Springer Medizin

WMW Skriptum
Band 20 / Heft 08
www.springermedizin.at/wmw-skriptum
ISSN Print 1613-3803
Österreichische Post AG / PZ 07Z037513 P
Springer-Verlag GmbH, AT, Prinz-Eugen-Straße 8-10, 1040 Wien, Austria

SpringerMedizin.at/wmw-skriptum

08/23

skriptum

Kongressjournal

wmw Wiener Medizinische Wochenschrift

30. November bis 2. Dezember 2023, Wien

Jahrestagung 2023

ÖGR Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation

der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation

Wissenschaftliche Leitung: **Assoc. Prof.in Priv.-Doz.in Dr.in Helga Lechner-Radner**

olumiant®

(Baricitinib) Tabletten

1x täglich mit
flexibler Dosierung
(4 mg / 2 mg)[3,*]

Für Ihre 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 7 Jahre[2]

Werfen Sie gemeinsam mit Prof. Witte einen Blick auf kardiovaskuläre Risikofaktoren in der RA

* 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 4 mg; 2 mg sind für bestimmte Patientenpopulationen angebracht, siehe Fachinformation.[3]

1 Taylor PC, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81(3):335-343. **2** Caporali R. et al Ann Rheum Dis 2022;81:630-631. **3** Aktuelle Olumiant® Fachinformation.

Fachkurzinformation befindet sich auf Seite 19.

PP-BA-AT-1090, Juli 2023

Lilly

08/23

Inhalt

brief der herausgeberin

2 **Editorial**
Helga Lechner-Radner, Wien

beiträge

4 **Schmerz und genderspezifische Forschung**
Judith Sautner, Stockerau

5 **Die rheumatologische Versorgung in Österreich**
Rudolf Puchner, Krems

6 **Die beginnende Psoriasisarthritis**
Viktoria Konzett, Wien

10 **JÖGR – a new voice in the ÖGR**
Rebekka Wlassits, Wien

11 **Physikalische Therapie und Rehabilitation bei Axialer Spondyloarthritis**
Erich Mur, Innsbruck, Christian Wiederer, Baden

14 **Möglichkeiten von eHealth in der Rheumatologie**
Johannes Pleiner-Duxneuner, Wien

16 **Welche Möglichkeiten haben wir bei Personen mit Risikofaktoren eine rheumatoide Arthritis zu entwickeln?**
Paul Studenic, Wien

18 Impressum

Jahrestagung 2023 der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation

30. November bis 2. Dezember 2023, Wien

ÖGR Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation

Fachkurzinformation siehe Seite18

Willkommen in Wien!

ASSOC. PROF.IN PRIV.-DOZ.IN DR.IN HELGA LECHNER-RADNER
Wissenschaftliche Leitung

Sehr geehrte Kolleg*innen, liebe ÖGR-Gemeinschaft,

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sind hochkomplexe Erkrankungen, deren Behandlung nicht nur eine profundes internistisches und immunologisches Wissen voraussetzt, sondern auch einer Vernetzung verschiedener Gesundheitsberufe bedarf. Daher ist es uns ein großes Anliegen, den interdisziplinären Austausch und die Kommunikation mit unterschiedlichen Fachgruppen in den Mittelpunkt der Jahrestagung zu stellen. Dies wird auch durch das gemeinsame Abhalten der Jahrestagung mit den in der Rheumatologie tätigen Gesundheitsberufen (ÖGRG) zum Ausdruck gebracht.

Ein weiterer Schwerpunkt unseres Programmes ist die Förderung von Aus- und Weiterbildung, sowie Vernetzung des rheumatologischen Nachwuchses. Hierfür haben wir eigene Mentoringprogramme sowie spezielle Sessions für die Jungrheumatolog*innen (JÖGR) ins Leben gerufen. Weiters soll das wissenschaftliche Interesse durch Prämierung von Abstracts, Diplom- oder Doktoratsarbeiten gefördert werden. Wir freuen uns auch heuer wieder auf Ihre Einreichungen.

Zuletzt sei auch noch auf die hervorragende Zusammenarbeit mit unseren Partnern*innen aus der Industrie hingewiesen, denen es gelungen ist hochkarätige und interdisziplinär ausgerichtete Satellitensymposien zu organisieren.

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

Mit herzlichen Grüßen

Assoc. Prof.in Priv.-Doz.in Dr.in Helga Lechner-Radner
Wissenschaftliche Leitung

 © Springer-Verlag

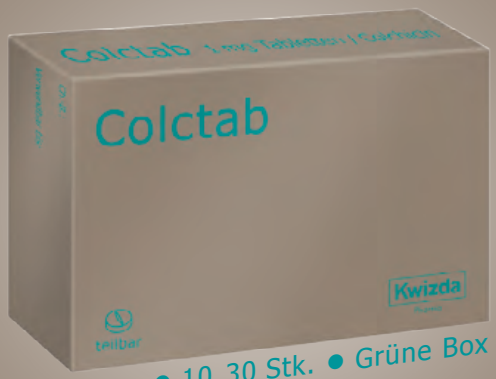
Gichttherapie

Colctab

1 mg Colchicin

auf den Punkt genau

- für akute Gichtanfälle & zur Prophylaxe eines Gichtanfalls
  zu Beginn der Therapie mit HS-Senkern[1]
- lindert anfallsbedingte Schmerzen[1]
- verringert die Anfallshäufigkeit[1]
- hemmt die Urat-Ablagerung[1]
- wirkt antiinflammatorisch[1]
- entspricht EULAR-Empfehlungen[2]:
  1st line Therapie & punktgenaue Dosis



• 10, 30 Stk. • Grüne Box

Weitere Indikationen:

- Pericarditis-Ergänzungstherapie (akut und rezidivierend)
  als Ergänzung zu nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR)
- Familiäres Mittelmeerfieber (Anfallsprophylaxe und Amyloidose-Prävention)

IHR ÖSTERREICHISCHER PARTNER
IN DER GESUNDHEIT

Kwizda Pharma

Fachkurzinformation siehe Seite 18

1 Fachinformation Colctab 1 mg Tabletten, Stand 08/2022. 2 Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2016; 0:1–14. • COL0044-2210

Judith Sautner, Stockerau

Schmerz und genderspezifische Forschung

„why sex matters“

Dass Männer und Frauen medizinisch unterschiedlich zu betrachten sind, ist in Fächern wie z. B. der Kardiologie oder Hypertensiologie seit langem bekannt [1]. Doch auch chronische entzündliche Prozesse und Autoimmunität scheinen nicht nur von Infektionen, Traumata, Metabolik und Umweltfaktoren beeinflusst zu werden, sondern ebenfalls von genderspezifischen Faktoren und einer damit zusammenhängenden veränderten neuroendokrinen Immunantwort [2].

Pathophysiologie

Wenn man nach Ursachen sucht, ist zum Beispiel bereits 2016 eine Arbeit zu signifikant unterschiedlicher Zytokin-Expression von IL-17A und TNFa zwischen gesunden Kontrollen und Patient:innen mit einer ankylosierenden Spondylitis (AS) erschienen. Innerhalb der AS-Gruppe hatten wiederum Männer signifikant höhere IL-17A- und TNFa-Spiegel als Frauen aufgewiesen. Diese Daten sprechen für einen geschlechtsspezifischen Unterschied bereits in der Genexpression und Aktivierung des Immunsystems bei AS, speziell für die Th17-Achse, was eine grundlegende Erklärung für das bessere Therapieansprechen von Männern mit AS auf eine Biologika-Therapie sein könnte [3]. Wir wissen heute, auch dank der besseren Bildgebung incl. MRT, dass Frauen – gerade mit dem Verdacht auf Spondylarthritis (SpA) – aufgrund ihres Geschlechts über lange Zeit unterdiagnostiziert und damit auch länger unbehandelt geblieben sind [4]. Im Therapiebereich ist die Ansprechrate auf TNFa-Blocker bei SpA und entzündlichen Darmerkrankungen Geschlechts abhängig unterschiedlich und bei Frauen geringer, was anhand niedrigerer Serumspiegel auch objektiviert werden kann. Der höhere Körperfettanteil wird hier ursächlich diskutiert.

Gender

Während das biologische Geschlecht eines Menschen durch die Chromosomen XX oder XY, Sexualorgane und Hormone definiert ist, ist der Begriff „Gender“ auch durch die sozial und gesellschaftlich konstruierte und gelebte Rolle und das Verhalten definiert. Dies spiegelt sich nicht nur in distinkten Verhaltensmustern, sondern auch in unserem emotionalen Erleben, auch von Schmerzen, wider. Dementsprechend rücken auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Schmerzmedizin in den Fokus des Interesses. Lange diskutiert und ebenfalls mit Daten belegt ist der Umstand, dass Frauen offenbar generell eine höhere Schmerzwahrnehmung als Männer aufweisen. Dies ist z. B. auch ein Grund, warum Composite Scores in der Rheumatoiden Arthritis (RA) wie der DAS28, SDAI oder CDAI, in die die individuelle Schmerzwahrnehmung direkt (VAS pain) oder indirekt in Form des Patient Global Assessments (PGA) einfließt, durch eine hohe Schmerzwahrnehmung verfälscht (zu hoch) sein können [5,6].

Auch die weiblichen Hormone bzw. ihre zyklischen Veränderungen können die Schmerzwahrnehmung und -stärke offenbar beeinflussen, wie eine 2018 publizierte Arbeit zur Assoziation von Zyklus abhängigen Spiegeländerungen im Progesteron- und Testosteronspiegel und Schmerzstärke bei Fibromyalgie beschreibt [7].

Entzündliche Gelenkerkrankungen

Betrachtet man im Bereich der chronisch entzündlichen Gelenkerkrankungen z. B. die Psoriasisarthritis (PsA), gibt es sehr unterschiedliche Daten zur Ratio von Männern und Frauen, wobei hier neben Genetik und Epigenetik Hormone, Umweltfaktoren, biophysischer Stress und auch psychologische Variablen diskutiert werden [8]. Durch moderne Technologien (Machine Learning) ist es bei der PsA gelungen, Cluster mit typischen klinischen Konstellationen zu definieren, wobei sich darunter eindeutig „weiblich“ definierte Cluster finden – mit unterschiedlichem Therapieansprechen gegenüber anderen „männlichen“ Clustern [9]. Auch wenn man im Bereich der PsA Composite Scores betrachtet, ist der PSAID (Psoriatic Arthritis of Disease Score) – analog zu den bereits erwähnten RA-Scores (DAS28, CDAI, SDAI) – bei Männern und Frauen unterschiedlich, mit generell höheren Werten bei Frauen, besonders akzentuiert in den Domänen Schmerz und Fatigue [10]. Ähnliches findet sich für DAPSA (Disease Acitivity in PsA) und MDA (Minimal disease activity), was auch erklärt, warum Frauen seltener als Männer PsA spezifische Behandlungsziele erreichen. Generell scheinen Frauen mit PsA dazu zu neigen, ihre Krankheitsaktivität höher als der Behandler einzuschätzen, weil sie mehr druckschmerzhafte Gelenke aufweisen sowie höhere Werte für Fatigue und VAS pain [11].

