

Journal für
Mineralstoffwechsel

Zeitschrift für Knochen- und Gelenkerkrankungen

Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

Kongressbericht:

Rheuma-Wintersymposium 2013 „Update

Rheumatologie" Seefeld, 17.–20.

Jänner 2013

Herold M

Journal für Mineralstoffwechsel &

Muskuloskelettale Erkrankungen

2013; 20 (1), 25-28

Homepage:

**[www.kup.at/
mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the



Indexed in SCOPUS/EMBASE/Excerpta Medica
www.kup.at/mineralstoffwechsel



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
zur Erforschung des Knochens
und Mineralstoffwechsels



Österreichische Gesellschaft
für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie



Österreichische
Gesellschaft
für Rheumatologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. GZ02Z031108M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Rheuma-Wintersymposium 2013 „Update Rheumatologie“ Seefeld, 17.–20. Jänner 2013

M. Herold

Im Jänner 2013 fand in Seefeld zum 10. Mal das Rheuma-Wintersymposium statt. In bewährter Weise wurde in 6 wissenschaftlichen Sitzungen unter den Arbeitstiteln „Rheuma Neuigkeiten 2012“; „Update Rituximab“; „Biosimilars“; „Update Tocilizumab“; „Biologikaregister“ und „Die neuen Klassifikationskriterien“ versucht, über neue und aktuelle Entwicklungen in der Rheumatologie zu informieren und die Basis für ergänzende Diskussionen zu schaffen.

In der einführenden Sitzung gab **Manfred Herold**, Innsbruck, einen Überblick über Interessantes und Erwähnenswertes aus 2012. Dominierend waren 2012 neue oder überarbeitete Konsensusarbeiten wie die EULAR-Empfehlung zur Pharmakotherapie bei Psoriasis-Arthritis, die ACR-Richtlinien zum Umgang mit Lupus-Nephritis, die neuen ACR-Klassifikationskriterien für Sjögren-Syndrom, die überarbeitete Nomenklatur der Vaskulitiden und die von EULAR und ACR zwar gemeinsam veröffentlichten, in der praktischen Anwendung aber zu hinterfragenden provisorischen Klassifikationskriterien der Polymyalgia rheumatica. In der Labordiagnostik wird die Bestimmung von ADAb („anti-drug antibody“) erwähnt und der neue antinukleäre Autoantikörper (ANA) vom Typ DFS-70, dessen Nachweis im Serum eher gegen eine Autoimmunerkrankung spricht.

Die zweite Sitzung war Rituximab (RTX) gewidmet. Die europäische Zulassung für die Behandlung der Vaskulitis steht unmittelbar bevor. **Johann Hitzelhammer**, Wien, berichtete über die der Zulassung zugrunde liegende Studie RAVE und die 2010 publizierte Studie RITUXVAS. 2001 wurde die erste erfolgreiche Anwendung von Anti-CD20-Antikörper bei therapierefraktärer ANCA-assoziiierter Wegener-Granulomatose beschrieben [1]. Ab 2005 folgen zunehmend Fallberichte zu Behandlungen von Vaskulitiden mit RTX, ab 2008 Übersichtsarbeiten zu RTX bei ANCA-assoziiierter Vaskulitis. Bereits im April 2011 hat die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA den monoklonalen Antikörper RTX in Kombination mit Glukokortikoiden zur Behandlung der Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) und der mikroskopischen Polyangiitis (MPA) zugelassen. Das Ansuchen bei der europäischen Arzneimittelagentur EMA um Zulassung von RTX in Kombination mit Glukokortikoiden für ANCA-assoziierte Vaskulitiden bei Erwachsenen stützt sich auf die positiven Ergebnisse der US-amerikanischen Studie RAVE, in der sich unter RTX im Vergleich zu Cyclophosphamid eine signifikant bessere Ansprechrate (67 % vs. 42 %; $p = 0,01$) zeigte.

