

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz

DOKUMENTATION DER ANHÖRUNG ZUM BERICHTSPLAN

Projekt: V23-04

Version: 1.0

Stand: 06.02.2024

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Thema

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags

12.07.2023

Interne Projektnummer

V23-04

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: berichte@iqwig.de

Internet: www.iqwig.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Dokumentation der Anhörung	1
Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen	2

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DMP	Disease-Management-Programm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

1 Dokumentation der Anhörung

Am 11.09.2023 wurde der Berichtsplan in der Version 1.0 vom 30.08.2023 veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 10.10.2023 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Insgesamt wurden 3 Stellungnahmen form- und fristgerecht abgegeben. Diese Stellungnahmen sind im Anhang A abgebildet.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente für eine Änderung des Berichtsplans überprüft. Durch die Anhörung ergaben sich keine Änderungen in der Berichtsmethodik. Der Vorbericht wird daher auf Grundlage des Berichtsplans in der Version 1.0 erstellt und auf der Website des IQWiG unter www.iqwig.de veröffentlicht. Etwaige Spezifizierungen der Methodik werden im Vorbericht dargestellt. In Abschnitt A4.3 des Vorberichts wird gegebenenfalls auf wesentliche Argumente aus der Anhörung eingegangen.

Anhang A Dokumentation der Stellungnahmen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen	A 2
A.1.1 Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD)	A 2
A.1.2 Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DRGh) und Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DEGIM).....	A 6
A.1.3 Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB).....	A 11

A.1 Stellungnahmen von Organisationen, Institutionen und Firmen

A.1.1 Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD)

Autorinnen und Autoren

- Bachmann, Jürgen

Stellungnahme zum BerichtsplanBerichtsplan

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Dr. med. Jürgen Bachmann
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen) <input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) Katharinenstr. 8 10711 Berlin [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] bvsd.de <input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Der BVSD begrüßt die Erstellung einer Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP chronischer Rückenschmerz. Die Mitglieder des BVSD in der Behandlung chronischer Schmerzen schwerpunktmäßig weitergebildet und qualifiziert. Sie sind in unterschiedlichen Professionen und innerhalb der medizinischen Profession mit unterschiedlichen fachärztlichen Qualifikationen schwerpunktmäßig in der Behandlung chronisch Schmerzkranker involviert und damit regelmäßig damit konfrontiert, dass es mit den etablierten Behandlungsalgorithmen nicht gelungen ist, einen Chronifizierungsprozess abzuwenden. Die im Abschnitt Epidemiologie auf Seite 2 des Berichtsplanes beschriebene Krankheitslast wird auch in den Arbeitsfeldern der BVSD Mitglieder spürbar und überfordert die aktuell verfügbaren Behandlungsstrukturen in vielfacher Hinsicht. Seitens des BVSD besteht daher ein unmittelbares Interesse daran, die Behandlungspfade für chronischen Rückenschmerz zu optimieren.

Schmerzmedizin ist in der ärztlichen Ausbildung ein sogenanntes Querschnittsfach, in der ärztlichen Weiterbildung eine zusätzliche Qualifikation und hat keinen eigenständigen Facharztstatus. Interdisziplinäres Arbeiten ist daher täglich geübte Praxis. Patienten die in die schmerzmedizinische Behandlung gelangen haben regelmäßig mehrere Stationen hausärztlicher und fachärztlicher Behandlung durchlaufen. Aus schmerzmedizinischer Perspektive ist retrospektiv vielfach offensichtlich, dass hierin unterschiedliche Konzepte und Behandlungsleitlinien zugrunde gelegt worden sind.

Beispielhaft seien hier zu die NVL zu unspezifischem und spezifischem Rückenschmerz genannt. Letztere bezieht auch funktionelle Störungen in die Empfehlungen ein. Funktionelle Krankheitsaspekte sind in der Behandlung chronischer Schmerzen allgemein und Rückenschmerzen im besonderen regelhaft ein wesentlicher Aspekt. Insofern erscheint die unter Punkt 4.1.1 definierte Population in ihrer Beschränkung auf PatientInnen mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz problematisch, sie blendet wesentliche Aspekte der Pathogenese aus und behandelt differenzierbare Schmerzbilder undifferenziert. Aus schmerzmedizinischer Sicht ist eine funktionelle Betrachtungsweise zu einem frühen Zeitpunkt wesentlich.