Genderspezifische Forschung

Die genderspezifische Forschung hat jedenfalls längst Einzug in die Rheumatologie gehalten und weitere wichtige und spannende Studie sind zu erwarten. Was wir noch brauchen, sind belastbarere Da-

Zur Person

© M. Schnitzler

Prim.a Dr.in Judith Sautner
Abteilungsvorstand
der 2. Med. Abteilung mit Schwerpunkt Rheumatologie
Landesklinikum Korneuburg – Stockerau
Standort Stockerau
Lenaustraße 1
2000 Stockerau
judith.sautner@stockerau.lknoe.at

 © Springer-Verlag

ten zu Gender spezifisch unterschiedlichem Therapieansprechen, um hier individuell früher und zielgerichteter therapieren zu können. ■

LITERATUR

1. Steingart RM et al., NEJM 1991; 325
2. Cutolo M, Clin Exp Rheumatol 2014;32; 839-47
3. Gracey E, Arthr Rheum 2016; 68:679-689
4. Rusman T, Current Rheumat Rep 2018
5. Leeb BF et al, The Journal of Rheumatology2007;34:2382-2387
6. Rintelen BF et al, Scand J Rheumatol 2008
7. Schertzinger M et al, The Journal of pain 2018;19:410-417
8. Bragazzi ML et al, Front Immunology 2022
9. Richette P, POS 1055, EULAR 2022
10. Orbai AM et al, Arthritis Care Research 2020
11. Eder L et al, Arthritis Care Resarch 2015

Rudolf Puchner, Krems

Die rheumatologische Versorgung in Österreich

Der Rheumareport

Die Versorgung von Patient:innen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfolgt in Österreich nach der neuen Ausbildungsordnung durch internistische Rheumatolog:innen. Neben entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates behandeln Rheumatolog:innen auch Patient:innen mit degenerativen Gelenkerkrankungen. Die Mehrzahl der Erkrankten kann ambulant versorgt werden. Die Diagnosestellung, Therapieeinleitung und Langzeitbetreuung erfolgen (überwiegend) in Krankenhausambulanzen und im niedergelassenen Bereich. Eine Voraussetzung für eine optimale Betreuung ist jedenfalls auch die gute Zusammenarbeit und ein funktionierendes Schnittstellenmanagement zwischen Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen.

Neue Therapien

Die Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten durch die Einführung neuer Medikamente wie Biologika und Januskinase-Inhibitoren deutlich verbessert, wenn nicht sogar revolutioniert.

Weniger stationäre Aufenthalte

Deswegen ist auch die Zahl stationärer Akutaufnahmen mit rheumatologischer Indikation in den letzten Jahren erfreulicherweise zurückgegangen [1], wenngleich das Angebot und die Verfügbarkeit einer landesweiten stationären Versorgung für die Betreuung von Patient:innen mit komplexen und potentiell schwerwiegenden Erkrankungen wie Vaskulitiden, Kollagenosen und Arthritiden mit kompliziertem Verlauf notwendig und sicherzustellen ist.

Zur Person

© Sandra Gehmair

PD. Dr. Rudolf Puchner, MSc MBA
Donau Privatuniversität Österreich
Steiner Landstraße 124
3500 Krems/Donau
rudolf.puchner@cc-net.at

Viele Spezialist:innen wollen Teilzeit, viele gehen demnächst in Pension

Aktuell haben wir in Österreich 299 internistische Rheumatologen, wobei es sich hier um „Kopfzahlen“ und nicht um Vollzeitäquivalente handelt [1,2]. Teilzeitarbeit ist gefragt, vor allem bei jungen Kolleginnen und Kollegen mit Kindern. Die ÖGR hat dazu im Jahr 2023 eine rezente Befragung durchgeführt, an der 128 internistische Rheumatolog:innen teilgenommen haben. Von diesen sind 28,1 % Teilzeit und 71,9 % in Vollzeit tätig. 44 % der Befragten gaben an, eine Teilzeitarbeit anzustreben [3]. Wir wissen nicht und können aus heutiger Sicht auch nicht sagen, wie viele es in der nahen und fernen Zukunft sein werden und vor allem nicht in welchem Zeitausmaß. 46,7 % sind älter als 55 Jahre und werden in den nächsten 10 Jahren in Pension gehen. 37 % sind sogar 65 Jahre und älter [1, 2].

Die Babyboomer-Generation (Generation X – Geburtsjahr 1946-1964), der auch ich angehöre, geht in dieser Dekade nach und nach in Pension. Die Geburtenrate ist seit 1964 rückläufig und liegt in Österreich bei 1,44 Geburten pro Frau (Statistik Austria 2022) – wie seit mindestens 25 Jahren vorherzusehen war. All dies trägt zu einem Arbeitskräftemangel bei und muss berücksichtigt werden; nicht nur im Gesundheitswesen und nicht nur in der Rheumatologie.

Ungleichmäßige Verteilung

Die Verteilung von niedergelassenen internistischen Rheumatolog:innen in Österreich ist sehr unterschiedlich. Während in Niederösterreich 27 internistische Rheumatolog:innen arbeiten, sind es im Burgenland nur drei. Von den 108 niedergelassenen Rheumatolog:innen sind vorwiegend Ärztinnen und Ärzte ohne Kassenvertrag tätig. Nur 26 aller in Österreich registrierten internistischen Rheumatolog:innen haben einen Kassenvertrag, und diese behandeln überwiegend allgemein internistische Erkrankungen und nur zu 25 % rheumatologische Patient:innen, weil sie sich sonst den Betrieb einer rheumatologischen Kassenordination nicht leisten können (!) [1, 2]. In den

 © Springer-Verlag

meisten Bundesländern gibt es leider immer noch keine höheren Honorare für Quartalskontrollen und keine Vergütungen für spezifische rheumatologische Leistungen. Nur in OÖ und Kärnten konnten diesbezüglich in den letzten Jahren Honorarpositionen für die Einstellung und Überwachung immunsuppressiver Therapien und einen rheumatologischen Gelenksultraschall etabliert werden (Pos. IR1). Möglicherweise eine Erklärung, warum in Oberösterreich im Bundesländervergleich die meisten niedergelassenen Rheumatolog:innen mit Kassenvertrag tätig sind.

Höhere Komplexität und höherer Aufwand

Durch die Einführung der Behandlung mit Biologika wurde das Leben von Patient:innen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen deutlich erleichtert und eine ambulante Betreuung ist in den in meisten Situationen problemlos möglich. Allerdings ist die Behandlung und Überwachung von Patient:innen für die betreuenden Ärzt:innen viel komplexer und deutlich zeitintensiver geworden. Wichtig sind eine umfangreiche Schulung und Aufklärung über die verordneten Medikamente sowie eine Sensibilität auch für seltene, aber schwerwiegende Nebenwirkungen. Eine regelmäßige Überwachung mit klinischen und serologischen Kontrollen in zumindest dreimonatigen Intervallen ist während der gesamten Behandlung unumgänglich. Dies ist naturgemäß im Vergleich früherer Jahre, wo nur Methotrexat, Gold und Glukokortikoide zur Verfügung standen, mit einem deutlich erhöhten Aufwand verbunden. Derzeit sind mehr als 30 biologische und targeted synthetische DMARDs zur Behandlung zugelassen, weitere werden folgen.

Mangel ist absehbar

Der demographische Wandel, der Trend zur Teilzeitarbeit und der zunehmende Zeitaufwand aufgrund der Komplexität der Behandlung sind wesentliche Gründe für den Personalmangel im Gesundheitswesen.

Mehr motivierte und gut ausgebildete Rheumatolog:innen nötig!

Wir hören und lesen leider immer noch, vor allem auch von Leuten, die es besser wissen müssten, es gäbe genug Ärzt:innen und Pflegepersonal! Wir brauchen aber deutlich mehr motivierte und gut ausgebildete internistische Rheumatolog:innen und eine adäquate Honorierung für Ärzt:innen und Pfleger:innen. ■

LITERATUR

1. Rheumareport ÖGR 2023
2. Sinabell A ÖÄK (3/2023 und 6/2023)
3. Duftner C. u. Rath E. ÖGR-Umfrage 5- 6/2023
4. https://de.wikipedia.org/wiki/Generation_Y 070523
5. https://de.wikipedia.org/wiki/Generation_Z 070523

Viktoria Konzett, Wien

Die beginnende Psoriasisarthritis

Rezente Fortschritte und Entwicklungen in der Früherkennung und -behandlung

Die Psoriasisarthritis (PsA) betrifft in etwa 0,3-1% der Allgemeinbevölkerung und kann mit einer hohen Krankheitslast und Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergehen [1]. In etwa ein Drittel aller Patient:innen mit Psoriasis (PsO) sind von einer PsA betroffen, wobei sich die Gelenkentzündung im Mittel nach acht bis zehn Jahren entwickelt [2]. Ähnlich wie bei der rheumatoiden Arthritis (RA) geht der manifesten Erkrankung hierbei häufig eine präklinische Phase voraus, welche von immunologischen oder serologischen Entzündungsaktivitäten, klinischen Prodromi wie Arthralgien oder Allgemeinsymptomen (z.B. Abgeschlagenheit und Erschöpfung) und bildgebenden Auffälligkeiten, etwa im Ultraschall, geprägt ist [3, 4].

Frühe Diagnose und Therapie wichtig

Welche klinischen, immunologischen, genetischen, demografischen, und Umweltfaktoren den Übergang von der Haut- in die Gelenkerkrankung vorantreiben, ist bis heute in weiten Teilen unklar. Die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung der PsA wurde hingegen durch zahlreiche Untersuchungen belegt. [5] So war zum Beispiel eine Verzögerung von sechs Monaten bis zur Diagnosestellung in einer irischen Kohortenstudie (283

Zur Person

© privat

Dr.in Victoria Konzett
Medizinische Universität Wien
Klinik für Innere Medizin III
Abteilung für Rheumatologie
Spitalgasse 23
1090 Wien
victoria.konzett@meduniwien.ac.at

 © Springer-Verlag

Skyrizi®
(Risankizumab)

JETZT AUCH ERSTATTET:

- 150 mg PEN/SPRITZE[1,2]
- PSORIASIS ARTHRITIS[1,2,*]
- PLAQUE PSORIASIS[1,2,**]

MIT 1. SEPT. 2023

DUNKEL-GELBE BOX

RE1

NUR 1 INJEKTION 1 x IM QUARTAL[2,+]

MIT DER FREIEN WAHL ZWISCHEN:

ODER

SKYRIZI®
150 mg FERTIGPEN[2]

SKYRIZI®
150 mg FERTIGSPRITZE[2]

* Erstattet bei Erwachsenen mit aktiver und progressiver Psoriasis-Arthritis bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde.[1]

** Erstattet bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA.[1]

\+ 1 Injektion alle 12 Wochen in der Erhaltungsphase. In der Induktionsphase 1 Injektion in Woche 0, Woche 4 und dann alle 12 Wochen.[2]

1. Österr. Erstattungskodex, Stand 1.9.2023. **2.** Aktuelle Fachinformation SKYRIZI®, Stand 02/2023.

Herausgeber: AbbVie GmbH, 1230 Wien, www.abbvie.com
AT-SKZD-230076-17072023
Fachkurzinformation siehe Seite 20.

abbvie

Abb. 1: Stadien des Übergangs von der PsO zur PsA; nach Zabotti et al, ARD 2023[3]

Patient:innen) mit signifikant schlechteren funktionellen und strukturellen Therapieresultaten assoziiert [6], und eine systematische Übersichtsarbeit schätzte die Prävalenz der nicht diagnostizierten Gelenksbeteiligung bei PsO-Patient:innen auf 10-15 % [7].

Behandlungsfenster

Die Wichtigkeit der frühen Erkennung und Behandlung der PsA im Sinne der Nutzung eines Therapiefensters, in dem Langzeitschäden noch erfolgreich verhindert werden können [8], wird darüber hinaus von der Tatsache unterstrichen, dass Arthritis-Ansprechraten auch in modernen Biologika- oder Small Molecule-Studien Schwellen wie ACR20 oder ACR50 Ansprechen (20 % oder 50 % Verbesserung in wichtigen Kernsymptomen der Erkrankung)[9] von in etwa 50-70 % meist nicht übersteigen [10], und damit hinter den Ansprechraten der Hautmanifestation zurückbleiben [5].

Gerade die PsO-Therapie aber, und deren duale Wirksamkeit auf die Gelenke, kann eine Möglichkeit zur Verzögerung oder sogar Verhinderung des Auftretens oder Fortschreitens einer Gelenksbeteiligung bieten [11, 12]. So hat zum Beispiel die Europäische Fachgesellschaft für Rheumatologie (EULAR) rezent klinische und bildgebende Prädiktoren für die Transition der PsO zur PsA sowie Stadien der beginnenden Gelenkserkrankung definiert [13], in denen Risikofaktoren behandelt, subklinische Entzündungszeichen abgeklärt, und immunmodulierende Therapien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf eine beginnende Arthritis geprüft und abgestimmt werden sollen [3]. Abbildung 1 zeigt die Stadien des Übergangs einer PsO zur PsA.

