

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz

A decorative horizontal bar spanning the width of the page, composed of 18 small squares in various shades of blue and grey. A larger, solid dark blue rectangle is overlaid on the bar, containing the text 'ABSCHLUSSBERICHT' in white.

ABSCHLUSSBERICHT

Projekt: V23-04

Version: 1.0

Stand: 28.05.2024

IQWiG-Berichte – Nr. 1793

DOI: 10.60584/V23-04

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

DOI-URL

<https://doi.org/10.60584/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

ISSN: 1864-2500

Zitiervorschlag

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz; Abschlussbericht [online]. 2024 [Zugriff: TT.MM.JJJJ]. URL: <https://doi.org/10.60584/V23-04>.

Schlagwörter

Rückenschmerzen, Disease-Management-Programm, Leitliniensynopse

Keywords

Back Pain, Disease Management Program, Guideline Synopsis

Dieser Bericht wurde unter Beteiligung eines externen Sachverständigen erstellt.

Für die Inhalte des Berichts ist allein das IQWiG verantwortlich.

Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von dem Sachverständigen ein ausgefülltes „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Die Selbstangaben des externen Sachverständigen zur Offenlegung von Beziehungen sind in Kapitel A11 zusammenfassend dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Externer Sachverständiger

- Kay Niemier, Ludwigslust-Parchimer Kliniken, Westmecklenburg

Das IQWiG dankt dem externen Beteiligten für seine Mitarbeit am Projekt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Wiebke Hoffmann-Eßer
- David Endres
- Moritz Felsch
- Sabine Gruber-Hohaus
- Simone Heß
- Eva Höfer
- Nicole Holzmann
- Ulrike Lampert
- Anke Schulz
- Claudia Mischke

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Tabellenverzeichnis	viii
Abbildungsverzeichnis	x
Abkürzungsverzeichnis.....	xi
1 Hintergrund	1
2 Fragestellung	4
3 Kurzdarstellung des methodischen Vorgehens.....	5
4 Ergebnisse	7
4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung.....	7
4.2 Versorgungsaspekte im Überblick	7
4.3 Definition des chronischen Rückenschmerzes (V1.1).....	10
4.4 Synthese der Empfehlungen.....	11
4.4.1 „Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz“ (V1.2).....	11
4.4.2 „Therapieziele“ (V1.3)	14
4.4.3 „Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ (V1.4).....	15
4.4.4 „Therapeutische Maßnahmen“ (V1.5)	18
4.4.4.1 „Basismaßnahmen“ (V1.5.1).....	18
4.4.4.2 „Individuelle Therapiemaßnahmen“ (V1.5.2).....	20
4.4.4.3 „Kombinationsbehandlung“ (V1.5.X).....	24
4.4.4.4 „Invasive Behandlung“ (V1.5.Y)	26
4.4.4.5 „Multimodale Schmerztherapie“ (V1.5.3)	26
4.4.4.6 „Langzeitbetreuung“ (V1.5.4)	28
4.4.4.7 „Medikamentöse Therapien“ (V1.5.5).....	28
4.4.4.7.1 „Nicht-Opioidalangetika“ (V1.5.5.1).....	32
4.4.4.7.1.1 „Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)/COX-2-Hemmer“ (V1.5.5.1.1)	32
4.4.4.7.1.2 „Paracetamol“ (V1.5.5.1.2).....	34
4.4.4.7.1.3 „Metamizol“ (V1.5.5.1.3).....	34
4.4.4.7.2 „Opioidalangetika“ (V1.5.5.2)	34
4.4.4.7.3 „Antidepressiva“ (V1.5.5.3).....	43
4.4.5 „Ärztliche Verlaufsuntersuchungen“ (V1.6)	45
4.4.6 „Kooperation der Versorgungsebenen“ (V1.7)	47

4.4.6.1	„Koordinierende Ärztin / Koordinierender Arzt“ (V1.7.1)	47
4.4.6.2	„Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (V1.7.2)	48
4.4.6.3	„Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung“ (V1.7.3) ...	51
4.4.6.4	„Veranlassung einer Rehabilitationsleistung“ (V1.7.4)	53
4.4.7	„Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)“ (V4).....	53
4.4.7.1	Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)	53
4.4.7.2	„Schulungen der Versicherten“ (V4.2).....	54
4.4.8	Digitale medizinische Anwendungen (V.X).....	56
5	Diskussion.....	58
5.1	Einordnung der Diskrepanzen	58
5.2	Diskussionspunkte	61
6	Fazit.....	62
	Details des Berichts.....	64
A1	Projektverlauf.....	64
A1.1	Zeitlicher Verlauf des Projekts.....	64
A1.2	Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf	64
A2	Methodik gemäß Berichtsplan 1.0.....	66
A2.1	Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung.....	66
A2.1.1	Population.....	66
A2.1.2	Versorgungsaspekte	66
A2.1.3	Übertragbarkeit	66
A2.1.4	Empfehlungskennzeichnung.....	67
A2.1.5	Publikationszeitraum.....	67
A2.1.6	Gültigkeit	67
A2.1.7	Evidenzbasierung.....	67
A2.1.8	Nachvollziehbarkeit der Klassifizierungsschemata	68
A2.1.9	Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss.....	68
A2.2	Informationsbeschaffung	69
A2.2.1	Primäre Informationsquellen	69
A2.2.2	Weitere Informationsquellen	69
A2.2.3	Selektion relevanter Leitlinien.....	69
A2.3	Methodische Qualität der Leitlinien	69
A2.4	Kategorisierung der GoRs und LoEs	71

A2.5 Extraktion der Empfehlungen und Informationssynthese	72
A3 Details der Ergebnisse	75
A3.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung.....	75
A3.1.1 Recherche in Leitliniendatenbanken und bei Leitlinienanbietern	75
A3.1.2 Weitere Informationsquellen	76
A3.1.2.1 Anhörung	76
A3.1.2.2 Autorenanfragen.....	76
A3.1.3 Resultierender Leitlinienpool	76
A3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien.....	77
A3.3 Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien.....	80
A3.4 Darstellung der Definition des chronischen Rückenschmerzes	81
A3.5 Darstellung der Empfehlungen zu den diskrepanten Versorgungsaspekten.....	83
A3.5.1 „Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz“ (V1.2).....	83
A3.5.2 „Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ (V1.4).....	90
A3.5.3 „Therapeutische Maßnahmen“ (V1.5)	94
A3.5.3.1 „Basismaßnahmen“ (V1.5.1).....	94
A3.5.3.2 „Individuelle Therapiemaßnahmen“ (V1.5.2).....	97
A3.5.3.3 „Kombinationsbehandlung“ (V1.5.X).....	104
A3.5.3.4 „Multimodale Schmerztherapie“ (V1.5.3)	105
A3.5.3.5 „Medikamentöse Therapien“ (V1.5.5).....	106
A3.5.3.5.1 „Nicht-Opioideanalgetika“ (V1.5.5.1).....	117
A3.5.3.5.1.1 „Nichtsteroidale Antirheumatika / Cox-2-Hemmer“ (V1.5.5.1.1)	117
A3.5.3.5.2 „Opioideanalgetika“ (V1.5.5.2)	119
A3.5.3.5.3 „Antidepressiva“ (V1.5.5.3).....	139
A3.5.4 „Ärztliche Verlaufsuntersuchungen“ (V1.6)	141
A3.5.5 „Kooperation der Versorgungsebenen“ (V1.7)	144
A3.5.5.1 „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (V1.7.2)	144
A3.5.5.2 „Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung“ (V1.7.3) .	146
A3.5.6 „Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)“ (V4).....	147
A3.5.6.1 „Schulungen der Versicherten“ (V4.2).....	147
A3.5.7 Digitale medizinische Anwendungen (V.X).....	149

A4	Kommentare.....	150
A4.1	Methodische Aspekte	150
A4.1.1	Verweise auf Empfehlungen anderer Leitlinien	150
A4.1.2	Empfehlungen der Leitlinie NICE 2020	150
A4.2	Würdigung der Anhörung.....	150
A4.2.1	Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan	150
A4.2.2	Würdigung der Anhörung zum Vorbericht.....	156
A5	Literatur.....	165
A6	Leitlinienlisten	170
A6.1	Liste der ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen	170
A7	Leitlinienrecherche	175
A7.1	Suchbegriffe	175
A7.2	Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter	175
A8	Empfehlungskategorien nach dem Verfahren des NVL-Programms und GRADE und Evidenzeinstufungen nach der Verfahrensordnung des G-BA und GRADE.....	178
A9	Empfehlungs- und Evidenzgrade der eingeschlossenen Leitlinien und ihre Kategorisierung.....	181
A10	OECD-Mitgliedsstaaten	200
A11	Offenlegung von Beziehungen des externen Sachverständigen	201

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten.....	8
Tabelle 2: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Hinreichende Diagnostik“ (V1.2)	13
Tabelle 3: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ (V1.4).....	17
Tabelle 4: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – Basismaßnahmen (V1.5.1).....	19
Tabelle 5: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – individuelle Therapiemaßnahmen (V1.5.2).....	22
Tabelle 6: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – individuelle Therapiemaßnahmen – Kombinationsbehandlung (V1.5.X)	25
Tabelle 7: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – multimodale Schmerztherapie (V1.5.3)	27
Tabelle 8: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ (V1.5.5)	30
Tabelle 9: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Nicht-Opioideanalgetika – nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) / COX-2-Hemmer (V1.5.5.1.1)	33
Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Opioideanalgetika (1.5.5.2)	36
Tabelle 11: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Antidepressiva (1.5.5.3).....	44
Tabelle 12: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Ärztliche Verlaufsuntersuchung“ (V1.6)	46
Tabelle 13: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Kooperation der Versorgungsebenen“ – Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (V1.7.2).....	50
Tabelle 14: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Kooperation der Versorgungsebenen“ – Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.7.3)	52
Tabelle 15: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Schulung der Versicherten“ (V4.2)	55
Tabelle 16: Darstellung des Versorgungsaspekts und der Diskrepanzen zu „Digitale medizinische Anwendungen“ (V.X)	57
Tabelle 17: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss	68

Tabelle 18: Eingeschlossene Leitlinien	76
Tabelle 19: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien	77
Tabelle 20: Ergebnis der methodischen Bewertung	80
Tabelle 21: Definition des chronischen Rückenschmerzes	81
Tabelle 53: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan	151
Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht	156

Die Verweise auf Tabelle 22 bis Tabelle 52 finden sich im Abschnitt A3.5.1 bis A3.5.7 jeweils zu Beginn der entsprechenden Unterabschnitte.

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Ergebnis der Leitlinienrecherche und des Leitlinienscreenings	75

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-A-RL	DMP-Anforderungen-Richtlinie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GoR	Grade of Recommendation (Empfehlungsgrad)
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IOM	Institute of Medicine
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
LoE	Level of Evidence (Evidenzlevel)
NVL-Programm	Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)

1 Hintergrund

Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme (DMPs) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin beruhen. Im Rahmen der Programme werden vorrangig Behandlungsmethoden eingesetzt, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen [1]. Die Patientinnen und Patienten erhalten damit eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden und akuten Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich verhindern und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern soll. Ziel der DMPs ist es unter anderem, die Behandlung zu optimieren, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu fördern und somit diagnostische und therapeutische Abläufe besser miteinander zu verzahnen [2]. Die inhaltlichen Anforderungen an ein DMP sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) geregelt [3].

Betreffendes Krankheitsbild

Kreuzschmerzen haben in der Regel keine singuläre Ursache, sondern entstehen auf Grundlage einer Befundkonstellation bzw. auf Grundlage des Zusammenwirkens unterschiedlichster Einflussfaktoren [4-6]. Die Klassifizierung erfolgt nach Ursache, Dauer, Schweregrad und Chronifizierungsstadium.

Hinsichtlich der Ursachen lässt sich eine Unterscheidung in nicht spezifisch oder spezifisch vornehmen. Von nicht spezifischem Kreuzschmerz wird gesprochen, wenn kein eindeutiger Hinweis auf eine feststellbare somatische Ursache gefunden werden kann. Chronische nicht spezifische Kreuzschmerzen sind in ihrer Genese multikausal und erfordern ein interdisziplinäres multimodales Assessment, welche somatische (pathomorphologische, funktionelle), psychische und soziale Faktoren berücksichtigt. Als spezifisch werden Kreuzschmerzen eingestuft, wenn ein eindeutiger, den Schmerzen zuordenbarer pathomorphologischer Befund erhoben werden kann [4,5,7]. Hierbei kann, in Abhängigkeit von der Diagnose, der Krankheitsverlauf durch eine gezielte Therapie positiv beeinflusst werden [4,6]. Nicht spezifische Kreuzschmerzen kommen weitaus häufiger vor als spezifische Rückenschmerzen [8].

Auf Basis des zeitlichen Verlaufs erfolgt eine Unterscheidung von akutem, subakutem und chronischem beziehungsweise chronisch rezidivierendem Kreuzschmerz unabhängig von der Ursache. Als chronisch beziehungsweise chronisch rezidivierend werden Kreuzschmerzen bezeichnet, wenn sie länger als 3 Monate andauern. Das Ausmaß der Schmerzintensität kann hierbei variieren. Die alleinige Bestimmung der Chronifizierung über den zeitlichen Verlauf ist aufgrund der multifaktoriellen Genese der Schmerzchronifizierung nicht ausreichend. Es muss

zusätzlich eine strukturierte Schmerzanamnese, unterstützt durch validierte Messinstrumente, erfolgen [4,9].

Die Bestimmung des Schweregrades des chronischen Kreuzschmerzes erfolgt in Deutschland in der Regel anhand der Graduierung von Schmerzen nach von Korff et al. Das Graduierungsschema GCPS (Graded Chronic Pain Scale) unterscheidet den Kreuzschmerz nach dem Ausmaß der Schmerzintensität und der schmerzbedingten Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten [4,10]. Die im Jahr 2020 publizierte überarbeitete Version des GCPS bewertet nicht mehr separat lokalisationsbezogene Schmerzzustände, sondern fragt nach Schmerzen im Allgemeinen [11].

Der Kreuzschmerz wird als Schmerz im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten mit oder ohne Ausstrahlung und mögliche weitere Beschwerden verstanden [4,6]. In das DMP Chronischer Rückenschmerz können Patientinnen und Patienten mit chronischem nicht spezifischem Kreuzschmerz mit wesentlicher Funktionseinschränkung unter andauernder Therapie eingeschlossen werden.

Epidemiologie

Die Ergebnisse einer Querschnittsbefragung (N = 5009) der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020 zeigen, dass 61,3 % der Erwachsenen in Deutschland angeben in den letzten 12 Monaten mindestens 1-mal Rückenschmerzen gehabt zu haben, wobei Frauen mit einer Prävalenz von 66,0 % signifikant häufiger von Rückenschmerzen berichten als Männer mit 56,4 %. Die Bevölkerungsprävalenz von chronischen Rückenschmerzen liegt bei 15,5 % und ist mit 18,5 % bei Frauen signifikant höher als bei Männern mit 12,4 %. Chronische Rückenschmerzen nehmen mit dem Alter deutlich zu. Fast ein Viertel (23,4 %) der Personen ab 70 Jahren leidet an chronischen Rückenschmerzen [8]. In sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen treten chronische Rückenschmerzen überproportional häufig auf und zählen zu den häufigsten Anlässen für die Konsultation von Hausärzten, Orthopäden und Physiotherapeuten [12]. In den zitierten Studien werden keine dedizierten Daten für den spezifischen und nicht spezifischen Rückenschmerz angegeben.

Je nach Intensität und Dauer können Kreuzschmerzen Auswirkungen auf die Alltagsaktivität, gesundheitsbezogene Lebensqualität und auf die psychische Gesundheit haben [8,12]. Es kann dabei eine wechselseitige Beeinflussung von psychischen Störungen und chronischen Schmerzen bestehen [9].

Leitlinien

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer sowie Patientinnen und Patienten zur angemessenen Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen. Sie haben zum Ziel, die Patientenversorgung zu verbessern. Ihren

Empfehlungen liegen eine systematische Überprüfung der Evidenz und eine Bewertung des Nutzens und Schadens der alternativen Behandlungsoptionen zugrunde [13,14].

Von den Leitliniengruppen sollen Grades of Recommendation (GoRs) und Levels of Evidence (LoEs) vergeben werden. Der GoR verleiht der Stärke einer Empfehlung Ausdruck und beruht in der Regel auf einer Abwägung des Nutzens und Schadens einer (medizinischen) Intervention in dem jeweils spezifischen Versorgungskontext sowie auf der Stärke der zugrunde gelegten Evidenz beziehungsweise dem LoE. Der LoE stellt eine Bewertung der Ergebnissicherheit der den Empfehlungen zugrunde gelegten Studien dar, wobei systematische Übersichten von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) üblicherweise den höchsten LoE erhalten. Leitlinienersteller verwenden oft unterschiedliche Systeme zur Einstufung von GoRs und LoEs.

2 Fragestellung

Folgende Fragestellung soll beantwortet werden:

- Welche Diskrepanzen finden sich zwischen den Empfehlungen der Leitlinien und der aktuell gültigen DMP-A-RL?

Zur Beantwortung der Fragestellung werden aktuelle evidenzbasierte Leitlinien identifiziert, bewertet, zur aktuell gültigen Anlage zum DMP Chronischer Rückenschmerz der DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen extrahiert und inhaltlich zusammengefasst.

Des Weiteren sollen Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen unabhängig von der Empfehlungsstärke und dem Evidenzlevel dargestellt werden.

3 Kurzdarstellung des methodischen Vorgehens

Die Zielpopulation der Leitliniensynopse bildeten Patientinnen und Patienten mit chronischem nicht spezifischem Kreuzschmerz.

Es wurde eine systematische Recherche in Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern im Internet durchgeführt.

In die Untersuchung wurden spezifisch für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischem nicht spezifischem Kreuzschmerz entwickelte und ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien eingeschlossen, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Die Leitlinien mussten von Juli 2019 an publiziert sowie als gültig gekennzeichnet sein und / oder das genannte Überarbeitungsdatum nicht überschritten haben. Die Empfehlungen mussten formal eindeutig als solche gekennzeichnet sein. Bei der Bearbeitung der Leitlinien wurden alle relevanten Begleitdokumente berücksichtigt.

Die eingeschlossenen Leitlinien wurden mithilfe des Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation(AGREE)-II-Instruments methodisch bewertet. Die Ergebnisse dieser Bewertung waren kein Kriterium für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung, sondern dienten der transparenten Darstellung von methodischen Stärken oder Schwächen der eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien.

Die für die Fragestellung relevanten Leitlinienempfehlungen wurden mit den dazugehörigen GoRs und LoEs in standardisierte Tabellen extrahiert. Um eine Vergleichbarkeit der zumeist unterschiedlichen Systeme der Empfehlungs- und Evidenzgraduierung in den Leitlinien zu erreichen, wurden die in den Leitlinien verwendeten GoRs und LoEs den Kategorien hoch, nicht hoch und unklar zugeordnet.

Die Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien wurden den in Abschnitt A2.1.2 genannten Versorgungsaspekten zugeordnet, mit der DMP-A-RL [3] inhaltlich abgeglichen und hinsichtlich ihrer Diskrepanz beurteilt.

Für die weitere Analyse wurden nur die Versorgungsaspekte berücksichtigt, die Empfehlungen mit Diskrepanzen aufwiesen. Es erfolgte eine Bewertung der diskrepanten Empfehlungen auf Basis der GoRs oder bei unklarem GoR alternativ der LoEs.

Die Empfehlungen eines Versorgungsaspekts wurden schlagwortartig als Kerninhalte zusammengefasst, sofern mindestens 1 diskrepante Empfehlung mit hohem GoR (oder mit hohem LoE bei ausschließlich Empfehlungen mit unklarem GoR im Versorgungsaspekt) vorlag.

Für den deutschen Versorgungskontext relevante Empfehlungen, die im Vergleich zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant sind, aber aufgrund der nicht hohen GoR- bzw. LoE-Kategorisierung nicht im Ergebnisteil dargestellt wurden, werden in Kapitel 5 diskutiert.

Des Weiteren wurden, unabhängig vom GoR und LoE der Empfehlungen, die Versorgungsaspekte zu digitalen medizinischen Anwendungen in den Bericht aufgenommen und die Inhalte ihrer Empfehlungen ebenfalls zu Kerninhalten zusammengefasst.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Die systematische Recherche ergab nach Titel- und Abstractscreening 56 potenziell relevante Dokumente, die im Volltext gesichtet wurden. Nach Prüfung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss wurden 11 relevante Leitlinien eingeschlossen. Die letzte Suche fand im Januar 2024 statt.

4.2 Versorgungsaspekte im Überblick

Aus den 11 eingeschlossenen Leitlinien wurden insgesamt 425 Empfehlungen in die Analyse einbezogen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die übergeordneten Versorgungsaspekte entsprechend der DMP-A-RL, zu denen die jeweiligen Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR beziehungsweise bei unklarem GoR mit hohem LoE geben. Ergänzend wurden zusätzlich identifizierte Versorgungsaspekte dargestellt, die für die Versorgung im DMP von Bedeutung sein könnten.

Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten (mehrseitige Tabelle)

Leitlinie	Versorgungsaspekte (entsprechend der DMP-A-RL und zusätzlich in Leitlinien identifizierte)																
	Hinreichende Diagnostik	Therapieziele	Therapieplanung	Therapeutische Maßnahmen							Ärztliche Verlaufuntersuchungen	Kooperation der Versorgungssektoren				Schulungen	Digitale medizinische Anwendungen ^a
				Basismaßnahmen	Individuelle Therapiemaßnahmen	Kombinationsbehandlung ^a	Invasive Behandlung ^a	Multimodale Schmerztherapie	Langzeitbetreuung	Medikamentöse Therapien		Koordinierende Ärztin / koordinierender Arzt	Überweisungen	Einweisung in ein Krankenhaus	Veranlassung einer Rehabilitationsleistung		
APTA 2021	–	–	○	○	●	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	●	–
DGKJ 2021	●	○	–	–	●	–	○	●	–	●	○	○	○	–	–	–	–
DSG 2020	–	○	–	–	–	–	–	–	–	●	○	–	○	●	–	–	–
Korownyk 2022	–	–	–	●	●	–	–	–	–	●	–	–	–	–	–	–	●
Langford 2022	–	–	–	–	–	–	–	–	–	●	–	–	–	–	–	–	–
NASS 2020	●	–	○	●	○	●	○	–	–	●	–	–	–	–	–	●	○
NICE 2020	–	–	–	–	–	–	–	–	–	●	–	–	–	–	–	–	–
NICE 2021	●	–	●	○	●	–	–	–	–	●	●	–	●	–	–	●	–
SIGN 2019 ^b	○	–	○	○	○	–	–	–	–	●	○	–	○	–	–	○	–
VADoD 2022	●	–	–	○	○	–	○	–	–	●	–	–	–	–	–	○	–
WHO 2023	–	–	–	○	○	–	–	–	–	○	–	–	–	–	–	○	–
Summe Leitlinien mit Empfehlungen	5	2	4	7	8	1	3	1	0	10	4	1	4	1	0	6	2

Tabelle 1: Übersicht über die Versorgungsaspekte, zu denen die Leitlinien Empfehlungen beziehungsweise diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR (LoE) enthalten (mehrseitige Tabelle)

Leitlinie	Versorgungsaspekte (entsprechend der DMP-A-RL und zusätzlich in Leitlinien identifizierte)																
	Hinreichende Diagnostik	Therapieziele	Therapieplanung	Therapeutische Maßnahmen							Ärztliche Verlaufsuntersuchungen	Kooperation der Versorgungssektoren				Schulungen	Digitale medizinische Anwendungen ^a
				Basismaßnahmen	Individuelle Therapiemaßnahmen	Kombinationsbehandlung ^a	Invasive Behandlung ^a	Multimodale Schmerztherapie	Langzeitbetreuung	Medikamentöse Therapien		Koordinierende Ärztin / koordinierender Arzt	Überweisungen	Einweisung in ein Krankenhaus	Veranlassung einer Rehabilitationsleistung		
Summe Leitlinien mit diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR (LoE)	4	0	1	2	4	1	0	1	0	9	1	0	1	1	0	3	1

o: Die Leitlinie enthält zu dem jeweiligen Versorgungsaspekt Empfehlungen.

●: Mindestens eine der Empfehlungen der Leitlinie zu dem Versorgungsaspekt ist zur DMP-A-RL diskrepant und hat einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE.

–: Die Leitlinie enthält zu dem jeweiligen Versorgungsaspekt keine Empfehlungen.

a. zusätzlich in den Leitlinien identifizierter Versorgungsaspekt

b. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf.

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LoE: Level of Evidence

4.3 Definition des chronischen Rückenschmerzes (V1.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL:

„Eingeschlossen in das DMP werden Patientinnen und Patienten mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz mit wesentlicher Funktionseinschränkung Grad II – IV im „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen unter andauernder Therapie.

Kreuzschmerz im Sinne dieser Anlage ist der Schmerz im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten.

Chronisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, wenn er länger als zwölf Wochen anhält.

Nichtspezifisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, bei dem keine spezifischen Erkrankungen, wie insbesondere in den Ausschlusskriterien benannt, ursächlich sind.

Ausgeschlossen von der Teilnahme an diesem DMP sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen:

- Tumor im Bereich der Wirbelsäule,
- Infektion im Bereich der Wirbelsäule,
- nicht stabil durchbaute Wirbelkörperfrakturen,
- autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen,
- symptomatische Radikulopathie,
- Kaudasyndrom.

Versicherte, deren Rückenschmerzen als Berufserkrankung laut Berufskrankheitenverordnung (BK) anerkannt sind, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.

Haben Ärztinnen und Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 Siebtes Sozialgesetzbuch (SGB VII) anzuzeigen.

Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren wegen Kreuzschmerzen, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

In 9 Leitlinien wurden Angaben zu Definitionen von Kreuzschmerzen gemacht. Die in 2 Leitlinien (NICE 2020 [15], SIGN 2019 [16]) gegebenen Definitionen gehen mit der Definition

in der DMP-A-RL einher. In 5 Leitlinien (DGKJ 2021 [17], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]) wurden Definitionen gegeben, welche die Definition in der DMP-A-RL ergänzen. In den Definitionen der Leitlinien NICE 2021 [19], Korownyk 2022 [22] und WHO 2023 [21] wird auf die ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) verwiesen. In den Leitlinien DGKJ 2021 [17], NASS 2020 [18] und VADoD 2022 [20] werden in den Definitionen zum Kreuzschmerz ergänzende Symptome genannt. In der Klassifikation chronischer Schmerzen verweist die Leitlinie DGKJ 2021 [17] auf das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Die Definition der Leitlinie APTA 2021 [23] gibt für die Klassifikation eines chronischen Kreuzschmerzes eine Dauer der Symptomatik von 6 Wochen an und widerspricht somit den Definitionen der anderen Leitlinien und der der DMP-A-RL. Alle Definitionen sind in Tabelle 21 im Originalwortlaut dargestellt.

4.4 Synthese der Empfehlungen

In den folgenden Tabellen (Tabelle 2 bis Tabelle 16) werden die Versorgungsaspekte, für die diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR bzw. alternativ hohem LoE identifiziert wurden, dargestellt. Pro Versorgungsaspekt sind die zentralen Inhalte aller Empfehlungen schlagwortartig als Kerninhalte zusammengefasst. Zudem werden die Diskrepanzen zur DMP-A-RL erläutert.

In den Überschriften der folgenden Abschnitte wird hinter der Bezeichnung des Versorgungsaspekts in Klammern die Nummerierung des entsprechenden Abschnitts der DMP-A-RL angegeben. Zusätzlich in den Leitlinien identifizierte Versorgungsaspekte, die sich inhaltlich nicht einem Versorgungsaspekt der DMP-A-RL zuordnen lassen, werden mit Variablen, zum Beispiel X, Y (Beispiel: „Spezifische Patientengruppen“ [VX]), nummeriert.

4.4.1 „Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz“ (V1.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die hinreichende Diagnostik für die Aufnahme besteht aus:

- der Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der unter Nummer 1.1 benannten Definition und Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe sowie der körperlichen Untersuchung.
- der Feststellung des Ausmaßes der Schmerzstärke und der funktionellen Beeinträchtigung mit einem Ausmaß von mindestens Grad II, erhoben durch den

Patientenfragebogen „Chronic Pain Grade (CPG)“. Dieser Fragebogen wird der Patientin oder dem Patienten von der Ärztin oder vom Arzt für die Einschreibung zur Verfügung gestellt und von der Patientin oder vom Patienten ausgefüllt.

Vor Einschreibung in das DMP prüft die Ärztin oder der Arzt das Vorliegen von Ein- und Ausschlusskriterien. Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf insbesondere der vorangegangenen zwölf Wochen zu berücksichtigen.

Bei Patientinnen und Patienten mit anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten Kreuzschmerzen trotz leitliniengerechter Therapie soll die Indikation für eine bildgebende Diagnostik überprüft werden. Die Wiederholung der Bildgebung ohne relevante Änderung des klinischen Bildes soll nicht erfolgen.

Die Ärztin beziehungsweise der Arzt prüft zudem vor Einschreibung, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist und verweist die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls für die weitere Beratung und Prüfung an die zuständigen Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 5 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (DGKJ 2021 [17], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20]):

- Anamnese
- Risikofaktoren
- prognoserelevante Faktoren
- körperliche Untersuchung
- bildgebende Untersuchung und Laboruntersuchung
- invasive Verfahren

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Hinreichende Diagnostik“ (V1.2)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.1	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.2 – K1 Anamnese	ergänzend: ▪ Ergründen der Schmerzursache unter Berücksichtigung möglicher Einflüsse von Erkrankungen oder Verletzungen ▪ Berücksichtigung altersspezifischer sowie umfeldbezogener Unterschiede in der Symptomatik bei 16- bis 25-Jährigen[#] ▪ Berücksichtigung von Red Flags und differenzial-diagnostisch relevanten Symptomen und Erkrankungen[#]	▪ Anamnese bei Kindern und Jugendlichen ▪ patientenzentrierte Anamnese unter Berücksichtigung von: ▫ psychosozialen Faktoren ▫ Verwendung von Patientenfragebögen ▪ Berücksichtigung nicht struktureller Ursachen	DGKJ 2021, NASS 2020, NICE 2021, SIGN 2019*, VADoD 2022	5	6	15
V1.2 – K2 Risikofaktoren	ergänzend: ▪ Berücksichtigung von Risikofaktoren in der Adoleszenz ▪ psychologische Diagnostik bei Nachweis von psychosozialen Risikofaktoren	▪ weitere Risikofaktoren für nicht spezifische Rückenschmerzen im Jugendalter ▪ Risikofaktoren für chronischen Verlauf in der Adoleszenz ▪ mögliche prädiktive und prognostische Faktoren	DGKJ 2021, NASS 2020	2	2	7
V1.2 – K3 bildgebende Untersuchung und Laboruntersuchung	ergänzend: ▪ Prüfung der Indikation für eine bildgebende und laboratorische Diagnostik bei Verdacht auf schwerwiegende oder progressive neurologische Defizite, Red Flags oder spezifische Krankheitsursachen im Kindes- und Jugendalter[#]	▪ Bei Kindern und Jugendlichen: ▫ Einbezug von bildgebenden Verfahren, insbesondere Röntgenuntersuchung und MRT in Abhängigkeit des Beschwerdebildes, des Befundes und altersspezifischer Anforderungen	DGKJ 2021, NASS 2020, VADoD 2022	9	9	13
● Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; MRT: Magnet-Resonanz-Tomografie; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.2 „Therapieziele“ (V1.3)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Chronischer Kreuzschmerz ist mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität verbunden. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

- Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- Verbesserung der Funktionsfähigkeit,
- Reduktion der Schmerzintensität,
- Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit,
- Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung,
- Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen,
- Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz sowie gegebenenfalls Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit, beziehungsweise Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage.

Die Therapieziele sollen durch den strukturierten Einsatz von evidenzbasierten effektiven Behandlungsmaßnahmen und unter Vermeidung von unnötigen diagnostischen und therapeutischen, Maßnahmen erreicht werden. Die therapeutische Beziehung soll einer Somatisierung und übermäßiger Fixierung auf medizinische Maßnahmen entgegenwirken.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (DGKJ 2021 [17], DSG 2020 [24]):

- Therapieziele

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Es wurden keine Empfehlungen identifiziert, die sowohl zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant waren als auch einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufwiesen.

4.4.3 „Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ (V1.4)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten führt die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis der psychischen und somatischen Situation sowie der Beurteilung des Verlaufs und der bisher stattgefundenen Untersuchungen und Behandlungen durch.

Die Ärztin oder der Arzt erfasst dazu die individuelle Beschwerdestärke, das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung, die psychosoziale Belastung und psychische und somatische Komorbiditäten. Für diese Beurteilung soll in komplexeren Fällen geprüft werden, ob weitere Fachdisziplinen einbezogen werden sollen.

