

AUTORINNEN & AUTOREN

des ÖGR-Arbeitskreises
„Rheuma & Herz“

Boris Lindner
Mathias Ausserwinkler
Christina Siess
Kai Ammerer
Monika Esposito
Josef Hermann
Rainer Hintenberger
Matthias Komposch
Lukas Lanser
Helga Lechner-Radner
Caroline Peter
Gersina Rega-Kaun
David Reinhart-Mikocki
Simon Schedl
Michaela Stögerer-Lanzenberger
Jens Thiel
Alexander Niessner

HIER FINDEN SIE DIE VOLLPUBLIKATION ZUM KONSENSUS-STATEMENT

der Österreichischen Gesellschaft für
Rheumatologie und Rehabilitation zum
Management des erhöhten kardiovaskulären
Risikos bei rheumatoider Arthritis,
Psoriasisarthritis und Spondyloarthritis!



Druck dieses Dokuments mit
freundlicher Unterstützung von AbbVie

Hersteller: GRADWOHL Printproduktionen, Wien
Bild: istock.com © cosmin4000
AT-RNQR-260023-25032026



der Österreichischen Gesellschaft für
Rheumatologie und Rehabilitation zum
Management des **erhöhten kardiovasku-
lären Risikos bei rheumatoider Arthritis,
Psoriasisarthritis und Spondyloarthritis**



Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

Phase 1: Erstdiagnose RA / PsA / axSpA / pSpA

Allgemeinmaßnahmen zur CVD-Risikoreduktion

- Remission ist oberstes Ziel
- Lifestyle Beratung
- bei Therapiewahl Auswirkungen auf CVD-Risiko beachten (siehe Tabelle)

	RA	PsA	axSpA	pSpA
NSAR-Dauertherapie	■	■	■	■
Kortison-Dauertherapie	■	■		■
csDMARDs	Methotrexat	■	■	■
	Sulfasalazin	■	■	■
	Leflunomid	■	■	■
	Hydroxychloroquin	■		
bdDMARDs	TNF α -Inhibitoren	■	■	■
	Abatacept	■	■	
	Rituximab	■		
	IL-6-Antagonisten	■		
	IL-1-Antagonisten	■		
	IL-(12)/23-Inhibitoren		■	
tsDMARDs	JAK-Inhibitoren	■	■	■
	PDE-4-Hemmer		■	

- Kardiovaskulär ungünstig/erhöht CVD-Risiko
- Kardiovaskulär neutral oder unklar
- Kardiovaskulär sicher
- Kardiovaskulär protektiv/senkt CVD-Risiko

Phase 2: Niedrige Krankheits- aktivität oder Remission

CVD-Screening nach Workflow

Übergeordnete Prinzipien

- Ausschluss Lipidparadox
- Vermeiden von Polypharmazie und Arzneimittelinteraktionen
- Regelmäßig kardiale Anamnese (Angina pectoris, Dyspnoe, Palpitationen, Synkopen etc.)

CVD-Screening

- ab dem 40. Lebensjahr
- alle 3-5 Jahre
- SCORE2 / SCORE2-OP (>70a) bestimmen (10-Jahres-Risiko für ein CVD-Ereignis bzw. CVD-assoziierten Tod)

Multiplikation des Ergebnisses um den Faktor 1,5 bei

- Rheumatoider Arthritis
- Psoriasisarthritis
- Radiographischer axSpA

Einordnung in Risikogruppen, wodurch sich LDL-Ziel ergibt

- niedriges / moderates / hohes / sehr hohes Risiko

Upgrade-Kriterien für Einordnung in nächsthöhere Risikogruppe

- >1 Autoimmunerkrankung
- Erhöhtes Lipoprotein (a)
- Andere Erkrankung mit hohem CVD-Risiko (bei Erkrankung mit eigenem LDL-Ziel ist rheumatische Erkrankung Upgrade-Kriterium)

Phase 3: Weiterführende Diagnostik und primärprophylaktische Therapie

LDL-Zielwert und weiterführende Diagnostik

- Bei hohem CVD-Risiko und anhaltender niedriger Krankheitsaktivität noch konsequenteres Streben nach Remission
- LDL-Senkung mit oralen Medikamenten → bei Nichterreichen des LDL-Zielwertes Überweisung zu Lipid-Spezialist*innen
- Bei Auffälligkeiten in der kardialen Anamnese weiterführende Diagnostik und Überweisung zu Spezialist*innen

	LDL-Ziel	vertiefende Diagnostik Atherosklerose
Risikogruppe	Niedriges Risiko	RR-Messung
	Moderates Risiko	+ Carotissono
	Hohes Risiko	+ EKG
	Sehr hohes Risiko	

	vertiefende Diagnostik Herzinsuffizienz	vertiefende Diagnostik Rhythmusstörungen
Alle Patient*innen	Liberal BNP-Messung, bei Auffälligkeiten Herzultraschall	Palpieren des Pulses, EKG, elektronische Devices