Risikofaktoren

Unterschieden werden in dieser Einteilung Langzeit-Risikofaktoren wie eine auffällige Familienanamnese und eine schwere Hautbeteiligung von Kurzzeit-Prädiktoren wie Arthralgien [3]. Auch dem Ultraschall kommt in der Früherkennung der PsA eine zunehmend bedeutende Rolle zu, wobei vor allem die sonographische Enthesitis ein früher Marker für die Entwicklung einer PsA sein könnte [14, 15].

Tatsächliche Diagnose der PsA

Die tatsächliche Diagnose der PsA wird dann mit dem Auftreten einer klinischen manifesten Synovitis, Tenosynovitis oder Enthesitis gestellt, wobei Klassifikationskriterien unterstützend herangezogen werden können [16]. Die möglichen Manifestationen beziehungsweise Begleit – und Parallelerkrankungen sind in Abbildung 2 gezeigt.

Behandlungsleitlinien

Auch die Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften erfahren laufend Anpassungen in diesem sich dynamisch entwickelnden Feld, und wurden vor allem in den letzten Jahren zunehmenden den multiplen Domänen dieser komplexen Systemerkrankung gerecht- im Sinne einer Anpassung der immunmodulierenden Therapie an den individuellen Phänotyp der Erkrankung und das jeweilige Patientenprofil [17, 18]. So zeigen zum Beispiel IL12/23 Blocker gute Wirksamkeit auf Haut- und periphere Gelenkmanifestationen, während sie für die Therapie der axialen PsA nicht empfohlen sind [10]. IL17 Blocker hingegen sind z. B. bei gastrointestinaler Beteiligung kontraindiziert [18], und Januskinase-Inhibitoren nur unter Berücksichtigung gewisser Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse oder Tumorerkrankungen zu verschreiben [19]. Die neuesten Therapieempfehlungen der EULAR wurden rezent präsentiert (L. Gossec, EULAR Kongress 2023), und geplante oder laufende prospektive Kohortenstudien werden weitere Einblicke in Treiber und mögliche Therapieziele der frühen PsA geben [20]. ■

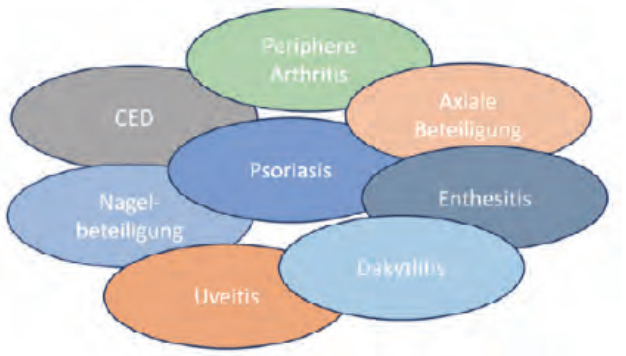


Abb. 2: PsA Domänen

LITERATUR

1. Gladman, D.D., et al., Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann Rheum Dis, 2005. 64 Suppl 2(Suppl 2): p. ii14-7.
2. Ogdie, A. and P. Weiss, The Epidemiology of Psoriatic Arthritis. Rheum Dis Clin North Am, 2015. 41(4): p. 545-68.
3. Zabotti, A., et al., EULAR points to consider for the definition of clinical and imaging features suspicious for progression from psoriasis to psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis, 2023. 82(9): p. 1162-1170.
4. Eder, L., et al., The Development of Psoriatic Arthritis in Patients With Psoriasis Is Preceded by a Period of Nonspecific Musculoskeletal Symptoms: A Prospective Cohort Study. Arthritis Rheumatol, 2017. 69(3): p. 622-629.
5. Scher, J.U., et al., Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. Nat Rev Rheumatol, 2019. 15(3): p. 153-166.
6. Haroon, M., P. Gallagher, and O. FitzGerald, Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis, 2015. 74(6): p. 1045-50.
7. Villani, A.P., et al., Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol, 2015. 73(2): p. 242-8.
8. Emery, P., et al., Combination etanercept and methotrexate provides better disease control in very early (<=4 months) versus early rheumatoid arthritis (>4 months and <2 years): post hoc analyses from the COMET study. Ann Rheum Dis, 2012. 71(6): p. 989-92.
9. Felson, D.T., et al., American College of Rheumatology. Preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 1995. 38(6): p. 727-35.
10. Kerschbaumer, A., et al., Pharmacological treatment of psoriatic arthritis: a systematic literature research for the 2019 update of the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis, 2020. 79(6): p. 778-786.
11. McGonagle, D.G., et al., Intercepting psoriatic arthritis in patients with psoriasis: buy one get one free? Ann Rheum Dis, 2022. 81(1): p. 7-10.
12. Acosta Felquer, M.L., et al., Treating the skin with biologics in patients with psoriasis decreases the incidence of psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis, 2022. 81(1): p. 74-79.
13. Zabotti, A., et al., Predictors, Risk Factors, and Incidence Rates of Psoriatic Arthritis Development in Psoriasis Patients: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Rheumatol Ther, 2021. 8(4): p. 1519-1534.
14. Zabotti, A., et al., Transition phase towards psoriatic arthritis: clinical and ultrasonographic

 © Springer-Verlag

DIE EINZIGE JAKI-THERAPIE ZUGELASSEN BEI RA, AS, NR-AXSPA, PSA, AD, UC & MC[1]

RINVOQ®
upadacitinib

ERREICHE MEHR

1X TÄGLICH[1]
1 TABLETTE[1]
1 DOSIERUNG[1#]
15 MG / TAG

AS

SCHNELLE & KRAFTVOLLE

KRANKHEITS-KONTROLLE[1,3,4]

16 % ASAS40-Ansprechen zu Woche 2;
66 % ASAS40-Ansprechen zu Woche 104[3,4,*]

PsA

RASCHE & KONSTANTE

GELENKWIRK-SAMKEIT[1,5,7]

28 % ACR20-Ansprechen zu Woche 2;
52 % ACR50-Ansprechen zu Woche 24;
54 % ACR50-Ansprechen zu Woche 104[5,7,*]

NR-AxSpA

STARKE & ANHALTENDE

ENTZÜNDUNGS-REDUKTION[6]

–6,6 mg/l mittlere Veränderung der Konzentration des C-reaktiven Proteins gegenüber Baseline zu Woche 2 und –6,5 mg/l zu Woche 14[6]

GUT UNTERSUCHTES & ÜBERZEUGENDES SICHERHEITSPROFIL[2]

1. Fachinformation RINVOQ®, Stand April 2023. **2.** Burmester GR et al., RMD Open. 2023. **3.** van der Heijde D et al., RMD Open. 2022. **4.** Deodhar A et al., Arthritis Rheumatol. 2021. **5.** McInnes IB et al., N Eng J Med. 2021. **6.** Deodhar A et al., Lancet 2022. **7.** McInnes IB et al., Rheumatol Ther. 2022.
* Bezieht sich auf bio-naive Patient*innen
\# Bezieht sich auf die rheumatologischen Indikationen.

AD Atopische Dermatitis, **AS** Ankylosierende Spondylitis, **nr-axSpA** Nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis, **PsA** Psoriasis-Arthritis, **RA** Rheumatoide Arthritis, **UC** Colitis ulcerosa, **MC** Morbus Crohn

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Fachinformation.

AT-RNQR-230023-09052023

Fachkurzinformation siehe Seite 20.

abbvie

characterisation of psoriatic arthralgia. RMD Open, 2019. 5(2): p. e001067.
15. Zuliani, F., et al., Ultrasonographic detection of subclinical enthesitis and synovitis: a possible stratification of psoriatic patients without clinical musculoskeletal involvement. Clin Exp Rheumatol, 2019. 37(4): p. 593-599.
16. Taylor, W., et al., Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum, 2006. 54(8): p. 2665-73.
17. Gossec, L., et al., EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. Ann Rheum Dis, 2020. 79(6): p. 700-712.
18. Coates, L.C., et al., Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. Nat Rev Rheumatol, 2022. 18(8): p. 465-479.
19. Ytterberg, S.R., et al., Cardiovascular and Cancer Risk with Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med, 2022. 386(4): p. 316-326.
20. Koehm, M. and F. Behrens, Association between biological immunotherapy for psoriasis and time to incident inflammatory arthritis: limitations and opportunities. RMD Open, 2023. 9(3).

Rebekka Wlassits, Wien

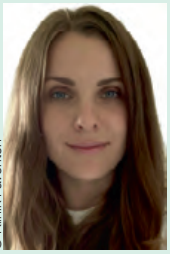
JÖGR – a new voice in the ÖGR

…lebendig, innovativ und engagiert…

Im Oktober 2022 wurde der Arbeitskreis JÖGR als Forum und Anlaufstelle für österreichische Jungrheumatolog:innen gegründet.

Wir freuen uns, dass es der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation (ÖGR) ein Anliegen ist, junge RheumatologInnen in Österreich zu fördern und aktiv in Entscheidungsprozesse einzubinden.

Zur Person


© Klinik Favoriten

Dr.in Rebekka Wlassits
Vorsitzende des Arbeitskreises JÖGR
2. Medizinische Abteilung mit Rheumatologie und Osteologie
Klinik Favoriten
Kundratstraße 3
1100 Wien
rebekka.wlassits@gesundheitsverbund.at

Wer wir sind

Wir sind eine Gruppe aus 8 Jungrheumatolog:innen, arbeiten und forschen in verschiedenen Kliniken in Österreich und sind als Arbeitskreis in der österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation vertreten.

Wofür wir stehen

Als "new voice in the ÖGR" stehen wir für eine "junge" Stimme.

Uns ist es ein Anliegen als Ansprechpartner für junge Rheumatolog:innen ein Netzwerk zu schaffen, Austausch zu ermöglichen, die Weiterbildung zu verbessern und somit die Verbindung zwischen der ÖGR und dem rheumatologischen Nachwuchs weiter zu stärken.

Unser Ziel ist es, Ärzt:innen dauerhaft für die Rheumatologie zu begeistern und sie in ihren Bedürfnissen am Beginn ihres Karriereweges zu unterstützen.

Was wir tun

Als Arbeitskreis evaluieren wir unter anderem das Fortbildungsangebot für Jungrheumatolog:nnen.

Mit der von uns organisierten Fortbildung „To Scan is the Plan" bieten wir ein praxisnahes Fortbildungsangebot zum Thema „Bildgebung in der Rheumatologie" an, welches eine Einführung in die muskuloskelettale Radiologie bietet.

Da die Befundung von radiologischen Bildern ein essentieller Bestandteil der Betreuung von Patient:innen mit rheumatischen Erkrankungen ist, bietet „To Scan is the Plan" einen perfekten Rahmen für Fallbasiertes Lernen mit einer umfassenden Besprechung von Differentialdiagnosen und diagnostischen Hinweisen.

Gestartet wurde die Fortbildungsreihe mit einem „Kick-Off-Event". Im Anschluss sind 3 Webinare mit „Real-Life" Fällen aus der Klinik geplant.

Die Fortbildung hat dein Interesse geweckt? Dann kontaktiere uns für weitere Informationen.

Unter der Federführung von Christian Dejaco, Rudolf Puchner und Judith Sautner wurde 2017 die ÖGR Summer School für Studierende ins Leben gerufen. 2020 wurde die ÖGR Summer School zu einem „ÖGR Karrieretrack" erweitert und um die ÖGR Summer School für Jungärzt:innen (JÄSS) und ein ÖGR Mentor:innen-Programm erweitert.

Wir, als JÖGR Arbeitskreis, sind aktiv in die Organisation und Gestaltung der JÄSS-Summer School eingebunden.

