



**Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
und der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und
weiterer Organisationen***

Kurzfassung zur S3- Leitlinie

Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen

AWMF-Leitlinien Register Nummer: 060/003, Entwicklungsstufe: S3

Version: 2019

***Fachgesellschaften:**

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (federführend)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für orthopädische Rheumatologie (DGORh)
Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Deutsche ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG)

Weitere:

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB)
Physio Deutschland

Leitliniensekretariat:

Frau PD Dr. med. Uta Kiltz
Rheumazentrum Ruhrgebiet

Claudiusstr. 45

44649 Herne

Tel.: 02325/592 131

Email: uta.kiltz@elisabethgruppe.de

Autoren:

U. Kiltz, J. Braun (federführend)

A. Becker (DEGAM), J-F. Chenot (DEGAM), M. Dreimann (DWG), L. Hammel (DVMB), A. Heiligenhaus (DOG), K-G. Hermann (DRG), R. Klett (DGMM), D. Krause (DGRh), K-F. Kreitner (DRG), U. Lange (DGPMR/DGRW), A. Lauterbach (Physio Deutschland), W. Mau (DGPMR/DGRW), R. Mössner (DDG), U. Oberschelp (DGOOC), S. Philipp (DDG), U. Pleyer (DOG), M. Rudwaleit (DGRh), E. Schneider (DGOOC), T. L. Schulte (DWG), J. Sieper (DGRh), A. Stallmach (DGIM), B. Swoboda (DGOOC/DGORh), M. Winking (DGNC).

Methodische Beratung: Frau Dr. S. Blödt, AWMF, C. Weseloh, DGRh

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissenstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

1. Zusammenstellung der Empfehlungen der S3-Leitlinie „AxSpA inklusive M. Bechterew und Frühformen

Anmerkung: Die Rationale für die Angabe des Empfehlungsgrades und der Evidenz sowie die Ursache für das Herab- bzw. Heraufstufen der Evidenz finden sich in der Langfassung und dem Leitlinien-Report.

2. Präambel

Nr.	Empfehlungen/Statements	Empfehlungs Grad	Evidenz
2-1	Unter einer axialen Spondyloarthritis (SpA) versteht man eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis, die mit verschiedenen muskuloskelettalen und extraskelettalen Manifestationen vergesellschaftet sein kann.	Statement	
2-2	Die axiale Spondyloarthritis (SpA) ist eine potenziell schwerwiegende Erkrankung mit unterschiedlichen Krankheitserscheinungen und -verläufen, welche vor allem auch unter Berücksichtigung von extraartikulären Manifestationen wie Psoriasis, Uveitis und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Komorbiditäten (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen) ein koordiniertes multidisziplinäres Vorgehen erfordert.	Statement	
2-3	Die Koordination der Versorgung sowie die Zuständigkeit für Komorbiditäten und deren Risikofaktoren soll zwischen dem Rheumatologen und dem Hausarzt abgesprochen werden.	Statement	
2-4	Patienten, die immunsuppressiv behandelt werden, sollen gemäß den STIKO-Empfehlungen geimpft werden.	Statement	
2-5	Das primäre Ziel in der Behandlung von Patienten mit axialer SpA ist die Optimierung der Lebensqualität durch das Erreichen einer weitgehenden Symptombefreiheit, die Reduktion der Entzündung, Verhinderung von strukturellen Schäden und die Aufrechterhaltung bzw. Normalisierung von	0	5

	Funktion, Aktivität und sozialer Partizipation einschließlich der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.		
2-6	Die Behandlung der Erkrankung sollte auf die beste Betreuung ausgerichtet sein und auf der Grundlage einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patient und behandelndem Arzt erfolgen.	0	5

3. Klinische Symptomatik

3.1.1.1. Chronischer Rückenschmerz

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad
3-1	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, schleichender Beginn, Alter bei Beginn ≤ 45 Jahre). Hierbei ist zu beachten, dass nur zirka 75% der Patienten mit SpA diese typischen Charakteristika aufweisen.	B	3b

