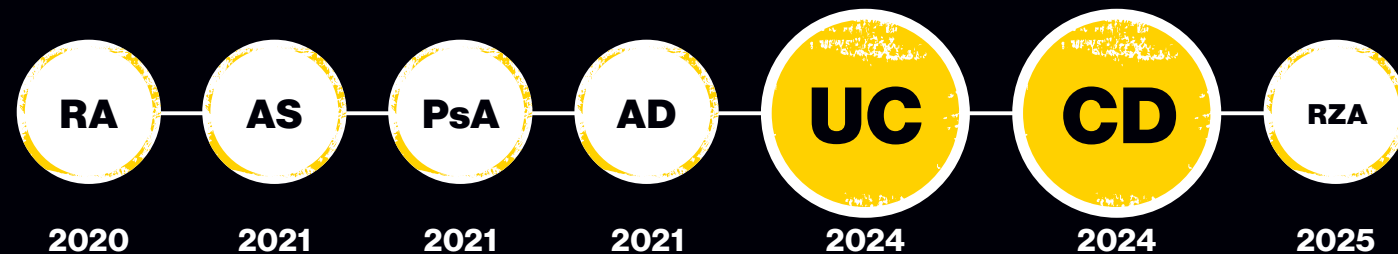




> 550.000
PATIENTEN WELTWEIT^{11,c}

Zugelassen in 7 Indikationen^{1,12}



Schnell: Signifikanter Unterschied bezüglich Symptomlinderung zw. RIN 45 mg vs. PBO: UC: ab Tag 1 SFS ≤ 1 und RBS = 0.^{1,2} CD: ab W 1 (Tag 3): SF < 3 und APS ≤ 1 .³ Dauerhaft: Anhaltende klinische Remission: UC: aMS ≤ 2 (SFS ≤ 1 und $\leq$ Baseline, RBS = 0 und ESS ≤ 1 ohne Friabilität) nach 3 Jahren.^{*4} CD: CDAI < 150 nach 2 Jahren.⁵ Mukosahheilung: UC: ESS = 0 und Geboes Score < 2 zu W 8 RIN 45 mg 6.5 % vs. PBO 0 % resp. 8.9 % vs 1.2 %¹ und W 52 RIN 30 mg 18.7 %, RIN 15 mg 15.7 % vs. PBO 2.7 %.⁶ CD: ulkusfreie Endoskopie (SES-CD-Subscore ulcerierende Oberfläche = 0 bei Patienten mit einem SES-CD-Subscore der ulcerierten Oberfläche ≥ 1 zu Studienbeginn) zu W 12 RIN 45 mg 16.6 % vs. PBO 0.4 % und W 52 RIN 30 mg 19.8 %, RIN 15 mg 12.4 % vs. PBO 1.6 %.⁷ * Bio-IR und Bio-naïve Patienten. RINVOQ® ist für bio-naïve UC Patienten in der Schweiz nicht zugelassen.¹

a Tabletten wurden gegenüber den anderen Applikationsformen bevorzugt (ANOVA, p < 0,0001). b Die Analyse umfasste nicht alle verfügbaren Therapien. Nicht gezeigte Therapien wurden nicht analysiert. c Im April 2026 weltweit unter Behandlung mit RINVOQ®.

AD = atopische Dermatitis, aMS = adapted Mayo Score, APS = Abdominal Pain Score (abdominaler Schmerz-Score), AS = aktive ankylosierende Spondylitis, CD = Crohn's Disease, CDAI = Crohn's disease activity index, CED = chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, ESS = Endoskopischer Subscore, OR = Odds Ratio, PBO = Placebo, PsA = aktive Psoriasis-Arthritis, RA = rheumatoide Arthritis, RBS = Rektaler Blutungs-Subscore, RIN = RINVOQ®, RZA = Riesenzellarteriitis, SES-CD = Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease, SF = Stuhlfrequenz, SFS = Stuhlfrequenz-Subscore, TNFI = Tumornekrosefaktor-Inhibitor, UC = ulcerative Colitis, W = Woche