Lernen in Kleingruppen in angenehmer Atmosphäre, praktische Übungen an Patient:innen, radiologische Fallbesprechungen, rheumatologische Ultraschalluntersuchung, Mikroskopieren von Synovialpräparaten und Kapillarmikroskopie sind nur einen kleiner Ausschnitt der im Rahmen der Summer School vermittelten Skills .

Durch den regelmäßigen Kontakt mit anderen Arbeitskreisen versuchen wir die Ausbildungsqualität kontinuierlich zu stärken.

Dabei ist uns der Austausch mit den betreffenden Personen in den verschiedenen Kliniken ein großes Anliegen.

Fazit

Lebendig, innovativ und engagiert, das beschreibt uns als Arbeitskreis. Haben wir Dein Interesse geweckt? Dann schreib´ uns gerne unter Joegr.oegr@gmail.com

Der Arbeitskreis JÖGR setzt sich zusammen aus: Philipp Bosch, Julia Feurstein, Mirella Fonti, Antonia Greb, Victoria Konzett, David Kickinger, Myriam Reisch, Rebekka Wlassits

 © Springer-Verlag

Erich Mur, Innsbruck, Christian Wiederer, Baden

Physikalische Therapie und Rehabilitation bei Axialer Spondyloarthritis

Möglichst frühe Rehabilitationsmaßnahmen

Für eine umfassende Behandlung von Patienten mit axialer Spondyloarthritis (axSpA) wird in nationalen wie auch internationalen Empfehlungen der kombinierte Einsatz von pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapiemaßnahmen empfohlen. Bei den nicht-medikamentösen Therapieformen wird physikalischen Behandlungsoptionen, insbesondere Bewegungstherapie, ein besonderer Stellenwert eingeräumt.

Im Rahmen von Rehabilitationsaufenthalten können diese mit Elementen der psychischen sowie der sozialen und beruflichen Rehabilitation zu einem optimal auf die Erfordernisse des Patienten ausgestalteten Behandlungsplan zusammengeführt werden. Dabei gilt es insbesondere auch Stadium und Phase der Erkrankung sowie spezifische Belastungsfaktoren des Patienten zu berücksichtigen.

Therapieansätze aus dem Bereich der Physikalischen Medizin

Für eine Besserung der Beschwerden durch eine axiale Spondyloarthritis steht eine breite Palette von physiotherapeutischen Optionen zur Verfügung (Tab. 1), die jeweils in Entsprechung der dominierenden Symptomatik des Patienten eingesetzt werden sollten.

Während des gesamten Verlaufs der Erkrankung kommt der Bewegungstherapie eine dominante Rolle zu, wobei diese natürlich immer an die Ausgangslage und Belastbarkeit des Patienten angepasst werden muss, um Fehlreaktionen bis hin zu einer Schubauslösung zu vermeiden. Dementsprechend hat es sich bewährt, zuerst im Rahmen einer Einzelbehandlungsserie eine individuelle Einschulung in Bechterew- und Atemgymnastik vorzunehmen. In der Folge soll dann das individuelle Übungsprogramm konsequent im persönlichen Umfeld ausgeführt werden, wobei sich gelegentliche Kontrollen durch einen Physiotherapeuten bewährt haben, um sich einschleichende Fehler in der Durchführung der Übungen korrigieren sowie allfällig nötige Adaptierungen des Übungsprogramms vornehmen zu können. Viele Patienten mit axSpA nehmen auch gerne die Angebote für Bewegungstherapie in der Gruppe in Anspruch, die vielerorts von der Selbsthilfegruppe Morbus Bechterew angeboten werden. Dabei ist immer auf eine ausgewogene Gestaltung des Bewegungsprogramms in Form von Übungen zur Verbesserung von Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer und Koordination sowie funktionsorientierten Therapieelementen zu achten. Zusätzlich sollten unbedingt auch atemtherapeutische Übungsteile ausgeführt werden, um der Gefahr einer krankheitsbedingten Verschlechterung der Atemfunktion effizient entgegenzuwirken. Des Weiteren sollte der Patient auch in Entspannungstechniken geschult werden.

Da bei vielen Patienten die Erkrankung durch den kombinierten Einsatz medikamentöser und therapeutischer Interventionen mittlerweile so gut unter Kontrolle gebracht werden kann, dass auch sportliche Aktivitäten ohne wesentliche Probleme ausgeführt werden können, sollte eine entsprechende Beratung und Vorbereitung der Patienten erfolgen. Vor allem Nordic Walking, aber auch Joggen (insbesondere auf weichem Untergrund), Schwimmen (vor allem Rückenschwimmen) und Schilanglauf haben sich bei vielen Patienten als Sportarten erwiesen, die die Erkrankung günstig beeinflussen. Neben den positiven Effekten auf die Grunderkrankung können dabei – ebenso wie durch die krankheitsspezifische Bewegungstherapie – auch positive Auswirkungen auf die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit, das kardiovaskuläre Risiko sowie die psychische Befindlichkeit des Patienten erzielt werden.

Tab. 1: Physikalische Therapiemaßnahmen bei axialer Spondyloarthritis

- Bewegungstherapie bis hin zu sportlicher Aktivität, auch im Wasser, Atemtherapie
- Ergotherapie, insbesondere Rückenschule und Gelenkschutzmaßnahmen
- Wärmetherapie (Peloide, Infrarot, Warmluftbehandlungen)
- Kältetherapie (kalte Hydrotherapie, Kältepackungen, Kaltluft, Kältekammer)
- Hydrotherapie (Wickel und Auflagen, Teil- und Vollbäder)
- Elektrotherapie (Galvanisation – auch als Iontophorese, nieder- und mittelfrequente Ströme)
- Ultraschalltherapie
- Massage
- Manuelle Medizin (Mobilisation)
- ortsgebundene Heilmittel (Heilwasser, Heilstollen)

Sonstige Therapiemaßnahmen

Zur Reduktion der Beschwerden von Seiten der Grunderkrankung hat sich der befundorientierte Einsatz von weiteren therapeutischen Anwendungen bewährt. Dabei sollte das Ergebnis der klinischen Untersuchung immer mit dem jeweils passendsten Wirkansatz zusammengeführt werden. Patienten mit axSpA bevorzugen vielfach Anwendungen aus dem Bereich der Wärmetherapie – lokal an Schmerzzonen oder auch als Ganzkörperbehandlung in Form von Bädern oder Warmluftanwendungen wie Sauna und Dampfbad. Das Spektrum der Kältetherapie reicht von lokalen Anwendungen wie Kältepackungen bis hin zu Aufenthalten in einer Kältekammer. Massagebehandlungen haben sich zur Reduktion von Muskelverspannungen, die häufig mit Schmerzen einhergehen, gut bewährt. Auch elektrotherapeutische Verfahren (u.a. TENS) sowie therapeutischer Ultraschall können sich im individuellen Therapieplan des Patienten als sehr hilfreich erweisen. Einzelne dieser Anwendungen, die sich vielfach auch bei entzündlicher Aktivität im Bereich der peripheren Gelenke bewährt haben, können nach entsprechender Einschulung vom Patienten durchaus auch als Selbsthilfemaßnahme durchgeführt werden. Im Rahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthalts können alle oben

 © Springer-Verlag

angeführten physikalischen Therapieverfahren auch gut mit ortsgebundenen Therapiemodalitäten wie z.B. Einfahrten in Radon-Heilstollen kombiniert werden.

Ziele der physikalischen Therapie

Durch einen auf die individuellen Gegebenheiten und die momentanen Beschwerden des Patienten mit axialer Spondyloarthritis abgestimmten Einsatz von physikalischen Therapiemaßnahmen kann vielfach eine deutliche Linderung der Schmerzen und eine Verhinderung bzw. Besserung von krankheitsbedingten Veränderungen am Bewegungsapparat sowie auch ein günstiger Effekt auf Haltung und Beweglichkeit sowie muskuläre Dysbalancen bewirkt werden. In Summe kann für die große Mehrzahl der Patienten letztlich eine höhere funktionelle Kapazität sowie eine verbesserte Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag erreicht werden. Darüber hinaus ist dadurch vielfach auch eine relevante Reduktion des Medikamentenverbrauchs sowie eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit der Patienten zu erreichen.

Rehabilitation bei Axialer Spondyloarthritis

Bedingt durch die mit der Erkrankung verbundenen Schmerzen und Steifigkeit im Bereich der Gelenke bei gleichzeitig nachlassender Beweglichkeit der Wirbelsäule sowie belastender Müdigkeit kommt es bei vielen axSpA-Patienten zu gravierenden Auswirkungen auf alle im bio-psycho-sozialen von Modell von Gesundheit und Krankheit beschriebenen Elemente des Lebens. Neben Limitierungen hinsichtlich Aktivität und Teilhabe in den Bereichen Familie und Freundeskreis ergeben sich – nicht zuletzt durch Einschränkungen in der beruflichen Entwicklung – vielfach auch erhebliche sozioökonomische Nachteile.

Um die Beschwerden und negativen Auswirkungen der Erkrankung zu verringern und die Ziele eines Rehabilitationsverfahrens bei axialer Spondyloarthritis (Tab. 2) zu erreichen, kommen vor allem Maßnahmen aus dem Bereich der Physikalischen Medizin in vielfältiger Ausformung zur Anwendung. Obwohl die meisten darauf bezogenen Therapiestudien bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis durchgeführt wurden, wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass sich diese Ergebnisse auch auf andere Patienten mit axialer Spondyloarthritis übertragen lassen, wobei in der klinischen Praxis der Therapieplan natürlich auf die prädominant Beschwerden verursachenden Bereiche abzustimmen ist. So wird das Therapieprogramm für Patienten im nichtradiographischen Stadium der Erkrankung sicherlich anders zu gestalten sein als in späteren Phasen der Erkrankung.

Tab. 2 : Ziele der Rehabilitation bei axialer Spondyloarthritis

- Informationsvermittlung zu Erkrankung und Therapie
- Schulung in Gelenkschutzmaßnahmen (rückenschonendes Verhalten, Aktivitäten des täglichen Lebens, Hilfsmittel)
- Schmerzlinderung
- Verbesserung von Haltung, Beweglichkeit, muskulärer Balance und Atemfunktion
- Krankheitsbewältigung, Verhaltenstherapie, Entspannung
- Motivation zu aktiver Mitwirkung in der Therapie (körperliche Aktivität, tägliche Durchführung der Heilgymnastik, Rauchen aufgeben)
- Unterstützung hinsichtlich beruflicher Tätigkeit und sozialer Partizipation

Auf Basis einer auf alle Aspekte der Erkrankung eingehenden Informationsvermittlung über das Krankheitsbild und die verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten werden die Patienten mit axSpA während ihrese Rehabilitationsaufenthaltes im Rahmen der Ergotherapie eingehend mit Gelenkschutzmaßnahmen und Anpassungsmöglichkeiten im persönlichen und beruflichen Umfeld vertraut gemacht. Durch deren Beachtung bzw. Umsetzung im Alltag können Fehl- und Überbelastungen, die Schmerzen auslösen oder verstärken können, vermieden werden. Solche Beratungen sind auch ein wichtiges Element von umfassenden Schulungsprogrammen, in denen Patienten in breit angelegten Curricula in kleinen Gruppen interaktiv mit sämtlichen Aspekten der Erkrankung bekannt gemacht werden.

Da eine axSpA immer auch mit einer erheblichen emotionalen Belastung einhergeht, sind obligatorisch psychologische Hilfestellungen zur besseren Bewältigung der Erkrankung vorzusehen, wobei u.a. dem Erlernen von Strategien zur Schmerzbewältigung und von Entspannungstechniken ein hoher Stellenwert einzuräumen ist.

Ein Rehabilitationsaufenthalt kann auch sehr gut zur Umsetzung von Lebensstilmodifikationen herangezogen werden. So gelingt eine auf Basis einer diätologischen Schulung vorgenommene Umstellung der Ernährung oder auch eine Raucherentwöhnung im Rehabilitationszentrum üblicherweise wesentlich leichter als im gewohnten Umfeld.

