

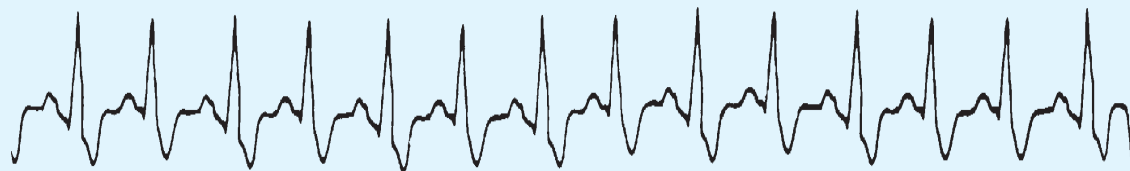
INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Psoriasisarthritis

von

OA Dr. Christoph Strehblow



Österreichische Post AG / Sponsoring Post
1200 Wien, GZ 02Z031148 S

27. Jahrgang - 4 / 2014

Preis: 7 Euro

Impressum

Zeitung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten, 1200 Wien,
Treustrasse 43/4/4, Tel /Fax. 01/270 24 57, e-mail: sekr@boei.or.at, www.boei.or.at
Redaktion, Anzeigenleitung, Layout, Verleger und Herausgeber: Dr. Martina Wöfl-Misak,
2103 Langenzersdorf, Barwichgasse 17 , **Sekretariat:** Bernadette Teuschl, Susanne Bachtrog

VORSTANDSMITGLIEDER

Präsident: Dr. Johannes Fleischer ♦ **Präsident elect:** Dr. Johannes Huber ♦ **Präsidentin past:**
Dr. Heidemarie Müller-Ringl ♦ **1.Vizepräsident:** Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **2.Vizepräsidentin:** Dr. Monika
Steininger ♦ **Kassierin:** Dr. Doris Kerö ♦ **Schriftführer:** Dr. Susanne Biowski-Frotz ♦

Spitalsärztevertreter: Dr. Istepan Kürkciyan

Kooptiertes Mitglied der ÖGIM: Dr. Susanne Biowski-Frotz

Fortbildungsreferat: Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis, Dr. Martina Wöfl-Misak

LANDESGRUPPEN

Burgenland: Dr. Heidemarie Müller-Ringl ♦ **Kärnten:** Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **Niederösterreich:** Dr.
Lothar Fiedler, Dr. Gerhard Habeler ♦ **Oberösterreich:** Dr. Maximilian Rosivatz ♦ **Steiermark:** Dr.
Wilfried Kaiba, Vorarlberg: Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. Arthur Udo Ehmsen, Univ.-Prof.Dr. Ernst Pilger, Dr. Herbert Schindler, Dr. Hans

Aus dem Inhalt:

Brief des Präsidenten	3
Psoriasisarthritis	5
Kurskalender	9



Dr. Johannes
Fleischer

Präsident

des
Berufsverbandes
Österreichischer
Internisten

Ziele setzen

Werte Kolleginnen und Kollegen!

Im Rahmen der Jahreshauptversammlung des Berufsverbandes Ende September in Salzburg wurde mir wieder die Ehre zuteil, dem Präsidium des BÖI vorzustehen und dieses im kommenden Jahr zu vertreten.

Zwischenzeitlich hat sich das Rad im Gesundheitswesen scheinbar weiterbewegt. Die Player haben zwar mehrfach neue Gesichter bekommen, die Themen sind aber im Grunde genommen dieselben geblieben. Sie haben eigentlich nur neue Überschriften bekommen. Zum Beispiel wurde aus „Strukturplan Österreich“ „Zielsteuerungssystem im österreichischen Gesundheitswesen“ oder aus „Versorgungsplan der ambulanten Betreuung“ „Konzept zur Primärversorgung“.

Erfreulich ist, dass es doch gelungen ist, die Krankenkassen zu sanieren und zu einer Reform der ärztlichen Ausbildung gekommen ist.