1. Fachinformation RINVOQ® (Upadacitinib). www.swissmedicinfo-pro.ch. 2. Loftus EV. et al. Upadacitinib Therapy Reduces Ulcerative Colitis Symptoms as Early as Day 1 of Induction Treatment. Clin. Gastroenterology and Hepatol. 2023;21(9):2347-2358.e6. 3. Colombel JF. et al. Upadacitinib Reduces Crohn's Disease Symptoms Within the First Week of Induction Therapy. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024;14: S1542-3565(24)00254-4. Incl. Supplement. 4. Panaccione R et al. Long-term efficacy and safety of upadacitinib in patients with moderately to severely active ulcerative colitis: an interim analysis of the phase 3 U-ACTIVATE long-term extension study. The Lancet Gastroenterology & Hepatology 2025, Volume 10, 6, 507-519. Incl. Supplement. 5. Loftus EV et al. Efficacy and Safety of Upadacitinib Maintenance Therapy in Patients With Moderately to Severely Active Crohn's Disease: 2-Year Results From the U-ENDURE Long-Term Extension Study. J Crohns Colitis. 2025;19(8): jja138. doi: 10.1093/ecco-jcc/jja138 incl. Supplement. 6. Vermeire S. et al. Efficacy and safety of upadacitinib maintenance therapy for moderately to severely active ulcerative colitis in patients responding to 8-week induction therapy (U-ACHIEVE Maintenance): overall results from the randomized, placebo-controlled, double-blind, phase 3 maintenance study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023;8(11):976-989. Incl. Supplement. 7. Peyrin-Biroulet L. et al. Upadacitinib Achieves Clinical and Endoscopic Outcomes in Crohn's Disease Regardless of Prior Biologic Exposure. Clin. Gastroenterol. & Hepatology. 2024; 22: 2096-2106. 8. Denesh D et al. Patients with inflammatory bowel disease (IBD) prefer oral tablets over other modes of medicine administration. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology. 2021; 15(9):1091-1096. 9. Shivaji UN et al. Small molecule oral targeted therapies in ulcerative colitis. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. 2020; 5(9):850-861. 10. Siegel CA et al. Real-World Switch Rates, Adherence, and Corticosteroid Use Among Tumor Necrosis Factor Inhibitor-experienced Patients With UC Initiating Upadacitinib Relative to Those Initiating Ustekinumab, Vedolizumab, and Tofacitinib. Poster Presentation P1062. ACG Okt. 2025. 11. Data on File nach ABVRR180188. 12. Kurzbericht Arzneimittelzulassung vom 02.09.2025 – RINVOQ® (Wirkstoff: Upadacitinib); <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/ueber-uns/publikationen/public-summary-swisspar/public-summary-swiss-par-rinvoq-06.html>. 13. Wiestler et al. Disease burden measured by the IBD-Disk shows sex-specific differences in Ulcerative Colitis and is reduced by upadacitinib – Interim results from the IBD-DACH Study EUROPE. ECCO 2026. P0601. 14. Turner D et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. Gastroenterology. 2021; 160(5):1570-1583.

Die Referenzen können durch Fachpersonen bei medinfo.ch@abbvie.com angefordert werden.

Für personenbezogene Daten, die von AbbVie erhoben werden, um Kontakte mit medizinischem Fachpersonal zu pflegen, gilt die AbbVie-Datenschutzerklärung in dem Land, in dem die betreffende medizinische Fachperson ansässig ist. Die globalen Datenschutzerklärungen von AbbVie sind unter <https://privacy.abbvie.com/privacy-policies.html> einsehbar. Sie alle enthalten zusätzliche Informationen zu den Datenschutzmassnahmen von AbbVie für medizinisches Fachpersonal, zum jeweiligen AbbVie-Datenverantwortlichen und auch dazu, wie die medizinischen Fachpersonen ihre Datenschutzrechte ausüben können.