In den letzten Jahren ist im Rahmen von Rehabilitationsverfahren zunehmend auch der Bereich der beruflichen Rehabilitation in den Vordergrund gerückt. Damit soll den Patienten erleichtert werden,

Zur Person

© Umit, Hall in tirol-kliniken

Prim. Univ.-Prof. Dr. Erich Mur
Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Landeskrankenhaus –
Universitätsklinikum Innsbruck
Anichstraße 35
6020 Innsbruck
erich.mur@tirol-kliniken.at

Zur Person

© Klinikum Austria Gruppe

Prim. Dr. Christian Wiederer
Ärztlicher Direktor
Klinikum am Kurpark Baden
für Orthopädie und Rheumatologie
Renngasse 2
2500 Baden
christian.wiederer@klinikum-baden.at

 © Springer-Verlag

»Science statt Fiction«

Springer Medizin

Auf springermedizin.at | Spotify | Get it on iTunes Store

ihre Erwerbstätigkeit zu erhalten bzw. zumindest ihre Erwerbsfähigkeit zu sichern. Dafür werden u.a. Beratungen hinsichtlich Möglichkeiten einer Arbeitsplatzadaptierung sowie Elemente aus dem Bereich der Arbeitserprobung samt entsprechenden unterstützenden Maßnahmen eingesetzt.

Während des gesamten Rehabilitationsaufenthaltes ist dem Patienten immer wieder in passender Weise vor Augen zu führen, dass der Gesamterfolg der Behandlung in hohen Maße von seiner eigenen Bereitschaft abhängt, sich aktiv in den Therapieprozess einzubringen. Dem Patienten wird dabei unmissverständlich vermittelt, dass die volle Wirksamkeit der erlernten Fähigkeiten, insbesondere der Bewegungstherapie, der Entspannungstechniken wie auch der Umsetzung von Gelenkschutzmaßnahmen, nur durch konsequente Durchführung bzw. Beachtung zu erzielen ist. Diesbezüglich hat sich die Vermittlung und Vereinbarung von kurz-, mittel- und langfristigen persönlichen Zielen sehr bewährt.

Zusammenfassung

Angesichts des Umstands, dass eine axiale Spondyloarthritis als schwerwiegende Erkrankung kein rein somatisches Problem darstellt, sondern alle Lebensbereiche betreffen kann, sollten bei einem Rehabilitationsverfahren neben bewährten physiotherapeutischen Anwendungen im erforderlichen Ausmaß auch Elemente aus dem Bereich der psychischen wie auch der sozialen Rehabilitation in den Behandlungsplan integriert werden. Darüber hinaus sind Maßnahmen vorzusehen, die den Erhalt einer bestehenden beruflichen Tätigkeit bzw. den Wiedereinstieg in den früheren oder auch einen neuen Beruf, der mit der Erkrankung vereinbar ist, ermöglichen.

Letztendlich soll durch eine multimodale interdisziplinär gestaltete Rehabilitation – unabhängig davon, ob ambulant oder stationär durchgeführt – die Partizipation der erkrankten Person in allen Lebensbereichen ermöglicht werden. Dazu erscheint es – auch in der Ära der Biologikatherapie – zielführend, bei axSpA möglichst früh im Krankheitsverlauf ein Rehabilitationsverfahren vorzusehen und dieses nachfolgend, bei entsprechendem Krankheitsverlauf des jeweiligen Patienten auch zu wiederholen. ■

LITERATUR

Literatur bei den Verfassern.

1.Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum Innsbruck
2. UMIT, Hall in Tirol
3. Klinikum am Kurpark, Baden bei Wien, Österreich
4. kokon – Reha für junge Menschen Bad Erlach, Österreich

Johannes Pleiner-Duxneuner, Wien

Möglichkeiten von eHealth in der Rheumatologie

Vielversprechendes Potenzial

Die digitale Transformation im Gesundheitswesen ist nicht mehr aufzuhalten. Auch in Österreich gibt es bereits einige Ansätze e-Health einzusetzen und umzusetzen. In einem Report von McKinsey wurden auch mögliche Einsparungen, durch den Einsatz der Digitalisierung im Gesundheitssystem in der Höhe von 4,7 Milliarden Euro angegeben [1]. Natürlich bietet eHealth auch zahlreiche Chancen, um die Versorgung von Patient:innen mit rheumatischen Erkrankungen zu verbessern. Im Folgenden wird auf einige Schlüsselaspekte von eHealth in Österreich eingegangen, darunter ELGA, Telemedizin und Digitale Gesundheitsanwendungen (DIGAs).

ELGA (Elektronische Gesundheitsakte)

ELGA ist eine zentrale Komponente der österreichischen eHealth-Strategie [2]. Die elektronische Gesundheitsakte ermöglicht es, Patientendaten sicher und effizient zu speichern und auszutauschen. ELGA soll eine bessere Koordination der Versorgung ermöglichen und das Risiko von Fehldiagnosen oder unnötigen Untersuchungen reduzieren.

Derzeit sind e-Befunde, e-Medikation und e-Impfpass in ELGA umgesetzt [Abb. 1].

In Zukunft soll ELGA die Schnittstelle im Gesundheitswesen werden. Auch eine Anbindung von Drittanbietern, zum Beispiel für DIGAs, ist geplant.

ABB. 1
Derzeitige Funktionen von ELGA

e-Befunde	e-Medikation	e-Impfpass
Entlassungsbrief	Verordnungen und Abgaben	Primärdokumentation für Impfungen
Laborbefund	Wechselwirkungsrelevante OTC-Produkte	Verpflichtung für Covid & Influenza
bildgebende Diagnostik		
Ambulanzbefund		
Telemonitoring-Episodenbericht		

Telemedizin

Laut einer rezenten Umfrage sind 60 % der Österreicher:innen für virtuelle Arzttermine [3], also Telemedizin im Rahmen ihrer Versorgung. Insbesondere in ländlichen Regionen, in denen der Zugang zu spezialisierten Rheumatolog:innen be-

 © Springer-Verlag

Zur Person

© Harald Eisenberger

PD Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner
Gesellschaft für pharmazeutische Medizin
Engelhorngasse 3
1210 Wien
Johannes.pleiner@gpmed.at

grenzt ist, könnte Telemedizin helfen, regelmäßig Konsultationen mit behandelnden Ärzt:innen zu ermöglichen.

Darüber hinaus können telemedizinische Anwendungen Rheumapatient:innen helfen, Zugang zu Informationen, Schulungen oder Tele-Rehabilitation zu erhalten.

Telemedizin ist allerdings nicht nur auf die Ärzt:in-Patient:in-Kommunikation beschränkt. Auch ein Austausch zwischen verschiedenen Gesundheitsanbieter:innen ist umsetzbar, um zum Beispiel niederschwellig eine Experten Meinung einzuholen. Ähnliche Konzepte werden zum Beispiel in der Onkologie durch virtuelle Tumorboards bereits umgesetzt.

ABB. 2
Abgrenzung von DIGAs

Medizinprodukt (DIGA)	kein Medizinprodukt (DIGA)
Software zur Auswertung, Erhebung und Interpretation medizinischer Daten	Gesundheits-Apps
Apps zur Steuerung und Bedienung von als Medizinprodukt qualifizierten Geräten	Reine digitale Patiententagebücher (ohne Auswertungen)
Elektronische Fragebögen mit selbstständiger Auswertung	Generelles Anzeigen, bekannter Therapieempfehlungen (entsprechend einer gedruckten Vorlage)

Digitale Gesundheitsanwendungen (DIGAs)

Obwohl DIGAs häufig mit Gesundheits-Apps gleichgesetzt werden, handelt es sich bei DIGAs im eigentlichen Sinne um Medizinprodukte. Diese durchlaufen im Rahmen der Zulassung einen strukturierten und gesetzlich geregelten Zulassungsprozess, ähnlich wie Arzneimitteln [4, 5]. Dies unterscheidet sie von anderen Gesundheits-Apps, die beispielsweise in den diversen App-Stores erhältlich sind [Abb. 2.].

DIGAs helfen Krankheiten (früher) zu diagnostizieren, zu überwachen oder können in weiterer Folge sogar therapeutisch eingesetzt werden. In der Rheumatologie können mit DIGAs Funktionen wie Schmerzprotokolle, Medikamentenerinnerungen und Übungen zur Steigerung der Beweglichkeit digital umgesetzt werden. Sie ermöglichen es den Patient:innen, aktiver an ihrer Gesundheit teilzunehmen und den Verlauf ihrer Krankheit zu verfolgen. Rheumatolog:innen können sie dabei helfen, den Gesundheitszustand ihrer Patient:innen besser zu überwachen und zu verwalten.

In einigen europäischen Ländern gibt es bereits DIGAs auf ärztliche Verordnung. In Österreich bedarf es aber noch einer geregelten Erstattung von DIGAs durch die Sozialversicherungsträger, um nach entsprechender Prüfung, DIGAs auch rheumatologischen Patient:innen breit zur Verfügung stellen zu können.

Fazit

Insgesamt hat eHealth in Österreich ein vielversprechendes Potenzial, die Versorgung von Patient:innen zu optimieren. Die Herausforderung besteht darin, sicherzustellen, dass Datenschutz und Datensicherheit gewahrt bleiben, um das Vertrauen von Patient:innen und Ärzt:innen in die neuen Technologien zu stärken und durch geregelten Zugang einen breiten Einsatz zu ermöglichen. Ob dadurch auch ein effizienteres und kostengünstigeres Gesundheitssystem mit Einsparungen in Milliardenhöhe erreicht werden kann, bleibt abzuwarten. ■

LITERATUR

1. McKinsey, Digitalisierung im Gesundheitswesen: die 4,7 Milliarden-Euro-Chance für Österreich, https://www.mckinsey.de/news/presse/2021-05-05-ehealth-oesterreich?cid=-soc----oth---&sid=4785040932&linkId=117858667
2. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. eHealth in Österreich. https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/eHealth-in-Oesterreich.html
3. Accenture, Digitales Gesundheitswesen 2021, https://www.accenture.com/at-de/insights/health/gesundheitsstudie
4. Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates über Medizinprodukte. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32017R0745
5. Medizinproduktegesetz 2021. https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011580

 © Springer-Verlag

Paul Studenic, Wien

Welche Möglichkeiten haben wir bei Personen mit Risikofaktoren eine rheumatoide Arthritis zu entwickeln?

Welche präventive Maßnahmen könnten Erfolg bringen?

Die rheumatoide Arthritis ist eine chronisch entzündliche Gelenkerkrankung, welche zu Entzündungsprozessen von Gelenken führt, allerdings unterschiedliche Organsysteme ebenso betreffen kann. Patient:innen sind stark durch Symptome wie Schmerzen, Gelenksschwellungen, Funktionseinschränkungen sowie Müdigkeit auf allen Ebenen ihres Lebens eingeschränkt [1, 2]. Nach dem derzeitigen Stand, gilt es, die Behandlung so frühzeitig wie möglich direkt zur Diagnosestellung mit „Disease modifying anti-rheumatic Drugs“ (DMARDs) zu initiieren. Dadurch soll im Sinne eines Treat to Target (T2T) Konzepts die Entzündung so schnell wie möglich reduziert und dadurch Symptome gelindert werden [3]. Das Ziel ist das Erreichen von klinischer Remission, welche mit langfristig guten Funktionsergebnissen Hand in Hand mit keiner oder nur geringer radiographischer Progression einhergeht [4, 5].

Über die letzten 15 Jahre hat man zunehmend ein besseres Verständnis entwickelt für die verschiedensten Phasen die einer rheumatoiden Arthritis vorausgehen können, mit dem Ziel möglicherweise im Vorfeld das Auftreten der Erkrankung zu verhindern oder hinauszuzögern. Wesentlich dafür ist es, das Risiko einschätzen zu können, wie hoch die Wahrscheinlichkeit liegt, tatsächlich zu erkranken, um abwägen zu können, welche Intervention zu dem jeweiligen Zeitpunkt gerechtfertigt erscheint.

