-Therapie erleichtern“, betonte **Prof. Dr. Dirk Skowasch, Universitätsklinikum Bonn**.

Klinische Evidenz bei schwerem, unkontrolliertem Asthma: SWIFT-Studien

In den beiden randomisierten, placebokontrollierten Phase-III-Studien SWIFT-1 und SWIFT-2 reduzierte Depemokimab die jährliche Rate schwerer Exazerbationen gegenüber Placebo um 58 % bzw. 48 %.¹⁵ Dabei profitierten insbesondere Patienten mit komorbider CRSwNP: Eine Post-hoc-Analyse zeigte in dieser Subgruppe eine Exazerbationsreduktion von 69 % gegenüber 51 % bei Patienten ohne CRSwNP-Komorbidität.¹⁶ In einer gepoolten Analyse beider Studien wurden Exazerbationen, die eine Hospitalisierung oder einen Notaufnahmebesuch erforderten, um 72 % reduziert.¹⁵

Klinische Evidenz bei schwerer, unkontrollierter CRSwNP: ANCHOR-Studien

In den Phase-III-Studien ANCHOR-1 und ANCHOR-2 verbesserte Depemokimab signifikant den Nasenpolypen-Score (NPS) sowie die nasale Obstruktion, als eines der belastendsten Symptome der CRSwNP.¹⁷ Auch sekundäre Endpunkte wie Hyposmie, Rhinorrhö und der SNOT-22-Score verbesserten sich konsistent gegenüber Placebo.¹⁷

Interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine optimale Patientenversorgung

„Die Tatsache, dass rund 65 % der CRSwNP-Patienten gleichzeitig an Asthma leiden, unterstreicht, wie wichtig die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen HNO und Pneumologie ist. Depemokimab kann beide Erkrankungen adressieren und das mit demselben Therapieprinzip“, sagte **PD Dr. Adam Chaker, Klinikum der Technischen Universität München**. Für Patienten mit schwerer, unkontrollierter CRSwNP kann Depemokimab dazu beitragen, wiederholte operative Eingriffe zu vermeiden sowie Symptomkontrolle und Lebensqualität zu verbessern.¹⁷ Beiden Erkrankungen liegt häufig ein gemeinsames immunologisches Fundament zugrunde: eine chronische Typ-2-Inflammation, die durch Zytokine wie IL-4, IL-5 und IL-13 reguliert wird und damit die wissenschaftliche Grundlage für einen integrierten Therapieansatz bildet. Depemokimab als erstes ultra-langwirksames Biologikum bei Atemwegserkrankungen setzt hier an und kann sowohl bei schwerem, unkontrolliertem Asthma als auch bei schwerer, unkontrollierter CRSwNP mit Typ-2-Inflammation eingesetzt werden.

Über die Phase-III-Studien SWIFT

Die klinischen Studien SWIFT-1 und SWIFT-2 untersuchten die Wirksamkeit und Sicherheit der Depemokimab-Begleittherapie bei insgesamt 762 Teilnehmenden mit schwerem, unkontrolliertem Asthma. Diese wurden randomisiert und erhielten entweder Depemokimab oder ein Placebo zusätzlich zu ihrer Standardtherapie (SOC), bestehend aus mittel- bis hochdosierten inhalativen Kortikosteroiden plus mindestens einem weiteren Controller.¹⁵

Über die Phase-III-Studien ANCHOR

Die klinischen Studien ANCHOR-1 und ANCHOR-2 umfassten insgesamt 528 Patienten mit unzureichend kontrollierter, schwerer CRSwNP einschließlich Nasenpolypen in beiden Nasenhöhlen (endoskopischer bilateraler NPS ≥ 5). Die Teilnehmenden hatten entweder bereits eine oder mehrere Operationen aufgrund von CRSwNP hinter sich, zuvor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden (SCS) erhalten oder waren intolerant gegenüber

Presseinformation

Für die medizinische Fachpresse



SCS. Die Patienten erhielten Depemokimab oder Placebo in sechsmonatigen Intervallen (alle 26 Wochen) zusätzlich zur SOC-Therapie (Erhaltungstherapie mit intranasalen Kortikosteroiden).¹⁷

Sowohl in den SWIFT- als auch in den ANCHOR-Studien war Depemokimab gut verträglich, mit einem Sicherheitsprofil vergleichbar zu Placebo.^{15,17}

Über Depemokimab

Depemokimab ist das erste ultra-langwirksame Biologikum für die Behandlung von schwerem, unkontrolliertem Asthma und schwerer, unkontrollierter CRSwNP bei zugrundeliegender Typ-2-Inflammation. Depemokimab ist angezeigt als zusätzliche Erhaltungstherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma mit Typ-2-Inflammation, gekennzeichnet durch die Anzahl der Eosinophilen im Blut, das trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide (ICS) plus einem weiteren Arzneimittel zur Asthma-Erhaltungstherapie unzureichend kontrolliert ist, sowie als Zusatztherapie mit intranasalen Kortikosteroiden zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schwerer CRSwNP, die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann. Es kombiniert eine hohe Bindungsaffinität zu Interleukin-5 (IL-5) und eine hohe Wirksamkeit mit einer verlängerten Halbwertszeit, um eine zweimal jährliche Dosierung zu ermöglichen.^{15,17} Depemokimab ist in Deutschland ab dem 1. April 2026 in der Lauer-Taxe verfügbar.