Kurzfassung Fachinformation RINVOQ® (Upadacitinib)

I: Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Rheumatoider Arthritis (RA) mit unzureichendem Ansprechen (UA) oder Unverträglichkeit (UNV) auf ≥ 1 konventionelle synthetische krankheitsmodifizierende Antirheumatika (csDMARDs). In Kombination mit Methotrexat oder anderen csDMARDs oder als Monotherapie; Erwachsene mit aktiver Psoriasis-Arthritis (PsA) mit UA/UNV auf ≥ 1 krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs). Als Monotherapie oder in Kombination mit nicht biologischen DMARDs; Erwachsene mit aktiver Ankylosierender Spondylitis (AS) mit UA auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSAIDs); Erwachsene mit aktiver rezidivierender Riesenzellarteriitis (GCA) in Kombination mit ausschleichender Kortikosteroidtherapie (KS), die zu Beginn der Therapie ≤ 60 mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag benötigen; Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD), wenn Therapie mit konventionellen topischen Medikamenten keine angemessene Krankheitskontrolle ermöglicht oder nicht angewendet werden kann; Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa (UC) mit UA/UNV auf ≥ 1 Biologikum oder bei Kontraindikation; Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer aktivem Morbus Crohn (CD) mit UA/UNV auf ≥ 1 Biologikum oder bei Kontraindikation. D: Für RA, PsA, AS, AD und GCA: Empfohlene orale Dosis 15 mg QD. Für GCA: Nach Ausschleichen der KS kann RINVOQ als Monotherapie fortgeführt werden; Für UC und CD: 45 mg QD Induktionsdosis für 8 Wochen bei UC und 12 Wochen bei CD. Bei UA kann die Induktionsphase verlängert werden. Empfohlene Erhaltungsdosis von 15 mg oder 30 mg QD. Dosis-Anpassung bei verlängerter Induktion oder hoher Krankheitsaktivität in Erwägung ziehen. Niedrigste wirksame Erhaltungsdosis anwenden. Risiken wie MACE, VTE und maligne Erkrankungen bei längerer Induktionsphase oder höherer Erhaltungsdosis berücksichtigen. Bei starken CYP3A-Hemmern, leichter oder mittelschwerer Leberinsuffizienz oder schwerer Niereninsuffizienz: 30 mg QD Induktionsdosis, 15 mg QD Erhaltungsdosis. Patienten ≥ 65 Jahre: 15 mg QD Erhaltungsdosis. Nicht empfohlen bei: absoluter Lymphozytenzahl (ALC) < 500 Zellen/mm³, absoluter Neutrophilenzahl (ANC) < 1000 Zellen/mm³, Hämoglobinspiegel (Hb) < 8 g/dl, schwerer Leberinsuffizienz oder terminaler Niereninsuffizienz. KI: Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. Aktive Tuberkulose. W: Nur einsetzen, wenn keine Behandlungsalternative (für RA, PsA, AS, AD und GCA) oder mit besonderer Vorsicht (für CD und UC): > 65 Jahre, (ehemalige) Raucher, Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (inkl. Nicht-melanozytärer Hautkrebs, NMSC) oder mit kardiovaskulären Risikofaktoren; Vergleichen mit 15 mg QD erhöht 30 mg QD das Risiko für Nebenwirkungen, schwerwiegende Infektionen und maligne Erkrankungen; Vermeiden bei aktiven, schweren Infektionen. Behandlung unterbrechen, bis Infektion unter Kontrolle ist. Vor Therapie-Beginn Screening auf Tuberkulose (TB) und virale Hepatitis, Reaktivierung überwachen. Bei zuvor unbehandelter latenter TB vor Behandlung TB-Prophylaxe einleiten. Bei Herpes zoster Therapie-Unterbrechung bis zum Abklingen in Erwägung ziehen. Aktualisierung des Impfstatus vor Beginn der Therapie empfohlen, attenuierte Lebendimpfstoffe nicht empfohlen; Bei VTE-Anzeichen untersuchen und bei Verdacht Behandlung abbrechen; Behandlung bei signifikanter Überempfindlichkeitsreaktion abbrechen; Anwendung mit Vorsicht bei Risiko für gastrointestinale Perforation; Hypoglykämie-Risiko bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika; Überwachung von ANC, ALC, Hb, Lipidparametern und Lebertransaminasen; Arzneimittelrückstände im Stuhl oder Stoma-Ausscheidungen möglich. IA: Vorsicht bei gleichzeitiger Verabreichung mit starken CYP3A4 Inhibitoren. Gleichzeitige Verabreichung mit starken CYP3A4 Induktoren nicht empfohlen. SS: Verhütung während Behandlung und 4 Wochen nach letzter Dosis empfohlen. Schwangerschaft: nur wenn unbedingt notwendig. Stillzeit: nicht anwenden. W: Geringer Einfluss auf Verkehrstüchtigkeit/Maschinenbedienung möglich. UW: Sehr Häufig ($\geq 1/10$): Infektionen der oberen Atemwege (bei AD), Akne (bei AD), Kopfschmerzen (bei GCA). P: 28 Retardtabletten à 15 mg, 30 mg und 45 mg. Liste B: Kassenzulässig. Z: AbbVie AG, Alte Steinhauserstrasse 14, 6330 Cham, Tel. (+41) 41 399 15 00. Ausführliche Informationen, siehe Arzneimittel-Fachinformation: www.swissmedicinfo-pro.ch.