In der Liste der „Änderungen“ wäre weiters noch anzuführen:

- Gratiszahnspangen für Kinder und Jugendliche
- Leistungserweiterungen im Mutter-Kind-Pass
- Erweiterung des Gratis-Impfplanes,
- ELGA-Startschuss (ein entbehrlicher bürokratischer Dauerlauf)

Das alte Ziel „Gesundheitsreform neu“ erscheint jetzt unter dem glanzvollen Titel „Der Mensch im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik“. Welch eine „treffliche“ Überschrift für ein Vorhaben, das nach wie vor nur Stückwerk ist und immer wieder durch neue Zielsetzungen protrahiert wird.

Manche mögen meinen, dass dies auch Vorteile hat, da dadurch korrigierende Maßnahmen erfolgen können.

Es bleibt jedoch nicht mehr viel Zeit. Sowohl die finanziellen als auch die personellen Ressourcen werden knapp.

Nehmen wir nun Bezug auf den neuen Reformslogan „Der Mensch im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik“, sollten wir ÄrztInnen im Besonderen im zentralen Blickwinkel der Reform stehen, weil der „Rohstoff Arzt“ zunehmend rar und kostbarer wird.

Und da die gesamte Neustrukturierung des Gesundheitswesens prinzipiell auf der Basis von „Health-Economy“ basiert und nicht nach den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert ist, sollten wir Ärzte unseren Wert entsprechend marktgerecht darstellen. Wir müssen klarmachen, dass wir unseren verantwortungsvollen Beruf nicht zu Dumpingpreisen mit einem Stundenlohn, der niedriger ist als so mancher Handwerkerlohn, ausüben können.

Wir Ärzte sollten sowohl in Einzelgesprächen als auch durch Einschaltungen in öffentlichen Medien die Patienten auf unsere Arbeitssituation und die damit verbundenen negativen Folgen (nicht von uns verschuldete lange Wartezeiten, schlechte regionale Versorgung und ein abnehmendes Leistungsspektrum) aufmerksam machen.

Auf der anderen Seite sollten unsere Arbeitgeber / Vertragspartner eventuell auch durch drastische Maßnahmen zu spüren bekommen, welchen Marktwert wir ÄrztInnen haben. Ein geeintes Vorgehen im Rahmen von Streiks oder eines vertragslosen Zustands wären hier durchaus sinnvolle Optionen.

Es ist schon „fünf vor 12“ und wir sollten den Zeitpunkt nutzen.

Es ist unsere große Chance.

Dr. Johannes Fleischer



Der Berufsverband Österreichischer Internisten

wünscht allen Kolleginnen und Kollegen

frohe Festtage und alles Gute für 2015!



Psoriasisarthritis

Von
OA Dr. Christoph Strehblow

Einleitung

Die Psoriasisarthritis stellt mit ihrem oft bunten Erscheinungsbild auch 2014 eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Aufgrund gemeinsamer klinischer Merkmale wird sie zu den sogenannten Spondyloarthritiden, und hier im speziellen gemeinsam mit der reaktiven Arthritis, der Arthritis bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und der undifferenzierten Spondyloarthritis zu den prädominant peripheren Spondyloarthritiden gezählt. "Peripher" bezieht sich hier auf das Gelenkbefallsmuster, wobei auch axiale Verläufe vorkommen.

Diese Übersicht soll Ihnen einen Überblick über diese spannende rheumatologische Krankheitsentität und neben den aktuellen Behandlungsempfehlungen auch einen Ausblick auf den aktuellen Stand der Forschung in Hinblick auf neue therapeutische Optionen bieten.

Pathogenese

Die genaue Pathogenese der Psoriasisarthritis ist nach wie vor nicht geklärt, wenn auch in Teilbereichen Fortschritte gemacht wurde, die letztlich auch zu neuen effektiven Therapien geführt haben und in Zukunft auch noch führen werden. Wie bei vielen anderen Autoimmunerkrankungen geht man von einer gewissen genetischen Prädisposition, verschiedenen Umweltfaktoren und einer möglich infektiösen (viralen?) Co-Genese aus. Polymorphismen in verschiedenen MHC Klasse 1 und 2 Genen wie HLA-C*06 (Prädisposition zu Psoriasis und Arthritis) und HLA-B38, HLA-B39, HLA-B57, HLA-DR7, TNF-?? promoter, und MICA-A9 (nur Arthritis) konnten mittlerweile identifiziert werden, wobei es Unterschiede in diesen Risikogenen zwischen Mann und Frau geben dürfte. Diese genetischen Variationen scheinen zu Veränderungen in der Antigen-Präsentation bzw. deren Erkennung zu führen und damit zu einer Autoimmunreaktion zu führen, die durch die Wirkung verschiedener proinflammatorischer Zytokine und deren Wirkung auf Effektorzellen des Immunsystems gekennzeichnet sind. Auch wenn es hier viele Überlappungen mit der Pathogenese der rheumatoiden Arthritis geben dürf-

