Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

Jahrestagung

26. – 28. 11. 2026, Wien

Tech Gate Vienna



www.rheumatologie.at

PROGRAMM

taltz®
(ixekizumab)

A Lilly Medicine

PsA

PsO • PsA • axSpA • JIA*

4 Fantastic



Denk an Taltz®

Besser heute als morgen

Denken Sie bei Ihren PsA-Patient:innen, die trotz TNFi-Therapie Beschwerden haben, an Taltz®.**

Für eine **verbesserte Lebensqualität***** dank **dualer Wirksamkeit** auf **Gelenke und Haut**.[1-4]

Taltz® auf einen Blick – Wissenswertes rund um die Therapie mit Taltz® finden Sie hier!

Das in der Anzeige verwendete Bild ist KI-generiert.

* EAA, jPsA; zugelassene Indikationen von Taltz® (aktuelle Fachinformation). ** Signifikante Verbesserung der PsA Symptomatik über 3 Jahre in Patient:innen die inadäquat auf TNFi angesprochen oder diese nicht vertragen haben (ACR50-Ansprechen = 60%, MDA-Ansprechen = 48%, PASI-100-Ansprechen = 51%; Daten as observed).[4] *** Die gleichzeitige Verbesserung von Gelenks- und Hautsymptomen war mit einer stärkeren Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert (vs. Verbesserung der jeweiligen Domäne allein; Post-hoc-Analyse).[2,3]

Taltz® Fachinformation:

Die Fachinformationen aller von Eli Lilly in Österreich zugelassenen Arzneimittel können abgerufen werden unter: **www.lilly.at/fis**

1 Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis 2020;79:123-131. **2** Kavanaugh A, et al. Ann Rheum Dis 2019;78:1215–1219. **3** Behrens F, et al. Clinical Rheumatology 2021;40:4943-4954. **4** Orbai AM et al. Rheumatol Ther 2021,8:199-217.

Lilly
A MEDICINE COMPANY

PP-IX-AT-1751 November 2025

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3

Allgemeine Hinweise 4

Raumübersicht 6

Programmübersicht 7

Vorkongress Bildgebungsworkshop 10

Vorkongress Crashkurs Immunologie 10

Vorkongress Osteologie Masterclass 2026 11

Sitzungen der Arbeitskreise 11

Wissenschaftliches Programm Donnerstag 26.11.2026 13

Wissenschaftliches Programm Freitag 27.11.2026 19

Wissenschaftliches Programm Samstag 28.11.2026 28

Abstracts 31

Referentenverzeichnis 40

Sponsoren / Aussteller / Inserenten 45

Plan 46

Fachkurzinformationen 50

Für den Inhalt verantwortlich: ÖGR
Druck: ROBIDRUCK, 1200 Wien – www.robidruck.co.at

ÖGR Jahrestagung 2026
KONGRESS APP

Be whizzy! Go digital!

Jetzt kostenlos downloaden und den Kongress einfach in die Tasche stecken!

Info | Programm | Poster | Live Voting

QR-Code einscannen:

oder im App Store nach **medwhizz** suchen!

Laden im App Store

JETZT BEI Google Play

medwhizz®
my congress companion



Vorwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe ÖGR-Gemeinschaft,

es ist mir eine große Freude, Sie zur **Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation (ÖGR) 2026** herzlich willkommen zu heißen.

Die Eiskunstläuferinnen auf unserem diesjährigen Kongressplakat verbinden Bewegung mit Präzision und Können. Was auf dem Eis mühelos erscheint, beruht auf Erfahrung, kontinuierlichem Training und Vertrauen. Darin liegt auch eine Verbindung zur Rheumatologie: Wir brauchen fundiertes Wissen, einen geschulten Blick und eine enge Zusammenarbeit, um auf unterschiedliche Krankheitsverläufe und individuelle Bedürfnisse eingehen zu können. Unser gemeinsames Ziel ist es, Menschen mit rheumatischen Erkrankungen Beweglichkeit, Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten oder zurückzugeben.

Unsere Jahrestagung bietet die Gelegenheit, das eigene Wissen zu vertiefen, neue Entwicklungen kritisch zu diskutieren und Impulse für die tägliche Arbeit mitzunehmen. Unser heuriges Programm verbindet **aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse mit ihrer praktischen Anwendung:** Vorkongresse und Hands-on-Kurse ermöglichen es, Fertigkeiten gezielt zu erweitern. Interaktive Workshops, spannende Vorträge und lebhafte Diskussionsrunden laden dazu ein, Fragen einzubringen, Erfahrungen zu teilen und gemeinsam Lösungswege zu erarbeiten. Gerade der **Austausch über Fachrichtungen und Berufsgruppen hinweg** eröffnet wertvolle Perspektiven für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten.

Ein besonderes Anliegen ist uns die **Aus- und Weiterbildung.** Studierende sowie Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung sollen bei unserer Jahrestagung ebenso ihren Platz finden wie erfahrene Kolleginnen und Kollegen. Vom gegenseitigen Lernen und vom Gespräch zwischen den Generationen profitiert unser gesamtes Fach.

Die wissenschaftlichen Präsentationen machen die **Vielfalt der Forschungsarbeit** sichtbar und bieten Raum für neue Ideen, kritische Fragen und künftige Kooperationen. Mit unseren Preisvergaben würdigen wir herausragende Projekte und möchten dadurch rheumatologische Forschung in Österreich vorantreiben und unterstützen.

Ein wichtiger Termin für unsere Fachgesellschaft ist die jährliche **ÖGR-Mitgliederversammlung,** in deren Rahmen heuer die Wahl des neuen Vorstandes stattfindet. Ich lade Sie herzlich ein, daran teilzunehmen und die weitere Entwicklung der ÖGR aktiv mitzugestalten. Unsere Gesellschaft lebt von Menschen, die ihre Erfahrungen einbringen und Verantwortung übernehmen.

Mein herzlicher Dank gilt allen, die an der Planung und Gestaltung dieser Jahrestagung mitgewirkt haben, sowie den Referentinnen und Referenten, Vorsitzenden und allen Beteiligten, die das Programm mit ihren Beiträgen bereichern. Ebenso danke ich unseren Partnern aus der Industrie, Sponsoren und Ausstellern für die wertvolle Unterstützung.

Ich wünsche Ihnen anregende Kongresstage, bereichernde Begegnungen und viele Impulse für Ihre Arbeit. Lassen Sie uns gemeinsam in Bewegung bleiben – für eine lebendige Rheumatologie und für die Menschen, die uns anvertraut sind.

Mit herzlichen Grüßen
Helga Lechner-Radner

Allgemeine Hinweise

Veranstalter:
Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation (ÖGR)

Präsidentin:
PD^{in} Dr.^{in} Christina Duftner, PhD
Medizinische Universität Innsbruck

Wissenschaftliche Leitung:
Assoc. Prof.^{in} PD^{in} Dr.^{in} Helga Lechner-Radner
Universitätsklinik für Innere Medizin III, MUW

ÖGR-Gesellschaftssekretariat:
Michaela Lederer
Boerhaavegasse 3/1/2, 1030 Wien
E-Mail: office@rheumatologie.at

Zeit: 26. – 28. November 2026

Ort: TECH GATE VIENNA
Donau-City-Straße 1, 1220 Wien

Tagungssekretariat:
Ärztezentrale med.info
Helferstorferstraße 2, 1010 Wien
Sabine Ablinger, Tel.: (+43/1) 531 16-41
E-Mail: azmedinfo@media.co.at

Registraturlink:
https://registration.azmedinfo.co.at/oegr26

Teilnahmegebühr:

ÖGR Jahrestagung	€ 140,–
ÖGR/ÖGRG Mitglieder (bei bezahltem Mitgliedsbeitrag)	Teilnahme frei
Studierende (bis 30 Jahre mit gültigen Studentenausweis)	Teilnahme frei

Stornierung:
Stornierungen nach dem 13. November 2026 können nicht rückvergütet werden. Stornierungen sind nur schriftlich per E-Mail möglich.

Registraturzeiten:

Donnerstag, 26. November 2026	07.30 – 19.00
Freitag, 27. November 2026	07.30 – 19.00
Samstag, 28. November 2026	08.15 – 14.00

Posterpräsentation:

Die Poster können **bis Freitag, 27. November 2026, 10:00 Uhr** angebracht werden. Die Posterpräsentationen finden am Freitag, 27. November 2026 von 10:30 – 11:00, 13:30 – 14:00 und 16:30 – 17:00 Uhr, je nach Kategorie, in der Posterausstellung statt.
Die Postergröße ist 130 cm hoch x 90 cm breit, ein Querformat ist nicht möglich.

Die ÖGR-Jahrestagung ist eine bei der Österreichischen Ärztekammer akkreditierte Fortbildungsveranstaltung. Die entsprechenden DFP-Punkte für die Vorkongresse und die Jahrestagung sind auf Ihrer/Ihren Teilnahmebestätigung(en) vermerkt, die Sie aliquot zur Anwesenheit erhalten.

DFP APPROBIERT

Mitgliedschaft in der ÖGR:

www.rheumatologie.at/mitglied-werden

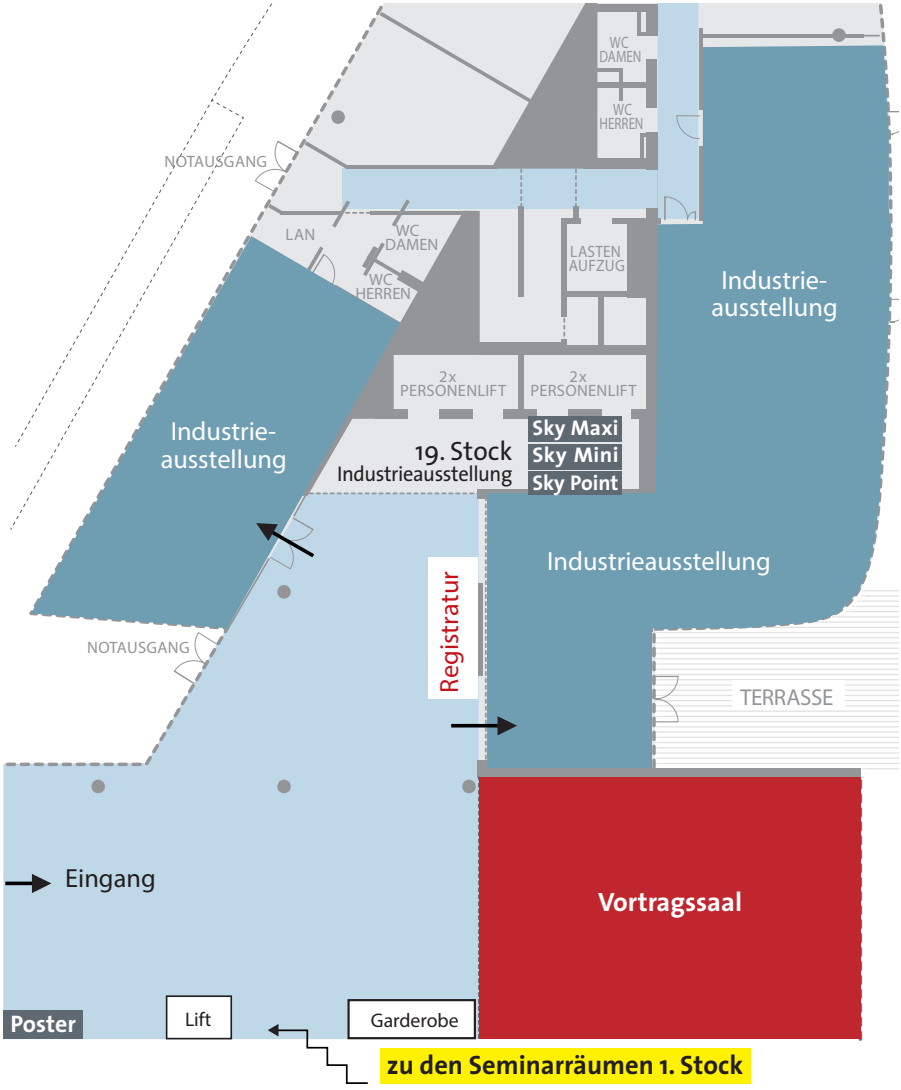
Fachausstellung / Sponsorenbetreuung / Programmkoordination:

Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Freyung 6, 1010 Wien
Marielle Wenning, Tel.: (+43/1) 536 63-85
E-Mail: rheuma@maw.co.at, www.maw.co.at

M A W

Folgen Sie uns auf unseren Social-Media-Kanälen

Bildnachweis Titelbild: iStockphoto: sayu_k_, stock ID 185989797


WC DAMEN
WC HERREN
NOTAUSGANG
LAN
WC DAMEN
WC HERREN
LASTEN AUFZUG
Industrie-ausstellung
2x PERSONENLIFT
2x PERSONENLIFT
Industrie-ausstellung
19. Stock
Industrieausstellung
Sky Maxi
Sky Mini
Sky Point
Industrieausstellung
Registratur
NOTAUSGANG
TERRASSE
Eingang
Vortragssaal
Poster
Lift
Garderobe
zu den Seminarräumen 1. Stock



Programmübersicht

Donnerstag, 26.11.2026

Zeit	Vortragssaal EG	Sky Maxi 19. Stock	Sky Point 19. Stock
08:30 – 12:00	**VORKONGRESSE:** **BILDGEBUNGSWORKSHOP** in den Räumen 1.1, 1.3, 1.4 **CRASHKURS IMMUNOLOGIE** im Vortragssaal, EG **OSTEOLOGIE MASTERCLASS 2026** im Sky Maxi, 19. Stock		
12:30–12:40	**Eröffnung**		
12:40–13:50	Opening session: Never Too Early, Often Too Late: The Case for Early Intervention in RMDs	Are We Missing Crystal Disease?	To Scan is the Plan: Gelenksstatus aus rheumatologischer Sicht
14:00–15:00	**Alfasigma: Stellenwert interdisziplinärer Teams zur Behandlung der axialen Spondyloarthritis**	**Otsuka: Management der Lupus-Nephritis**	Translational Science FOR REAL
15:00–15:30	PAUSE		
15:30–16:40	(Major) Organbeteilungen bei Kollagenosen	AIming for the truth	Klinik – Forschung – Niederlassung: Karrierewege in der Rheumatologie
16:50–17:50	**Boehringer Ingelheim: Shaping the future of ILD in rheumatology: The rheumatologist's contribution to better outcomes in autoimmune-associated ILD**	**AbbVie: Rheuma kennt kein Alter: Therapiemanagement von Kindheit bis ins hohe Lebensalter**	Structural immunity
18:00–19:00	**Podiumsdiskussion:** Rheumatologische Versorgung: zwischen Anspruch und Realität		Mentor – Mentee Session



Programmübersicht

Freitag, 27.11.2026

Zeit	Vortragssaal EG	Sky Maxi 19. Stock	Sky Point 19. Stock
08:30–9:25	Large Vessel Vasculitis – Monitoring & Management	Fever and a little bit of everything – Morbus Still bei Kindern und Erwachsenen	
9:30–10:30	**Johnson&Johnson: Axiale Beteiligung bei PsA: Differenzieren, verstehen, klinisch richtig handeln**	**Recordati: Diagnostische Spurensuche zwischen Inflammation und Lymphoproliferation: wenn Detektivarbeit zur seltenen Ursache führt**	From (Bio)REGister to Evidence: Statistics in Rheumatology
10:30–11:00	**Postertour 1 – PAUSE**		
11:00–12:10	Next-Generation Immunotherapies: Advances in Cellular and Targeted Approaches	Knifflige Fälle der Rheumatologie / Fall des Jahres	ÖGRG-ÖGR Joint Session: Fatigue – mehr als nur schlecht geschlafen
12:20–13:20	**AstraZeneca: Wenn Typ-1-Interferon die Regie übernimmt: Mechanismen, Manifestationen, Möglichkeiten**	**Eli Lilly: Leichter durchs Leben – leichter durch die Therapie? Haut-, Gelenkerkrankungen und Adipositas: neue Co-Therapieansätze bei PsO/PsA**	ÖGRG Mitgliederversammlung inkl. Vorstandswahl
13:30–14:00	**Postertour 2 – Pause**		
14:00–15:10	**Joint Venture ÖGDV – ÖGR: Let's talk about Vasculitis**	**Global Disease, Local Challenge: Rheumatic Diseases in Patients with a Migration Background**	ÖGRG Session Das Zebra im Mittelpunkt Gemeinsam seltene Erkrankungen verstehen und begleiten
15:10–15:30	**PAUSE**		
15:30–16:30	**BMS: Taking a breath – Fokus auf die Lunge Rheumatologische und pulmologische Perspektiven bei SARD-ILD**	**AMGEN: Selten erkannt – IgG4-RD als interdisziplinäre Herausforderung?!**	Extraartikuläre Manifestationen bei Spondylarthritiden – interdisziplinär denken, frühzeitig handeln
16:30–17:00	**Postertour 3 – PAUSE**		
17:00–18:10	Spotlight connective tissue disease: SLE – MCTD & UCTD same same but different?	ÖGAI – ÖGR Joint Symposium: The Future is T-Cell?	Autoinflammation and Bone: CRMO, SAPHO, and Beyond
18:15–19:15	**Beyond Rheumatology**		
19:15	Abfahrt zum Gesellschaftsabend		



Programmübersicht

Samstag, 28.11.2026

Zeit	Vortragssaal EG	Sky Maxi 19. Stock
08:45 – 09:50	FAIR: Women's Health Across the Life Course in patients with RMDs + Verleihung des FAIR Re-entry Wissenschaftspreises	Managing Complex Patients
10:00 – 11:00	**UCB:** **PsA neu gedacht – wie Head-to-Head Daten Therapieentscheidungen unterstützen**	**ALEXION:** **Rare? Relevant! – Rheumatolog:innen als Game-Changer in der HPP**
11:00 – 11:30	**PAUSE**	
11:30 – 12:30	EGPA – ein ÖGR/ÖGP Konsensus	Kardiovaskuläre Komorbiditäten rheumatischer Erkrankungen
12:30 – 13:10	**PREISVERLEIHUNGEN**	
13:10 – 14:10	**ÖGR Mitgliederversammlung** + Berichte aus dem Vorstand und den Arbeitskreisen + Vorstandswahl: Verlautbarung des Wahlergebnisses der e-Vorstandswahl 2026 + Begrüßung des neuen ÖGR Vorstandes	



Donnerstag, 26. 11. 2026

Bildgebungsworkshop

08:15–12:00 Uhr

Seminarräume
1.1, 1.3, 1.4
1. Stock

Vorsitz: Peter Mandl, Wien

ALFASIGMA · Canon · GE HealthCare · Lilly A MEDICINE COMPANY

in 3 Gruppen

Zeit	**Station 1:** How to use ultrasound to investigate large-vessel vasculitis? **Milena Bond (Bruneck, I)**	**Station 2:** How to use ultrasound to investigate hand and thumb osteoarthritis? **Marion Kortekaas (Leiden, NL)**	**Station 3:** How to use ultrasound to assess sarcopenia? **Andrea Di Matteo (Leeds, UK)**
08:15–08:30	Introduction: **Peter Mandl, Wien**		**Vortragssaal, EG**
	SR 1.1 im 1. Stock	**SR 1.3 im 1. Stock**	**SR 1.4 im 1. Stock**
08:30–9:30	Gruppe 1 Lilly	Gruppe 2 ALFASIGMA	Gruppe 3 ÖGR
09:30–9:45	PAUSE		
09:45–10:45	Gruppe 2 ÖGR	Gruppe 3 Lilly	Gruppe 1 ALFASIGMA
10:45–11:00	PAUSE		
11:00–12:00	Gruppe 3 ALFASIGMA	Gruppe 1 ÖGR	Gruppe 2 Lilly

Crashkurs Immunologie

8:30–12:00 Uhr

Vortragssaal EG

Moderation: Ruth Fritsch-Stork (Wien), Selina Keppler (Graz), Martin Stradner (Graz)



Donnerstag, 26. 11. 2026

Osteologie Masterclass 2026 08:30–12:00 Uhr

Vorsitz: Judith Haschka (Wien),
Philipp Klemm (Bad Nauheim, D), Roland Kocijan (Wien)

Sky Maxi
19. Stock

ALEXION
Gebro Pharma
GEDEON RICHTER
KYOWA KIRIN
ucb Inspired by patients. Driven by science.

Donnerstag, 26. 11. 2026 und Freitag, 27. 11. 2026

Treffen der ÖGR-Arbeitskreise

SR 1.3
1. Stock

Teilnahme für AK-Mitglieder und jene die es werden wollen

DONNERSTAG		FREITAG	
14:00-15:00	**AK Bildgebung**	8:00- 9:00	**AK Herz**
15:00-16:00	**AK Rehab**	9:00-10:00	**AK Lunge**
16:00-17:00	**AK Immundefekte**	10:00-11:00	**AK Ausbildung**
17:00-18:00	**AK SpA**	11:00-12:00	**JÖGR**
		12:00-13:00	**AK Visibility**
		13:00-14:00	**AK Advanced Therapies**
		14:00-15:00	**AK Schwangerschaft**
		15:00-16:00	**AK Transition**
		16:00-17:00	**AK Medikamentöse Therapie**
		17:00-18:00	**AK Vaskulitis & Orphan Disease**

IZAMBY® 60 mg
Injektionslösung in einer Fertigspritze
Denosumab



Pharmazeutischer Unternehmer:
Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn

Gebro Pharma

Referenzen: 1. Fachinformation Izamby®: Stand der Information: Februar 2026. **2.** ClinicalTrials.gov. Identifier NCT05338086. https://clinicaltrials.gov/study/NCT05338086. **Fachkurzinformation:** Izamby 60 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze **Zusammensetzung:** Jede Fertigspritze enthält 60 mg Denosumab in 1 ml Lösung (60 mg/ml). Denosumab ist ein humaner monoklonaler IgG2-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie in einer Säugetierzelllinie (Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters) hergestellt wird. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Dieses Arzneimittel enthält 46 mg Sorbitol (E 420) in jedem ml der Lösung und 0,1 mg Polysorbat 20 (E 432) pro ml Lösung. Hilfsstoffe: Essigsäure 99 %*, Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung)*, Sorbitol (E 420), Polysorbat 20 (E 432), Wasser für Injektionszwecke * Der Acetatpuffer wird durch Mischen von Essigsäure mit Natriumhydroxid gebildet. Lösung mit pH zwischen 5,0 und 5,5. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern mit erhöhtem Frakturrisiko. Bei postmenopausalen Frauen vermindert Denosumab signifikant das Risiko für vertebrale, nichtvertebrale und Hüftfrakturen. Behandlung von Knochenschwund im Zusammenhang mit Hormonablation bei Männern mit Prostatakarzinom mit erhöhtem Frakturrisiko. Izamby vermindert bei Männern mit Prostatakarzinom unter Hormonablationstherapie signifikant das Risiko für vertebrale Frakturen. Behandlung von Knochenschwund im Zusammenhang mit systemischer Glucocorticoid- Langzeittherapie bei erwachsenen Patienten mit erhöhtem Frakturrisiko. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Hypokalzämie. **ATC-Code:** M05BX04 **Abgabe:** Rezeptpflichtig, wiederholte Abgabe verboten **Packungsgrößen:** Eine Fertigspritze mit Nadelschutz **Zulassungsinhaber:** mAbxience Research SL, C/ Manuel Pombo Angulo 28, 28050 Madrid, Spanien **Stand der Information:** 26. Juni 2025 Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

GPB.IZA 251101

12:30–12:40 Eröffnung — Vortragssaal

Vorsitz: Christina Duftner (Innsbruck), Helga Lechner-Radner (Wien), Peter Mandl (Wien)

12:40–13:50 Opening session: — Vortragssaal

Never Too Early, Often Too Late: The Case for Early Intervention in RMDs

Vorsitz: Christina Duftner (Innsbruck), Helga Lechner-Radner (Wien)

The Window of Opportunity – Myth, Evidence, or Clinical Reality? — Daniel Aletaha (Wien)

Early Intervention in Systemic Sclerosis-Changing Outcomes? — Vanessa Smith (Ghent, B)

Early identification and risk stratification in SLE — Chris Wincup (London, UK)

12:40–13:50 Are We Missing Crystal Disease? — Sky Maxi

Vorsitz: Raimund Lunzer (Graz), Judith Sautner (Stockerau)

The other crystal-arthropathy: CPPD — Tristan Pascat (Lille, F)

Comorbidities and Systemic Implications of Crystal Disease — Julia Held (Innsbruck)

Evolving Imaging Modalities in Crystal Arthropathies — Peter Mandl (Wien)

12:40–13:50 To Scan is the Plan — Sky Point

Vorsitz: Barbara Affenzeller (Linz), Mirella Fonti (Wien)

Gelenksstatus aus rheumatologischer Sicht: Untersuchung der unteren Extremität mit praktischen Übungen — Josef Hermann (Graz)

Otsuka

Lupkynis® (Voclosporin) Weichkapseln 7,9 mg

Relevante Antworten. Therapie voranbringen.



