

10.09.2026, München

ERS 2026 – Rechtzeitige Intervention bei Typ-2-Inflammation: Neue 2-Jahres-Daten zu Depemokimab bei Asthma, neue Erkenntnisse zu Mepolizumab bei COPD

- Depemokimab zeigt über 2 Jahre anhaltend hohe Ansprechraten bei schwerem, unkontrolliertem Asthma mit Typ-2-Inflammation* – Remissionsraten von 34 % bei kürzerer vs. 23 % bei längerer Krankheitsdauer deuten auf die Relevanz rechtzeitiger Intervention hin
- Wirksamkeit von Mepolizumab als Zusatztherapie zur inhalativen Dreifachtherapie bereits in frühen COPD-Stadien erkennbar: Deskriptive gepoolte Analyse zeigte bei COPD-Patienten mit eosinophilem Phänotyp (BEC ≥ 300 Zellen/ μ l) und geringerer Atemwegsobstruktion (GOLD 2) ein stärkeres SGRQ-Ansprechen als bei fortgeschrittener Erkrankung
- Zusammen verdeutlichen die neuen ERS-2026-Daten, dass Typ-2-Inflammation bei Asthma und COPD gleichermaßen relevant ist und unterstreichen den Wert einer rechtzeitigen, gezielten Biologika-Therapie

Auf dem ERS Kongress 2026 der European Respiratory Society wurden neue Daten zu Depemokimab (Exdensur)¹ bei schwerem, unkontrolliertem Asthma und Mepolizumab (Nucala)² bei COPD präsentiert. Beide Wirkstoffe adressieren die zugrundeliegende Typ-2-Inflammation als gemeinsamen Treiber unterschiedlicher Atemwegserkrankungen – mit dem Ziel, Exazerbationen zu reduzieren und die Krankheitslast für Patienten[†] mit besonders hohem Versorgungsbedarf zu senken. Die Ergebnisse liefern weitere Evidenz dafür, dass ein rechtzeitiger und konsequenter Einsatz zielgerichteter Therapien den Krankheitsverlauf über verschiedene Indikationen hinweg nachhaltig positiv beeinflussen kann.

Rechtzeitige Intervention zahlt sich aus: Vorteile bei kürzerer Krankheitsdauer

Neue 2-Jahres-Daten aus dem integrierten SWIFT-AGILE-Studienprogramm zeigten, dass Depemokimab bei Erwachsenen und Jugendlichen ≥ 12 Jahre mit schwerem Asthma und Typ-2-Inflammation* unabhängig von der Krankheitsdauer bei Therapiestart wirksam sein kann.³ In der Analyse von 419 Patienten blieb die Wirksamkeit – gemessen an der annualisierten Exazerbationsrate und der Rate klinischer Remission – unabhängig von der Asthma-Dauer bei Baseline über den 2-Jahres-Zeitraum erhalten.³ Gleichzeitig zeigte sich ein Trend zu einer höheren Remissionsrate bei kürzerer Krankheitsdauer: Nach 2 Jahren erreichten 34 % der Patienten mit einer Krankheitsdauer von unter 10 Jahren eine klinische Remission, verglichen mit 23 % bei einer Krankheitsdauer von 34 Jahren oder mehr.³ Auch bei der Exazerbationsrate war eine Krankheitsdauer von unter 10 Jahren mit dem niedrigsten Wert assoziiert (annualisierte Rate: 0,45 vs. 0,55–0,59 in den übrigen Gruppen).³ Die Daten unterstützen damit die Bedeutung eines rechtzeitigen Therapiestarts mit Biologika, um den Krankheitsverlauf bei schwerem Asthma möglichst früh positiv zu beeinflussen.