Korrespondenzadresse:

OA Dr. Christoph Strehblow
5. Medizinische Abteilung
Wilhelminenspital, Wien

Ordination:
Schlossplatz 10, 2361 Laxenburg
www.strehblow.at, ordination@strehblow.at

te, gibt es doch wesentliche Unterschiede im klinischen Erscheinungsbild sowie den typischen radiologischen Veränderungen. Hier scheinen unterschiedliche Zytokinmuster (mit-) verantwortlich zu sein, was auch in neuen Therapien der Psoriasisarthritis gemündet hat (siehe dazu Kapitel Therapie).

Klinik

Das klinische Erscheinungsbild der Erkrankung ist durch die zwei wesentlichen Teilbereiche der Erkrankung, der Psoriasis und der Arthritis, gekennzeichnet. Meist geht die Hauterscheinung der Gelenke um Jahre voraus, in einem kleinen Teil der Patienten steht jedoch die Arthritis am Anfang der Beschwerden. Als seltene Variante können niemals psoriatische Läsionen trotz typischem Gelenkbefallsmuster gefunden werden (Psoriasisarthritis sine psoriase). Das vielschichtige Bild der Erkrankung zeigt sich auch an den unterschiedlichen Verläufen der Arthritis. Die klassische Manifestationsform präsentiert sich als sogenannter "Wurstfinger" oder als "Wurstzehe", dh. in einem Befall eines ganzen Strahls einer Hand oder eines Fusses. Des Weiteren werden aber auch Verläufe beobachtet die klinisch von einer rheumatoiden Arthritis kaum zu unterscheiden sind und einen polyarthritischen Befall mehrerer Strahle zeigen. Zum Komplex der Spondyloarthritiden gehörend kann die Erkrankung aber auch zusätzlich oder ausschließlich das Achsenskelett im Sinne einer Sakroileitis mit oder ohne Spondylarthritis betreffen und kann damit Abgrenzungsschwierigkeiten zu einer genuinen ankylosierenden Spondylitis bereiten.

Auch der Schweregrad Psoriasisarthritis kann äußerst variabel, von einer milden Monarthritis bis zu einer mutilierenden Polyarthritis, sein. Letztere Verläufe sind allerdings dank moderner Therapien in den letzten Jahren nur äußerst selten zu beobachten.

Auch entsprechend der Zugehörigkeit der Erkrankung zu den Spondyloarthritiden machen oft hartnäckige Sehnenansatzentzündungen ("Enthesitis") den Patienten zu schaffen. Als typische Lokalisation wäre hier die entzündliche Schwellung der Achillessehne zu nennen.

Die Psoriasis selbst zeigt sich meist typisch mit geröteten und schuppigen scharf begrenzten Hautläsionen. Auch wenn das Vorhandensein dieser Veränderungen vom Patienten verneint werden zählt sich eine genaue Inspektion der Haut aus. Einerseits können sich die Läsionen manchmal nur diskret oder nicht an den typischen Prädilektionsstellen zeigen (Psoriasis inversa) andererseits lassen sich immer wieder lediglich Nagelveränderungen (Tüpfelnägel, sogenannter "Ölfleck", Onychodystrophie) nachweisen.

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch fordert der Verdacht einer Psoriasisarthritis ein ausführliches Abklärungsprogramm, da hinter den vielen verschiedenen Verlaufs- bzw. Ausprägungsformen (siehe Kapitel Klinik) der Erkrankung ein breites Spek-

trum an rheumatologischen oder nicht-rheumatologischen Erkrankungen stecken kann.

