



Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

Jahrestagung

28. – 30. 11. 2024, Wien

Tech Gate Vienna



BEI UNZUREICHENDEM
ANSPRECHEN AUF DMARDs
ODER KONVENTIONELLE THERAPIEN¹

XELJANZ[®]

RASCHE UND ANHALTENDE
WIRKSAMKEIT²⁻⁶

- FLEXIBLES THERAPIEMANAGEMENT
MIT 3 ORALEN DARREICHUNGSFORMEN
5 mg, 11 mg, 1 mg/ml¹
- MEHR ALS 605.000 PATIENT*INNEN
WELTWEIT (RA, PsA, AS, CU, JIA)⁷
- VERTRÄGLICHKEITSDATEN
BIS ZU 10,5 JAHRE (RA)⁸

DER MÖGLICHE WENDEPUNKT
FÜR VIELE PATIENT*INNEN
MIT RA, PsA, AS, JIA

ab 18 Jahren

RA | PsA | CU | AS

XELJANZ[®] – ZUGELASSEN FÜR

pJIA | jPsA

ab 2 Jahren

Die in kontrollierten klinischen Studien zu RA, PsA und AS während der ersten 3 Monate am häufigsten berichteten Nebenwirkungen waren Kopfschmerzen, Infektionen der oberen Atemwege, Diarrhö, Übelkeit und Hypertonie.

AS = ankylosierende Spondylitis. CU = Colitis ulcerosa. DMARD = krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum. JIA = juvenile idiopathische Arthritis. jPsA = juvenile Psoriasis-Arthritis. pJIA = polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis. PsA = Psoriasis-Arthritis. RA = rheumatoide Arthritis.

1. Aktuelle Fachinformation XELJANZ[®]. 2. Fleischmann R et al. N Engl J Med. 2012;367:495-507. 3. Wollenhaupt J et al. Arthritis Res. & Ther. 2019;21:89. 4. Mease P et al. N Engl J Med. 2017;377(16):1537-1550. 5. Ruperto N et al. Lancet. 2021 Nov 9;S0140-6736(21)01255-1. 6. Deodhar A et al. Ann Rheum Dis. 2021;80(8):1004-1013. 7. IQVIA MIDAS September 2023. 8. Burmester GR et al. RMD Open 2021;7:e001595. doi:10.1136/rmdopen-2021-001595.



© Pfizer Corporation Austria Gesellschaft m.b.H., Wien
www.pfizer.at www.pfizermed.at
PP-XEL-AUT-0952/05.2024

Fachkurzinformation siehe Seite 59

XELJANZ[®]
[Tofacitinibcitrat]

| | |
|--|----|
| Vorwort..... | 3 |
| Allgemeine Hinweise..... | 4 |
| Raumübersicht..... | 6 |
| Programmübersicht..... | 7 |
| Vorkongress Bildgebungsworkshop..... | 11 |
| Vorkongress Rheumalabor..... | 11 |
| Vorkongress 1 x 1 der Rehabilitation..... | 12 |
| Vorkongress Escape Room..... | 12 |
| Sitzungen der Arbeitskreise..... | 12 |
| Wissenschaftliches Programm Donnerstag, 28. November 2024..... | 13 |
| Wissenschaftliches Programm Freitag, 29. November 2024..... | 19 |
| Wissenschaftliches Programm Samstag, 30. November 2024..... | 31 |
| Abstracts..... | 37 |
| Referenten..... | 45 |
| Sponsoren / Aussteller / Inserenten..... | 49 |
| Anfahrt..... | 50 |
| Save the Date – Jahrestagung 2025..... | 51 |
| Fachkurzinformationen..... | 54 |

ÖGR Jahrestagung 2024 KONGRESS APP

Be whizzy! Go digital!

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

Info | Programm | Favoriten | Live Voting

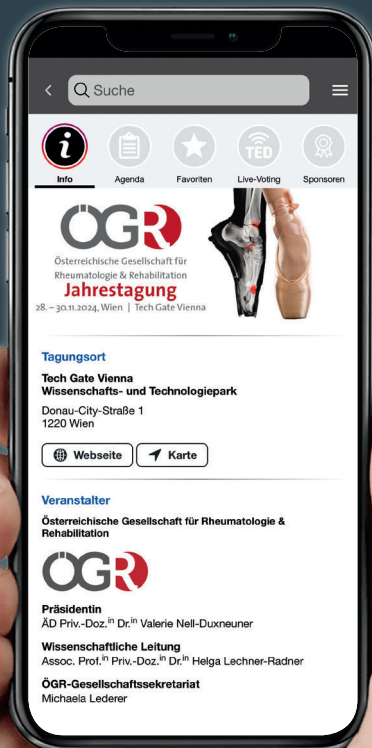
QR-Code
einscannen:



oder im App Store
nach medwhizz
suchen!



medwhizz[®]
my congress companion



Sehr geehrte KollegInnen, liebe ÖGR-Gemeinschaft,

Die Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen ist mit einer Ballettaufführung durchwegs vergleichbar. Es bedarf viel Training und Ausdauer, eine komplexe Vernetzung unterschiedlicher (Be)handlungsabläufe und eine genaue choreographische Abstimmung mit seinen (interdisziplinären) Partnern. Durch die enorme Geschwindigkeit der Weiterentwicklung von Forschung, Diagnostik und Therapien entzündlich rheumatischer Erkrankungen muss fortwährend trainiert werden, um im Spitzenfeld mittanzten zu können.

Die ÖGR-Jahrestagung soll auch heuer wieder der Haupttakt des Jahres werden. Der Austausch und die Kommunikation mit KollegInnen, unterschiedlichen Fachgruppen und Disziplinen soll wie immer im Mittelpunkt stehen. Dies wird durch das gemeinsame Abhalten von Sitzungen mit anderen Gesellschaften (Gesellschaft für Allergologie und Immunologie [ÖGAI] sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation [ÖGPMR]) und den in der Rheumatologie tätigen Gesundheitsberufen (ÖGRG) zum Ausdruck gebracht. Ein Schwerpunkt der ÖGR liegt in Aus- und Weiterbildung nicht nur unseres rheumatologischen Nachwuchses, sondern von allen Mitgliedern. Weiters ist es uns wichtig Wissenschaft und Innovation mehr ins Zentrum der Gesellschaft zu rücken. Dies erfolgt durch Schwerpunktthemen zu Forschung in Österreich, Poster-Touren sowie Prämierung von Abstracts, Diplom- oder Doktorarbeiten. Wir freuen uns auch heuer wieder auf Ihre Einreichungen.

Ich möchte mich bei unseren PartnernInnen aus der Industrie für die hervorragende Zusammenarbeit bedanken, die uns viele wichtige Projekte ermöglichen, und denen es auch heuer wieder gelungen ist hochkarätige und interdisziplinär ausgerichtete Satellitensymposien zu organisieren.

Zuletzt möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Zusammenstellung des Programmes unterstützt haben, sowie bei allen Vortragenden, die dazu beitragen den Kongress zum Highlight des Jahres zu machen.

Ich hoffe sehr, dass wir für Sie ein buntes, spannendes und anregendes Programm gestalten konnten, und ich würde mich freuen Sie bei unserer Jahrestagung in Wien begrüßen zu dürfen.

Mit herzlichen Grüßen
Helga Lechner-Radner

Veranstalter:

Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation (ÖGR)

Präsidentin:

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Valerie Nell-Duxneuner
Ärztliche Direktorin, Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien

Wissenschaftliche Leitung:

Assoc. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.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: 28. – 30. November 2024

Ort: Tech Gate Vienna
Donau-City-Straße 1, 1220 Wien

Tagungssekretariat:

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

**Anmeldung:**

nur online möglich
<https://registration.azmedinfo.co.at/oeqr24>

Teilnahmegebühr:

| | |
|--|----------------|
| ÖGR Jahrestagung | € 100,- |
| ÖGR/ÖGRG Mitglieder (bei bezahltem Mitgliedsbeitrag) | Teilnahme frei |
| Studierende (bis 30 Jahre mit gültigen Studentenausweis) | Teilnahme frei |



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.

Posterpräsentation:

Die Poster können **bis Freitag, 29. November 2024, 10:00 Uhr** angebracht werden. Die Posterpräsentationen finden am Freitag, 29. November 2024 von 13:15– 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.

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

Folgen Sie uns auf unseren Social Media Kanälen

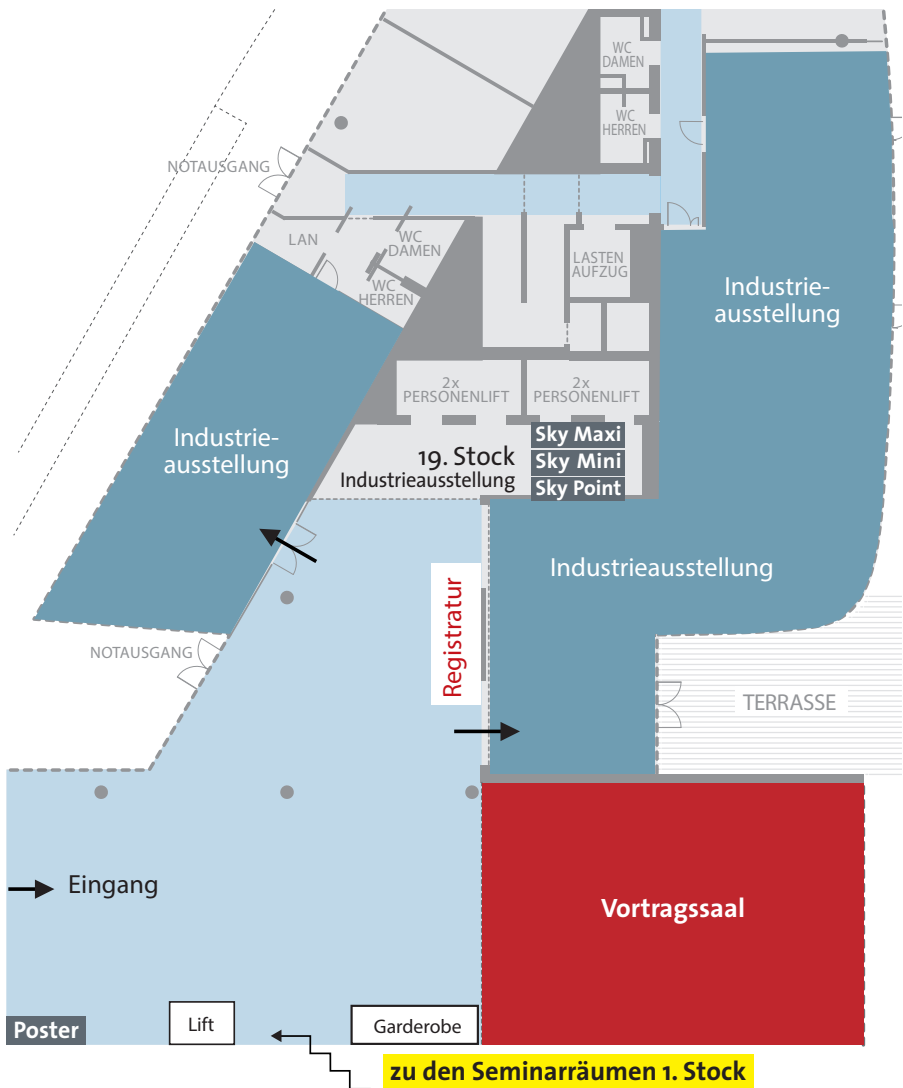


Für den Inhalt verantwortlich:

Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation, ZVR 792115716

Titelbild: Guy Viner, View Stock / Alamy Stock Photo

Druck: ROBIDRUCK, 1200 Wien – www.robidruck.co.at





| VORKONGRESSE | | | |
|---------------|---|---|---|
| 08:15–12:00 | Bildgebungsworkshop | | SR 1.1; 1.3; 1.4/1. Stock |
| 08:30–12:00 | Rheumalabor | | Vortragssaal/EG |
| 08:30–12:00 | Das 1 x 1 der Rehabilitation: Workshop inkl. Hands-on | | Sky Maxi/19. Stock |
| 09:25 – 10:35 | Escape Room 2.0 | | Sky Mini/19. Stock |
| 10:50 – 12:00 | | | |
| JAHRESTAGUNG | | | |
| Zeit | Vortragssaal EG | Sky Maxi 19. Stock | Sky Point 19. Stock |
| 12:30–12:40 | BEGRÜSSUNG | | |
| 12:45–13:55 | Precision Medicine in Rheumatology CLINICAL & RESEARCH | Overlaps – the More the Poor... CLINICAL | Bildgebung AxSpA JÖGR Voting |
| 14:05–15:00 | Sanofi Neue Perspektiven bei Polymyalgia Rheumatica | UCB Rheuma-Derma-Duett | Research in Austria: Talking about Barriers RESEARCH JÖGR |
| 15:00–15:30 | PAUSE | | |
| 15:30–16:40 | Rheuma & Hämatologie CLINICAL & HCPS Voting | Tracing Cells in Inflammation: Clinical Value CLINICAL & RESEARCH | JÖGR – Knowledge Bowl JÖGR |
| 16:50–17:50 | BMS TYK2-Inhibition in der Rheumatologie: Zielgerichtet in die Zukunft | Pfizer Rheumatoide Arthritis und Depression | Research Role Models RESEARCH JÖGR |
| 18:00–18:50 | PODIUMSDISKUSSION Versorgung | | Mentor – Mentee Session |