Hans Peter Brezinsek, Graz, gab einen Überblick über Fallberichte und Anwendungen von RTX bei anderen Indikationen. Unter dem Suchbegriff „rituximab AND autoimmune disease“ wurden 2652 Zitate gefunden, in denen über Behandlungsversuche bei Mb. Basedow, SLE, Pemphigus, Neuromyelitis optica,

multiple Sklerose, Sjögren-Syndrom, thrombotisch-thrombozytopenische Purpura, Myasthenie, rezidivierende autoimmune Pankreatitis, primäre biliäre Zirrhose, Anti-Phospholipidsyndrom, Lupus-Nephritis, Sklerodermie und Dermato-/Polymyositis berichtet wird. Für die Behandlung des primären Sjögren-Syndroms (pSS) zeigt RTX eine gute Wirksamkeit und wird gut vertragen. Die Behandlung des pSS ist auf Patienten beschränkt, die einen systemischen Befall haben. In kontrollierten Studien bei SLE brachte RTX negative Ergebnisse, während Epratumab vielversprechende und Belimumab positive Resultate zeigten. RTX ist aber das am meisten verwendete Mittel bei Patienten, die auf die Standardtherapie nicht ansprechen, intolerant sind oder aber eine lebensbedrohliche Symptomatik zeigen. RTX-Behandlung bei systemischer Sklerose wurde gut vertragen und die Patienten erreichten sowohl eine Verbesserung des Haut-Scores als auch der klinischen Symptome. RTX ist auch effektiv in der Behandlung von refraktären entzündlichen Myopathien. Es führt zur Erniedrigung von CPK und LDH und verbessert Muskelstärke und klinische Marker der Krankheitsaktivität.

Bernhard Rintelen, Stockerau, referierte ausführlich über die vorhandene Datenlage bei der Dosierung von Rituximab (RTX) in der Behandlung der RA. Bezüglich Sicherheit schickte er voraus, dass es über einen Beobachtungszeitraum von 9,5 Jahren keinen Unterschied gibt zwischen der Dosierung von 2×500 mg und 2×1000 mg pro Zyklus. In der MIRROR-Studie, in der 2 Behandlungszyklen mit 2×500 mg, 2×1000 mg sowie einer Gruppe mit Eskalation von 500 mg auf 1000 mg das Outcome gemessen nach den ACR-Kriterien untersucht wurden, schneiden alle 3 Gruppen gleich ab, mit einer leichten, aber nicht signifikanten Tendenz zum besseren Abschneiden in der „ 2×1000 mg“-Gruppe. Der DAS-28 nahm in allen 3 Gruppen gleich stark ab, die EULAR-Response-Kriterien zeigten ein besseres Abschneiden in der „ 2×1000 mg“-Gruppe. In der Gruppe der zuvor mit TNF α -Hemmern behandelten Patienten zeigte sich ein Trend zum besseren Abschneiden der „ 2×1000 mg“-Gruppe. Die 2-Jahres-Daten des IMAGE-Trials, wo 2×500 mg, 2×1000 mg RTX gegenüber Placebo in Bezug auf radiologischen Outcome untersucht wurden, zeigt sich ein signifikant besseres Abschneiden der beiden RTX-Gruppen gegenüber Placebo. 2×1000 mg führen zu einer tendenziell geringeren Zunahme des verwendeten radiologischen Scores. Aus den belgischen MIRA-Registerdaten lässt sich erkennen, dass offensichtlich die gewählten Intervalle zwischen den einzelnen Infusionszyklen zu lange gewählt wurden und die Patienten in der Gruppe gesehen zwischenzeitlich an Entzündungsaktivität zunahmten. Zu demselben Ergebnis kommt Bernhard Rintelen auch nach einer Analyse des DAS-28 aus 25 RA-Patienten aus dem KH Stockerau. Rezent wurde in einer retrospektiven gepoolten Analyse von Patienten, die in der SERENE-, MIRROR- und DANCER-Studie eingeschlossen waren, gezeigt,