abbvie

AbbVie AG | Alte Steinhauserstrasse 14 | 6330 Cham



1 TABLETTE
VIELE VORTEILE^{1,#}

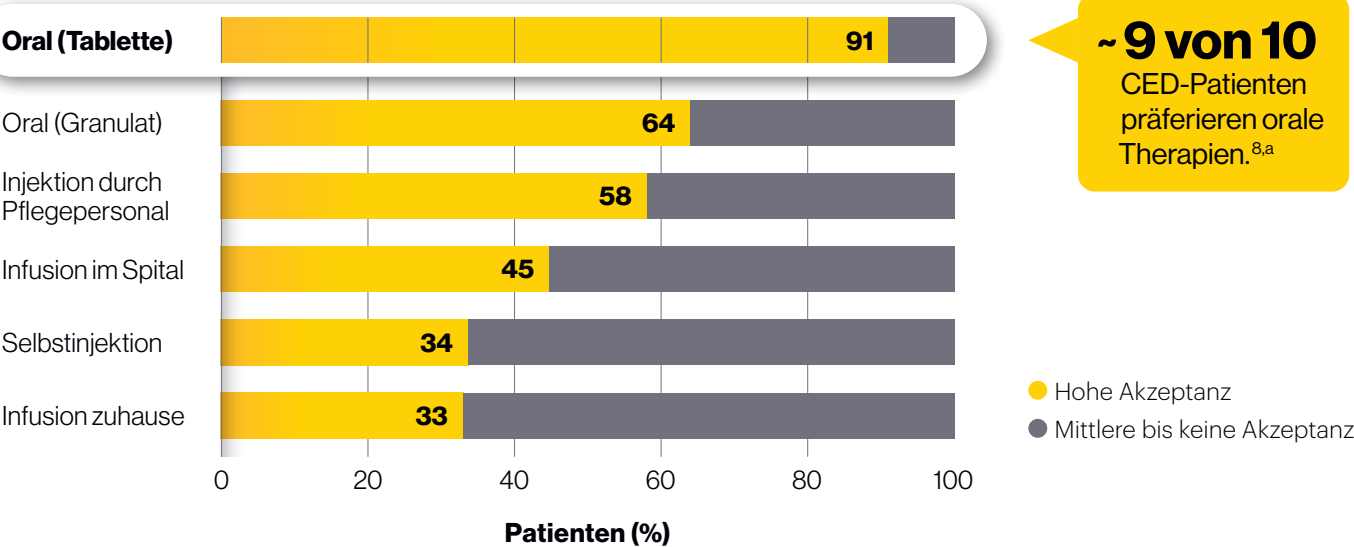
...weil RINVOQ®
eine hohe Lebensqualität
im Patientenalltag
ermöglichen kann^{13,14}

CH-RINVOQ-260015

Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bevorzugen Tabletten⁸

Laut einer britischen Studie werden Tabletten – insbesondere mit einmal täglicher Einnahme – gegenüber anderen Applikationsformen von CED-Patienten besser akzeptiert.^{8,a}

Akzeptanz verschiedener Applikationsformen auf der Likert-Skala^{8,a}



Adaptiert nach Denesh D et al. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology. 2021; 15(9):1091–1096.

