behandlung kommen, sodass Ärzte eine s.c.-Applikation bevorzugen. Sicherlich ist dies jedoch bei langen behandlungsfreien Intervallen ein geringeres Problem als bei häufigeren, z. B. 4-wöchentlichen i.v.-Gaben. Andererseits führt die lange Halbwertszeit von RTX zu einer längerfristigen Immunsuppression der Patienten, was möglicherweise auch ein Grund ist, weshalb präferentiell s.c. applizierbare Substanzen mit kürzerer Halbwertszeit gegeben werden. Darüber hinaus sind möglicherweise die Impfpfehlungen oder die seltenen Fälle einer progressiven multifokalen Leukenzephalopathie unter RTX Gründe gegen eine Therapie mit dieser Substanz [16].

Erstaunlich waren die deutlichen Unterschiede bei der Einschätzung der Ärzte hinsichtlich der von den Patienten bevorzugten Applikationsform. Die meisten Ärzte gehen offenbar fälschlicherweise von einer Präferenz für eine Injektion aus. De facto bevorzugen zumindest RTX-Patienten eine Infusion. Allerdings wurde angegeben, dass die Akzeptanz einer Infusion deutlich höher eingeschätzt wird, wenn die Therapieintervalle größer sind.

Wir konnten eine deutliche Patientenzufriedenheit unter der Infusionstherapie mit RTX zeigen. Eine RTX-Therapie weist durch das lange behandlungsfreie Intervall diesbezüglich einen klaren Vorteil gegenüber den anderen Substanzen auf, die i.v. gegeben werden.

Bei der Therapieentscheidung nach dem Versagen eines TNF- α -Inhibitors kann dieses Argument von Bedeutung sein.

Korrespondenzadresse

P. Willeke

Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie – Medizinische Klinik und Poliklinik D, Universitätsklinikum Münster
Albert Schweitzer Str. 33, 48129 Münster
willeke.peter@uni-muenster.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Peter Willeke und Siegfried Wassenberg: Vortragstätigkeit und Unterstützung für Forschungsprojekte (<10.000 EUR pro Jahr). Heidemarie Becker und Annett Jakobi: Unterstützung für Kongressteilnahme.

Literatur

1. Du Pan SM, Dehler S, Ciurea A et al (2009) Comparison of drug retention rates and causes of drug discontinuation between anti-tumor necrosis factor agents in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 61:560–568
2. Singh JA, Christensen R, Wells GA et al (2009) Biologics for rheumatoid arthritis: an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev*:CD007848
3. Cohen SB, Emery P, Greenwald MW et al (2006) Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy: Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four weeks. *Arthritis Rheum* 54:2793–2806
4. Jacobi AM, Dörner T (2010) Current aspects of anti-CD20 therapy in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Pharmacol* 10:316–321
5. Schmidt WA, Schicke B, Krause A et al (2010) Wie wirksam ist Rituximab bei der rheumatoiden Arthritis? *Z Rheumatol* 69:349–355
6. Gartlehner G, Hansen RA, Jonas BL et al (2006) The comparative efficacy and safety of biologics for the treatment of rheumatoid arthritis: a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol* 33:2398–2408
7. Kukar M, Petryna O, Efthimiou P (2009) Biological targets in the treatment of rheumatoid arthritis: a comprehensive review of current and in-development biological disease modifying anti-rheumatic drugs. *Biologicals* 3:443–457
8. Thaler K, Chandiramani DV, Hansen RA et al (2009) Efficacy and safety of anakinra for the treatment of rheumatoid arthritis: an update of the Oregon Drug Effectiveness Review Project. *Biologicals* 3:485–498
9. Ostor A, Tony H, Porter D et al (2008) Patient preference for rituximab as a treatment for rheumatoid arthritis: A study using discrete choice analysis. *Ann Rheum Dis* 67:AB0375. (Abstract)
10. Grijalva CG, Chung CP, Arbogast PG et al (2007) Assessment of adherence to and persistence on disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) in patients with rheumatoid arthritis. *Med Care* 45:66–76
11. Koike T, Harigai M, Inokuma S et al (2009) Postmarketing surveillance of the safety and effectiveness of etanercept in Japan. *J Rheumatol* 36:898–906
12. Putte LB van de, Atkins C, Malaise M et al (2004) Efficacy and safety of adalimumab as monotherapy in patients with rheumatoid arthritis for whom previous disease modifying antirheumatic drug treatment has failed. *Ann Rheum Dis* 63:508–516
13. Levalampi T, Korpela M, Vuolteenaho K et al (2008) Etanercept and adalimumab treatment in patients with rheumatoid arthritis and spondyloarthropathies in clinical practice: adverse events and other reasons leading to discontinuation of the treatment. *Rheumatol Int* 28:261–269
14. Finckh A, Ciurea A, Brulhart L et al (2010) Which subgroup of patients with rheumatoid arthritis benefits from switching to rituximab versus alternative anti-tumour necrosis factor (TNF) agents after previous failure of an anti-TNF agent? *Ann Rheum Dis* 69:387–393
15. Merkesdal S, Kirchhoff T, Wolke D et al (2010) Cost-effectiveness analysis of rituximab treatment in patients in Germany with rheumatoid arthritis after etanercept-failure. *Eur J Health Econ* 11:95–104
16. Rubbert-Roth A, Burmester G (2008) Recommendations on the use of rituximab for patients with rheumatoid arthritis. *Z Rheumatol* 67:609–613

Erratum

Z Rheumatol 2011 · 70:238
DOI 10.1007/s00393-011-0791-9
© Springer-Verlag 2011

C. Fiehn

ACURA Rheumazentrum
Baden-Baden

Erratum zu: Zukunft der Therapie mit Methotrexat und anderen Folatinhibitoren

Z Rheumatol (2011) 70:129–134
<http://dx.doi.org/10.1007/s00393-011-0791-9>

Im oben genannten Beitrag wurde die Substanz BGC945 fälschlicherweise BCG945 geschrieben.

Wir bitten, dies zu entschuldigen und die Korrektur zu berücksichtigen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C. Fiehn

ACURA Rheumazentrum Baden-Baden
Rotenbachtalstr. 5, 76530 Baden-Baden
c.fiehn@acura-kliniken.com