Programmübersicht

| Zeit | Vortragssaal EG | Sky Maxi 19. Stock | Sky Point 19. Stock |
|-------------|--|--|---|
| 08:30–09:25 | Rheuma & Migration CLINICAL & HCPS | Rolle des Mikrobioms bei Autoimmunerkrankungen CLINICAL & RESEARCH | Du bist was du isst: Rheuma & Ernährung CLINICAL & HCPS |
| 09:35–10:30 | AstraZeneca Differentialdiagnose EGPA – Vasculitis, HES oder doch einfach Asthma? | Alfasigma Rheuma-Gastro Sprechstunde | The Medical Lag in AI: Learning from the Silicon Valley Startup Mentality RESEARCH |
| 10:30–11:00 | PAUSE | | |
| 11:00–12:10 | What is in the Pipeline CLINICAL & RESEARCH | Akte X – Knifflige Fälle der Rheumatologie Fall des Jahres CLINICAL Voting | ÖGRG – ÖGR Podiumsdiskussion zur Rolle der Rheuma-Fachassistenz CLINICAL & HCPS |
| 12:20–13:15 | Eli Lilly Rheuma bewegt | Johnson & Johnson Von PsO zu PsA | ÖGRG JT HCPS |
| 13:15–14:00 | MITTAGSPAUSE / POSTERTOUR KLINISCHE STUDIEN | | |
| 14:00–15:15 | ÖGAI – ÖGR Joint Symposium: Die Rolle der B Zelle in der Rheumatologie CLINICAL & RESEARCH | Best of PMR & LVV CLINICAL | ÖGRG JT Arthrose: es gibt immer etwas zu tun HCPS |
| 15:30–16:30 | MSD Früherkennung pulmonaler Hypertonie bei Patienten mit SSc | AbbVie Rheuma kommt selten allein | Registers in Austria: BioReg & Beyond CLINICAL & RESEARCH |
| 16:30–17:00 | PAUSE / POSTERTOUR PATHOPHYSIOLOGIE | | |
| 17:00–18:10 | WIN Connective Tissue Disease CLINICAL & RESEARCH | Disease Management: Blick über den Tellerrand CLINICAL & HCPS | Update Kollagenosen im Kindesalter CLINICAL & RESEARCH |
| 18:15–19:10 | Beyond Rheumatology | | |
| 19:15 | Abfahrt zum wissenschaftlichen Abend mit Präsentation des Lilly Innovation Award – nur für angemeldete TeilnehmerInnen | | |




Programmübersicht

| Zeit | Vortragssaal EG | Sky Maxi 19. Stock |
|-------------|---|--|
| 09:00–10:00 | CSL Vifor ANCA Vaskulitis – interdisziplinäre Perspektiven | ACR Highlights CLINICAL & RESEARCH & HCPS |
| 10:10–11:10 | Otsuka Der versteckte Gegner bei Lupus | WIN Rheuma & Lunge CLINICAL & RESEARCH |
| 11:10–11:30 | PAUSE | |
| 11:30–12:30 | Osteologie CLINICAL & RESEARCH | Rheumatologie durch die rosarote Brille CLINICAL & HCPS |
| 12:40–13:10 | PREISVERLEIHUNG | |
| 13:10–14:30 | ÖGR Mitgliederversammlung & Wahl | |

olumiant®
(Baricitinib) Tabletten
A Lilly Medicine



Zugelassen in
5 Indikationen³



1x täglich mit
flexibler Dosierung
(4 mg/2 mg)^{3,*}

Für Ihre RA-Patient:innen, die ihr Leben wieder leben wollen!

- 9,3 Jahre – robustes und mitunter am besten untersuchtes Sicherheitsprofil^{1,*#}
- Langanhaltende Wirksamkeit und Remission bis zu 6,5 Jahre²














Erfahren Sie mehr über
die langanhaltende
Wirksamkeit von
Olumiant® in einer
Fallberichtsammlung aus
der klinischen Praxis

* Die Europäische Kommission hat die Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen (Abschnitt 4.4) in der Fachinformation für Januskinase-Inhibitoren (JAK-Inhibitoren) aktualisiert, um Ärzt:innen darüber zu informieren, dass diese Arzneimittel bei folgenden Patient:innen nur dann eingesetzt werden sollten, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen: Patient:innen ab 65 Jahren; Patient:innen mit einer atherosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankung in der Vorgeschichte oder anderen kardiovaskulären Risikofaktoren (z.B. Raucher:innen oder ehemalige Langzeitraucher:innen); Patient:innen mit Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (z.B. bestehendes Malignom oder Malignom in der Vorgeschichte).³ # Innerhalb der JAK-Klasse in der Indikation Rheumatoide Arthritis, inkludiert RWE, Register- und klinische Studiendaten. *Dosis anpassbar entsprechend der Krankheitsaktivität. Empfohlene Dosis für Erwachsene 4 mg; 2 mg sind für bestimmte Patientenpopulationen angebracht, siehe Fachinformation; Dosierung für Kinder und Jugendliche, siehe Fachinformation.³

1 Taylor PC, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81(3):335-343. 2 Caporali R, et al. Rheumatology (Oxford) 2024; keae012. 3 Aktuelle Olumiant® Fachinformation. Fachkurzinformation befindet sich auf Seite 57

PP-BA-AT-1248 August 2024

Lilly
A MEDICINE COMPANY

| | | | |
|--|---|---|--|
| <h2>Bildgebungsworkshop</h2> <p>Peter Mandl in 3 Gruppen</p> | |   | <p>Seminarraum 1.1; 1.3; 1.4 1. Stock</p> |
| | <p>Station 1: How to perform ultrasound-guided needle biopsy of synovial tissue? Felice Rivellese (London)</p> | <p>Station 2: How to scan digital entheses? Ingrid Möller (Barcelona)</p> | <p>Station 3: How to combine physical examination and ultrasound for diagnosing shoulder ailments? Zunaid Karim (Yorkshire)</p> |
| | SR 1.1/1. Stock | SR 1.3/1. Stock | SR 1.4/1. Stock |
| 08:15–08:30 | Introduction: Peter Mandl (Wien) | | |
| 08:30–9:30 | Gruppe  | Gruppe  | Gruppe  |
| 09:30–9:45 | PAUSE | | |
| 09:45–10:45 | Gruppe  | Gruppe  | Gruppe  |
| 10:45–11:00 | PAUSE | | |
| 11:00–12:00 | Gruppe  | Gruppe  | Gruppe  |

Unterstützt durch  

| | |
|--|---|
| <h2>Rheumalabor</h2> <p>8:30–12:00 Uhr</p> <p>Moderation: Ruth Fritsch-Stork (Wien) und Martin Stradner (Graz)</p> <p>Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathophysiologie der Immunabwehr und Autoantikörper • Hintergründe der Bestimmungsmethoden • Indikation der einzelnen Tests bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen und Immundefekten • Interpretation des Rheumalabors im Quiz <p>Zielgruppe: Ärzte/Ärztinnen und Teilnehmer/Teilnehmerinnen rheumatologischer Gesundheitsberufe</p> | <p>Vortragssaal EG</p> |
|--|---|

Das 1x1 der Rehabilitation

Sky Maxi

Workshop inkl. Hands-on

19. Stock

Christian Wiederer, Roland Axmann, Erich Mur

in 2 Gruppen

| | | |
|-------|---|--|
| 08:30 | Reha bei Rheuma Das neue Leistungsprofil stationärer Rehabilitation | R. Axmann (Baden) C. Oliveira-Sittenthaler (Laab) |
| 09:00 | Hands on Physio Gruppe 1 Hands on Ergo Gruppe 2 | PT Peterhof ET Laab im Walde |
| 10:00 | Pause | |
| 10:30 | Der richtige Zeitpunkt für eine Rehabilitation Ambulante oder stationäre Reha? Rehaantrag – Zuweisung | C. Wiederer (Baden) E. Mur (Innsbruck) G. Eberl (Wien) |
| 11:00 | Hands on Physio Gruppe 2 Hands on Ergo Gruppe 1 | PT Peterhof ET Laab im Walde |
| 12:00 | Ende | |

Escape Room 2.0

Sky Mini

Myriam Reisch, David Kicking

19. Stock

Der Rheuma Escape Room ist ein interaktives Erlebnis, bei dem Sie gemeinsam im Team knifflige rheumatologische Rätsel lösen. Ihr Ziel ist es, alle Herausforderungen zu meistern und innerhalb einer Stunde aus dem Raum zu entkommen.

in 2 Gruppen

09:25 – 10:35 und 10:50 – 12:00 Uhr

Freitag, 29. November 2024

Treffen der ÖGR-Arbeitskreise

SR 1.4

Teilnahme für AK-Mitglieder und jene die es werden wollen

| | | |
|-------------|--------------------------------|---------------------------|
| 08:00–08:30 | AK Immundefekte | Lisa Göschl |
| 08:30–09:30 | AK Herz | Boris Lindner |
| 09:30–10:30 | AK Bildgebung | Peter Mandl |
| 10:30–11:30 | AK Ausbildung | Eva Rath |
| 11:30–12:30 | AK Axiale Spondylarthropathien | Josef Hermann |
| 12:30–13:30 | AK Lunge | Florentine Moazed-Fürst |
| 13:30–14:30 | AK JÖGR | David Kicking |
| 14:30–15:30 | AK Schwangerschaft | Antonia Mazzucato-Puchner |
| 15:30–16:30 | AK Kinderrheuma und Transition | Andrea Ulbrich |
| 16:30–17:30 | AK Medikamentöse Therapie | Edith Wipfler-Freißmuth |

Donnerstag, 28. 11. 2024

12:30 – 12:40 **Begrüßung**

Vortragssaal

12:45 – 13:55 **Precision Medicine in Rheumatology**

Moderation: K. Redlich (Wien)
D. Sieghart (Wien)

Therapeutic Drug Monitoring
S. Watterdal Syversen (Oslo)

Ultrasound-guided Synovial Biopsy in RA:
from Trial and Error to Precision Medicine
F. Rivellesse (London)

Sweat Analyses: non-invasive drug-monitoring
K. Anderle (Wien), L. Heinz (Wien)

12:45 – 13:55 **Overlaps – the More the Poor**

Sky Maxi

Moderation: I. Aykara (Stockerau)
C. Porpaczy (Wien)

K. Kastrati (Wien) & G. Holak (Wien)

12:45 – 13:55 **To scan is the Plan: Bildgebung AxSpA**

Sky Point

Voting

Moderation: M. Fonti (Wien)
V. Konzett (Wien)
X. Baraliakos (Bochum)

14:05 – 15:00 **Satellitensymposium sanofi**

Vortragssaal

Neue Perspektiven bei Polymyalgia Rheumatica

Moderation: J. Thiel (Graz)

Diagnostik, Immunpathogenese & Therapie der PMR
C. Duftner (Innsbruck)

IL-6-Rezeptor-Inhibition als mögliche neue Option bei PMR
C. Porpaczy (Wien)

Donnerstag, 28. 11. 2024

14:05 – 15:00 **Satellitensymposium**  Inspired by patients.
Driven by science. **Sky Maxi**

**Rheuma-Derma-Duett:
Duale Hemmung von IL-17A und IL-17F
bei axSpA und HS**

Moderation: J. Hermann (Graz)

Im Fokus: Patient mit axialer Spondyloarthritis
J. Stieger (Wien)

Im Fokus: Patient mit Hidradenitis Suppurativa
F. Bechara (Bochum)

14:00 – 15:00 **Research in Austria: Talking about Barriers** **Sky Point**

M. Villa (Graz)
S. Hayer (Wien)

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

15:30 – 16:40 **Rheuma & Hämatologie** **Vortragssaal**

Voting

Moderation: E. Rath (Wien)
J. Zwerina (Wien)

Hämatologisch-rheumatologische Grenzfälle
M. Panny (Wien), J. Zwerina (Wien)

Paraprotein-assoziierte immunologische Fälle
H. Agis (Wien), H. Kiener (Wien)

Donnerstag, 28. 11. 2024

15:30 – 16:40 **Tracing Cells in Inflammation:
Clinical Value**

Sky Maxi

Moderation: L. Heinz (Wien)
P. Mandl (Wien)

Tracking the Trail of Synovial Fibroblasts
C. Ospelt (Zürich)

Molecular Imaging of Immune Targets
in Rheumatic Diseases
J. van der Laken (Amsterdam)

Ex Vivo imaging-based high Content Phenotyping of
Rheumatoid Arthritis Patients
F. Kartnig (Wien)

15:30 – 16:40 **JÖGR Knowledge Bowl**

Sky Point

Moderation: A. Greb (Wien)
R. Wlassits (Wien)
M. Fonti (Wien)
J. Feurstein (Wien)

In diesem interaktiven Quiz treten junge
RheumatologInnen in Teams gegeneinander an
und laden das Publikum ein mitzurätseln.

Donnerstag, 28. 11. 2024

- 16:50 – 17:50 **Satellitensymposium**  Bristol Myers Squibb **Vortragssaal**
- TYK2-Inhibition in der Rheumatologie:
Zielgerichtet in die Zukunft**
Moderation: D. Aletaha (Wien)
- Die Rolle der TYK2 Inhibition im Kontext
rheumatologischer Erkrankungen
M. Stradner (Graz)
- Innovationen in der PsA-Behandlung
H. Pieringer (Linz)
- 16:50 – 17:50 **Satellitensymposium**  **Sky Maxi**
- Rheumatoide Arthritis und Depression**
Moderation: R. Lunzer (Graz)
- Fatigue oder Depression –
Differentialdiagnose in der Praxis
C. Kraus (Wien)
- Welche Rolle spielt die richtige Rheuma-Therapie?
R. Lunzer (Graz)
- 16:50 – 17:50 **Research Role Models** **Sky Point**
- Moderation: H. Lechner-Radner (Wien)
M. Bonelli (Wien)
- Basic Research
C. Ospelt (Zürich)
- Clinical Research
P. Studenic (Wien)
- Diskussion

Donnerstag, 28. 11. 2024

- 18:00 – 18:50 **PODIUMSDISKUSSION**
**Rheumatologische Versorgung –
quo vadis?**
Moderation: V. Nell-Duxneuner (Wien)
- Stationäre Versorgung
K. Redlich (Wien)
- Niedergelassene Versorgung
P. Schönfeld (Wien)
- Rheumafachassistenz
H. Jäger (Innsbruck)
- Medikamentöse Versorgung
R. Saueremann (Wien)
- Erstattung
A. Krauter (Wien)

Vortragssaal

- 18:00 – 18:50 **Mentor – Mentee Session**
Moderation P. Bosch (Graz)
C. Duftner (Innsbruck)
- Von Erfahrung lernen –
Mentoring in der Rheumatologie

Sky Point

Kopfschmerzen

Rheumatoide Arthritis

Rückenschmerzen

Zahnschmerzen

Regelschmerzen

Gelenkschmerzen

**Verletzungen,
Schwellungen**



/// Arzneimittel aus Österreich

 Gebro Pharma



Seractil® Filmtabletten in der Green Box: 200 mg: 30 und 50 Stk.; 300 mg: 10, 30 und 50 Stk.; 400 mg forte: 10 und 50 Stk.

