

## 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!



### Literatur:

Lindner, B., Ausserwinkler, M., Siess, C. et al. Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation zum Management des erhöhten kardiovaskulären Risikos bei rheumatoider Arthritis, Psoriasisarthritis und Spondyloarthritis. Wien Klin Wochenschr 138 (Suppl 3), 49–69 (2026). <https://doi.org/10.1007/s00508-026-02718-8>

Druck dieses Dokuments mit  
freundlicher Unterstützung von AbbVie

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



## KURZFASSUNG: KONSENSUS STATEMENT

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	■		
bDMARDs	TNFα-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