dass ein Treat-to-target- (T2T-) Ansatz ein deutlich besseres Abschneiden der Patienten ergab als eine Behandlung nach Notwendigkeit (gemessen anhand DAS-28, ESR, HAQ und Anzahl von Flares). Der Unterschied lag in einer wesentlich häufigeren Gabe von RTX und mit kürzeren Abständen in der T2T-Gruppe. Zusammenfassend wurde ein Statement von Schweizer Rheumatologen und ein Konsensus-Statement des RTX Consensus Expert Committee zur Therapie mit RTX präsentiert und diskutiert. Non-Respondern sollte ein 2. Zyklus dann verabreicht werden, wenn keine Alternative zur Verfügung steht, und das ab Woche 16. Responder auf RTX, die jedoch weiterhin Aktivität der RA zeigen, sollten ebenfalls in Woche 16–24 den 2. Zyklus erhalten. Responder mit gutem Ergebnis sollten ab Woche 24 einen weiteren Zyklus erhalten, wobei diskutiert wurde, ob hier von Zyklus zu Zyklus das Intervall verlängert werden kann, um sich an ein dem Patienten maßgeschneidertes Infusionsintervall heranzutasten. Eine T2T-Strategie sollte dabei angewendet werden. Über die Dosis zu Therapiebeginn wurde ebenfalls diskutiert. Rational sollten 500 mg eingangs reichen. Um jedoch nicht zu viel Zeit mit der Suche nach der besten Dosis zu verlieren und auch ein optimales radiologisches Outcome zu gewährleisten, ergab sich aus der Diskussion, mit 1000 mg zu beginnen und bei optimalem Ansprechen unter Umständen auf 500 mg zu wechseln.

Die dritte Sitzung beschäftigte sich mit Biosimilars, deren Zulassung zum Teil in asiatischen Ländern bereits erfolgte (Infliximab-Biosimilar) oder die bereits in einer weit fortgeschrittenen Zulassungsstudie erprobt werden, wie zum Beispiel Rituximab-Biosimilar. Unter dem Arbeitstitel „Antikörper-Biosimilars – der Prozess ist das Produkt“ brachte **Gert Hofer**, Wien, einen Überblick über die komplexe Problematik im Vergleich von Biologikum und Biosimilar. Im Unterschied zu einem Generikum, das eine Kopie eines einfachen, chemisch hergestellten Arzneimittels mit abgelaufenem Patent darstellt, ist ein Biosimilar der biologische Nachbau und die angenommene neue Version eines Original-Biologikums, nachdem dessen Patent ausgelaufen ist. Die Herstellung eines Biopharmazeutikums ist komplex und Eigentum des Originalherstellers. Zur Sicherung der Konsistenz ist neben der Originalzelle eine sorgfältige Prozesskontrolle notwendig. Biopharmazeutika, die in unterschiedlichen Prozessen hergestellt werden, sind nicht ident. Die Qualität und Eigenschaft des Produkts wird durch den Produktionsprozess bestimmt. Die analytische Charakterisierung alleine genügt nicht, um die Sicherheit und Wirksamkeit des Produkts vorauszusagen. Nach den Biosimilar-Richtlinien der WHO (www.who.int/biologicals/areas/biological_therapeutics/BIO_THERAPEUTICS_FOR_WEB_22APRIL2010.pdf) und EMA (www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/11/WC500099361.pdf) ist ein Risikomanagement erforderlich, da die Biosimilar-Zulassung größtenteils auf präklinischen Daten mit Vergleich zum Original beruht und man auf dieser Basis annimmt, dass das Biosimilar wirken wird.