3.1.1.3. Veränderung der Knochendichte und Frakturrisiko

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad
3-2	Bei einer raschen Verschlimmerung oder Veränderung der Schmerzsymptomatik der Wirbelsäule sollte neben einer Entzündung auch eine Fraktur (auch nach geringfügigem Trauma) als mögliche Ursache in Betracht gezogen werden. Eine entsprechende Diagnostik inklusive Bildgebung (Rö / CT / MRT) sollte zeitnah veranlasst werden. Bei Wirbelsäulenverletzungen (Frakturen) sollte aufgrund des höheren Instabilitätspotenzials nur in Ausnahmefällen eine konservative der operativen Therapie vorgezogen werden.	B	4

3.1.2.1.1. Wirbelsäulenbeweglichkeit

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
3-3	Bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis soll regelmäßig und in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf geprüft werden, ob sich die Wirbelsäulenbeweglichkeit verschlechtert.	Statement	

3.1.2.2.1. Weitere Patient-reported Outcomes

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
3-4	In der Betreuung von Patienten mit axialer Spondyloarthritis sollen regelmäßig und in Abhängigkeit des Krankheitsverlaufes die Krankheitsaktivität und körperliche Funktionsfähigkeit ggf. auch unter Zuhilfenahme von Fragebögen (BASDAI und BASFI) bzw. Composite Scores (ASDAS) erfasst werden.	Statement	

3.2. Extraskelletale Manifestation

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
3-5	Extraskelletale Manifestationen und Begleiterkrankungen wie zum Beispiel gastrointestinale und/oder kardiovaskuläre Erkrankungen bzw. deren Risikofaktoren sollten regelmäßig evaluiert und therapiert werden.	B	3b

4 Klassifikations- und Diagnosekriterien:

4.2. Modifizierte New-York-Kriterien

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
4-1	Die Diagnosestellung einer axialen SpA soll aufgrund von Anamnese, klinischer Untersuchung, Laborbefunden, Bildgebung und unter Berücksichtigung von Differenzialdiagnosen erfolgen.	Statement	
4-2	Die ASAS-Klassifikationskriterien beinhalten wichtige Parameter der axialen SpA, können die oben beschriebene Diagnosefindung aber nicht ersetzen.	Statement	

5 Erstdiagnose / Überweisungsstrategie

5.2.4. Kombination von Variablen

Nr.	Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad	Evidenz
5-1	Die axiale SpA ist eine wichtige Differenzialdiagnose bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, wenn diese vor dem 45. Lebensjahr beginnen.	Statement	
5-2	Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (≥ 3 Monate), einem Alter bei Beginn der Rückenschmerzen < 45 Jahre und mindestens einem weiteren Parameter, der für eine SpA spricht, sollen zur weiteren Klärung zum Rheumatologen überwiesen werden. Besonders geeignete Parameter sind: - entzündlicher Rückenschmerz (s. Empfehlung 3-1) - Nachweis von HLA-B27.	NA	NA

6 Diagnostik

6.1.1.1. Differenzialdiagnose der Sakroiliitis im Röntgenbild

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
6-1	Bei Patienten mit Verdacht auf axiale Spondyloarthritis sollte eine Bildgebung der Sakroiliakalgelenke erfolgen. Abhängig von der Symptombdauer und unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht kann eine konventionelle Röntgenuntersuchung (Beckenübersicht) oder eine MRT-Untersuchung der Sakroiliakalgelenke mit Entzündungssequenz (STIR und/oder T1 nach Kontrastmittelgabe) erfolgen. Insbesondere bei jüngeren Erwachsenen mit kurzer Symptombdauer sollte die MRT bevorzugt werden.	Statement	

6.1.1.2. Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
6-2	Wenn strukturelle knöcherne Läsionen (Syndesmophyten) an der Wirbelsäule z.B. zur Beurteilung der Prognose erfasst werden sollen, sollte eine Röntgenuntersuchung des betroffenen WS-Abschnitts erfolgen.	Statement	
6-3	Röntgenuntersuchungen der Wirbelsäule im Krankheitsverlauf sollten nicht routinemäßig, sondern bedarfsorientiert erfolgen.	B	1+

6.1.2.1.2. Indikation zur MRT der SI-Gelenke

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
6-4	Bei Patienten mit unauffälligem Röntgenbild der SI-Gelenke und mit starkem Verdacht auf eine axiale Spondyloarthritis soll eine MRT-Untersuchung der SI-Gelenke mit Entzündungssequenz (STIR und/oder T1 nach Kontrastmittelgabe) durchgeführt werden.	A	2b/3b