IM ERSTATTUNGSKODEX

- Lupkynis® Voclosporin
- 7,9 mg Weichkapsel

DUNKELGELBE BOX DUNKELGELBE BOX

Lupkynis® zur Behandlung der Lupus Nephritis[a,1]

Komplettes renales Ansprechen bei signifikant mehr Patient:innen[b,2]

- 41 % vs. 23 % nach 52 Wochen[c]

Doppelt so schnelle Reduktion der Proteinurie[b,2]

- 50%ige UPCR-Reduktion: 29 vs. 63 Tage[d]
- UPCR ≤ 0,5 mg/mg: 169 vs. 372 Tage[e]

Rasche und anhaltende Steroidreduktion auf ≤ 2,5 mg/Tag[b,f,2,3]

3-Jahres-Daten bestätigen Sicherheits- und Wirksamkeits-Profil von Lupkynis® [b,3]

[a]Lupkynis® wird angewendet in Kombination mit Mycophenolat-Mofetil zur Behandlung von erwachsenen Patient:innen mit aktiver Lupus-Nephritis (LN) der Klassen III, IV oder V (einschließlich gemischter Klassen III/V und IV/V).[1]
[b]Voclosporin vs. Placebo, jeweils kombiniert mit MMF und niedrig dosierten Steroiden; angewendet in AURORA 1 (Monat 1 bis 12) sowie in der Fortsetzungsstudie AURORA 2 (Monat 13 bis 36)[2,3]
[c]OR: 2,65 [95%-KI: 1,64;4,27], p < 0,0001[2]
[d]HR: 2,05 [95%-KI: 1,62;2,60], p < 0,001[2]
[e]HR: 2,02 [95%-KI: 1,51;2,70], p < 0,001[2]
[f]Reduktion der oralen Steroiddosis auf ≤ 2,5 mg/Tag in Woche 16 bei > 80 % der Patient:innen aus beiden Behandlungsgruppen in AURORA 1; > 75 % der Patient:innen in AURORA 2 behielten diese niedrige Steroiddosis bis zum Monat 36 bei[2,3]

HR: Hazard Ratio; **KI:** Konfidenzintervall; **MMF:** Mycophenolat-Mofetil; **OR:** Odds Ratio; **UPCR:** Protein/Kreatinin-Verhältnis im Urin.

Referenzen: 1. Fachinformation Lupkynis®, aktueller Stand. **2.** Rovin BH et al. Lancet 2021; 397:2070–2080. **3.** Saxena A et al. Arthritis Rheumatol 2023; doi: 10.1002/art.42657.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

Bezeichnung des Arzneimittels: Lupkynis 7,9 mg Weichkapseln

Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Jede Weichkapsel enthält 7,9 mg Voclosporin. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Weichkapsel enthält 21,6 mg Ethanol und 28,7 mg Sorbitol. Lupkynis kann Spuren von Sojalecithin enthalten. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselinhalt: Ethanol, Tocofersolan, Polysorbat 40, Mittelkettige Triglyceride. Kapselhülle: Gelatine, Sorbitol, Glycerol, Gereinigtes Wasser, Titandioxid (E 171), Eisen (III)-oxid (E 172), Eisen (III)-hydroxid-oxid x H_2O (E 172). Verarbeitungshilfsstoffe: (3-*sn*-Phosphatidyl)cholin (Soja). **Anwendungsgebiete:** Lupkynis wird angewendet in Kombination mit Mycophenolat-Mofetil zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver Lupus-Nephritis (LN) der Klassen III, IV oder V (einschließlich gemischter Klassen III/V und IV/V). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Anwendung von Voclosporin mit starken CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Ketoconazol, Itraconazol, Clarithromycin). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunsuppressiva, Calcineurin-Inhibitoren, ATC-Code: L04AD03. **Inhaber der Zulassung:** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Herikerbergweg 292, 1101 CT Amsterdam, Niederlande. **Rezeptpflicht/ Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sowie zu Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. V1

Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH*
Sägereistrasse 20 | 8152 Glattbrugg | Schweiz | Tel.: +41 43 211 61 11 | info@otsuka.at
*for Austria

AT-LUP-2600047_V1.0_09/2026

14:00–15:00 ALFASIGMA **Symposium** — **Vortragssaal**

Stellenwert interdisziplinärer Teams zur Behandlung der axialen Spondyloarthritis

Vorsitz: Lisa Göschl (Wien)

Vortragende: Boris Lindner (Wien), Pius Steiner (Wels-Grieskirchen)

14:00–15:00 Otsuka **Symposium** — **Sky Maxi**

Management der Lupus-Nephritis

Begrüßung & Einleitung	Ruth Fritsch-Stork (Wien)
Aus rheumatologischer Sicht – Diagnose der Lupus-Nephritis	Daniel Mrak (Wien)
Aus nephrologischer Sicht – Therapie der Lupus-Nephritis	Balazs Odler (Innsbruck)
Erfahrungsaustausch und Diskussion im Plenum	
Closing	Ruth Fritsch-Stork (Wien)

14:00–15:00 Translational Science FOR REAL — **Sky Point**

Vorsitz: Matteo Villa (Graz)

From mouse to human (Basic Research)	Marie Brinkmann (Wien), Selina Keppler (Graz)
From bench to bed and back (Translational Research)	Felix Kartnig (Wien)
Clinical Research	Simon Reider (Innsbruck)
Panel-Discussion	Marie Brinkmann (Wien), Felix Kartnig (Wien), Selina Keppler (Graz), Simon Reider (Innsbruck)

15:00–15:30 Pause – Besuch der Industrieausstellung

15:30–16:40 **(Major) Organbeteilungen bei Kollagenosen** — Vortragssaal

Vorsitz: Mathias Ausserwinkler (Villach), Iris Aykara (Stockerau)

Herzbeteiligung	Regina Steringer-Mascherbauer (Linz)
ZNS Beteiligung	Paulus Rommer (Wien)
Lungenbeteiligung	Mathis Hochrainer (Wien)

15:30–16:40 **AIming for the truth** — Sky Maxi

Vorsitz: Anela Tosevska (Wien), Peter Mandl (Wien)

Can I use AI to predict RMDs?	Vincenzo Venerito (Bari, I)
Can robots become rheumatologists?	Thiusius Savarimuthu (Odense, DK)
Understanding the Big Picture	André Rendeiro (Wien)

15:30–16:40 **Klinik – Forschung – Niederlassung: Karrierewege in der Rheumatologie** — Sky Point

Vorsitz: Lisa Hütter (Wien), David Kickinger (Graz)

Rheumatologie im Spital	Eva Rath (Wien)
Rheumatologie & Forschung	Martin Stradner (Graz)
Rheumatologie in der Niederlassung	Sabine Schumacher (Linz)

16:50–17:50 Boehringer Ingelheim **Symposium** — Vortragssaal

Shaping the future of ILD in rheumatology: The rheumatologist's contribution to better outcomes in autoimmune-associated ILD

Vorsitz: Judith Sautner (Stockerau)

Rethinking the Lung: PPF as a Long-Overlooked Aspect of Rheumatology	Martin Aringer (Dresden, D)
New Approaches in ILD Therapy: Embracing Innovation, Taking Responsibility	Marlies S. Wijsenbeek (Rotterdam, NL)

16:50–17:50 abbvie Symposium — **Sky Maxi**

Rheuma kennt kein Alter: Therapiemanagement von Kindheit bis ins hohe Lebensalter

Vorsitz: Jens Thiel (Graz)

Begrüßung — Jens Thiel (Graz)

Unmet Need, Behandlungsziele und neue Therapieansätze im jungen Alter — Andrea Skrabl-Baumgartner (Graz)

axSpA & RA im Fokus: Therapieziele & -sequenzen zwischen Evidenz und Praxis — Andrea Rubbert-Roth (Zürich, CH)

Spotlight GCA: Moderne Therapieoptionen und aktuelle Studiendaten — Jens Thiel (Graz)

Diskussion

16:50–17:50 Structural immunity — **Sky Point**

Vorsitz: Teresa Preglej (Wien), Krisztina Toth (Graz)

Residual Memory T-cells and their Role in Disease Development — Georg Stary (Wien)

Don't forget about Fibroblasts — Thomas Karonitsch (Wien)

Crosstalk between immune and non-immune cells in tissues — Matteo Villa (Graz)

18:00–19:00 Podiumsdiskussion: Rheumatologische Versorgung: zwischen Anspruch und Realität — **Vortragssaal**

Vorsitz: Valerie Nell-Duxneuner (Wien)

Diskussionsteilnehmer:innen
Christina Duftner (Innsbruck), Andreas Krauter (Wien), Paul Schönfeld (Wien), Michael Zauner (Wien)

18:00–19:00 Mentor – Mentee Session — **Sky Point**

Vorsitz: Philipp Bosch (Graz)

Speed Dating with inspiring people in Rheumatology
Mathias Ausserwinkler (Villach), Antonia Mazzucato-Puchner (Wien), Eva Rath (Wien), Chris Wincup (London, UK)

Start Strong
Go Long[1,2]

Tremfya® (guselkumab)



JETZT erstattet in der **hellgelben Box** für PsA, PsO, MC und CU![3]

TREMFYA® – Denn Beweglichkeit bedeutet Freiheit*[4,5]

* DISCOVER-1 & 2: HAQ-DI Veränderung zu Woche 24 (q8w): -0,32 (LSMittelwert; NRI) bzw. -0,37 (LS-Mittelwert; NRI)

PsA = Psoriasis-Arthritis, **PsO** = Plaque Psoriasis, **MC** = Morbus Crohn, **CU** = Colitis ulcerosa

1. Nash P et al. EULAR Congress 2021; AB0525. **2.** McInnes IB et al. Arthritis Rheumatol. 2022 Mar;74(3):475-485. **3.** Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung, 143. Änderung der Arzneispezialitäten, die dem Gelben Bereich des Erstattungskodex unterliegen, bei denen die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann, 28.01.2026. **4.** Mease PJ, et al. Lancet 2020;395:1126-1136. **5.** Deodhar A et al. Lancet 2020;395:1115-1125

Fachkurzinformation siehe Seite

Safe Returns

SICHERE ENTSORGUNG | EINFACH & KOSTENFREI | GLOBALES PROGRAMM

www.safereturns.at

Eine Initiative für die sichere und unkomplizierte Entsorgung der Fertigspritzen & -pens zur Förderung der ökologischen Nachhaltigkeit

Johnson&Johnson

Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company
Vorgartenstraße 206B, 1020 Wien
AT_CP-594039_Juli2026

08:30–09:25 **Large Vessel Vasculitis – Monitoring & Management** — Vortragssaal

Vorsitz: Nina Baumgartner (Stockerau), Kurt Redlich (Wien)

Imaging in PMR & GCA– how, who and when
Milena Bond (Bruneck, I)

New(?) therapeutic options in GCA & PMR
Nils Venhoff (Freiburg, D)

08:30–09:25 **Fever and a little bit of everything – Morbus Still bei Kindern und Erwachsenen** — Sky Maxi

Vorsitz: Emma Husar-Memmer (Wien), Andrea Ulbrich (Wien)

Systemic Juvenile Ideopathic Arthropathie – Morbus Still der Kinder
Dirk Föll (Münster, D), Angelika Hammer (Graz)

Adult onset of Stills Disease – Morbus Still der Erwachsenen
David Reinhart-Mikocki (Wien), Gregor Holak (Wien), Peyman Kheder (Wien)

09:30–10:30 Johnson&Johnson **Symposium** — Vortragssaal

Axiale Beteiligung bei PsA: Differenzieren, verstehen, klinisch richtig handeln

Vorsitz: Rusmir Husic (Graz)

Axiale Beteiligung bei PsA: Früh erkennen, Progression vermeiden, Langzeitverlauf verbessern
Rusmir Husic (Graz)

AxPsA ≠ axSpA: Der Einfluss der Diagnose auf das therapeutische Management
Simon Reider (Innsbruck)

Kevzara® bei PMR

Überzeugt mit der Stärke der IL-6Ri[1]

KEVZARA® (Sarilumab)

Es gibt nur ein Sarilumab

- Erstes & einziges GC-sparendes† Biologikum bei PMR[1,2]
- Keine PMR-Rezidive‡ bei der Mehrzahl der Patienten*,[2]
- Signifikant mehr PMR-Patienten mit anhaltender Remission (28 % vs. 10 % mit Placebo) mit weniger GC†,[2]
- Mit bekanntem Sicherheitsprofil[1]

Bei RA seit Jahren bewährt!