Bei der Therapieplanung sollen eine den individuellen Voraussetzungen der Patientinnen oder des Patienten angemessene, zunehmende Aktivierung und weitere Lebensstilmodifikationen berücksichtigt werden. Voraussetzung für die Therapieplanung ist zudem eine gemeinsame Verständigung auf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell.

Auf Basis der sich ergebenden individuellen Befundkonstellation soll die Ärztin oder der Arzt in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von bestimmten Interventionen profitieren kann.

Die Basismaßnahmen (siehe Nummer 1.5.1) sollen grundsätzlich bei jeder Patientin oder jedem Patienten zur Anwendung kommen.

Die Ärztin oder der Arzt prüft sodann, ob die Patientin oder der Patient von einer Optimierung bereits bestehender individueller Therapiemaßnahmen (siehe 1.5.2) oder deren Neu-Veranlassung profitieren kann.

Bei nicht ausreichendem Erfolg soll im Weiteren eine Modifikation der Therapiemaßnahmen im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung erfolgen. Eine Fortsetzung von Maßnahmen, die keine Wirkung gezeigt haben, soll dabei vermieden werden.

Sprechen die Beschwerden der Patientin oder des Patienten auch hierauf nicht in ausreichendem Maße an, kann eine ambulante Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung, eine ambulante Schmerztherapie durch eine schmerztherapeutisch qualifizierte Einrichtung, oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie eingesetzt werden.

In begründeten Fällen kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie auch als initiale Maßnahme erwogen werden.

Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt erstellt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten einen Therapieplan mit individuellen Zielen, insbesondere zur körperlichen Aktivität oder zu Entspannungstechniken.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 4 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (APTA 2021 [23], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16]):

- Grundsätze
- Risikostratifizierung

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ (V1.4)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.4 – K1 Grundsätze	ergänzend: ▪ Berücksichtigung folgender Faktoren in der Therapieplanung[#]: ▫ sozioökonomischer, kultureller, ethnischer und religiöser Hintergrund ▫ individuelle Stärken, Ansichten, Ziele, Fähigkeiten und Präferenzen ▫ besonderer Unterstützungsbedarf von jungen Patientinnen und Patienten (16 bis 25 Jahre) ▫ Aufklärung hinsichtlich fluktuativer Schmerzzustände und Stressoren ▫ sensibilisierte Kommunikation bei der Verkündung von Testergebnissen ▫ Erläuterung von Nutzen, Schaden und Risiken von Behandlungsmöglichkeiten[#] ▪ ärztliche Begutachtung und partizipative Entscheidungsfindung bei koexistierenden primären und sekundären chronischen Schmerzen (entsprechend der ICD-11)[#]	▪ Berücksichtigung von ▫ Ressourcen zum Selbstmanagement ▫ Verhalten ▫ physische, psychische Faktoren und Kontextfaktoren ▪ aktive Einbindung ▪ kooperative und unterstützende Beziehung ▪ Aufklärung über Schmerzursachen, Therapiemaßnahmen und -verlauf und partizipative Entscheidungsfindung ▪ patientenzentrierte Diagnostik und Therapie	NASS 2020, NICE 2021, SIGN 2019 [*]	8	13	18
●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.4 „Therapeutische Maßnahmen“ (V1.5)

4.4.4.1 „Basismaßnahmen“ (V1.5.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Alle Patientinnen und Patienten sollen im Arzt-Patienten-Gespräch über das biopsychosoziale Krankheitsverständnis von chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen aufgeklärt werden.

Alle Patientinnen und Patienten sollen über die entscheidende, positive Rolle von körperlicher Aktivität zur Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden aufgeklärt werden. Sie sollen zu regelmäßiger und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit allmählich gesteigerter körperlicher Aktivität im Alltag motiviert werden. Die Patientin und der Patient soll regelmäßig körperliches Training durchführen, entweder selbständig oder durch Teilnahme an einem von Fachkräften geleiteten Sportprogramm beziehungsweise durch Teilnahme an Rehabilitationssport / Funktionstraining. Die Art der körperlichen Bewegung soll sich nach den individuellen Präferenzen und Voraussetzungen der Patientinnen und der Patienten richten.

Aktivierung und Lebensstiländerungen stellen bei Patientinnen und Patienten mit nicht spezifischen chronischen Rückenschmerzen die zentrale Maßnahme dar. Es soll geprüft werden, ob die Patientin oder der Patient zur Unterstützung der Umsetzung dieser Maßnahmen von einer multimodalen Schulung gemäß Nummer 4.2 profitieren kann.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 7 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (APTA 2021 [23], Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]):

- Basismaßnahmen allgemein
- körperliche Aktivität / Training

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – Basismaßnahmen (V1.5.1)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.1	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.1 – K1 Basismaßnahmen allgemein	ergänzend: ▪ gemeinsame Entscheidungsfindung bei der Wahl zusätzlicher Behandlungsmöglichkeiten [#]	▪ körperliche Aktivität anstelle von Schonung	Korownyk 2022, NASS 2020	1	1	2
V1.5.1 – K2 körperliche Aktivität / Training	ergänzend: ▪ Empfehlung für Ausdauertraining [#]	▪ körperliche Aktivität als Basismaßnahme zur Schmerzreduktion: ▫ alle Formen körperlichen Trainings ▫ ein aktiver Lebensstil über die Bewegungstherapie hinaus ▪ Gleichwertigkeit von spezifischem Stabilisationstraining und generellem körperlichen Training ▪ strukturierte(s) Bewegungstherapie oder -programm	APTA 2021, Korownyk 2022, NASS 2020, NICE 2021, SIGN 2019*, VADoD 2022, WHO 2023	1	5	16
●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.4.2 „Individuelle Therapiemaßnahmen“ (V1.5.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Als wesentliche Behandlung soll die angeleitete Bewegungstherapie zur Anwendung kommen. Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.

In Abhängigkeit der individuellen Befundkonstellation können folgende therapeutische Verfahren zum Einsatz kommen:

- Krankengymnastik an Geräten, Krankengymnastik im Wasser,
- Entspannungsverfahren: Jacobsonsche Relaxationstherapie,
- Ergotherapie,
- geeignete psychotherapeutisch oder psychosomatisch ausgerichtete Maßnahmen in Abhängigkeit vom Schweregrad der psychischen Störung.

Grundsätzlich stehen außerdem die Maßnahmen gemäß Heilmittelkatalog sowie die Akupunktur und die ärztliche Manuelle Therapie zur Verfügung.

Folgende Maßnahmen werden nicht empfohlen:

- Traktionsbehandlung,
- Bettruhe,
- Orthesen und Schuheinlagen,
- Kurzwellendiathermie,
- Therapeutischer Ultraschall,
- Interferenztherapie,
- Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS),
- Perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS),
- Magnetfeldtherapie,
- Lasertherapie,
- Kältetherapie.

Die Erreichung der Therapieziele und die Wirkung der individuellen Therapiemaßnahmen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Zeigt sich innerhalb eines angemessenen

Behandlungszeitraumes nach Einschreibung in das DMP keine Besserung von Schmerz und Funktionseinschränkung, prüft die Ärztin oder der Arzt, gegebenenfalls auch in Absprache mit weiteren beteiligten Leistungserbringern (zum Beispiel Physiotherapeutin oder Physiotherapeut), ob die Patientin oder der Patient von einer Kombination beziehungsweise der Anpassung von individuellen Therapiemaßnahmen profitieren kann.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 8 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (APTA 2021 [23], DGKJ 2021 [17], Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18]; NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]):

- individuelle Bewegungstherapie
- manuelle Therapie
- Wirbelsäulenmanipulation
- psychotherapeutische / psychosomatische Maßnahmen
- Achtsamkeit
- Mobilisation des Nervensystems
- progressive Muskelentspannung
- Akupunktur
- multidisziplinäres Programm
- nicht empfohlene und weitere Maßnahmen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – individuelle Therapiemaßnahmen (V1.5.2) (mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.2 – K1 individuelle Bewegungstherapie	ergänzend: ▪ angeleitetes Gruppentraining für Patientinnen und Patienten im Alter von 16 Jahren und älter[#] ▪ von Physiotherapeutinnen und -therapeuten angeleitetes[#] ▫ Ausdauer- und Fitnesstraining mit unterschiedlichen Intensitäten ▫ Koordinations- und Krafttraining ▫ Training der Rumpfmuskulatur ▪ aktive Physiotherapie für Kinder, Jugendliche und ältere Personen[#]	▪ von Fachpersonal angeleitetes / angeleitete ▫ wiederholtes, auf den Behandlungserfolg angepasstes Training ▫ spezialisierte physiotherapeutische Übungen in Kombination mit anderen aktiven und passiven Behandlungsmethoden ▫ Übungen zur Bewegungskontrolle und Rumpfmobilität ▫ Maßnahmen zur Steigerung der Therapieadhärenz ▫ Bewegungsbad ▫ strukturierte und standardisierte Trainings- und Übungsprogramme	APTA 2021, DGKJ 2021, NICE 2021, SIGN 2019*, VADoD 2022	7	8	13
V1.5.2 – K2 manuelle Therapie	ergänzend: ▪ Anwendung der passiven Gelenkmobilisation[#]	▪ zeitlich begrenzte Anwendung von manueller Therapie für Gelenke und Weichteile ▪ keine Anwendung von manueller Therapie bei Kindern und Jugendlichen ▪ Anwendung von Massagen als Teil der Behandlung	APTA 2021, DGKJ 2021, SIGN 2019*, WHO 2023	2	2	7
V1.5.2 – K3 Wirbelsäulenmanipulation	ergänzend: ▪ Wirbelsäulenmanipulation als Behandlungsoption		Korownyk 2022, NASS 2020, VADoD 2022, WHO 2023	1	1	8

Tabelle 5: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – individuelle Therapiemaßnahmen (V1.5.2) (mehreseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.2 – K4 psychotherapeutische / psychosomatische Maßnahmen	ergänzend: ▪ Negativempfehlung für Biofeedback bei Patientinnen und Patienten im Alter von 16 Jahren und älter [#]	▪ gezielte (Sozial-)Beratung und weiterführende psychische und schmerzmedizinische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Hinweis auf psychosoziale Belastung ▪ kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Kindern und Jugendlichen ▪ KVT, Stressreduktion und Akzeptanz- und Commitment-Therapie ▪ operante Konditionierung	DGKI 2021, Korownyk 2022, NASS 2020, NICE 2021 ^c , SIGN 2019 [*] , VADoD 2022, WHO 2023	1	1	14
●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. c. Auf die in dieser Tabelle dargestellten Inhalte der Leitlinie NICE 2022 withdrawal wird in der Leitlinie NICE 2021 verwiesen. Ein separater Einschluss der Leitlinie erfolgte nicht. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.4.3 „Kombinationsbehandlung“ (V1.5.X)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

In der aktuellen DMP-A-RL ist dieser Versorgungsaspekt bisher nicht enthalten.

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NASS 2020 [18]):

- Kombinationsbehandlungen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – individuelle Therapiemaßnahmen – Kombinationsbehandlung (V1.5.X)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.3	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.X – K1 Kombinationsbehandlung	ergänzend: Physiotherapie in Kombination mit KVT oder mit Behandlungen zur Angstvermeidung[#]	- Kombinationsbehandlung: - Lasetherapie und körperliche Aktivität - Massagetherapie und körperliche Aktivität - Wirbelsäulenmanipulation und körperliches Training	NASS 2020	2	2	9
#. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.4.4 „Invasive Behandlung“ (V1.5.Y)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

In der aktuellen DMP-A-RL ist dieser Versorgungsaspekt bisher nicht enthalten.

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 3 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (DGKJ 2021 [17], NASS 2020 [18], VADoD 2022 [20]):

- Invasive Behandlung

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Es wurden keine Empfehlungen identifiziert, die sowohl zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant waren als auch einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufwiesen.

4.4.4.5 „Multimodale Schmerztherapie“ (V1.5.3)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Führen auch intensivierete Therapiemaßnahmen zu keiner ausreichenden Besserung, soll die Erforderlichkeit einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie geprüft werden (siehe Nummer 1.4).“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (DGKJ 2021 [17]):

- multimodale Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Therapeutische Maßnahmen“ – multimodale Schmerztherapie (V1.5.3)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.4	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.3 – K1 multimodale Schmerztherapie	ergänzend: ▪ multimodale Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen mit ▫ rekurrierenden und chronischen unspezifischen Rückenschmerzen, ▫ starker schmerzbezogener Beeinträchtigung und ▫ Versagen bisheriger unimodaler Therapiemaßnahmen	▪ Prüfung der Indikation für eine multimodale Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen mit unspezifischen Rückenschmerzen und einer komorbiden psychischen Erkrankung ▪ Indikationen für ein schmerzmedizinisches Assessment und eine stationäre intensiviertere interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	DGKJ 2021	1	1	3
a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.4.6 „Langzeitbetreuung“ (V1.5.4)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Nach Durchlaufen aller indizierten Maßnahmen nach Nummer 1.5.1 bis 1.5.3 soll der Schwerpunkt auf die Stabilisierung erworbener Verhaltens- und Handlungskompetenzen der Patientin beziehungsweise des Patienten, die Verstetigung körperlicher Aktivität sowie auf die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Interventionen gelegt werden. Wesentlich sind weiterhin die Kontrolle auf mögliche Änderungen des Beschwerdebildes und ein besonderes Augenmerk auf eine eventuell länger anhaltende Einnahme von Analgetika.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.4.7 „Medikamentöse Therapien“ (V1.5.5)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die medikamentöse Therapie nicht-spezifischer Kreuzschmerzen erfolgt symptomorientiert. Sie dient der Unterstützung der nicht-medikamentösen Maßnahmen, damit die Betroffenen frühzeitig ihre üblichen Aktivitäten wiederaufnehmen können. Eine medikamentöse Therapie kann erforderlich werden, um den Beginn der aktivierenden Maßnahmen zu unterstützen. Sie kann außerdem erforderlich werden, wenn trotz regelgerechter Durchführung der nicht medikamentösen Maßnahmen eine für die Patientin oder den Patienten nicht tolerable schmerzbedingte funktionelle Beeinträchtigung bestehen bleibt.

Die tatsächlich eingenommenen Medikamente sollen einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie erfragt und erfasst werden, um gegebenenfalls Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31 a SGB V informiert.

Folgende Grundsätze sollen unabhängig von der Wahl, der Einleitung und der Durchführung der medikamentösen Therapie berücksichtigt werden:

- Aufklärung, dass Medikamente nur eine unterstützende Therapieoption bei Rückenschmerzen darstellen,
- Festlegung eines realistischen und relevanten Therapieziels auch unter Berücksichtigung der körperlichen Funktion (zum Beispiel Verbesserung der Gehstrecke oder Belastbarkeit, relevante Schmerzlinderung (>30 oder >50%)),

- Individuelle Auswahl der Medikation unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen, Begleitmedikation, Unverträglichkeiten, Vorerfahrungen und Präferenzen des Patienten,
- Stufenweise Dosistitration der Medikation zum Erreichen dieses Effektes mit der geringsten effektiven Dosierung,
- Überprüfung des Auftretens von Nebenwirkungen und des klinischen Effekts in regelmäßigen Intervallen (ca. vier Wochen),
- Bei akuten Schmerzexazerbationen zeitiges Ausschleichen beziehungsweise Absetzen der Medikation mit Besserung der Symptomatik,
- Fortführung der Therapie nur bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit, Überprüfung in regelmäßigen Intervallen (alle drei Monate),
- Ausschleichen/Absetzen der Therapie bei nicht ausreichender Wirksamkeit (trotz angemessener Dosierung) oder relevanten Nebenwirkungen.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 8 Leitlinien Empfehlungen zu folgenden Versorgungsaspekten identifiziert (DGKJ 2021 [17], DSG 2020 [24], Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], NICE 2020 [15], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]):

- Medikamente allgemein
- nicht empfohlene und weitere Medikamente
- Kinder und Jugendliche

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ (V1.5.5) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5 – K1 Medikamente allgemein	ergänzend: ▪ abruptes Absetzen der Medikation nur bei schwerwiegenden Nebenwirkungen unter engmaschiger und adäquater Nachbetreuung ▪ zu berücksichtigende Aspekte beim geplanten Absetzen von Opioiden, Benzodiazepinen, Gabapentinoiden, Z-Substanzen oder Antidepressiva[#] ▪ Vorgehen bei fehlender gemeinsamer Entscheidungsfindung und Hinterfragen vorheriger Verschreibungen von Medikamenten[#] ▪ Vorgehen bei nicht erfolgreicher Dosisreduktion und Notwendigkeit, die aktuelle Medikation weiterzuführen[#] ▪ Erfassung des Risikos für Medikamentenmissbrauch vor Verschreibung von Pregabalin und Gabapentin[#] ▪ bei bestehender Einnahme von cannabis-haltigen Produkten ärztliche Absprache über die Weiterbehandlung oder Absetzung[#]	▪ zu beachtende Aspekte bei der Wahl der Pharmakotherapie ▪ engmaschige und adäquate Nachbetreuung bei Schäden durch die Therapie oder dem Wunsch nach Absetzen durch den Patienten oder die Patientin	DSG 2020, Korownyk 2022, NICE 2021 ^c	17	18	20

Tabelle 8: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ (V1.5.5) (mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5 – K2 nicht empfohlene und weitere Medikamente	ergänzend: ▪ Negativempfehlungen für verschiedene Wirkstoffe (u. a. Benzodiazepine, Gabapentinoide, Produkte auf Cannabisbasis, Antiepileptika, Antipsychotika) ▪ kurzzeitige Anwendung von Capsicum-Salbe[#]	▪ Negativempfehlung für ▫ Muskelrelaxanzien ▫ monoklonale Antikörper ▫ systemische Kortikosteroide (oral oder intramuskulär) ▫ Antikonvulsiva ▫ Medikamente zur Gewichtsreduktion ▫ injizierbare Lokalanästhetika ▫ weitere pflanzliche Arzneimittel	NASS 2020, NICE 2020, NICE 2021 ^c , VADoD 2022, WHO 2023	7	7	32
V1.5.5 – K3 Kinder und Jugendliche	ergänzend: Negativempfehlung für eine medikamentöse Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	–	DGKJ 2021	1	1	1
#. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. c. Auf die in dieser Tabelle dargestellten Inhalte der Leitlinien NICE 2022 withdrawal und NICE 2021 cannabis based wird in der Leitlinie NICE 2021 verwiesen. Ein separater Einschluss der Leitlinien erfolgte nicht. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; NSAR: nicht steroidale Antirheumatika; V: Versorgungsaspekt						

4.4.4.7.1 „Nicht-Opioidanalgetika“ (V1.5.5.1)

4.4.4.7.1.1 „Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)/COX-2-Hemmer“ (V1.5.5.1.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Sofern NSAR eingesetzt werden, sollte dies in der möglichst niedrigsten wirksamen Dosierung geschehen. COX-2-Hemmer können als Alternative erwogen werden, wenn NSAR nicht vertragen werden. NSAR und COX-2-Hemmer sollen dabei so kurzzeitig wie möglich, unter Berücksichtigung des gastrointestinalen und kardiovaskulären Risikoprofils sowie unter Beachtung der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 6 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]):

- nicht steroidale Antirheumatika (NSAR)

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Nicht-Opioidanalgetika – nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) / COX-2-Hemmer (V1.5.5.1.1)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.1.1	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5.1.1 – K1 NSAR und Cox-2-Hemmer	ergänzend: ▪ Einsatz topischer NSAR bei Unverträglichkeit von oralen NSAR ▪ Negativempfehlung für NSAR bei chronischen Schmerzen	▪ NSAR können unter Berücksichtigung der kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiken eingesetzt werden.	Korownyk 2022, NASS 2020, NICE 2021, SIGN 2019*, VADoD 2022, WHO 2023	2	3	9
●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; NSAR: nicht steroidale Antirheumatika; V: Versorgungsaspekt						

4.4.4.7.1.2 „Paracetamol“ (V1.5.5.1.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Paracetamol sollte nicht zur Behandlung von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen eingesetzt werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 3 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (NICE 2021 [19]; VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]):

- Negativempfehlung für Paracetamol

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Es wurden keine Empfehlungen identifiziert, die sowohl zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant waren als auch einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufwiesen.

4.4.4.7.1.3 „Metamizol“ (V1.5.5.1.3)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Metamizol kann bei Kontraindikationen für NSAR erwogen werden. Auch hier gilt der Grundsatz: Niedrigste Dosis so kurzzeitig wie möglich unter Berücksichtigung der Warnhinweise.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.4.7.2 „Opioidanalgetika“ (V1.5.5.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Opioide können bei chronischen Rückenschmerzen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts zeitlich begrenzt indiziert sein, daher sollte die Indikation auch ständig überprüft werden. Für Patientinnen und Patienten mit unzureichender Schmerzkontrolle, die bisher keine Therapie mit einem Opioid erhalten haben, soll ein Therapieversuch erwogen werden. Bei Patientinnen oder Patienten, die bereits eine Therapie mit einem Opioid erhalten, soll die Indikation nach den oben genannten Grundsätzen der medikamentösen Therapie überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Opioide sind als einzige Maßnahme aber im Regelfall nicht ausreichend und führen nur bei einem Teil der Patientinnen und Patienten zur erwünschten Schmerzlinderung und/oder einer Verbesserung der funktionellen Kapazität. Eine langfristige Behandlung ist entsprechend nur bei Patientinnen und Patienten mit individuell gutem Ansprechen und guter Verträglichkeit

sinnvoll. Aufgrund dieser eingeschränkten Wirksamkeit, des relevanten Nebenwirkungsprofils, der Suchtgefahr und der möglichen Einschränkung der Verkehrssicherheit, sollte eine langfristige Anwendung von Opioiden unter regelmäßiger kritischer Prüfung von Wirkung und Nebenwirkungen durchgeführt, angepasst oder beendet werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 8 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (DSG 2020 [24], Korownyk 2022 [22], Langford 2022 [25], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]):

- Opioidanalgetika allgemein
- Aufklärung
- Indikationen
- Kontraindikationen
- Behandlungsschema
- Kontrolluntersuchungen
- Reduktion / Beendigung
- schädlicher Gebrauch
- spezifische Patientengruppen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu den Versorgungsaspekten mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Opioidanalgetika (1.5.5.2)
(mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5.2– K1 allgemein	ergänzend: ▪ Aufnahme der Medikation mit Opioiden im bundeseinheitlichen Medikationsplan bei opioidanalgetischer Langzeittherapie ▪ nicht medikamentöse Angebote als Ergänzung ▪ Partizipative Entscheidungsfindung bei Abwägung des Nutzens und Schadens einer Therapie mit Opioidanalgetika[#] inhaltlich abweichend: ▪ Negativempfehlung für Opioide (auch bukkal oder nasal wirksame) bei chronischen Schmerzen[#] ▪ zu beachten[#]: ▫ Wechselwirkung mit anderen Medikamenten ▫ mögliches Auftreten eines Serotonin- und anticholinergen Syndroms ▪ Zeitraum für Prüfung des Absetzens der antiemetischen Therapie[#] ▪ bei opioidassoziierten psychischen Auffälligkeiten[#] ▫ Dosisreduktion ▫ Opioidwechsel ▫ schrittweise Therapiebeendigung prüfen	▪ Negativempfehlung für ▫ Kombination mit Tranquilizern ▫ Opioidanalgetika als Bedarfsmedikation in der Langzeittherapie ▪ Optimierung nicht medikamentöser und Erwägen alternativer medikamentöser Verfahren vor einer Therapie mit Opioiden ▪ zu Beginn einer Behandlung: ▫ prophylaktische Behandlung einer Obstipation ▫ ggf. antiemetische Behandlung ▪ Präparatwechsel nur nach Rücksprache mit der Ärztin oder dem Arzt und nach Aufklärung ▪ Einsatz von Präparaten mit retardierter Galenik bzw. langer Wirkdauer	DSG 2020, NASS 2020, NICE 2021, VADoD 2022, WHO 2023	8	10	19

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Opioidanalgetika (1.5.5.2)
(mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5.2 – K2 Aufklärung	ergänzend: - Aufklärung: - über Risiken einer Langzeittherapie mit Opioiden[#] - über verkehrs- und arbeitsrelevante Aspekte - Dokumentation der Ergebnisse - Hinweis auf Verzicht des Autofahrens in der DosisEinstellungsphase oder bei Dosisänderungen	Absprache des zu erwartenden Behandlungsergebnisses und möglicher Konsequenzen zwischen Behandelnden und Patientin bzw. Patient	DSG 2020, SIGN 2019 [•]	4	4	6
V1.5.5.2 – K3 Indikationen	ergänzend: Indikationen für die kurz-, mittel- und langfristige Anwendung von Opioidanalgetika nach ärztlicher, psychologischer und physiotherapeutischer Einschätzung des relevanten somatischen Anteils in der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung und unzureichendem Ansprechen auf nicht medikamentöse Therapie [#]	zu berücksichtigende Aspekte bei der Auswahl des Opioidanalgetikums und des bevorzugten Applikationsweges	DSG 2020, SIGN 2019 [•]	1	2	5
V1.5.5.2 – K4 Kontraindikationen	inhaltlich abweichend: Negativempfehlung für eine Therapie mit Opioiden bei vergangenem Medikamentenmissbrauch oder schwerwiegendem Zweifel an verantwortungsvollem Umgang mit Opioiden[#]	–	DSG 2020	1	1	1

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Opioidanalgetika (1.5.5.2)
(mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5.2 – K5 Behandlungsschema	inhaltlich abweichend: ▪ Beginn der Therapie mit niedriger Dosierung und anschließender Dosistitration ▪ Überschreiten einer Dosis von > 120 mg / Tag orales Morphinäquivalent nur in Ausnahmefällen[#]	▪ Einnahme nach festem Zeitplan ▪ Bedarfsmedikation mit nicht retardierten oralen opioidhaltigen Analgetika oder nicht opioidhaltigen Analgetika zur Identifikation der optimalen Dosis in der Einstellungsphase ▪ Vorgehen bei Toleranzentwicklung ▪ Indikation für eine Reevaluation	DSG 2020	3	5	11
V1.5.5.2 – K6 Kontrollunter- suchungen	inhaltlich abweichend: ▪ allgemeine, sucht- und schmerzbezogene Anamnese und Erfassung des körperlichen und psychischen Status[#] ▪ psychosoziale Anamnese und Screening auf aktuelle / frühere psychische Störungen[#] ▪ regelmäßiges Überprüfen: ▫ des Erreichens der Therapieziele ▫ des Auftretens von Nebenwirkungen ▫ eines möglichen Fehlgebrauchs[#] ▪ Negativempfehlung für routinemäßige Urinkontrollen auf Drogengebrauch[#] ▪ erneute Prüfung der Indikation vor Dosiserhöhung auf > 120 mg / Tag orales Morphinäquivalent	▪ Negativempfehlungen für die Anwendung von Screening-Tools zur Vorhersage des Risikos für einen problematischen Gebrauch von Opioiden ▪ Untersuchung auf Zeichen für Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit bei jedem Kontrolltermin	DSG 2020, SIGN 2019*	5	5	9

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Opioidanalgetika (1.5.5.2)
(mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5.2 – K7 Reduktion / Beendigung	inhaltlich abweichend: ▪ (schrittweise) Beendigung der Therapie bei[#]: ▫ Hinweisen auf eine opioidinduzierte Hyperalgesie ▫ Nichterreichen der Therapieziele ▫ nicht tolerierbare Nebenwirkungen ▫ Erreichen der Therapieziele durch andere Maßnahmen ▫ Medikamentenmissbrauch ▪ Dosisreduktion und / oder Auslassversuch nach 6 Monaten Therapieansprechen[#] ▪ Vorgehen bei Beendigung einer Langzeittherapie ▪ individuelle Planung zur Beendigung einer Therapie mit Opioiden	▪ Indikationen für einen Opioidentzug im Rahmen eines multimodalen Programms ▪ weitere Indikationen für eine schrittweise Beendigung ▪ Indikationen zur Beendigung einer Therapie ▪ regelmäßiges Monitoring während Beendigung ▪ Anwendung von Co-Interventionen zur Unterstützung der Beendigung der Opioidtherapie	DSG 2020, Langford 2022, Korownyk 2022	6	7	20

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Opioidanalgetika (1.5.5.2)
(mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5.2 – K8 schädlicher Gebrauch	inhaltlich abweichend: ▪ Negativempfehlung für die Stellung einer Diagnose eines schädlichen Gebrauchs bzw. Abhängigkeit von Opioiden bei[#] ▫ Erhalt von Opioiden aus medizinischer Indikation ▫ Patientinnen und Patienten, bei denen neben Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen keine weiteren Merkmale eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit erkennbar sind ▪ Einleitung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Therapietreue ggf. unter Einbezug von Suchtspezialistinnen bzw. Suchtspezialisten[#] ▪ hierarchisches Vorgehen bei der Therapie eines schädlichen / abhängigen Gebrauchs[#]	zu berücksichtigende Aspekte bei der Einschätzung von missbräuchlichem / abhängigem Konsum	DSG 2020	3	3	4

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Opioidanalgetika (1.5.5.2)
(mehrsseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5.2 – K9 spezifische Patientengruppen	inhaltlich abweichend: ▪ ältere Patientinnen und Patienten[#]: ▫ Beginn mit niedriger Dosierung, langsame Dosissteigerung und engmaschige Kontrollen ▪ Kinder und Jugendliche[#]: ▫ Therapie mit opioidhaltigen Analgetika nur in Ausnahmefällen ▪ geplante Schwangerschaft[#]: ▫ Anraten einer Beendigung einer Therapie mit opioidhaltigen Analgetika ▪ Patientinnen und Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen[#]: ▫ strenge Indikationsstellung für eine Langzeitanwendung von Opioiden ▫ Reduktion / Absetzen bei Verschlechterung der Symptomatik der Atmungsstörung ▪ Patientinnen und Patienten mit komorbiden psychischen Störungen[#]: ▫ Beginn mit niedriger Dosierung, langsame Dosissteigerung ▫ engmaschige Kontrollen ▫ Erwägen einer psychotherapeutischen Begleitbehandlung	Anstreben einer Beendigung einer laufenden Therapie bei Feststellen einer Schwangerschaft	DSG 2020	5	5	6

Tabelle 10: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Opioidanalgetika (1.5.5.2)
(mehrseitige Tabelle)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.4.7.3 „Antidepressiva“ (V1.5.5.3)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Ohne indikationsrelevante Komorbidität sollten Antidepressiva nicht verordnet werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 6 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]):

- Antidepressiva

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Medikamentöse Therapien“ – Antidepressiva (1.5.5.3)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.3.5.3	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.5.5.3 – K1 Antidepressiva	inhaltlich abweichend: - Therapie mit SNRI, TZA[#] - Aufklärung über die Indikation für den Einsatz von Antidepressiva bei primär chronischen Schmerzen bei Nichtvorliegen einer Depression[#]	- Negativempfehlungen für Antidepressiva - Einsatz vereinzelter Antidepressiva bei chronischen primären Schmerzen mit und ohne Depressionen nach Nutzen-Schaden-Abwägung	Korownyk 2022, NASS 2020, NICE 2021, SIGN 2019*, VADoD 2022, WHO 2023	2	4	11
●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren; TZA: trizyklische Antidepressiva; V: Versorgungsaspekt						

4.4.5 „Ärztliche Verlaufsuntersuchungen“ (V1.6)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Konsultationen sind:

- Erfassung der aktuellen Schmerzstärke und Funktionseinschränkung
- Erfassung von Symptomveränderungen
- Erfassung fortbestehender psychosozialer Belastungsfaktoren und symptomunterhaltender Komorbiditäten
- Grad der Erreichung der gemeinsam vereinbarten Ziele, insbesondere hinsichtlich der körperlichen Aktivität
- gegebenenfalls Anpassung individuell vereinbarter Ziele
- Motivation zu ausreichender körperlicher Aktivität und deren Verstetigung
- Unterstützung und Überwachung gegebenenfalls eingeleiteter Maßnahmen gem. Nummer 1.5.1 sowie Überleitung dieser Therapieinhalte in selbständige Aktivitäten
- Bei Verwendung von Schmerzmitteln über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen Prüfung der Notwendigkeit einer Fortführung (einschl. Erfassung von Neben – und Wechselwirkungen).
- Entscheidung über Fortführung oder Umstellung des vereinbarten Therapieplans.

Für die Beurteilung des Verlaufes von Schmerz und Funktion sollen die Items 3 und 5 des CPG-Fragebogens verwendet werden.