6.1.2.2.2 Indikation der MRT der Wirbelsäule

Nr.	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
6-5	Bei Patienten mit gesicherter axialer SpA und Rückenschmerzen soll Beschwerde-orientiert eine MRT-Untersuchung des betroffenen Abschnitts des Achsenskeletts mit Entzündungssequenz (STIRE, T1, KM) zum Nachweis entzündlicher Veränderungen in der Wirbelsäule durchgeführt werden.	A	2b/3b

6.1.3. Sonografie

Nr.	Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad	Evidenz
6-6	Ist bei Verdacht auf eine periphere Enthesitis eine Bildgebung erforderlich, sollten eine Sonographie oder eine MRT der betroffenen Region durchgeführt werden.	B	3b

6.1.4. Szintigrafie

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
6-7	Zur Diagnosestellung einer axialen SpA sollte die Szintigrafie <u>nicht</u> eingesetzt werden.	B	2a

6.1.5. Computertomographie

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
6-8	Unter strenger Indikation kann zum Nachweis von Fusionen und Erosionen oder zur Differenzialdiagnose eine CT-Untersuchung der SI-Gelenke indiziert sein.	Statement	

6.2.1. Entzündungsparameter

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
6-9	Zur Erfassung und Überprüfung der Krankheitsaktivität bei Patienten mit axialer SpA sollten CRP und/oder BSG bestimmt werden.	B	2b

7. Krankheitsaktivität und Prognose der SpA

Keine Empfehlung für dieses Kapitel verabschiedet

8. Therapien

Nr	Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad	Evidenz
8-1	Das optimale Management für Patienten mit axialer SpA sollte eine Kombination aus nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen beinhalten.	B	1b

8-2	Die Therapiemöglichkeiten von Patienten mit axialer SpA können auch operative Maßnahmen umfassen.	Statement	

8.1 Therapieziele

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungs Grad	Evidenz
8-3	Die Therapie eines Patienten mit axialer SpA sollte immer wieder an den aktuellen Gesundheitszustand, die Auswirkungen der Behandlung und die gemeinsam vorab definierten Ziele angepasst werden (siehe Präambel 2.5).	Statement	
8-4	Die Behandlung sollte fortwährend an ein festgelegtes Therapieziel angepasst werden. Dieses wird zwischen Arzt und Patient festgelegt und kann im Krankheitsverlauf adaptiert werden. Dabei liegt für das Erreichen einer Remission/niedrigen Krankheitsaktivität die größte Evidenz vor.	Statement	

8.3.1.2. Bewegungstherapie im Wasser (Balneotherapie)

Nr	Empfehlungen/Statements	Empfehlungs grad	Evidenz
8-5	Patienten mit axialer SpA sollten zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung auf die Wichtigkeit von Sport, Bewegung im Alltag und regelmäßiger Bewegungstherapie hingewiesen und individuell beraten werden.	B	1 / 2+
8-6	Bewegungsübungen, die zu Hause durchgeführt werden, sind zwar effektiv, aber alleine nicht immer ausreichend. Angeleitete Bewegungstherapien (als Trocken- oder Wasserübungen), individuell oder als Gruppe, sollten	B	1 / 2+

	zusätzlich zum häuslichen Bewegungsprogramm verordnet werden.		
8-7	Bewegungstherapien sollten zusätzlich zur medikamentösen Therapie (B) bzw. interventionellen Therapien (Expertenkonsens) erfolgen, da sie zu einer weiteren Verbesserung der Beweglichkeit und der Funktionsfähigkeit im Alltag führen.	B	1 / 2

8.3.2. Manuelle Therapie

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
8-8	Manuelle Therapie (Mobilisation) kann durchgeführt werden, um eine Verbesserung der Wirbelsäulenbeweglichkeit und eine verbesserte Körperhaltung zu erreichen.	0	2
8-9	Manipulationen an der Wirbelsäule sollten nicht durchgeführt werden.	0	2

8.4.1.3. Unerwünschte Wirkung der NSAR

Nr	Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad	Evidenz
8-10	Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) inklusive Coxibe sollen bei symptomatischen Patienten mit axialer SpA als Mittel der ersten Wahl eingesetzt werden.	A	1+
8-11	Die Dosierung und Therapiedauer der nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) inklusive Coxibe richtet sich nach der Intensität der Beschwerden des Patienten.	Statement	
8-12	Die Effektivität einer neu begonnenen Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) sollte nach 2 – 4 Wochen beurteilt werden. Weitere Kontrollen sollen individuell vereinbart werden.	B	1+