Gleichzeitig ist aus schmerzmedizinischer Sicht, d. h. aus einer interdisziplinären und interprofessionellen Sicht zu hinterfragen, inwieweit Leitlinien lediglich die sektoralen oder fachärztlichen Versorgungsanteile widerspiegeln und damit einen Anspruch auf Zuständigkeit und Deutungshoheit in sektoral gegliederten Versorgungsstrukturen reproduzieren deren Defizite im Rahmen eines DMP ja gerade in strukturierter Form überwunden werden sollen.

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Aus schmerzmedizinischer Sicht wird in der Diagnose und Behandlung von chronischen Schmerzen und damit auch chronischen Kreuzschmerzen ein biopsychosoziales Modell zugrunde gelegt. Der Entwurf lässt unter Punkt 4.1.2 Versorgungsaspekte auf Seite 5 weder die systematische Erfassung von Leitlinien psychologischer Behandlung und Versorgung noch die einschlägigen Richtlinien der sozialen Aspekte (beispielsweise versorgungsmedizinischen Grundsätze, Begutachtungsrichtlinien der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation bzw. sozialmedizinischen Feststellungen von Erwerbsminderung) erkennen.

Es wird darüber hinaus nicht erkennbar, dass die Versorgungsaspekte gerade beim Krankheitsbild chronischer Kreuzschmerzen auch die primäre und sekundäre Prävention umfassen.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
	<p><u>Anmerkung:</u> Insoweit im Berichtsplan unter Punkt 3 Projektverlauf auf Seite 4 festgestellt wird, dass externe Sachverständige eingebunden werden sollen, besteht nach diesseitiger Auffassung die Notwendigkeit, hierzu auch schmerzmedizinisch qualifizierte Sachverständige einzubinden.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Spezifizierung der Fachgebiete der Sachverständigen</p>
	<p><u>Anmerkung:</u> Die Leitlinie zur Begutachtung chronischer Schmerzen ist zu berücksichtigen.</p> <p><u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Entsprechende Erweiterung der Suchstrategie</p>
	<p>Die in der Leitlinie zur Begutachtung chronischer Schmerzen zu Grunde gelegte Klassifikation nach ICD-11 mit einem gegenüber der ICD-10 erweiterten Krankheitsbegriff ist beim Vergleich der Leitlinien zu prüfen. Ggf. in der Synopse das Fehlen funktionell ausgerichteter Klassifikation aufzeigen, vorliegend Abweichung vom gültigen aber noch nicht umgesetzten WHO Standard und Formulierung der Vorschläge zur im weiteren Verlauf bevorstehenden Revision.</p>

Literaturverzeichnis

A.1.2 Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DRGh) und Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DEGIM)

Autorinnen und Autoren

- Rudwaleit, Martin
- Specker, Christof

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V23-04

Titel: Leitliniensynopse zur Aktualisierung des DMP chronische Rückenschmerzen

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Rudwaleit, Martin; Prof. Dr. med.
Specker, Christof, Prof. Dr. med.
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.; Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
z. B. 3.4 (S.16)	<u>Anmerkung:</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>
	<u>Anmerkung:</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

DGRh e. V. · Wilhelmine-Gemberg-Weg 6 · D-10179 Berlin

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen (IQWiG)
Dr. Thomas Kaiser/Institutsleitung
Im Mediapark 8
50670 Köln

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. zum
IQWiG-Auftrag V23-04 Berichtsplan "Leitliniensynopse für die Aktualisie-
rung des DMP Chronischer Rückenschmerz"**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu o.g. Projekt danken wir im Namen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) e.V. Dazu führen wir wie folgt aus.

- 1.) In den bisherigen Dokumenten (Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronischer Rückenschmerz – IQWiG-Bericht Nr 341 vom 18.11.2015 – [V14-04] Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP chronischer Rückenschmerz (iqwig.de)) wird keineswegs (!) ausreichend auf die axiale Spondyloarthritis als wichtige Differenzialdiagnose bei chronischen Kreuzschmerzen eingegangen.

Es gab 2015 wohl die Möglichkeit, diese Leitlinienrecherche und -bewertung als Vorlage zu bewerten – die DGRh war zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht involviert. In den Kommentaren zu dem Entwurf aus dem Jahr 2015 fand sich lediglich eine Einlassung der Firma MSD, in der diese auf eine Publikation von Poddubnyy et al. zu Screening-Parametern, auf die AS und auf die axiale SpA hingewiesen hat. Diese Publikation hat aber keinen Eingang in die endgültige Bewertung vom 18.11.2005 gefunden (siehe oben).