Freitag, 29. 11. 2024

08:30 – 09:25 **Rheuma und Migration**

Moderation: F. Moazed-Fürst (Graz)
J. Sautner (Stockerau)

Gemeinsam stark gegen FGM und Rheuma
F. Korn (München)

Migration und Keime – ein Überblick
S. Winkler (Wien)

Rheuma-Diagnose vom Hämatologen
F. Keil (Wien)

Vortragssaal

08:30 – 09:25 **Die Rolle des Mikrobioms bei Autoimmunerkrankungen**

Moderation: D. Haschka (Innsbruck)
M. Bonelli (Wien)

Der Darm und das Immunsystem
T. Vogl (Wien)

Intervention am Mikrobiom – Daten aus der PsA
P. Bosch (Graz)

Sky Maxi

08:30 – 09:25 **Du bist was du isst?**

Ernährung und Rheuma
Moderation: J. Stieger (Wien)
J. Unger (Graz)



Sicht des Rheumatologen
R. Puchner (Stockerau)

Sicht der Diätologin
G. Eggenreich (Graz)

Diskussion

Sky Point

Freitag, 29. 11. 2024

- 09:35 – 10:30 **Satellitensymposium** AstraZeneca  **Vortragssaal**
Differentialdiagnose EGPA – Vasculitis, HES oder doch einfach Asthma?
 Moderation: K. Milger-Kneidinger (Graz)
 J. Thiel (Graz)
 Differentialdiagnose EGPA – aus Sicht der Pneumologin
 K. Milger-Kneidinger (Graz)
 Differentialdiagnose EGPA – aus Sicht des Rheumatologen
 J. Thiel (Graz)
- 09:35 – 10:30 **Satellitensymposium** ALFASIGMA  **Sky Maxi**
Rheuma-Gastro Sprechstunde: gemeinsam knacken wir die Nuss!
 Moderation: G. Holak (Wien)
 Die rheumatologische Perspektive
 H. Leiss (Baden)
 Die gastroenterologische Perspektive
 S. Heeren (Salzburg)
- 09:35 – 10:30 **The Medical Lag in AI: Learning from the Silicon Valley Startup Mentality** **Sky Point**
 Moderation: A. Tosevska (Wien)
 M. Steiner (Wien)
 The Medical Perspective
 A. Kerschbaumer (Wien)
 The Silicon Valley Startup Perspective
 E. Rivai (Wien)

10:30 – 11:00 Pause

Freitag, 29. 11. 2024

- 11:00 – 12:10 **What is in the Pipeline** **Vortragssaal**
Moderation: D. Aletaha (Wien)
J. Thiel (Graz)

Ein gemeinsamer Blick in die Zukunft der Rheumatologie: Academic & Industry

Amgen, AstraZeneca, BMS, Johnson&Johnson, UCB
- 11:00 – 12:10 **Akte X – Knifflige Fälle der Rheumatologie / Fall des Jahres** **Sky Maxi**
Voting
Moderation: R. Hintenberger (Wien)
J. Held (Innsbruck)

Fall 1
H. Diesenberger (Linz)

Fall 2
E. Asamer (Linz)

GewinnerIn Fall des Jahres 1
GewinnerIn Fall des Jahres 2
- 11:00 – 12:10 **ÖGRG – ÖGR Joint Session: Rheuma-Fachassistenz Podiumsdiskussion** **Sky Point**
Moderation: J. Unger (Graz)
R. Lunzer (Graz)

Perspektive ÖGRG
M. Zauner (Wien)

Erfahrung aus Deutschland
U. Erstling (Bergisch Gladbach)

Perspektive ÖGR
C. Duftner (Innsbruck)

Start Strong Go Long^{1,2}

Tremfya[®]
(guselkumab)



**Der erste reine IL-23 Inhibitor
mit PsO & PsA-Zulassung³ und Erstattung⁴**



**Effektiv bei
Gelenksbeschwerden⁵**



**Anhaltende
Sicherheit & Wirkung²**



**Erscheinungs-
freie Haut^{5,7}**

TREMFYA[®] – Denn Beweglichkeit bedeutet Freiheit^{#5,6}

* DISCOVER-2: Q8w PASI 90-Ansprechen und Ansprechen im IGA-Score von 0/1 zu Woche 24 im Vergleich zu Placebo (69% vs. 10% bzw. 70% vs. 19%; jeweils p<0,0001)⁵
* DISCOVER-1 & 2: HAQ-DI Veränderung zu Woche 24 (q8w): -0,32 (LS-Mittelwert; NRI) bzw. -0,37 (LS-Mittelwert; NRI)^{5,6}

1. Nash P et al. EULAR Congress 2021; AB0525. 2. McInnes IB et al. Arthritis Rheumatol. 2022 Mar;74(3):475-485. 3. TREMFYA[®] aktuelle Fachinformation, Stand 07/2022.
4. Änderung des Erstattungskodex – 28.07.2021. 5. Mease PJ, et al. Lancet 2020;395:1126-1136. 6. Deodhar A et al. Lancet 2020;395:1115-1125.

Fachkurzinformation siehe Seite 56

Johnson & Johnson

Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company
Vorgartenstraße 206B, 1020 Wien
CP-409161_Juli2024

Freitag, 29. 11. 2024

- 12:20 – 13:15 **Satellitensymposium** *Lilly* **Vortragssaal**
Rheuma bewegt: Interdisziplinäre Perspektiven aus Rheumatologie, Psychologie und Technologie
Rheuma & Bewegung
C. Muschitz (Wien)
Rheuma & Psyche
B. Hackenberg (Wien)
Rheuma & Digitalisierung
J. Knitza (Marburg)
- 12:20 – 13:15 **Satellitensymposium** *Johnson&Johnson* **Sky Maxi**
**Von PsO zu PsA:
Was passiert im Krankheitsverlauf und lässt sich dieser beeinflussen? – eine interdisziplinäre Falldiskussion**
Der initiale Fall aus der Dermatologie
A. Pinter (Frankfurt)
Einblicke in die Immunologie
L. Göschl (Wien)
Einblicke in die Bildgebung
C. Duftner (Innsbruck)
- 12:20 – 15:15 **ÖGRG JT** **Sky Point**
ÖGRG Generalversammlung und Wahl des Vorstandes
- 13:15 – 14:00 **Pause / Postertour klinische Studien**

Freitag, 29. 11. 2024

14:00 – 15:15 **ÖGAI – ÖGR Joint Symposium:** **Vortragssaal**

Die Rolle der B-Zelle in der Rheumatologie

Moderation: L. Göschl (Wien)
W. Hötzenecker (Linz)

Rolle der B-Zelle in der Rheumatologie

M. Rizzi (Wien)

CD38 – ein vielversprechendes Target?

G. Böhmig (Wien)

Entzündung!

B-Zellen und Fettzellen in fibrotischen Gewebe

S. Keppler (Graz)

14:00 – 15:15 **Best of PMR & LVV** **Sky Maxi**

Moderation: C. Duftner (Innsbruck)

C. Dejaco (Bruneck)

PMR und LVV endlich verstehen – Neues aus der

Pathophysiologie und der Bildgebung

E. Manger (Innsbruck)

Endlich ohne Kortison – Neues zum Management

der PMR und LVV

P. Bosch (Graz)

Freitag, 29. 11. 2024

14:00 – 15:15

ÖGRG JT

Sky Point

Arthrose: Es gibt immer etwas zu tun

Moderation: V. Ritschl (Wien)

S. Taxer (Wien)

Ausgewählte physikalisch-medizinische

Möglichkeiten bei Arthrose

R. Crevenna (Wien)

Best Evidence Arthrose Management – das ATLAS

(Arthritis Training, Learning And Up-Skilling) Programm

L. Sperl (Wien)

Konservative Therapieansätze bei Arthrose als Beitrag
zur Steigerung der Gesundheitskompetenz

B. Brottrager (Graz)

15:30 – 16:30

Satellitensymposium  **MSD**

Vortragssaal

**Gemeinsam stark: Früherkennung und interdisziplinäres
Management von pulmonaler Hypertonie bei
Patienten mit systemischer Sklerose**

Moderation: H. Kiener (Wien)

Patienten mit SSc – wer muss zum PAH-Spezialisten?

H. Kiener (Wien)

Patienten mit SSc PAH – Diagnostik und Therapie

T. Hofbauer (Wien)



THE ONE & ONLY
RINVOQ®

ORAL¹
1X TÄGLICH¹
1 TABLETTE¹
1 DOSIS (15 MG/ TAG)^{1,*}

Bezieht sich auf die rheumatologischen Indikationen

§ In der Studie SELECT-COMPARE erreichten 29% der Patient*innen unter RINVOQ® + MTX zu Woche 12 eine Remission DAS28(CRP) < 2,6 gegenüber 6% der Patient*innen unter Placebo + MTX (primärer Endpunkt)¹ und 18% unter ADA + MTX ($p \leq 0,001$ für beide Vergleiche).^{1b}

+ Multiplizitätskontrollierter Vergleich von RINVOQ® + MTX gegenüber Placebo + MTX

* Bei folgenden Patienten sollte RINVOQ® nur angewendet werden, wenn keine geeigneteren Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen: bei Patienten im Alter von 65 Jahren und älter, bei Patienten mit einer atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankung in der Vorgeschichte oder anderen kardiovaskulären Risikofaktoren (wie aktuelle oder ehemalige Langzeitraucher), und bei Patienten mit Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (z.B. aktuelle oder zurückliegende maligne Erkrankungen), Fachinformation RINVOQ®, Stand Mai 2024.

1. Fachinformation RINVOQ®, Stand Mai 2024
2. AbbVie Data on File: ABVRR177512 January 2024 and ABVRR178216 April 2024
3. Fleischmann RM et al., RMD Open 2022
4. Fleischmann RM et al., EULAR Kongress 2023; Poster POS0849
5. McInnes I et al., N Engl J Med 2021
6. Mease PJ et al., Ann Rheum Dis 2021
7. Van der Heijde D et al., RMD Open 2022
8. Van der Heijde D et al., Lancet 2019
9. Deodhar A et al., Lancet 2022
10. Van der Heijde D et al., Ann Rheum Dis 2022
11. Burmester GR et al., RMD Open 2023

AD Atopische Dermatitis
ADA Adalimumab
AS Ankylosierende Spondylitis
DMARD Krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum
MACE Schwere kardiovaskuläre Ereignisse
MC Morbus Crohn
MTX Methotrexat

nr-axSpA Nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis
NSAR Nichtsteroidales Antirheumatikum
PsA Psoriasis-Arthritis
RA Rheumatoide Arthritis
UC Colitis Ulcerosa
VTE Venöse thromboembolische Ereignisse

**DIE EINZIGE JAKI-THERAPIE
ZUGELASSEN BEI**

**RA, PsA, AS, nr-axSpA,
AD, UC & MC¹**

WELTWEIT

> 188.202 behandelte RA- & SpA- Patient*innen²

SIGNIFIKANT MEHR LANGZEIT-REMISSION IN DER RA

In Kombination mit MTX vs. ADA + MTX. Gemessen in SELECT-COMPARE zu Woche 12, 26, 48 & 72 DAS28(CRP) < 2,6; SDAI ≤ 3,3; CDAI ≤ 2,8 und Boolean Remission, zu Woche 156 und Woche 264 DAS28(CRP) < 2,6; CDAI ≤ 2,8^{1,3,4,5}

SCHNELLE UND STARKE KRANKHEITSKONTROLLE

über breites Spektrum der PsA^{6,6}
& axSpA (AS & nr-axSpA)⁷⁻¹⁰

ÜBERZEUGENDES SICHERHEITSPROFIL

> 15.000 Patient*innenjahre bei RA, PsA, AS & AD. Die integrierte Sicherheitsanalyse zeigt ein ähnlich geringes Auftreten von MACE, VTE und Malignitäten unter RINVOQ®-Therapie verglichen mit ADA und mit MTX.¹¹

1ST LINE

bei RA, PsA, AS & nr-axSpA nach Versagen von MTX/DMARD/NSAR bzw. konventionellen Therapiemöglichkeiten^{1,*}

Freitag, 29. 11. 2024

15:30 – 16:30 **Satellitensymposium *abbvie*** **Sky Maxi**

Rheuma kommt selten allein

Moderation: J. Thiel (Graz)

Polypharmazie und Komorbiditäten: Die versteckten Herausforderungen in der Rheumatologie
D. Haschka (Innsbruck)

Rheuma und Herz: Wie viel Kardiologie braucht die Rheumatologie? Ein Fallbericht
M. Ausserwinkler (Klagenfurt)

15:30 – 16:30 **Registers in Austria: BioReg and Beyond** **Sky Point**

Moderation: C. Hana (Wien)

M. Mustak-Blagusz (Wien)

Aus klinischer Versorgung Wissen generieren –
Ein Blick über den Tellerrand der Rheumatologie hinaus!
A. Weltermann (Linz)

Bioreg: past-present-future
R. Fritsch-Stork (Wien)

16:30 – 17:00 **Pause / Postertour Pathophysiologie**

Janssen wird zu Johnson & Johnson Innovative Medicine



Neuer Auftritt,
gleiches Ziel:

Leading where
medicine is going.