Im Anschluss sprach **Ulrike Stuby**, Linz, über Erfahrungen mit Biosimilars am Beispiel RTX, wobei eigene Erfahrungen bisher noch fehlen. Es wird noch einmal betont, dass aufgrund der Komplexität der Moleküle eines monoklonalen Antikörpers (moAK) bei den derzeit in Entwicklung befindlichen, gegen CD20 gerichteten moAK nicht von einem Generikum im Sinne

eines einfachen Nachbauprodukts gesprochen werden kann. Als Folge der Komplexität in der Herstellung handelt es sich um eine Neuentwicklung, wobei die Messung der Vergleichbarkeit mit dem Originalprodukt dieser Art, RTX, problematisch ist. Nicht nur, dass biotechnologisch, auf klonierter Zellbasis hergestellte moAK *per se* nicht idente Kopien sein können, kann es durch geringste Veränderungen in der Molekülstruktur zu einer Änderung der immunologischen Spezifität und damit der Wirkungsweise, Effizienz, aber auch der Sicherheit kommen. An die Entwicklung der CD20-gerichteten Biosimilar-moAK sind somit dieselben Anforderungen hinsichtlich des Nachweises der immunologischen Wirkung, Krankheitsspezifität und Sicherheit zu stellen, wie es bereits in den entsprechenden EMA-Richtlinien zur Entwicklung von Biosimilars festgelegt wurde. Eine einfache Extrapolation auf der Basis alleine der biochemischen Vergleichbarkeit mit Folgerung auf die Effizienz und Sicherheit in den einzelnen Indikationen ist nicht zulässig. Von einer Umstellung einer laufenden Therapie mit RTX auf ein RTX-Biosimilar ist abzuraten. Eine Neueinstellung auf ein CD20-gerichtetes moAK-Biosimilar ist in Zukunft in jeder Indikation erst nach Vorliegen entsprechender klinischer Studien, die die Effektivität und die Sicherheit des jeweiligen Produktes zeigen, zu empfehlen.

Raimund Lunzer, Graz, ging auf das Thema Infliximab-Biosimilar und erhältliche Billigkopien ein. Ein Infliximab-Biosimilar ist seit 2012 in asiatischen Ländern bereits verfügbar, derzeit aber noch nicht in Österreich. Hingegen werden aber in Österreich Originalpräparate zu günstigeren Preisen angeboten und zum Teil von Krankenanstalten gekauft. Es handelt sich um Parallelimporte von Originalpräparaten. Aufgrund des freien Warenverkehrs in der EU ist es möglich, im Land mit den günstigsten Konditionen ein Produkt zu kaufen und in einem anderen EU-Land weiter zu verkaufen. Es wird über 2 Fälle in Graz berichtet, die auf die Infliximab-Infusion schwere kardiale Nebenwirkungen zeigten, mit glücklicherweise positivem Ausgang. Nachforschungen ergaben, dass es sich zwar um verabreichte Originalpräparate handelte, die allerdings nicht in Österreich von der Herstellerfirma verkauft wurden. Damit übernimmt auch die Herstellerfirma keine Garantie und es muss vermutet werden, dass im Rahmen des Transports die Kühlkette unterbrochen wurde oder andere Einflüsse erfolgten, die die Qualität des Medikaments beeinträchtigten.

Die vierte Sitzung war einem Update von Tocilizumab (TCZ) gewidmet. Im ersten Vortrag fasste **Rudolf Puchner**, Wels, Erfahrungen mit TCZ in der Monotherapie zusammen. Aufzeichnungen in den Biologikaregistern verschiedener Länder einschließlich dem österreichischen Register BioReg zeigen, dass etwa ein Drittel der mit Biologika behandelten Patienten mit einem Biologikum in der Monotherapie erfolgreich behandelt wird. In Österreich sind nach den in BioReg vorliegenden Daten von über 1000 Patienten etwa 37 % unter einer Monotherapie mit einem Biologikum, wobei mit allen 9 registrierten Präparaten die Monotherapie bei einzelnen Patienten angewendet wird. In der ADACTA-Studie (ADalimumabACTemrA), einer multizentrisch, randomisiert, doppelblind und placebo-kontrolliert durchgeführten Phase-IV-Studie mit TCZ versus Adalimumab (ADA) wurden RA-Patienten aufgenommen, die unzureichend auf MTX angesprochen oder dieses nicht vertrugen hatten und eine hohe Krankheitsaktivität (DAS-28 > 5,1)