Bei Änderungen des Beschwerdebildes soll die Notwendigkeit einer weiterführenden Untersuchung beim spezialisierten Facharzt oder einer spezialisierten Fachärztin beziehungsweise für eine Bildgebung geprüft werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 4 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (DGKJ 2021 [17], DSG 2020 [24], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16]):

- ärztliche Verlaufsuntersuchungen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Ärztliche Verlaufsuntersuchung“ (V1.6)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.4	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.6 – K1 Ärztliche Verlaufsuntersuchung	ergänzend: - regelmäßige Verlaufsuntersuchung bei medikamentöser Therapie[#]. - Indikationen für (außerplanmäßige) ärztliche Kontrolltermine[#]: - Auftreten von Nebenwirkungen - bei (geplanter) Schwangerschaft - bei Medikations- oder Dosisänderungen[#] - Überprüfung der therapeutischen Maßnahmen, Management neu aufgetretener Symptome und Ursachenklärung bei Wiederauftreten der chronischen Schmerzen[#] - Reevaluation der Diagnose bei veränderter Schmerzsymptomatik[#] - Inhalte der ärztlichen Kontrolluntersuchungen[#]	- Aktualisierung und Abstimmung des Therapieplans - Kinder und Jugendliche: - Reevaluation nach 3–6 Wochen Therapiezeit - Indikationen für weitere Therapieevaluation nach 3 Monaten - interdisziplinäre Nachsorge nach intensiver Therapie	DGKJ 2021, DSG2020, NICE 2021 ^c , SIGN 2019 [*]	5	7	13

●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf.
 #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE.
 a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE).
 b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen.
 c. Auf die in dieser Tabelle dargestellten Inhalte der Leitlinie NICE 2022 withdrawal wird in der Leitlinie NICE 2021 verwiesen. Ein separater Einschluss der Leitlinie erfolgte nicht.

DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt

4.4.6 „Kooperation der Versorgungsebenen“ (V1.7)

4.4.6.1 „Koordinierende Ärztin / Koordinierender Arzt“ (V1.7.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt steht im Austausch mit den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten und Therapeutinnen und Therapeuten. Sie oder er hat die Perspektiven, Befunde und erfolgten Maßnahmen der verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Fachrichtungen in das weitere therapeutische Vorgehen miteinzubeziehen.

Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit chronischen Kreuzschmerzen auch

- eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder
- eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin beziehungsweise einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, oder
- eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt

zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (DGKJ 2021 [17]):

- koordinierende Ärztin / koordinierender Arzt

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Es wurden keine Empfehlungen identifiziert, die sowohl zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant waren als auch einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufwiesen.

4.4.6.2 „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (V1.7.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen, nichtspezifischen Kreuzschmerzen erfolgen soll:

- bei Hinweisen auf symptomunterhaltende oder –verstärkende psychische Belastungen/psychosoziale Konflikte oder bei Hinweisen auf psychische Komorbidität zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten (nach Möglichkeit mit schmerzpsychotherapeutischer Expertise) oder zu einem anderen entsprechend qualifizierten Facharzt oder einer anderen entsprechend qualifizierten Fachärztin oder einer entsprechend qualifizierten Einrichtung,
- bei anhaltend hohem Schmerzniveau oder bei wesentlicher Verschlechterung der Beschwerden zur schmerztherapeutisch qualifizierten Ärztin/Arzt oder einer schmerztherapeutisch qualifizierten Einrichtung,
- bei neu aufgetretenen Hinweisen für eine spezifische Ursache des chronischen Kreuzschmerzes je nach individueller Konstellation zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung,
- bei neu aufgetretenen Hinweisen für extravertebrale Ursachen zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 4 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (DGKJ 2021 [17], DSG 2020 [24], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16]):

- Überweisung zur Fachärztin / zum Facharzt

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Kooperation der Versorgungsebenen“ – Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (V1.7.2)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.5.1	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.7.2 – K1 Überweisung	ergänzend: - Alter 16 bis 17 Jahre: Hinzuziehung eines Spezialisten bei Erwägen einer Therapie mit Antidepressiva[#] - Abstimmung des Zeitpunkts der Überweisung für eine mögliche KVT mit der Patientin oder dem Patienten [#],	- Indikationen für Überweisung - Hinweisen auf eine psychische Störung - Therapieversuch mit Opioiden bei Kindern und Jugendlichen - aktuelle Substanzabhängigkeit - Fehlschlagen nicht spezialisierter Therapie - Indikation für ärztliche und psychologische Diagnostik in spezialisierter Einrichtung bei Kindern und Jugendlichen - Umgang mit der Patientin und dem Patienten bei Notwendigkeit einer Überweisung zur psychologischen Beurteilung - Überweisung für ein Schmerzmanagementprogramm	DGKJ 2021, DSG, 2020, NICE 2021 ^c , SIGN 2019 [*]	2	2	9
●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. c. Auf die in dieser Tabelle dargestellten Inhalte der Leitlinie NICE 2022 withdrawal wird in der Leitlinie NICE 2021 verwiesen. Ein separater Einschluss der Leitlinie erfolgte nicht. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; KVT: kognitive Verhaltenstherapie; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.6.3 „Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung“ (V1.7.3)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere:

- zur multimodalen Schmerztherapie (auch teilstationär),
- bei ausgeprägtem oder zunehmendem neurologischem Defizit (Lähmung, Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität,
- bei Nachlassen des Schmerzes und zunehmender Lähmung bis zum kompletten Funktionsverlust des Kennmuskels der unteren Extremität,
- bei Kaudasyndrom: plötzlich einsetzende Blasen-/Mastdarmstörung, zum Beispiel Urinverhalt, vermehrtes Wasserlassen, Inkontinenz,
- bei Gefühlsstörung perianal/perineal,
- bei sonstigen akut aufgetretenen Warnhinweisen für eine spezifische Ursache des chronischen Kreuzschmerzes, die eine notfallmäßige Abklärung und Therapie erfordern.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 1 Leitlinie Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (DSG 2020 [24]):

- Einweisung in ein Krankenhaus

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Kooperation der Versorgungsebenen“ – Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.7.3)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.5.2	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V1.7.3 – K1 Einweisung in ein Krankenhaus	ergänzend: ▪ stationäre Opioidreduktion bei Versagen im ambulanten oder teilstationären Bereich [#]	—	DSG 2020	1	1	1
#. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.6.4 „Veranlassung einer Rehabilitationsleistung“ (V1.7.4)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen.

Dabei sind die Schwere des chronischen Rückenschmerzes und die dadurch bedingte Funktionseinschränkung, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die psychosoziale Belastung zu beachten.

Je nach Konstellation können bestimmte Rehabilitationskonzepte wie zum Beispiel verhaltensmedizinische oder beruflich -orientierte Rehabilitation Anwendung finden.

Eine Leistung zur Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder des Patienten am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch den chronischen Rückenschmerz zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.7 „Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)“ (V4)

4.4.7.1 Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt.“

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die eingeschlossenen Leitlinien geben keine Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt.

4.4.7.2 „Schulungen der Versicherten“ (V4.2)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt

„Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Jede Patientin und jeder Patient soll Zugang zu einer strukturierten, in der Regel evaluierten, und publizierten Gruppenschulung erhalten. Diese soll mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen, enthalten und ist aktiv übend zu gestalten. Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss. Die Publikation muss spätestens 18 Monate nach Abschluss der Evaluation vorliegen. Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, sollen diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen. Bereits laufende Evaluationsstudien zu anderen in den Verträgen integrierten Schulungen können innerhalb des vorgesehenen Evaluationszeitraumes von vier Jahren zu Ende geführt werden. Während dieses Zeitraums können die Verträge hinsichtlich dieser Schulungen unverändert weitergeführt werden.“

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 6 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (APTA 2021 [23], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]):

- Schulung der Versicherten

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Darstellung der Versorgungsaspekte und der Diskrepanzen zu „Schulung der Versicherten“ (V4.2)

Bezeichnung der Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.6.1	Diskrepanz zur DMP-A-RL: Erläuterung und Hinweise	Weitere Kerninhalte aus Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt ^a	Leitlinie(n) ^b	Hoher GoR		N
				nD	n	
V4.2 – K1 Schulung der Versicherten	ergänzend: ▪ neurowissenschaftliche Schulung durch Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten[#] ▪ Schulung in Kombination mit körperlicher Aktivität[#] ▪ Einsatz von Rückenschulprogrammen[#] ▪ umfängliche, individualisierte und patientenzentrierte Schulung (einschließlich Selbstmanagement)[#]	▪ Vermeidung von edukativen Inhalten, die die Angst vor Rückenschmerzen verstärken ▪ Schulungen zur Unterstützung der beruflichen Teilhabe ▪ Schulungen zu gesundheitsförderlichem Verhalten	APTA 2021, NASS 2020, NICE 2021, SIGN 2019*, VADoD 2022, WHO 2023	4	4	10
●. Die Leitlinie weist im Summenscore der 3 bewerteten AGREE-II-Domänen eine geringe methodische Qualität (< 3 Punkte) auf. #. methodischer Hinweis: Diskrepanz beruht ausschließlich auf Empfehlungen mit hohem GoR bei niedrigem / fehlendem LoE. a. Weitere Inhalte sind mit der DMP-A-RL übereinstimmende Inhalte oder von der DMP-A-RL abweichende Inhalte aus Empfehlungen ohne hohen GoR (bzw. bei ausschließlich unklarem GoR ohne hohen LoE). b. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinien angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl aller Empfehlungen mit hohem GoR; nD: Anzahl der diskrepanten Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt						

4.4.8 Digitale medizinische Anwendungen (V.X)

Wortlaut der aktuellen DMP-A-RL zu diesem Versorgungsaspekt:

Die DMP-A-RL macht keine Angaben zu digitalen medizinischen Anwendungen.

Aussagen der eingeschlossenen Leitlinien

Im Rahmen der vorliegenden Leitliniensynopse wurden in 2 Leitlinien Empfehlungen zu folgendem Versorgungsaspekt identifiziert (Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18]):

- digitale medizinische Anwendungen

Abgleich mit den Anforderungen der DMP-A-RL

Die Kerninhalte aller Empfehlungen zu dem Versorgungsaspekt mit mindestens 1 zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepanten Empfehlung, die einen hohen GoR oder bei unklarem GoR einen hohen LoE aufweist, sowie die Diskrepanzen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Darstellung des Versorgungsaspekts und der Diskrepanzen zu „Digitale medizinische Anwendungen“ (V.X)

Bezeichnung des Versorgungsaspekts (Extraktionstabelle in Abschnitt A3.5.7)	Kerninhalte aller Empfehlungen zum jeweiligen Versorgungsaspekt	Leitlinie(n) ^a	Anzahl der Empfehlungen	
			n	N
V.X – K1 digitale medizinische Anwendungen	Aktivitätstracker mit Übungsvorschlägen zur körperlichen Aktivität ^b	Korownyk 2022, NASS 2020	2	2
a. In dieser Spalte werden die Kürzel der Leitlinie(n) angegeben, deren Empfehlungen den Kerninhalten zugrunde liegen. b. Kerninhalt beruht auf einer Empfehlung mit einem hohen GoR. GoR: Grade of Recommendation; K: Kerninhalt; n: Anzahl Empfehlungen mit hohem GoR; N: Gesamtzahl der Empfehlungen zu diesem Versorgungsaspekt; V: Versorgungsaspekt				

5 Diskussion

5.1 Einordnung der Diskrepanzen

In diesem Abschnitt werden einzelne in dem vorliegenden Bericht identifizierte Diskrepanzen hinsichtlich ihrer Bedeutung für den deutschen Versorgungskontext diskutiert.

Definition des chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzes

Die ICD-11 unterscheidet im Gegensatz zur ICD-10 zwischen chronischen primären Schmerzen und chronischen sekundären Schmerzen. Chronische primäre Schmerzen werden in der ICD-11 als eigenständige Erkrankung gesehen, während chronische sekundäre Schmerzen ihre Ursache in einer somatischen Grunderkrankung oder einer Schädigung (z. B. durch Operation oder Verletzung) haben (NICE 2021 [19]).

Die in diesen Bericht eingeschlossenen Leitlinien greifen in ihrer Darstellung der Definition des chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzes auf unterschiedliche Klassifizierungssysteme zurück (ICD-10 und ICD-11); siehe Abschnitt 4.3). So greifen 3 der 11 eingeschlossenen Leitlinien bei der Klassifikation des chronischen Schmerzes auf die ICD-11 zurück (Korownyk 2022 [22], NICE 2021 [19], WHO 2023 [21]). 2 Leitlinien verweisen darauf, dass es Änderungen in der ICD-11 im Vergleich zur ICD-10 gibt, die ICD-11 aber nicht zur Klassifizierung des chronischen Schmerzes herangezogen wurde (APTA 2021 [23], DSG 2020 [24]). Die übrigen 6 Leitlinien machen diesbezüglich keine Angaben.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts sind daher vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die eingeschlossenen Leitlinien unterschiedliche Klassifizierungssysteme verwenden und im deutschen Versorgungskontext die Umstellung der Kodierungen nach ICD-10 auf die ICD-11 noch eine gewisse Übergangszeit in Anspruch nehmen wird [26].

Bedeutung der axialen Spondyloarthritis als Differenzialdiagnose

Bei der axialen Spondyloarthritis handelt es sich um eine chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung. Sie beginnt häufig an den Iliosakralgelenken und greift später auf die Wirbelsäule und ggf. auf innere Organe über. Spondyloarthritiden führen oft zu Rückenschmerzen als erstem Frühsymptom der Erkrankung. Allerdings unterscheidet sich der Schmerzcharakter im Vergleich zu chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen. Bei Spondyloarthritiden liegt vornehmlich ein Nachtschmerz zugrunde, während beim chronischen Kreuzschmerz eher ein Bewegungsschmerz vorherrscht [27]. Typischerweise bestehen bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen Schmerzen unter oder nach Belastung, während Patientinnen und Patienten mit Spondyloarthritiden über eine Schmerzreduktion unter körperlicher Belastung berichten.

Zwischen Symptombeginn und Diagnosestellung der axialen Spondyloarthritis liegt häufig eine lange Zeitdauer von mehreren Jahren. Es ist daher bedeutsam, bei Patientinnen und Patienten

mit nicht spezifischen Kreuzschmerzen die axiale Spondyloarthritis als eine mögliche Differenzialdiagnose in Betracht zu ziehen [27]. Zudem empfiehlt die Leitlinie NICE 2021 [19], eine regelmäßige Reevaluation der Diagnose bei veränderter Symptomatik vorzunehmen (siehe Tabelle 12, V1.6). Da die axiale Spondyloarthritis eine spezifische Ursache für den chronischen Kreuzschmerz ist, ist sie nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts, sollte aber als wichtige Differenzialdiagnose bei Patientinnen und Patienten mit nicht spezifischem chronischem Kreuzschmerz in Betracht gezogen und in der Anamnese abgeklärt werden.

Körperliche Aktivität / Training, Übungen und angeleitete Bewegungstherapie

In 8 Leitlinien werden Empfehlungen zur körperlichen Aktivität / Training, zu Übungen oder zur angeleiteten Bewegungstherapie gegeben (APTA 2021 [23], DGKJ 2021 [17], Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]). Da diese Begriffe von den Leitlinien nicht trennscharf verwendet werden, wurden die Empfehlungen aufgeteilt in Maßnahmen, die von Fachpersonal angeleitet werden (siehe Abschnitt 4.4.4.2) und Maßnahmen, die Patientinnen und Patienten eigenständig durchführen können (siehe Abschnitt 4.4.4.1).

Kombinationsbehandlung

Der Versorgungsaspekt „Kombinationsbehandlung“ (V1.5.X) war bisher in der DMP-A-RL nicht abgebildet. Entsprechende Empfehlungen stammten aus der amerikanischen Leitlinie NASS 2020 {North American Spine Society, 2020 #59}. Diese gibt Empfehlungen mit hohem GoR zur Kombinationstherapie aus Physiotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) oder Therapien zur Angstvermeidung. Dabei ist zu prüfen, inwiefern die Übertragbarkeit dieser Empfehlungen auf das deutsche Versorgungssystem gegeben ist.

Langzeitbetreuung

Zum Versorgungsaspekt V1.5.4 Langzeitbetreuung wurden in den eingeschlossenen Leitlinien keine Empfehlungen identifiziert, die sich ausschließlich auf diesen Versorgungsaspekt beziehen. Es lassen sich jedoch aus Empfehlungen anderer Versorgungsaspekte Inhalte auf diesen Versorgungsaspekt übertragen, u. a. in V1.5.5.2 Opioidanalgetika und V1.6 Ärztliche Verlaufskontrolle. In diesen Fällen wurde keine doppelte Zuordnung vorgenommen, um Redundanzen zu vermeiden.

Anwendung von Opioidanalgetika bei chronischen Rückenschmerzen

Die DMP-A-RL gibt im Versorgungsaspekt V1.5.5.2 „Opioidanalgetika“ an, dass diese bei chronischen Rückenschmerzen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts zeitlich begrenzt indiziert sein können, jedoch eine ständige Überprüfung der Indikation erfolgen sollte [3]. Die Leitlinien weisen bezüglich der Dauer der Anwendung von Opioidanalgetika inhaltlich inkonsistente Aussagen auf. So geben die Leitlinie DSG 2020, Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18], SIGN 2019 [16] und die VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21] wenige

Empfehlungen für die Anwendung von Opioidanalgetika, primär mit niedrigem oder unklarem GoR. Die Leitlinie NICE 2021 [19] gibt dagegen eine Negativempfehlung für die Anwendung von Opioiden mit hohem GoR (siehe Tabelle 10; K1 allgemein). Vergleicht man diese Empfehlungen miteinander, fällt eine inhaltliche Inkonsistenz zwischen den Leitlinien auf. Womöglich kommt diese zustande, da die Leitlinien sich zum einen auf den (primären) chronischen Schmerz fokussieren (DSG 2020 [24], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16]) und zum anderen spezifische Empfehlungen für den chronischen Rückenschmerz beinhalten (Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]).

Anwendung von Antidepressiva bei chronischen Rückenschmerzen

6 Leitlinien enthalten Empfehlungen zur Verordnung von Antidepressiva bei chronischen Rückenschmerzen (Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18], NICE 2021 [19], SIGN 2019 [16], VADoD 2022 [20], WHO 2023 [21]). Die DMP-A-RL empfiehlt keine Antidepressiva ohne indikationsrelevante Komorbidität. Dies stimmt mit den Empfehlungen der Leitlinien NASS 2020 [18], SIGN 2019 [16] und WHO 2023 [21] überein. Im Gegensatz dazu empfehlen die Leitlinien Korownyk 2022 [22] und NICE 2021 [19] Antidepressiva auch bei Nichtvorliegen einer Depression. Dabei macht die Leitlinie SIGN 2019 [16] in ihren Empfehlungen deutlich, dass eine Depression eine häufige Komorbidität bei chronischen Schmerzen darstellt und Patientinnen und Patienten dahin gehend regelmäßig untersucht werden sollten.

Digitale medizinische Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen nicht spezifischen Rückenschmerzen

Lediglich 2 (Korownyk 2022 [22], NASS 2020 [18]) der 9 eingeschlossenen Leitlinien enthalten eine Empfehlung zur Verwendung von Aktivitätstrackern und webbasierten Trainingsprogrammen.

Im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind verordnungsfähige DiGAs für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen gelistet, u. a. finden sich hier Webanwendungen wie „Kaia Rückenschmerzen – Rückentraining für Zuhause“ oder Selfapy, ein Online-Kurs bei chronischen Schmerzen.

Bei „Kaia Rückenschmerzen – Rückentraining für Zuhause“ handelt es sich um eine digitale Anwendung für Erwachsene mit nicht spezifischen Rückenschmerzen, die auf den Ansätzen der multimodalen Schmerztherapie beruht und deren Inhalte auf Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ aufbauen [28].

„Selfapy“ ist ein digitaler Kurs, der Methoden und Techniken basierend auf der kognitiven Verhaltenstherapie vermittelt und bei der Durchführung sowie der Dokumentation der Übungen unterstützt [29].

5.2 Diskussionspunkte

In diesem Abschnitt werden Versorgungsaspekte mit inhaltlich diskrepanten Empfehlungen im Vergleich zur DMP-A-RL, die aber aufgrund der methodischen Bewertung nicht zu Kerninhalten zusammengefasst wurden, diskutiert. Versorgungsaspekte werden aufgenommen, wenn diese nach Rücksprache mit dem externen Sachverständigen eine besondere Relevanz für die Versorgung von Patientinnen und Patienten im DMP chronischer Rückenschmerz darstellen. Es erfolgt keine separate Darstellung der entsprechenden Empfehlungen.

Primärärztliche Versorgung (Versorgungsaspekt koordinierende Ärztin / koordinierender Arzt)

1 Leitlinie (DGKJ 2021 [17]) gibt 2 Empfehlungen zur Steuerungsfunktion von Kinder- und Jugendärztinnen oder Jugendärzten oder Hausärztinnen und Hausärzten für das Therapiemanagement bei Erstmanifestation von Rückenschmerzen im Kinder- und Jugendalter. Die Empfehlungen sind alle mit unklarem GoR und unklarem LoE angegeben und werden daher im Ergebnisteil des Berichts nicht dargestellt. Patientinnen und Patienten (sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene betreffend) können in Deutschland frei ihre Ärztin oder ihren Arzt wählen, sodass nicht immer gewährleistet ist, dass primär der Hausarzt oder die Hausärztin aufgesucht wird. Es besteht somit auch die Möglichkeit, direkt einen Facharzt oder eine Fachärztin zu konsultieren, sodass damit nicht grundsätzlich die Steuerungsfunktion von der Hausärztin und dem Hausarzt übernommen werden kann.

6 Fazit

Für den Vorbericht wurden Empfehlungen aus 11 aktuellen evidenzbasierten Leitlinien den Versorgungsaspekten der DMP-A-RL für das DMP Chronischer Rückenschmerz zugeordnet und inhaltlich abgeglichen.

Für folgende Versorgungsaspekte wurden diskrepante Empfehlungen identifiziert:

- Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz (V1.2)
- Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren (V1.4)
- Therapeutische Maßnahmen (V1.5):
 - Basismaßnahmen (V1.5.1)
 - Individuelle Therapiemaßnahmen (V1.5.2)
 - Multimodale Schmerztherapie (V1.5.3)
 - Medikamentöse Therapien (V1.5.5):
 - Nicht-Opioideanalgetika (V1.5.5.1); (nicht steroidale Antirheumatika [V1.5.5.1.1])
 - Opioideanalgetika (V1.5.5.2)
 - Antidepressiva (V1.5.5.3)
- Ärztliche Verlaufsuntersuchungen (V1.6)
- Kooperation der Versorgungsebenen (V1.7):
 - Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (V1.7.2)
 - Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.7.3)
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (V4):
 - Schulungen der Versicherten (V4.2)

Für die folgenden Versorgungsaspekte fanden sich keine Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien:

- Therapeutische Maßnahmen (V1.5):
 - Langzeitbetreuung (V1.5.4)
- Medikamentöse Therapien (V1.5.5):
 - Nicht-Opioideanalgetika (V1.5.5.1); (Metamizol [V1.5.5.1.3])

- Veranlassung einer Rehabilitationsleistung (V1.7.4)
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (V4):
 - Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)

Als zusätzliche Versorgungsaspekte, die bisher nicht in der DMP-A-RL thematisiert werden, konnten die folgenden Versorgungsaspekte identifiziert werden:

- Kombinationsbehandlung (V1.5.X)
- invasive Behandlung (V1.5.Y)
- digitale medizinische Anwendungen (V.X)

Details des Berichts

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 12.07.2023 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Leitliniensynopse zur Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz beauftragt.

In die Bearbeitung des Projekts wurde ein externer Sachverständiger eingebunden.

Der Berichtsplan in der Version 1.0 vom 30.08.2023 wurde am 11.09.2023 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 10.10.2023 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Die Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan ist auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Eine Überarbeitung der Methoden des Berichtsplans war nicht notwendig.

Die vorläufige Bewertung, der Vorbericht in der Version 1.0 vom 06.02.2024, wurde am 14.02.2024 auf der Website des IQWiG veröffentlicht und zur Anhörung gestellt. Bis zum 13.03.2024 konnten schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Die wesentlichen Argumente aus den Stellungnahmen werden in Kapitel A4 „Kommentare“ des vorliegenden Abschlussberichts gewürdigt.

Der vorliegende Abschlussbericht beinhaltet die Änderungen, die sich aus der Anhörung ergeben haben.

Im Anschluss an die Anhörung erstellte das IQWiG den vorliegenden Abschlussbericht, der 4 Wochen nach Übermittlung an den G-BA auf der Website des IQWiG veröffentlicht wird. Die zum Vorbericht eingegangenen Stellungnahmen werden in einem gesonderten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht“ zeitgleich mit dem Abschlussbericht auf der Website des IQWiG bereitgestellt.

A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf

Vorbericht im Vergleich zum Berichtsplan 1.0

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen oder Änderungen im Vorbericht:

- Spezifizierung des Kapitels Hintergrund (siehe Kapitel 1)

Abschlussbericht im Vergleich zum Vorbericht

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen oder Änderungen im Abschlussbericht:

- Die Angaben zu den Ergebnissen der Informationsbeschaffung wurden unter Einbindung der Nachrecherche aktualisiert (siehe Abschnitte 4.1 und A3.1).
- Spezifizierungen von Kerninhalten (siehe Abschnitt 4.4.4.2, 4.4.4.7.2, 4.4.5)
- Aufgrund der über die Nachrecherche eingeschlossenen Leitlinien Langford 2022 [25] und WHO 2023 [21] ergaben sich Änderungen im Abschnitt 4.4.4 in den Textpassagen zur Anzahl der identifizierten Leitlinien und den Inhalten ihrer Empfehlungen sowie in den Tabellen zur Anzahl der Empfehlungen.
- Aufgrund der zum Vorbericht 1.0 eingegangenen Stellungnahmen wurden folgende Änderungen vorgenommen:
 - In Tabelle 4 V1.5.1 „Therapeutische Maßnahmen“ K1 „Basismaßnahmen allgemein“ wurde der Begriff „Bettruhe“ in „Schonung“ geändert.
 - In Tabelle 5 V1.5.2 „Individuelle Therapiemaßnahmen“ K2 „manuelle Therapie“ wurde der Kerninhalt hinsichtlich der zeitlichen Begrenzung von Gelenkmobilisation konkretisiert.

A2 Methodik gemäß Berichtsplan 1.0

Die folgenden Abschnitte geben den Wortlaut der Berichtsmethodik aus dem Berichtsplan wieder. Über diese Methodik hinausgehende Spezifizierungen oder Änderungen der Methoden im Projektverlauf werden in Abschnitt A1.2 erläutert. Im folgenden Text wird an den entsprechenden Stellen auf diesen Abschnitt verwiesen.

A2.1 Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Untersuchung

A2.1.1 Population

Die Population stellen Patientinnen und Patienten mit chronischem nicht spezifischem Kreuzschmerz.

A2.1.2 Versorgungsaspekte

Die für ein DMP relevanten Aspekte der Versorgung werden im Rahmen der Berichterstellung als Versorgungsaspekte bezeichnet.

In Anlehnung an das aktuell gültige DMP Chronischer Rückenschmerz [3] werden Leitlinien eingeschlossen, die Empfehlungen zu 1 oder mehreren der folgenden übergeordneten Versorgungsaspekte beinhalten:

- Diagnostik
- Therapieziele
- Therapieplanung
- Therapeutische Maßnahmen
- Ärztliche Verlaufsuntersuchungen
- Kooperation der Versorgungsebenen
- Schulungen

Zusätzlich werden Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen berücksichtigt.

Finden sich in den eingeschlossenen Leitlinien weitere Versorgungsaspekte, die für die Versorgung im DMP von Bedeutung sein könnten, werden diese ebenfalls dargestellt.

A2.1.3 Übertragbarkeit

Für die Leitliniensynopse sollen Leitlinien recherchiert und ausgewählt werden, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind.

Dabei kann es sich neben nationalen auch um internationale Leitlinien handeln. Leitlinien aus Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) sind

dabei von besonderer Relevanz. Die OECD umfasst derzeit 38 überwiegend europäische Länder (siehe Kapitel A10), die untereinander zahlreiche Abstimmungen zu fast allen Politikbereichen vornehmen [30]. Neben einem im globalen Vergleich hohen Pro-Kopf-Einkommen verfügen diese Mitgliedsländer jeweils über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Seit 2003 wird eine gemeinsame Berichterstattung über ausgewählte Qualitätsindikatoren gesundheitlicher Versorgung innerhalb der OECD (Health Care Quality Indicators Project) angestrebt [31]. Interne empirische Daten aus Analysen vorangegangener Berichte zeigen, dass hauptsächlich Leitlinien aus Deutschland, Großbritannien, USA, Kanada, Australien und Neuseeland den Qualitätskriterien für die Entwicklung von Leitlinien und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem entsprechen.

A2.1.4 Empfehlungskennzeichnung

Eine Leitlinienempfehlung ist u. a. ein Handlungsvorschlag für die klinische Entscheidung.

In den Bericht werden ausschließlich Leitlinien eingeschlossen, deren Empfehlungen formal eindeutig als solche gekennzeichnet sind.

Die formale Darstellung der Empfehlungen in Leitlinien wird unterschiedlich umgesetzt. Empfehlungen können beispielsweise durch Aufzählungszeichen, Nummerierungen, Umrahmungen, Überschriften, Schriftauszeichnungen (beispielsweise kursiv oder fett) oder Absätze vom Fließtext abgehoben werden. Ebenso ist es möglich, dass die Empfehlungen durch die Vergabe eines GoR gekennzeichnet sind.

A2.1.5 Publikationszeitraum

Leitlinien, die älter als 5 Jahre sind, entsprechen in der Regel nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand [32-34]. Es werden deshalb nur Leitlinien berücksichtigt, die vom im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin des Abschlussberichts ausgehend, maximal 5 Jahre zuvor veröffentlicht wurden (siehe Abschnitt A2.1.9).

A2.1.6 Gültigkeit

Zum Zeitpunkt der letzten Recherche ist die Leitlinie als gültig gekennzeichnet und / oder das in der Leitlinie genannte Überarbeitungsdatum ist nicht überschritten.

Leitlinien, die zum Zeitpunkt der Erstrecherche gültig sind, deren Gültigkeitsdatum zum Zeitpunkt der Nachrecherche für den Abschlussbericht jedoch abgelaufen ist, werden im Abschlussbericht besonders gekennzeichnet.

A2.1.7 Evidenzbasierung

Zur Beantwortung von Fragestellungen zum Versorgungsstandard werden evidenzbasierte Leitlinien herangezogen.

Unter evidenzbasierten Leitlinien werden im vorliegenden Bericht Leitlinien verstanden, deren Empfehlungen auf einer systematischen Literaturrecherche beruhen, deren Empfehlungen grundsätzlich mit einer Evidenz- und / oder Empfehlungseinstufung (LoE und / oder GoR) versehen und grundsätzlich mit den Referenzen der ihnen zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur verknüpft sind [14,35]. Von einer systematischen Literaturrecherche wird ausgegangen, wenn die durchsuchte(n) Datenbank(en) genannt sowie mindestens 1 der folgenden Kriterien angegeben werden: die verwendeten Suchbegriffe, der Suchzeitraum oder die Suchstrategie [36].

A2.1.8 Nachvollziehbarkeit der Klassifizierungsschemata

Es werden Leitlinien eingeschlossen, in denen zum einen Klassifizierungsschemata zur Empfehlungs- und / oder Evidenzgraduierung angegeben werden und zum anderen diese von der Leitliniengruppe nachvollziehbar angewendet wurden.

A2.1.9 Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Die folgende Tabelle zeigt die Kriterien für den Einschluss von Leitlinien in die Leitliniensynopse.

Tabelle 17: Übersicht über die Kriterien für den Leitlinieneinschluss

Einschlusskriterien	
E1	Patientinnen und Patienten mit chronischem nicht spezifischem Kreuzschmerz (siehe auch Abschnitt A2.1.1)
E2	Empfehlungen zu mindestens 1 der in Abschnitt A2.1.2 genannten Versorgungsaspekte
E3	Empfehlungen für die Versorgung in Deutschland oder in einem OECD-Mitgliedsstaat (siehe auch Abschnitt A2.1.3)
E4	Empfehlungen sind aufgrund einer formalen Kennzeichnung eindeutig zu identifizieren (siehe auch Abschnitt A2.1.4)
E5	Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch
E6	Publikationstyp Leitlinie (siehe auch Kapitel 1)
E7	Publikation erfolgte ab Juli 2019 (siehe auch Abschnitt A2.1.5)
E8	als gültig gekennzeichnet und / oder Überarbeitungsdatum nicht überschritten (siehe auch Abschnitt A2.1.6)
E9	Vollpublikation ^a der Leitlinie
E10	evidenzbasiert (siehe auch Abschnitt A2.1.7)
E11	Klassifizierungsschemata nachvollziehbar (siehe auch Abschnitt A2.1.8)
Ausschlusskriterium	
A1	Mehrfachpublikation ohne Zusatzinformationen.
a. Unter Vollpublikation wird eine verfügbare, vollständige und finalisierte Leitlinie verstanden. OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development	

A2.2 Informationsbeschaffung

Für die umfassende Informationsbeschaffung wird eine systematische Recherche nach relevanten Leitlinien durchgeführt. Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

A2.2.1 Primäre Informationsquellen

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien erfolgt im Internet

- in Leitliniendatenbanken,
- bei fachübergreifenden Leitlinienanbietern,
- bei fachspezifischen Leitlinienanbietern.