Fachkurzinformationen siehe Seite 54

© Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company
Vorgartenstraße 206b, 1020 Wien

AT_CP-482823_Okt2024

Freitag, 29. 11. 2024

17:00 – 18:10 **WIN Connective Tissue Disease**
Moderation: K. Kastrati (Wien)
R. Fritsch-Stork (Wien)

Vortragssaal

WIN Myositis
H. Chinoy (Manchester)

WIN Sjögren
M. Stradner (Graz)

WIN SLE & APLAS
L. Andreoli (Brescia)

17:00 – 18:10 **Disease Management –
Blick über den Tellerrand**
Moderation: M. Ausserwinkler (Klagenfurt)
C. Siess (Wien)

Sky Maxi

Erhöhte Leberwerte: AIH, NASH & Co
T. Reiberger (Wien)

Nierenversagen und Rheuma
M. Antlanger (Linz)

Hyperlipidämie und Rheuma
B. Lindner (Wien)

Freitag, 29. 11. 2024



17:00 – 18:10 **Update Kollagenosen im Kindesalter**
 Moderation: A. Skrabl-Baumgartner (Graz)
 W. Emminger (Wien)

Sky Point

Systemischer Lupus erythematoses
 J. Brunner (Innsbruck)

Sklerodermie
 C. Huemer (Bregenz)

Dermatomyositis
 A. Skrabl-Baumgartner (Graz)

18:15 – 19:10 **Beyond Rheumatology**
 sponsored by  **NOVARTIS** 
 Moderation: J. Sautner (Stockerau)
 R. Puchner (Stockerau)

Vortragssaal

Die Stimme erheben
 Erika Pluhar

Samstag, 30. 11. 2024

09:00 – 10:00 **Satellitensymposium ** **Vortragssaal**

ANCA Vaskulitis – interdisziplinäre Perspektiven

Die rheumatologische Perspektive
J. Zwerina (Wien)

Die nephrologische Perspektive
K. Eller (Graz)

09:00 – 10:00 **ACR Highlights** **Sky Maxi**

Moderation: M. Becede (Tulln)
J. Fessler (Graz)

Clinical Highlights
A. Kerschbaumer (Wien)

Basic Research Highlights
S. Blüml (Wien)

10:10 – 11:10 **Satellitensymposium ** **Vortragssaal**

**Der versteckte Gegner bei Lupus:
Aufmerksamkeit für die Nieren in der Rheumatologie**

Moderation: M. Becede (Tulln)

Begrüßung und Einleitung
M. Becede (Tulln)

Fallpräsentation Teil 1 – Rheumatologie
C. Scheinecker (Wien)

Fallpräsentation Teil 2 – Nephrologie
S. Horn (Villach)

Panel Diskussion und Fragen

Zusammenfassung und Verabschiedung
M. Becede (Tulln)



Otsuka Symposium Der versteckte Gegner bei Lupus: Aufmerksamkeit für die Nieren in der Rheumatologie

30.11.2024 | 10:10-11:05 UHR | VORTRAGSSAAL EG

Lupkynis® zur Behandlung der Lupus Nephritis^{a,1}



Signifikant überlegenes komplettes renales Ansprechen^{b,2}

- 41 % vs. 23 % nach 52 Wochen*



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 < 0,0001²

^d HR: 2,05 [95%-KI: 1,62;2,60], p < 0,001²

^e HR: 2,02 [95%-KI: 1,51;2,70], p < 0,001²

^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:** Kapselhülle: Ethanol, Tocofersolan, Polysorbat 40, Mitteltkettige Triglyceride. Kapselhülle: Gelatine, Sorbitol, Glycerol, Gereinigtes Wasser, Titandioxid (E 171), Eisen (III)-oxid (E 172), Eisen (III)-hydroxid-oxid x H₂O (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

OtsukaPharmaceutical (Switzerland) GmbH–Austria* | Sägereistrasse 20 | 8152 Glattbrugg | Schweiz | Tel.: +41 4321 161 11 | info@otsuka.at

*Authorized by the Marketing Authorization Holder (MAH): Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V., Herikerbergweg 292, 1101 CT, Amsterdam, Netherlands

Samstag, 30. 11. 2024

10:10 – 11:10 **WIN Rheuma & Lunge** Sky Maxi
Moderation: L. Hütter (Wien)
E. Rath (Wien)

Sarkoidose
D. Lang (Linz)

Lungentransplantation
P. Jaksch (Wien)

11:10 – 11:30 **Pause**

11:30 – 12:30 **Osteologie** Vortragssaal
Moderation: R. Kocijan (Wien)
P. Peichl (Wien)

DVO Leitlinie für RheumatologInnen
B. Rintelen (Stockerau)

Primäre, sekundäre und tertiäre Frakturprävention bei
RheumapatientInnen
J. Feurstein (Wien)

Die aktuelle Glukokorticoide Leitlinie der ECTS
P. Pietschmann (Wien)

11:30 – 12:30 **Rheumatologie durch die rosarote Brille** Sky Maxi
Moderation: C. Duftner (Innsbruck)
J. Sautner (Stockerau)

Menopause und Rheuma –
Faktencheck für den klinischen Alltag
I. Gessl (Wien)

Diversitätsaspekte in der Rheumatologie
S. Ludwig (Innsbruck)

JETZT SKYRIZI[®]

FÜR IHRE PsA PATIENT:INNEN¹

NUR 1 INJEKTION
1 x IM QUARTAL⁺¹



**DAUERHAFTE WIRKSAMKEIT
AUF GELENKE & HAUT*³**

**VOLLKOMMENES ABKLINGEN
DER DAKTYLITIS UND ENTHESITIS**³**

**BEWÄHRTES SICHERHEITSPROFIL
BIS ZU 8,8 JAHRE^{#,4}**

+ 1 Injektion alle 12 Wochen in der Erhaltungphase. In der Induktionsphase 1 Injektion zur Woche 0, Woche 4 und danach alle 12 Wochen.¹

* Dauerhafte Wirksamkeit auf Gelenke zu Woche 100: 64,3 %, 42,4 %, 26,7 % der Patienten erreichten ACR 20, ACR 50, ACR 70 (NRI-MI).³

Dauerhafte Wirksamkeit auf Haut zu Woche 100: 71,3 % PASI 90 Ansprechen (NRI-MI)³

** 57,7 % erreichten eine Resolution of Enthesitis (NRI-MI) und 76,2 % eine Resolution of Daktylitis (MMRM) zu Woche 100. Das Abklingen von Enthesitis und Daktylitis wurde als gepoolte Ergebnisse der KEEPsAKE 1- und 2-Studien bei Patienten mit Enthesitis (LEI >0) oder Daktylitis (LDI >0) zu Studienbeginn gemeldet.³

Bis zu 8,8 Jahre bei Patient:innen mit Psoriasis⁴

1. Aktuelle Fachinformation SKYRIZI[®], Stand 07/2024. 2. Österreichischer Erstattungskodex, Stand 05/2024. 3. Kristensen LE et al.; Rheumatol Ther. 2024; 11:617–632. 4. Gordon KB et al., Dermatol Ther (Heidelb) (2024), <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01238-5>.

IL-23i = Interleukin-23 Inhibitor; PSO = Psoriasis; PsA = Psoriasis Arthritis

Samstag, 30. 11. 2024

12:40 – 13:10

Preisverleihung

Vortragssaal

Moderation: V. Nell-Duxneuner (Wien)
M. Stradner (Graz)
H. Lechner-Radner (Wien)

ÖGR Start-up Preis

ÖGR Dissertationspreis

ÖGR Posterpreise

ÖGR Diplomarbeitspreise

ÖGR Publikationspreis sponsored by AbbVie

Verleihung ÖGR MSK Ultraschalldiplom

13:10 – 14:30

ÖGR Wahl & Mitgliederversammlung

Vortragssaal

Vorwort Präsidentin

Update aus Sektionen und Arbeitskreisen*

Wahlergebnis

LUNGENFIBROSE ZERSTÖRT LUNGENFUNKTION UNWIEDERBRINGLICH



Trockener
Husten^{1,*}



Chronische
Belastungsdyspnoe^{1,*}



Inspiratorisches Knister-
rasseln in den basalen
Abschnitten der Lunge^{1,*}



**Bei Verdacht auf Lungenfibrose
überweisen Sie umgehend zum
Spezialisten**



**SPEZIALISIERTE ZENTREN
FÜR INTERSTITIELLE
LUNGENERKRANKUNGEN**

¹. Borchers AT et al. Idiopathic pulmonary fibrosis-an epidemiological and pathological review. Clin Rev Allergy Immunol. 2011;40(2):117-34.
* > 80 % der Patienten



Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

ABSTRACTS



1 Pathophysiologie

1.1

Exploring the crosstalk between immune and non-immune cells in the rheumatoid arthritis synovium

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

1.2

Der modulierende Effekt biomechanischer Kräfte auf die proinflammatorische Gewebeumgebung bei Osteoarthritis unter Verwendung fortschrittlicher dreidimensionaler Gewebe-mimetischer Lab-on-a-Chip-Modelle

Reihs EI, Kiener HP, Tögel S, Gerner I, Jenner F, Windhager R, Ertl P, Rothbauer M

1.3

Epigenetic Inhibitors:

A new treatment option for patients with rheumatoid arthritis?

Brinkmann M, Preglej T, Tosevska A, Luckerbauer B, Lange J, Steiner G, Aletaha D, Göschl L, Bonelli M

1.4

Using spectral flow cytometry for phenotyping and the metabolic profiling of immune cells

Aronis C, Lorenzetti R, Villa M

1.5

Aptamers targeting fibroblast-like synoviocytes in inflammatory arthritis

Lange J, Tar A, Kállai B, Percze K, Kartnig F, Kiener H, Aletaha D, Mészáros B, Heinz L, Mandl P

1.6

The role of Dectin-2 in immune complex-mediated inflammation

Valentova B, Stögner V, Berchtold N, Niederreiter B, Shvets T, Aletaha D, Blüml S, Hayer S

1.7

Fibroblast-like Synoviocyte – Monocyte Interaction Drives Synovial Inflammation in Rheumatoid Arthritis

Dellinger M, Tosevska A, Kartnig F, Preglej T, Brinkmann M, Luckerbauer B, Acosta M, Emilius L, Steiner G, Aletaha D, Karonitsch T, Bonelli M

1.8

High-content fluorescence microscopy as an in-vitro tool for profiling JAK inhibitors

Brinkmann M, Kartnig F, Dellinger M, Emilius L, Preglej T, Aletaha D, Superti-Furga G, Heinz L, Bonelli M

1.9

The Availability of Serine is Critical for Osteoclast Differentiation

Kieler M, Hofmann M, Heller G, Schabbauer G, Blüml S

1.10

Molecular control of regulatory T cells by nuclear factor interleukin-3

Luckerbauer B, Tosevska A, Acosta M, Brinkmann M, Dellinger M, Müller L, Aletaha D, Preglej T, Heinz LX, Bonelli M

1.11

Modulation des Expressionsprofils mechanisch stimulierte Knorpelzellen von Arthrosepatient*innen durch elektrisch aktivierte humane Skelettmuskelzellen

Steinecker-Frohnwieser B, Lohberger B, Glanz V, Glänzer D, Weigl L

1.12

Comparative Immuno-Metabolomics Shows Singular Changes in Systemic Lupus Erythematosus Metabolic Phenotype Induced by T-Cell Activation

Stradner M, Monedeiro F, Zügner E, Prietl B, Oberhuber M, Khalil M, Magnes C, Libiseller A, Brezinsek H, Pieber T

1.13

Human dendritic cells as osteoclast precursors

Simader E, Lukas K, Mazzucato-Puchner A, Kieler M, Hayer S, Steiner K, Niederreiter B, Blüml S

2 Klinische Studien und Präsentationen

2.1

Electronic Health Literacy and Its Association with Disease Activity in RMD Patients – a Cross Sectional Study

Nakhost Lotfi N, Lechner-Radner H, Sieghart D, Studenic P

2.2

Reliability of the OMERACT Giant Cell Arteritis Ultrasonography Score (OGUS): Results of a Patient-based Exercise Involving Experts and Non- experts in Vascular Ultrasonography

Manger E, Redlinger N, Duftner C, Bruyn G, Chadachan V, Chrysidis S, Correyero M, Dalsgaard Nielsen B, Dasgupta B, DeMiguel E, Diamantopoulos A, Fulvio G, Gkikopoulos N, Hartung W, Hocevar A, Kurteva V, Mercatelli P, Midtgard I, Monti S, Muller R, Mykkänen K, Ponte C, Reffat D, Sarbu AC, Seitz L, Schmidt WA, Dejaco C

2.3

Drug survival in SLE: Real world data

Mrak D, Pacher J, Reischmann L, Weber P, Kastrati K, Heinz L, Aletaha D, Bonelli M, Lechner-Radner H

2.4

Global ultrasound scoring systems for assessing synovitis in rheumatoid arthritis: an update by the OMERACT Ultrasound Working Group

Mandl P, Watschinger C, Gessl I, Terslev L, Keen H, Pineda C, Wildner B, D'Agostino M

2.5

Trajectories of patient reported outcomes during stable phase of disease in patients with RA – an observational study

Studenic P, Schwab N, Nakhost Lotfi N, Thi Lan Vi T, Stamm TA, Zauner G, Radner H

2.6

Transmission Electron Microscopy of Transbronchial Lung Cryobiopsy Samples in a Cohort of Fibrotic Interstitial Lung Disease Patients – Feasibility and Implications of Endothelial Alterations