aufwiesen. Primärer Endpunkt war die Reduktion des DAS-28-Scores im Vergleich zum Ausgangswert, zu den sekundären Endpunkten gehörten die DAS-28-Remissionsrate ($< 2,6$ Punkte), die Zahl der Patienten mit geringer Krankheitsaktivität ($\text{DAS-28} \leq 3,2$ Punkte), die Ansprechraten nach ACR20-, ACR50- und ACR70-Kriterien und die Sicherheit. TCZ ist in den klinischen Bewertungen ADA in der Monotherapie signifikant überlegen, das Sicherheitsprofil der beiden Therapien ist vergleichbar. Aus der ACT-RAY- und in der AMBITION-Studie (beide vergleichen TCZ-Monotherapie gegen die Kombinationstherapie TCZ plus MTX) lässt sich schließen, dass bei TCZ im Unterschied zu anderen Biologika eine ergänzende Therapie mit MTX nicht erforderlich ist, um ein klinisch besseres Ansprechen zu erzielen. Auch aus der eigenen Praxis berichtete Rudolf Puchner über die erfolgreiche TCZ-Monotherapie an 7 Patienten mit RA (5/7 in Remission, 2/7 in niedriger Krankheitsaktivität) bei einer beobachteten Behandlungsdauer von 7–39 Monaten. TCZ ist eine wirksame Monotherapie und überlegenwert für Patienten, die MTX nicht vertragen.

Anschließend berichtete **Hans Peter Brezinsek**, Graz, über die pleiotrope Wirkung von TCZ. Neben einer direkten Beeinflussung der Synthese von Reaktanten der akuten Phase wie zum Beispiel CRP werden auch andere Laborwerte beeinflusst. Es kommt zur Besserung einer Anämie durch Hemmung von Hepcidin, einem Schlüsselregulator des Eisenstoffwechsels. Bei zunehmender Kontrolle der Entzündung wird ein Anstieg der Lipide beobachtet, der mitunter eine lipidsenkende Therapie für sinnvoll erachten lässt. Ein Anstieg der Leberwerte ist meist vorübergehend, ein Abfall der neutrophilen Granulozyten führt zu keiner erhöhten Infektionsrate. IL-6 wirkt ubiquitär, weshalb die Blockade des IL-6-Signalweges durch TCZ theoretisch auch an den Einsatz bei anderen chronisch-entzündlichen Erkrankungen denken lässt. Mögliche Indikationen für eine therapeutische IL-6-Blockade sind systemische Autoimmunerkrankungen wie Lupus erythematoses, systemische Sklerose, Riesenzellarteriitis und Polymyositis, organspezifische Autoimmunerkrankungen wie Morbus Crohn, rezidivierende Polychondritis und erworbene Hämophilie A, chronische entzündliche Krankheitszustände wie Morbus Still, AA-Amyloidose, Polymyalgia rheumatica, RS3PE-Syndrom, Spondylarthritis, Morbus Behçet und chronische Abstoßungsreaktionen („graft versus host disease“) und Malignome wie das multiple Myelom [2].