Es wird in der Leitlinienrecherche zwar auf die Nationale Versorgungsleitlinie unspezifischer Kreuzschmerz (NVL-KS) (von 2013 (2. Auflage 2017, derzeit in Überarbeitung) hingewiesen. Darin finden sich Handlungsempfehlungen zur Überweisung in die Rheumatologie in gewissen Konstellationen. Doch in der Leitlinienbewertung des IQWiG schließlich werden fast ausschließlich „**Red Flags**“ erwähnt und praktisch nicht die axiale SpA (Seiten 8, 18, 45-48, 73). Auch wird die Notwendigkeit der MRT der Sakroiliakalgelenke (und nicht der LWS) bei Verdacht auf eine axiale SpA bei Patient:innen mit chronischem Kreuzschmerz an keiner

PRÄSIDENT:
Prof. Dr. med.
Christof Specker

GESCHÄFTSSTELLE:
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6
Aufgang C
10179 Berlin

dgrh.de

Berlin, 18.10.2023

Stelle erwähnt. Die axiale SpA wird übrigens in der NVL-KS richtigerweise nicht als „Red Flag“ betrachtet, sondern als **„ernst zu nehmende Pathologie (mit spezifischem Behandlungsansatz)“**. Auch wird in der Bewertung der Leitlinie vom 18.11.2015 bezüglich der Diagnostik nicht ausreichend zwischen akutem und chronischem Kreuzschmerz unterschieden. Während die „Red Flags“ (Infektion, Tumor, Fraktur, Malignom mit Knochenmetastasen) eher beim akuten Kreuzschmerz eine Rolle spielen, kommt die axiale SpA erst beim chronischen Kreuzschmerz differenzialdiagnostisch ins Spiel. Dieser Umstand wird in der Synopse in keiner Weise berücksichtigt.

- 2.) Die im DMP Chronischer Rückenschmerz vorgesehenen zu dokumentierenden Parameter lassen erkennen, dass beim Einschluss in das DMP-Chronischer Rückenschmerz schlichtweg **vom nicht-spezifischen Kreuzschmerz ausgegangen wird** und keine substanzielle Diagnostik (keine erneute Reflektion: „Handelt es sich wirklich um einen nicht-spezifischen Kreuzschmerz?“) mehr vorgesehen ist. Insbesondere diesen Aspekt betrachtet die DGRh ausgesprochen kritisch. Denn damit hängt es allein vom erstdiagnostizierenden Arzt ab, ob an relevante, spezifische Erkrankungen, wie z.B. die axSpA, tatsächlich gedacht wurde und entsprechende Untersuchungen erfolgt sind. Ist ein Patient dann fälschlicherweise im DMP-Chronischer Rückenschmerz, ist er in diesem Behandlungsprogramm (nicht-spezifischer Kreuzschmerz) erst einmal „gefangen“ und kommt dann auch nicht so schnell wieder heraus.

Wir bitten Sie, unsere Anmerkungen zu berücksichtigen und das Dokument entsprechend anzupassen.

Mit freundlichen Grüßen
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.



Prof. Dr. Christof Specker (Präsident)



Prof. Dr. Martin Rudwaleit (Mitglied des Beirats der DGRh)

Unterstützt von:



Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

A.1.3 Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB)

Autorinnen und Autoren

- Schulz, Evelin

Stellungnahme zum Berichtsplan

Berichtnr: V23-04

Titel: Leitliniensynopse zur Aktualisierung des DMP chronische Rückenschmerzen

Diese und die folgenden Seiten dieses Dokuments oder Ihre selbst erstellten und beigefügten Anlagen werden in dem Dokument „Dokumentation der Anhörung zum [Berichtsplan / Vorbericht]“ auf der Internetseite des IQWiG veröffentlicht.

Name, Vorname; Titel des/der Stellungnehmenden <i>Bitte nutzen Sie pro Person 1 Zeile.</i>
Schulz, Evelin; Geschäftsführerin
Die Abgabe der Stellungnahme erfolgt (bitte ankreuzen)
<input checked="" type="checkbox"/> im Namen folgender Institution / Organisation: Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
<input type="checkbox"/> als Privatperson(en)

Die folgende Vorlage für eine Stellungnahme kann beliebig durch eigene Anlagen ergänzt oder ersetzt werden. Diese unterliegen denselben Vorgaben und der Veröffentlichung, wie oben dargestellt.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten (optional)

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

Chronische Rückenschmerzen können unterschiedliche Ursachen haben. Zum Teil sind diese unspezifisch, aber zum Teil kann eine diagnostizierbare Erkrankung den Schmerzen zu Grunde legen. Daher bezieht sich diese Stellungnahme auf die Diagnosestellung von chronischen Rückenschmerzen.