In den Leitlinien empfohlen[3]

Hier geht es zur aktuellen Leitlinie:
https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-025-01667-3

Materialien und weitere Informationen rund um Kevzara® auf unserer Website **www.therapie-rheuma.de****

† Die tatsächliche kumulative Prednison-Äquivalenzdosis war im Kevzara®-Arm (Kevzara® 200 mg Q2W + 14-wöchiges GC-Tapering) mit einer Median-Dosis von 777 mg signifikant niedriger als im Placebo-Arm (Placebo Q2W + 52-wöchiges GC-Tapering) mit einer Median-Dosis von 2.044 mg.[2] ‡ Ein Rezidiv wurde definiert als Wiederauftreten von Anzeichen und Symptomen oder eine Erhöhung der ESR, die auf eine aktive PMR zurückzuführen sind und eine Erhöhung der Glukokortikoiddosis erforderten.[2] * Das Studienprotokoll sah keinen Test dieses Ergebnisses auf statistische Signifikanz vor. Zwischen Woche 12 und 52 hatten 55 % der Patienten im Kevzara®-Arm keinen Krankheitsschub vs. 33 % im Placebo-Arm.[2] ** Dieser Link führt zu einer von Sanofi Deutschland betriebenen Website. Die dort bereitgestellten Informationen können für Österreich abweichen.

ESR: Erythrozytensedimentationsrate; **GC:** Glukokortikoide; **IL-6:** Interleukin-6; **PMR:** Polymyalgia rheumatica; **Q2W:** einmal alle 2 Wochen; **RA:** rheumatoide Arthritis; **Ri:** Rezeptor-Inhibition.

1. Fachinformation Kevzara®, Stand Januar 2025; **2.** Spiera RF et al. N Engl J Med. 2023;389(14):1263-1272 (inkl. Protokoll); **3.** Buttgereit F et al. Z Rheumatol. 2025;84:494–505.

Fachkurzinformation siehe Seite

MAT-DE-2600305 – 1.0 – 02/2026 | MAT-AT-2600137 – 1.0 – 02/2026

sanofi

09:30–10:30 RECORDATI **Symposium** — Sky Maxi

Diagnostische Spurensuche zwischen Inflammation und Lymphoproliferation: wenn Detektivarbeit zur seltenen Ursache führt

Vorsitz: Lisa Göschl (Wien), Jens Thiel (Graz)

Fallbericht Morbus Castleman:
Von der Klinik zur Therapie — Gregor Öberseder (Linz)

Morbus Castleman in der Differentialdiagnostik:
Histologie und Fallbericht — Thomas Nösslinger (Wien)

09:30–10:30 **From (Bio)REGister to Evidence: Statistics in Rheumatology** — Sky Point

Vorsitz: Ruth Fritsch-Stork (Wien), Paul Studenic (Wien)

BioReg: Quo Vadis — Judith Haschka (Wien)

Von der Fragestellung zur Analyse:
Wie entsteht Evidenz? — Tanja Stamm (Wien)

Statistik im Alltag anwenden:
Studien kritisch lesen und bewerten — Philipp Bosch (Graz)

10:30–11:00 **Postertour 1** — Poster Area

10:30–11:00 **Pause – Besuch der Industrieausstellung**

11:00–12:10 **Next-Generation Immunotherapies: Advances in Cellular and Targeted Approaches** — Vortragssaal

Vorsitz: Michael Bonelli (Wien), Jens Thiel (Graz)

Aiming for immune reset –
to good to be true? — Gerhard Krönke (Berlin, D)

B-cell directed therapies
in autoimmune disease — Melanie Hagen (Erlangen, D)

The role of regulatory T-Cells – a potential target
in RMDs? — Markus Feuerer (Regensburg, D)

11:00–12:10 **Knifflige Fälle der Rheumatologie / Fall des Jahres** — **Sky Maxi**

Vorsitz: Rainer Hintenberger (Wien), Miriam Hucke (Klagenfurt)

FALL 1 — Myriam Reisch (Graz)

FALL 2 — Lukas Haupt (Wien)

FALL 3 — Sophie Moosbauer (Wien)

ÖGR FALL DES JAHRES

11:00–12:10 **ÖGRG-ÖGR Joint Session: Fatigue – mehr als nur schlecht geschlafen** — **Sky Point**

Vorsitz: Christina Duftner (Innsbruck), Michael Zauner (Wien)

Understanding and Targeting Fatigue – From Pathophysiology to Pharmacological Approaches — Rinie Geenen (Utrecht, NL)

Empowering Patients – non pharmacological approaches to manage Fatigue — Valentin Ritschl (Wien), Lisa Dorfer (Wien)

Living with fatigue – the patient perspective — Tanita Wilhelmer (Weinfelden, CH)

12:20–13:20 AstraZeneca **Symposium** — **Vortragssaal**

Wenn Typ-1-Interferon die Regie übernimmt: Mechanismen, Manifestationen, Möglichkeiten

Vorsitz: Martin Stradner (Graz), Barbara Böckle (Innsbruck)

Die Rolle von Typ-1-IFN in: Lupus und Sjögren — Martin Stradner (Graz)

Systemischer Sklerose und Myositis — Barbara Böckle (Innsbruck)

12:20–13:20 Lilly **Symposium** — Sky Maxi

Leichter durchs Leben – leichter durch die Therapie?
Haut-, Gelenkerkrankungen und Adipositas:
neue Co-Therapieansätze bei PsO/PsA

Vorsitz: Christian Posch (Wien)

Adipositas als systemischer Treiber chronischer Erkrankungen
Warum es wichtig ist, die chronische Erkrankung Adipositas zu behandeln und welche Therapieoptionen zur Verfügung stehen — Johanna Brix (Wien)

Haut und Gewicht im Dialog
Wie Adipositas Hautentzündung und Krankheitslast beeinflusst — Christian Posch (Wien)

Adipositas: Mehr als Ballast für Gelenke?
Wie Adipositas Gelenkerkrankungen, Therapieansprechen und Krankheitsverlauf beeinflusst. — Herwig Pieringer (Linz)

12:20–13:20 **ÖGRG Mitgliederversammlung** — Sky Point
inkl. Vorstandswahl

13:30–14:00 **Postertour 2** — Poster Area

13:30–14:00 **Pause – Besuch der Industrieausstellung**

14:00–15:10 **Joint Venture ÖGDV – ÖGR:** — Vortragssaal
Let's talk about Vasculitis

Vorsitz: Antonia Greb (Wien), Herwig Pieringer (Linz)

Fast Track GCA Clinic – mehr als ein Versuch — Christoph Porpaczy (Wien)

Dermatology Case — Wolfgang Salmhofer (Graz), Johannes Woltsche (Graz)

Rheumatology Case — Christoph Porpaczy (Wien), Hanna Schnetz (Wien)



Roche Austria GmbH
Engelhorngasse 3 I 1211 Wien
www.roche.at
© 2026. Alle erwähnten Markennamen sind gesetzlich geschützt.

1. Furie RA, et al. N Engl J Med. 2025; 392: 1471 – 1483. **2.** Rovin B, et al. Arthritis Rheumatol. 2025; 77 (suppl 9) [ACR 2025, Abstract LB13] **3**. Rovin B. et al. Obinutuzumab Induces Histological Remission and Deep Kidney Parenchymal B-Cell Depletion in Patients With Lupus Nephritis: Exploratory Analyses of the Phase III REGENCY Trial, EULAR 2026.

Fachkurzinformation

Gazyvaro® 1 000 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche mit 40 ml Konzentrat enthält 1 000 mg Obinutuzumab, entsprechend einer Konzentration von 25 mg/ml vor Verdünnung. Obinutuzumab ist ein humanisierter monoklonaler Typ-II-anti-CD20-Antikörper der IgG1-Subklasse, der durch Humanisierung des parentalen B-Ly1-Maus-Antikörpers gewonnen und mittels rekombinanter DNA-Technologie aus einer Ovarialzelllinie des chinesischen Hamsters hergestellt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile**: Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Trehalose-Dihydrat, Poloxamer 188, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete**: Chronische lymphatische Leukämie (CLL): – Gazyvaro in Kombination mit Chlorambucil wird bei erwachsenen Patienten mit nicht vorbehandelter CLL angewendet, die aufgrund von Begleiterkrankungen für eine Therapie mit einer vollständigen Dosis von Fludarabin nicht geeignet sind (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Follikuläres Lymphom (FL): – Gazyvaro in Kombination mit Chemotherapie, gefolgt von einer Gazyvaro Erhaltungstherapie bei Patienten mit einem Therapieansprechen wird angewendet bei Patienten mit nicht vorbehandeltem fortgeschrittenem FL (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). – Gazyvaro in Kombination mit Bendamustin, gefolgt von einer Gazyvaro Erhaltungstherapie, wird angewendet bei Patienten mit FL, die auf eine Behandlung mit Rituximab oder einem Rituximab-haltigen Regime nicht angesprochen haben oder während bzw. bis zu 6 Monate nach der Behandlung progredient wurden. Lupusnephritis (LN): – Gazyvaro in Kombination mit Mycophenolatmofetil (MMF) wird bei erwachsenen Patienten zur Behandlung von Lupusnephritis (LN) der aktiven Klasse III oder IV mit oder ohne begleitende Klasse V angewendet. **Gegenanzeigen**: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung**: Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht**: rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe**: Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, ATC-Code: L01FA03. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Dezember 2025

M-AT-00005191

14:00–15:10 **Global Disease, Local Challenge: Rheumatic Diseases in Patients with a Migration Background** — Sky Maxi

Vorsitz: Myriam Reisch (Graz), Michael Schirmer (Hall)

Language and Cultural Differences and Their Impact on Healthcare Delivery — Cihan Sinanoğlu (Berlin, D)

Update on Behçet's Disease — Gulen Hatemi (Istanbul, TR)

FMF and beyond: Rare or Simply Rarely Recognized? — Daniel Pietsch (Graz)

14:00–15:10 **ÖGRG Session: Das Zebra im Mittelpunkt – Gemeinsam seltene Erkrankungen verstehen und begleiten** — Sky Point

Vorsitz: Julia Unger-Groselj (Graz), Michael Zauner (Wien)

Das Zebra erkennen – Die ärztliche Perspektive — David Kickinger (Graz)

Das Zebra begleiten – Interprofessionelle Versorgung bei Rare Diseases — Elisa Pachernik (Graz), Sylvia Taxer (Wien)

Mit dem Zebra leben – Die Patient:innenperspektive bei seltenen Erkrankungen — Tanita Wilhelmer (Weinfelden, CH)

15:10–15:30 **Pause – Besuch der Industrieausstellung**

15:30–16:30 Bristol Myers Squibb **Symposium** — Vortragssaal

Taking a Breath – Fokus auf die Lunge
Rheumatologische und pulmologische Perspektiven bei SARD-ILD

Vorsitz: Eva Rath (Wien)

Rheumatologische und pulmologische Perspektiven bei SARD-ILD — Hans-Peter Kiener (Wien), David Lang (Linz)

15:30–16:30 **AMGEN Symposium** — Sky Maxi

Selten erkannt – IgG4-RD als interdisziplinäre Herausforderung?!