A2.2.2 Weitere Informationsquellen

- Anhörungen zum Berichtsplan und zum Vorbericht
- Autorenanfragen

A2.2.3 Selektion relevanter Leitlinien

Das Titel- und Abstractscreening bei Leitlinienanbietern im Internet wird von 1 Person durchgeführt; eine 2. Person überprüft das Screeningergebnis. Anschließend prüfen beide im Volltext unabhängig voneinander, ob die daraus resultierenden potenziell relevanten Leitlinien die in Abschnitt A2.1.9 genannten Einschlusskriterien erfüllen oder ob das Ausschlusskriterium zutrifft.

Die im Rahmen der Anhörung zum Berichtsplan und zum Vorbericht gegebenenfalls eingereichten Informationen werden von 1 Person gesichtet. Sofern darin Leitlinien enthalten sind, werden diese hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet; eine 2. Person überprüft den gesamten Prozess inklusive der Bewertungen.

Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftreten, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden Beteiligten aufgelöst.

A2.3 Methodische Qualität der Leitlinien

AGREE-II-Bewertung

Ein wichtiger Aspekt bei der Interpretation und Einschätzung von Leitlinienempfehlungen im Rahmen der Leitliniensynopse ist die Einschätzung der methodischen Qualität der zugrunde liegenden Leitlinien.

Zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien wird das AGREE-II-Instrument (AGREE: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) [36-38] eingesetzt. Insgesamt

enthält das Instrument 23 Beurteilungskriterien. Diese Kriterien sind 6 Domänen zugeordnet, die voneinander unabhängig sind. Diese Domänen beschreiben jeweils eine separate Dimension methodologischer Leitlinienqualität.

Während das AGREE-II-Instrument die Berechnung standardisierter Domänenwerte für jede der Domänen vorsieht [36], wird die Anwendung des Instruments im Rahmen der Leitliniensynopsen auf die Domänen 2 (Beteiligung von Interessengruppen), 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) und 6 (redaktionelle Unabhängigkeit) begrenzt. Dies erfolgt mit Blick auf die Zielsetzung der Leitliniensynopsen [1,39], eine evidenzbasierte Grundlage für die Aktualisierung bestehender bzw. Entwicklung neuer DMPs zur Verfügung zu stellen. Die Begrenzung auf die Domänen 2, 3 und 6 wird auch von anderen Autorenteams vorgenommen [40].

Jedes Beurteilungskriterium innerhalb der 3 Domänen wird auf einer 7-Punkte-Skala bewertet. Die Skala gibt an, inwieweit ein Kriterium in der zu bewertenden Leitlinie erfüllt ist, wobei 7 bedeutet, dass das Kriterium vollständig erfüllt wurde.

Jede Leitlinienbewertung wird von 2 Personen unabhängig voneinander durchgeführt. Bei stark unterschiedlichen Einschätzungen werden diese konsentiert, sodass die beiden Personen in ihren abschließenden Bewertungen höchstens 2 Punkte voneinander abweichen.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Domänen sowie der Leitlinien untereinander erfolgt, wie im Instrument vorgegeben, eine Standardisierung durch die Darstellung standardisierter Domänenwerte, die wie folgt berechnet werden:

$$\text{standardisierter Domänenwert} = \frac{\text{erreichte Punktzahl} - \text{minimale Punktzahl}}{\text{maximale Punktzahl} - \text{minimale Punktzahl}}$$

Die standardisierten Domänenwerte können einen Wert zwischen 0 % und 100 % erreichen. Werte nahe 0 % können als niedrige und Werte nahe 100 % als hohe methodische Qualität angesehen werden.

Um zu verdeutlichen, wie die Qualität der Leitlinien in den 3 Domänen zueinander einzuordnen ist, wird innerhalb einer Domäne für jede Leitlinie zusätzlich ein Rang vergeben. Hierfür werden die standardisierten Domänenwerte der einzelnen Leitlinien der Größe nach sortiert und nummeriert, wobei der höchste Domänenwert den Rang 1 bekommt. Bei gleichen Domänenwerten werden mittlere Ränge vergeben. Der niedrigste und der höchste Domänenwert und Rang werden gekennzeichnet.

Das AGREE-II-Instrument gibt keine Schwellenwerte zur Abgrenzung von methodisch guten und methodisch schwachen Leitlinien vor [36]. Jedoch geben einige Anwenderinnen und Anwender des Instruments auf Basis der standardisierten Domänenwerte

Anwendungsempfehlungen für Leitlinien, wobei 2- und 3-stufige Systeme zum Einsatz kommen. Im 3-stufigen System werden Leitlinien mit Domänenwerten unterhalb eines spezifischen – aber je nach Anwendergruppe variierenden Wertes – als schwach oder nicht empfehlenswert betrachtet [41]. In Anlehnung an dieses Verfahren werden die eingeschlossenen Leitlinien markiert, die in 1 oder mehreren der 3 betrachteten Domänen hinsichtlich des standardisierten Domänenwertes einen Schwellenwert von 30 % unterschreiten. Dies gilt ebenso für Ergebnisse, die ausschließlich auf derartigen Leitlinien basieren.

Die Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung sind somit zwar kein Kriterium für den Einschluss von Leitlinien in die Leitliniensynopse, aber mithilfe der Markierung wird transparent dargestellt, ob die in eine Leitliniensynopse eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien besondere methodische Stärken oder Schwächen aufweisen.

Obgleich die Einschätzung der methodischen Qualität einer Leitlinie ein wichtiger Aspekt ist, lässt sich von dieser nicht notwendigerweise auf die inhaltliche Qualität einzelner Empfehlungen schließen [42,43].

A2.4 Kategorisierung der GoRs und LoEs

Um eine Vergleichbarkeit der zumeist unterschiedlichen Systeme der Empfehlungs- und Evidenzgraduierung in den Leitlinien zu erreichen, werden die in den Leitlinien verwendeten GoRs und LoEs Kategorien zugeordnet. Dabei werden die Kategorien hoch, nicht hoch und unklar unterschieden.

Ein hoher GoR liegt dann vor, wenn er der Empfehlungsstärke A (hoch) des 3-stufigen Graduierungssystems aus dem Verfahren des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) entspricht [44]. Alle anderen von der Leitliniengruppe angegebenen GoRs werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet. Ein von der Leitliniengruppe angegebener LoE wird als hoch eingestuft, wenn der LoE mindestens auf 1 randomisierten kontrollierten Studie beruht. Diese Bedingung ist bei den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung erfüllt [39].

Verwendet die Leitliniengruppe ein Klassifizierungssystem entsprechend dem Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), wird die höchste Empfehlung- bzw. Evidenzstufe nach GRADE grundsätzlich der Kategorie hoch zugeordnet. Alle weiteren von der Leitliniengruppe angegebenen Einstufungen werden der Kategorie nicht hoch zugeordnet.

Die Kategorie unklarer GoR beziehungsweise unklarer LoE wird vergeben, wenn ein von der Leitliniengruppe angegebener GoR / LoE nicht entsprechend dem Empfehlungsgraduierungssystem des NVL-Programms beziehungsweise der Evidenzklassifizierung des G-BA oder GRADE

kategorisierbar ist, wenn der angegebene GoR / LoE nicht eindeutig einer Empfehlung zugeordnet werden kann oder kein GoR / LoE angegeben ist.

A2.5 Extraktion der Empfehlungen und Informationssynthese

Für die Synthese werden die von der Leitliniengruppe formal gekennzeichneten Empfehlungen den einzelnen Versorgungsaspekten zugeordnet und mit der DMP-A-RL inhaltlich abgeglichen.

Bei der Beurteilung der Diskrepanz wird berücksichtigt, dass in den Anforderungen an die DMPs (DMP-A-RL) vorwiegend Eckpunkte für die Diagnose und Therapie einer Erkrankung festgelegt werden, während Leitlinien oftmals einen deutlich höheren Detaillierungsgrad aufweisen. Die Beurteilung der Diskrepanz stellt einen Vorschlag des IQWiG dar. In welchem Umfang und an welchen Stellen die DMP-A-RL aktualisiert wird, entscheidet der G-BA.

Es erfolgt ein inhaltlicher Abgleich der einzelnen Empfehlungen mit der DMP-A-RL. Nur ergänzende oder von der DMP-A-RL inhaltlich abweichende Empfehlungen können zur Feststellung einer Diskrepanz führen. Dabei zählen zu den ergänzenden Empfehlungen ausführlichere oder neue, in der DMP-A-RL noch nicht abgebildete Empfehlungen. Für die weitere Analyse werden nur die Versorgungsaspekte berücksichtigt, die Empfehlungen mit Diskrepanzen aufweisen. Versorgungsaspekte mit übereinstimmenden Inhalten zur DMP-A-RL finden im Bericht keine Berücksichtigung.

Nach dem inhaltlichen Abgleich erfolgt eine Bewertung pro Versorgungsaspekt. Hierzu wird überprüft, ob die diskrepanten Empfehlungen innerhalb eines Versorgungsaspekts mindestens 1 hohen GoR enthalten oder alternativ bei ausschließlich unklaren GoRs mit mindestens 1 hohen LoE versehen sind. Bei positivem Prüfergebnis werden alle Empfehlungen dieses Versorgungsaspekts für die Darstellung der Kerninhalte berücksichtigt.

Die Kerninhalte fassen pro Versorgungsaspekt die zentralen Inhalte der Empfehlungen schlagwortartig zusammen. Die Diskrepanz zwischen den Empfehlungen des einzelnen Versorgungsaspekts und der DMP-A-RL wird kurz und prägnant erläutert.

Für die einzelnen Versorgungsaspekte wird weiterhin geprüft, ob

- die inhaltlich diskrepanten Empfehlungen widersprüchlich sind, also die Leitlinien untereinander inhaltlich gegensätzliche (inkonsistente) Aussagen machen,
- die diskrepanten Empfehlungen mit hohen GoRs ausschließlich auf niedrigen oder fehlenden LoEs basieren, oder
- zu den diskrepanten Empfehlungen anderslautende IQWiG-Bewertungen existieren. Es werden nur diejenigen IQWiG-Bewertungen herangezogen, deren finale Version

maximal 5 Jahre von dem im Auftrag des G-BA genannten Abgabetermin ausgehend, veröffentlicht wurden.

Die Prüfergebnisse werden stichwortartig aufgeführt. Diskrepante Empfehlungen, bei denen der hohe GoR ausschließlich auf niedrigen oder fehlenden LoEs beruht, werden gesondert gekennzeichnet.

Des Weiteren werden, unabhängig vom GoR und LoE der Empfehlungen, die Versorgungsaspekte zu digitalen medizinischen Anwendungen in den Bericht aufgenommen und die Inhalte ihrer Empfehlungen ebenfalls zu Kerninhalten zusammengefasst.

Methodische Hinweise und Besonderheiten aus dem wissenschaftlichen Kontext zu den dargestellten Versorgungsaspekten, beispielsweise für die Versorgung in Deutschland abweichende, relevante Informationen oder wissenschaftliche Diskurse, werden ebenfalls dargestellt oder in der Diskussion aufgegriffen.

Zu den Versorgungsaspekten, die inhaltlich diskrepante Empfehlungen mit einem hohen GoR (alternativ bei ausschließlich unklarem GoR mit mindestens 1 hohem LoE) enthalten sowie zu Versorgungsaspekten zu digitalen medizinischen Anwendungen, werden zudem alle zugehörigen Empfehlungen in Originalsprache in Tabellen extrahiert. Diese Empfehlungen sind daher als Zitate zu verstehen, deren zugrunde liegende Evidenz als solche nicht erneut geprüft wird.

Für jede extrahierte Empfehlung werden der dazugehörige GoR und LoE dargestellt, sofern diese in der Leitlinie oder in einem Leitlinienreport dokumentiert sind. Des Weiteren wird dargestellt, ob für die jeweilige Empfehlung in der Leitlinie die Referenzen der ihr zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur angegeben werden. Wenn im Hintergrundtext zur Empfehlung zwar themenrelevante Literatur angegeben ist, diese sich aber der jeweiligen Empfehlung nicht eindeutig zuordnen lässt, wird diese als nicht zuordenbar eingestuft.

Ergänzend zu den Empfehlungen werden die jeweiligen Definitionen des Krankheitsbildes aus den eingeschlossenen Leitlinien extrahiert und im Originalwortlaut dargestellt.

Für den deutschen Versorgungskontext relevante Empfehlungen, die im Vergleich zur DMP-A-RL inhaltlich diskrepant sind, aber aufgrund der nicht hohen GoR- bzw. LoE-Kategorisierung nicht im Ergebnisteil des Berichts dargestellt werden, werden gegebenenfalls diskutiert.

Umgang mit ergänzenden Aussagen in den Leitlinien

Als ergänzende Aussagen werden im Rahmen der Leitliniensynopse Informationen verstanden, die in der formalen Darstellung Empfehlungen ähneln, aber nicht als solche

deklariert sind. Zu diesen ergänzenden Aussagen zählen beispielsweise Statements oder Clinical Practice Points. Diese werden wie Empfehlungen behandelt.

Liegen ergänzende Aussagen vor, zu denen es in den methodischen Ausführungen (beispielsweise Methodenpapiere, Leitlinienreports) keine Informationen zur Entwicklung gibt, werden diese in den Extraktionstabellen erfasst. Sie fließen jedoch nicht in die inhaltliche Entwicklung der Kerninhalte und deren Beurteilung hinsichtlich der Diskrepanz zur DMP-A-RL ein.

A3 Details der Ergebnisse

A3.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

A3.1.1 Recherche in Leitliniendatenbanken und bei Leitlinienanbietern

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der systematischen Recherche nach themenspezifischen Leitlinien im Internet und des Literaturscreenings gemäß den Kriterien für den Leitlinieneinschluss. Die Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter befindet sich in Abschnitt A7.2. Nach Prüfung der Kriterien für den Leitlinieneinschluss wurden 11 relevante Leitlinien eingeschlossen.

In Abschnitt A6.1 findet sich eine Liste der im Volltext gesichteten, aber ausgeschlossenen Dokumente unter Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes.

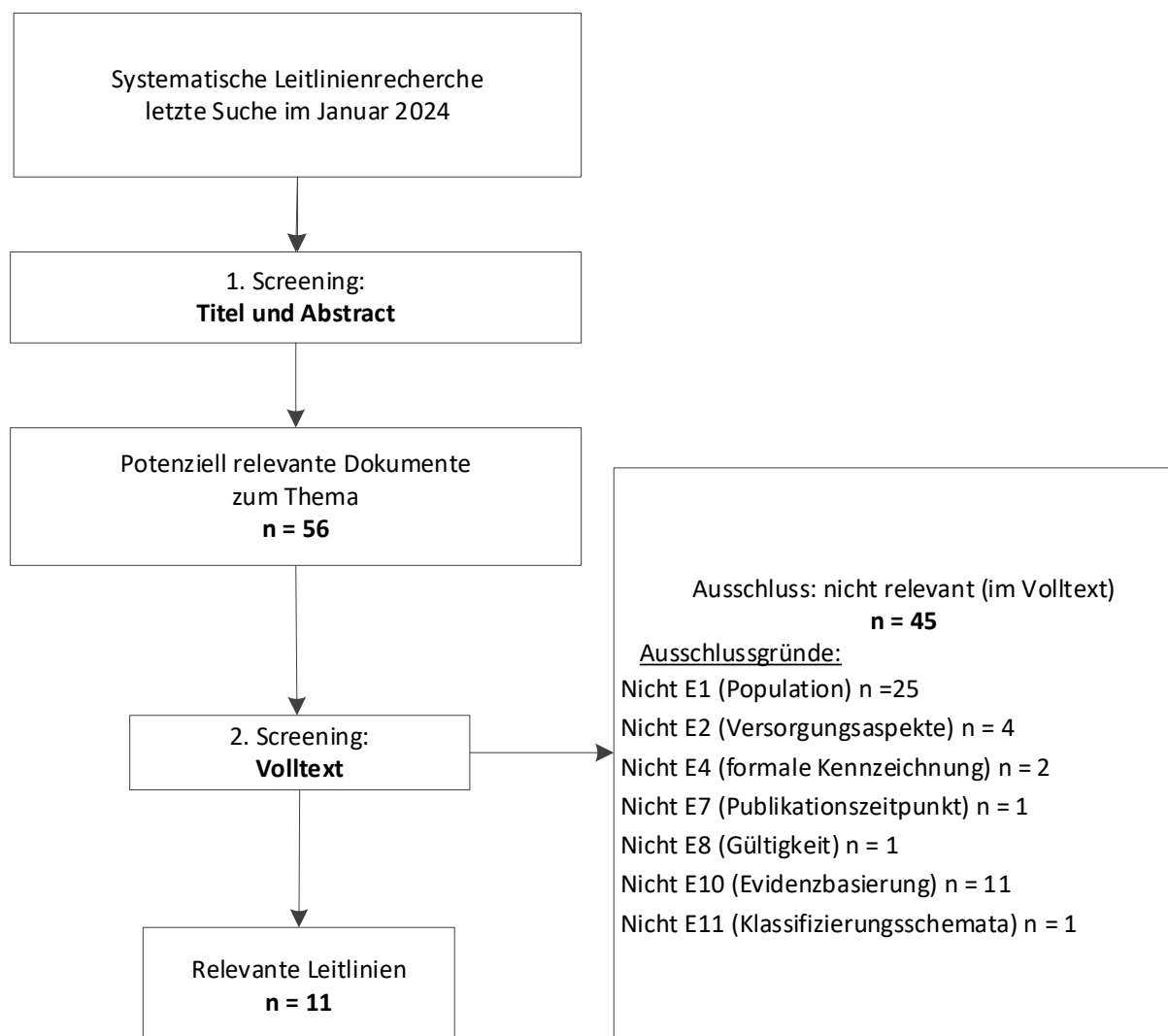


Abbildung 1: Ergebnis der Leitlinienrecherche und des Leitlinienscreenings

A3.1.2 Weitere Informationsquellen

A3.1.2.1 Anhörung

Im Rahmen der Anhörung zum Berichtsplan wurden keine relevanten Leitlinien genannt, die nicht auch über andere Rechenschritte identifiziert wurden.

A3.1.2.2 Autorenanfragen

Autorenanfragen bezüglich zusätzlicher Informationen zu relevanten Leitlinien waren nicht erforderlich, da davon auszugehen war, dass solche Informationen keinen relevanten Einfluss auf die Bewertung haben würden.

A3.1.3 Resultierender Leitlinienpool

Durch die verschiedenen Recherchen wurden insgesamt 11 relevante Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Eingeschlossene Leitlinien

Leitlinie	Abkürzung	Herausgeber	Land
Interventions for the management of acute and chronic low back pain	APTA 2021 [23]	American Physical Therapy Association (APTA)	US
Rückenschmerz bei Kindern und Jugendlichen: S3-Leitlinie	DGKJ 2021 [17]	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)	D
Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)	DSG 2020 [24]	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DSG)	D
PEER simplified chronic pain guideline	Korownyk 2022 [22]	Korownyk et al.	CA
Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing opioid analgesics	Langford 2022 [25]	Langford et al.	AUS
Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis and treatment of low back pain	NASS 2020 [18]	North American Spine Society (NASS)	US
Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management	NICE 2020 [15]	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	GB
Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain	NICE 2021 [19]	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	GB
Management of chronic pain	SIGN 2019 [16]	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	GB
VA/DoD clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of low back pain	VADoD 2022 [20]	Department of Veterans Affairs, Department of Defense	US
WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings	WHO 2023 [21]	World Health Organisation	US

A3.2 Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

In der folgenden Tabelle 19 werden die eingeschlossenen Leitlinien charakterisiert.

Tabelle 19: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (mehrsseitige Tabelle)

Leitlinie	Zielpopulation ^a	Methodik				
		Darstellung der Evidenzbewertung	Darstellung der Generierung von GoR	Konsensverfahren zur Formulierung der Empfehlungen	Angabe GoR	Angabe LoE
APTA 2021	▪ Patientinnen und Patienten mit akutem und chronischem unteren Rückenschmerz ▪ Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz mit Beinschmerzen ▪ ältere Erwachsene mit unterem Rückenschmerz ▪ Patientinnen und Patienten mit postoperativem Rückenschmerz	nein	ja	nein	ja	ja
DGKJ 2021	▪ Kinder und Jugendliche mit nicht spezifischen und spezifischen Rückenschmerzen	ja	ja	ja	ja	nein
DSG 2020	▪ Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Menschen aller Geschlechter mit chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen und Langzeitanwendung von Opioiden	ja	ja	ja	ja	ja
Korownyk 2022	▪ Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen, inklusive Schmerzen im unteren Rückenbereich, arthrosebedingte Schmerzen und Neuropathien	ja	ja	ja	ja	ja
Langford 2022	▪ Erwachsene (≥ 18 Jahre), denen ein oder mehrere Opiate verschrieben werden unabhängig von der Art des Schmerzes	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle 19: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (mehrseitige Tabelle)

Leitlinie	Zielpopulation ^a	Methodik				
		Darstellung der Evidenzbewertung	Darstellung der Generierung von GoR	Konsensverfahren zur Formulierung der Empfehlungen	Angabe GoR	Angabe LoE
NASS 2020	▪ Erwachsene (≥ 18 Jahre) mit nicht spezifischen Kreuzschmerzen, die auf somatisch bedingte Schmerzen / nicht radikuläre Schmerzen begrenzt sind, die nur oberhalb des Knies auftreten ▪ ausgeschlossene Patientenpopulation: ▫ mit Rückenschmerzen aufgrund von: - Tumoren - Infektionen - Stoffwechselerkrankungen - Arthritis - Frakturen ▫ mit diagnostizierten Deformitäten, einschließlich Spondylolisthesis, Spondylolyse und Skoliose ▫ Schmerzen unterhalb des Knies ▫ Erkrankungen außerhalb des Wirbelsäulenbereichs (und / oder viszerale, vaskuläre, genital-urinäre Erkrankungen) ▫ mit früheren lumbalen Operationen ▫ mit neurologischem Defizit ▫ mit Rückenschmerzen, die mit Schmerzen an mehreren Stellen verbunden sind (> 2 Stellen) ▫ Schwangere	ja	ja	ja	ja	ja
NICE 2020	▪ Patientinnen und Patienten ≥ 16 Jahre mit Schmerzen im unteren Rückenbereich und Ischiasschmerzen	ja	ja	ja	ja	nein
NICE 2021	▪ Patientinnen und Patienten ≥ 16 Jahre mit chronischen primären und / oder sekundären Schmerzen	ja	ja	nein	ja	nein

Tabelle 19: Überblick zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien (mehrseitige Tabelle)

Leitlinie	Zielpopulation ^a	Methodik				
		Darstellung der Evidenzbewertung	Darstellung der Generierung von GoR	Konsensverfahren zur Formulierung der Empfehlungen	Angabe GoR	Angabe LoE
SIGN 2019	▪ Erwachsene mit chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen ▪ ausgeschlossene Patientenpopulation: ▫ Patientinnen und Patienten mit Kopfschmerzen ▫ Kinder	ja	ja	ja	ja	ja
VADoD 2022	▪ Erwachsene (≥ 18 Jahre) mit akuten, subakuten oder chronischen Kreuzschmerzen mit vorhandenen oder nicht vorhandenen neurologischen Symptomen ▪ ausgeschlossene Patientenpopulation: ▫ schwangere	ja	ja	nein	ja	nein
WHO 2023	▪ Erwachsene (einschließlich älterer Erwachsener) mit chronischen primären Kreuzschmerzen	ja	ja	ja	ja	ja
a. Die Anwendungsbereiche der Leitlinien sind der Tabelle 1 (Übersicht Versorgungsaspekte) des Berichtes zu entnehmen. GoR: Grade of Recommendation; k. A. keine Angabe; LoE: Level of Evidence						

A3.3 Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien

Die Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien nach AGREE II ist in der folgenden Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Ergebnis der methodischen Bewertung

Leitlinie \ AGREE II-Domäne	Standardisierte Domänenwerte ^a in Prozent (Rangfolge) ^b			Anzahl der Domänen mit Domänenscore ≥ 30 %
	Domäne 2: Interessen- gruppen	Domäne 3: methodologische Exaktheit	Domäne 6: redaktionelle Unabhängigkeit	
APTA 2021	36 % (10,5)	44 % (11)	50 % (8)	3
DGKJ 2021	50 % (6)	69 % (5,5)	96 % (1)	3
DSG 2020	64 % (4)	76 % (3)	67 % (4,5)	3
Korownyk 2022	42 % (9)	69 % (5,5)	42 % (9)	3
Langford 2022	81 % (2)	74 % (4)	92 % (2)	3
NASS 2020	36 % (10,5)	53 % (8,5)	54 % (6,5)	3
NICE 2020	47 % (7,5)	68 % (7)	54 % (6,5)	3
NICE 2021	47 % (7,5)	79 % (2)	67 % (4,5)	3
SIGN 2019	61 % (5)	52 % (10)	25 % (11)	2
VADoD 2022	78 % (3)	53 % (8,5)	38 % (10)	3
WHO 2023	83 % (1)	85 % (1)	88 % (3)	3
MW (SD)	57 % (18 %)	66 % (13 %)	61 % (23 %)	
fett hervorgehoben: niedrigste und höchste Werte einer Domäne				
a. standardisierter Domänenwert = (erreichte Punktzahl – minimale Punktzahl) / (maximale Punktzahl – minimale Punktzahl). Der Wert liegt zwischen 0 % und 100 %.				
b. Bei gleichem standardisiertem Domänenwert wurden mittlere Ränge vergeben.				
AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung				

A3.4 Darstellung der Definition des chronischen Rückenschmerzes

9 Leitlinien geben Definitionen für den chronischen Rückenschmerz.

Tabelle 21: Definition des chronischen Rückenschmerzes (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegender Originalwortlaut	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)
Acute or chronic LBP. Studies that specifically recruited patients with symptoms for less than or equal to 6 weeks were grouped as acute LBP (ie, this was clearly indicated in the eligibility criteria). All other studies were classified as chronic LBP.	APTA 2021	CPG7	nein
Unter dem Begriff Rückenschmerz werden alle Schmerzen zusammengefasst, die unterhalb des Kopfes und oberhalb der Gesäßfalten, mit und ohne Ausstrahlung in die Nachbarregionen, wahrgenommen werden, dabei wird zwischen Nacken-, rückseitigen Brust- und Kreuzschmerzen unterschieden; vielfach wird diese regionale Differenzierung jedoch nicht näher beschrieben.	DGKJ 2021	11	nein
Bei nicht spezifischen Rückenschmerzen ist eine andere spezifische Krankheitsursache nicht nachweisbar oder erkennbare Veränderungen, der Haltung, der Bewegung oder andere Untersuchungsbefunde können die Rückenschmerzen nicht ausreichend erklären. Die Klassifikation chronischer Schmerzen basiert nach der International Association for the Study of Pain (IASP) auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell und definiert diese als Schmerzen, die dauerhaft für mehr als 3 Monate fortbestehen oder wiederholt auftreten (Nicholas et al., 2019).	DGKJ 2021	11	ja
chronic pain (defined as pain for at least 12 weeks, which is consistent with the current ICD-11 definition of chronic pain)	Korownyk 2022	180	ja
Low back pain is defined as pain of musculoskeletal origin extending from the lowest rib to the gluteal fold that may at times extend as somatic referred pain into the thigh (above the knee).	NASS 2020	16	nein
A 3-month duration or longer. The intensity of pain may fluctuate over time.	NICE 2020	13	nein
Chronic pain (sometimes known as long-term pain or persistent pain) is pain that lasts for more than 3 months. Pain can be secondary to (caused by) an underlying condition (for example, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, ulcerative colitis, endometriosis). Chronic pain can also be primary. Chronic primary pain has no clear underlying condition or the pain (or its impact) appears to be out of proportion to any observable injury or disease.	NICE 2021	5	nein
The mechanisms underlying chronic primary pain are only partially understood and the definitions are fairly new. All forms of pain can cause distress and disability, but these features are particularly prominent in presentations of chronic primary pain. This guideline is consistent with the ICD-11 definition of chronic primary pain.	NICE 2021	5	nein
chronic primary pain (in which no underlying condition adequately accounts for the pain or its impact)	NICE 2021	12	nein
Pain that persists or recurs for more than 3 months	NICE 2021	17	nein

Tabelle 21: Definition des chronischen Rückenschmerzes (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegender Originalwortlaut	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)
Chronic primary pain has no clear underlying condition or the pain or its impact is out of proportion to any observable injury or disease.	NICE 2021	18	nein
In this guideline chronic pain is defined as pain that has been present for more than 12 weeks.	SIGN 2019	2	nein
LBP has been defined as pain, muscle tension, or stiffness localized below the costal margin and above the inferior gluteal folds with or without leg symptoms.(2) Categorizations defined by duration vary but are often delineated as acute (less than four weeks), subacute (4 – 12 weeks), or chronic (more than 12 weeks) (see the glossary in Appendix F for additional definitions)	VADoD 2022	5	ja
Chronic primary low back pain (CPLBP) is defined as a persistent or recurrent pain experience of greater than three months that is not reliably attributed to an underlying disease process (e.g. an inflammatory auto-immune condition such as axial spondyloarthritis, malignancy, infection), structural lesion (e.g. fracture) or deformity. While the experience of pain is often associated with emotional distress and/or functional disability (1), minimum thresholds for distress and disability were not applied when developing the guideline. The ICD-11 classification of CPLBP falls under MG30.02 Chronic primary musculoskeletal pain.	WHO 2023	3	ja
CPG: clinical practice guideline; LBP: low back pain (Kreuzschmerzen); LL: Leitlinie; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; n. z.: nicht zuzuordnen			

A3.5 Darstellung der Empfehlungen zu den diskrepanten Versorgungsaspekten

A3.5.1 „Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz“ (V1.2)

Tabelle 22: V1.2 – K1 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – Anamnese	83
Tabelle 23: V1.2 – K2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – Risikofaktoren	86
Tabelle 24: V1.2 – K3 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – bildgebende Untersuchung und Laboruntersuchungen	87

Tabelle 22: V1.2 – K1 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – Anamnese (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei Kindern und Jugendlichen mit Rückenschmerzen soll eine ärztliche Untersuchung erfolgen. Dabei soll eine gezielte Anamnese und ausführliche körperliche Untersuchung durchgeführt werden.	DGKJ 2021	53	n. z.	EK	nein	n. a., Konsens	unklar
Die Anamnese zur Diagnostik von Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen soll Schmerzcharakteristika, Beginn der Symptomatik, mögliche Auslöser, Begleitsymptome und Warnhinweise für spezifische Krankheitsursachen systematisch erfassen.	DGKJ 2021	55	n. z.	EK	nein	n. a., starker Konsens	unklar
Die Anamnese bei Kindern und Jugendlichen mit Rückenschmerzen soll eine Beurteilung möglicher nicht spezifischer Rückenschmerzen einschließen. Dabei sollen gesicherte Risikofaktoren für nicht spezifische Rückenschmerzen berücksichtigt werden.	DGKJ 2021	56	n. z.	EK	nein	n. a., starker Konsens	unklar

Tabelle 22: V1.2 – K1 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – Anamnese (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of pain localization in predicting response to a diagnostic injection.	NASS 2020	17	ja	n. z.	unklar	I	nein
A nonstructural cause of low back pain may be considered in patients with diffuse low back pain and tenderness.	NASS 2020	18	ja	n. z.	unklar	C	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of fear avoidance behavior to determine the likelihood of a structural cause of low back pain.	NASS 2020	18	ja	n. z.	unklar	I	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the presence of diffuse back tenderness for the prediction of the presence of disc degeneration on radiographs.	NASS 2020	18	ja	n. z.	unklar	I	nein
Offer a person-centred assessment to those presenting with chronic pain (chronic primary pain, chronic secondary pain, or both), to identify factors contributing to the pain and how the pain affects the person's life.	NICE 2021	7	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja
Think about a diagnosis of chronic primary pain if there is no clear underlying (secondary) cause or the pain or its impact is out of proportion to any observable injury or disease, particularly when the pain is causing significant distress and disability.	NICE 2021	8	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Make decisions about the search for any injury or disease that may be causing the pain, and about whether the pain or its impact are out of proportion to any identified injury or disease, using clinical judgement in discussion with the person with chronic pain.	NICE 2021	8	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Recognise that chronic primary pain can coexist with chronic secondary pain.	NICE 2021	8	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a