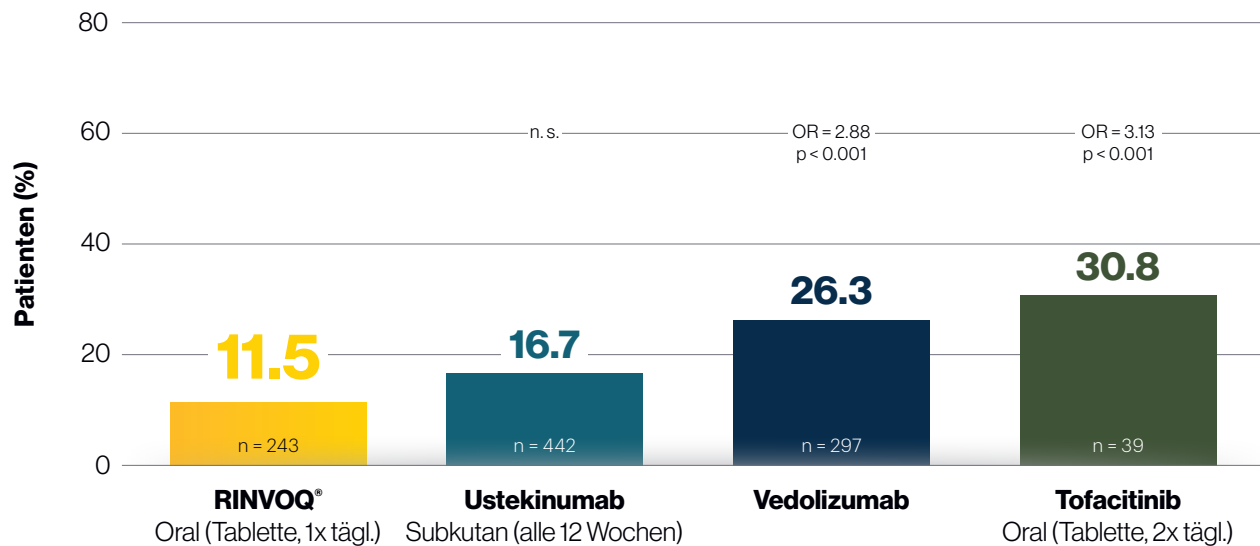
Bei Patienten mit entzündlicher Darmerkrankung werden Tabletten gegenüber anderen Applikationsformen häufig bevorzugt, was auf eine höhere Alltagstauglichkeit und eine geringere Behandlungsbelastung, durch z. B. Termine für Infusionen oder Injektionen, hindeuten kann.^{8,9}

RINVOQ®: hohe Therapietreue bei Colitis ulcerosa^{10,b}

Im realen Alltag zeigen Patienten mit RINVOQ® niedrigere Wechselraten im Vergleich zu anderen fortgeschrittenen Therapien – die Kontinuität kann stabile Behandlungserfolge unterstützen.¹⁰

Anteil an Patienten, die innerhalb des 1-jährigen Follow-ups nach der ersten Erhaltungsdosis die Behandlung gewechselt haben^{10,b}

Kein Head-to-Head-Vergleich; TNFi-erfahrene Patienten



Adaptiert nach Siegel CA et al. Poster Presentation P1062; ACG Okt. 2025.



Entscheiden Sie sich gemeinsam mit Ihren Patienten für eine Therapie, die eine einfache Anwendung, gute Therapietreue und eine hohe Lebensqualität im Alltag unterstützen kann^{1,10,13,14} – mit **RINVOQ®** als **Tablette 1x täglich.**¹



Kurze Halbwertszeit von RINVOQ® (14 h):

Wenn Upadacitinib nicht regelmässig eingenommen wird, sinkt der Wirkstoffspiegel eher schnell ab.¹