Die Erfassung von Risikofaktoren, die zur Entstehung der RA beitragen, wird als kontinuierlicher Prozess angesehen. Dieser Prozess kann mit der Wechselwirkung umweltbedingter und genetischer Elemente beginnen, mit dem Einsetzen der Autoimmunität fortschreiten und in der Bildung von Autoantikörpern, den sogenannten anti-citrullinierten Peptidantikörpern (ACPA), gipfeln. Gleichzeitig können Risikopersonen keine Symptome zeigen oder es können Gelenkschmerzen (Arthralgien) auftreten, die unspezifisch sind oder auf den Progress zu einer RA hinweisgebend sind, auch wenn keine offensichtliche Arthritis vorliegt [6, 7]. Die wirksamsten Behandlungsansätze für Personen, bei denen ein Risiko besteht, an rheumatoider Arthritis zu erkranken, sowohl im Hinblick auf die Linderung der Symptome als auch auf die Verzögerung oder Verhinderung des Fortschreitens der Krankheit, sind immer noch nicht ausreichend erforscht. Allerdings wurden kürzlich vielversprechende Ergebnisse für ein gewisses Kollektiv präsentiert.

Die Bedeutung von at-risk RA

Im Regelfall spricht man von Personen mit einem gewissen Risiko eine RA zu entwickeln, im Englischen „at-Risk RA“ genannt, da nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass es zu der tatsächlichen Erkrankung kommt. Von Seiten der European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) wurde eine Definition erarbeitet, welche unterschiedlicher Faktoren, die mit einem gewissen Risiko vergesellschaftet sind, listet. Diese Definition wird als klinisch verdächtige Arthralgie (CSA) subsummiert (Tab.) [8]. Je mehr der 7 genannten Kriterien positiv sind, desto wahrscheinlicher kann es zu der Entwicklung einer RA kommen. Eine hohe Sensitivität (> 90 %) wird erreicht, wenn mindestens 3 der 7 Parameter vorliegen; ein erhebliches Maß an Selektivität (> 90 %) erfordert die Existenz von mindestens 4 der 7 Parameter. Symptome wie Arthralgien und Müdigkeit sowie Knochendegeneration (bildgebend festgestellt) gehen häufig der Entwicklung von Gelenkentzündungen bei Patient:innen, bei denen später eine RA diagnostiziert wurde, voraus. Die vor Beginn einer Gelenksentzündung bei RA beobachtete Knochendegeneration wurde bisher bei Personen mit Serum-Autoantikörpern (z. B. Antikörpern ACPAs) am gründlichsten beschrieben [9]. In ähnlicher Weise ist Arthralgie mit einer äußerst hohen Wahrscheinlichkeit einer zukünftigen RA verbunden, wenn sie mit ACPA in Verbindung gebracht wird, insbesondere mit einer Kombination aus ACPA, Rheumafaktor (RF) und bildgebend erkannter latenter Gelenkentzündung [10, 11]. Diese hier genannten Kriterien und Charakteristika müssen immer im größeren Kontext betrachtet werden. Der positive prädiktive Wert (PPV) von ACPA für die Entwicklung einer RA bei Personen aus der Allgemeinbevölkerung liegt bei etwa 8 % [12]. Dies bedeutet, dass Personen mit einem positiven ACPA-Test in 92 % der Fälle ein falsch positives Ergebnis erhalten. Im Zusammenhang mit unspezifischer Arthralgie in der Sekundärversorgung wurden PPVs von etwa 30 % gezeigt, und bei CSA wurden Risiken von bis zu 63 % verzeichnet [10]. Diese Risiken vor dem Test deuten darauf hin, dass das Erreichen hoher prädiktiver Werte und genauer prädiktiver Instrumente bei Patient:innen, die speziell aufgrund einer CSA ausgewählt wurden, besser möglich ist als bei Patienten ohne Symptome. Das Vorhandensein dieser besonderen Merkmale (nämlich Erkennbarkeit und Reversibilität) macht diese prekäre Phase der Arthralgie hervorragend für die Umsetzung von Strategien zur Sekundärprävention oder Intervention. Kooperationsarbeiten mehrerer Register [13] auch in Form einer Arbeitsgruppe der EULAR werden bald zu noch besseren Risikoalgorhythmen führen.

Tab. Charakteristika klinisch suspekter Arthralgien

- Kürzlich aufgetretene Gelenksymptome (Dauer < 1 Jahr)
- Symptome, die in den MCP-Gelenken auftreten
- Dauer der morgendlichen Steifigkeit ≥ 60 min.
- Die schwersten Symptome treten am frühen Morgen auf
- Verwandte ersten Grades mit RA

Körperliche Untersuchung:

- Schwierigkeiten beim Formen einer Faust
- Gänslen Zeichen der MCP Gelenke

 © Springer-Verlag

Überblick zu bisherigen Präventionsstudien

In Studien wurden sowohl konventionelle als auch biologische DMARDs untersucht, die bei RA üblicherweise zur Unterdrückung der Krankheitsaktivität eingesetzt werden. Methotrexat und Steroide wurden in der TREAT EARLIER-Studie eingesetzt [14], Hydroxychloroquin in der StopRA-Studie [15], Rituximab in der PRAIRI-Studie [16] und Abatacept in den ARIAA- und APIPPRA-Studien [17, 18]. TNF-Inhibitoren wurden nicht in Präventionsstudien untersucht. Die Dosierungsschemata für die DMARDs variierten, wobei in einigen Studien Einzeldosen und in anderen längere Behandlungszeiträume verwendet wurden. In der Studie von Bos et al. [19] wurden zwei intramuskuläre Injektionen von Kortikosteroiden verabreicht, während in der PRAIRI-Studie eine einzige Infusion von Rituximab verwendet wurde. In der TREAT EARLIER-Studie wurde eine einmalige Injektion von Kortikosteroiden mit einer einjährigen Methotrexat-Behandlung kombiniert.

Die Behandlung mit Kortikosteroiden, Hydroxychloroquin, Rituximab oder Methotrexat verhinderte die Entwicklung einer seropositiven RA nicht, verzögerte aber in einigen Fällen ihr Fortschreiten. Abatacept erwies sich als vielversprechend hinsichtlich eines gewissen Grades an Prävention, denn sowohl in der ARIAA- als auch in der APIPPRA-Studie war der Prozentsatz der Patient:innen, die eine RA entwickelten, geringer als in der Placebogruppe. Die Wirksamkeit von Abatacept bei der Prävention von RA war allerdings während des Behandlungszeitraums ausgeprägter als in der anschließenden behandlungsfreien Zeit. Die TREAT EARLIER-Studie zeigte nachhaltige Verbesserungen der körperlichen Funktionsfähigkeit und der Symptome bei ACPA-positiven Risikopatienten, die Methotrexat erhielten. In der APIPPRA-Studie wurde bei ACPA-positiven Risikopatient:innen, die Abatacept erhielten, niedrigere Werte für druckschmerzhafte Gelenke, Schmerzen und bessere Funktionsfähigkeit festgestellt, ähnlich wie in der Interventionsgruppe der TREAT EARLIER-Studie.

Fazit

In diesem Hinblick deuten aktuelle Präventionsstudien darauf hin, dass eine Veränderung der Krankheit durch eine vorübergehende Behandlung in der Phase vor der Arthritis möglich ist. Interventionen können zu einer nachhaltigen Verringerung der Krankheitslast und der Entzündung führen. Die Behandlungseffekte können auch nach dem Absetzen fortbestehen, was auf anhaltende Auswirkungen auf die Krankheitsentwicklung hindeutet. Zukünftige Trial-Konsortien, welche sich auch an den Empfehlungen der EULAR für Interventionsstudien in Risikopopulationen [20] orientieren, werden in den nächsten Jahren ein noch schärferes Bild zu den Optionen zur Verbesserung der Lebensqualität und Prävention der RA skizzieren. ■

Zur Person

© EULAR 2019

Priv.-Doz. Dr. Paul Studenic, PhD
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin 3
Klinische Abteilung für Rheumatologie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
paul.studenic@meduniwien.ac.at

LITERATUR

1. Onuora S. Rheumatic diseases on the rise. Nature Reviews Rheumatology. 2023 2023/07/01; 19(7):396-396.
2. Smolen JS, Aletaha D, Barton A, Burmester GR, Emery P, Firestein GS, et al. Rheumatoid arthritis. Nature Reviews Disease Primers. 2018 2018/02/08; 4(1):18001.
3. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis. 2010 Apr; 69(4):631-637.
4. Smolen JS, Landewe RBM, Bergstra SA, Kerschbaumer A, Sepriano A, Aletaha D, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. Ann Rheum Dis. 2023 Jan; 82(1):3-18.
5. Studenic P, Aletaha D, de Wit M, Stamm TA, Alasti F, Lacaille D, et al. American College of Rheumatology/EULAR remission criteria for rheumatoid arthritis: 2022 revision. Ann Rheum Dis. 2023 Jan; 82(1):74-80.
6. Malmstrom V, Catrina AI, Klareskog L. The immunopathogenesis of seropositive rheumatoid arthritis: from triggering to targeting. Nature reviews Immunology. 2017 Jan; 17(1):60-75.
7. Falkenburg WJJ, van Schaardenburg D. Evolution of autoantibody responses in individuals at risk of rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2017 Feb; 31(1):42-52.
8. van Steenbergen HW, Aletaha D, Beaart-van de Voorde LJ, Brouwer E, Codreanu C, Combe B, et al. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2017 Mar; 76(3):491-496.
9. Kleyer A, Finzel S, Rech J, Manger B, Krieter M, Faustini F, et al. Bone loss before the clinical onset of rheumatoid arthritis in subjects with anticitrullinated protein antibodies. Ann Rheum Dis. 2014 May; 73(5):854-860.
10. van de Stadt LA, Witte BI, Bos WH, van Schaardenburg D. A prediction rule for the development of arthritis in seropositive arthralgia patients. Ann Rheum Dis. 2013 Dec; 72(12):1920-1926.
11. Lingampalli N, Sokolove J, Lahey LJ, Edison JD, Gilliland WR, Holers VM, et al. Combination of anti-citrullinated protein antibodies and rheumatoid factor is associated with increased systemic inflammatory mediators and more rapid progression from preclinical to clinical rheumatoid arthritis. Clin Immunol. 2018 Oct; 195:119-126.
12. van Steenbergen HW, da Silva JAP, Huizinga TWJ, van der Helm-van Mil AHM. Preventing progression from arthralgia to arthritis: targeting the right patients. Nature reviews Rheumatology. 2018 Jan; 14(1):32-41.
13. Studenic P, Hensvold A, Kleyer A, van der Helm-van Mil A, Pratt AG, Sieghart D, et al. Prospective Studies on the Risk of Rheumatoid Arthritis: The European Risk RA Registry. Frontiers in Medicine. 2022 2022-February-22; 9.
14. Krijbolder DI, Verstappen M, van Dijk BT, Dakkak YJ, Burgers LE, Boer AC, et al. Intervention with methotrexate in patients with arthralgia at risk of rheumatoid arthritis to reduce the development of persistent arthritis and its disease burden (TREAT EARLIER): a randomised, double-blind, placebo-controlled, proof-of-concept trial. Lancet. 2022 Jul 23; 400(10348):283-294.
15. Dean KD, et al. Hydroxychloroquine does not prevent the future development of rheumatoid arthritis in a population with baseline high levels of antibodies to citrullinated protein antigens and absence of inflammatory arthritis: interim analysis of the StopRA trial. Arthritis & Rheum. 2022; ACR abstract 1604.
16. Gerlag DM, Safy M, Maijer KI, Tang MW, Tas SW, Starmans-Kool MJF, et al. Effects of B-cell directed therapy on the preclinical stage of rheumatoid arthritis: the PRAIRI study. Ann Rheum Dis. 2019 Feb; 78(2):179-185.
17. Rech J, et al. Abatacept delays the development of RA — clinical results after 18 months from the randomized, placebo-controlled ARIAA study in RA-at risk patients. Ann Rheum Dis. 2022; 81(EULAR abstract).
18. Cope AP, et al. Abatacept in individuals at risk of developing rheumatoid arthritis: results from the arthritis prevention in the pre-clinical phase of RA with abatacept (APIPPRA) trial. Ann Rheum Dis. 2023; 82(EULAR abstract).
19. Bos WH, Dijkmans BA, Boers M, van de Stadt RJ, van Schaardenburg D. Effect of dexamethasone on autoantibody levels and arthritis development in patients with arthralgia: a randomised trial. Ann Rheum Dis. 2010 Mar; 69(3):571-574.
20. Mankia K, Siddle HJ, Kerschbaumer A, Alpizar Rodriguez D, Catrina AI, Cañete JD, et al. EULAR points to consider for conducting clinical trials and observational studies in individuals at risk of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2021 Oct; 80(10):1286-1298.