Bezüglich der vielfältigen Differentialdiagnosen zu mono-oligo- oder polyartikulär verlaufenden arthritischen Erkrankungen siehe Tabelle 1.

Verkompliziert werden die differentialdiagnostischen Überlegungen häufig durch blande Hautverhältnisse zum Zeitpunkt des Auftretens der Gelenksbeschwerden. Obwohl es eine gewisse Korrelation bestimmter Hautmanifestationen zur Gelenksaktivität gibt und die Hauterscheinungen meist der Gelenksaffektion vorausgehen, kann diese Sequenz auch umgekehrt verlaufen oder die psoriatischen Läsionen komplett fehlen (Psoriasisarthritis sine psoriase).

Diagnostik

Abseits der ausführlichen Anamnese, der physikalischen Krankenuntersuchung und insbesondere der genauen Inspektion der Haut und Nägel ist die fachkundige Untersuchung der betroffenen Gelenke bedeutend. Dabei ist durch Palpation einerseits zwischen synovitisches geschwollene Gelenken und zB knöchern aufgetriebenen (arthrotischen) Gelenken zu unterscheiden, andererseits die Entesen nach Zeichen einer Entzündung zu untersuchen.

Abseits dieser klinischen Zeichen können apparative Methoden wie die Laboruntersuchung und bildgebende Verfahren wie konventionelles Röntgen, hochfrequenter Gelenk-ultraschall oder die Magnetresonanztomographie diagnostisch wegweisend oder differentialdiagnostisch hilfreich sein.

Labor

Leider existiert bislang kein diagnostischer Labortest im Sinne eines typischen Autoantikörpers, der bei der Diagnostik einer Psoriasisarthritis hilfreich wäre. Auch die oft bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen pathologisch ausgedehnten humoralen Entzündungsparameter wie Blutsenkungsgeschwindigkeit oder CRP sind nur in einem Teil der betroffenen Patienten pathologisch und haben eher prognostische als diagnostische Bedeutung, indem sie einen aggressiveren Verlauf der Erkrankung anzeigen können. Das bereits beschriebene unterschiedliche Zytokinmuster im Vergleich zB zur rheumatoiden Arthritis und die zugrunde-

Tabelle 1. Differentialdiagnose der Psoriasisarthritis nach Gelenkbefallsmuster

Mono/Oligoarthritis	Polyarthritis
reaktive Arthritis	rheumatoide Arthritis
Arthritis bei chron. entzündlichen Darmerkrankungen	virale Polyarthritis
Ankylosierende Spondylitis mit peripherem Befall	Fingerpolyarthrosen
Gicht und andere Kristallarthropathien	polyartikuläre Gicht / Chondrokalzinose
akute Sarkoidose (Löfgren Syndrom)	Kollagenosen mit peripherer Gelenkbeteiligung
Infektiöse (septische) Arthritis	
„aktivierte“ Arthrose / traumatische Läsion	

liegende Genexpression könnte in Zukunft neue diagnostische Möglichkeiten eröffnen, ist derzeit aber noch durch sehr hohe Kosten und fehlende Standardisierung limitiert.

Bildgebung

Bildgebende Verfahren können einen wesentlichen Beitrag in der Diagnose und Differentialdiagnose der Psoriasisarthritis leisten.

Während bei der rheumatoiden Arthritis die erosiven Knochen- bzw. Gelenksveränderungen im Vordergrund stehen kann man bei der Psoriasisarthritis oft ein buntes Nebeneinander von destruktiven und proliferativen Knochenumbauvorgängen finden. Dieses duale Schädigungsmuster stützt die Einordnung der Psoriasisarthritis zu den Spondylarthritis, bei denen ja typischerweise eine zunehmende Verknöcherung angetroffen wird.

Ein fast pathognomonisches radiologisches Zeichen stellt in diesem Zusammenhang das sogenannte "pencil-in-cup" Phänomen dar. Durch ausgeprägte destruktive und an den Gelenkrändern proliferativen Veränderungen entsteht ein Bild, als ob ein Stift in einem Becher steckt.