Über den Einsatz von TCZ bei anderen Autoimmunerkrankungen wurde von **Jeanette Wolf**, Wien, referiert. In einer Phase-I-Studie wurden 16 Patienten mit systemischem Lupus erythematoses mit TCZ 2, 4 oder 8 mg/kg KG i.v. alle 2 Wochen behandelt. Es kam zu einer signifikanten Besserung sowohl der Klinik als auch zum Abfall der Anti-dsDNA-Antikörper, letzteres allerdings nur in den beiden höheren Dosierungen, bei zufriedenstellendem Sicherheitsprofil. In den höheren Dosierungen kam es häufiger zu Neutropenien. Zwei Drittel aller Patienten hatten Infekte, die jedoch nicht zum Therapieabbruch führten. Bei 2 Patienten mit Riesenzellarteriitis unter Methotrexat und Glukokortikoid konnte unter TCZ 8 mg/kg KG eine Reduktion der täglichen Glukokortikoiddosis erreicht werden. Auch bei einer Studie an Patienten mit einer Vaskulitis der großen Gefäße konnte durch TCZ die Glukokortikoidtherapie reduziert werden. In 2 verschiedenen Fallberichten erhielten

Patienten mit ankylosierender Spondylitis TCZ 8 mg/kg KG, bei beiden kam es zu klinischer und serologischer Besserung, ebenso bei einer Patientin mit reaktiver Arthritis. Auch 2 Patienten mit therapierefraktärer Polychondritis wiesen eine Verbesserung der Beschwerden sowie der Entzündungsparameter auf. Bei all diesen Erkrankungen gibt es jedoch nur Fallberichte, weiterführende und vor allem randomisierte, doppelblinde Studien sind noch ausständig. Im TENDER-Trial wurden 112 Patienten mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis mit TCZ behandelt und ein vor Therapie bestehendes Wachstumsdefizit wieder aufgeholt.

In der fünften Sitzung war als Arbeitstitel der Name des österreichischen Biologikaregisters „BioReg“ gewählt worden. Zum Einstieg brachte **Burkhard Leeb**, Stockerau, aktuelle Daten aus BioReg, das im Sommer 2009 als Verein gegründet wurde. Mit Stand Jänner 2013 zählt BioReg 31 Mitglieder und 1083 dokumentierte Patienten (643 RA, 269 SpA, 171 PsA), die aus 7 der 9 österreichischen Bundesländer stammen. Die Verteilung der 9 zugelassenen Biologika ist in BioReg ähnlich wie im deutschen Register RABBIT. BioReg ist inzwischen auch Partner von ENEPP (European Network of Centres for Pharmacoeconomics and Pharmacovigilance). Es werden die deskriptiven Auswertungen der bisher eingegebenen Daten präsentiert. Die Daten sind glaubwürdig; die Krankheitsaktivität, gemessen mit validierten Messinstrumenten sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme in BioReg als auch in den Verlaufsbeobachtungen, sind in den erwarteten Bereichen. Auch die bisher eingetroffenen Nebenwirkungsmeldungen entsprechen in etwa den Beobachtungen in anderen und schon länger aktiven Biologikaregistern. Einzig auffallend an den Nebenwirkungsmeldungen in BioReg waren in der Gruppe der Spondylitispatienten mehrmalige Meldungen bezüglich Nebenwirkungen im Einflussbereich der Hirnnerven VII und VIII mit Facialisparesie, Facialisneuralgie, Vertigo und Tinnitus. Inwieweit es sich bei dieser Beobachtung um Zufall oder doch eine höhere Empfänglichkeit einer TNF-Hemmer-assoziierten Nebenwirkung auf die Hirnnerven VII und VIII von Spondylitispatienten handelt, kann allerdings zum derzeitigen Zeitpunkt nicht sicher beurteilt werden.

Manfred Herold, Innsbruck, berichtete kurz über Registerdaten, die am EULAR 2012 in Berlin präsentiert wurden. Unter 3808 Abstracts konnten mit den Suchbegriffen „biological“ 284, „registry“ 102 und „register“ 115 Treffer erzielt werden, wobei die Zahl der Abstracts wesentlich geringer ist, da der Suchbegriff pro Abstract mitunter öfter vorkam. Erwähnenswert war eine Auswertung aus dem deutschen Register RABBIT. RA-Patienten, die mit Biologika behandelt werden, leben länger als bei Behandlung mit konventionellen Basistherapeutika.