 © Springer-Verlag

FACHKURZINORMATION BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTEL: **Volon 4 mg-Tabletten,Volon 8 mg-Tabletten.**
Zusammensetzung: Volon 4 mg: 1 Tablette enthält 4 mg Triamcinolon. Sonstige Bestandteile: 99,75 mg Lactose, Maisstärke, Magnesiumstearat, mikrokristalline Cellulose. Volon 8 mg: 1 Tablette enthält 8 mg Triamcinolon. Sonstige Bestandteile: 114,1 mg Lactose, Maisstärke, Magnesiumstearat, mikrokristalline Cellulose, Natriumdodecylsulfat. **Anwendungsgebiete:** Triamcinolon ist bei allen Krankheiten angezeigt, die einer systemischen Glucocorticoid-Therapie bedürfen. Hierzu gehören: Rheumatologische Erkrankungen: Rheumatisches Fieber, rheumatische Myocarditis, entzündlich hochaktive Phasen und besondere Verlaufsformen der chronischen Polyarthritis und akute Schübe bei Morbus Bechterew, aktive Phasen von Kollagenosen, Lupus erythematodes disseminatus. Dermatologie: Kontaktdermatitiden, Pemphigus vulgaris, Dermatitis herpetiformis Duhring, atopische, exfoliative, ekzematoide Dermatitis, Urticaria, Arzneimittelreaktionen. Erkrankungen der Lunge und der Atemwege: schwere persistierende Formen des Asthma bronchiale (falls mit hochdosierten inhalativen Steroiden in Kombination mit anderen Controller-Medikamenten keine Asthmakontrolle erzielt wird) und im Asthmaanfall bzw. Status asthmaticus. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD): zur Kurzzeitbehandlung (max. 14 Tage) bei Exazerbation. Aktive Phasen der Sarkoidose (M. Boeck) und der Lungenfibrose. Zur kurzfristigen Therapie von schweren Verlaufsformen allergischer Rhinitiden und der Pollenallergie bei Erwachsenen nach Versagen aller anderen Therapiealternativen einschließlich topischer Glucocorticoide. Nephrologie: minimal change Glomerulonephritis; extrakapillär-proliferative Glomerulonephritis (rapid progressive Glomerulonephritis), in der Regel in Kombination mit Zytostatika, bei Goodpasture-Syndrom Abbau und Beendigung der Behandlung, bei allen anderen Formen langfristige Fortführung der Therapie; idiopathische retroperitoneale Fibrose. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Systemische Mykosen und Parasitosen. Volon-Tabletten dürfen bei einer über die Notfalltherapie hinausgehenden, länger dauernden systemischen Behandlung nicht angewendet werden, wenn folgende Krankheiten bestehen: Ulcus ventriculi, duodeni; schwere Osteoporose; Schwere Myopathien; **Virosen (z.B. Varizellen),** Herpes simplex des Auges, Herpes zoster (virämische Phase), Poliomyelitis mit Ausnahme der bulbärencephalitischen Form; HBsAg-positive chronisch aktive Hepatitis; Lymphadenitis nach BCG-Impfung; Eng- und Weitwinkelglaukom; Ca. 8 Wochen vor und 2 Wochen nach Schutzimpfungen mit Lebendimpfstoffen; Psychiatrische Anamnese. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Corticosteroide zur systemischen Anwendung, rein, Glucocorticoide. **ATC-Code:** H02AB08. V**erschreibungspflicht/ Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Dermapharm GmbH, 1010 Wien. **Stand:** 03/2021. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten und zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen.**

FACHKURZINORMATION BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTEL: **Volon A 10 mg-Kristallsuspension-Ampulle, Volon A 40 mg-Kristallsuspension-Ampulle,Volon A 40 mg-Kristallsuspension-Spritzampulle, Volon A 80 mg-Kristallsuspension-Spritzampulle.**
Zusammensetzung: Volon A 10 mg: 1 Ampulle zu 1 ml enthält 10 mg Triamcinolonacetonid und 9,9 mg Benzylalkohol. Volon A 40 mg: 1 Ampulle bzw. Spritzampulle zu 1 ml enthält 40 mg Triamcinolonacetonid und 9,9 mg Benzylalkohol. Volon A 80 mg: 1 Spritzampulle zu 2 ml enthält 80 mg Triamcinolonacetonid und 19,8 mg Benzylalkohol. Sonstige Bestandteile: Natriumcarboxymethylcellulose, Polysorbat 80, Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Volon A 10 mg: Intrafokale Therapie: bei entzündlichen und rheumatischen Erkrankungen an Muskeln, Bänder und Sehnen, z.B. nicht bakterielle Tendinitis und Bursitis, Tendovaginitis, Epikondylitis, Periarthropathie der Schulter. Volon A 40 mg: Intrafokale Therapie: bei Entzündungen der Schleimbeutel und des Periosts. Volon A 10 mg/40 mg: Subläsionale Therapie: bei bestimmten Hauterkrankungen wie Keloiden, Neurodermitis circumscripta (Lichen simplex chronicus), isolierten Psoriasisherden, Lupus erythematodes chronicus discoides, Lichen ruber planus et verrucosus sowie Lichen planus der Mundschleimhaut, Lichen sclerosus et atropicus und bei schweren Verläufen von Alopecia areata. Intraartikuläre Therapie: bei entzündlichen und degenerativen Gelenkerkrankungen, aber nicht bei bakteriell infizierten; außerdem als Zusatz zur Synviorthese mit Radionukliden oder Chemikalien. Kristallsuspensionen sollten vorrangig zur intraartikulären Therapie großer Gelenke eingesetzt werden. Hierbei können Suspensionen mit geringer Kristallgröße eine bessere lokale Verträglichkeit besitzen. Suspensionen mit langer Verweildauer im Gelenk sollten bevorzugt verwendet werden, da sie eine längere lokale Wirksamkeit aufweisen. Zur Verweildauer von Volon A 10 mg-Kristallsuspension-Ampulle im Gelenk siehe Fachinformation 5.2. Die Therapie kleiner Gelenke sollte wegen der geringeren Gewebsreizung vorrangig mit wässrigen Lösungen oder mikrokristallinen Suspensionen erfolgen. Es empfiehlt sich zur Infiltrationstherapie bevorzugt wässrige Glucocorticoid-Lösungen (oder mikrokristalline Suspensionen) zu verwenden, um Kristallreaktionen und insbesondere Sehnenschäden und Sehnenruptur zu vermeiden. Bei Volon A-Kristallsuspension-Ampulle bzw. Spritzampulle handelt es sich um eine Kristallsuspension mit einer mittleren Partikelgröße von etwa 10 µm (siehe Fachinformation 5.2). Volon A 40 mg/80 mg: Systemische (intramuskuläre) Anwendung: bei Erkrankungen, die auf eine systemische bzw. lokale Glucocorticoidtherapie (falls erforderlich zusätzlich zur Basistherapie) ansprechen, bei denen aber eine orale bzw. lokale Behandlung nicht möglich oder unzureichend ist. zur kurzfristigen Therapie von schweren Verlaufsformen einer Pollenallergie und anderen Allergien, schwere persistierende Formen des Asthma bronchiale (falls mit hochdosierten inhalativen Steroiden in Kombination mit anderen Controller-Arzneimitteln keine Asthmakontrolle erzielt wird). ausgedehnte, schwere und akute Formen von folgenden Hauterkrankungen: Kontaktdermatitiden, Pemphigus vulgaris, Psoriasis, Dermatitis herpetiformis Duhring, atopische, exfoliative, ekzematoide Dermatitis. **Gegenanzeigen:** Volon A 10 mg/40 mg/80 mg: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Magen-Darm-Ulcera, höhergradige Osteoporose, schwere Myopathien, Virosen (z.B. Varizellen), Herpes simplex, Herpes zoster (virämische Phase), Poliomyelitis mit Ausnahme der bulbärencephalitischen Form, HBsAg-positive chronisch aktive Hepatitis, Lymphadenitis nach BCG-Impfung, Systemmykosen und Parasitosen, Eng- und Weitwinkelglaukom, Divertikulitis, frische Darmanastomosen, metastasierende Karzinome, bei Lokaltherapie Infektionen im Anwendungsbereich, ca. 8 Wochen vor bis 2 Wochen nach einer Schutzimpfung, Psychiatrische Anamnese, Amöbeninfektionen, periorale Dermatitis, Rosacaea, Krampferkrankungen, Myasthenia gravis. Volon A-Kristallsuspension-Ampulle bzw. Spritzampulle nicht intravitreal anwenden! Da es sich um eine Kristallsuspension handelt, darf Volon A Kristallsuspension-Ampulle bzw. Spritzampulle nicht intravenös injiziert werden. Volon A-Kristallsuspension-Ampulle bzw. Spritzampulle darf wegen des Gehalts an Benzylalkohol nicht intrathekal oder epidural angewendet werden. Volon A 10mg/40mg: Bei folgenden Erkrankungen sollte keine intraartikuläre Injektion erfolgen: bakterielle Arthritiden, Infektionen innerhalb oder in unmittelbarer Nähe des zu behandelnden Gelenks, Sehnenruptur, Instabilität des zu behandelnden Gelenks, Periartikuläre Kalzifikation, Charcot-Gelenk, Blutungsneigung (durch Antikoagulantien oder spontan), nicht vaskularisierte Knochennekrose. Volon A 40 mg/80 mg: Die intramuskuläre Anwendung von Corticosteroiden ist bei idiopathischer, thrombozytopenischer Purpura kontraindiziert. Volon A 10 mg: nicht anwenden bei Kindern unter 14 Jahren. Volon A 40 mg: nicht anwenden bei Kindern unter 14 Jahren und nicht intramuskulär anwenden bei Jugendlichen unter 16 Jahren. Volon A 80 mg: darf bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren nicht angewendet werden. Allgemein gilt für die Anwendung von Volon A-Kristallsuspension-Ampulle bzw. Spritzampulle im Wachstumsalter eine sehr strenge Indikationsstellung. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Corticosteroide zur systemischen Anwendung, Glucocorticoide, Triamcinolonacetonid. **ATC-Code:** H02AB08. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmazeutischer Unternehmer**: Dermapharm GmbH, 1010 Wien. **Stand:** 09/2021. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten und zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind den veröffentlichten Fachinformationen zu entnehmen.**