Tabelle 22: V1.2 – K1 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – Anamnese (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When assessing chronic pain in people aged 16 to 25 years, take into account: - any age-related differences in presentation of symptoms - the impact of the pain on family interactions and dynamics - the impact of the pain on education and social and emotional development See the NICE guideline on transition from children's to adult's services for young people using health or social care services.	NICE 2021	9	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
A concise history, examination and biopsychosocial assessment, identifying pain type (neuropathic/ nociceptive/mixed), severity, functional impact and context should be conducted in all patients with chronic pain. This will inform the selection of treatment options most likely to be effective.	SIGN 2019	6	ja	1++,4	ja	GPP	nein
For patients with low back pain, we recommend the history and physical examination include evaluation for progressive or otherwise serious neurologic deficits and other red flags (e.g., signs, symptoms, history) associated with serious underlying pathology (e.g., malignancy, fracture, infection)	VADOD 2022	26	ja	very low	nein	strong for	ja ^a
For patients with low back pain, we suggest assessing psychosocial factors and using predictive screening instruments (e.g., STarT Back and The Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) to inform treatment planning.	VADoD 2022	30	ja	very low	nein	weak for	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EK: Expertenkonsens; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 23: V1.2 – K2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – Risikofaktoren (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Zunehmendes Alter in der Adoleszenz, weibliches Geschlecht, Leistungssport, vorausgegangene Schmerzepisoden sowie die psychosozialen Faktoren geringe Lebenszufriedenheit, Ängstlichkeit, Depressivität und geringer Selbstwert sind Risikofaktoren für nicht spezifische Rückenschmerzen bei Jugendlichen.	DGKJ 2021	47	ja	1-2	nein	State- ment, starker Konsens	unklar
Bei der Diagnostik nicht spezifischer Rückenschmerzen in der Adoleszenz sollen die gesicherten Risikofaktoren Berücksichtigung finden und auf deren Vorliegen geprüft werden.	DGKJ 2021	47	ja	1-2	nein	A, starker Konsens	ja ^a
Die Faktoren: ▪ weibliches Geschlecht, ▪ geringe Lebenszufriedenheit, ▪ Ängstlichkeit, ▪ Depressivität, ▪ geringer Selbstwert ▪ und regelmäßiges Rauchen sind mit einem Risiko für einen chronischen Verlauf nicht spezifischer Rückenschmerzen in der Adoleszenz verbunden.	DGKJ 2021	48	ja	2	nein	State- ment, starker Konsens	unklar
Bei Hinweisen für nicht spezifische Rückenschmerzen und Nachweis psychosozialer Risikofaktoren soll eine psychologische Diagnostik erfolgen.	DGKJ 2021	59	ja	1-2	nein	A, starker Konsens	ja ^a
There is insufficient evidence to indicate that body mass index (BMI) is a potential predictor of a recurrence of low back pain.	NASS 2020	17	ja	n. z.	unklar	I	nein
It is suggested that history of low back pain is a potential predictor of a recurrence of low back pain.	NASS 2020	17	ja	n. z.	unklar	B	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of smoking and/or obesity as prognostic factors for the conversion from acute to chronic low back pain.	NASS 2020	18	ja	n. z.	unklar	I	nein

Tabelle 23: V1.2 – K2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – Risikofaktoren (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung BMI: Body-Mass-Index; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 24: V1.2 – K3 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – bildgebende Untersuchung und Laboruntersuchungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Ergeben sich in Anamnese und körperlicher Untersuchung Hinweise für eine spezifische Krankheitsursache bei Rückenschmerzen im Kindes- und Jugendalter, soll eine gezielte bildgebende Untersuchung erfolgen.	DGKJ 2021	62	ja	2	nein	A, starker Konsens	ja ^a
Abhängig von Beschwerdebild und Befund werden eine Röntgenuntersuchung und/oder eine Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) empfohlen. Dabei soll das Untersuchungsprotokoll der MRT den altersspezifischen Fragestellungen angepasst sein und die paravertebralen Weichteile mit einbeziehen. Die Befunderstellung der MRT soll von einem Radiologen / einer Radiologin mit kinderradiologischer Expertise erfolgen.	DGKJ 2021	62	n. z.	EK	nein	n. a., starker Konsens	unklar

Tabelle 24: V1.2 – K3 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – bildgebende Untersuchung und Laboruntersuchungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei Kindern und Jugendlichen in einem Alter von ≥ 10 Jahren, bei denen ein Dauerschmerz über mehr als 4 Wochen berichtet wird, sollte eine erweiterte Diagnostik durch eine MRT-Bildgebung erfolgen, auch wenn andere Warnhinweise für eine spezifische Krankheitsursache fehlen. Dabei soll das Untersuchungsprotokoll der MRT den altersspezifischen Fragestellungen angepasst sein und die paravertebralen Weichteile mit einbeziehen. Die Befunderstellung der MRT soll von einem Radiologen / einer Radiologin mit kinderradiologischer Expertise erfolgen.	DGKJ 2021	77	n. z.	EK	nein	n. a., starker Konsens	unklar
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against obtaining laboratory tests to assess for inflammatory disease in patients with sacroiliac joint pain.	NASS 2020	19	Hinweis	n. z.	unklar	I	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of SPECT imaging in the diagnosis of zygapophyseal joint pain.	NASS 2020	31	ja	n. z.	unklar	I	nein
There is high-level evidence that provocative discography without manometric measurements correlates with pain reproduction in the presence of moderate to severe disc degeneration on MRI/CT discography.	NASS 2020	33	ja	n. z.	unklar	A	ja ^a
There is high-level evidence that provocative discography without manometric pressure measurements correlates with the presence of endplate abnormalities on MRI imaging.	NASS 2020	33	ja	n. z.	unklar	A	ja ^a
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of axial loaded magnetic resonance imaging (MRI) for the diagnosis of low back pain.	NASS 2020	33	ja	n. z.	unklar	I	ja ^a
There is conflicting evidence that pressure controlled provocative discography correlates with nuclear T2 signal intensity on magnetic resonance imaging (MRI) in patients with low back pain.	NASS 2020	33	ja	n. z.	unklar	I	ja ^a

Tabelle 24: V1.2 – K3 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz – bildgebende Untersuchung und Laboruntersuchungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 2) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
There is conflicting evidence that provocative discography without manometric pressure measurements correlates with the presence of a high-intensity zone (HIZ) on MRI imaging.	NASS 2020	33	ja	n. z.	unklar	I	ja ^a
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of anesthetic discography.	NASS 2020	33	ja	n. z.	unklar	I	ja ^a
For patients with low back pain, we recommend diagnostic imaging and appropriate laboratory testing when neurologic deficits are progressive or otherwise serious or when other red flags (e.g., signs, symptoms, history) are present.	VADoD 2022	28	ja	very low	nein	strong for	ja ^a
For patients with low back pain, we recommend diagnostic imaging and appropriate laboratory testing when neurologic deficits are progressive or otherwise serious or when other red flags (e.g. signs, symptoms, history) are present.	VADoD 2022	28	ja	very low	nein	strong for	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CT: Computertomografie; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EK: Expertenkonsens; GoR: Grade of Recommendation; HIZ: high-intensive-zone; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MRI: Magnetic resonance imaging; MRT: Magnet-Resonanz-Tomografie; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; SPECT: Single photon emission computerized tomography							

A3.5.2 „Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren“ (V1.4)

Tabelle 25: V1.4 – K1 Therapieplanung – Grundsätze (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
It is suggested that kinesiophobia is a negative prognostic factor for predicting response to low back pain treatment.	NASS 2020	23	ja	n. z.	unklar	B	nein
When assessing and managing any type of chronic pain (chronic primary pain, chronic secondary pain, or both) follow the recommendations in the NICE guidelines on patient experience in adult NHS services and shared decision making, particularly relating to: ▪ knowing the patient as an individual ▪ enabling patients to actively participate in their care, including: ▫ communication ▫ information ▫ shared decision making.	NICE 2021	7	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja
Foster a collaborative and supportive relationship with the person with chronic pain.	NICE 2021	8	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja
Ask the person to describe how chronic pain affects their life, and that of their family, carers and significant others, and how aspects of their life may affect their chronic pain. This might include: ▪ lifestyle and day-to-day activities, including work and sleep disturbance ▪ physical and psychological wellbeing ▪ stressful life events, including previous or current physical or emotional trauma ▪ current or past history of substance misuse ▪ social interaction and relationships ▪ difficulties with employment, housing, income and other social concerns.	NICE 2021	8	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja

Tabelle 25: V1.4 – K1 Therapieplanung – Grundsätze (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Be sensitive to the person's socioeconomic, cultural and ethnic background, and faith group, and think about how these might influence their symptoms, understanding and choice of management.	NICE 2021	9	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Explore a person's strengths as well as the impact of pain on their life. This might include talking about: ▪ their views on living well ▪ the skills they have for managing their pain ▪ what helps when their pain is difficult to control (NICE 2021, S. 9)	NICE 2021	9	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Ask the person about their understanding of their condition, and that of their family, carers and significant others. This might include: ▪ their understanding of the causes of their pain ▪ their expectations of what might happen in the future in relation to their pain ▪ their understanding of the outcome of possible treatments.	NICE 2021	9	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja
Discuss a care and support plan with the person with chronic pain. Explore in the discussions: ▪ their priorities, abilities and goals ▪ what they are already doing that is helpful ▪ their preferred approach to treatment and balance of treatments for multiple conditions ▪ any support needed for young adults (aged 16 to 25) to continue with their education or training, if this is appropriate.	NICE 2021	10	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Recognise that living with pain can be distressing and acknowledge this with the person with chronic pain.	NICE 2021	10	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a

Tabelle 25: V1.4 – K1 Therapieplanung – Grundsätze (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Discuss with the person with chronic pain and their family or carers (as appropriate): - the likelihood that symptoms will fluctuate over time and that they may have flare-ups - the possibility that a reason for the pain (or flare-up) may not be identified - the possibility that the pain may not improve or may get worse and may need ongoing management - there can be improvements in quality of life even if the pain remains unchanged.	NICE 2021	10	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
When communicating normal or negative test results, be sensitive to the risk of invalidating the person's experience of chronic pain.	NICE 2021	10	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Explain the evidence for possible benefits, risks and uncertainties of all management options when first developing the care and support plan and at all stages of care.	NICE 2021	11	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Use these discussions to inform and agree the care and support plan with the person with chronic pain and their family or carers (as appropriate).	NICE 2021	11	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja
When chronic primary pain and chronic secondary pain coexist, use clinical judgement to inform shared decision making about management options in section 1.2 of this guideline and in the NICE guideline for the chronic pain condition.	NICE 2021	11	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
A compassionate, patient-centred approach to assessment and management of chronic pain is likely to optimise the therapeutic environment and improve the chances of successful outcome.	SIGN 2019	7	ja	n. z.	unklar	GPP	nein
Self-management resources should be considered to complement other therapies in the treatment of patients with chronic pain.	SIGN 2019	8	n. z.	n. z.	unklar	C	nein

Tabelle 25: V1.4 – K1 Therapieplanung – Grundsätze (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 3) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Healthcare professionals should signpost patients to self-help resources, identified and recommended by local pain services, as a useful aide at any point throughout the patient journey. Self management may be used from an early stage of a pain condition through to use as part of a long-term management strategy.	SIGN 2019	8	n. z.	n. z.	unklar	GPP	nein
Clinicians should be aware of the possibility that their own behaviour, and the clinical environment, can impact on reinforcement of unhelpful responses.	SIGN 2019	25	ja	1++	ja	GPP	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; GPP: Good Practice Point; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; NHS: National Health Service; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.3 „Therapeutische Maßnahmen“ (V1.5)

A3.5.3.1 „Basismaßnahmen“ (V1.5.1)

Tabelle 26: V1.5.1 – K1 Basismaßnahmen – Allgemein94

Tabelle 27: V1.5.1 – K2 Basismaßnahmen – körperliche Aktivität / Training95

Tabelle 26: V1.5.1 – K1 Basismaßnahmen – Allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 4)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
We recommend the use of shared decision making (including the use of decision aids) to inform additional treatment options beyond physical activity for patients with chronic osteoarthritic, low back, or neuropathic pain	Korownyk 2022	184	n. z.	n. z.	unklar	strong	ja ^a
Work Group Consensus Statement: In the absence of reliable evidence for patients with nonspecific back pain, based on abundant data for other spinal disorders that result in back pain, it is the work group’s opinion that remaining active is preferred and likely results in better short-term outcomes than does bed rest.	NASS 2020	29	nein	n. z.	unklar	Work Group Consens us	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 27: V1.5.1 – K2 Basismaßnahmen – körperliche Aktivität / Training (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 4) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Physical therapists can use TBC, CFT, or MSI to reduce pain and disability in patients with chronic LBP.	APTA 2021	CPG24	n. z.	I, II	unklar	C	nein
We strongly recommend discussion of physical activity as the foundation for managing osteoarthritis and chronic low back pain	Korownyk 2022	184	n. z.	n. z.	unklar	strong	ja
We recommend any type of exercise, based on patient preference, as they are all likely similarly effective.	Korownyk 2022	184	n. z.	n. z.	unklar	strong	ja
We suggest that the goal of exercise be pain management, independent of weight loss.	Korownyk 2022	184	n. z.	n. z.	unklar	weak	nein
There is insufficient evidence that outcomes from a home-based exercise program are different than no care	NASS 2020	23	ja	n. z.	unklar	I	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against lumbar stabilization in patients with chronic low back pain.	NASS 2020	26	ja	n. z.	unklar	I	nein
It is suggested that, in patients with mild chronic low back pain, yoga may offer medium-term improvements in pain and function compared to usual care, although these improvements are not clinically meaningful due to low baseline pain/disability.	NASS 2020	26	ja	n. z.	unklar	B	nein
Aerobic exercise is recommended to improve pain, disability and mental health in patients with nonspecific low back pain at short-term follow-up.	NASS 2020	27	ja	n. z.	unklar	A	ja ^a
There is insufficient evidence that aerobic exercise improves pain, disability and mental health in patients with nonspecific low back pain at long-term follow-up.	NASS 2020	27	ja	n. z.	unklar	I	nein
It is suggested that a specific stabilization exercise program is equivalent to a general exercise program.	NASS 2020	28	ja	n. z.	unklar	B	nein
There is insufficient evidence to provide any reliable predictors of outcomes to an exercise program for the treatment of either acute or chronic low back pain.	NASS 2020	30	ja	n. z.	unklar	I	nein

Tabelle 27: V1.5.1 – K2 Basismaßnahmen – körperliche Aktivität / Training (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 4) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Encourage people with chronic primary pain to remain physically active for longer-term general health benefits (also see NICE guidelines on physical activity and behaviour change: individual approaches).	NICE 2021	13	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja
Exercise and exercise therapies, regardless of their form, are recommended in the management of patients with chronic pain.	SIGN 2019	29	ja	1++	ja	B	unklar
Advice to stay active should be given in addition to exercise therapy for patients with chronic low back pain to improve disability in the long term. Advice alone is insufficient.	SIGN 2019	30	ja	1++	ja	A	ja
For patients with low back pain, there is insufficient evidence to recommend for or against yoga or qi gong.	VADoD 2022	46	ja	very low	nein ^b	neither for nor against	nein
A structured exercise therapy or programme may be offered as part of care to adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	48	ja	low	nein	conditio nal recomm endation for	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CFT: cognitive function therapy; CPG: clinical practice guideline; CPLBP: Chronic Primary Low Back Pain; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LBP: low back pain; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MSI: movement system impairment; n. z.: nicht zuzuordnen; TBC: treatment-based classification							

A3.5.3.2 „Individuelle Therapiemaßnahmen“ (V1.5.2)

Tabelle 28: V1.5.2 – K1 Individuelle Therapiemaßnahmen – individuelle Bewegungstherapie angeleitet	97
Tabelle 29: V1.5.2 – K2 Individuelle Therapiemaßnahmen – manuelle Therapie	100
Tabelle 30: V1.5.2 – K3 Individuelle Therapiemaßnahmen – Wirbelsäulenmanipulation.....	101
Tabelle 31: V1.5.2 – K4 Individuelle Therapiemaßnahmen – psychotherapeutische/psychosomatische Maßnahmen.....	102

Tabelle 28: V1.5.2 – K1 Individuelle Therapiemaßnahmen – individuelle Bewegungstherapie angeleitet (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Physical therapists should use exercise training interventions, including trunk muscle strengthening and endurance, multimodal exercise interventions, specific trunk muscle activation exercise, aerobic exercise, aquatic exercise, and general exercise, for patients with chronic LBP.	APTA 2021	CPG12	n. z.	n. z.	unklar	A	ja ^a
Physical therapists may provide movement control exercise or trunk mobility exercise for patients with chronic LBP.	APTA 2021	CPG12	n. z.	n. z.	unklar	B	nein
Physical therapists may use exercise training interventions, including specific trunk muscle activation and movement control, for patients with chronic LBP with leg pain.	APTA 2021	CPG13	ja	n. z.	unklar	B	nein
Physical therapists should use specific trunk muscle activation and movement control exercise for patients with chronic LBP and movement control impairment.	APTA 2021	CPG13	ja	I, II, n. z.	unklar	A	ja ^a
Physical therapists should use general exercise training to reduce pain and disability in older adults with chronic LBP.	APTA 2021	CPG14	ja	I, II, III	nein	A	ja ^a

Tabelle 28: V1.5.2 – K1 Individuelle Therapiemaßnahmen – individuelle Bewegungstherapie angeleitet (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Progressive Endurance Exercise and Fitness Activities Physical therapists should consider (1) moderate-to high-intensity exercise for patients with chronic LBP without generalized pain, and (2) incorporating progressive, low-intensity, submaximal fitness and endurance activities into pain management and health promotion strategies for patients with chronic LBP with generalized pain.	APTA 2021	CPG9	n. z.	n. z.	unklar	A	ja ^a
Trunk Coordination, Strengthening, and Endurance Exercises Physical therapists should consider utilizing trunk coordination, strengthening, and endurance exercises to reduce LBP and disability in patients with subacute and chronic LBP with movement coordination impairments and in patients post lumbar microdiscectomy.	APTA 2021	CPG9	n. z.	n. z.	unklar	A	ja ^a
Centralization and Directional Preference Exercises and Procedures [...] Physical therapists should consider using repeated exercises in a specific direction determined by treatment response to improve mobility and reduce symptoms in patients with acute, subacute, or chronic LBP with mobility deficits.	APTA 2021	CPG9	n. z.	n. z.	unklar	A	ja
Flexion Exercises Physical therapists can consider flexion exercises, combined with other interventions such as manual therapy, strengthening exercises, nerve mobilization procedures, and progressive walking, for reducing pain and disability in older patients with chronic LBP with radiating pain. Exercise training interventions were categorized using the operational definitions displayed in TABLE 4.	APTA 2021	CPG9	n. z.	n. z.	unklar	C	nein
Aktive Physiotherapie soll zur Anwendung kommen bei Kindern und Jugendlichen mit nicht spezifischen Rückenschmerzen.	DGKJ 2021	87	ja	2	nein	A, starker Konsens	ja ^a

Tabelle 28: V1.5.2 – K1 Individuelle Therapiemaßnahmen – individuelle Bewegungstherapie angeleitet (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Offer a supervised group exercise programme to people aged 16 years and over to manage chronic primary pain. Take people's specific needs, preferences and abilities into account.	NICE 2021	12	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
The following approaches should be used to improve adherence to exercise: ▪ supervised exercise sessions ▪ individualised exercises in group settings ▪ addition of supplementary material ▪ provision of a combined group and home exercise programme.	SIGN 2019	30	ja	1++	ja	B, C	unklar, nein
For patients with low back pain, we suggest a structured clinician-directed exercise program (e.g., aerobic, aquatic, mechanical diagnosis and therapy, mobility, motor control, Pilates, strengthening exercises, structured walking program, tai chi).	VADoD 2022	38	ja	very low	nein	weak for	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CPG: clinical practice guideline; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LBP: low back pain; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 29: V1.5.2 – K2 Individuelle Therapiemaßnahmen – manuelle Therapie (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Manual Therapy [...] Thrust and nonthrust joint mobilization procedures can also be used to improve spine and hip mobility and reduce pain and disability in patients with subacute and chronic low back and back-related lower extremity pain.	APTA 2021	CPG16	n. z.	n. z.	unklar	A	ja ^a
Physical therapists should use thrust or nonthrust joint mobilization to reduce pain and disability in patients with chronic LBP.	APTA 2021	CPG20	n. z.	n. z.	unklar	A	ja ^a
Physical therapists may use thrust or nonthrust joint mobilization to reduce pain and disability in patients with chronic LBP with leg pain.	APTA 2021	CPG20	n. z.	n. z.	unklar	B	nein
Physical therapists may use soft tissue mobilization or massage in conjunction with other treatments to reduce pain and disability in the short term in patients with chronic LBP.	APTA 2021	CPG20	n. z.	I, II	unklar	B	nein
Für die manuelle Therapie ist die Evidenz unklar, so dass keine Empfehlung für die Behandlung nicht spezifischer Rückenschmerzen im Kindes- und Jugendalter abgegeben werden kann.	DGKJ 2021	88	ja	2	nein	state- ment, starker Konsens	unklar
Manual therapy should be considered for short-term relief of pain for patients with chronic low back pain.	SIGN 2019	27	ja	1++	ja	B	unklar
Massage may be offered as part of care to adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	70	ja	very low	nein	conditio- nal in favour	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CPG: clinical practice guideline; CPLBP: Chronic Primary Low Back Pain; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LBP: low back pain; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 30: V1.5.2 – K3 Individuelle Therapiemaßnahmen – Wirbelsäulenmanipulation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
We recommend treatments with evidence of benefit be considered and discussed first as options ▪ [...] ▪ Chronic low back pain: [...] spinal manipulation, [...]	Korownyk 2022	184	ja	low	nein	strong	ja ^a
For patients with acute or chronic low back pain, spinal manipulative therapy (SMT) is an option to improve pain and function.	NASS 2020	25	ja	n. z.	unklar	C	nein
McKenzie method is an option for the treatment of chronic low back pain.	NASS 2020	26	ja	n. z.	unklar	C	nein
There is insufficient evidence that McKenzie method results in different outcomes when compared to a dynamic strengthening program for the treatment of chronic low back pain.	NASS 2020	26	ja	n. z.	unklar	I	nein
There is insufficient evidence that McKenzie method is better or worse than back school for the treatment of chronic low back pain.	NASS 2020	26	ja	n. z.	unklar	I	nein
There is insufficient evidence to determine whether 12 to 18 visits of spinal manipulative therapy (SMT) results in better outcomes than 6 visits for the treatment of low back pain.	NASS 2020	28	ja	n. z.	unklar	I	nein
For patients with chronic low back pain, we suggest spinal mobilization/manipulation.	VADoD 2022	40	ja	low	nein	weak for	nein
Spinal manipulative therapy may be offered as part of care to adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	66	ja	very low	nein	conditio nal in favour	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CPLBP: Chronic Primary Low Back Pain; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; SMT: spinal manipulative therapy							

Tabelle 31: V1.5.2 – K4 Individuelle Therapiemaßnahmen – psychotherapeutische/psychosomatische Maßnahmen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei Hinweisen für psychosoziale Belastung oder psychische Erkrankung soll eine gezielte Beratung von Patient:in und Eltern erfolgen. Diese soll mit einer Empfehlung für eine Sozialberatung, kinder- und jugendpsychologische oder -psychiatrische Diagnostik oder ein multiprofessionelles schmerzmedizinisches Assessment für Kinder und Jugendliche verbunden werden.	DGKJ 2021	74	n. z.	n. z.	unklar	EK, starker Konsens	unklar
Die kognitive Verhaltenstherapie sollte vorrangig bei Kindern und Jugendlichen mit rekurrendem oder chronischem Verlauf nicht spezifischer Rückenschmerzen zur Anwendung kommen.	DGKJ 2021	88	ja	2	nein	B, starker Konsens	nein
We suggest CBT or mindfulness-based stress reduction be offered to patients to help manage chronic pain, when access to services allows.	Korownyk 2022	184	n. z.	low, n. z.	nein, unklar	weak	nein
There is conflicting evidence to make a recommendation for or against cognitive behavioral therapy for improving depression or anxiety in patients with low back pain.	NASS 2020	22	ja	n. z.	unklar	I	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the addition of cognitive behavioral therapy or psychosocial intervention for patients undergoing interventional or surgical treatment for low back pain and whether it would provide incremental benefit.	NASS 2020	22	ja	n. z.	unklar	I	nein
Consider acceptance and commitment therapy (ACT) or cognitive behavioural therapy (CBT) for pain for people aged 16 years and over with chronic primary pain, delivered by healthcare professionals with appropriate training.	NICE 2021	13	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
Do not offer biofeedback to people aged 16 years and over to manage chronic primary pain.	NICE 2021	13	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a
Consider group cognitive behavioural therapy (CBT) when withdrawing from a benzodiazepine.	NICE 2021	14	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein

Tabelle 31: V1.5.2 – K4 Individuelle Therapiemaßnahmen – psychotherapeutische/psychosomatische Maßnahmen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 5) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Cognitive behavioural therapy should be considered for the treatment of patients with chronic pain.	SIGN 2019	26	ja	1++,1+	ja	C	nein
For patients with chronic low back pain, we suggest cognitive behavioral therapy.	VADoD 2022	37	ja	low	nein	weak for	nein
Operant therapy may be offered as part of care to adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	94	ja	very low	nein	conditio nal in favour	nein
The balance between the benefits and harms for cognitive therapy in managing CPLBP in adults, including older people, is so equivocal that a recommendation cannot be made.	WHO 2023	100	ja	very low	nein	no recomm endation	nein
Cognitive behavioural therapy (CBT) may be offered as part of care to adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	103	ja	very low	nein	conditio nal in favour	nein
The balance between the benefits and harms for mindfulness-based stress reduction therapy in managing CPLBP in adults, including older people, is so equivocal that a recommendation cannot be made.	WHO 2023	107	ja	low	nein	no recomm endation	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung ACT: acceptance and commitment therapy; CBT: cognitive behavioural therapy; CPLBP: Chronic Primary Low Back Pain; EK: Expertenkonsens; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.3.3 „Kombinationsbehandlung“ (V1.5.X)

Tabelle 32: V1.5.X – K1 Therapeutische Maßnahmen – Kombinationsbehandlung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Cognitive behavioral therapy is recommended in combination with physical therapy, as compared with physical therapy alone, to improve pain levels in patients with low back pain over 12 months.	NASS 2020	22	ja	n. z.	unklar	A	ja ^a
Cognitive behavioral therapy in combination with physical therapy, compared to physical therapy alone, is suggested to improve functional outcomes (disability) and return to work in patients with low back pain.	NASS 2020	22	ja	n. z.	unklar	B	nein
Treatments targeting fear avoidance combined with physical therapy are recommended compared to physical therapy alone to improve low back pain in the first six months.	NASS 2020	22	ja	n. z.	unklar	A	ja ^a
It is suggested that the combination of laser therapy (low-level or high level) with exercise provides better short-term relief of pain than either exercise or laser therapy alone.	NASS 2020	24	ja	n. z.	unklar	B	nein
There is conflicting evidence that the combination of laser therapy with exercise provides better short-term improvement in function compared to exercise or laser therapy alone.	NASS 2020	24	ja	n. z.	unklar	I	nein
In the long term, it is suggested that the addition of massage to an exercise program provides no benefit when compared to an exercise program alone.	NASS 2020	26	ja	n. z.	unklar	B	nein
There is insufficient evidence that the addition of massage to an exercise program provides short-term relief of pain.	NASS 2020	26	ja	n. z.	unklar	I	nein
There is conflicting evidence that addition of cognitive behavioral therapy (CBT) to an exercise program results in significant improvement in pain and function compared to exercise alone in patients with chronic low back pain.	NASS 2020	28	ja	n. z.	unklar	I	nein
It is suggested that the addition of exercise to spinal manipulative therapy (SMT) results in similar outcomes to SMT alone.	NASS 2020	29	ja	n. z.	unklar	B	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CBT: cognitive behavioral therapy; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; SMT: spinal manipulative therapy							

A3.5.3.4 „Multimodale Schmerztherapie“ (V1.5.3)

Tabelle 33: V1.5.3 – K1 Multimodale Schmerztherapie – Kinder und Jugendliche (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 6)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei ▪ Persistenz oder rekurrendem Verlauf nicht spezifischer Rückenschmerzen 3 Monate nach Beginn der Symptomatik, ▪ Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen, körperlicher Aktivität, Schulbesuch ▪ oder Fortbestehen psychosozialer Risikofaktoren soll ein multiprofessionelles schmerzmedizinisches Assessment für Kinder und Jugendliche erfolgen und die Indikation einer stationären intensivierten interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie geprüft werden.	DGKJ 2021	78	n. z.	n. z.	unklar	EK, starker Konsens	unklar
Wird bei Kindern und Jugendlichen mit nicht spezifischen Rückenschmerzen eine komorbide psychische Erkrankung diagnostiziert, sollte vor Durchführung einer intensivierten interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie geprüft werden, ob die Therapie der psychischen Erkrankung in Kombination mit der stationären Schmerztherapie erfolgen kann oder ob eine primäre (ambulante oder stationäre) Behandlung der psychischen Erkrankung erforderlich ist.	DGKJ 2021	81	n. z.	n. z.	unklar	EK, starker Konsens	unklar
Bei Kindern und Jugendlichen mit ▪ rekurrendem und chronischem Verlauf nicht spezifischer Rückenschmerzen, ▪ starker schmerzbezogener Beeinträchtigung ▪ und Ineffektivität unimodaler Therapiemaßnahmen soll eine intensivierte interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie durchgeführt werden.	DGKJ 2021	95	ja	2	nein	A, starker Konsens	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EK: Expertenkonsens; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.3.5 „Medikamentöse Therapien“ (V1.5.5)

Tabelle 34: V1.5.5 – K1 Medikamentöse Therapien – allgemein.....106

Tabelle 35: V1.5.5 – K2 Medikamentöse Therapien – nicht empfohlene und weitere Medikamente.....112

Tabelle 36: V1.5.5 – K3 Medikamentöse Therapien – allgemein – Kinder und Jugendliche116

Tabelle 34: V1.5.5 – K1 Medikamentöse Therapien – allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
3. Wahl der Pharmakotherapie Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Wahl der Pharmakotherapie soll unter Berücksichtigung des vorliegenden chronischen Schmerzsyndroms, der Begleiterkrankungen des Patienten, von Kontraindikationen, Patientenpräferenzen, Nutzen und Schaden bisheriger Therapien und dem Nutzen-Risikoprofil von medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiealternativen erfolgen.	DSG 2020	56	nein	konsens- basiert	unklar	A	ja
We suggest that the addition of another medication could be discussed if the original medication has only provided partial benefit	Korownyk 2022	184	n. z.	low	nein	weak	nein
[...] Pregabalin and gabapentin (gabapentinoids) are Class C controlled substances (under the Misuse of Drugs Act 1971) and scheduled under the Misuse of Drugs Regulations 2001 as Schedule 3. Evaluate patients carefully for a history of drug misuse before prescribing and observe patients for development of signs of misuse and dependence (MHRA Drug Safety Update April 2019)	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a

Tabelle 34: V1.5.5 – K1 Medikamentöse Therapien – allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
If a person with chronic primary pain is already taking any of the medicines in recommendation 1.2.10, review the prescribing as part of shared decision making: ▪ explain the lack of evidence for these medicines for chronic primary pain and ▪ agree a shared plan for continuing safely if they report benefit at a safe dose and few harms or ▪ explain the risks of continuing if they report little benefit or significant harm, and encourage and support them to reduce and stop the medicine if possible.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
When making shared decisions about whether to stop antidepressants, opioids, gabapentinoids or benzodiazepines, discuss with the person any problems associated with withdrawal. For more information, see the section on making shared decisions about withdrawing medicines in NICE's guideline on medicines associated with dependence or withdrawal symptoms.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Adults who started cannabis-based medicinal products to manage chronic pain in the NHS before this guidance was published (November 2019) should be able to continue treatment until they and their NHS clinician think it appropriate to stop.	NICE 2021	17	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Discuss withdrawing an opioid, benzodiazepine, gabapentinoid, Z-drug or antidepressant with the person if: ▪ it is no longer benefiting the person ▪ problems associated with dependence have developed ▪ the condition for which the medicine was prescribed has resolved ▪ the harms of the medicine outweigh the benefits ▪ the person wants to stop taking the medicine.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Explain the benefits the person can expect from reducing the medicine and aim to reach agreement using a shared decision-making approach. Allow enough time to explore the person's circumstances and preferences.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a