Vorsitz: Martin Stradner (Graz)

Selten erkannt – IgG4-RD als interdisziplinäre Herausforderung?! — Frank Buttgereit (Berlin, D)

15:30–16:30 **Extraartikuläre Manifestationen** — Sky Point

bei Spondylarthritiden – interdisziplinär denken, frühzeitig handeln

Vorsitz: Rusmir Husic (Graz), Jutta Stieger (Wien)

Uveitis bei Spondyloarthritis — Marion Funk (Wien)

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen bei SpA — Sonja Heeren (Salzburg)

Rationelles Screening auf Spondyloarthritis bei Uveitis oder Chronisch entzündliche Darmerkrankungen — Josef Hermann (Graz)

16:30–17:00 **Postertour 3** — Poster Area

16:30–17:00 **Pause – Besuch der Industrieausstellung**

17:00–18:10 **Spotlight connective tissue disease:** — Vortragssaal

SLE – MCTD & UCTD same same but different?

Vorsitz: Ruth Fritsch-Stork (Wien), Daniel Mrak (Wien)

New Guidelines and advanced treatment options in SLE — Ronald van Vollenhoven (Amsterdam, NL)

Beyond the Labels: MCTD & UCTD — Sarah Dyball (Manchester, UK)

17:00–18:10 **ÖGAI – ÖGR Joint Symposium: The Future is T-Cell?** Sky Maxi

Vorsitz: Nicole Boucheron (Wien), Selina Keppler (Graz)

Controlling Immune responses — Bianca Luckerbauer (Wien)

Therapeutic options of regulatory T-Cell-based Therapies — Thomas Wekerle (Wien)

Decoding the shift: pathogenic CD4+ T cell development in rheumatoid arthritis — Laura Hermann (Wien)

Mosunetuzumab as Salvage Therapy for Refractory Connective Tissue Diseases: Clinical responses and Immunological Insights — Selina Keppler (Graz)

17:00–18:10 **Autoinflammation and Bone: CNO, SAPHO, and Beyond** Sky Point

Vorsitz: Judith Haschka (Wien), David Rouhani (Wien)

CNO – vom chronischen Knochenschmerz zur leitliniengerechten Diagnostik und Therapie — Andrea Skrabl-Baumgartner (Graz)

SAPHO Syndrome: More Than Acne, Pustulosis and Osteitis — Rusmir Husic (Graz)

18:15–19:15 Lilly Johnson&Johnson **Beyond Rheumatology** Vortragssaal

Vorsitz: Judith Sautner (Stockerau), Rudolf Puchner (Altmünster)

Mad or bad: Wo endet Krankheit? Wo beginnt Schuld? — Adelheid Kastner (Linz)

19:15 **Abfahrt zum Gesellschaftsabend**

Bitte bringen Sie Ihren Voucher mit, den Sie mit Ihren Kongressunterlagen erhalten haben.

08:45–09:50 FAIR: Women's Health Across the Life Course in patients with RMDs + Verleihung des FAIR Re-entry Wissenschaftspreises — Vortragssaal

Vorsitz: Myriam Reisch (Graz), Klara Rosta (Wien)

Contraception and family planning in autoimmune disease — Antonia Mazzucato-Puchner (Wien)

Managing rheumatic diseases during pregnancy — Karen Schreiber (Sønderborg, DK)

Menopause and rheumatic disease activity — Karoline Mayer-Pickel (Graz)

08:45–09:50 Managing Complex Patients — Sky Maxi

Vorsitz: Hans-Peter Brezinsek (Graz), Jeanette Wolf (Wien)

Many Drugs, many problems? Polypharmazie in der Rheumatologie — Anselm Jorda (Wien)

Safety First – Personalisierte Therapie, individuelles Risiko — Victoria Konzett (Wien)

Schwierig zu behandeln oder schwierig zu verstehen? – Difficult-to-Treat in der Rheumatologie — Paul Studenic (Wien)

10:00–11:00 Inspired by patients. Driven by science. Symposium — Vortragssaal

PsA neu gedacht – wie Head-to-Head-Daten Therapieentscheidungen unterstützen

Vorsitz: Daniel Aletaha (Wien)

Ergebnisse eines direkten Wirksamkeitsvergleichs: Einblicke aus BE BOLD — Daniel Aletaha (Wien)

PsA im Praxisalltag: Patientenfälle über alle GRAPPA-Domänen — Manuel Bécède (Tulln), Myriam Reisch (Graz)

10:00–11:00 ALEXION **Symposium** — **Sky Maxi**

Rare? Relevant! – Rheumatolog:Innen als Game-Changer in der HPP

Vorsitz: Roland Kocijan (Wien)

Wenn die Symptome nicht ins Bild passen: HPP in der Rheumatologie — Roland Kocijan (Wien)

From Clues to Clarity – Diagnostic Challenges in HPP and How to Overcome Them — Andrea Trombetti (Genf, CH)

Prävalenz und klinische Konsequenz der HPP in der Rheumatologie — Claus-Jürgen Bauer (Bonn, D)

11:00–11:30 **Pause – Besuch der Industrieausstellung**

11:30–12:30 **EGPA – ein ÖGR/ÖGP Konsensus** — **Vortragssaal**

Vorsitz: Stephan Blüml (Wien), Eva Manger (Innsbruck)

EGPA – Die pulmologische Perspektive — David Lang (Linz)

EGPA – Die rheumatologische Perspektive — Jens Thiel (Graz)

11:30–12:30 **Kardiovaskuläre Komorbiditäten rheumatischer Erkrankungen** — **Sky Maxi**

Vorsitz: Sonja Badal-Herman (St.Pölten), Herwig Pieringer (Linz)

Konsensus Statement der ÖGR zum Management des erhöhten kardiovaskulären Risikos bei RA, PsA, SpA — Boris Lindner (Wien)

Arrhythmien und Herzinsuffizienz bei rheumatischen Erkrankungen — Mathias Ausserwinkler (Villach)

Case report: 32-jährige SLE-Patientin mit STEMI — Simon Schedl (Wien)

12:30–13:10 **Preisverleihungen** — **Vortragssaal**

Vorsitz: Christina Duftner (Innsbruck), Helga Lechner-Radner (Wien), Peter Mandl (Wien)

13:10–14:10 **ÖGR Mitgliederversammlung** — **Vortragssaal**

+ Berichte aus dem Vorstand und den Arbeitskreisen
+ Vorstandswahl: Verlautbarung des Wahlergebnisses der e-Vorstandswahl 2026
+ Begrüßung des neuen ÖGR Vorstandes

Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

ABSTRACTS



www.rheumatologie.at

1 Grundlagen- und translationale Forschung

1.1 Understanding the metabolic adaptations of immune cells to the microenvironment of the arthritic joint

Aronis C., Toth K., Lorenzetti R., Stradner M.H., Thiel J., Villa M.

1.2 Disruption of the Antibody Repertoire After CD19 CAR T-Cell Therapy in Patients with Rheumatic Autoimmune Diseases

Fehringer M., Rehm M.C., Maeda Y., Reyna-Blanco C., Kolek M.F., Prinzensteiner M., Kriegel M., Verhagen J., Zaiss M., Krönke G., Vogl T.

1.3 Decoding the shift: pathogenic CD4+ T cell development in rheumatoid arthritis

Hermann L., Preglej T., Luckerbauer B., Tosevska A., Mrak A., Acosta M., Heinz L., Raudner J., Niederreiter B., Svets T., Göschl L., Aletaha D., Bonelli M.

1.4 Peripheral lymphopenia in Sjögren's disease is driven by Type I interferon–mediated disruption of the IL- 7/IL-7R signaling axis

Javorova P., Zügner E., Rados M., Reisch M.K., Magnes C., Thiel J., Fessler J., Stradner M.H.

1.5 Metabolic profiling of immune cells using flow cytometry

Aronis C., Toth K., Thiel J., Lorenzetti R., Villa M.

1.6 Mechanoinflammatory Modulation of Gut-Derived LPS Responses in a Human Synovial Biochip

Reihs E.I., Frauenlob M., Stoiber A., Martinez M., Tögel S., Rothbauer M.

1.7 Advanced imaging-based ex vivo profiling of immune cells to stratify patients with rheumatoid arthritis

Emilius L., Kartnig F., Dellinger M., Rivellese F., Pitzalis C., Aletaha D., Bonelli M., Heinz L.

1.8 Domain-Invariant Learning for Osteoarthritis Detection in Hand Radiography

Kellner M., Eder J., Mitter G., Watzenböck C., Janizcek R., Deman M., Sieghart D., Langs G., Seeböck P., Wirth W., Aletaha D., Mandl P.

1.9 Dendritic cells as precursors of Osteoclasts

Kremp L., Niederreiter B., Frederico B., Hofmann M., Simader E., Kieler M., Reis e Sousa C., Blüml S.

1.10 Exploring the metabolic crosstalk between immune and stromal cells in the arthritic synovium
Toth K., Aronis C., Lorenzetti R., Thiel J., Villa M.

1.11 Rewiring Communication Networks: Altered Signalling Between Immune Cells and Salivary Epithelial Gland Cells in Sjögren's Disease
Dreo B., Anto Michel N., Hermann J., Thiel J., Stradner M.H., Fessler J.

1.12 KI-gestützte Standardisierung heterogener Handultraschallbilder bei rheumatoider Arthritis und Psoriasisarthritis: diagnostische Machbarkeit und anatomische Bildrepräsentationen
Winterleitner J., Napoletano A., Mitter G., Kellner M., Sieghart D., Eder J., Aletaha D., Mandl P.

1.13 Identification and functional characterization of C11orf96, a TNF-induced protein in synovial fibroblasts of patients with rheumatoid arthritis
Raudner J., Tosevska A., Aletaha D., Heinz L., Mandl P.

1.14 Investigating the crosstalk between mature adipocyte and B cells in Systemic Sclerosis
Mancuso A., Moazedi-Fürst F., Kickinger D., Thiel J., Keppler S.

1.15 Toll-like receptor and alarmin expression in temporal arteries of giant cell arteritis patients
Seidlberger S., Schirmer M., Wietzorrek G., Jiménez-Heffernan J., Castañeda S., Santos Sierra S.

1.16 Effect of galectin-1 and -3 deficiency in bone aging
Prammer L.S., Strauss C., Einspieler T., Thattil T., Niederreiter B., Aletaha D., Tögel S., Hayer S.

1.17 Potential osteoprotective effects of a dehydroepiandrosterone-loaded chitosan hydrogel in ovariectomized rats
Simirski M., Tapalski D.

1.18 Effects of a capsaicin-containing polymer film on mechanical and thermal hypersensitivity in rat models of chemotherapy-induced peripheral neuropathy
Palina L., Tapalski D.

1.19 Integrated single-cell transcriptomic and flow cytometric atlas of peripheral blood immune cells in joint diseases
Hasenauer S., Preglej T., Göschl L., Tosevska A., Schatzlmaier P., Hansel Fröse A., Dobnikar L., Aletaha D., Bonelli M.

2 Klinische Forschung

2.1 Prevalence and determinants of fatigue, depression, and anxiety in patients with sarcoidosis: A systematic review
Grenier J., Thiel A., Duftner C.

2.2 Hyperurikämie als unabhängiger vaskulärer Risikofaktor? Koronare und karotide Atherosklerose im Vergleich
Ausserwinkler M., Jung C., Flamm M., Trinka E., Aigner E., Wernly B.

2.3 Increased carotid calcification without detectable monosodium urate deposition in patients with gout
Held J., Lacaita P., Feuchtner G., Gizewski E., Grenier J., Haschka D., Duftner C., Weiss G., Klauser A.

2.4 Prevalence, risk factors and structural joint damage in HFE-related hemochromatosis arthropathy: The Iron Fist Study
Troppmair M., Theurl D., Pammer L., Degenhardt G., Glodny B., Henninger B., Saretto M., Haschka D., Schäfer B., Zoller H.

2.5 Immunophenotypic Changes In Sjögren´s Disease Can Be Observed Before Diagnosis: Longitudinal Flow Cytometry From The PreSStige Cohort
Edwards C.M., Javorova P., Zheden M., Dreo B., Pietsch D., Zenz S., Thiel J., Fessler J., Stradner M.H.

2.6 Nailing down the differences: Nailfold capillaroscopy features in idiopathic inflammatory myopathies compared with systemic sclerosis
Danisman E., Dassler E., Kastrati K., Gschwandtner M.E., Aletaha D., Kiener H., Schlager O., Lechner-Radner H.

2.7 Clinical disease activity, sonographic inflammation and psychological factors in rheumatoid arthritis
Watschinger C., Prenner A., Monsheimer A., Baldinger-Melich P., Supp G., Aletaha D., Mandl P., Gessl I.