Raimund Lunzer, Graz, ergänzte noch durch Berichte von Registerdaten am ACR 2013 in Washington, USA. Aus dem britischen Register (BSRRA) ergibt die Auswertung bezüglich Effizienz einer Behandlung von RA-Patienten mit TNF-Hemmern, dass Biologika das Leben verlängern und die Lebens-

qualität erhöhen, aber nicht nur dadurch die Behandlungskosten rechtfertigen, sondern auch durch Rückgang der Invalidität und Zunahme der Arbeitsfähigkeit bei Patienten unter Biologikabehandlung. Auch wird von der unterschiedlichen Einschätzung von Arzt und Patient bezüglich Krankheitsaktivität berichtet. Während Patienten die Krankheitsaktivität hauptsächlich auf der Basis Schmerz beurteilen, berücksichtigen Ärzte auch Schwellung und Laborwerte. Impfungen können unter Biologika durchgeführt und ein ausreichender Titeranstieg trotz Biologikum erwartet werden.

Bezüglich Arbeitsfähigkeit zitiert **Franz Mayrhofer**, Bad Schallerbach, deutsche Versicherungsdaten, die eine Abnahme der Arbeitsunfähigkeitstage von 30 % beim Vergleich 1997 mit 2007 belegen [3].

In der nachfolgenden Diskussion zur Ideenfindung, was wir aus den Daten in BioReg herauslesen könnten, werden spontan verschiedene Vorschläge vorgebracht, wie Einfluss Arbeitsfähigkeit, Vergleich Arzteinschätzung zwischen großen Zentren mit vielen Patienten, Einfluss Alter und Geschlecht bezüglich Einschätzung der Krankheitsaktivität, Patienteneinschätzung im Vergleich Monotherapie gegenüber Kombinationstherapie bezüglich Therapieerfolg.

Die sechste Sitzung hatte die neuen Klassifikationskriterien zum Thema. Zum Einstieg gab **Manfred Herold**, Innsbruck, einen Überblick über Autoantikörper, deren Nachweis und Bewertung.

Wie in den vergangenen Jahren zeichnete sich das Wintersymposium wieder aus durch eine außergewöhnlich aktive Teilnahme aller Tagungsteilnehmer mit lebhaften Diskussionen und sachlich relevanten Beiträgen. Als Organisator des Wintersymposiums danke ich allen Teilnehmern (neben den oben erwähnten Referenten in alphabetischer Reihenfolge: Bode Philipp, Roche Austria Wien; Bröll Johann, Wien; Fenzl Karl, Roche Austria Wien; Gruber Johann, Innsbruck; Halder Wolfgang, Hochzirl; Hofer Gert, Roche Austria Wien; Mur Erich, Innsbruck; Österbauer Andrea, Hochzirl) für die sachkundige Diskussion und aktive Mitarbeit.

Literatur:

- Specks U, Fervenza FC, McDonald TJ, et al. Response of Wegener's granulomatosis to anti-CD20 chimeric monoclonal antibody therapy. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 2836–40.
- Mihara M, Hashizume M, Yoshida H, et al. IL-6/IL-6 receptor system and its role in physiological and pathological conditions. *Clin Sci (Lond)* 2012; 122: 143–59.
- Ziegler S, Huscher D, Karberg K, et al. Trends in treatment and outcomes of rheumatoid arthritis in Germany 1997–2007: results from the National Database of the German Collaborative Arthritis Centres. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 1803–8.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. DDr. Manfred Herold
 Universitätsklinik für Innere Medizin VI
 Rheumaambulanz & Rheumalabor
 A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
 E-mail: manfred.herold@i-med.ac.at, manfred.herold@uki.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)