Anhaltendes Asthma-Therapieansprechen über 2 Jahre – auch bei komorbider CRSwNP

Auch bei Patienten mit schwerem Asthma und begleitender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) zeigte Depemokimab ein konsistentes Ansprechen über den 2-Jahres-Zeitraum.⁴ In einer Analyse von 88 Patienten mit dieser häufigen Komorbidität erreichten 88 % eine Reduktion der Exazerbationsrate um mindestens die Hälfte. 82 % erreichten eine klinisch relevante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (St George's Respiratory Questionnaire [SGRQ]-Score um ≥ 4 Punkte) und 66 % eine relevante Verbesserung der Asthmakontrolle (ACQ-5-Score um $\geq 0,5$ Punkte).⁴ Ein vergleichbarer Trend zeigte sich unabhängig vom

Startzeitpunkt der Therapie: Auch Patienten, die Depemokimab erst im Rahmen der Extensionsphase erhielten (zuvor Placebo), profitierten in ähnlicher Weise.⁴ Ein vergleichbar starkes Ansprechen zeigte sich auch bei Patienten, die zu Studienbeginn unkontrollierte Symptome aufwiesen (ACQ-5 $\geq 1,5$): Hier erreichten 87 % eine Exazerbationsreduktion um mindestens 50 % und 73 % eine relevante Verbesserung der Asthmakontrolle.⁵

Dass ein früher, gezielter Eingriff in die Typ-2-Inflammation den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen kann, zeigt sich nicht nur bei schwerem Asthma, sondern auch bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), wie neue Daten zu Mepolizumab belegen.

Mepolizumab-Nutzen bereits in frühen COPD-Stadien erkennbar

Eine deskriptive gepoolte Analyse der Phase-III-Studien METREX, METREO und MATINEE zeigte, dass Mepolizumab bei Patienten mit COPD und eosinophilem Phänotyp die Exazerbationsrate unabhängig vom Schweregrad der Atemwegsobstruktion reduzierte.⁶ Die annualisierte Rate mittelschwerer bis schwerer Exazerbationen sank bei Patienten mit GOLD 2 um 22 % (Eosinophilenzahl im Blut [BEC] ≥ 150 Zellen/ μ L) bzw. 18 % (BEC ≥ 300 Zellen/ μ L).⁶ Bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung (GOLD 3+4) um 19 % (BEC ≥ 150 Zellen/ μ L) bzw. 24 % (BEC ≥ 300 Zellen/ μ L).⁶ Deutliche Unterschiede zeigten sich hingegen bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SGRQ): Ein klinisch relevantes Ansprechen (Verbesserung um ≥ 4 Punkte) zeigte sich unter Mepolizumab bei Patienten mit GOLD 2 bei 53 % (BEC ≥ 150 Zellen/ μ L) bzw. 56 % (BEC ≥ 300 Zellen/ μ L) der Patienten, verglichen mit 46 % bzw. 49 % unter Placebo (Odds Ratio [OR]: 1,38 bzw. 1,37). Bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung (GOLD 3+4) lag das Ansprechen bei 40 % (BEC ≥ 150 Zellen/ μ L) bzw. 44 % (BEC ≥ 300 Zellen/ μ L) unter Mepolizumab, verglichen mit 38 % bzw. 40 % unter Placebo (OR: 1,06 bzw. 1,14).⁶ Das häufigere SGRQ-Ansprechen im frühen Krankheitsstadium legt nahe, dass ein rechtzeitiger Therapiebeginn einer Verschlechterung der Lebensqualität vorbeugen könnte.⁶

Trotz optimaler inhalativer Dreifachtherapie: Exazerbationsrisiko bei Typ-2-Inflammation bleibt bestehen

Wie relevant dieser frühzeitige Ansatz ist, unterstreichen zwei retrospektive Kohortenstudien aus Großbritannien auf Basis von CPRD Aurum und Hospital Episode Statistics.^{7,8} Sie zeigten, dass rund ein Drittel der COPD-Patienten mit Typ-2-Inflammation trotz optimaler inhalativer Dreifachtherapie weiterhin exazerbiert.⁷ Von den 15.370 Patienten (BEC ≥ 150 Zellen/ μ L), die für die Ein-Jahres-Mortalität analysiert wurden, verstarben 26 % jeglicher Ursache, wobei ca. 20 % der Todesfälle COPD-bedingt waren.⁷ Gleichzeitig erhielt weniger als die Hälfte der Patienten zu Studienbeginn eine BEC-Bestimmung, obwohl eine Testung mit weniger Exazerbationen assoziiert war.⁸ Die Daten verdeutlichen einen anhaltenden ungedeckten medizinischen Bedarf und sprechen dafür, die BEC-Testung stärker in der Versorgungsroutine zu verankern, um Patienten frühzeitig zu identifizieren, die von gezielt gegen Typ-2-Inflammation gerichteten Therapien profitieren könnten.^{7,8}