2.8 A systematic literature review informing the 2025 update of the EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of peripheral spondyloarthritis in clinical practice
Watschinger C., Juhl-Pedersen S., Østergaard M., Courvoisier D.S., Wildner B., Mandl P., Navarro-Compán V.

2.9 Mosunetuzumab as Salvage Therapy for Refractory Connective Tissue Diseases: Clinical responses and Immunological Insights
Bischof L., Lorenzetti R., Kickinger D., Kreuzer S., Dreo B., Vagena F.R., Igrec J., Flick H., Stradner M.H., Breszinsek R., Heine A., Thiel J., Höbart J., Keppler S.

2.10 Fatigue in Sjögren's Disease: The Role of Quality of Life and active STAT3 Signaling
Lackner A., Dreo B., Dieng S., Fessler J., Rados M., Frech T., Thiel J., Stradner M.H.

2.11 Abatacept in systemic sclerosis: long-term real-world outcomes and its potential role as maintenance therapy after rituximab
Kickinger D., Riedl M., Lackner A., Bosch P., Berghammer S., Reisch M., Pregartner G., Flick H., Talakic E., Keppler S., Thiel J., Moazedi-Fürst F.

2.12 Real-world evidence on treatment in difficult-to-treat rheumatoid arthritis: a methodological appraisal of study design and interpretation
Shams G., Studenic P.

2.13 Erste Anwendung von [177Lu]Lu-FAPi als radiotherapeutischer Ansatz bei schwer behandelbarer inflammatorischer Arthritis
Mitter G., Kulterer O., Kastrati K., Göllner A., Kieler M., Rasul S., Blüml S., Karonitsch T., Bonelli M., Heinz L., Lange J., Kartnig F., Simader E., Gessl I., Watschinger C., Friedrich K.M., Kretschmer-Chott E., Patronas E., Sulzbacher I., Lechner-Radner H., Aletaha D., Schmitl S., Hacker M., Mandl P.

2.14 Radiographic progression in rheumatoid arthritis patients treated with b/tsDMARDs vs MTX across disease activity states
Oettel-Salbaba E., Kerschbaumer A., Smolen J.

2.15 Comparative risk of incident systemic rheumatic disease across anti-obesity treatments in adults with obesity
Gorzin F., Olbrich H., Bieber K., Meyhöfer S., Jegodzinski L., Ludwig R.J.

2.16 A flexible, locally deployed AI pipeline for extracting clinical information from unstructured medical records of rheumatoid arthritis patients
Studenic P., Baliko J.

2.17 Body Mass Index and Associated Clinical Characteristics in Psoriatic Arthritis – Data from the Austrian BioReg Registry
Baierl A., Schmidt V., Supper V., Roessler T., Rintelen B., Spellitz P., Haschka J., Fritsch-Stork R.

2.18 Beyond Disease Control: The Role of Interdisciplinary Care in the Management of Rheumatic Disease During Pregnancy
Hörhager C., Hwezda L., Horvarth M., Rosta K., Mazzucato-Puchner A.

2.19 Determinants of Methotrexate Polyglutamate Levels in Patients with Rheumatoid Arthritis: Real-World Data
Anderle K., Reiter B., Ritter-Hobl E., Leuthner P., Sampt B., Aletaha D., Lechner-Radner H.

3 Kinderrheumatologie

3.1 Identification of Error-Prone High-Alert Medications with Rheumatological Relevance in Children with Chronic Diseases at the Hospital-to-Home Transition
Hochrainer J., Valent I., Jbara C., Selzer A., Ulbrich A., Aufricht C., Boehm M.

3.2 Heerfordt-Syndrom als Erstmanifestation einer early onset Sarkoidose (EOS, Pediatric Granulomatous Arthritis (PGA) Blau Syndrom)
Wastian S., Pellkofer Y., Pietersteiner W., Brunner J.

3.3 RHE-MOVE: Zwei Jahre strukturierte rheumatologische Transition – Erfahrungen aus einem interdisziplinären Versorgungsmodell
Ulbrich A., Hemberger S., Mazzucato-Puchner A.

3.4 Temporal Trends and Diagnostic-Coding Patterns in Pediatric Rheumatic Disease: A Descriptive Analysis of Austrias Hospital Diagnosis Data, 2009–2024
Valent I., Ulbrich A.

3.5 Relevanz eines Screenings auf Typ 1 Diabetes- spezifische Autoantikörper bei juveniler idiopathischer Arthritis
Hammer A., Skrabl-Baumgartner A.

4 Rehabilitation & Physikalische Medizin

4.1 Impact of a Multimodal Inpatient Rehabilitation (MIR) Program Including Radon Thermal Therapy (RTT) on Disease Activity and Pain in Working Farmers with Ankylosing Spondylitis (AS)
Coric C., Nikolic-Pucar J., Triantafyllias K., Dejaco C., Maccarone M.C., Cop R., Mickeviciute G.C., Rodrigues G.D., Hanshans C., Mur E.

4.2 Status der rheumatologische Rehabilitation in Österreich
Mur E., Wiederer C.

4.3 Veränderungen der ICF-basierten Funktionsfähigkeit und individueller Rehabilitationsziele bei Patient*innen mit Knieschmerzen
Odrovicsné Tóth A., Thauerer B., Dorfer L., Mustak-Blagusz M., Hainzer D., Steinecker-Frohnwieser B.

5 Sonstiges

5.1 A mixed model study for factors associated for the diagnostic delay in axial spondyloarthritis
Leitner T., Lackner A., Herrmann J.

5.2 Auswirkungen der strukturierten pflegegeleitete Patient:innen-Schulung auf die Selbstwirksamkeit von erwachsenen Patient:innen mit Rheumatoider Arthritis
Griesbacher M.A.

5.3 A decade of lessons learned and challenges ahead of rheumatoid arthritis chip-based modelling
Rothbauer M.

5.4 Validierung der Rheumaampel zur Unterstützung hausärztlicher Zuweisungen bei Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung
Kerth J., Lackner A., Bosch P., Berghammer S., Reisch M., Thiel J., Moazedi-Fürst F., Kickinger D.

5.5 EULAR AI-Driven Screening: Evaluating ASReview for Systematic Literature Reviews Informing EULAR Recommendations and Points-to-Consider
Bischof L., Teijema J.J., Westerbeek E., Fragoulis G.E., Kiltz U., Könemann L., van de Schoot R., Ramiro S., Bosch P.

5.6 Zwischen Curriculum und Klinikalltag: Die rheumatologische Facharztausbildung in Österreich
Balaneskovic M., Becede M., Dreo B., Duftner C., Greb A., Gessl I., Kickinger D., Lechner-Radner H., Mandl P., Manger E., Rath E., Reisch M., Stradner M.H., Bosch P., Feurstein J.

6 Fallstudien / Case reports

6.1 When infection mimics autoimmunity: Chronic Coxiella burnetii Infection presenting with vasculitis, interstitial lung disease, hypergammaglobulinemia, and elevated rheumatoid factor in an adolescent
Schaier E., Frühwirth J., Baniqued O., Krobath I., Reiter T., Szigeti T., Draxler S., Wagner T.

6.2 Diagnostische und therapeutische Herausforderungen bei Morbus Crohn und SAPHO-Syndrom
Lehner J., Niedersüß-Markgraf S., Prenninger M., Lampl R., Bonfig W.

6.3 Intestinal and ureteral pseudo-obstruction in severe lupus enteritis – inflammatory affection of the smooth muscles related to APOL1 risk variants?
Manger E., Steinlechner M., Duftner C., Haschka D., Weiss G., Sturm W., Giquel-Fernandes R., Kronbichler A., Kofler A., Theurl F., Tilg H.

6.4 A fulminant case of MDA5-positive dermatomyositis
Stepnickova A., Öberseder G., Moschen A.

6.5 Cogan-Syndrom mit progredientem Hörverlust und Aortitis: eine diagnostische Herausforderung
Balaneskovic M., Rath E., Zwerina J.

6.6 Diagnose über Umwege – Gelenke-Auge-Haut
Valent I., Hacker V., Radakovic S., Ulbrich A.

6.7 When a swollen hand tells a different story
Filippi V., Trafojer T., Manger E., Haschka D., Duftner C., Frischhut N.

6.8 Zwei Schwestern, gleiches Immunsystem, unterschiedliches Schicksal: Fulminanter de-novo-SLE nach allo-SZT bei 100 % Spenderchimärismus
Winter L., Göschl L.

6.9 Hypothyreote Myopathie als Myositis-Mimik: Rhabdomyolyse bei Nachweis von TSH-Rezeptor-Antikörpern
Schuh B.M., D'Orazio M., Rode J., Thiel J., Weber K.

6.10 Pulmonales Larva-migrans-Syndrom bei neu aufgetretener Hypereosinophilie und pulmonalen Infiltraten: Differenzialdiagnostische Abgrenzung einer EGPA
Reinthaler R., Rathkolb V., Pawelka E., Erlacher L.

6.11 STAT/JAK pathway activation on brain biopsy successfully guides therapy of multi-organ unclassifiable inflammatory syndrome: A Case Report
Anderle K., Blüml S., Göschl L.

Affenzeller Barbara, Dr., Kepler Universitätsklinikum, Linz

Aletaha Daniel, Univ.-Prof. Dr. MD, MS, MBA,
Medizinische Universität Wien

Aringer Martin, Prof. Dr.,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, D

Ausserwinkler Mathias, PD Dr. PhD, MSc,
Niedergelassener Rheumatologe, Villach

Aykara Iris, Dr., Landesklinikum Stockerau

Badal-Herman Sonja, OA Dr., Universitätsklinikum St. Pölten

Bauer Claus-Jürgen, Dr., Universitätsklinikum Bonn, D

Baumgartner Nina, OA Dr., Landesklinikum Stockerau

Bécède Manuel, Dr., Niedergelassener Rheumatologe, Tulln

Blüml Stephan, Assoz. Prof. PD Dr., Medizinische Universität Wien

Böckle Barbara, PD Mag. Dr., LKH – Universitätskliniken Innsbruck

Bond Milena, Dr., Südtiroler Sanitätsbetrieb, Bruneck, I

Bonelli Michael, Assoz. Prof. PD Dr., Medizinische Universität Wien

Bosch Philipp, Dr. MSc, Medizinische Universität Graz

Boucheron Nicole, Dr., Medizinische Universität Wien

Brezinsek Hans-Peter, Ao. Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Graz

Brinkmann Marie, Dr. MSc, Medizinische Universität Wien

Brix Johanna, OA PD Dr., Klinik Landstraße und
Diabeteszentrum Wienerberg, Wien

Buttgereit Frank, Prof. Dr., Charité Berlin, D

Di Matteo Andrea, PhD, University of Leeds, UK

Dorfer Lisa, MSc, Medizinische Universität Wien

Duftner Christina, PD Dr. PhD, Medizinische Universität Innsbruck

Dyball Sarah, Dr., The University of Manchester, UK

Feuerer Markus, Prof. Dr., LIT – Leibniz Institute for Immunotherapy
c/o University Hospital Regensburg, D

Föll Dirk, Univ.-Prof. Dr., Universitätsklinikum Münster, D

Fonti Mirella, Dr., Klinik Hietzing, Wien
Fritsch-Stork Ruth, Prim. PD Dr. PhD,
ÖGK – Mein Gesundheitszentrum Mariahilf, Wien
Funk Marion, PD Dr., Medizinische Universität Wien
Geenen Rinie, Prof. Dr., Universität Utrecht, NL
Göschl Lisa, Dr. PhD, Medizinische Universität Wien
Greb Antonia, Dr., ÖGK – Mein Hanusch Krankenhaus, Wien
Hagen Melanie, OA Dr., Friedrich-Alexander Universität, Erlangen, D
Hammer Angelika, Dr., Medizinische Universität Graz
Haschka Judith, Dr., ÖGK – Mein Hanusch Krankenhaus, Wien
Hatemi Gulen, Prof. Dr., Istanbul University – Cerrahpasa, TR
Haupt Lukas, Klinik Hietzing, Wien
Heeren Sonja, OA Dr., Universitätsklinikum Salzburg
Held Julia, Dr., Medizinische Universität Innsbruck
Hermann Josef, PD Dr., Medizinische Universität Graz
Hermann Laura, MSc, Medizinische Universität Wien
Hintenberger Rainer, OA Dr., ÖGK – Mein Hanusch Krankenhaus, Wien
Hochrainer Mathis, OA Dr,. Klinik Floridsdorf, Wien
Holak Gregor, OA Dr., Klinik Ottakring, Wien
Hucke Miriam, PD Dr., Niedergelassene Rheumatologin, Pörtschach
Husar-Memmer Emma, Mag. Dr.,
ÖGK – Mein Hanusch Krankenhaus, Wien
Husic Rusmir, PD Dr., Medizinische Universität Graz
Hütter Lisa, OA Dr., Klinik Hietzing, Wien
Jorda Anselm, PD Dr., Medizinische Universität Wien
Karonitsch Thomas, Assoc.-Prof. Dr., Medizinische Universität Wien
Kartnig Felix, Dr., Medizinische Universität Wien
Kastner Adelheid, Prim. Dr., Kepler Universität Linz
Keppler Selina, Dr., Medizinische Universität Graz