FACHKURZINORMATION BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTEL: **Colctab 0,5 mg Tabletten / Colctab 1 mg Tabletten**
Qualitative und Quantitative Zusammensetzung: Colctab 0,5 mg Tabletten: 1 Tablette enthält 0,5 mg Colchicin. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 1 Tablette enthält 24,5 mg Lactose (als Monohydrat) und 10 mg Saccharose. / Colctab 1 mg Tabletten: 1 Tablette enthält 1 mg Colchicin. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 1 Tablette enthält 49 mg Lactose (als Monohydrat) und 20 mg Saccharose. **Anwendungsgebiete:** Erwachsene: - Akute Gichtanfälle; - Zur Prophylaxe eines Gichtanfalls zu Beginn einer antihyperurikämischen Therapie.; - Als Primärbehandlung einer akuten oder rezidivierenden Pericarditis als Ergänzung zu nicht-steroidalen Antirheumatika (NSARs) (z. B. Aspirin). Erwachsene, Kinder und Jugendliche: - Familiäres Mittelmeerfieber (FMF) zur Anfallsprophylaxe und Vorbeugung von Amyloidose. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile; - Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Creatinin-Clearance < 10 ml/min); - Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung; - Patienten mit Blutdyskrasie; - Schwangerschaft und Stillzeit, ausgenommen familiäres Mittelmeerfieber (siehe Abschnitt 4.6); - Patienten mit Leber- oder Nierenfunktionsstörungen, die gleichzeitig mit einem P-Glycoprotein- oder starkem CYP3A4-Inhibitor behandelt werden (siehe Abschnitt 4.5). Wirkstoffgruppe: **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gichtmittel, ohne Effekt auf den Harnsäuremetabolismus **ATC-Code:** M04AC01. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Saccharose, Gummi arabicum, Magnesiumstearat. **Inhaber der Zulassung:** Kwizda Pharma GmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflichtig/ Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 08/2022. **Weitere Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen, Überdosierung entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation**
Referenzen:
1 Referenz „entspricht EULAR-Empfehlungen“: Richette P, et al. Ann Rheum Dis 2016; 0:1–14

IMPRESSUM

Herausgeber und Verleger: Springer-Verlag GmbH, AT, Prinz-Eugen-Straße 8 – 10, 1040 Wien, Austria, Tel.: +43/1/330 24 15-0, Fax: +43/1/330 24 26; Internet: www.springer.at, www.SpringerMedizin.at; **Geschäftsführung:** Joachim Krieger, Juliane Ritt, Dr. Alois Sillaber; **Leitung Journale und Redaktionen:** Mag. Birgit Schmidle-Loss; **Redaktion:** Prim. Dr. Herbert Kurz; **Redaktionssekretariat:** Susanna Hinterberger; **Produktion und Layout:** K&M Satz und Repro, www.km-satz.de; **Leitung Verkauf Medizin:** Robert Seiwald; **Anzeigen:** Renata Auth. Es gilt die Anzeigenpreisliste 2023; **Erscheinungsweise:** 10x jährlich; **Abonnement:** WMW-Skriptum ist eine Beilage zur Wiener Medizinischen Wochenschrift (WMW); Die aktuellen Preise finden Sie auf www.springer.com; **Verlagsort:** Wien; **Herstellungsort:** Linz; **Erscheinungsort:** Wien; **Verlagspostamt:** 1040 Wien P.b.b.; **ISSN Print:** 1613-3803: Band 20, Heft 08/2023; **Design:** Wojtek Grzymala; **Druck:** Friedrich Druck & Medien GmbH, Linz, Austria. Alle namentlich gekennzeichneten Beiträge spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Diese Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Die Redaktion übernimmt keine Haftung für unaufgefordert eingesandte Manuskripte. Mit „Sonderbericht“ oder „Advertorial“ gekennzeichnete Seiten sind entgeltliche Einschaltungen nach §26 Mediengesetz. **Allgemeiner Teil/Rechtliche Hinweise für Autoren:** Die Autorin/der Autor erklärt, dass ihr/sein Manuskript in dieser Form bislang nicht anderweitig veröffentlicht oder zur Veröffentlichung eingereicht wurde. Die Autorin/der Autor überträgt mit der Übergabe des fertigen Manuskripts und der Veröffentlichung in der Fachzeitschrift die notwendigen Nutzungsrechte zur Vervielfältigung und Verbreitung an den Verlag, insbesondere das Recht der Nutzung zu gewerblichen Zwecken durch Druck, Nachdruck, Verbreitung in elektronischer Form oder andere Verfahren und Medien durch Springer Nature. Die Autorin/der Autor holt, falls notwendig, die Nutzungsrechte an Texten und Bildern Dritter vor Übergabe des fertigen Manuskripts ein, eventuelle Ansprüche Dritter sind somit geklärt. **Hinweise zur Verwertung:** Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, auch auszugsweise, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Verarbeitung in elektronischen Systemen. **Produkthaftung:** Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen sind anhand anderer Literaturstellen oder der Packungsbeilage auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt hierfür keine Gewähr. **Gendergerechte Sprache:** Der Verlag veröffentlicht die Beiträge in der von den Autor*innen gewählten Genderform. Die Verwendung einer angemessenen gendergerechten Sprache, um Menschen in ihrer Vielfalt wertschätzend anzusprechen, wird begrüßt. **Eigentümer und Copyright-Inhaber:** © 2023 Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature. Beilage zur Wiener Medizinischen Wochenschrift 15-16/2023.

Eli Lilly: Interaktive Debatte bei der ÖGR-Jahrestagung

Interdisziplinäre Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen

Die Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation (ÖGR) 2023 in Wien steht ganz im Zeichen der Komplexität entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, deren Management eine Vernetzung verschiedenster Disziplinen erfordert. Eli Lilly widmet sich diesem hochaktuellen Thema

am 2. Dezember 2023
von 10:00 bis 11:00 Uhr:
„Die interdisziplinäre Sprechstunde – eine Debatte zu Ihren Fragen“

Unter der Moderation von Harald Leiss, Baden/Wien, wird die Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen wie rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis oder axialer Spondyloarthritis auch aus onkologischer (Barbara Kiesewetter, Wien), kardiologischer und rheumatologischer (Mathias Ausserwinkler, Klagenfurt/Villach) sowie nephrologischer (Marcus Säemann, Wien) Perspektive diskutiert.

Die effektive Behandlung dieser Erkrankungen setzt eine frühzeitige Diagnose und einen rechtzeitigen Therapiestart voraus. Zudem erfordern die komplexen und sehr heterogenen Krankheitsbilder individuelle Therapieentscheidungen – Herausforderungen, die am besten im Zusammenspiel von Expert:innen der verschiedenen involvierten Fachrichtungen gemeistert werden können.

Erfahren Sie mehr in der Debatte und stellen Sie Ihre persönlichen Fragen!

Highlight am Stand: Spaziergang durch Knochen

Ein besonderes Extra am Kongressstand von Eli Lilly wird eine Virtual Reality-Brille sein: Ob rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis oder axiale Spondyloarthritis – die Brille ermöglicht eine dreidimensionale Darstellung von unterschiedlichen Stadien der Erkrankungen. Neben den Krankheitsverläufen kann auch die Wirkung einer Therapie hinsichtlich der Hemmung einer strukturellen Progression erlebbar gemacht werden. Tauchen Sie mit der Brille in die pathologisch veränderten Knochen von Patient:innen mit rheumatischen Erkrankungen ein! ■

PP-AU-AT-0840/Oktober 2023
Mit freundlicher Unterstützung durch Eli Lilly Ges.m.b.H.

FACHKURZINORMATION BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTEL: **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). Atopische Dermatitis. Baricitinib wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer 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-], erweitert oligoartikulär), - Enthesitis-assoziierte Arthritis, und - Juvenile Psoriasis-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:** L04AA37. **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:** Oktober 2023. **Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

FACHKURZINORMATION BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTEL: **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 axialer 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 axialer 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 sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

FACHKURZINORMATION BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTEL: Skyrizi 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze; Skyrizi 150 mg Injektionslösung im Fertigpen; Skyrizi 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze; Skyrizi 600 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung; 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 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-Psoriasis: Skyrizi wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, 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 ein Biologikum unzureichend angesprochen, diese(s) 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 H20, Bernsteinsäure, Sorbitol, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke (Skyrizi 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze); Natriumacetat-Trihydrat, Essigsäure, Trehalose-Dihydrat (Ph.Eur.), Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke (Skyrizi 150 mg Injektionslösung im Fertigpen und in einer Fertigspritze, Skyrizi 600 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, Skyrizi 360 mg Injektionslösung in einer Patrone) **NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland VERTRETUNG DES ZULASSUNGSINHABERS IN ÖSTERREICH: AbbVie GmbH, Wien **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Immunsuppressiva, Interleukin(IL)-23- 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:** 11/2022

FACHKURZINORMATION BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTEL: RINVOQ 15 mg Retardtabletten; RINVOQ 30 mg Retardtabletten, RINVOQ 45 mg Retardtabletten
ZUSAMMENSETZUNG: Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H_2O, entsprechend 15 mg Upadacitinib. Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H_2O, entsprechend 30 mg Upadacitinib. Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H_2O, 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(II,III)-oxid (E172) (nur RINVOQ 15 mg Retardtabletten), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E172) (nur RINVOQ 45 mg Retardtabletten) **NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland Apr 2023 **VERTRETUNG DES ZULASSUNGSINHABERS IN ÖSTERREICH:** AbbVie GmbH, Wien **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Immunsuppressiva, selektive Immunsuppressiva, **ATC-Code:** L04AA44 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:** 04/2023

Springer Medizin

SpringerMedizin.de

Legen Sie los!

Zielgenau neue Stellen finden auf

SpringerMedizin.de/Jobs

Telefon: 06102/506-164, E-Mail: stellenanzeigen@springer.com

Springer Medizin

SpringerMedizin.at

Mehr Wissen!

Wiener Medizinische Wochenschrift: aktuelles Wissen für Ihr Fachgebiet

- Gehobene Fortbildung durch Themenschwerpunkthefte
- „Vom Mikroskop zur klinischen Anwendung“
- Schwerpunkte: Klinische Medizin, Sozialmedizin, Medizintheorie, Medizinethik und Medizingeschichte
- Indexiert in: PubMed/Medline

SpringerMedizin.at/wiener-medizinische-wochenschrift

Jetzt bestellen

130306

Besser Heute als Morgen

taltz®
(Ixekizumab)

bei PsA

Überlegenheit **in 5 H2H-Studien** gezeigt[1-4,*]

CITRATFREI

☑ Mehr Lebensqualität[**] durch **duale Wirksamkeit** auf Gelenke und Haut/Nägel[1,5-8]

☑ **Konsistentes Sicherheitsprofil über 5 Jahre** bestätigt[9,***]

* PsA- und PsO-Studien. PsA: Überlegenheit gegenüber Adalimumab im gleichzeitigen Erreichen eines ACR50- und PASI 100-Ansprechens zu Woche 24 (SPIRIT-H2H).[1] PsO: Überlegenheit gegenüber Etanercept im Erreichen eines sPGA0/1- und PASI 75-Ansprechens zu Woche 12 (UNCOVER-2, -3)[2], Überlegenheit gegenüber Ustekinumab im Erreichen eines PASI 90-Ansprechens zu Woche 12 (IXORA-S)[3], Überlegenheit gegenüber Guselkumab im Erreichen eines PASI 100-Ansprechens zu Woche 12 (IXORA-R).[4] ** Die gleichzeitige Verbesserung von Gelenks- und Hautsymptomen war mit einer stärkeren Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert (vs. Verbesserung der jeweiligen Domäne allein).[5,6] *** PsO: bis zu 5 Jahre Exposition, PsA/axSpA: bis zu 3 Jahre Exposition.[9]

1 Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis 2020;79:123-131. **2** Griffiths CEM, et al. Lancet 2015; 386: 541–51. **3** Reich K, et al. Br J Rheum 2017;177:1014-1023. **4** Blauvelt A, et al. Br J Dermatol 2020;182:1348-1358. **5** Kavanaugh A, et al. Ann Rheum Dis 2019;78:1215-1219. **6** Behrens F, et al. Clinical Rheumatology 2021;40:4943-4954. **7** Klaassen KM, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28:1690-1695. **8** Elewski BE, et al. Dermatol Ther (Heidelb) 2022;12:911-920. **9** Deodhar A, et al. #1042 Arthritis Rheumatol. 2022;74 (suppl 9), präsentiert am ACR 2022, Pennsylvania, United States, 10.-14. November 2022.

PP-IX-AT-1273 September 2023. Fachkurzinformation auf Seite 19.

Lilly