Die axiale Spondyloarthritis (axSpA) zählt zu den rheumatisch-entzündlichen Erkrankungen und umfasst verschiedene Stadien einer entzündlichen Erkrankung der Wirbelsäule. Dabei handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei der sich die körpereigene Abwehr gegen Knochen- und Knorpelgewebe richtet. Infolgedessen kommt es an der gesamten Wirbelsäule sowie am Kreuz-Darmbein Gelenk zu schmerzhaften Entzündungen, die sich als chronischer Rückenschmerz äußern. In Deutschland sind etwa 550.000 Menschen (0,8 % der Bevölkerung) betroffen.¹

Vom ersten Auftreten der Symptome bis zur Diagnose vergehen bei männlichen Patienten in der Regel 5 bis 10 Jahre. Frauen müssen aufgrund des Gender Pain Gaps hingegen mit einer Verzögerung von bis zu 14 Jahren rechnen.² Die Gründe für eine verzögerte Diagnose sind vielfältig. Das liegt zum einen an mangelnden Kenntnissen über und einem fehlenden Bewusstsein der Leistungserbringer:innen für die Erkrankung. Infolgedessen kommt es häufig zu Fehldiagnosen und -behandlungen. Daher sollte die Abklärung einer axSpA in den Diagnoseteil des DMP chronische Rückenschmerzen aufgenommen werden.

Folgende Leitlinien sollten daher in der Synopse berücksichtigt werden:

Die NICE Guideline zu chronischen Rückenschmerzen in über 16-Jährigen (letzte Aktualisierung 11. Dezember 2020) verweist auf die Wichtigkeit, dass axSpA als alternative Diagnose in Betracht gezogen wird.³

In der S3-Leitlinie „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“ erfolgt die Empfehlung „bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (≥ 12 Wochen) sollten die Charakteristika des entzündlichen Rückenschmerzes erfragt werden (Morgensteifigkeit > 30 Minuten, Aufwachen in der 2. Nachthälfte, Besserung durch Bewegung, keine Verbesserung durch Ruhe, schleicher Beginn, Alter bei Beginn ≤ 45 Jahre). Hierbei ist zu beachten, dass nur zirka 75% der Patienten mit SpA diese typischen Charakteristika aufweisen.“⁴

Zur effektiven Behandlung der axialen Spondyloarthritis müssen Betroffene in der Rheumatologie behandelt werden und daher von anderen Facharztgruppen dorthin verwiesen werden. Denn die Diagnoseverzögerung hat weitreichende Konsequenzen. Sie führt nicht nur zum Fortschreiten der Erkrankung und einem längeren Leidensweg, sondern auch zu einer generellen Reduktion der Lebensqualität und einer massiven Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Wenn die Krankheit zu weit fortgeschritten ist, kann es zudem vorkommen, dass Betroffene auf die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr ansprechen. Fehldiagnosen führen außerdem zu weiteren Arztbesuchen, nicht wirkenden Medikamentenverordnungen und damit insgesamt zu erhöhten Gesundheitsausgaben.

Daher möchten wir als Patientenorganisation darauf verweisen, dass bei Patient:innen mit chronischen Rückenschmerzen eine mögliche axSpA-Diagnose bei der Diagnosestellung mitgedacht wird. Nur dadurch kann die richtige und zeitnahe Behandlung festgestellt werden.

Sofern Sie allgemeine Anmerkungen zum Dokument haben, tragen Sie diese bitte hier ein. Spezifische Aspekte adressieren Sie bitte in der folgenden Tabelle.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten (optional)

Kapitel/ Abschnitt (Seite) im Dokument	Stellungnahme mit Begründung sowie vorgeschlagene Änderung <i>Die Begründung sollte durch entsprechende Literatur belegt werden. Die Literaturstellen, die zitiert werden, müssen eindeutig benannt und im Anhang im Volltext beigefügt werden.</i>
z. B. 3.4 (S.16)	<u>Anmerkung:</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>
	<u>Anmerkung:</u> <u>Vorgeschlagene Änderung:</u>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Literaturverzeichnis

Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur möglichst eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien (Volltexte) bei.

1 Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskelettale Erkrankungen in Deutschland? Z Rheumatol 2016;75:346-353

2 Rusman, T. (2022). Sex differences and early treatment of axial spondyloarthritis. s.n

3 Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, NICE guideline [NG59] Published: 30 November 2016 Last updated: 11 December 2020

(<https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>)

4 Langfassung zur S3- Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen, Version 2019; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-003l_S3_Axiale-Spondyloarthritis-Morbus-Bechterew-Fruehformen-2019-10.pdf (zuletzt aufgerufen am 01.10.2023)