Wirksamkeit von Mepolizumab unabhängig vom Raucherstatus

Eine weitere deskriptive gepoolte Analyse der drei Phase-III-Studien zeigte, dass die Wirksamkeit von Mepolizumab nicht vom Raucherstatus abhängt.⁹ Sowohl bei ehemaligen als auch bei aktuellen Rauchern mit eosinophilem Phänotyp reduzierte sich die Rate mittelschwerer bis schwerer Exazerbationen im Vergleich zu Placebo: Bei ehemaligen Rauchern um 19 % (BEC ≥ 150 Zellen/ μ L; Rate Ratio [RR]: 0,81; 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 0,71–0,92) bzw. 25 % (BEC ≥ 300 Zellen/ μ L; RR: 0,75; 95 %-KI: 0,63–0,88).⁹ Bei aktuellen Rauchern betrug die Reduktion 23 % (BEC ≥ 150 Zellen/ μ L; RR: 0,77; 95 %-KI: 0,62–0,97) bzw. 18 % (BEC ≥ 300 Zellen/ μ L; RR: 0,82; 95 %-KI: 0,61–1,10).⁹ Zudem reduzierten sich bei ehemaligen Rauchern auch die Raten schwerer Exazerbationen sowie jener mit Notaufnahmebesuch oder Hospitalisierung.⁹

Über Depemokimab

Depemokimab ist das erste Biologikum mit ultra-langanhaltender Wirkdauer 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)



mit einer verlängerten Halbwertszeit, um eine zweimal jährliche Dosierung zu ermöglichen.^{1,10,11} Depemokimab ist in Deutschland seit dem 1. April 2026 in der Lauer-Taxe verfügbar.

Über Mepolizumab

Mepolizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper (IgG1, Kappa), der mit hoher Affinität und Spezifität an humanes IL-5 bindet und zur Behandlung verschiedener Erkrankungen mit zugrunde liegender Typ-2-Inflammation entwickelt wurde.² Mepolizumab ist angezeigt als zusätzliche Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), die durch eine erhöhte Anzahl an Eosinophilen im Blut gekennzeichnet ist und die trotz einer Kombinationstherapie aus einem inhalativen Kortikosteroid (ICS), einem langwirksamen Beta2-Agonisten (LABA) und einem langwirksamen Muscarinrezeptor-Antagonisten (LAMA) unzureichend kontrolliert ist.² Die Zulassungsstudie schloss Patienten mit einer Bluteosinophilenzahl von mindestens 300 Zellen/ μ l beim Screening ein. Mepolizumab ist aktuell in fünf Indikationen mit Typ-2-Inflammation zugelassen: schweres eosinophiles Asthma (SEA), CRSwNP, eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA), hypereosinophiles Syndrom (HES) und COPD.²

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

Katharina Mayer

Corporate Communications Manager
Communications & Government Affairs
Telefon: +49 172 4219947
E-Mail: katharina.x.mayer@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

* Gekennzeichnet durch die Anzahl der Eosinophilen im Blut.

† 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-260003; 09/2026

Referenzen

1. Fachinformation Exdensur. Aktueller Stand.
2. Fachinformation Nucala. Aktueller Stand.
3. Kraft M, et al. [Präsentiert beim ERS-Kongress 2026 (PA4790)].
4. Heffler E, et al. [Präsentiert beim ERS-Kongress 2026 (PA4791)].
5. Pavord ID, et al. [Präsentiert beim ERS-Kongress 2026 (OA1286)].
6. Halpin DMG et al. [Präsentiert beim ERS-Kongress 2026 (PA1464)].
7. Park J, et al. [Präsentiert beim ERS-Kongress 2026 (PA1624)].
8. Park J, et al. [Präsentiert beim ERS-Kongress 2026 (PA1628)].
9. Vogelmeier CF, et al. [Präsentiert beim ERS-Kongress 2026 (PA2555)].
10. Jackson DJ et al. *N Engl J Med.* 2024;391(24):2337-2349.
11. Gevaert P et al. *The Lancet.* 2025;405(10482):911-926.