Über GSK im Bereich Atemwegserkrankungen

GSK baut auf jahrzehntelanger Pionierarbeit auf, um ambitioniertere Behandlungsziele zu erreichen, den nächsten Standard der Versorgung zu entwickeln und die Zukunft der Atemwegsmedizin für 100 Millionen Menschen mit Atemwegserkrankungen neu zu definieren. Mit einem branchenführenden Atemwegsportfolio und einer Pipeline aus Impfstoffen, zielgerichteten Biologika und inhalativen Medikamenten konzentriert sich GSK darauf, das Leben von Patienten mit allen Formen von Asthma und COPD oder seltenen Erkrankungen zu verbessern – GSK nutzt die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Technologien mit dem Ziel, die zugrundeliegende Krankheitsdysfunktion zu beeinflussen und eine Krankheitsprogression zu verhindern.

Über GSK

GSK ist ein globales Biopharma-Unternehmen mit dem Ziel, Wissenschaft, Technologie und Talent zu vereinen, um gemeinsam Krankheiten voraus zu sein. Weitere Informationen finden Sie unter www.de.gsk.com.

Ansprechpartner für Journalisten

Sandra Rohnbogner
Business Communications Manager
Communications & Government Affairs
Telefon: +49 172 7056791
E-Mail: sandra.c.rohnbogner@gsk.com

Peter Hepfinger
Therapeutics Communications Team Lead
Communications & Government Affairs
Telefon: +49 162 4108760
E-Mail: peter.n.hepfinger@gsk.com

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, Prinzregentenplatz 9, 81675 München

Sitz der KG ist München
Amtsgericht München HRA 78754
Komplementärin:
Allen Pharmazeutika Gesellschaft mbH, Sitz Wien
Handelsgericht Wien FN 93449 a
Geschäftsführung:
René Jensen

*Info: Gendergerechte Sprache: Dieser Text schließt prinzipiell alle Geschlechter mit ein. Zur besseren Lesbarkeit wird jedoch nur eine Geschlechtsform verwendet – welche das ist, liegt im Ermessen derjenigen, die den Text verfasst haben

NP-DE-DEPE-PRSR-260002, 03/2026

Referenzen

1. Wang E et al. *Chest*. 2020;157(4):790-804.
2. Lee LK et al. *Journal of Asthma*. 2018;55(2):208-219.



3. AWMF. Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma. AWMF-Register-Nr. nvl-002. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-002>. Letzter Zugriff: 19.03.2026.
4. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Aktualisiert im Mai 2025. Verfügbar unter: www.ginasthma.org. Letzter Zugriff: 19.03.2026.
5. Soremekun S et al. *Thorax*. 2023;78(7):643-652.
6. Lommatzsch M. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 2024;30(3):325-329.
7. Busse WW et al. *Eur Respir Rev*. 2022;31(163):210183.
8. Busse WW et al. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2024;12(4):894-903.
9. Canonica GW et al. *Respiratory Medicine*. 2020;166:105947.
10. Castillo JA et al. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: Global*. 2023;2(4):100134.
11. Bachert C et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2021;147(1):29-36.
12. Singh D et al. *Brit J Clinical Pharma*. 2022;88(2):702-712.
13. Ledford DK et al. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2023;131(5):598-605.e3.
14. Tal-Singer R et al. *PPA*. 2025;Volume 19:1159-1170.
15. Jackson DJ et al. *N Engl J Med*. 2024;391(24):2337-2349.
16. Heffler E et al. Präsentiert auf dem ERS-Kongress 2025 [#OA2334].
17. Gevaert P et al. *The Lancet*. 2025;405(10482):911-926.
18. NCT05263934 (OCEAN). Verfügbar unter: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05263934>. Letzter Zugriff: 19.03.2026.
19. NCT05334368 (DESTINY). Verfügbar unter: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05334368>. Letzter Zugriff: 19.03.2026.
20. NCT06959095 (ENDURA-1). Verfügbar unter: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06959095>. Letzter Zugriff: 19.03.2026.
21. NCT06961214 (ENDURA-2). Verfügbar unter: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06961214>. Letzter Zugriff: 19.03.2026.
22. NCT07177339 (VIGILANT). Verfügbar unter: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT07177339>. Letzter Zugriff: 19.03.2026.