8-13	Wenn ein NSAR nicht gewirkt hat, sollte ein zweites NSAR für weitere 2-4 Wochen versucht werden.	B	1+
8-14	Eine kontinuierliche Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) ist indiziert, solange diese für eine gute Symptomkontrolle erforderlich ist.	Statement	

8.4.2. Biologika (Biologic disease-modifying antirheumatic drugs (bDMARDs))

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungs Grad	Evidenz
8-15	Eine Therapie mit Biologika soll bei Patienten mit persistierend hoher entzündlicher Krankheitsaktivität und unzureichendem Ansprechen auf eine NSAR-Therapie oder Unverträglichkeit von NSAR begonnen werden. Dabei sind Unterschiede in der Zulassung für TNF- und IL-17-Inhibitoren zu beachten.	A	1++
8-16	Bei Patienten mit axialer SpA und symptomatischer peripherer Arthritis sollte eine TNF-Blocker-Therapie versucht werden, wenn der Patient auf mindestens eine lokale Steroidinjektion ungenügend angesprochen hat, und ein angemessener Behandlungsversuch mit einem Basistherapeutikum, bevorzugt Sulfasalazin, keine Wirkung gezeigt hat.	B	1
8-17	Bei Patienten mit extra-muskuloskelettalen Manifestationen, insbesondere bei Vorliegen einer Uveitis, chronisch-entzündlichen Darmerkrankung oder Psoriasis sollte die unterschiedliche Effektivität der verschiedenen Biologika auf diese Manifestationen beachtet werden.	B	1+ / 2b
8-18	Bei Patienten mit verbleibenden muskuloskelettalen Symptomen unter einer Biologika-Therapie kann eine zusätzliche Therapie mit NSAR erfolgen.	Statement	

8-19	Die Wirksamkeit einer Biologika-Therapie soll nach zwölf Wochen überprüft werden.	A	1++
8-20	Bei Patienten, die ein Ansprechen zeigen (BASDAI-Verbesserung um ≥ 2 Punkte (auf einer Skala von 0-10) oder eine Verbesserung im ASDAS um $\geq 1,1$) und bei denen eine positive Expertenmeinung für eine Fortführung vorliegt, kann die Therapie fortgeführt werden. Bei Patienten ohne Ansprechen sollte ein Absetzen in Erwägung gezogen werden.	B	2b

8.4.2.4.3. Stratifikation IL-17 Inhibitoren und TNF-Inhibitoren untereinander

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
8-21	Eine Empfehlung, ob mit einem TNF-Inhibitor oder mit einem IL-17-Inhibitor begonnen werden soll, kann aufgrund der Studiendaten zur Wirksamkeit auf das Achsenskelett und Sicherheit nicht gegeben werden. Für TNF-Inhibitoren bestehen längere Erfahrungen in der klinischen Anwendung.	Statement	

8.4.2.7. Wirkverlust und Switching der bDMARD Therapie

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
8-22	Bei nicht-ausreichender Wirksamkeit eines Biologikums und bestehender hoher entzündlicher Krankheitsaktivität sollte der Wechsel auf ein weiteres Biologikum erfolgen.	B	2
8-23	Bei Patienten in anhaltender Remission (mind. für sechs Monate) unter einer Biologikagabe kann eine Dosisreduktion bzw. eine Intervallverlängerung und später	B	2

	eventuell auch das Absetzen des Biologikums erwogen werden.		
--	---	--	--

8.4.3.2. Methotrexat

Nr	Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad	Evidenz
8-24	Bei Patienten mit axialer SpA und klinisch führender peripherer Arthritis sollte eine Basistherapie mit Sulfasalazin durchgeführt werden (B). Andere Basistherapeutika wie Methotrexat können alternativ eingesetzt werden (Expertenkonsens).	B	1
8-25	Bei Patienten mit AS sollte keine Behandlung der Wirbelsäulensymptomatik mit Methotrexat erfolgen.	B	1
8-26	Es gibt keine ausreichende Evidenz, eine Kombination von TNF-Inhibitoren mit MTX zur Vermeidung von anti-drug-antibodies (ADAs) zu empfehlen.	Statement	