Tabelle 34: V1.5.5 – K1 Medikamentöse Therapien – allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Understand that the person might be reluctant or anxious about discussing problems associated with dependence. Reassure them that dependence is an expected effect of these medicines and that problems associated with dependence sometimes develop. Be sensitive to the use of terminology that may apportion blame to the person or be perceived adversely.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Acknowledge and discuss with the person any differences between their views and your own about the risks and benefits of the medicine.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Be prepared for queries about prescribing decisions made previously. Explain that our understanding of the balance of risks and benefits of a medicine can change over time. If sufficient clinical detail is available, discuss the possibility that past prescribing was done in the person's best interests using the knowledge available at the time.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Do not stop a medicine abruptly (complete cessation with immediate effect) unless there are exceptional medical circumstances, such as the occurrence of serious side effects (for example, upper gastrointestinal bleeding from an antidepressant, respiratory depression from an opioid or severe ataxia from a gabapentinoid). In these circumstances, consider: ▪ scheduling more frequent reviews ▪ short-term use of medicines to treat the physical symptoms of withdrawal (for example, abdominal cramps and diarrhoea during withdrawal of an opioid).	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	do not offer, consider	ja ^a

Tabelle 34: V1.5.5 – K1 Medikamentöse Therapien – allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When planning withdrawal from an opioid, benzodiazepine, gabapentinoid, Z-drug or antidepressant, take into account the urgency of the withdrawal, for example gradual withdrawal of a medicine that is no longer effective or necessary, or more rapid withdrawal of a medicine that is causing significant harm (the speed of rapid withdrawal depends on the type of medicine and the person's circumstances, see recommendation 1.5.6) ▪ whether the initial goal should be complete withdrawal or, for people who find complete withdrawal too difficult, whether dose reduction with ongoing review is a more realistic initial aim ▪ which medicine to reduce first, if the person will be withdrawing from more than 1 medicine ▪ factors that might increase the person's risk of problems during withdrawal, including: ▫ long duration of medicine use ▫ high dose of medicine ▫ history of withdrawal symptoms ▫ history of problems associated with dependence ▫ taking an antidepressant with a short half-life ▪ any concurrent medicines and how these might affect the person's response to withdrawal ▪ factors that might influence the timing of the start of the dose reduction, such as the person's circumstances and available support.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Before starting withdrawal: ▪ give the person information about the process of withdrawal that is tailored to their situation and the medicine they are taking ▪ explain how the withdrawal will be carried out ▪ consider providing details of sources of peer support, national and local support groups for people who are withdrawing from a medicine.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a

Tabelle 34: V1.5.5 – K1 Medikamentöse Therapien – allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Discuss withdrawal symptoms with the person and tell them about the support that is available. When discussing withdrawal symptoms, explain that ▪ withdrawal can be difficult, and may take several months or more ▪ support will be available throughout the withdrawal process ▪ withdrawal symptoms do not affect everyone, and it is not possible to predict who will be affected ▫ withdrawal symptoms vary widely in type and severity, can affect both physical and mental health, may occur at any time during withdrawal or be delayed in onset and can change over time or persist over a prolonged period ▫ there are options for managing withdrawal symptoms (see the section on identifying and managing withdrawal symptoms and the section on interventions to support withdrawal) ▫ some people may experience withdrawal symptoms that can be difficult to distinguish from a re-emergence of their original symptoms or a new disorder, and it is important to discuss these with a healthcare professional if they occur (see recommendation 1.5.17).	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
When agreeing a dose reduction schedule with the person: ▪ explain the risk of abrupt discontinuation and that the rate of safe withdrawal varies between people and can vary over time for the same person ▪ balance the risk of adverse events from continued exposure to the medicine with minimising the risk of withdrawal symptoms by slow dose reduction and withdrawal ▪ ensure that the planned rate of reduction is acceptable to the person ▪ explain that although withdrawal symptoms are to be expected, the reduction schedule can be modified to allow intolerable withdrawal symptoms to improve before making the next reduction	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a

Tabelle 34: V1.5.5 – K1 Medikamentöse Therapien – allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Do not treat withdrawal symptoms with another medicine that is associated with dependence or withdrawal symptoms.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a
Follow recommendation 1.2.7 if a shared decision to withdraw cannot be reached and continuing the current prescription is not in the person's best interests. Be aware that medicines associated with dependence and withdrawal symptoms should not be stopped abruptly in most cases (see recommendation 1.5.6) and need to be reduced in line with the section on withdrawing medicines.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
If continued use of the medicine may be particularly harmful for the person or others (for example, in a secure setting) and a dose reduction, or a more rapid reduction than the person wishes, is the safest option, consider: ▪ scheduling more frequent reviews ▪ short-term use of medicines to treat the physical symptoms of withdrawal (for example, abdominal cramps and diarrhoea during withdrawal of an opioid).	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
If dose reduction has been unsuccessful (for example because of intolerable withdrawal symptoms or a change in the person's physical, mental or social circumstances) and the current prescription needs to be continued: ▪ aim to stop any further escalation in dose ▪ make a plan to attempt dose reduction again at a later date ▪ clearly record the advice given to the person about the potential harms of continuing the medicine, and the reasons for continuing without a reduction, in the management plan.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; MHRA: Medicines and Healthcare products Regulatory Agency; NHS: National Health Service; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 35: V1.5.5 – K2 Medikamentöse Therapien – nicht empfohlene und weitere Medikamente (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
We suggest that treatments where the harms likely exceed the benefits be avoided in most patients ▪ [...] Chronic low back pain: opioids, cannabinoids	Korownyk 2022	184	n. z.	low	nein	weak	nein
We suggest that the following treatments with no or unclear benefit could be discussed with patients when interventions with clear evidence of benefit have already been considered [...] • Chronic low back pain [...] —No benefit: corticosteroid injections [...]	Korownyk 2022	184	ja	moderate, low	nein	weak	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of anticonvulsants for the treatment of low back pain.	NASS 2020	21	ja	n. z.	unklar	I	nein
It is suggested that the use of oral or IV steroids is not effective for the treatment of low back pain.	NASS 2020	21	ja	n. z.	unklar	B	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of lidocaine patch for the treatment of low back pain.	NASS 2020	21	ja	n. z.	unklar	I	nein
Topical capsicum is recommended as an effective treatment for low back pain on a short-term basis (3 months or less).	NASS 2020	21	ja	n. z.	unklar	A	ja ^a
Do not offer gabapentinoids or antiepileptics for managing low back pain.	NICE 2020	23	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a

Tabelle 35: V1.5.5 – K2 Medikamentöse Therapien – nicht empfohlene und weitere Medikamente (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Do not initiate any of the following medicines to manage chronic primary pain in people aged 16 years and over: - antiepileptic drugs including gabapentinoids, unless gabapentinoids are offered as part of a clinical trial for complex regional pain syndrome (see the recommendation for research on pharmacological interventions) - antipsychotic drugs - benzodiazepines - corticosteroid trigger point injections - ketamine - local anaesthetics (topical or intravenous), unless as part of a clinical trial for complex regional pain syndrome (see the recommendation for research on pharmacological interventions) - local anaesthetic/corticosteroid combination trigger point injections [...]	NICE 2021	15	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a
Do not offer the following to manage chronic pain in adults: - Nabilone - Dronabinol - THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) - a combination of cannabidiol (CBD) with THC.	NICE 2021	17	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a
Do not offer CBD to manage chronic pain in adults unless as part of a clinical trial.	NICE 2021	17	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a
Do not offer sodium valproate or buspirone to aid withdrawal from a benzodiazepine.	NICE 2021	16	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a
For patients with low back pain, with or without radicular symptoms, there is insufficient evidence to recommend for or against gabapentin or pregabalin.	VADoD 2022	51	ja	very low	nein	Neither for nor against	nein

Tabelle 35: V1.5.5 – K2 Medikamentöse Therapien – nicht empfohlene und weitere Medikamente (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For patients with low back pain, there is insufficient evidence to recommend for or against topical preparations.	VADoD 2022	53	nein	n. a.	unklar	Neither for nor against	nein
For patients with chronic low back pain, we suggest against offering a non-benzodiazepine muscle relaxant.	VADoD 2022	54	ja	very low	nein	weak against	nein
For patients with low back pain, we suggest against monoclonal antibodies.	VADoD 2022	56	ja	very low	nein	weak against	nein
For patients with low back pain, with or without radicular symptoms, we suggest against systemic corticosteroids (oral or intramuscular injection).	VADoD 2022	61	ja	low	nein	weak against	nein
For patients with low back pain, we recommend against benzodiazepines.	VADoD 2022	62	ja	low	nein	strong against	ja ^a
Anticonvulsants should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	133	ja	very low	nein	conditio nal against	nein
Skeletal muscle relaxants should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	136	ja	very low	nein	conditio nal against	nein
Glucocorticoids should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	138	ja	very low	nein	conditio nal against	nein
No recommendation: There were no trials identified that evaluated the benefits or harms of benzodiazepines in the management of CPLBP in adults.	WHO 2023	142	nein	n. a.	unklar	no recomm endation	nein
No recommendation: There were no trials identified that evaluated the benefits or harms of cannabis-related pharmaceutical preparations for therapeutic use in the management of CPLBP in adults.	WHO 2023	143	nein	n. a.	unklar	no recomm endation	nein

Tabelle 35: V1.5.5 – K2 Medikamentöse Therapien – nicht empfohlene und weitere Medikamente (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Injectable local anaesthetics should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	145	ja	very low	nein	condi- tional against	nein
Topical Cayenne pepper (<i>Capsicum frutescens</i>) may be offered as part of care to adults with CPLBP, including older people.	WHO 2023	153	ja	low	nein	condi- tional in favour	nein
Devil's claw (<i>Harpagophytum procumbens</i>) should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	154	ja	very low	nein	condi- tional against	nein
White willow (<i>Salix</i> spp.) should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	156	ja	low	nein	condi- tional against	nein
No recommendation. The evidence regarding the benefits and harms of topical Brazilian arnica (<i>Solidago chilensis</i>) in managing CPLBP in adults is insufficient to formulate a recommendation.	WHO 2023	158	ja	very low	nein	no recomm endation	nein
No recommendation: The evidence regarding the benefits and harms of Ginger (<i>Zingiber officinale</i> Roscoe) in managing CPLBP in adults is insufficient to formulate a recommendation.	WHO 2023	159	ja	very low	nein	no recomm endation	nein
No recommendation: The evidence regarding the benefits and harms of topical white lily (<i>Lilium candidum</i>) in managing CPLBP in adults is insufficient to formulate a recommendation.	WHO 2023	160	ja	very low	nein	no recomm endation	nein
No recommendation: The evidence regarding the benefits and harms of a topical combination herbal compress in managing CPLBP in adults is insufficient to formulate a recommendation.	WHO 2023	161	ja	very low	nein	no recomm endation	nein

Tabelle 35: V1.5.5 – K2 Medikamentöse Therapien – nicht empfohlene und weitere Medikamente (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
No recommendation. The evidence regarding the benefits and harms of a topical combination herbal transdermal patch in managing CPLBP in adults is insufficient to formulate a recommendation.	WHO 2023	162	ja	very low	nein	no recomm endation	nein
Pharmacological weight loss should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	165	ja	very low	nein	condi- tional against	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CBD: Cannabidiol; CPLBP: Chronic Primary Low Back Pain; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; THC: Tetrahydrocannabinol							

Tabelle 36: V1.5.5 – K3 Medikamentöse Therapien – allgemein – Kinder und Jugendliche (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 8)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Eine medikamentöse Behandlung rekurrerender oder chronischer nicht spezifischer Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen soll nicht durchgeführt werden.	DGKJ 2021	91	ja	1-2	ja	A, starker Konsens	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence							

A3.5.3.5.1 „Nicht-Opioidanalgetika“ (V1.5.5.1)

A3.5.3.5.1.1 „Nichtsterodiale Antirheumatika / Cox-2-Hemmer“ (V1.5.5.1.1)

Tabelle 37: V1.5.5.1 – K1 nicht sterodiale Antirheumatika / Cox-2-Hemmer (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
We recommend treatments with evidence of benefit be considered and discussed first as options [...] ▪ Chronic low back pain: oral NSAIDs [...]	Korownyk 2022	184	ja	moderate	nein	strong	ja
Non-selective NSAIDs are suggested for the treatment of low back pain.	NASS 2020	21	ja	n. z.	unklar	B	nein
There is insufficient evidence to make a recommendation for or against the use of selective NSAIDs for the treatment of low back pain.	NASS 2020	21	ja	n. z.	unklar	I	nein
Do not initiate any of the following medicines to manage chronic primary pain in people aged 16 years and over: [...] ▪ non-steroidal anti-inflammatory drugs [...]	NICE 2021	15	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a
NSAIDs should be considered in the treatment of patients with chronic non-specific low back pain.	SIGN 2019	10	n. z.	n. z.	unklar	B	unklar
Cardiovascular and gastrointestinal risk needs to be taken into account when prescribing any non-steroidal anti-inflammatory drug.	SIGN 2019	10	n. z.	n. z.	unklar	B	unklar
Topical NSAIDs should be considered in the treatment of patients with chronic pain from musculoskeletal conditions, particularly in patients who cannot tolerate oral NSAIDs.	SIGN 2019	11	ja	1++	ja	A	ja ^a
For patients with low back pain, we suggest nonsteroidal anti-inflammatory drugs.	VADOD 2022	50	ja	low	nein	weak for	nein

Tabelle 37: V1.5.5.1 – K1 nicht sterodiale Antirheumatika / Cox-2-Hemmer (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 9) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
NSAIDS may be offered as part of care to adults with CPLBP.	WHO 2023	123	ja	moderate	nein	conditional in favour	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CPLBP: Chronic Primary Low Back Pain; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drug; SNRI: serotoninnorepinephrine reuptake inhibitors; TCA: tricyclic antidepressants							

A3.5.3.5.2 „Opioidanalgetika“ (V1.5.5.2)

Tabelle 38: V1.5.5.2 – K1 Opioidanalgetika – Allgemein.....	119
Tabelle 39: V1.5.5.2 – K2 Opioidanalgetika – Aufklärung	123
Tabelle 40: V1.5.5.2 – K3 Opioidanalgetika – Indikation.....	124
Tabelle 41: V1.5.5.2 – K4 Opioidanalgetika – Kontraindikation.....	125
Tabelle 42: V1.5.5.2 – K5 Opioidanalgetika – Behandlungsschema	126
Tabelle 43: V1.5.5.2 – K6 Opioidanalgetika – Kontrolluntersuchung	128
Tabelle 44: V1.5.5.2 – K7 Opioidanalgetika – Reduktion / Beendigung.....	130
Tabelle 45: V1.5.5.2 – K8 Opioidanalgetika – schädlicher Gebrauch.....	135
Tabelle 46: V1.5.5.2 – K9 Opioidanalgetika – spezifische Patientengruppe	137

Tabelle 38: V1.5.5.2 – K1 Opioidanalgetika – Allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Stellenwert von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen Konsensbasierte Empfehlung: Vor Einleitung einer Therapie mit Opioiden sollen die nicht medikamentösen Therapieoptionen optimiert und medikamentöse Alternativen erwogen werden. Kommentar: In keiner deutschen Leitlinie zu einzelnen nicht tumorbedingten Schmerzsyndromen sind Opioide die Therapie der 1. Wahl.	DSG 2020	56	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja

Tabelle 38: V1.5.5.2 – K1 Opioidanalgetika – Allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
2. Partizipative Entscheidungsfindung Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung sollen mit dem Patienten der mögliche Nutzen und Schaden einer Therapie mit opioidhaltigen Analgetika im Vergleich zu anderen medikamentösen Therapieoptionen sowie zu nicht medikamentösen Behandlungsoptionen besprochen werden. Kommentar: Individuell relevante Risiken sollen im Aufklärungsgespräch angeführt werden, z. B. Sturzgefahr und Verwirrtheit bei älteren Menschen oder Libidoverlust bei jüngeren Patienten.	DSG 2020	56	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
4. Monotherapie mit opioidhaltigen Analgetika Redaktionelle Ergänzung 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine alleinige Therapie mit opioidhaltigen Analgetika soll bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzsyndromen nicht durchgeführt werden. Selbsthilfeangebote und physikalische und/oder physiotherapeutische und/oder psychotherapeutische Verfahren (inkl. Patientenedukation) und/oder Lebensstilmodifikation sollen eine medikamentöse Schmerztherapie ergänzen. Kommentar: Die Auswahl der nicht medikamentösen Behandlungen soll sich nach bestehenden deutschen Leitlinien für die jeweiligen Krankheiten mit Leitsymptom chronischer Schmerz richten.	DSG 2020	57	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
14. Kombinationstherapie von Opioiden mit Tranquilizern Neu 2019: Evidenzbasierte Empfehlung: Eine Kombinationstherapie von Opioiden mit Tranquilizern sollte nicht durchgeführt werden.	DSG 2020	65	ja	2b	nein	B, starker Konsens	nein
18. Arzneimittelinteraktionen Neu 2019: Konsensusbasierte Empfehlung: Bei der Verordnung von opioidhaltigen Arzneimitteln soll auf mögliche Abschwächung bzw. Verstärkung der Opioidwirkung durch andere Medikamente und auf ein mögliches Serotonin-Syndrom und anticholinerges Syndrom geachtet werden.	DSG 2020	68	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a

Tabelle 38: V1.5.5.2 – K1 Opioidanalgetika – Allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
19. Konsensbasierte Empfehlung: Bundeseinheitlicher Medikationsplan Neu 2019: Für Patienten mit einer Langzeittherapie mit opioidhaltigen Analgetika soll die Medikation mit Opioiden im bundeseinheitlichen Medikationsplan aufgenommen werden.	DSG 2020	71	ja	konsens- basiert	ja	A, starker Konsens	ja ^a
20. Kurzwirksame versus langwirksame Präparate Modifiziert 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Präparate mit retardierter Galenik bzw. langer Wirkdauer sollten eingesetzt werden.	DSG 2020	71	ja	konsens- basiert	unklar	B, starker Konsens	nein
Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Bei stabiler Einstellung sollte ein Umsetzen auf ein Präparat mit anderen pharmakokinetischen und - dynamischen Charakteristika nur in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt und nach Aufklärung des Patienten erfolgen.	DSG 2020	72	nein	konsens- basiert	unklar	B, starker Konsens	nein
26. Ultrakurzwirksame buccal oder nasal wirksame Opioide Neu 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Ultrakurzwirksame buccal oder nasal wirksame Opioide sollen nicht als Bedarfsmedikation empfohlen werden.	DSG 2020	73	nein	konsens- basiert	unklar	A, Konsens	ja
31. Bedarfsmedikation mit opioidhaltigen Analgetika – Langzeittherapie Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: In der Langzeittherapie sollte eine Bedarfsmedikation mit opioidhaltigen Analgetika nicht durchgeführt werden.	DSG 2020	75	nein	konsens- basiert	unklar	B, starker Konsens	nein
32. Behandlung von Übelkeit und Erbrechen Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlungen: Eine antiemetische Behandlung kann bereits zu Beginn der Therapie erfolgen.	DSG 2020	75	n. z.	konsens- basiert	unklar	0, starker Konsens	nein
Nach etwa 24 Wochen soll die Indikation für ein Absetzen der antiemetischen Therapie überprüft werden.	DSG 2020	75	n. z.	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
33. Behandlung von Obstipation Redaktionelle Änderung 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Behandlung von Obstipation mit Laxantien sollte bei den meisten Patienten prophylaktisch begonnen werden.	DSG 2020	76	ja	konsens- basiert	unklar	B, starker Konsens	nein

Tabelle 38: V1.5.5.2 – K1 Opioidanalgetika – Allgemein (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
39. Therapiedokumentation Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Behandlung soll regelmäßig dokumentiert werden.	DSG 2020	81	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
44. Opioidassoziierte psychische Auffälligkeiten Redaktionelle Änderung 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Wenn der Patient opioidassoziierte psychische Auffälligkeiten zeigt, sollen folgende Optionen erwogen werden: ▪ Reduktion der Opioiddosis ▪ Opioidwechsel ▪ Schrittweise Beendigung der Therapie mit opioidhaltigen Analgetika.	DSG 2020	83	nein	n. a.	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
It is suggested that the use of opioid pain medications should be cautiously limited and restricted to short duration for the treatment of low back pain.	NASS 2020	21	ja	n. z.	unklar	B	nein
Do not initiate any of the following medicines to manage chronic primary pain in people aged 16 years and over: [...] ▪ opioids [...]	NICE 2021	15	n. z.	n. z.	unklar	do not offer	ja ^a
For patients with chronic low back pain, we suggest against opioids. For patients who are already using long-term opioids, see the VA/DoD CPG for the Use of Opioids in the Management of Chronic Paint.	VADOD 2022	58	ja	low	nein	weak against	nein
Opioid analgesics should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	120	ja	moderate	nein	conditio nal against	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CPLBP: Chronic Primary Low Back Pain; CPG: Clinical Practice Guideline; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 39: V1.5.5.2 – K2 Opioidanalgetika – Aufklärung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
9. Aufklärung Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine dokumentierte mündliche und/oder schriftliche Aufklärung inkl. Verkehrs- und arbeitsplatzrelevanter Aspekte des Patienten (evtl. auch der Familie und/oder Betreuer) soll erfolgen.	DSG 2020	61	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
10. Aufklärung über Risiken einer Opioidtherapie Neu 2019: Evidenzbasierte Empfehlung: Patienten sollen auch auf folgende mögliche Risiken einer Langzeitanwendung von Opioiden hingewiesen werden: Erhöhtes Sturzrisiko; sexuelle Funktionsstörungen; endokrine Funktionsstörungen; Atemstörungen.	DSG 2020	62	ja	3b	nein	A, starker Konsens	ja ^a
11. Fahrsicherheit mit Opioiden Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine Aufklärung über verkehrs- und arbeitsplatzrelevante Aspekte der Therapie soll der Arzt vor Beginn einer Behandlung mit opioidhaltigen Analgetika durchführen und dokumentieren.	DSG 2020	64	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
12. Titration und Fahrsicherheit Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Patienten sollen darauf hingewiesen werden, dass sie während der Dosisfindungsphase und bei Dosisänderungen nicht Autofahren sollen.	DSG 2020	64	nein	konsens- basiert	unklar	A	ja ^a
13. Titration bzw. Dosisänderung und Arbeitsplatz Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine mögliche Gefährdung am Arbeitsplatz sollte berücksichtigt werden.	DSG 2020	64	nein	konsens- basiert	unklar	B	nein
At initiation of treatment, ensure there is agreement between prescriber and patient about expected outcomes (see Annex 4). If these are not attained, then there should be a plan agreed in advance to reduce and stop opioids.	SIGN 2019	16	n. z.	n. z.	unklar	GPP	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 40: V1.5.5.2 – K3 Opioidanalgetika – Indikation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Die kurz-, mittel-, und langfristige Anwendung opioidhaltiger Analgetika soll auf Patienten mit einem nach ärztlich/psychologisch/physiotherapeutischer Einschätzung relevanten somatischen Anteil in der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung und unzureichendem Ansprechen auf nicht medikamentöse Therapien beschränkt werden.	DSG 2020	24	nein	konsens- basiert	unklar	A	ja ^a
Opioids should be considered for short to medium-term treatment of carefully selected patients with chronic non-malignant pain, for whom other therapies have been insufficient, and the benefits may outweigh the risks of serious harms such as addiction, overdose and death.	SIGN 2019	16	n. z.	n. z.	unklar	B	unklar
15. Differentialindikation einzelner opioidhaltiger Analgetika Evidenzbasierte Empfehlung: Eine Empfehlung hinsichtlich der Bevorzugung eines einzelnen opioidhaltigen Analgetikums kann nicht gegeben werden.	DSG 2020	67	ja	1a	ja	starker Konsens, n. a.	unklar
16. Differentialindikation der Applikationsform von opioidhaltigen Analgetika Bestätigt 2019: Evidenzbasierte Empfehlung: Eine Empfehlung hinsichtlich der Bevorzugung des oralen bzw. transdermalen Applikationsweges opioidhaltiger Analgetika kann nicht gegeben werden.	DSG 2020	67	nein	1a	ja	starker Konsens, n. a.	unklar
17. Differentialindikation von opioidhaltigen Analgetika Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Bei der Auswahl eines opioidhaltigen Analgetikums und seiner Applikation sollen Begleiterkrankungen des Patienten, Kontraindikationen für transdermale Systeme oder eine orale Einnahme, das Nebenwirkungsprofil des opioidhaltigen Analgetikums sowie Patientenpräferenzen berücksichtigt werden.	DSG 2020	68	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 41: V1.5.5.2 – K4 Opioidanalgetika – Kontraindikation (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
31. Schädlicher Gebrauch opioidhaltiger Analgetika Redaktionelle Änderung 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Bei aktuellem schädlichem Gebrauch oder Weitergabe von Medikamenten an unberechtigte Personen und/oder schwerwiegendem Zweifel an verantwortungsvollem Gebrauch opioidhaltiger Analgetika (z. B. unkontrollierte Medikamenteneinnahmen und/oder anhaltender fehlender Bereitschaft oder Unfähigkeit zur Einhaltung des Behandlungsplans) soll keine Therapie mit Opioiden begonnen werden.	DSG 2020	54	n. z.	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 42: V1.5.5.2 – K5 Opioidanalgetika – Behandlungsschema (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
1.2 Evidenzbasierte Empfehlung: 4-12 Wochen: Opioidhaltige Analgetika sollten Patienten mit chronischem Rückenschmerz als eine Therapieoption empfohlen werden.	DSG 2020	24	n. z.	1a	ja	B, starker Konsens	nein
1.3 Evidenzbasierte Empfehlung: 13-26 Wochen [Anmerkung: Zeitraum bezieht sich auf Studiendauer]: Opioidhaltige Analgetika sollten Patienten mit chronischem Rückenschmerz als eine Therapieoption empfohlen werden.	DSG 2020	24	n. z.	1a	ja	B, starker Konsens	nein
1.4 Evidenzbasierte Empfehlung: >26 Wochen [Anmerkung: Zeitraum bezieht sich auf Studiendauer]: Opioidhaltige Analgetika können Patienten mit chronischem Rückenschmerz als eine Therapieoption empfohlen werden.	DSG 2020	24	n. z.	2a	nein	0	nein
21. Einnahmeschema Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Einnahme der opioidhaltigen Analgetika sollte nach einem festen Zeitplan (in Abhängigkeit von der Wirkungsdauer des jeweiligen Präparates) erfolgen.	DSG 2020	71	nein	konsens- basiert	unklar	B, starker Konsens	nein
23. Titration Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Therapie soll mit niedrigen Dosen begonnen werden.	DSG 2020	72	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
24. Titration Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: In Abhängigkeit von Wirksamkeit und Verträglichkeit soll die Dosis schrittweise gesteigert werden, um die individuellen Therapieziele zu erreichen.	DSG 2020	72	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
25. Bedarfsmedikation mit nicht retardierten opioidhaltigen Analgetika in der Einstellungsphase Redaktionelle Änderung 2019: Konsensbasierte Empfehlung: In der Einstellungsphase kann eine Bedarfsmedikation mit nicht retardierten oralen opioidhaltigen Analgetika oder nicht opioidhaltigen Analgetika zur Findung der optimalen Dosis eingesetzt werden.	DSG 2020	72	nein	konsens- basiert	unklar	0, starker Konsens	nein

Tabelle 42: V1.5.5.2 – K5 Opioidanalgetika – Behandlungsschema (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
28. Höchstdosis Bestätigt 2019: Redaktionelle Änderung: Evidenzbasierte Empfehlung: Eine Dosis von > 120 mg/Tag orales Morphinäquivalent soll nur in Ausnahmefällen überschritten werden.	DSG 2020	73	ja	n. a.	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
30. Langzeitanwendung von Opioiden Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine Therapie > 3 Monate soll nur bei Therapierespondern durchgeführt werden.	DSG 2020	75	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja
35. Vorgehen bei Wirkungsabnahme Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Bei einer Wirkungsabnahme unter einer Langzeittherapie mit Opioiden soll eine Reevaluation durchgeführt werden.	DSG 2020	79	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja
36. Toleranzentwicklung Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Bei einer Toleranzentwicklung kann eine Dosiserhöhung, ein Opioidwechsel oder ein Opioidentzug durchgeführt werden.	DSG 2020	80	nein	konsens- basiert	unklar	0, starker Konsens	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 43: V1.5.5.2 – K6 Opioidanalgetika – Kontrolluntersuchung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
5. Anamnese und klinischer Status Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine allgemeine, Sucht- und schmerzbezogene Anamnese sowie der körperliche und psychische Status des Patienten sollen erhoben und dokumentiert werden.	DSG 2020	57	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
6. Psychosoziale Anamnese Modifiziert 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine psychosoziale Anamnese und ein Screening auf aktuelle und/oder frühere psychische Störungen sollen von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt durchgeführt werden.	DSG 2020	59	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
29. Überschreiten der empfohlenen Höchstdosen Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Vor Erhöhungen der Dosis auf > 120 mg/d orales Morphinäquivalent sollen erneut die Indikation einer Therapie mit opioidhaltigen Analgetika sowie anderer Therapieoptionen und mögliche missbräuchliche Verwendung der rezeptierten Medikamente überprüft werden.	DSG 2020	74	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
38. Regelmäßige Therapieüberwachung Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Bei einer Langzeittherapie mit Opioiden soll in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob die Therapieziele weiter erreicht werden und ob es Hinweise für Nebenwirkungen (z. B. Libidoverlust, psychische Veränderungen wie Interesseverlust, Merkfähigkeitsstörungen sowie Sturzereignisse) oder für einen Fehlgebrauch der rezeptierten Medikamente gibt.	DSG 2020	81	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
40. Urinkontrollen auf Drogen Neu 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Urinkontrollen auf Drogen sollen nicht routinemäßig, jedoch vor und während einer Langzeittherapie mit Opioiden bei Verdacht auf missbräuchlicher Verwendung von Drogen und / oder rezeptpflichtiger Medikamente durchgeführt werden.	DSG 2020	81	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a

Tabelle 43: V1.5.5.2 – K6 Opioidanalgetika – Kontrolluntersuchung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Currently available screening tools should not be relied upon to obtain an accurate prediction of patients at risk of developing problem opioid use, but may have some utility as part of careful assessment either before or during treatment.	SIGN 2019	16	n. z.	n. z.	unklar	B	unklar
All patients on opioids should be assessed early after initiation, with planned reviews thereafter. These should be reviewed annually, at a minimum, but more frequently if required. The aim is to achieve the minimum effective dose and avoid harm. Treatment goals may include improvements in pain relief, function and quality of life. Consideration should be given to a gradual early reduction to the lowest effective dose or complete cessation.	SIGN 2019	16	n. z.	n. z.	unklar	GPP	nein
Signs of abuse, addiction and/or other harms should be sought at reassessment of patients using strong opioids.	SIGN 2019	16	n. z.	n. z.	unklar	C	nein
All patients receiving opioid doses of >50 mg/day morphine equivalent should be reviewed regularly (at least annually) to detect emerging harms and consider ongoing effectiveness. Pain specialist advice or review should be sought at doses >90 mg/day morphine equivalent.	SIGN 2019	16	n. z.	n. z.	unklar	D	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 44: V1.5.5.2 – K7 Opioidanalgetika – Reduktion / Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
37. Opioidinduzierte Hyperalgesie Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Bei Hinweisen auf die Entwicklung einer opioidinduzierten Hyperalgesie soll eine schrittweise Opioidreduktion und/oder ein Opioidentzug durchgeführt werden.	DSG 2020	80	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
41. Beendigung eines Therapieversuches Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Wenn in der Einstellungsphase (maximal 12 Wochen) die individuellen Therapieziele nicht erreicht werden bzw. (aus Patienten- und /oder Arztsicht) nicht ausreichend therapierbare bzw. nicht tolerierbare Nebenwirkungen auftreten, soll die Therapie mit opioidhaltigen Analgetika schrittweise beendet werden.	DSG 2020	82	n. z.	n. a.	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
42. Beendigung einer Therapie > 12 Wochen Bestätigt 2019: a. Wenn die individuellen Therapieziele nicht mehr erreicht werden bzw. (aus Patienten- und /oder Arztsicht) nicht ausreichend therapierbare bzw. nicht tolerierbare Nebenwirkungen auftreten, soll die Therapie mit opioidhaltigen Analgetika schrittweise beendet werden.	DSG 2020	82	n. z.	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja
Bestätigt 2019: b. Wenn die individuellen Therapieziele durch andere medizinische Maßnahmen (z.B. OP, Bestrahlung, ausreichende Behandlung des Grundleidens) oder physiotherapeutische oder physikalische oder psychotherapeutische Maßnahmen erreicht sind, soll die Therapie mit opioidhaltigen Analgetika schrittweise beendet werden.	DSG 2020	82	n. z.	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
Bestätigt 2019: c. Wenn der Patient die rezeptierten opioidhaltigen Analgetika trotz Mitbehandlung durch einen Suchtspezialisten missbräuchlich verwendet, soll die Therapie mit opioidhaltigen Analgetika schrittweise beendet werden.	DSG 2020	83	n. z.	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a