Radiologische Veränderungen Peripherer Gelenke:

- Asymmetrische Veränderungen
- Osteolysen mit Pencil-in-cup-Phänomen, „abgelutschte Phalangenenden, Ankylosen
- Proliferative Veränderungen an den Basen der Endphalangen, der Nagelplatte und den Metacarpalköpfchen (sogen. „Protuberanzen“, Wollkragen)
- Diaphysäre Periostossifikationen an den Phalangen
- Fehlende gelenknahe Osteoporose (im Unterschied zur rheumatoiden Arthritis)
- (Sub)Luxationen, groteske Mutilationen
- Entzündliche Enthesopathien mit kapsulärer Fibroostitis (z.B. Trochanter, Patella, Calcaneus)

Radiologische Veränderungen am Achsenskelett:

- Sakroiliitis (häufiger auch einseitig)
- Spondylitis: im Gegensatz zur klassischen ankylosierenden Spondylitis überwiegen segmentale und asymmetrische Veränderungen,
- selteneres Auftreten marginaler Syndesmophyten
- Paravertebrale Ossifikationen
- Hyperostosen an der Vorderseite der Wirbelkörper (insbesondere bei schwerem HWS-Befall).

Gelenksonographie

Die breite Verfügbarkeit der hochfrequenten Gelenksonographie hat die Diagnose und das Therapiemonitoring in der Rheumatologie wesentlich verfeinert, so auch bei der Psoriasisarthritis. Neben dem Nachweis von Gelenksergüssen ist vor allem der Einsatz vom sogenannten "Power-Doppler" zur Visualisierung von lokalen Entzündungsreaktionen von grossem Nutzen. Auch differentialdiagnostisch, vor allem zur Abgrenzung zu einer rheumatoiden

Arthritis ist die power-doppler gestützte Gelenksonographie sinnvoll. Während sich bei der rheumatoiden Arthritis die Powerdopplersignale vor allem intraartikulär (zB auch im Bereich von gefundenen Usuren) finden lassen, zeigen sich die inflammatorischen Zeichen bei der Psoriasisarthritis oft eher periartikulär.

Therapie

Aktuelle Behandlungsempfehlungen der Psoriasisarthritis

Die meisten Behandlungsempfehlungen, wie zB von der EULAR (European League Against Rheumatism) empfehlen neben einer Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika zur Symptomkontrolle bei aktiver Erkrankung die rasche Etablierung einer DMARD (Disease Modifying Anti Rheumatic Drug) Therapie, zB. Methotrexat, Leflunomid oder Sulfasalazin. Während die Datenlage bezüglich der Effektivität von Methotrexat in dieser Indikation recht dünn ist und die initiale Zulassung auf Boden einer Kleinst-Studie erfolgte, stellt Methotrexat dennoch das am meisten verwendete DMARD bei der Psoriasisarthritis dar. Dies dürfte die Substanz der guten Wirkung auf die Hautmanifestationen verdanken. Zusätzlich sind lokale Steroidinjektionen sinnvoll, die systemische Therapie sollte jedoch zurückhaltend erfolgen, da Schübe der Psoriasis unter systemischer Cortisontherapie vorkommen können. Sollten die genannten Maßnahmen nicht ausreichend sein um die Krankheitsaktivität zu unterdrücken ist die Therapie mit einem der zugelassenen TNF-Blocker indiziert. Ob bei Umstellung der Therapie auf einen TNF-Blocker die konkomitante Methotrexattherapie fortgeführt werden soll, ist nicht so einfach wie bei der rheumatoiden Arthritis zu beantworten. Dies liegt zum Teil daran dass bei den meisten Zulassungsstudien der Biologika Methotrexat nicht verpflichtend war und der Unterschied in der Wirksamkeit zwischen Kombinationstherapie und Biologika-Monotherapie nicht überzeugend war. Im Sinne der Verminderung der Immunogenität der gentechnologisch hergestellten Therapeutika sollte (zumindest auf jeden Fall bei einer Infliximabtherapie) aber eine Fortführung der DMARD Therapie in Erwägung gezogen werden.