Lang D, Stoiber W, Lohfink-Schumm S, Obermayer A, Shao G, Kaiser B, Langer R, Lamprecht B

2.7

When patients in remission feel not to be in remission – a qualitative study on patients with rheumatoid and psoriatic arthritis

Lackner A, Duftner C, Stradner MH, Husic R, Thiel J, Dejaco C

2.8

Anti-Müller-Hormon-Konzentration von Frauen mit systemischen autoimmun-rheumatischen Erkrankungen an der Medizinischen Universität Wien - eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie

Gmeiner M, Thuijs P, Ritschl V, Rosta K, Mazzucato-Puchner A

2.9

Long-Term follow-up of patients with Polymyalgia rheumatica after treatment with interleukin-6 inhibition

Mrak D, Stieger J, Lackner A, Durechova M, Kerschbaumer A, Dejaco C, Aletaha D, Bonelli M, Lechner-Radner H

2.10

Association of peripheral and cardiovascular monosodium urate deposits

Held J, Schwabl C, Haschka D, Feuchtner G, Widmann G, Klauser A, Duftner C, Weiss G

2.11

Change in different classes of chronic back pain suspicious of axial spondyloarthritis: a latent transition analysis of the SPACE cohort

Bosch P, Sepriano A, Marques M, van der Heijde D, Landewé R, van Lunteren M, de Bruin L, de Hooge M, Bastiaenen C, Exarchou S, Ramonda R, Fagerli KM, van Gaalen F, Ramiro S

2.12

Rheumatoide Arthritis und metabolisch assoziierter Lebererkrankung: Erkenntnisse aus der Paracelsus 10.000 Kohorte

Ausserwinkler M, Gensluckner S, Frey V, Langthaler P, Paulweber B, Datz C, Iglseder B, Hueber A, Trinka E, Neumann H, Flamm M, Aigner E, Wernly B

2.13

Interleukin-6 receptor blockade leads to low fibrinogen values as part of their effects on the acute phase

Achleitner M

2.14

Socio-economic modeling of pathways in rheumatoid arthritis patients of stable disease activity

Studenic P, Schwab N, Stamm TA, Zauner G, Urach C, Zechmeister M, Nakhost Lotfi N, Popper N, Radner H

2.15

Effectiveness of baricitinib vs other ts/bDMARDs in achieving early LDA/remission up to 2-years: The RA-BE- REAL study in European patients
Smolen JS, Alten R, Östör A, Edwards CJ, Haladyj E, Ng KJ, Ogwu S, Kaneko Y, Kristensen L

2.16

Absence of type I interferon autoantibodies or significant interferon signature alterations in adults with post-COVID-19 syndrome
Achleitner M

2.17

Einfluss interdisziplinärer peripartaler Beratung auf Medikamenteneinnahme und Schubfrequenz bei Schwangeren mit entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen
Hwezda L, Horvath M, Falcone V, Ritschl V, Mazzucato-Puchner A, Rosta K

2.18

Prävalenz pathologischer Plazentamorphologie bei schwangeren Patientinnen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im Vergleich zu gesunden Kontrollen
Szlatinay A, Rosta K, Falcone V, Heber U, Trimmel B, Dekan S, Bago-Horvath Z, Mazzucato-Puchner A

2.19

Assoziationen zwischen der rheumatoiden Arthritis und Depression: Erkenntnisse aus der Paracelsus 10.000 Studie
Ausserwinkler M, Gensluckner S, Frey V, Paulweber B, Trinkla E, Langthaler P, Datz C, Iglseder B, Hueber A, Neumann H, Flamm M, Aigner E, Wernly B

4 Physikalische Medizin

4.1

A critical review of the role of manual therapy in the treatment of individuals with low back pain
Grenier J, Rothmund M

5 Rehabilitation

5.1

Verbesserung von Knieschmerzen: Die Rolle der Rehabilitation von Stoffwechselerkrankungen als Risikofaktoren für Arthrose

Odrovicsné-Tóth A, Thauerer B, Felder D, Mustak-Blagusz M, Salzer A, Steinecker-Frohnwieser B

5.2

Körperliche Inaktivität und Low Back Pain Von biomedizinischem Reduktionismus in der Rehabilitation Betroffener – Eine narrative Literaturrecherche

Grenier J

5.3

Veränderungen der Typ-II-Kollagen-Biomarker in Abhängigkeit von Cholesterin bei früher und moderater Arthrose und nach Knie/Hüft-Totalendoprothese

Thauerer B, Mustak-Blagusz M, Salzer A, Steinecker-Frohnwieser B

5.4

Medizinisch-berufsorientierte Rehabilitation für junge Erwachsene mit Juveniler idiopathischer Arthritis

Handschuh AM

7 Fallstudie

7.1

Drug-induced liver injury with signs of autoimmune hepatitis in a 19-year-old patient receiving anakinra in still's disease

Lanser L, Macheiner S, Held J, Haschka D, Filippi V, Stift J, Zoller H, Schäfer B, Duftner C

7.2

LESA-artige Thymushyperplasie und Autoimmunität

Feurstein J, Rath E, Krajc T, Marta P, Zwerina J

7-3

Eine Patientin mit einer IgG4-assoziierten Erkrankung und einer MPO- ANCA-Vaskulitis: 2 eigenständige seltene Erkrankungen oder doch ein Overlap?

Reisch M, Dorazio M, Pollheimer M, Stradner M, Thiel J, Brezinsek H

7-4

Kikuchi-Fujimoto mit ZNS-Beteiligung

Simader E, Kartnig F, Scheinecker C, Kiener H, Kasprian G, Degenfeld-Schonburg L, Watzenböck M, Rohrbeck J, Aletaha D, Blüml S

7-5

Ein außergewöhnlicher Fall von systemischer Sklerose – 2 Antikörper schlagen in einem Körper

Kickingler D, Talacic E, Flick H, Thiel J, Moazedi-Fürst F

7-6

Myokardinfarkt nach Rituximab-Applikation, Kausalität oder Zufall: Ein Fallbericht

Komposch M, Ausserwinkler M, Esposito M, Neumann H

7-7

Novel causative UBA1 mutation in a non-MDS patient with VEXAS syndrome treated with azacitidine

Petzer V, Schmidt S, Sopper S, Jukic E, Duftner C, Wolf D, Weiss G, Haschka D

7-8

Zwei Patienten mit SAVI und konkomitanter homozygoter LRBA-Defizienz

Mikula S, Rouhani D, Kirchlechner V, Boztug K

7-9

IgG4-related disease in a young woman with polyarticular JIA

Valent I, Brand R, Lindenlaub F, Pickl W, Ulbrich A, Emminger W

7.10

Lungenrundherde beim Tuberkulose-Screening bei einer Patientin mit CNO
Skrabl-Baumgartner A

7.11

Diese Gicht ist...“pseudo“...oder nicht...oder beides?

Reinhart-Mikocki D, Holak G, Withofner M

Agis Hermine, Dr., Medizinische Universität Wien
Aletaha Daniel, Univ.-Prof. Dr. MD, MS, MBA, Medizinische Universität Wien
Anderle Karolina, MD, Medizinische Universität Wien
Andreoli Laura, MD PhD, University of Brescia, I
Antlanger Marlies, PD Dr., Kepler Universitätsklinikum Linz
Asamer Eva, Dr., Ordensklinikum Linz – Barmherzigen Schwestern
Ausserwinkler Mathias, OA Dr., MSc Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt
Axmann Roland, Dr., Ärztliche Leitung, ÖGK – Mein Peterhof Baden
Aykara Iris, Dr., Landesklinikum Korneuburg – Stockerau
Baraliakos Xenofon, Prof. Dr., Rheumazentrum Ruhrgebiet,
Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Herne, D
Bécède Manuel, Dr., Ordination Tulln
Bechara Falk, Prof. Dr., Katholisches Klinikum Bochum, D
Blüml Stephan, Assoc. Prof. PD Dr., Medizinische Universität Wien
Böhmig Georg, ao Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Wien
Bonelli Michael, PD Dr., Medizinische Universität Wien
Bosch Philipp, Dr. MSc, LKH Universitätsklinikum Graz
Brottrager Barbara, MA, FH Joanneum Graz
Brunner Jürgen, Univ.-Prof. Dr. Mag. Dipl.oec.med., Medizinische Universität
Innsbruck
Chinoy Hector, Prof. Dr. PhD FRCP BMBS MSc BMedSci, The University of
Manchester, Centre for Musculoskeletal Research, UK
Crevenna Richard, Ao.Univ.-Prof. Dr. MBA, MSc, Medizinische Universität Wien
Dejaco Christian, Prim. Assoz. Prof. PD Dr. PhD, MBA, Krankenhaus Bruneck, I
Diesenberger Hannes, Dr., Kepler Universitätsklinikum Linz
Duftner Christina, PD Dr. PhD, Medizinische Universität Innsbruck
Eberl Gabriele, Dr. MBA, Wien
Eggenreich Gudrun, BEd, BSc, PV Zentrum für ambulante Rehabilitation, Graz
Eller Kathrin, Univ.-Prof. PD Dr., LKH Universitätsklinikum Graz
Emminger Wolfgang, Univ. Prof. Dr., Medizinische Universität Wien
Erstling Ulrike, Fachverband Rheumatologische Fachassistenz,
Bergisch Gladbach, D
Fessler Johannes, PhD, Medizinische Universität Graz
Feurstein Julia, Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Fonti Mirella, Dr. Mag., Klinik Favoriten, Wien
Fritsch-Stork Ruth, Prim. PD Dr. PhD, ÖGK – Mein Gesundheitszentrum
Mariahilf, Wien

Gessl Irina, Dr. PhD, Medizinische Universität Wien
Göschl Lisa, Dr. PhD, Medizinische Universität Wien
Greb Antonia, Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Hackenberg Brigitte, Ass. Prof. Dr., Praxis Hohe Warte, Wien
Hana Claudia, Anna Mag. Dr. rer. nat. PhD, Medizinische Universität Wien
Haschka David, Ass.Prof. PD Dr. PhD, Medizinische Universität Innsbruck
Hayer Silvia, Ap. Prof. PD Mag. Dr., Medizinische Universität Wien
Heeren Sonja, OÄ Dr., LKH Salzburg-Universitätsklinikum
Heinz Leonhard, Dr. PhD, Medizinische Universität Wien
Held Julia, Dr., Medizinische Universität Innsbruck
Hermann Josef, PD Dr., LKH Universitätsklinikum Graz
Hintenberger Rainer, OA Dr. ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Hofbauer Thomas, Dr.med.univ. PhD, Medizinische Universität Wien
Holak Gregor, OA Dr., Klinik Ottakring, Wien
Horn Sabine, Prim. Univ.-Prof. Dr., Landeskrankenhaus Villach
Hötzenecker Wolfram, Prim. Univ.-Prof. DDr. MBA,
 Kepler Universitätsklinikum Linz
Huemer Christian, Prim. Univ.-Prof. Dr., Landeskrankenhaus Bregenz
Hütter Lisa, OA Dr., Klinik Hietzing, Wien
Jäger Helene, LKH Hochzirl-Natters
Jaksch Peter, Oberrat PD Dr., Medizinische Universität Wien
Karim Zunaid, Dr. MD, Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust, Yorkshire, UK
Kartnig Felix, Dr., Medizinische Universität Wien
Kastrati Kastriot, Dr., Medizinische Universität Wien
Keil Felix, Univ.-Prof. Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Keppler Selina, Dr., LKH Universitätsklinikum Graz
Kerschbaumer Andreas, Dr. PhD, Medizinische Universität Wien
Kickingner David, Dr., LKH Universitätsklinikum Graz
Kiener Hans Peter, PD Dr., Medizinische Universität Wien
Kierner Florian, BSc, PT, ÖGK – Mein Peterhof Baden
Knitza Johannes, Dr., Institut für Digitale Medizin am
 Universitätsklinikum Marburg, D
Kocijan Roland, Assoc.Prof. PD Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Konzett Victoria, Dr., Medizinische Universität Wien
Korn Fadumo, Gründerin von Nala e.V. „Bildung statt Beschneidung“,
 München, D
Kraus Christoph, Ap. Prof. PD DDr., Medizinische Universität Wien

Krauter Andreas, Dr. MBA, ÖGK, Wien
Lang David, PD Dr. Ph.D., Kepler Universitätsklinikum Linz
Langer Bernd, Reha-Zentrum Laab im Walde
Lechner-Radner Helga, Assoc. Prof. PD Dr., Medizinische Universität Wien
Leiss Harald, Dr., Ordination, Baden
Lindner Boris, OA Dr., Klinik Hietzing, Wien
Ludwig Sabine, Prof., Dr., Medizinische Universität Innsbruck
Lunzer Raimund, OA Dr., Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz
Mandl Peter, Ap.Prof. PD Dr. MD, PhD, Medizinische Universität Wien
Manger Eva, Dr., Medizinische Universität Innsbruck
Mazzucato-Puchner Antonia, Dr., Medizinische Universität Wien
Milger-Kneidinger Katrin, Prof. (apl.) Dr. med., LKH Universitätsklinikum Graz
Moazedi-Fürst Florentine, Univ.-Ass. PD Dr., LKH Universitätsklinikum Graz
Möller Ingrid, Prof. Dr., University of Barcelona, ES
Mur Erich, Univ.-Prof. Dr., LKH – Universitätskliniken Innsbruck
Muschitz Christian, PD Dr., HealthPI Medical Center, Wien
Mustak-Blagusz Monika, Prim. Dr., MBA Pensionsversicherungsanstalt, Wien
Nell-Duxneuner Valerie, PD Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Oliveira-Sittenthaler Christa, Prim.Dr. MBA, Reha-Zentrum Laab im Walde
Ospelt Caroline, Prof. Dr. Dr. med., Universität Zürich, Standort Schlieren, CH
Panny Michael, OA Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Peichl Peter, Prim. Univ.-Doz. Dr. MSc, Evangelisches Krankenhaus, Wien
Pieringer Herwig, PD Dr. MBA, Klinik Diakonissen Linz
Pietschmann Peter, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Wien
Pinter Andreas, MD, Ph.D, Universitätsklinikum Frankfurt, D
Pluhar Erika, Wien
Porpaczy Christoph, OA Dr., Klinik Hietzing, Wien
Puchner Rudolf, OA Univ.-Prof. Dr. MSc, MBA,
Landesklinikum Korneuburg – Stockerau
Rath Eva, OA Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien
Redlich Kurt, Prim. Univ.-Prof. Dr., Klinik Hietzing, Wien
Reiberger Thomas, Univ.-Prof. PD Dr., Medizinische Universität Wien
Reisch Myriam, Dr. LKH, Universitätsklinikum Graz
Rintelen Bernhard, OA Dr., Landesklinikum Korneuburg – Stockerau
Ritschl Valentin, PhD, Medizinische Universität Wien
Rivai Edo, Nullhouse Softwareentwicklung, Wien
Rivellese Felice, MD PhD, William Harvey Research Institute, London, UK