Tabelle 44: V1.5.5.2 – K7 Opioidanalgetika – Reduktion / Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
43. Medikamentenpause Bestätigt 2019: Nach sechs Monaten soll mit Patienten mit einer Therapieresponse die Möglichkeit einer Dosisreduktion und/oder eines Auslassversuches besprochen werden, um die Indikation der Fortführung der Behandlung und das Ansprechen auf parallel eingeleitete nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen (z. B. multimodale Therapie) zu überprüfen.	DSG 2020	83	n. z.	n. a.	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
45. Opioidentzug als therapeutische Maßnahme Bestätigt 2019: Evidenzbasierte Empfehlung: Bei Patienten mit persistierenden Schmerzen und/oder Beeinträchtigungen/Nebenwirkungen unter langfristiger Einnahme von opioidhaltigen Analgetika kann ein Opioidentzug innerhalb eines multimodalen Therapieprogrammes als therapeutische Maßnahme erwogen werden.	DSG 2020	84	ja	4b	nein	0, starker Konsens	nein
47. Praxis der Beendigung der Therapie Modifiziert 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine Langzeitanwendung mit opioidhaltigen Analgetika soll schrittweise beendet werden. Medikamentöse, physiotherapeutische und psychotherapeutische Begleittherapien inkl. Selbstmanagementtraining sollen erwogen werden. Über Angebote der Selbsthilfe soll informiert werden.	DSG 2020	85	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
56. Konsensbasierte Empfehlung: Medikamentöse Unterstützung einer Reduktion oder vollständigen Absetzens von Opioiden Neu 2019: Konsensbasierte Feststellung: Ein Opioidentzug kann ohne und mit medikamentöser Unterstützung (z. B. trizyklische Antidepressiva, Gabapentinoide, Clonidin) durchgeführt werden.	DSG 2020	104	nein	konsens- basiert	unklar	0, Konsens	nein

Tabelle 44: V1.5.5.2 – K7 Opioidanalgetika – Reduktion / Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
For patients with chronic pain without opioid use disorder who are interested in tapering their long-term opioids, we suggest discussion of slow dose reductions, supported by CBT where possible. Best evidence suggests potential harm in patients who are not interested in reducing or stopping opioids. If opioid use disorder is suspected, please refer to the PEER simplified guideline on the management of opioid use disorder.	Korownyk 2022	184	n. z.	moderate, low	nein	weak	nein
We suggest considering deprescribing for persons taking opioids for chronic pain with one or more of the following clinical characteristics: a) Co-morbidities which may increase risk of opioid related harms e.g. sleep-disordered breathing or sleep apnoea, chronic obstructive pulmonary disease (COPD). b) Concomitant use of medicines or substances with sedating effects e.g. benzodiazepines, alcohol, gabapentinoids, antipsychotics and sedating antidepressants. c) High doses of prescribed opioids.	Langford 2022	13	ja	n. a.	unklar	consensus recommendation	nein
We suggest developing and implementing a deprescribing plan for persons being prescribed opioids at the point of opioid initiation.	Langford 2022	13	ja	n. a.	unklar	consensus recommendation	nein
We suggest initiating deprescribing for persons taking opioids for chronic non-cancer pain, if (any of the following): - there is a lack of overall and clinically meaningful improvement from baseline in function, quality of life or pain, - there is a lack of progress towards meeting agreed therapeutic goals, OR - the person is experiencing serious or intolerable opioid-related adverse effects in the physical, psychological or social domains.	Langford 2022	13	ja	very low	nein	conditional recommendation for	nein

Tabelle 44: V1.5.5.2 – K7 Opioidanalgetika – Reduktion / Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
We recommend gradual tapering of opioids. Abrupt cessation of opioids without prior dose reduction may increase risks of harm.	Langford 2022	14	ja	low	nein	recomm endation for	ja
We recommend tailoring the deprescribing plan based on the person's clinical characteristics, goals and preferences.	Langford 2022	14	ja	very low	nein	recomm endation for	ja ^a
We suggest avoiding deprescribing for persons taking opioids for pain or dyspnoea who are nearing the end-of-life.	Langford 2022	14	ja	n. a.	unklar	consens us recomm endation	nein
We suggest avoiding opioid deprescribing for persons taking opioids with a severe opioid use disorder and suggest that evidence-based care, such as transition to, or referral for, medication assisted treatment of opioid use disorder is provided.	Langford 2022	14	ja	moderat	nein	conditio nal recomm endation against	nein
We suggest conducting regular monitoring and review of a person taking opioids throughout the opioid deprescribing process. Response against agreed therapeutic goals contained in a deprescribing plan should be regularly assessed.	Langford 2022	14	ja	n. a.	unklar	consens us recomm endation	nein
We suggest the consideration of evidence-based co-interventions to support opioid deprescribing.	Langford 2022	14	ja	very low	nein	conditio nal recomm endation for	nein

Tabelle 44: V1.5.5.2 – K7 Opioidanalgetika – Reduktion / Beendigung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
When available, we suggest the use of interdisciplinary or multidisciplinary care, or a multimodal approach which emphasises non-pharmacological and self-management strategies to deprescribe opioids.	Langford 2022	14	ja	low	nein	conditional recommendation for	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CBT: cognitive behavioural therapy; COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. a.: nicht angegeben; n. z.: nicht zuzuordnen; OP: Operation							

Tabelle 45: V1.5.5.2 – K8 Opioidanalgetika – schädlicher Gebrauch (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
54.1 Diagnose eines schädlichen Gebrauchs (ICD-10) bzw. Abhängigkeit von Opioiden (ICD-10) bzw. einer Opioid Use Disorder (DSM-5) Neu 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs (ICD-10) bzw. Abhängigkeit von Opioiden (ICD-10) bzw. einer Opioid Use Disorder des DSM-5 soll nicht bei Patienten gestellt werden, die ▪ Opioide aus medizinischer Indikation erhalten und ▪ bei denen neben Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen sowie einer mit dem behandelnden Arzt erfolgten Nutzen-Schaden-Abwägung von therapeutischen Wirkungen und Nebenwirkungen keine weiteren Merkmale des Missbrauchs und der Abhängigkeit festgestellt werden können.	DSG 2020	94	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
54.2 Einschätzung der Kriterien missbräuchlichen / abhängigen Konsums Neu 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Zur Einschätzung der genannten Kriterien werden Befunde aus der körperlichen Untersuchung, der Beobachtung des Patientenverhaltens, Angaben aus der Anamnese, bzw. Fremdanamnese (Angehörige/Bezugspersonen) und der Therapieverlauf berücksichtigt. Eine interdisziplinäre Beurteilung (z.B., ärztlich, psychologisch, physiotherapeutisch und pflegerisch) kann dazu beitragen, die diagnostische Einordnung zu sichern.	DSG 2020	97	n. z.	konsens- basiert	unklar	0, starker Konsens	nein
54.4 Maßnahmen bei Fehlgebrauch oder schädlichem Gebrauch rezeptierter opioidhaltiger Analgetika Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung. Bei Fehlgebrauch oder schädlichem Gebrauch opioidhaltiger Analgetika sollen Maßnahmen eingeleitet werden, welche die Therapietreue wiederherstellen. Falls diese Maßnahmen nicht erfolgreich sind, soll eine Mitbeurteilung/Mitbehandlung durch Suchtspezialisten eingeleitet werden.	DSG 2020	98	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a

Tabelle 45: V1.5.5.2 – K8 Opioidanalgetika – schädlicher Gebrauch (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
55. Therapie des schädlichen / abhängigen Gebrauchs von aus medizinischer Indikation verordneten Opioiden Neu 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Besteht eine Opioidabhängigkeit, die als unerwünschte Nebenwirkung schmerztherapeutisch verschriebener und erworbener Opioide auftritt und werden die Opioide missbraucht, im Sinne einer beabsichtigten, ständig oder sporadisch übermäßigen Verwendung mit körperlichen/psychischen Folgen, dann soll folgende Hierarchie an Therapieoptionen angeboten werden: ▪ Opioiddosisreduktion/-entzug in multimodaler schmerztherapeutischer Einrichtung ▪ Qualifizierter Entzug in suchtmmedizinischer psychiatrischer Einrichtung ▪ In seltenen Fällen (Notwendigkeit einer analgetischen Therapie mit Opioiden bei anhaltendem Abhängigkeitssyndrom mit Missbrauch der Opioide trotz optimierter Schmerz- und suchtmmedizinischer Behandlung): Fortführen der Opioidtherapie als Schmerztherapie mit suchtmmedizinischer Begleitung. ▪ In seltenen und ausgewählten Fällen (Abhängigkeitserkrankung mit anhaltendem Opioidmissbrauch und negativen psychosozialen Folgen und nach Versagen zumindest der unter 1-2 genannten angemessenen suchtmmedizinischen und schmerztherapeutischen Maßnahmen zur Begrenzung des Gebrauchs): Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung gemäß §5 BtMVV.	DSG 2020	99	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung BtMVV: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; GoR: Grade of Recommendation; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

Tabelle 46: V1.5.5.2 – K9 Opioidanalgetika – spezifische Patientengruppe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
48. Ältere Patienten Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Therapie soll mit einer niedrigen Dosis begonnen werden. Dosissteigerungen sollen langsam durchgeführt werden. Engmaschige Kontrollen von Wirksamkeit und Verträglichkeit sollen erfolgen.	DSG 2020	87	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
49. Kinder und Jugendliche Redaktionelle Änderung 2019: Konsensbasierte Empfehlungen: Eine Therapie mit opioidhaltigen Analgetika soll nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden.	DSG 2020	88	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
50. Schwangere Redaktionelle Änderung 2019: Konsensbasierte Empfehlungen: Die Beendigung einer Therapie mit opioidhaltigen Analgetika soll für den Fall einer geplanten Schwangerschaft dringend angeraten werden.	DSG 2020	88	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
Wird unter einer laufenden Therapie mit opioidhaltigen Analgetika eine Schwangerschaft festgestellt, sollte die Beendigung der Therapie mit opioidhaltigen Analgetika angestrebt werden.	DSG 2020	88	nein	konsens- basiert	unklar	B, starker Konsens	nein
51. Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen Neu 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Indikation für eine Langzeitanwendung von Opioiden bei Patienten mit bekanntem obstruktiven Atemwegssyndrom soll streng gestellt werden. Wenn sich die Symptomatik eines Schlaf-Apnoe-Syndroms trotz Optimierung der Atemtherapie unter einer Opioidtherapie verschlechtert, soll eine Reduktion bzw. Absetzen der Opiode empfohlen werden.	DSG 2020	89	ja	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a

Tabelle 46: V1.5.5.2 – K9 Opioidanalgetika – spezifische Patientengruppe (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 10) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
52. Patienten mit komorbiden psychischen Störungen Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Die Therapie soll mit einer niedrigen Dosis begonnen werden. Dosissteigerungen sollen langsam durchgeführt werden. Engmaschige Kontrollen von Wirksamkeit und Verträglichkeit sollen erfolgen. Eine fachpsychotherapeutische Mitbehandlung soll erwogen werden.	DSG 2020	89	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.3.5.3 „Antidepressiva“ (V1.5.5.3)

Tabelle 47: V1.5.5.3 – K1 Antidepressiva (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 11) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
We recommend treatments with evidence of benefit be considered and discussed first as options ▪ [...] ▪ Chronic low back pain: [...] SNRIs, [...], TCAs ▪ [...]	Korownyk 2022	184	ja	moderate, low	nein	strong	ja ^a
Antidepressants are not recommended for the treatment of low back pain.	NASS 2020	21	ja	n. z.	unklar	A	ja
Consider an antidepressant, either amitriptyline, citalopram, duloxetine, fluoxetine, paroxetine or sertraline, for people aged 18 years and over to manage chronic primary pain, after a full discussion of the benefits and harms. In April 2021, this was an off-label use of these antidepressants.	NICE 2021	15	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein
If an antidepressant is offered to manage chronic primary pain, explain that this is because these medicines may help with quality of life, pain, sleep and psychological distress, even in the absence of a diagnosis of depression.	NICE 2021	15	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Tricyclic antidepressants should not be used for the management of pain in patients with chronic low back pain.	SIGN 2019	19	ja	1++	ja	A	ja
Optimised antidepressant therapy should be considered for the treatment of patients with chronic pain with moderate depression.	SIGN 2019	20	ja	1++	ja	B	unklar
Depression is a common comorbidity with chronic pain. Patients should be monitored and treated for depression when necessary.	SIGN 2019	20	n. z.	n. z.	unklar	GPP	nein
For patients with chronic low back pain, we suggest duloxetine.	VADOD 2022	49	Ja	moderate	nein	weak for	nein
For patients with low back pain, there is insufficient evidence to recommend for or against tricyclic antidepressants	VADOD 2022	52	ja	very low	nein	Neither for nor against	nein

Tabelle 47: V1.5.5.3 – K1 Antidepressiva (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 11) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
SNRI antidepressants should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	127	ja	low	nein	conditional against	nein
Tricyclic antidepressants should not be used as part of routine care for adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	130	ja	very low	nein	conditional against	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CPLBP: chronic primary low back pain; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drug; SNRI: serotoninnorepinephrine reuptake inhibitors; TCA: tricyclic antidepressants							

A3.5.4 „Ärztliche Verlaufsuntersuchungen“ (V1.6)

Tabelle 48: V1.6 – K1 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 12) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Nach 3-6 Wochen Therapiezeit sollte eine Re-Evaluation erfolgen.	DGKJ 2021	74	n. z.	n. z.	unklar	EK, starker Konsens	unklar
Bei Persistenz oder rekurrendem Verlauf der nicht spezifischen Rückenschmerzen soll eine weitere Therapieevaluation drei Monate nach Erstkontakt bzw. zwei Monate nach erster Therapieevaluation erfolgen.	DGKJ 2021	74	n. z.	n. z.	unklar	EK, starker Konsens	unklar
Bei Persistenz oder rekurrendem Verlauf nicht spezifischer Rückenschmerzen sollte nach intensiver Therapie eine Nachsorge erfolgen. Diese sollte koordiniert werden durch die kinder- und jugendärztliche oder hausärztliche Praxis, in Abstimmung mit den Behandler:innen der spezialisierten Einrichtungen wie einer Schmerzambulanz für Kinder und Jugendliche. Dabei sollte eine Empfehlung zur nicht-medikamentösen Therapie und / oder ambulanten Psychotherapie gegeben werden.	DGKJ 2021	78	n. z.	n. z.	unklar	EK, starker Konsens	unklar
Konsensbasierte Empfehlung: Bei Unklarheiten zu Indikation einer LTOT kann ein interdisziplinäres Assessment mit anschließender Fallkonferenz erwogen werden.	DSG 2020	50	ja	konsens- basiert	unklar	0, starker Konsens	nein
Recognise that an initial diagnosis of chronic primary pain may change with time. Reevaluate the diagnosis if the presentation changes.	NICE 2021	8	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Offer a reassessment if a person presents with a change in symptoms such as a flare-up of chronic pain. Be aware that a cause for the flare-up may not be identified.	NICE 2021	11	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja

Tabelle 48: V1.6 – K1 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 12) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
If a person has a flare-up of chronic pain: ▪ review the care and support plan ▪ consider investigating and managing any new symptoms ▪ discuss what might have contributed to the flare-up (see recommendation 1.1.8 for influences on the experience of pain).	NICE 2021	11	n. z.	n. z.	unklar	offer, consider	ja ^a
Frequency of reviews 1.4.1 Offer regular reviews (by phone, video or face to face) to people taking an opioid, benzodiazepine, gabapentinoid, Z-drug or antidepressant. Base the frequency of reviews on: ▪ the person's preferences and circumstances ▪ the type of medicine they are taking and the dose ▪ factors that might indicate a need for frequent reviews, for example if: ▫ the person has additional care needs (such as people with a learning disability or cognitive impairment) ▫ the person is taking the medicine for the first time ▫ there are potential adverse effects or problems associated with dependence ▫ the medicine is being used outside its licensed indications ▫ there is potential for misuse of the medicine.	NICE 2021	14	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Consider increasing the frequency of reviews during dose adjustment. Take into account the person's clinical and support needs when agreeing review frequency.	NICE 2021	14	n. z.	n. z.	unklar	consider	nein

Tabelle 48: V1.6 – K1 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 12) (mehreseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Offer extra, unscheduled reviews when needed, for example if the person: - reports adverse effects from the medicine - becomes pregnant or is planning pregnancy - has a change in their physical or mental health condition, or social circumstances - starts taking medicines from a different prescriber - requests a change in dose.	NICE 2021	14	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
During the review, discuss with the person the benefits and risks of continuing the current dose, adjusting the dose or stopping the medicine. - Base decisions on this discussion, taking into account, for example: - the benefits or harms the person is experiencing from continuing the medicine - any signs that the person is developing problems associated with dependence (such as running out of a medicine early, making frequent requests for dose increases or reporting loss of efficacy of a medicine that was previously working well) - the person's preferences.	NICE 2021	14	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Agree and update the management plan with the person after each review, and give them a copy (see recommendation 1.3.5). Check that they know who to contact if they have problems or concerns.	NICE 2021	14	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja
Patients using analgesics to manage chronic pain should be reviewed at least annually, and more frequently if medication is being changed, or the pain syndrome and/or underlying comorbidities alter.	SIGN 2019	10	ja	n. z.	unklar	GPP	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EK: Expertenkonsens; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; LTOT: long term opioid therapy; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.5 „Kooperation der Versorgungsebenen“ (V1.7)

A3.5.5.1 „Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (V1.7.2)

Tabelle 49: V1.7.2 – K1 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 13) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Bei chronischem Verlauf nicht spezifischer Rückenschmerzen in der Adoleszenz soll eine ärztliche und psychologische Diagnostik in einer spezialisierten Einrichtung wie einer Schmerzambulanz für Kinder und Jugendliche erfolgen.	DGKJ 2021	59	n. z.	n. z.	unklar	EK, starker Konsens	unklar
7. Fachpsychotherapeutische Konsiliaruntersuchung Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Bei Hinweisen auf eine psychische Störung sollte eine Vorstellung bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einem ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten erfolgen. Kommentar: Eine Diagnostik auf psychische Störungen kann auch von Hausärzten oder Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ mit Kompetenz in Psychosomatischer Grundversorgung durchgeführt werden.	DSG 2020	60	nein	konsens-basiert	unklar	B, starker Konsens	nein
49. Kinder und Jugendliche Falls eine begründete Entscheidung für einen individuellen Therapieversuch mit Opioiden getroffen wurde, sollte dieser durch spezialisierte Zentren / Kinderärzte durchgeführt werden.	DSG 2020	88	nein	konsens-basiert	unklar	B, starker Konsens	nein
53. Patienten mit aktueller Substanzabhängigkeit Bestätigt 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Eine Therapie sollte nur in engmaschiger Absprache mit Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten mit suchtmmedizinischer Kompetenz durchgeführt werden.	DSG 2020	90	nein	konsens-basiert	unklar	B, starker Konsens	nein

Tabelle 49: V1.7.2 – K1 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 13) (mehrsseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Seek specialist advice if pharmacological management with antidepressants is being considered for young people aged 16 to 17 years.	NICE 2021	15	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Discuss the timing of referral for CBT with the person.	NICE 2021	14	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Referral should be considered when non-specialist management is failing, chronic pain is poorly controlled, there is significant distress, and/or where specific specialist intervention or assessment is considered.	SIGN 2019	6	ja	4	nein	GPP	nein
Healthcare professionals referring patients for psychological assessment should attempt to assess and address any concerns the patient may have about such a referral. It may be helpful to explicitly state that the aims of psychological interventions are to increase coping skills and improve quality of life when faced with the challenges of living with pain.	SIGN 2019	22	ja	n. z.	unklar	GPP	nein
Referral to a pain management programme should be considered for patients with chronic pain.	SIGN 2019	23	ja	1++,1+	ja	C	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CBT: cognitive behavioural therapy; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; EK: Expertenkonsens; GoR: Grade of Recommendation; GPP: Good Practice Point; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.5.2 „Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung“ (V1.7.3)

Tabelle 50: V1.7.3 – K1 Einweisung in ein Krankenhaus (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 14)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
46. Stationäre Opioidreduktion Neu 2019: Konsensbasierte Empfehlung: Wenn die Opioidtherapie unter ambulanten und/oder teilstationären Bedingungen nicht reduziert bzw. beendet werden kann, soll eine stationäre Medikamentenreduktion empfohlen werden.	DSG 2020	85	nein	konsens- basiert	unklar	A, starker Konsens	ja ^a
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

A3.5.6 „Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)“ (V4)

A3.5.6.1 „Schulungen der Versicherten“ (V4.2)

Tabelle 51: V4.2 – K1 Schulung der Versicherten (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Physical therapists should not utilize patient education and counseling strategies that either directly or indirectly increase the perceived threat or fear associated with LBP, such as education and counseling strategies that (1) promote extended bed rest or (2) provide in-depth, pathoanatomical explanations for the specific cause of the patient's LBP. Patient education and counseling strategies for patients with LBP should emphasize (1) the promotion of the understanding of the anatomical/structural strength inherent in the human spine, (2) the neuroscience that explains pain perception, (3) the overall favorable prognosis of LBP, (4) the use of active pain coping strategies that decrease fear and catastrophizing, (5) the early resumption of normal or vocational activities, even when still experiencing pain, and (6) the importance of improvement in activity levels, not just pain relief.	APTA 2021	CPG25	n. z.	n. z.	unklar	B	nein
Physical therapists may use standard education strategies for patients with chronic LBP, but not as a stand-alone treatment. Standard education strategies include advice related to exercise and advice about staying active.	APTA 2021	CPG26	ja	II	unklar	B	nein

Tabelle 51: V4.2 – K1 Schulung der Versicherten (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 15) (mehrseitige Tabelle)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
Physical therapists should deliver PNE alongside other physical therapy interventions, such as exercise or manual therapy, to patients with chronic LBP.	APTA 2021	CPG26	ja	I, II	unklar	A	ja ^a
Physical therapists should use active treatments (eg, yoga, stretching, Pilates, and strength training) instead of stand-alone educational interventions for patients with chronic LBP.	APTA 2021	CPG27	ja	n. z.	unklar	A	ja ^a
There is conflicting evidence to make a recommendation for or against the use of patient education to improve treatment compliance and outcomes, including duration of pain, intensity of pain, functional outcomes, anxiety, depression and return to work status.	NASS 2020	22	ja	n. z.	unklar	I	nein
Back school is recommended to provide improvements in pain and function when compared with general medical care, modality care or a simple hand-out at 6-12 months' follow-up for chronic low back pain.	NASS 2020	23	ja	n. z.	unklar	A	ja ^a
Provide advice and information relevant to the person's individual preferences, at all stages of care, to help them make decisions about managing their condition, including self-management.	NICE 2021	10	n. z.	n. z.	unklar	offer	ja ^a
Brief education should be given to patients with chronic pain to help patients continue to work.	SIGN 2019	23	ja	1++	ja	C	nein
For patients with low back pain, there is insufficient evidence to recommend for or against pain neuroscience education, clinician-directed education with patient-led goal setting, or back school.	VADOD 2022	34	ja	very low	nein	neither for nor against	nein
Structured and standardized education and/or advice interventions may be offered as part of care to adults, including older people, with CPLBP.	WHO 2023	41	ja	very low	nein	conditio nal in favour	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung CPG: clinical practice guideline; CPLBP: chronic primary low back pain; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LBP: low back pain; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen; PNE: pain neuroscience education							

A3.5.7 Digitale medizinische Anwendungen (V.X)

Tabelle 52: V.X – K1 digitale medizinische Anwendungen (Zuordnung Versorgungsaspekt, siehe Tabelle 16)

Zugrunde liegende Empfehlung(en)	Quelle (LL Jahr)	Seite	Literatur (ja, nein, n. z.)	Original LoE	Hoher LoE (ja, nein, unklar)	Original GoR	Hoher GoR (ja, nein, unklar)
In patients who request assistance to increase their physical activity, we recommend the use of wearable activity trackers with an exercise prescription.	Korownyk 2022	184	n. z.	n. z.	unklar	strong	ja ^a
There is insufficient evidence that a monitored pedometer-based exercise program with web-based feedback provides any improvement over pedometer instruction alone.	NASS 2020	23	ja	n. z.	unklar	I	nein
a. zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlung DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; GoR: Grade of Recommendation; LL: Leitlinie; LoE: Level of Evidence; n. z.: nicht zuzuordnen							

A4 Kommentare

A4.1 Methodische Aspekte

A4.1.1 Verweise auf Empfehlungen anderer Leitlinien

Die Leitlinie NICE 2021 [19] verweist hinsichtlich der Versorgungsaspekte individuelle Therapiemaßnahmen (V1.5.2), Medikamentöse Therapien (V1.5.5), ärztliche Verlaufsuntersuchung (V1.6) und Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung (V1.7.2) auf Empfehlungen der Leitlinien NICE 2022 withdrawal [45] und NICE 2021 cannabis based [46]. Diese Empfehlungen waren relevant für den Bericht und wurden entsprechend in der Synthese berücksichtigt (siehe Abschnitte 4.4.4.2, 4.4.4.7, 4.4.5 und 4.4.6.2).

A4.1.2 Empfehlungen der Leitlinie NICE 2020

Die eingeschlossene Leitlinie NICE 2020 [15] wurde durch neue Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung von Ischiasschmerzen im Vergleich zur Version der Leitlinie aus dem Jahr 2016 ergänzt. Diese Empfehlungen waren für den vorliegenden Bericht nicht relevant und wurden daher nicht berücksichtigt. Die übrigen Empfehlungen stammten überwiegend aus dem Jahr 2016 und waren aufgrund des Alters ebenfalls nicht relevant für den Bericht. Lediglich eine Negativempfehlung zu Antiepileptika wurde aktualisiert und konnte im Ergebnisteil entsprechend berücksichtigt werden.

A4.2 Würdigung der Anhörung

A4.2.1 Würdigung der Anhörung zum Berichtsplan

Insgesamt wurden 3 Stellungnahmen zum Berichtsplan frist- und formgerecht eingereicht.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente überprüft. Neben projektspezifischen wissenschaftlichen Aspekten wurden auch übergeordnete Punkte, z. B. Eignung einer Leitliniensynopse als Grundlage für die Überarbeitung eines DMP, angesprochen. Auf solche Punkte wird im Rahmen dieser projektspezifischen Würdigung der Anhörung nicht weiter eingegangen.

Die wesentlichen Argumente der Stellungnahmen werden in der nachfolgenden Tabelle 53 gewürdigt. Literaturzitate aus dem Wortlaut der Stellungnahmen finden sich im separaten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Berichtsplan“.

Tabelle 53: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan (Sortierung nach Stellungnahme) (mehreseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Einschluss von Leitlinien		
1)	BVSD <u>Anmerkung:</u> Die Leitlinie zur Begutachtung chronischer Schmerzen ist zu berücksichtigen. <u>Vorgeschlagene Änderung:</u> Entsprechende Erweiterung der Suchstrategie	keine Änderung des Berichtsplans Die Leitlinie entsprach, nach Prüfung, nicht dem in Abschnitt A2.1. genannten Einschlusskriterium E10 (Evidenzbasierung).
2)	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) [...] 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 chronischem Rückenschmerz äußern. In Deutschland sind etwa 550.000 Menschen (0,8 % der Bevölkerung) betroffen. 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. 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. 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, schleichender Beginn, Alter bei Beginn ≤ 45 Jahre). Hierbei ist zu beachten, dass nur zirka 75% der Patienten mit SpA diese typischen Charakteristika aufweisen.“	keine Änderung des Berichtsplans Die von dem Stellungnehmenden genannten Leitlinien wurden auf ihre Relevanz für den Bericht geprüft: - Die Leitlinie NICE 2020 low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management“ (NG59) [15] wurde eingeschlossen. - Die S3-Leitlinie „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“ erfüllte nicht das in Abschnitt A2.1 genannte Einschlusskriterium E1 (Population). Im Kapitel „Diskussion“ wurde ein Abschnitt aufgenommen, um auf die Bedeutung der axialen Spondyloarthritis als Differenzialdiagnose hinzuweisen.

Tabelle 53: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan (Sortierung nach Stellungnahme) (mehreseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	[...] 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.	
Berücksichtigung der axialen Spondyloarthritis als wichtige Differentialdiagnose		
3)	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh); Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) 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.	siehe Nr. 2
4)	DGRh, DGIM 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).	siehe Nr. 2
5)	DGRh, DGIM 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 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 differenzial-diagnostisch ins Spiel. Dieser Umstand wird in der Synopse in keiner Weise berücksichtigt.	siehe Nr. 2, 3 und 4

Tabelle 53: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan (Sortierung nach Stellungnahme) (mehreseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Kriterien für den Einschluss in das DMP Chronischer Rückenschmerz		
6)	DGRh, DGIM 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.	keine Änderung des Berichtsplans Die Zielpopulation ergibt sich aus dem Auftrag des G-BA und der Definition des nicht spezifischen chronischen Kreuzschmerzes und der Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe in der DMP-A-RL. In den eingeschlossenen Leitlinien wurden zur DMP-A-RL diskrepante Empfehlungen mit hohem GoR zur Überprüfung der Diagnose im Krankheitsverlauf identifiziert und wurden entsprechend im vorliegenden Bericht dargestellt (siehe V1.6 ärztliche Verlaufskontrolle). Die Inhalte der DMP-A-RL obliegen grundsätzlich dem G-BA, entsprechend auch eine Änderung der DMP-A-RL.
7)	Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD) 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.	keine Änderung des Berichtsplans Die Zielpopulation ergibt sich aus dem Auftrag des G-BA und der Definition des nicht spezifischen chronischen Kreuzschmerzes und der Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe in der DMP-A-RL. Die Inhalte der DMP-A-RL obliegen dem G-BA.

Tabelle 53: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan (Sortierung nach Stellungnahme) (mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
8)	BVSD 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.	keine Änderung des Berichtsplans Evidenzbasierte Leitlinien, die als Zielpopulation Patientinnen und Patienten mit chronischem nicht spezifischem Kreuzschmerz beinhalten, wurden in die vorliegende Leitliniensynopse eingeschlossen. Thematisieren die eingeschlossenen Leitlinien im Vergleich zur DMP-A-RL zusätzliche relevante Versorgungsaspekte, wurden diese im Bericht ebenfalls dargestellt. Gemäß dem Auftrag des G-BA sind Richtlinien nicht Gegenstand der Leitliniensynopse. Es obliegt jedoch dem G-BA, bei der Aktualisierung der DMP-A-RL weitere wissenschaftliche Evidenz hinzuzuziehen.
Berücksichtigung der primären und sekundären Prävention		
9)	BVSD Es wird darüber hinaus nicht erkennbar, dass die Versorgungsaspekte gerade beim Krankheitsbild chronischer Kreuzschmerzen auch die primäre und sekundäre Prävention umfassen.	keine Änderung des Berichtsplans Es muss für den Einschluss in das DMP Chronischer Rückenschmerz eine Diagnose gestellt sein für den chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerz. Die Primärprävention ist nicht Gegenstand des DMP und damit nicht des Berichts. Sofern Leitlinien allerdings Empfehlungen zur Sekundärprävention enthalten, wurden diese entsprechend berücksichtigt.

Tabelle 53: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Berichtsplan (Sortierung nach Stellungnahme) (mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Klassifikation nach ICD-11 im Vergleich zum ICD-10		
10)	Die in der Leitlinie zur Begutachtung chronischer Schmerzen zugrunde 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.	keine Änderung des Berichtsplans Dieser Aspekt wurde in einem entsprechenden Abschnitt im Kapitel „Diskussion“ aufgegriffen.
axSpA: axiale Spondyloarthritis; BVSD: Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V.; GB-A: Gemeinsamer Bundesausschuss; DGIM: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.; DGRh: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V.; DMP: Disease-Management-Programm; DMP-A-RL: Disease-Management-Programm-Anforderungen-Richtlinie; ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; NVL: Nationale Versorgungsleitlinie; NVL-KS: Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz; MRT: Magnet-Resonanz-Tomografie; SpA: Spondyloarthritis; WHO: World Health Organization		

A4.2.2 Würdigung der Anhörung zum Vorbericht

Insgesamt wurden 5 Stellungnahmen zum Vorbericht frist- und formgerecht eingereicht.

Die im Rahmen der Anhörung vorgebrachten Aspekte wurden hinsichtlich valider wissenschaftlicher Argumente überprüft.

Die wesentlichen Argumente der Stellungnahmen werden in der nachfolgenden Tabelle 54 gewürdigt. Literaturzitate aus dem Wortlaut der Stellungnahmen finden sich im separaten Dokument „Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht“.