Certolizumab Pegol

Eine erste Neuigkeit in der Therapie der Psoriasisarthritis besteht in der rezenten Zulassung von Certolizumab Pegol in dieser Indikation. Die Effektivität und Sicherheit dürfte hier analog zur Therapie bei der rheumatoiden Arthritis im Bereich der anderen TNF-Blocker liegen.

neue Therapienansätze bei Psoriasisarthritis

anti IL-12/23: Ustekinumab

Interleukin-23 nimmt eine zentrale Rolle in der Aktivierung von TH-17 Lymphozyten und damit in der Produktion von Interleukin-17 und anderer pro-inflammatorischer Zytokine ein. Interleukin-12 auf der anderen Seite spielt eine entscheidende Rolle im TH-1 Entzündungsweg. Gemeinsam ist diesen beiden Zytokinen die p40 Untereinheit, an die Ustekinumab bindet und damit die Bindung der Zytokine an ihre Rezeptoren verhindert. Nachdem die Substanz schon länger bei Pso-

riasis zugelassen war, ist nun kürzlich auch die Zulassung für die Psoriasisarthritis unter anderem auf Basis der Phase 3 PSUMMIT 1 Studie erfolgt. Dabei wurden anti-TNF naive Patienten zwischen 90mg Ustekinumab und Placebo randomisiert. Es konnte damit ein signifikant besseres Ansprechen als unter Placebo erreicht werden, sodass in weiterer Folge auch anti-TNF vorbehandelte Patienten in der PSUMMIT 2 Studie untersucht wurden. Dabei konnte in der Behandlungsgruppe immerhin in einem Drittel der Patienten ein ACR20 Ansprechen erreicht werden.

anti IL-17

Im Bereich der Spondyloarthritis, im speziellen der Psoriasisarthritis besteht ein großes Interesse an der Hemmung der Wirkung von Interleukin-17. Neben der indirekten Hemmung durch Ustekinumab sind derzeit mehrere direkte Interleukin-17 Antagonisten in klinischer Erprobung. Diesbezüglich am weitesten fortgeschritten scheinen 3 Substanzen zu sein:

Secukinumab und Ixekizumab als direkte IL-17A Hemmer und Brodalumab als IL-17 Rezeptor Antagonist

Secukinumab scheint bei mittelgradig bis schwerer Psoriasis einen guten Effekt zu haben, während in einer Proof-of-Concept Studie bei Psoriasisarthritis der ACR20 Endpunkt nicht erreicht wurde. Eine gewisse Wirksamkeit dürfte hier allerdings auch bei Gelenkbeteiligung gegeben sein, da es zu einer Verbesserung der Lebensqualität, der Entzündungsparameter und verschiedener klinischer Erscheinungen kam. In wie weit die Substanz ihren Platz in der Therapie der Psoriasisarthritis finden wird, werden erst laufende Studien zeigen.

Zu Ixekizumab liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt lediglich Studiendaten zur Therapie der Psoriasis vor. Aufgrund der ähnlichen Wirkungsweise (IL-17 Blockade) sind Studien bei Psoriasisarthritis in Planung bzw. im Laufen.

Nach erfolgreichen Studien bei Psoriasis konnte mit Brodalumab mittlerweile auch eine signifikante Reduktion der Krankheitsaktivität bei Psoriasisarthritis in einer Dosisfindungsstudie gezeigt werden. Der ACR20 Endpunkt wurde dabei signifikant häufiger unter den beiden Behandlungsgruppen (140 bzw. 280mg) als unter Placebo erreicht. Interessanterweise waren die Ergebnisse unabhängig davon, ob die Behandlung bei anti-TNF vorbehandelten- oder naiven Patienten erfolgte.

Phosphodiesterase 4 Inhibitor: Apremilast

Apremilast ist ein oral verfügbarer Phosphodiesterase-4 Hemmer, der in den Adenosinmonophosphatstoffwechsel eingreift zu verminderten Spiegeln von pro-inflammatorischen Zytokinen wie TNF, IL-17 oder IL-23 führt. Gleichzeitig werden anti-inflammatorische Zytokine wie IL-10 hochreguliert. Von der Phase-3 PALACE Studie bei Psoriasisarthritis wurden mittlerweile vielfältige Daten publiziert, dabei scheint die Substanz eine den TNF-Blockern oder auch den neuen Biologika vergleichbare Effektivität (ACR20 Response um die 40%) bei akzeptablem Sicherheitsprofil aufzuweisen.