Rizzi Marta, Prof. Dr. PhD, Medizinische Universität Wien
Sauermann Robert, Dr. PD, Hauptverband der
 österr. Sozialversicherungsträger, Wien
Sautner Judith, Prim. Dr., Landesklinikum Korneuburg – Stockerau
Scheinecker Clemens, Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Wien
Schönfeld Paul, Dr., Evangelisches Krankenhaus, Wien
Sieghart Daniela, DI (FH) PhD, Medizinische Universität Wien
Siess Christina, Dr., Klinik Hietzing, Wien
Skrabl-Baumgartner Andrea, PD Dr., LKH Universitätsklinikum Graz
Sperl Lisa, MSc, Medizinische Universität Wien
Steiner Marlene, MSc, Medizinische Universität Wien
Stieger Jutta, Dr., Klinik Hietzing, Wien
Stradner Martin, Assoc. Prof. PD Dr., LKH Universitätsklinikum Graz
Studenic Paul, PD Dr. PhD, Medizinische Universität Wien
Taxer Sylvia, Medizinische Universität Wien
Thiel Jens, Univ.-Prof. Dr., LKH Universitätsklinikum Graz
Tosevska Anela, Dr., Medizinische Universität Wien
Ulbrich Andrea, Dr., Medizinische Universität Wien
Unger Julia, BSc MSc FH, Joanneum, Bad Gleichenberg
van der Laken Jacoba, Prof. Dr., Amsterdam Rheumatology and
 immunology Center, Amsterdam, NL
Villa Matteo, PhD, LKH Universitätsklinikum Graz
Vogl Thomas, Ass.-Prof. Dr.rer.nat. BSc, MSc, Comprehensive Cancer Center,
 Institut für Krebsforschung, Wien
Vrchotka Jennifer, Reha-Zentrum Laab im Walde
Watterdal Syversen Silje, MD PhD, Diakonhjemmet Hospital, Oslo, NOR
Weltermann Ansgar, Univ.-Doz. Dr., Ordensklinikum Linz – Elisabethinen
Wiederer Christian, Prim. Dr., Ärztlicher Direktor Klinikum Am Kurpark Baden,
 Stv. Ärztlicher Direktor kokon – Reha für junge Menschen, Bad Erlach
Winkler Stefan, Ao. Univ.-Prof. Dr., Medizinische Universität Wien
Wipfler-Freißmuth Edith, OÄ Dr., Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz
Wlassits Rebekka, Dr. BSc., Klinik Favoriten, Wien
Zauner Michael, MSc., Medizinische Universität Wien
Zolles Isabella, MSc, PT, ÖGK – Mein Peterhof Baden
Zwerina Jochen, Prim. PD Dr., ÖGK – Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien

abbvie

ALFASIGMA

AMGEN

AstraZeneca

ASTRO PHARMA

Biogen

**Boehringer
Ingelheim**

Bristol Myers Squibb®

DOCFINDER

**FRESENIUS
KABI**
caring for life

Gebro Pharma

GSK

IBSA

Caring Innovation

Johnson & Johnson

Lilly

MSD

NORDIC
PHARMA

NOVARTIS

Otsuka

Pfizer

Pharming®

ratiopharm eine Marke von **teva**

SANDOZ

sanofi

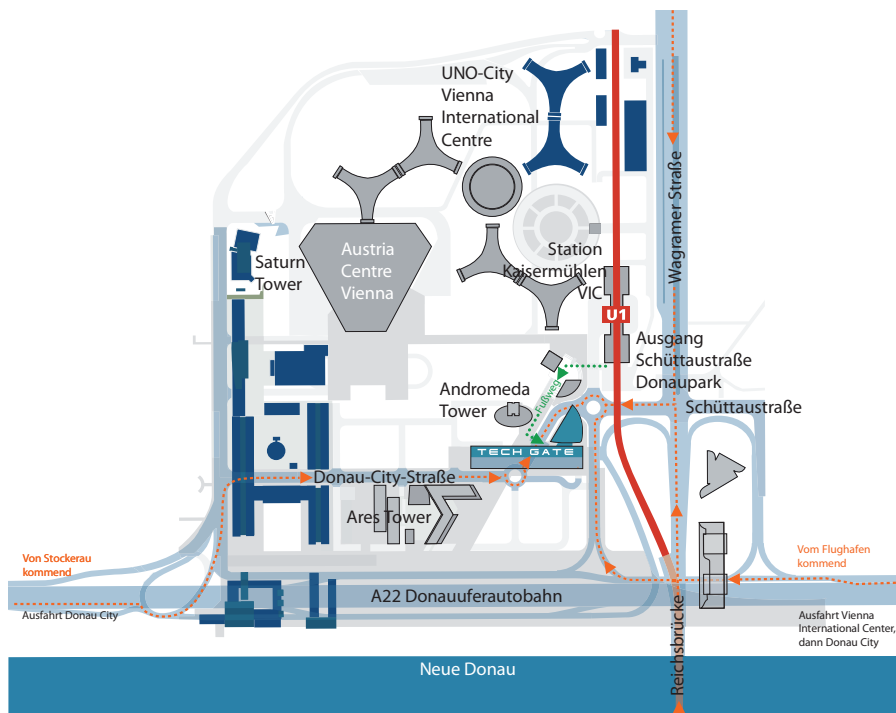
STADA

sobi
rare strength

ucb Inspired by patients.
Driven by science.

CSL Vifor

(Stand bei Erstellung)


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



Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

Jahrestagung

27. – 29. 11. 2025, Wien

Tech Gate Vienna

**Besser Heute
als Morgen**

taltz®
(Ixezumab)

bei nr- & r-axSpA

**Wirksame Alternative
zum TNFi****



Mehr Lebensqualität mit starker Verbesserung der nächtlichen Rückenschmerzen und Morgensteifigkeit^{2,5}**

Konsistentes Sicherheitsprofil über 5 Jahre bestätigt^{6,*}**

* Bei anhaltend hoher Krankheitsaktivität trotz konventioneller Therapie ist der Einsatz eines TNF- oder IL-17-Inhibitors die gemäß ASAS/EULAR-Empfehlungen zum Management der axSpA gängige Praxis. Bei Patient:innen mit signifikanter Psoriasis kann ein IL-17-Inhibitor bevorzugt werden, bei Vorgeschichte einer rezidivierenden Uveitis oder aktiver entzündlicher Darmerkrankung sollte monoklonalen Antikörpern gegen TNF der Vorzug gegeben werden.¹ ** Signifikant stärkere Verbesserung des SF-36 PCS unter Ixezumab vs. Placebo^{2,4} *** PsO: bis zu 5 Jahre Exposition, PsA/axSpA: bis zu 3 Jahre Exposition.⁶

¹ Ramiro S, et al. Ann Rheum Dis 2023;82:19-34. ² van der Heijde D, et al. Lancet. 2018;392:2441-2451. ³ Deodhar A, et al. Arthritis Rheumatol. 2019;71:599-611. ⁴ Mease P, et al. Rheumatol Ther. 2019;6(3):435-450. ⁵ Ramiro S, et al. POS0931 Ann Rheum Dis 2022;81:765-766, präsentiert am EULAR2022, Kopenhagen, Dänemark, 1.-4. Juni 2022. ⁶ Deodhar A, et al. #1042 Arthritis Rheumatol. 2022;74 (suppl 9), präsentiert am ACR 2022, Pennsylvania, United States, 10.-14. November 2022.

Sanfte Stärke in der RA-Therapie¹



1st LINE
nach MTX-/DMARD-
Versagen^{#1}



 **Jyseleca**[®]
filgotinib



Schnell

Stärkere Schmerzlinderung (VAS) bereits nach 2 Wochen vs. der bDMARD-Vergleichstherapie.²



Stark

Höhere Remissionsraten vs. der bDMARD-Vergleichstherapie.³



Sanft

Geringe Raten an mit JAK-Inhibitoren assoziierten Nebenwirkungen.^{**4}

Aus dem hellgelben Bereich (RE2) des Erstattungskodex des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungen verschreibbar. (<http://www.erstattungskodex.at>)

* Adalimumab + MTX

** Schwerwiegende Infektionen, Herpes Zoster, Schwere kardiovaskuläre Ereignisse (MACE), Venöse Thromboembolien (VTE). Die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen sind Übelkeit (3,5 %), Infektion der oberen Atemwege (URTI, 3,3 %), Infektion des Harntrakts (UTI, 1,7 %), Schwindelgefühl (1,2 %) und Lymphopenie (1,0 %).

Referenzen

1 Fachinformation Jyseleca[®] (Stand: 01/2024) 2 Kivitz A. et al. EULAR 2020. Poster Nr. 0128

3 Combe B. et al. Ann Rheum Dis 2021; 0:1-11. doi:10.1136/annrheumdis-2020-219214

4 Winthrop K. et al. Ann Rheum Dis 2021; 0:1-9. doi:10.1136

Galapagos Biopharma Austria GmbH • Herrngasse 1-3 • 1010 Wien

Fachkurzinformation siehe Seite 58

ALFASIGMA 

Fachkurzinformation zu Seite 28

Bezeichnung des Arzneimittels: Remicade 100 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche enthält 100 mg Infliximab. Infliximab ist ein chimärer, human-muriner, monoklonaler IgG1-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie in murinen Hybridomzellen hergestellt wird. Nach Rekonstitution enthält jeder ml 10 mg Infliximab. Sucrose, Polysorbat 80, Natriumdihydrogenphosphat, Dinatriumhydrogenphosphat. **Anwendungsgebiete:** **Rheumatoide Arthritis:** Remicade ist in Kombination mit Methotrexat indiziert zur Reduktion der Symptomatik und Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit bei erwachsenen Patienten mit aktiver Erkrankung, die nur unzureichend auf krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs), einschließlich Methotrexat, angesprochen haben. Remicade ist indiziert bei Methotrexat-naiven, erwachsenen Patienten oder erwachsenen Patienten, die nicht mit anderen DMARDs vorbehandelt wurden, mit schwergradiger, aktiver und fortschreitender Erkrankung. Bei diesen Patienten wurde anhand von radiologischen Untersuchungen eine Reduktion der Progressionsrate der Gelenkschäden nachgewiesen. **Morbus Crohn bei Erwachsenen:** Remicade ist indiziert zur: Behandlung eines mäßig- bis schwergradig aktiven Morbus Crohn bei erwachsenen Patienten, die trotz eines vollständigen und adäquaten Therapiezyklus mit einem Kortikosteroid und/oder einem Immunsuppressivum nicht angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikationen für solche Therapien haben. Behandlung von aktivem Morbus Crohn mit Fistelbildung bei erwachsenen Patienten, die trotz eines vollständigen und adäquaten Therapiezyklus mit einer konventionellen Behandlung (einschließlich Antibiotika, Drainage und immunsuppressiver Therapie) nicht angesprochen haben. **Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen:** Remicade ist indiziert zur Behandlung eines schwergradigen, aktiven Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren, die nicht auf eine konventionelle Therapie einschließlich einem Kortikosteroid, einem Immunmodulator und einer primären Ernährungstherapie angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikationen für solche Therapien haben. Remicade wurde nur in Kombination mit einer konventionellen immunsuppressiven Therapie untersucht. **Colitis ulcerosa:** Remicade ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie, einschließlich Kortikosteroide und 6-Mercaptopurin (6-MP) oder Azathioprin (AZA), unzureichend angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation für solche Therapien haben. **Colitis ulcerosa bei Kindern und Jugendlichen:** Remicade ist indiziert zur Behandlung der schweren aktiven Colitis ulcerosa bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren, die auf eine konventionelle Therapie, einschließlich Kortikosteroide und 6-MP oder AZA, unzureichend angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation für solche Therapien haben. **Ankylosierende Spondylitis:** Remicade ist indiziert zur Behandlung der schwerwiegenden, aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. **Psoriasis-Arthritis:** Remicade ist indiziert zur Behandlung der aktiven und fortschreitenden Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten, wenn deren Ansprechen auf eine vorhergehende krankheitsmodifizierende, antirheumatische Arzneimitteltherapie (DMARD-Therapie) unzureichend gewesen ist. Remicade sollte verabreicht werden: in Kombination mit Methotrexat oder als Monotherapie bei Patienten, die eine Unverträglichkeit gegenüber Methotrexat zeigen oder bei denen Methotrexat kontraindiziert ist. Remicade verbessert die körperliche Funktionsfähigkeit bei Patienten mit Psoriasis-Arthritis und reduziert die Progressionsrate peripherer Gelenkschäden, wie radiologisch bei Patienten mit polyartikulärem symmetrischen Subtyp der Krankheit belegt wurde. **Psoriasis:** Remicade ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis vom Plaque-Typ bei erwachsenen Patienten, die auf eine andere systemische Therapie, einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, nicht angesprochen haben, bei denen eine solche Therapie kontraindiziert ist oder nicht vertragen wird. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, gegen andere murine Proteine oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Patienten mit Tuberkulose oder anderen schweren Infektionen wie Sepsis, Abszessen und opportunistischen Infektionen. Patienten mit mäßiggradiger oder schwerer Herzinsuffizienz (NYHA-Klasse III/IV). **Inhaber der Zulassung:** Janssen Biologics B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB - Leiden, Niederlande. **Vertrieb für Österreich:** JANSSEN-CILAG Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206B, A-1020 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept und apothekenpflichtig; wiederholte Abgabe verboten. **ATC-Code:** L04AB02. **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-476282_16SEP2024