8.4.4. Andere medikamentöse Therapien

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
8-27	Die systemische Langzeitgabe von Glukokortikoiden wird bei Patienten mit Achsenskelettbeteiligung nicht empfohlen. Für die Wirksamkeit einer kurzfristigen Therapie mit Glukokortikoiden gibt es nur sehr begrenzte Evidenz.	0	4

8.6.1. Injektionen

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
----	----------------------	-----------------	---------

8-28	Bei Patienten mit axialer SpA und symptomatischer peripherer Arthritis (Statement) oder Enthesitis kann eine lokale Injektion mit Glukokortikoiden erfolgen.	0	1
------	--	---	---

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungs Grad	Evidenz
8-29	Bei Patienten mit axialer SpA und symptomatischer florider Sakroiliitis kann eine Glukokortikoidinjektion in das Sakroiliakal-Gelenk erfolgen.	0	4

8.6.2. Totalendoprothese

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungs Grad	Evidenz
8-30	Bei Patienten mit AS und einer klinisch symptomatischen Destruktion der Hüftgelenke sollte die Indikation zur Versorgung mit einer Totalendoprothese unabhängig vom Lebensalter gestellt werden.	B	4

8.6.3. Wirbelsäulenoperation

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungs Grad	Evidenz
8-31	Die Möglichkeit einer Wirbelsäulen-Aufrichtungs-Operation in einem erfahrenen Zentrum sollte AS-Patienten mit einer erheblichen Wirbelsäulenkyphose und dem Verlust der horizontalen Sicht angeboten werden.	Statement	
8-32	Patienten mit axialer SpA und ankylosierter Wirbelsäule und einer Wirbelfraktur sollten in einem spezialisierten operativen Wirbelsäulenzentrum vorgestellt werden.	0	4

8.7. Rehabilitation

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
8-33	Die medizinische Rehabilitation wirkt sich positiv auf die Schmerzen, Beweglichkeit und körperliche Funktionsfähigkeit bei Patienten mit funktionellen Einschränkungen aus. Die Indikation zur Rehabilitation sollte bedarfsorientiert evaluiert werden, auch vor Ablauf des vierjährigen Regelabstandes zu einer vorausgegangenen medizinischen Rehabilitation.	B	2b

9 Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

9.1. ICF Core Set für AS

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz
9-1	Die systematische Erfassung von funktionellen Beeinträchtigungen zur Beurteilung der Krankheitslast bei Patienten mit axialer SpA kann mit der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfolgen. Das ICF Core Set für AS gibt auch für relevante Bereiche der Teilhabe eine Orientierung.	Statement	

9.2 Aktivitäten und Teilhabe

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad	Evidenz

9-2	<p>Patienten sollen darüber informiert werden, dass Aktivität und Teilhabe durch pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen positiv beeinflusst werden. Zu den nicht-pharmakologischen Maßnahmen gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multimodale Rehabilitation mit intensiver Bewegungstherapie (B) - Strukturierte Patientenschulung (B) - Berufsbezogene Therapieelemente in der Rehabilitation (Expertenkonsens). 	B	1 / 2+
-----	---	---	--------

10 Patienteninformation

10.1. Strukturiertes Schulungsprogramm

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungs Grad	Evidenz
10-1	Patienten mit einer axialen SpA sollten an einem strukturierten Schulungsprogramm teilnehmen, da die Krankheitsbewältigung verbessert und die Krankheitskosten reduziert werden.	B	1 / 2+

10.2. Gesundheitsfördernde Verhaltensweise

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungs Grad	Evidenz
10-2	Patienten mit axSpA sollen darüber informiert werden, dass neben den allgemeinen gesundheitlichen Risiken des Rauchens speziell für sie stärkere Einbußen der Funktionsfähigkeit, eine stärkere röntgenologische Progression und ein schlechteres Therapieansprechen auf Biologika im Vergleich zu Nichtrauchern bestehen.	B	2b

10.3. Selbsthilfegruppe

Nr	Empfehlung/Statement	Empfehlungs Grad	Evidenz
10-3	Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen können das Management der Erkrankung unterstützen.	Statement	

Erstveröffentlichung: 12/2013

Überarbeitung von: 11/2018

Nächste Überprüfung geplant: 11/2023

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online