Tofacitinib

Der orale Janus-Kinaseinhibitor, der in weiten Teilen der Welt mit Ausnahme der EU für die rheumatoide Arthritis zugelassen ist, könnte auch bei der Psoriasisarthritis einen Platz im Behandlungsregime einnehmen. Nach erfolgreichen Phase-2 Studien bei Psoriasis sind Untersuchungen bei Gelenkbeteiligung gerade im Laufen.

Aus der Behandlung der rheumatoiden Arthritis bekannte Biologika

Der T-Zell-Co-Stimulationsblocker Abatacept scheint auch bei der Psoriasisarthritis gute Ergebnisse erzielen zu können. Nach einer erfolgreichen Phase-2 Studie mit der ursprünglichen intravenösen Form von Abatacept, ist nun eine Phase-3 Studie mit der wöchentlichen 125mg subkutanen Verabreichung im Laufen. Während Rituximab in der Indikation rheumatoide Arthritis bereits auf eine eindrucksvolle Anzahl an Studienpatienten zurückblicken kann, liegen im Bereich der Psoriasisarthritis bislang nur kleine unkontrollierte Studien mit mässigem Erfolg vor. Ähnlich bei Tocilizumab, das zwar mit grossem Erfolg bei der rheumatoiden Arthritis eingesetzt wird, im Bereich der Psoriasisarthritis liegen hauptsächlich Fallberichte mit uneinheitlicher Effektivität vor.

□

Literatur beim Verfasser

Sekretariat/ Fr. B. Teuschl u. Fr. S. Bachtrog
 Berufsverband Österreichischer Internisten
 Treustr. 43/4/4
 1200 Wien
 Tel + FAX: 270 24 57
 sekr@boei.or.at



KURSANMELDEFORMULAR

Ich , Frau/Herr
 Titel, Name

.....
 Postlz., Ort, Str., Nr.

TEL:(Vormittags erreichbar)

FAX:

E-MAIL:

- Facharzt für Innere Medizin
- In Ausbildung zum FA für Innere Medizin
- Fachrichtung.....

tätig im Krankenhaus.....

melde mich für folgende Kurse verbindlich an:

Datum	Kurs

Ich habe die Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen.

 Datum

 Unterschrift

Echokardiographiekurse 2014

Veranstaltet vom Berufsverband Österreichischer Internisten in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Wien.
Die Kurse sind entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft,
Arbeitsgruppe Echokardiographie, gestaltet.

Grundkurs I

Leitung: Univ.-Prof.Dr. T. Binder, Univ.-Prof. Dr. Jutta Bergler-Klein

Kurstermin: 17. – 18. Oktober 2014 Fr. 14.00-21.00 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Austria Trend Hotel Donauzentrum, 1220 Wien
Kursbeitrag: 395 Euro für Mitglieder des BÖI
495 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFF: 20

Grundkurs II

Leitung: Univ.-Prof.Dr. T. Binder, Univ.-Prof. Dr. Jutta Bergler-Klein

Kurstermin: 21. – 22. November 2014 Fr. 14.00-21.00 Uhr, Sa. 8.30-18.00 Uhr
Kursort: Austria Trend Hotel Donauzentrum, 1220 Wien
Kursbeitrag: 395 Euro für Mitglieder des BÖI
495 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFF: 20

**Hinweis: Aus organisatorischen Gründen können Aufbaukurs I und Aufbaukurs II
nur gemeinsam gebucht werden !**

Werden auch Sie Mitglied beim BÖI !

Bitte ausschneiden und einsenden an: BÖI, Treustr. 43/4/4, A-1200 Wien



AUSZUG AUS
DEN VERBANDS-
STATUTEN

§3. ARTEN DER
MITGLIEDSCHAFT

Ordentliches Mitglied
kann jeder Facharzt für
Innere Medizin werden.