Kheder Peyman, Dr., Klinik Ottakring, Wien
Kickinger David, Dr., Medizinische Universität Graz
Kiener Hans-Peter, PD Dr., Medizinische Universität Wien
Klemm Philipp, PD Dr., Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim, D
Kocijan Roland, OA Assoz. Prof. PD DDr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Konzett Victoria, Medizinische Universität Wien
Kortekaas Marion M.D., PhD, Leiden University Medical Center, NL
Krauter Andreas, Dr., Österreichische Gesundheitskasse, Wien
Krönke Gerhard, Prof. Dr. MHBA, Charité Berlin, D
Lang David, OA PD Dr. Ph.D., Kepler Universitätsklinikum, Linz
Lechner-Radner Helga, Assoz. Prof. PD Dr., Medizinische Universität Wien
Lindner Boris, Dr., Klinik Hietzing, Wien
Luckerbauer Bianca, MSc, Medizinische Universität Wien
Lunzer Raimund, OA Dr., Krankenhaus der Barmherzige Brüder Graz
Mandl Peter, Assoc. Prof. PD Dr. MD, PhD, Medizinische Universität Wien
Manger Eva, Dr., Medizinische Universität Innsbruck
Mayer-Pickel Karoline, PD Dr., Medizinische Universität Graz
Mazzucato-Puchner Antonia, Dr., Medizinische Universität Wien
Moosbauer Sophie, Dr., ÖGK – Mein Hanusch Krankenhaus, Wien
Mrak Daniel, Dr., Medizinische Universität Wien
Nell-Duxneuner Valerie, PD Dr., ÖGK – Mein Hanusch Krankenhaus, Wien
Nösslinger Thomas, OA Dr., ÖGK – Mein Hanusch Krankenhaus, Wien
Öberseder Gregor, Dr., Kepler Universitätsklinikum, Linz
Odler Balazs, Ass.-Prof. PD Dr. PhD, Medizinische Universität Innsbruck
Pachernik Elisa, Medizinische Universität Graz
Pascat Tristan, Prof. Dr., Lille Catolic University, F
Pieringer Herwig, PD Dr. MBA, Klinik Diakonissen Linz

Pietsch Daniel, Dr., Medizinische Universität Graz

Porpaczy Christoph, Dr., Klinik Hietzing, Wien

Posch Christian, Prim. Univ.-Prof. PD Dr. PhD, MBA, Kliniken Hietzing und Ottakring, Wien

Preglej Teresa, DI PhD, Medizinische Universität Wien

Puchner Rudolf, PD Dr. MSc, MBA, Altmünster

Rath Eva, OA Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien

Redlich Kurt, Prim. Univ.-Prof. Dr., Klinik Hietzing, Wien

Reider Simon, Dr. PhD, Medizinische Universität Innsbruck

Reinhart-Mikocki David, OA Dr., Klinik Ottakring, Wien

Reisch Myriam, Dr., Medizinische Universität Graz

Rendeiro André, CeMM Forschungszentrum Wien

Ritschl Valentin, PhD, Medizinische Universität Wien

Rommer Paulus, Assoc. Prof. Dr, Medizinische Universität Wien

Rosta Klara, PD Dr. PhD, Medizinische Universität Wien

Rouhani David, Dr., St. Anna Kinderspital, Wien

Rubbert-Roth Andrea, Prof. Dr., Universitäts Spital Zürich, CH

Salmhofer Wolfgang, Ao. Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Graz

Sautner Judith, Prim. Clin. Assoc. Prof. PD Dr., Landesklinikum Korneuburg – Stockerau

Savarimuthu Thiusius, Prof. Dr., University of Southern Denmark, DK

Schedl Simon, Dr., Klinik Hietzing, Wien

Schirmer Michael, Prof.i.R. Dr., Niedergelassener Rheumatologe, Hall

Schnetz Hanna, Dr., Klinik Hietzing, Wien

Schönfeld Paul, Dr., Niedergelassener Rheumatologe, Wien

Schreiber Karen, Prof., IRS – Danish Hospital, Sønderborg, DK

Schumacher Sabine, Dr., Niedergelassene Rheumatologin, Linz

Sinanoğlu Cihan, Dr., Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), Berlin, D

Skrabl-Baumgartner Andrea, PD Dr., Medizinische Universität Graz

Smith Vanessa, Prof. Dr. MD, PhD, Ghent University Hospital, B

Stamm Tanja, Univ.-Prof. Dr. PhD, MSc, MBA, Medizinische Universität Wien

Stary Georg, Prof. Dr., Medizinische Universität Wien

Steiner Pius, OA Dr., Klinikum Wels-Grieskirchen, Standort Wels

Steringer-Mascherbauer Regina, OA Dr., Ordensklinikum Linz

Stieger Jutta, OA Dr., Klinik Hietzing, Wien

Stradner Martin, Assoz. Prof. PD Dr., Medizinische Universität Graz

Studenic Paul, Ap. Prof. PD Dr. PhD, Medizinische Universität Wien

Taxer Sylvia, Medizinische Universität Wien

Thiel Jens, Prim. Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Graz

Tosevska Anela PhD, Medizinische Universität Wien

Toth Krisztina, Medizinische Universität Graz

Trombetti Andrea, Prof. Dr., Universitätsspital Genf (HUG), CH

Ulbrich Andrea, Dr., Medizinische Universität Wien

Unger-Groselj Julia, BSc, MSc, FH Joanneum, Graz

van Vollenhoven Ronald, Prof. MD, PhD, MACR, Amsterdam UMC-University Medical Centers, Amstedam, NL

Venerito Vincenzo, Ass. Prof., University of Bari, I

Venhoff Nils, Prof. Dr., Universitätsklinikum Freiburg, D

Villa Matteo, PhD, Medizinische Universität Graz

Wekerle Thomas, Univ.-Prof. Dr, Medizinische Universität Wien

Wijsenbeek Marlies S., Prof. Dr. PhD, Erasmus MC, Rotterdam, NL

Wilhelmer Tanita-Christina, BA, ÖRL-Österr. Rheumaliga-Auslandsdeligierte, Weinfelden, CH

Wincup Chris, MD, PhD, King's College Hospital NHS, London, UK

Wolf Jeanette, OA Dr., Klinik Ottakring, Wien

Woltsche Johannes, Dr., Medizinische Universität Graz

Zauner Michael, MSc, Medizinische Universität Wien


abbvie


ADVANZ
PHARMA


ALEXION


ALFASIGMA


AMGEN


AstraZeneca


ASTRO PHARMA


Boehringer
Ingelheim


Bristol Myers Squibb


CSL


FRESENIUS
KABI


Gebro Pharma


GEDEON RICHTER


GSK


Johnson&Johnson


KYOWA KIRIN


Lilly
A MEDICINE COMPANY


NOVARTIS


Otsuka


ratiopharm
eine Marke von
teva


RECORDATI

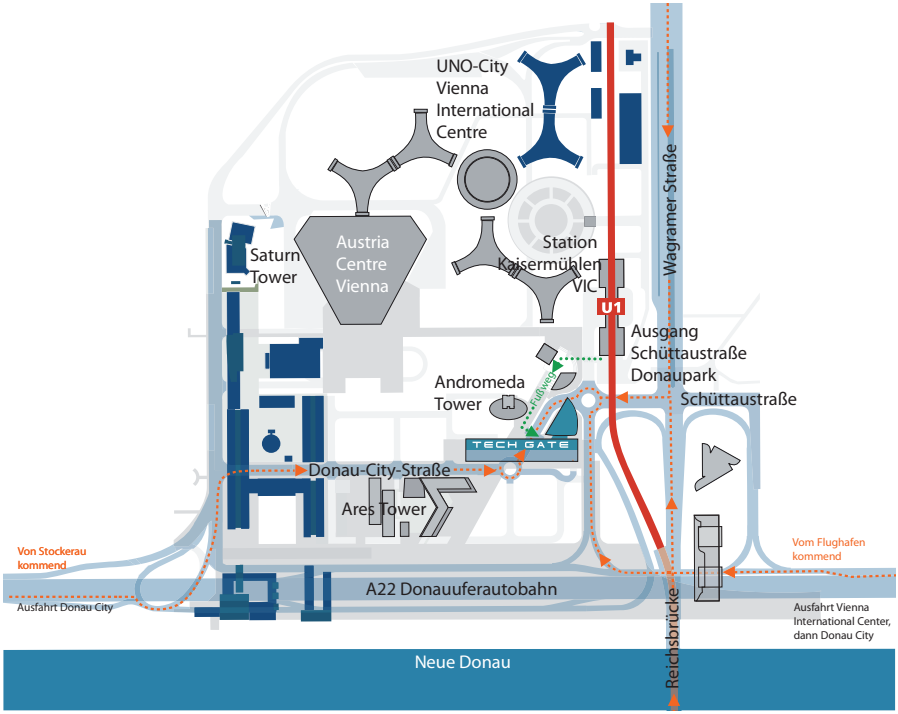

Roche


SANDOZ


sanofi


STADA


Inspired by patients.
Driven by science.



TECH GATE VIENNA:
Wissenschafts- und Technologiepark GmbH, Donau-City-Straße 1, 1220 Wien

PKW:
Abfahrt von der Reichsbrücke, vom Stadtzentrum kommend links der erste Kreisverkehr, Ausfahrt Richtung Donau-City-Straße. Die Einfahrt zur Parkgarage ist unmittelbar nach der Abzweigung vom 2. Kreisverkehr.
Ermäßigte Parktickets bei der Registratur erhältlich.

U-Bahn:
U1-Station Kaisermühlen – Vienna International Center,
Ausgang Schüttaustraße. Zwei Minuten Gehweg.

Bus:
Die Busse der folgenden Linien haben Stationen in unmittelbarer Nähe des Tech Gate Vienna (bei U1-Station Kaisermühlen-Vienna International Center):
20B, 90A, 91A, 92A, Airport Bus



PYZCHIVA® FERTIGPEN

für Erwachsene mit Morbus Crohn, Psoriasis-Arthritis oder Plaque-Psoriasis

einfach und komfortabel anzuwenden: subkutane Injektion mit dünner Nadel (29G)[1]



- automatisches Auslösen der Injektion – einfache Bedienung[1]
- visuelle und akustische Injektionskontrolle – Sichtfenster mit Farbanzeige und hörbares „Klick“ (Beginn/Ende)[1]
- dünne 29G-Nadel – schmerzfreiere Applikation[2,3]
- **grüne Box** (IND)
- Latex- und Citrat-frei[1]
- hergestellt in Europa[1]

Pyzchiva® ist eine eingetragene Marke von Samsung Bioepis Co., Ltd. Die Vermarktungsrechte in Österreich liegen bei Sandoz GmbH. Pyzchiva® ist derzeit nicht für die Indikation Colitis ulcerosa zugelassen und darf für diese Indikation weder verwendet noch verabreicht werden (die Zulassung dieser Indikation liegt exklusiv beim Originator). Referenzen: **1)** Fachinformation Pyzchiva (06/2026). **2)** Arendt-Nielsen L et al. Somatosens Mat Res 2006; 23:37-43 **3)** Gill HS et al. J Diabetes Sci Technol 2007

Fachkurzinformation siehe Seite 51

08/2026, AT2608112395

SANDOZ

Pyzchiva ustekinumab

JETZT zugelassen

JASCAYD® nerandomilast

Ein Meilenstein in der Lungenfibrose-Therapie

JASCAYD®: LÄNGER LEBEN. BESSER LEBEN.[1-4]

- Schützt die Lungenfunktion[1,2]
- Günstiges Verträglichkeitsprofil[1-6]
- Verbessert das Überleben[3,4,#,‡]
- 2x täglich orale Einnahme (18 mg)[6]



JASCAYD® von Anfang an bei IPF und PPF anwenden

AT/JAS/0826/PC-AT-105573

IPF: idiopathische Lungenfibrose | **PPF:** progrediente pulmonale Fibrose | **#** Der wichtigste sekundäre kombinierte Endpunkt erfasste die Zeit bis zum ersten Auftreten einer akuten Exazerbation, einer respiratorisch bedingten Hospitalisierung oder des Todes während der Studiendauer und wurde nicht erreicht. Die Analysen sekundärer und weiterer Endpunkte wie „Zeit bis zum Tod" und „Zeit bis zur Progression" waren nicht Bestandteil von Bestätigungstests und haben explorativen Charakter.[1-4] | ‡ Nominell signifikante Reduktion des Sterberisikos in FIBRONEER®-ILD[3], numerische Reduktion des Sterberisikos in FIBRONEER®-IPF[4]. |

1. Maher TM et al., N Engl J Med. 2025;392:2203-14. | **2.** Richeldi L et al. N Engl J Med. 2025;392:2193-2202. | **3.** Wijsenbeek MS et al., Eur Respir J. 2026;2501899. | **4.** Oldham JM et al., Am J Respir Crit Care Med. 2026;212(5):972-80. | **5.** Oldham JM et al., Eur Respir J. 2025;66:Suppl.69,PA2977. | **6.** Fachinformation JASCAYD®, 07/2026.