Fachkurzinformation zu Seite 28

Bezeichnung des Arzneimittels: Simponi 50 mg Injektionslösung in vorgefülltem Injektor. Simponi 50 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. Simponi 100 mg Injektionslösung in vorgefülltem Injektor. Simponi 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** **Simponi 50 mg Injektionslösung in vorgefülltem Injektor:** Ein mit 0,5 ml vorgefüllter Injektor enthält 50 mg Golimumab*. **Simponi 50 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze:** Eine 0,5-ml-Fertigspritze enthält 50 mg Golimumab*. *Humaner monoklonaler IgG1k-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie aus einer murinen Hybridom-Zelllinie gewonnen wird. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jeder vorgefüllte Injektor enthält 20,5 mg Sorbitol pro 50-mg-Dosis. Jede Fertigspritze enthält 20,5 mg Sorbitol pro 50-mg-Dosis. Sorbitol (E 420), Histidin, Histidin-Hydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Simponi 100 mg Injektionslösung in vorgefülltem Injektor:** Jeder mit 1 ml vorgefüllte Injektor enthält 100 mg Golimumab*. **Simponi 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze:** Jede 1-ml-Fertigspritze enthält 100 mg Golimumab*. *Humaner monoklonaler IgG1k-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie aus einer murinen Hybridom-Zelllinie gewonnen wird. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jeder vorgefüllte Injektor enthält 41 mg Sorbitol pro 100-mg-Dosis. Jede Fertigspritze enthält 41 mg Sorbitol pro 100-mg-Dosis. Sorbitol (E 420), Histidin, Histidin-Hydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **Rheumatoide Arthritis (RA):** Simponi ist in Kombination mit Methotrexat (MTX) indiziert zur: Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei Erwachsenen, wenn das Ansprechen auf eine Therapie mit krankheitsmodifizierenden Anti-

rheumatika (DMARD), einschließlich MTX, unzureichend gewesen ist. Behandlung der schweren, aktiven und progredienten rheumatoiden Arthritis bei Erwachsenen, die zuvor nicht mit MTX behandelt worden sind. Es wurde gezeigt, dass Simponi in Kombination mit MTX die in Röntgenaufnahmen bestimmte Progressionsrate von Gelenkschäden verringert und die körperliche Funktionsfähigkeit verbessert. **Psoriasis-Arthritis (PsA):** Simponi ist zur Anwendung als Monotherapie oder in Kombination mit MTX zur Behandlung der aktiven und fortschreitenden Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen indiziert, wenn das Ansprechen auf eine vorübergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureichend gewesen ist. Simponi verringert nachweislich die Progressionsrate der peripheren Gelenkschäden, bestimmt anhand von Röntgen-Aufnahmen bei Patienten mit polyartikulären symmetrischen Subtypen der Erkrankung, und verbessert die körperliche Funktionsfähigkeit. **Axiale Spondyloarthritis: Ankylosierende Spondylitis (AS):** Simponi ist angezeigt zur Behandlung der schweren, aktiven ankylosierenden Spondylitis bei Erwachsenen, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. **Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA)** Simponi ist indiziert zur Behandlung Erwachsener mit schwerer, aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven, durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Magnetresonanztomographie (MRT) nachgewiesenen Anzeichen einer Entzündung, die unzureichend auf eine Behandlung mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSARs) angesprochen haben oder bei denen eine Unverträglichkeit gegenüber solchen Substanzen besteht. **Colitis ulcerosa (CU):** Simponi ist indiziert zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie, einschließlich Kortikosteroide und 6-Mercaptopurin (6-MP) oder Azathioprin (AZA), unzureichend angesprochen haben oder die eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation für solche Therapien haben. Simponi 50mg Fertigspritze: **Juvenile idiopathische Arthritis: Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (pJIA).** Simponi ist in Kombination mit Methotrexat (MTX) indiziert zur Behandlung der polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis bei Kindern ab einem Alter von 2 Jahren, die auf eine vorübergehende Therapie mit MTX unzureichend angesprochen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Aktive Tuberkulose (TB) oder andere schwere Infektionen wie eine Sepsis und opportunistische Infektionen. Mittelschwere oder schwere Herzinsuffizienz (NYHA-Klasse III/IV). **Inhaber der Zulassung:** Janssen Biologics B.V., Einsteingew 101, 2333 CB Leiden, Niederlande. **Vertrieb für Österreich:** JANSSEN-CILAG Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206B, A-1020 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept und apothekenpflichtig; wiederholte Abgabe verboten. **ATC-Code:** L04AB06.

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-476281_25SEP2024

Fachkurzinformation zu Seite 28

Bezeichnung des Arzneimittels: STELARA® 45 mg Injektionslösung, STELARA® 45 mg bzw. 90 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, STELARA® 45 mg bzw. 90 mg Injektionslösung in einem Fertigen, STELARA® 130 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche enthält 45 mg Ustekinumab in 0,5 ml. Jede Durchstechflasche zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 130 mg in 26 ml (5 mg/ml). Jede Fertigspritze enthält 45 mg Ustekinumab in 0,5 ml bzw. 90 mg Ustekinumab in 1 ml. Jeder Fertigen enthält 45 mg Ustekinumab in 0,5 ml bzw. 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 murinen Myelomzelllinie produziert wird. Sonstige Bestandteile: Histidin, Histidinmonohydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. Zusätzlich bei STELARA® 130 mg: EDTA Natrium Salz Dihydrat, Methionin. **Anwendungsgebiete:** **Morbus Crohn:** STELARA® 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 oder eine Kontraindikation gegen eine entsprechende Behandlung aufweisen. **Colitis ulcerosa** STELARA® ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, die entweder auf eine konventionelle Therapie oder auf ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder eine Unverträglichkeit oder eine Kontraindikation gegen eine entsprechende Behandlung aufweisen. Zusätzlich Anwendungsgebiete für STELARA® Injektionslösung, Fertigspritze und Fertigen: **Psoriatische Arthritis (PsA)** STELARA® 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 (DMARD-) Therapie unzureichend gewesen ist. **Plaques-Psoriasis** STELARA® ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaques-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. **Plaques-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen** STELARA® (ausgenommen STELARA® Fertigen) ist für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaques-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). **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, 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:** L04AC05.

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- 399368_20240801

Fachkurzinformation zu Seite 22

Bezeichnung des Arzneimittels: Tremfya® 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Tremfya® 100 mg Injektionslösung in einem 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 rein humaner monoklonaler Immunglobulin-G1-Lambda(IgG1A)-Antikörper (mAK) gegen das Interleukin(IL)-23-Protein, hergestellt durch rekombinante DNA-Technologie in einer CHO-Zelllinie (Chinesische-Hamster-Ovary). **Sonstige Bestandteile:** Histidin, Histidinmonohydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Plaque-Psororiasis; Tremfya ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psororiasis 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 krankheits-modifizierende antirheumatische (disease-modifying antirheumatic drug, DMARD) Therapie unzureichend angesprochen 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-337101_01JUL2024

Fachkurzinformation zu Seite 34

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Skyrizi 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze; Skyrizi 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen; Skyrizi 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze; Skyrizi 600 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung; Skyrizi 180 mg Injektionslösung in einer Patrone; Skyrizi 360 mg Injektionslösung in einer Patrone. **ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Fertigspritze enthält 75 mg Risankizumab in 0,83 ml Lösung. Jeder Fertigpen enthält 150 mg Risankizumab in 1 ml Lösung. Jede Fertigspritze enthält 150 mg Risankizumab in 1 ml Lösung. Jede Durchstechflasche enthält 600 mg Risankizumab in 10,0 ml Lösung. Jede Patrone enthält 180 mg Risankizumab in 1,2 ml Lösung. Jede Patrone enthält 360 mg Risankizumab in 2,4 ml Lösung. Risankizumab ist ein humanisierter monoklonaler Immunglobulin-G1(IgG1)-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters hergestellt wird. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **ANWENDUNGSGEBIETE:** **Plaque-Psororiasis:** Skyrizi wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psororiasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. **Psoriasis-Arthritis:** Skyrizi allein oder in Kombination mit Methotrexat (MTX) wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. **Morbus Crohn:** Skyrizi wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn, die auf eine konventionelle Therapie oder eine Biologikum unzureichend angesprochen, diese(s) nicht vertragen haben oder nicht mehr darauf ansprechen. **Colitis ulcerosa:** Skyrizi wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, die auf eine konventionelle Therapie oder eine Biologikatherapie unzureichend angesprochen, diese nicht vertragen haben oder nicht mehr darauf ansprechen. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose, siehe Fachinformation Abschnitt 4.4). **SONSTIGE BESTANDTEILE:** Natriumsuccinat 6 H₂O, Bernsteinsäure, Sorbitol, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke (Skyrizi 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze); Natriumacetat-Trihydrat (E 262), Essigsäure (E 260), Trehalose-Dihydrat (Ph.Eur.), Polysorbat 20 (E 432), Wasser für Injektionszwecke (Skyrizi 150 mg Injektionslösung in Fertigpen und in einer Fertigspritze, Skyrizi 600 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, Skyrizi 180 mg Injektionslösung in einer Patrone, Skyrizi 360 mg Injektionslösung in einer Patrone). **NAMEN UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland. **VERTRETUNG DES ZULASSUNGS-INHABERS IN ÖSTERREICH:** AbbVie GmbH, Wien. **VERSCHRÉIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Immunsuppressiva, Interleukin-Inhibitoren. **ATC-Code:** L04AC18. **Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** **STAND DER INFORMATION:** 07/2024.

Fachkurzinformation zu Seite 26

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: RINVOQ 15 mg Retardtabletten; RINVOQ 30 mg Retardtabletten, RINVOQ 45 mg Retardtabletten. **ZUSAMMENSETZUNG:** Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H₂O, entsprechend 15 mg Upadacitinib. Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H₂O, entsprechend 30 mg Upadacitinib. Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H₂O, entsprechend 45 mg Upadacitinib. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **ANWENDUNGSGEBIETE:** **Rheumatoide Arthritis:** RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden. **Psoriasis-Arthritis:** RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere DMARDs unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden. **Axiale Spondyloarthritis:** *Nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA):* RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven nicht röntgenologischen axialen Spondyloarthritis bei erwachsenen Patienten mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomografie (MRT), die unzureichend auf nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. **Ankylosierende Spondylitis (AS, röntgenologische axiale Spondyloarthritis):** RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. **Atopische Dermatitis:** RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische

Therapie infrage kommen. **Colitis ulcerosa:** RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. **Morbus Crohn:** RINVOQ wird angewendet zur Behandlung des mittelschweren bis schweren aktiven Morbus Crohn bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Aktive Tuberkulose (TB) oder aktive schwerwiegende Infektionen (siehe Abschnitt 4.4). Schwere Leberinsuffizienz (siehe Abschnitt 4.2). Schwangerschaft (siehe Abschnitt 4.6). **SONSTIGE BESTANDTEILE:** **Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Mannitol (Ph. Eur.), Weinsäure (Ph. Eur.), Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph. Eur.); **Filmüberzug:** Poly(vinylalkohol), Macrogol, Talkum, Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172) (nur RINVOQ 15 mg Retardtabletten), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) (nur RINVOQ 45 mg Retardtabletten). **NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland. **VERTRETUNG DES ZULASSUNGSINHABERS IN ÖSTERREICH:** AbbVie GmbH, Wien. **VERSCHREIBUNGS-PFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Immunsuppressiva, Janus-assoziierte Kinase-(JAK)-Inhibitoren, ATC-Code: L04AF03. **Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. STAND DER INFORMATION:** 06/2024.