**Außerordentliches Mit-
glied** können werden:

§3a) Personen und Körper-
schaften, die an der För-
derung des Verbandes
interessiert und bereit
sind, im Rahmen der
Verbandstätigkeit mitzu-
wirken.

§3b) Ärzte, die die Aner-
kennung als Facharzt für
Innere Medizin anstreben.
Sie, bzw. ihre Organe
können an den Veranstal-
tungen des Verbandes
ohne Stimmrecht teil-
nehmen

Ich ersuche um Aufnahme als

- Ordentliches Mitglied
 Außerordentliches Mitglied (lt. §3a)
 Außerordentliches Mitglied (lt. §3b)

in den

Berufsverband Österreichischer Internisten

Jahresmitgliedsbeiträge:

- Ordentliche Mitglieder EUR 45
a.o. Mitglieder/§ 3a EUR 450
a.o. Mitglieder/§ 3b EUR 45

- Facharzt für Innere Medizin
 in Ausbildung zum FA für Innere Medizin
 sonst: _____

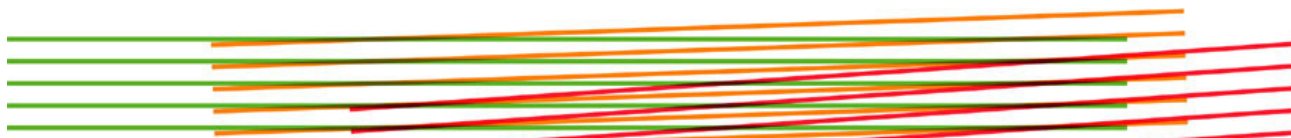
Name, Titel

Adresse

Tel.

e-mail

Unterschrift



Ultraschalltage GASCHURN

Abdomensonographie-Refresherkurs, 8.3. - 11.3.2015
Lungen- und Pleurasonographiekurs, 12.3. - 14.3.2015
Kursleiter: Prof. Dr. Gebhard Mathis

Seminarkosten:

- Abdomen-Refresher • 390,-
- Thoraxsonokurs • 320,-
- Ganze Ultraschallwoche • 590,-

Tagungsort: Sporthotel Silvretta Nova
Gaschurn/Vorarlberg/Österreich

Aktuelles Programm und Anmeldung: www.ultraschallkurse.at

Duplexsonographie der peripheren Gefäße

Leitung: Prim. Univ.-Doz.Dr. R. Katzenschlager (ÖGUM-Kursleiter)

Aufbaukurs

Kurstermin: 20. - 21. Februar 2015 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Grundkurs

Kurstermin: 19. - 20. Juni 2015 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Aufbaukurs

Kurstermin: 4. - 5. September 2015 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Carotissonographie - Wien

Leitung: Prim. Univ.-Doz. Dr. R. Katzenschlager (ÖGUM-Kursleiter),
Dr. Ara Ugurluoglu

Grundkurs 1

Kurstermin: 13. - 14. März 2015 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Grundkurs 2

Kurstermin: 24. - 25. April 2015 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Abschlusskurs

Kurstermin: 29. - 30. Mai 2015 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: KH Göttlicher Heiland, 1170 Wien
Kursbeitrag: 275 Euro für Mitglieder des BÖI
375 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 10

Klinisch orientierte Schilddrüsenultraschall inkl. Schilddrüsenfunktionsstörungen

Leitung: OA Dr. Wolfgang Blank (DEGUM-Kursleiter)

Kurstermin: 16. Oktober 2015 Fr. 13.00-19.00 Uhr
Kursort: Austria Trend Hotel Donauzentrum, 1220 Wien
Kursbeitrag: 250 Euro für Mitglieder des BÖI
350 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 8

Abdomensonographie Grundkurs

Leitung: Prof. Dr. Gebhard Mathis

Kurstermin: 12. - 13. Dezember 2014 Fr. 14.00-21.30 Uhr, Sa. 8.30 - 18.00 Uhr
Kursort: Austria Trend Hotel Donauzentrum, 1220 Wien
Kursbeitrag: 375 Euro für Mitglieder des BÖI
475 Euro für Nichtmitglieder des BÖI
DFP: 20