Die Fachkurzinformation finden Sie auf Seite 51

Boehringer Ingelheim

Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

Jahrestagung 2027

SAVE THE DATE

25. – 27. November 2027

Wien, Tech Gate Vienna

www.rheumatologie.at

Fachkurzinformation zu Inserat Sanofi – Kevzara

Kevzara 150/200 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze; 150/200 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, 175 mg/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche. **Wirkstoff:** Sarilumab. **Zusammensetzung:** *Arzneilich wirksame Bestandteile:* 1 Fertigspritze/1 Fertigpen enthält 150/200 mg Sarilumab in 1,14 ml (131,6 mg/ml/ 175 mg/ml) Lösung. 1 Durchstechflasche enthält 270 mg Sarilumab in 1,54 ml Lösung (175 mg/ml). Sarilumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters produziert wird. *Sonstige Bestandteile*: Histidin, Arginin, Polysorbat 20 (E432), Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Rheumatoide Arthritis: Kevzara ist in Kombination mit Methotrexat (MTX) indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis (RA) bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende antirheumatische Arzneimittel (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Kevzara kann als Monotherapie gegeben werden, wenn MTX nicht vertragen wird oder wenn eine Behandlung mit MTX ungeeignet ist. Polymyalgia rheumatica: Kevzara ist indiziert zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica (PMR) bei erwachsenen Patienten, die auf Corticosteroide unzureichend angesprochen haben oder bei denen ein Rezidiv während des Ausschleichens der Corticosteroide auftritt. Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis: Kevzara ist indiziert zur Behandlung der aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis (pJIA; Rheumafaktor-positive oder -negative Polyarthritis und ausgedehnte Oligoarthritis) bei Patienten ab 2 Jahren, die auf eine vorangegangene Therapie mit konventionellen synthetischen DMARDs (csDMARDs) nur unzureichend angesprochen haben. Kevzara kann als Monotherapie oder in Kombination mit MTX angewendet werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder sonstige Bestandteile, aktive schwere Infektionen. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Im Kühlschrank lagern. Nicht einfrieren. In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Nach der Entnahme aus dem Kühlschrank ist Kevzara innerhalb von 14 Tagen zu verabreichen und nicht über 25 °C zu lagern. **Nebenwirkungen:** aus kontrollierten klinischen Studien: Bei RA- und PMR-Patienten: *Infektionen und parasitäre Erkrankungen:* Häufig: Infektion der oberen Atemwege, Harnwegsinfektion, oraler Herpes, Zellulitis, Pneumonie; gelegentlich: Nasopharyngitis, Divertikulitis. *Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems:* Sehr häufig: Neutropenie, häufig: Leukopenie, Thrombozytopenie. *Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen:* Häufig: Hypertriglyzeridämie, Hypercholesterinämie. *Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts:* Selten: Gastrointestinale Perforation. *Leber- und Gallenerkrankungen:* Häufig: Erhöhte Transaminasen. *Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:* Häufig: Erythem an der Injektionsstelle, Juckreiz an der Injektionsstelle. Bei pJIA-Patienten, die mindestens eine Verabreichung der empfohlenen Dosis von Sarilumab erhielten: *Infektionen und parasitäre Erkrankungen:* Sehr häufig: Infektion der oberen Atemwege, Nasopharyngitis. *Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems:* Sehr häufig: Neutropenie. *Leber- und Gallenerkrankungen:* Häufig: Erhöhte Alaninaminotransferase. *Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:* Sehr häufig: Reaktion an der Injektionsstelle. **Abgabe/Verschreibungspflicht**: Deutschland: Verschreibungspflichtig. Österreich: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunsuppressiva, Interleukin-Inhibitoren **ATC-Code:** L04AC14. Inhaber der Zulassung: **Sanofi Winthrop Industrie**, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter des Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, 65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **sanofi-aventis GmbH**, 1100 Wien, Österreich. **Stand der Information**: –Januar 2025 **Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation zu Inserat Johnson & Johnson – TREMFYA® 100mg

Bezeichnung des Arzneimittels: Tremfya 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Tremfya 100 mg OnePress Injektionslösung im Fertigpen, Tremfya 100 mg PushPen Injektionslösung im Fertigpen. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Fertigspritze enthält 100 mg Guselkumab in 1 ml Lösung. Jeder Fertigpen enthält 100 mg Guselkumab in 1 ml Lösung. Guselkumab ist ein vollhumaner monoklonaler Immunglobulin-G1-Lambda(IgG1λ)-Antikörper (mAk), hergestellt durch rekombinante DNA-Technologie in einer CHO-Zelllinie (*Chinese-Hamster-Ovary*). **Sonstige Bestandteile**: Histidin, Histidinmonohydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80 (E 433), Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen: Tremfya ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen (nur Fertigspritze): Tremfya ist zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Jugendlichen und Kindern ab 6 Jahren indiziert, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. Psoriasis-Arthritis: Tremfya, als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat (MTX), ist für die Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten indiziert, die auf eine vorangegangene krankheitsmodifizierende antirheumatische (*disease-modifying antirheumatic drug*, DMARD) Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Colitis ulcerosa: Tremfya ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa indiziert, die auf eine konventionelle Therapie oder Biologikatherapie unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. Morbus Crohn: Tremfya ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktiven Morbus Crohn indiziert, die auf eine konventionelleTherapie oder Biologikatherapie unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose). **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Vertrieb für Österreich:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206B, A-1020 Wien. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** Rezept und apothekenpflichtig; wiederholte Abgabe verboten. **ATC-Code:** L04AC16. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**
AT_ CP-559631_20251222

Fachkurzinformation zu Inserat Boehringer Ingelheim – Jascayd

Jascayd 9 mg Filmtabletten, Jascayd 18 mg Filmtabletten. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG Jascayd 9 mg Filmtabletten Jede Filmtablette enthält 9 mg Nerandomilast. *Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung* Jede Filmtablette enthält 81,1 mg Lactose (als Monohydrat). Jascayd 18 mg Filmtabletten Jede Filmtablette enthält 18 mg Nerandomilast. *Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung* Jede Filmtablette enthält 162,2 mg Lactose (als Monohydrat). Pharmakotherapeutische Gruppe: Selektive Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AA61 **Liste der sonstigen Bestandteile** 9 mg Filmtabletten: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hydroxypropylcellulose, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat, Hypromellose 2910, Talkum, Mannitol, Macrogol 8000, Eisen(III)-hydroxid-oxid × H_2O (E 172) 18 mg Filmtabletten: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hydroxypropylcellulose, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat, Hypromellose 2910, Talkum, Mannitol, Macrogol 8000, Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II, III)-oxid (E 172) **Anwendungsgebiete** Jascayd wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (*Idiopathic Pulmonary Fibrosis*, IPF). Jascayd wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit progredienter pulmonaler Fibrose (PPF). **Gegenanzeigen** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile **INHABER DER ZULASSUNG** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Straße 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Deutschland **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht** Rezept- und apothekenpflichtig **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Zusätzliche medizinische Informationen erhalten Sie telefonisch unter 01/80105-7870 bzw. per E-Mail unter MEDmedicalinformation.AT@boehringer-ingelheim.com Stand der Fachkurzinformation: Juli 2026.

Fachkurzinformation zu Inserat Sandoz – Pyzchiva

Bezeichnung des Arzneimittels Pyzchiva 130 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, Pyzchiva 45 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze,Pyzchiva 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Pyzchiva 45 mg Injektionslösung im Fertigpen, Pyzchiva 90 mg Injektionslösung im Fertigpen **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Pyzchiva 130 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung Jede Durchstechflasche enthält 130 mg Ustekinumab in 26 ml (5 mg/ml). Pyzchiva 45 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze Jede Fertigspritze enthält 45 mg Ustekinumab in 0,5 ml. Pyzchiva 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze Jede Fertigspritze enthält 90 mg Ustekinumab in 1 ml. Pyzchiva 45 mg Injektionslösung im Fertigpen Jeder Fertigpen enthält 45 mg Ustekinumab in 0,5 ml. Pyzchiva 90 mg Injektionslösung im Fertigpen Jeder Fertigpen enthält 90 mg Ustekinumab in 1 ml. Ustekinumab ist ein rein humaner monoklonaler IgG1κ-Antikörper gegen Interleukin (IL)-12/23, der unter Verwendung rekombinanter DNA-Technologie in einer CHO-Zelllinie produziert wird. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, Interleukin-Inhibitoren. ATC-Code: L04AC05 **Anwendungsgebiete:** Pyzchiva 130 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung und Pyzchiva 45 mg / 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze: Morbus Crohn bei Erwachsenen Pyzchiva ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktiven Morbus Crohn, die entweder auf eine konventionelle Therapie oder einen der Tumornekrosefaktor-alpha (TNFα)-Antagonisten unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder eine Unverträglichkeit aufweisen. Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen Pyzchiva ist indiziert für die Behandlung von mittelschwerem bis schwerem aktiven Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen mit einem Körpergewicht von mindestens 40 kg, die auf eine konventionelle Therapie oder auf ein Biologikum unzureichend angesprochen haben oder eine Unverträglichkeit aufweisen. Pyzchiva 45 mg / 90 mg Injektionslösung im Fertigpen: Morbus Crohn Pyzchiva ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktiven Morbus Crohn, die entweder auf eine konventionelle Therapie oder einen der Tumornekrosefaktor-alpha (TNFα)-Antagonisten unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder eine Unverträglichkeit aufweisen. Pyzchiva 45 mg / 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze und Pyzchiva 45 mg / 90 mg Injektionslösung im Fertigpen: Plaque-Psoriasis Pyzchiva ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, bei denen andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat (MTX) oder PUVA (Psoralen und Ultraviolett A) nicht angesprochen haben, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden. Psoriatische Arthritis (PsA) Pyzchiva ist allein oder in Kombination mit MTX für die Behandlung der aktiven psoriatischen Arthritis bei erwachsenen Patienten indiziert, wenn das Ansprechen auf eine vorherige nicht-biologische krankheitsmodifizierende antirheumatische (*Disease-modifying antirheumatic drugs,* DMARD-) Therapie unzureichend gewesen ist. Nur Pyzchiva 45 mg / 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze: Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen Pyzchiva ist für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren indiziert, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder sie nicht vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante, aktive Infektion (z. B. aktive Tuberkulose). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Pyzchiva 130 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung: Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Methionin, Dinatriumedetat, Saccharose, Polysorbat 80 (E 433), Wasser für Injektionszwecke Pyzchiva 45 mg / 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze und Pyzchiva 45 mg / 90 mg Injektionslösung im Fertigpen: Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80 (E 433), Saccharose, Wasser für Injektionszwecke **Inhaber der Zulassung:** Samsung Bioepis NL B.V., 2616 LR Delft, Niederlande **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 06/2026 **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sowie Angaben zu Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**