Fachkurzinformation zu Insetar Eli Lilly Taltz

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Taltz® 80 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze (in einem Fertigpen). **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Fertigspritze (jeder Fertigpen) enthält 80 mg Ixekizumab in 1 ml Lösung. Ixekizumab wird in CHO-Zellen (chinese hamster ovary) mittels rekombinanter DNA-Technologie hergestellt. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **4.1 Anwendungsgebiete:** **Plaque-Psoriasis:** Taltz ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. **Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen:** Taltz ist angezeigt für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg, die für eine systemische Therapie infrage kommen. **Psoriasis-Arthritis:** Taltz, allein oder in Kombination mit Methotrexat, ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARD) angesprochen oder diese nicht vertragen haben (siehe Abschnitt 5.1). **Axiale Spondyloarthritis:** **Ankylosierende Spondylitis (Röntgenologische axiale Spondyloarthritis):** Taltz ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver röntgenologischer axiale Spondyloarthritis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. **Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis:** Taltz ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver nicht-röntgenologischer axiale Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Magnetresonanztomographie (MRT), die unzureichend auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. **4.3 Gegenanzeigen:** Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose, siehe Abschnitt 4.4). Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, Interleukin-Inhibitoren, ATC-Code: L04AC13. **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile:** Saccharose, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Natriumhydroxid kann zur pH-Wert-Einstellung verwendet werden. **7. INHABER DER ZULASSUNG:** Eli Lilly and Company (Ireland) Limited, Dunderrow, Kinsale, Co. Cork, Irland. **Abgabe:** Rezept- und Apothekenpflichtig, NR. **Stand der Information:** Dezember 2021. **Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation zu Seite 10

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Olumiant® 4 (2) [1] mg Filmtabletten. **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Filmtablette enthält 4 (2) [1] mg Baricitinib. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1 der Fachinformation. **4.1 Anwendungsgebiete:** **Rheumatoide Arthritis:** Baricitinib wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine vorangegangene Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Baricitinib kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden (siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 zu verfügbaren Daten verschiedener Kombinationen). **Atipische Dermatitis:** Baricitinib wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atipischer Dermatitis bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab 2 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen. **Alopecia areata:** Baricitinib wird angewendet zur Behandlung von schwerer Alopecia areata bei erwachsenen Patienten (siehe Abschnitt 5.1). **Juvenile idiopathische Arthritis:** Baricitinib wird angewendet zur Behandlung der aktiven juvenilen idiopathischen Arthritis bei Patienten ab 2 Jahren, die zuvor unzureichend auf eines oder mehrere herkömmlich synthetische oder biologische DMARDs angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (polyartikulärer Rheumafaktor positiv [RF+] oder negativ [RF-], erweiterter oligoartikulär), Enthesitis-assoziierte Arthritis, und Juvenile Psoniasis-Arthritis. Baricitinib kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden. **4.3 Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Schwangerschaft (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunsuppressiva, selektive Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AF02. **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Mannitol (Ph. Eur.). **Filmüberzug:** Eisen(III)-oxid (E172), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Macrogol, Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171). **7. INHABER DER ZULASSUNG:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande. **Abgabe:** Rezept- und Apothekenpflichtig, NR. **Stand der Information:** Juli 2024. **Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation zu Seite 18

Seractil 200 mg - Filmtabletten, Seractil 300 mg – Filmtabletten, Seractil forte 400 mg – Filmtabletten, Seractil akut 400 mg Pulver zur Herstellung einer Suspension, Zusammensetzung: Filmtablette: Eine Filmtablette enthält 200/300/400 mg Dexibuprofen. Hilfsstoffe: Tablettenkern: Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Carmellose Calcium, hochdisperses Siliciumdioxid, Talk Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E-171), Glyceroltriacetat, Talk, Macrogol 6000. Pulver: Ein Beutel enthält 400 mg Dexibuprofen. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 2,4 g Saccharose. Hilfsstoffe: Saccharose, Zitronensäure, Orangenaroma, Saccharin, Hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdodecylsulfat. **Anwendungsgebiete:** Filmtabletten: Dieses Arzneimittel ist ein Nichtsteroidales Antiphlogistikum/Analgetikum Seractil-Filmtabletten werden angewendet bei Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen ab 8 Jahren. Zur symptomatischen Behandlung von Schmerzen und Entzündungen nach Verletzungen; und zur kurzzeitigen symptomatischen Behandlung von rheumatoider Arthritis, wenn andere, längerfristige Therapieoptionen (Basistherapie: Disease Modifying Antirheumatic Drugs, DMARDs) nicht in Betracht gezogen werden. Pulver: Symptomatische Behandlung von Schmerzen und Entzündungen bei Osteoarthritis/Arthrose. Akute symptomatische Behandlung von Regelschmerzen (primäre Dysmenorrhoe). **Gegenanzeigen:** Dexibuprofen darf nicht angewendet werden bei Patienten: mit einer bekannten Überempfindlichkeit gegen Dexibuprofen, gegen andere NSAR oder gegen einen der sonstigen Bestandteile; bei denen Stoffe mit ähnlicher Wirkung (z.B. Acetylsalicylsäure oder andere NSAR) Asthmaanfälle, Bronchospasmen, akute Rhinitis, Nasenpolypen, Urtikaria oder angioneurotische Ödeme auslösen; mit einer Vorgeschichte von gastrointestinalen Blutungen oder Perforationen, die im Zusammenhang mit einer vorhergehenden NSAR-Therapie steht, mit bestehenden oder in der Vergangenheit wiederholt aufgetretenen peptischen Ulzera oder Blutungen (mindestens zwei voneinander unabhängige Episoden von nachgewiesener Ulzeration oder Blutung); mit zerebrovaskulären oder anderen aktiven Blutungen; mit aktivem Morbus Crohn oder aktiver Colitis ulcerosa; mit schwerer Herz- insuffizienz (NYHA-Klasse IV); mit schwerer Nierenfunktionsstörung (GFR < 30 ml/min); mit schwerer Leberfunktionsstörung; ab dem sechsten Monat der Schwangerschaft. **ATC- Code:** M01AE14. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 200 mg Filmtabletten: 30, 50 Stück. 300 mg/forte 400 mg Filmtabletten: 10, 30, 50 Stück. 10 Beutel pro Schachtel mit einem gelblichen Pulver. **Kassenstatus:** Tabletten: Green Box (400 mg 30 Stück; No Box). Pulver: No-Box. **Zulassungsinhaber:** Gebro Pharma GmbH, A-6391 Fieberbrunn. **Stand der Information:** Oktober 2022. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arznei- mitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Fachkurzinformation zu Seite 36

Ofev 100 mg Weichkapseln, Ofev 150 mg Weichkapseln. Ofev 100 mg Weichkapseln: QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Jede Weichkapsel enthält 100 mg Nintedanib (als Esilat). **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jede 100 mg Weichkapsel enthält 1,2 mg Phospholipide aus Sojabohnen. **Ofev 150 mg Weichkapseln: QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Weichkapsel enthält 150 mg Nintedanib (als Esilat). **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jede 150 mg Weichkapsel enthält 1,8 mg Phospholipide aus Sojabohnen. **Liste der sonstigen Bestandteile: Kapselinhalt:** Mittellängige Triglyceride; Hartfett; Phospholipide aus Sojabohnen (E322). **Kapselhülle:** Gelatine; Glycerol (85 %); Titandioxid (E171); Eisen(III)-oxid (E172); Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **Anwendungsgebiete:** Ofev wird angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose (IPF). Ofev wird außerdem angewendet bei Erwachsenen zur Behandlung anderer chronischer progredient fibrosierender interstitieller Lungenerkrankungen (ILDs). Ofev wird angewendet zur Behandlung einer interstitiellen Lungenerkrankung bei Erwachsenen mit systemischer Sklerose (SSc-ILD). **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft; Überempfindlichkeit gegen Nintedanib, Erdnuss oder Soja, oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Straße 173. 55216 Ingelheim am Rhein, Deutschland. **Verschreibungspflicht/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: Feb 2024

Fachkurzinformation zu Insetat Alfasigma Jyseleca

Jyseleca 100 mg Filmtabletten, Jyseleca 200 mg Filmtabletten. Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, selektive Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AA45 **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält Filgotinibmaleat, entsprechend 100 mg bzw. 200 mg Filgotinib. **Sonstige Bestandteile: Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jede 100 mg Filmtablette enthält 76 mg Lactose (als Monohydrat). Jede 200 mg Filmtablette enthält 152 mg Lactose (als Monohydrat). **Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Vorverkleisterte Stärke, Hochdisperses Siliciumdioxid, Fumarsäure, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). **Filmüberzug:** Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172) **Anwendungsgebiete:** Rheumatoide Arthritis: Jyseleca ist angezeigt zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheits-modifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Jyseleca kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat (MTX) angewendet werden. **Colitis ulcerosa:** Jyseleca ist angezeigt zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder auf ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht mehr vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Aktive Tuberkulose (TB) oder aktive schwere Infektionen. Schwangerschaft. **Inhaber der Zulassung:** Galapagos NV, Generaal De Wittelaan L11 A3, 2800 Mechelen, Belgien **Rezept- und apothekenpflichtig, NR. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.** ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Jeder Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu Jyseleca ist zu melden an Galapagos Biopharma Austria GmbH, E-Mail: DrugSafety.Austria@glpg.com, und/oder über das nationale Meldesystem an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, E-Mail: nebenwirkung@basg.gv.at, Fax: +43 (0) 50 555 36207, Website: www.basg.gv.at Stand der Information 01/2024.

Fachkurzinformation zu Inserat Pfizer Xeljanz

XELJANZ® 5 mg Filmtabletten - XELJANZ® 10 mg Filmtabletten - XELJANZ® 11 mg Retardtabletten - XELJANZ® 1 mg/ml Lösung zum Einnehmen

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: *XELJANZ 5 mg Filmtabletten, XELJANZ 10 mg Filmtabletten:* Jede Filmtablette enthält Tofacitinibcitrat, entsprechend 5 mg bzw. 10 mg Tofacitinib. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 59,44 mg bzw. 118,88 mg Lactose. *XELJANZ 11 mg Retardtabletten:* Jede Retardtablette enthält Tofacitinibcitrat, entsprechend 11 mg Tofacitinib. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Retardtablette enthält 152,23 mg Sorbitol. *XELJANZ 1 mg/ml Lösung zum Einnehmen:* Jeder ml Lösung zum Einnehmen enthält Tofacitinibcitrat, entsprechend 1 mg Tofacitinib. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jeder ml Lösung zum Einnehmen enthält 2,39 mg Propylenglycol und 0,9 mg Natriumbenzoat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *XELJANZ 5 mg Filmtabletten, XELJANZ 10 mg Filmtabletten:* Tablettenkern: mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose 6cP (E 464), Titandioxid (E 171), Lactose-Monohydrat, Macrogol 3350, Triacetin, Indigocarmin-Aluminiumsalz (E 132) (nur 10-mg-Stärke), Brillantblau-FCF-Aluminiumsalz (E 133) (nur 10-mg-Stärke). *XELJANZ 11 mg Retardtabletten:* Tablettenkern: Sorbitol (E 420), Hyetellose, Copovidon, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Celluloseacetat, Hypromellose (E 463), Hypromellose (E 464), Titandioxid (E 171), Triacetin, Eisen(III)-oxid (E 172). Drucktinte: Schellack (E 904), Ammoniumhydroxid (E 527), Propylenglycol (E 1520), Eisen(II,III)-oxid (E 172). *XELJANZ 1 mg/ml Lösung zum Einnehmen:* Traubenaroma (enthält Propylenglycol [E 1520], Glycerin [E 422] und natürliche Aromen), Salzsäure, Milchsäure (E 270), Gereinigtes Wasser, Natriumbenzoat (E 211), Sucralose (E 955), Xylitol (E 967). **Anwendungsgebiete:** *XELJANZ 5 mg Filmtabletten, XELJANZ 10 mg Filmtabletten:* **Rheumatoide Arthritis:** Tofacitinib 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 Antirheumatika (DMARD, Disease-Modifying Antirheumatic Drugs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben (siehe Abschnitt 5.1 in der Fachinformation). Tofacitinib kann als Monotherapie gegeben werden, wenn MTX nicht vertragen wird oder wenn eine Behandlung mit MTX ungeeignet ist (siehe Abschnitte 4.4 und 4.5 der Fachinformation). **Psoriasis-Arthritis:** Tofacitinib ist in Kombination mit MTX indiziert zur Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis (PsA) bei erwachsenen Patienten, die auf eine vorangegangene krankheitsmodifizierende antirheumatische (DMARD-) Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Ankylosierende Spondylitis:** Tofacitinib ist indiziert zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver ankylosierender Spondylitis (AS), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Colitis ulcerosa:** Tofacitinib ist indiziert zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa (CU), die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA):** Tofacitinib ist indiziert zur Behandlung der aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis (Rheumafaktor-positiv [RF+] oder -negativ [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) und der juvenilen Psoriasis-Arthritis (PsA) bei Patienten ab einem Alter von 2 Jahren, die auf eine vorangegangene DMARD-Therapie unzureichend angesprochen haben. Tofacitinib kann in Kombination mit Methotrexat (MTX) angewendet werden oder als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird oder eine Fortsetzung der Behandlung mit MTX ungeeignet ist (siehe Abschnitte 4.4 und 4.5 der Fachinformation). *XELJANZ 11 mg Retardtabletten:* **Rheumatoide Arthritis:** Tofacitinib 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 Antirheumatika (DMARD, Disease-Modifying Antirheumatic Drugs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Tofacitinib kann als Monotherapie gegeben werden, wenn MTX nicht vertragen wird oder wenn eine Behandlung mit MTX ungeeignet ist (siehe Abschnitte 4.4 und 4.5 der Fachinformation). **Psoriasis-Arthritis:** Tofacitinib ist in Kombination mit MTX indiziert zur Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis (PsA) bei erwachsenen Patienten, die auf eine vorangegangene krankheitsmodifizierende antirheumatische (DMARD-) Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Ankylosierende Spondylitis:** Tofacitinib ist indiziert zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver ankylosierender Spondylitis (AS), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. *XELJANZ 1 mg/ml Lösung zum Einnehmen:* **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA):** Tofacitinib ist indiziert zur Behandlung der aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis (Rheumafaktor-positiv [RF+] oder -negativ [RF-] Polyarthritis und erweiterte Oligoarthritis) und der juvenilen Psoriasis-Arthritis (PsA) bei Patienten ab einem Alter von 2 Jahren, die auf eine vorangegangene krankheitsmodifizierte antirheumatische (DMARD-) Therapie unzureichend angesprochen haben. Tofacitinib kann in Kombination mit Methotrexat (MTX) angewendet werden oder als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird oder eine Fortsetzung der Behandlung mit MTX ungeeignet ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile, aktive Tuberkulose (TB), schwerwiegende Infektionen wie z. B. Sepsis oder opportunistische Infektionen (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation), schwere Leberfunktionsstörung (siehe Abschnitt 4.2 der Fachinformation), Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunsuppressiva, Janus-assoziierte Kinase (JAK)-Inhibitoren; ATC-Code: L04AF01 **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Stand der Information:** 07/2024. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**