Die Zusammenfassung aller Änderungen des Abschlussberichts gegenüber dem Vorbericht, die sich u. a. durch die Anhörung zum Vorbericht ergeben haben, ist in Abschnitt A1.2 dargestellt

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Einschluss weiterer Leitlinien		
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.		
1)	Zum jetzigen Zeitpunkt möchten wir allerdings darauf hinweisen, dass bei dieser LL-Synopse die Überarbeitung der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz berücksichtigt werden sollte. Die NVL ist eine evidenzbasierte Leitlinie, die von den relevanten Fachgesellschaften, Verbänden und weiteren Interessenvertretern konsentiert wird. Die DGPSF hält es für wichtig, wenn im Rahmen der Überarbeitung aktuelle Entwicklungen und Diskussionen (z.B. Einführung ICD-11, Stellenwert von „red flags“, differentialdiagnostisches Vorgehen und ggf. auch Interventionen insbesondere bei chronifizierenden Rückenschmerzen) aufgegriffen werden würden.	keine Änderung des Berichts Die NVL nicht spezifischer Kreuzschmerz war entsprechend der Informationen auf leitlinien.de bis zum 02. März 2022 gültig und befindet sich aktuell in Überarbeitung. Da die letzte Version keine Gültigkeit mehr besitzt und die überarbeitete Fassung zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Abschlussberichts nicht zur Verfügung stand, konnte die Leitlinie nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V		
2)	Die LL-Synopse des IQWiG erscheint aus unserer Sicht ohne eine Berücksichtigung der sich gerade in Überarbeitung befindlichen NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz höchst unvollständig, denn diese stellt eine evidenzbasierte Leitlinie im umfassenden Konsens der relevanten Fachgesellschaften, Verbände und Interessensvertreter dar. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. hält es auch im Rahmen dieser Überarbeitung für notwendig, aktuelle Entwicklungen und Diskussionen, wie die Einführung des ICD 11 oder des Stellenwertes von „Red Flags“ und weiterer differenzierender Diagnostik und ggfs. Therapie beim insbesondere chronischen Verlauf von Rückenschmerzen zu berücksichtigen	Im Kapitel 5 wird auf die Verwendung des ICD-11 in den eingeschlossenen Leitlinien hingewiesen. Zu „Red Flags“, Diagnostik und Therapie wurden entsprechende Empfehlungen identifiziert und in den Abschnitten 4.4.1 und 4.4.4 dargestellt.
Definition des chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzes		
Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e. V. (IGOST)		
3)	1 Hintergrund Es wird im Kapitel 1 erwähnt, dass beim Disease Management Programm Behandlungsmethoden eingesetzt werden, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Die Unterscheidung zwischen spezifischem und nicht-spezifischem Rückenschmerz beruht allerdings auf Daten, die über 50 Jahre alt sind [1,2] und ist durchaus problembehaftet. [...] Des Weiteren sieht auch die neue ICD-11 Klassifikation den Begriff nicht spezifischer Kreuzschmerz nicht mehr vor sondern spricht von chronic primary low back pain. (... primary musculoskeletal pain include chronic nonspecific low back pain (in the new classification termed “chronic primary low back pain”)) [11]. Diese Nomenklatur würde dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Gerne werden „red flags“ definiert, die einen spezifischen Rückenschmerz kennzeichnen. Der Umkehrschluss, dass wenn keine der willkürliche definierten „red flags“ vorliegt, der Rückenschmerz unspezifische ist, ist nicht logisch und nicht korrekt. So existiert bereits seit 2017 auch in Deutschland eine Leitlinie spezifischer Rückenschmerz [7], die weitere spezifische Ursachen nennt. Wird die aktuelle internationale Literatur berücksichtigt und werden evidenzbasierte Verfahren zur Literatursauswertung verwendet, so lässt sich feststellen, dass sich bei den allermeisten Patienten mit chronischen Rückenschmerzen eine spezifische Ursache herausfinden lässt [2,5,6,8]. Die Aussage, dass nicht-spezifische Rückenschmerzen häufiger sind als spezifische trifft nur zu, wenn neben den „red flags“ keine weiteren Ursachen berücksichtigt werden und die Leitlinie spezifischer Rückenschmerz und die oben zitierte Literatur ignoriert werden.	keine Änderung des Berichts Die Zielpopulation ergibt sich einerseits aus dem Auftrag des G-BA und andererseits aus der aktuellen Version der DMP-A-RL, welche die Definition des nicht spezifischen chronischen Kreuzschmerzes und die Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe beinhaltet. Auf die Definition des chronischen, nicht spezifischen Kreuzschmerzes und die Unterschiede zwischen ICD-11 und ICD-10 wurde im Abschnitt 5.1 des Berichts hingewiesen, ebenso welche der eingeschlossenen Leitlinien bereits auf die Definition nach ICD-11 zurückgreifen. Die Inhalte der DMP-A-RL obliegen grundsätzlich dem G-BA entsprechend auch eine Änderung der DMP-A-RL.

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
4)	3 Methodisches Vorgehen Insofern ist es auch nicht nachvollziehbar, dass sämtliche Leitlinien, die sich mit der Behandlung spezifischer Rückenschmerzen beschäftigt haben, kategorisch ausgeschlossen wurden. Wenn dieses Vorgehen gewählt wird, muss dies im Titel eindeutig erwähnt werden (DMP chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerz), damit klar ist, dass nur ein kleiner Teil der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen angesprochen wird und dass eine ganze Reihe evidenzbasierter Therapieverfahren bewusst nicht berücksichtigt wurden.	siehe Nr. 3
5)	4 Ergebnisse Dementsprechend fehlen wesentliche Aspekte in der Therapie chronischer Rückenschmerzen, wie z. B. die Radiofrequenz-Denervation, deren Evidenz in einer aktuellen S3-Leitlinie 2023 dargestellt wurde [9], die sich aber auf einen spezifischen Rückenschmerz ausgehend von den Facettengelenken und dem ISG bezieht. Auch entsprechende internationale Leitlinien einzelner Fachgesellschaften oder internationaler Zusammenschlüsse vieler Gesellschaften (z. B. [10]) wurden explizit ausgeschlossen.	siehe Nr. 3
6)	Beurteilung Zusammenfassend ist die in der Leitliniensynopse verwendete Definition der Diagnose „chronischer Rückenschmerz“ zu kritisieren, da nur ein Teilaspekt (nicht-spezifischer Rückenschmerz) berücksichtigt wurde. Somit ist die Diagnose nicht valide. Dementsprechend sind die Ein- und Ausschlusskriterien zu bemängeln, da wesentliche evidenzbasierte Literatur zur Therapie chronischer Rückenschmerzen ausgeschlossen wurde.	siehe Nr. 3
Synthese der Empfehlungen		
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V		
7)	Seite 19: Die Empfehlung in Bezug auf Bettruhe ist Bestandteil für die Empfehlung zum akuten nicht-spezifischen Kreuzschmerz. In Bezug zum chronisch nicht-spezifischen Kreuzschmerz ist der Begriff „Schonung“ korrekt statt „Bettruhe“	Die Formulierung des Kerninhalts V1.5.1 – K1 in Tabelle 4 wurde angepasst.

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
8)	Seite 22: Die passive Gelenkmobilisation sollte nur zeitlich begrenzt und als Vorbereitung für aktives Training angewendet werden. Es sollte eine dauerhafte Fokussierung auf Techniken zur Mobilisation vermieden werden	In Tabelle 5, V1.5.2 „individuelle Therapiemaßnahmen“ K2 „manuelle Therapie“ wurde der Kerninhalt hinsichtlich der zeitlichen Begrenzung konkretisiert. Es wurde diesbezüglich keine Diskrepanz festgestellt, da die Empfehlung keinen hohen GoR aufweist. Zur Verwendung der passiven Gelenkmobilisation als Vorbereitung auf aktives Training wurden in den Leitlinien keine Empfehlungen identifiziert.
9)	Seite 23: Für Kinder und Jugendliche sollte ergänzt werden, dass systemische Familientherapie erwogen werden soll	keine Änderung des Berichts Die eingeschlossenen Leitlinien enthalten keine Empfehlungen zur systemischen Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen. Aus diesem Grund kann diese Aussage nicht im Bericht berücksichtigt werden.
10)	Seite 25: Die hier erwähnte sogenannte Kombinationstherapie (Physiotherapie plus KVT) ist im ambulanten Versorgungsbereich weder zeitlich noch inhaltlich integriert umzusetzen, bestenfalls laufen beide Arme zeitlich versetzt., was synergistische Effekte nicht zulässt. Daher sollte hier der Verweis auf integrierte Konzepte der interdisziplinären multimodal Therapie (Kapitel 4.4.4.5) erfolgen	Der Abschnitt 5.1 wurde entsprechend ergänzt. Die diskrepanten Empfehlungen für die Aktualisierung der DMP-A-RL werden vom G-BA auf Umsetzbarkeit geprüft.
11)	Seite 27: Kinder- und Jugendtherapeutische Zentren für Schmerztherapie sind in Deutschland selten. Es handelt sich keinesfalls um eine flächendeckend zur Verfügung stehende Behandlungsoption. Nicht einmal in Ballungszentren scheint diese Versorgungsform in der Routineversorgung verfügbar. Hierauf sollte hingewiesen werden.	keine Änderung des Berichts Die diskrepanten Empfehlungen für die Aktualisierung der DMP-A-RL werden vom G-BA auf Umsetzbarkeit geprüft.

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
12)	Seite 34: Zu Opioidtherapie statt „soll ein Therapieversuch erwogen werden“ „kann ein Therapie-versuch erwogen werden“ (geringere GoR). Die Datenlage rechtfertigt keine „Soll-Empfehlung“.	keine Änderung des Berichts Bei der Passage, auf die der Stellungnehmende hinweist, handelt es sich um den Originalwortlaut der DMP-A-RL. Im Abschnitt 4.4.4.7.2 werden entsprechend diskrepante Empfehlungen zur Opioidtherapie im Vergleich zur DMP-A-RL dargestellt. Die Inhalte der DMP-A-RL obliegen grundsätzlich dem G-BA entsprechend auch eine Änderung der DMP-A-RL.
13)	Seite 50: Hier sollen die 5 Indikationskriterien der IMST (aus der Prozedurbeschreibung 8-918), von denen 3 erfüllt sein müssen, angeführt werden: ▪ Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Arbeitsfähigkeit und/ oder des regelmäßigen Schulbesuchs ▪ Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung ▪ Bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder - Fehlgebrauch ▪ Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung ▪ Gravierende somatische Begleiterkrankung	keine Änderung des Berichts Die eingeschlossenen Leitlinien enthalten keine Empfehlungen zu den Indikationskriterien der IMST. Aus diesem Grund kann diese Aussage nicht im Bericht berücksichtigt werden.

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
Vivira Health Lab GmbH		
14)	Erreichung der formulierten Therapieziele und geeignete therapeutische Maßnahmen (im IQWiG-Vorbericht aufgegriffen unter 4.4.2 und 4.4.4) Der Erreichung der in der aktuellen DMP-A-RL formulierten Therapieziele steht die Verfügbarkeit geeigneter therapeutischer Optionen entgegen [1]. Angesichts der hohen Prävalenz chronischer Rückenschmerzen [4] manifestiert sich ein wachsender Versorgungsbedarf, der aufgrund begrenzter Therapiekapazitäten [5] eine Herausforderung in der Versorgung darstellt. Dieser Herausforderung muss Rechnung getragen werden. Im Abschnitt zu therapeutischen Maßnahmen des IQWiG-Vorberichts (Kapitel 4.4.4.2) heißt es: „Als wesentliche Behandlung soll die angeleitete Bewegungstherapie zur Anwendung kommen. Zu berücksichtigen sind für die Auswahl einer Therapieform insbesondere die Präferenzen der Betroffenen, ihre Alltagsumstände, ihre Fitness, sowie die Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten. Ausschließlich passive Therapiekonzepte sollen nicht zur Anwendung kommen. Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.“ Die für die betreffende Indikation verfügbaren DiGA vermitteln allesamt angeleitete Bewegungstherapien und erlauben die Berücksichtigung der Präferenzen und Alltagsumstände der Patient*innen in einem höheren Ausmaß, als es die örtlich und zeitlich gebundene Anleitung durch eine Therapeutin oder einen Therapeuten ermöglicht. Die detaillierte Anleitung der Übungen, Erinnerungen zur korrekten Übungsausführung sowie die Progression der Übungen erlauben ein sicheres bewegungstherapeutisches Training und in deren Folge eine wirksame Reduktion unspezifischer, degenerativer Rückenschmerzen [6]. Die niederschwellige Verfügbarkeit von DiGA kann zudem die Therapietreue (sog. Adhärenz) im DMP Chronischer Rückenschmerz befördern, da die Koordination von Behandlungsterminen, womöglich erforderliche Aufwände für die An- und Abfahrt sowie die Vereinbarung von Behandlung und privaten bzw. beruflichen Verpflichtungen wegfällt. Daher empfehlen wir, DiGA als eine zusätzliche Therapieoption explizit aufzuführen, die insbesondere durch eine flexible Integration in den Alltag für geeignete Patient*innen eine dezentrale und asynchrone, ambulante Gesundheitsversorgung ermöglichen können. Die explizite Nennung bzw. die Definition der Anleitung durch einen qualifizierten Therapeuten sollte zudem kritisch evaluiert werden, da dauerhaft im BfArM-Verzeichnis gelistete DiGA auch ohne die direkte Einbindung eines qualifizierten Therapeuten eine nachweislich gute Wirksamkeit erzielen können.	keine Änderung des Berichts Sofern in den eingeschlossenen Leitlinien Empfehlungen zu DiGAs im Hinblick auf Selbstmanagement oder Schulungen enthalten sind, wurden diese im gesonderten Abschnitt 4.4.8 dargestellt.

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
15)	Ärztliche Verlaufsuntersuchung und Kooperation von Versorgungsebenen (im IQWiG-Vorbericht aufgegriffen unter 4.4.5 und 4.4.6) Die im Rahmen des DMP beschriebenen Inhalte der ärztlichen Verlaufsuntersuchungen sind im Kontext einer Behandlung mit DiGA möglich und teilweise bereits gegeben. Durch einheitliche und womöglich auch zwischen den Verlaufskontrollen durch die Patient*innen selbstständig durchgeführte Statuserhebungen (bspw. durch Bewegungstests, Fragebögen, Feedbackmechanismen zu Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten oder der Arbeitsfähigkeit) können DiGA eine belastbare Verlaufsbeurteilung ermöglichen und eine bedarfsgerechte Therapiesteuerung befördern. Perspektivisch birgt die digitale Transformation des Gesundheitswesens das Potenzial für eine effizientere Koordination der Versorgungsebenen. Insbesondere im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (ePA) können DiGA dazu beitragen, die Koordination der Versorgungsebenen zu verbessern und somit die Versorgung zu optimieren. Durch die explizite Einbindung von DiGA im DMP Chronischer Rückenschmerz können hier wichtige Weichenstellungen erfolgen, um eine digital-vermittelte Integration von Versorgungsebenen und -sektoren zu ermöglichen. Wir empfehlen daher, DiGA auch als Vermittler einer zunehmend integrierten Versorgung zu betrachten, die in strukturierten Behandlungsprogrammen wie dem DMP Chronischer Rückenschmerz zentral ist, aber auch in den über die DMP hinausreichende Versorgungsformen eine zunehmende Relevanz entwickeln.	siehe Nr. 14

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
16)	Digitale medizinische Anwendungen im deutschen Gesundheitssystem (im IQWiG-Vorbericht aufgegriffen unter 4.4.8) Im IQWiG-Vorbericht werden im Kontext digitaler medizinischer Anwendungen die Leitlinien von Korownyk et al. [7] und der NASS [8] zitiert. In beiden Leitlinien werden der Mehrwert von Aktivitätstrackern / Schrittzählern als digitales Element bei der Therapie von chronischen Rückenschmerzen genannt. Aus unserer Sicht ist der aktuelle Stand der Wissenschaft jedoch durch die in den o.g. Leitlinien genannten, basalen digitalen Therapieoptionen nicht abgebildet. So stammt die Arbeit von Korownyk et al. [7] aus dem Jahr 2022 und ist damit zwar eine der aktuellsten berücksichtigten Leitlinien. Ob der raschen Entwicklung im Feld digitaler Therapien fehlt hier jedoch bereits der Bezug auf aktuelle und fortschrittliche digitale medizinische Anwendungen, deren wirksame Anwendbarkeit in der Behandlung von chronisch erkrankten Patient*innen inzwischen mit hochwertiger Evidenz belegt ist. So zeigen jüngst veröffentlichte systematische Reviews zu digitalen Anwendungen für die Behandlung muskuloskelettaler Erkrankungen, dass digital vermittelte Bewegungstherapie eine geeignete Therapieoption bei der Behandlung chronischer muskuloskelettaler Schmerzen sind [9,10]. Weiterhin ist die Beurteilung der Versorgung mit digitalen Therapien im Kontext des deutschen Gesundheitssystems zu sehen, das sich durch die flächendeckende Verfügbarkeit von DiGA als geprüfte digitale Therapien mit hohen Standards zur Qualität und Wirksamkeit relevant von den Gesundheitssystemen unterscheidet, in denen nachweislich wirksame digitale Therapieangebote noch nicht flächendeckend verfügbar sind. Die steigende Akzeptanz und Anwendung von DiGA wird in aktuellen Veröffentlichungen des GKV-Spitzenverbandes und der BARMER deutlich [11,12]. So wurden seit der Aufnahme einer ersten DiGA im DiGA-Verzeichnis des BfArM im September 2020 374.377 DiGA durch eine*n GKV-Versicherte*n in Anspruch genommen [11]. Weiterhin berichteten 56,6 % durch die BARMER befragten Ärzt*innen mindestens einmal eine DiGA verordnet zu haben [12]. 46,5% der Ärzt*innen berichten, dass DiGA die Behandlung ihrer Patient*innen häufig oder sehr häufig sinnvoll unterstützt haben und 36,4% geben an, dass DiGA häufiger oder sehr häufig maßgeblich zur Verbesserung der Beschwerden ihrer Patient*innen beigetragen haben [12]. Diese Zahlen lassen schließen, dass DiGA in der Versorgung eine zunehmende Rolle spielen.	keine Änderung des Berichts Entsprechend unseres methodischen Vorgehens und dem Auftrag des G-BA wurden aktuelle evidenzbasierte, nationale und internationale Leitlinien eingeschlossen und ausschließlich deren Empfehlungen extrahiert. Die Prozesse der Aktualisierung der Leitlinien obliegen den jeweiligen leitlinienerstellenden Organisationen. Es obliegt jedoch dem G-BA bei der Aktualisierung der DMP-A-RL weitere wissenschaftliche Evidenz hinzuzuziehen.

Tabelle 54: Argumentliste / Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht (Sortierung nach Stellungnahme; mehrseitige Tabelle)

Index	Wortlaut der Stellungnahme	Würdigung der Stellungnahme und Konsequenz
	Vor diesem Hintergrund machen wir drei Empfehlungen. Die berücksichtigten, internationalen Leitlinien empfehlen zwar bereits digitale Therapieoptionen zur Behandlung von chronischen Rückenschmerzen. Diese internationalen Richtlinien bilden in der aktuellen und raschen Entwicklung von digitalen Therapieoptionen aber weder den aktuellen Stand der Wissenschaft ab, noch findet in diesen Leitlinien der besondere Versorgungskontext Beachtung, der in Deutschland durch die flächendeckende Verfügbarkeit von DiGA existiert. Diese Diskrepanz sollte anerkannt und diskutiert werden. Weiterhin rechtfertigen die hohen Standards zu Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von DiGA und die zunehmende Vertrautheit von Behandler*innen mit der Anwendung von DiGA die explizite Berücksichtigung von DiGA in der DMP Chronischer Rückenschmerz. Letztlich ist die Vorgabe in §137f (8) formuliert, dass die Aufnahme von digitalen medizinischen Anwendungen in das Spektrum therapeutischer Optionen eines DMP zu prüfen ist. Diese Vorgabe ist bei den anstehenden Beratungen zum DMP Chronischer Rückenschmerz zu beachten.	

A5 Literatur

1. Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) [online]. 2022 [Zugriff: 06.04.2023]. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf.
2. Bundesamt für Soziale Sicherung. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung [online]. 2023 [Zugriff: 06.04.2023]. URL: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>.
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) [online]. 2023 [Zugriff: 24.07.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3197/DMP-A-RL_2023-01-19_iK-2023-07-01.pdf.
4. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz; Version 1 [online]. 2017 [Zugriff: 03.07.2023]. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz/pdf/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf>.
5. Niemier K. Multimodal, polypragmatisch und kostenintensiv: Rückenschmerzbehandlungen auf dem Prüfstand. Manuelle Medizin 2012; 50: 16-27. <https://doi.org/10.1007/s00337-011-0888-x>.
6. Robert Koch Institut. Rückenschmerzen [online]. 2012 [Zugriff: 03.07.2023]. URL: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3239/28GjJzLHKNM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 2018; 391(10137): 2356-2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X).
8. Robert Koch Institut. Prävalenz von Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland. Ergebnisse der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. Journal of Health Monitoring 2021; 6(S3): 1-14. <https://doi.org/10.25646/7854>.
9. Dietl M, Korczak D. Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung [online]. 2011 [Zugriff: 13.12.2023]. URL: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta301_bericht_de.pdf.

10. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ et al. Grading the severity of chronic pain. Pain 1992; 50(2): 133-149. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90154-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90154-4).
11. Von Korff M, DeBar LL, Krebs EE et al. Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high-impact chronic pain. Pain 2020; 161(3): 651-661. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001758>.
12. Kuntz B, Hoebel J, Fuchs J et al. [Social inequalities in the prevalence of chronic back pain among adults in Germany]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2017; 60(7): 783-791. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2568-z>.
13. Graham RM, Mancher M, Miller-Wolman D et al. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington: National Academies Press; 2011.
14. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G et al. GRADE Handbook [online]. 2013 [Zugriff: 06.04.2023]. URL: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management; Invasive treatments [online]. 2020 [Zugriff: 12.07.2023]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/evidence/full-guideline-invasive-treatments-pdf-2726157998>.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic pain; a national clinical guideline [online]. 2019 [Zugriff: 12.07.2023]. URL: https://www.sign.ac.uk/media/2097/sign136_2019.pdf.
17. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Rückenschmerz bei Kindern und Jugendlichen; S3-Leitlinie [online]. 2021 [Zugriff: 11.07.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-070l_S3_Rueckenschmerz-Kinder-Jugendliche_2021-12_01.pdf.
18. North American Spine Society. Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain [online]. 2020 [Zugriff: 17.07.2023]. URL: <https://www.spine.org/Portals/0/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf>.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [online]. 2021 [Zugriff: 06.12.2023]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>.

20. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [online]. 2022 [Zugriff: 14.07.2023]. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/lbp/VADoDLBPCPGFinal508.pdf>.
21. World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings [online]. 2023 [Zugriff: 31.01.2024]. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374726/9789240081789-eng.pdf>.
22. Korownyk CS, Montgomery L, Young J et al. PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. Can Fam Physician 2022; 68(3): 179-190. <https://doi.org/10.46747/cfp.6803179>.
23. George SZ, Fritz JM, Silfies SP et al. Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. J Orthop Sports Phys Ther 2021; 51(11): CPG1-CPG60. <https://doi.org/10.2519/jospt.2021.0304>.
24. Deutsche Schmerzgesellschaft. Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTs); Leitlinie [online]. 2020 [Zugriff: 11.07.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/145-003l_S3_LONTs_2020-10.pdf.
25. Langford AV, Schneider CR, Lin CWC et al. Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Opioid Analgesics [online]. 2022 [Zugriff: 20.02.2024]. URL: https://www.opioiddeprescribingguideline.com/files/ugd/c86050_e0ed96b38d704cc88534bf1fb0fd028a.pdf.
26. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. 11. Revision der ICD der WHO (ICD-11) [online]. [Zugriff: 12.12.2023]. URL: <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/node.html>.
27. Kiltz U, Braun J, Becker A et al. Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen [online]. 2019 [Zugriff: 12.12.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/060-003l_S3_Axiale-Spondyloarthritis-Morbus-Bechterew-Fruehformen-2019-10-abgelaufen.pdf.
28. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Kaia Rückenschmerzen - Rückentraining für Zuhause [online]. 2023 [Zugriff: 13.12.2023]. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330>.
29. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen [online]. 2023 [Zugriff: 13.12.2023]. URL: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01954>.

30. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Secretary-General's Report to Ministers 2021 [online]. 2021 [Zugriff: 06.04.2023]. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/8cd95b77-en.pdf>.
31. Mattke S, Kelley E, Scherer P et al. Health Care Quality Indicators Project: Initial Indicators Report [online]. 2006 [Zugriff: 06.04.2023]. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/health-care-quality-indicators-project_5l9t19p99tmv.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpaper%2F481685177056&mimeType=pdf.
32. Alderson LJ, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. J Clin Epidemiol 2014; 67(1): 52-55. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.012>.
33. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286(12): 1461-1467. <https://doi.org/10.1001/jama.286.12.1461>.
34. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT et al. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. Ann Intern Med 2007; 147(4): 224-233. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-4-200708210-00179>.
35. Nieuwlaat R, Wiercioch W, Brozek JL et al. How to write a guideline: a proposal for a manuscript template that supports the creation of trustworthy guidelines. Blood Adv 2021; 5(22): 4721-4726. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003577>.
36. AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II: AGREE II Instrument [online]. 2017 [Zugriff: 06.04.2023]. URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>.
37. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. CMAJ 2010; 182(10): 1045-1052. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091714>.
38. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. CMAJ 2010; 182(10): E472-E478. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091716>.
39. Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses [online]. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.
40. Bennett K, Duda S, Brouwers M et al. Towards high-quality, useful practice guidelines for child and youth mental health disorders: protocol for a systematic review and consensus exercise. BMJ Open 2018; 8(2): e018053. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018053>.

41. Hoffmann-Esser W, Siering U, Neugebauer EAM et al. Systematic review of current guideline appraisals performed with the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II instrument-a third of AGREE II users apply a cut-off for guideline quality. J Clin Epidemiol 2018; 95: 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.009>.
42. Lunny C, Ramasubbu C, Puil L et al. Over half of clinical practice guidelines use non-systematic methods to inform recommendations: A methods study. PLoS One 2021; 16(4): e0250356. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250356>.
43. Watine J, Friedberg B, Nagy E et al. Conflict between guideline methodologic quality and recommendation validity: a potential problem for practitioners. Clin Chem 2006; 52(1): 65-72. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2005.056952>.
44. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien: Methodenreport [online]. 2017 [Zugriff: 06.04.2023]. URL: <https://www.leitlinien.de/methodik/pdf/nvl-methodenreport-5aufl-vers1.pdf>.
45. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults [online]. 2022 [Zugriff: 14.12.2023]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/medicines-associated-with-dependence-or-withdrawal-symptoms-safe-prescribing-and-withdrawal-management-for-adults-pdf-66143776880581>.
46. National Institute for Health and Care Excellence. Cannabis-based medicinal products [online]. 2021 [Zugriff: 12.07.2023]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng144/resources/cannabisbased-medicinal-products-pdf-66141779817157>.

A6 Leitlinienlisten

A6.1 Liste der ausgeschlossenen Leitlinien mit Ausschlussgründen

Nicht E1

1. American College of Radiology. Low Back Pain; ACR Appropriateness Criteria [online]. 2021 [Zugriff: 19.07.2023]. URL: <https://acsearch.acr.org/docs/69483/narrative/>.
2. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute Pain Management: Scientific Evidence [online]. 2020 [Zugriff: 17.07.2023]. URL: <https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf>.
3. Bell AD, MacCallum C, Margolese S et al. Clinical Practice Guidelines for Cannabis and Cannabinoid-Based Medicines in the Management of Chronic Pain and Co-Occurring Conditions. Cannabis Cannabinoid Res 2023. <https://doi.org/10.1089/can.2021.0156>.
4. British Society for Rheumatology, British Orthopaedic Association, British Association of Spinal Surgeons et al. Management of patients with musculoskeletal and rheumatic conditions who: are on corticosteroids, require initiation of oral/IV corticosteroids, require a corticosteroid injection [online]. 2020 [Zugriff: 10.01.2024]. URL: <https://www.boa.ac.uk/asset/3767F092%2DABFB%2D40C8%2DBAB2C711A81306D5/>.
5. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain [online]. 2022 [Zugriff: 13.07.2023]. URL: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/pdfs/rr7103a1-H.pdf>.
6. Cohen SP, Baber ZB, Buvanendran A et al. Pain Management Best Practices from Multispecialty Organizations During the COVID-19 Pandemic and Public Health Crises. Pain Med 2020; 21(7): 1331-1346. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa127>.
7. Cohen SP, Bhaskar A, Bhatia A et al. Consensus practice guidelines on interventions for lumbar facet joint pain from a multispecialty, international working group. Reg Anesth Pain Med 2020; 45(6): 424-467. <https://doi.org/10.1136/rapm-2019-101243>.
8. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain [online]. 2022 [Zugriff: 14.07.2023]. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/cot/VADoDOpioidsCPG.pdf>.
9. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden; S2e-Leitlinie Living Guideline [online]. 2023 [Zugriff: 11.07.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-045LGI_S3_LG_Schutz_vor_Ueber_und_Unterversorgung_2023-04.pdf.

10. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Muskuloskelettale Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Algorithmus zur differenzialdiagnostischen Abklärung eines häufigen Leitsymptoms in der Kinder- und Jugendmedizin; S2k-Leitlinie [online]. 2020 [Zugriff: 11.07.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-073l_S2k_Muskuloskelettale-Schmerzen-Kinder-Jugendliche%E2%80%93Algorithmus_2020-12.pdf.
11. Deutsche Rentenversicherung. Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz [online]. 2020 [Zugriff: 12.07.2023]. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/Rueckenschmerz/rt_s_rueckenschmerz_download.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
12. Deutsche Wirbelsäulengesellschaft. Radiofrequenz-Denervation der Facettengelenke und des ISG; S3-Leitlinie [online]. 2023 [Zugriff: 11.07.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/151-004l_S3_Radiofrequenz-Denervation-Facettengelenke-des-ISG_2023-07_01.pdf.
13. Guidelines & Protocols Advisory Committee. Appropriate Imaging for Common Situations in Primary and Emergency Care [online]. 2019 [Zugriff: 11.07.2023]. URL: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/appropriate_imaging_full_guideline.pdf.
14. Manchikanti L, Kaye AD, Soin A et al. Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Facet Joint Interventions in the Management of Chronic Spinal Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines Facet Joint Interventions 2020 Guidelines. Pain Physician 2020; 23(3S): S1-S127.
15. Michigan Medicine, University of Michigan. Ambulatory Adult Low Back Pain Guideline [online]. 2020 [Zugriff: 19.07.2023]. URL: <https://michmed-public.policystat.com/policy/8093107/latest/>.
16. Michigan Quality Improvement Consortium. Management of Acute Low Back Pain in Adults [online]. 2022 [Zugriff: 10.01.2024]. URL: <https://www.improve.health/wp-content/uploads/2023/04/mqicmanagementofacutelowbackpaininadultsFINAL2022-1.pdf>.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Cannabis-based medicinal products [online]. 2021 [Zugriff: 12.07.2023]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng144/resources/cannabisbased-medicinal-products-pdf-66141779817157>.
18. Rieder MJ, Jong G. The use of oral opioids to control children's pain in the post-codeine era. Paediatr Child Health 2021; 26(2): 120-127. <https://doi.org/10.1093/pch/pxaa133>.

19. Sandbrink F, Murphy JL, Johansson M et al. The Use of Opioids in the Management of Chronic Pain: Synopsis of the 2022 Updated U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med* 2023; 176(3): 388-397. <https://doi.org/10.7326/M22-2917>.
20. Sayed D, Grider J, Strand N et al. The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) Evidence-Based Clinical Guideline of Interventional Treatments for Low Back Pain. *J Pain Res* 2022; 15: 3729-3832. <https://doi.org/10.2147/JPR.S386879>.
21. Sayed D, Naidu RK, Patel KV et al. Best Practice Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Vertebrogenic Pain with Basivertebral Nerve Ablation from the American Society of Pain and Neuroscience. *J Pain Res* 2022; 15: 2801-2819. <https://doi.org/10.2147/JPR.S378544>.
22. State of Colorado, Department of Labor and Employment. Cervical Spine Injury Medical Treatment Guidelines [online]. 2022 [Zugriff: 11.01.2024]. URL: <https://codwc.app.box.com/v/rule-17-exhibit-8>.
23. Trottier ED, Ali S, Dore-Bergeron MJ et al. Best practices in pain assessment and management for children. *Paediatr Child Health* 2022; 27(7): 429-448. <https://doi.org/10.1093/pch/pxac048>.
24. Truini A, Aleksovska K, Anderson CC et al. Joint European Academy of Neurology-European Pain Federation-Neuropathic Pain Special Interest Group of the International Association for the Study of Pain guidelines on neuropathic pain assessment. *Eur J Neurol* 2023; 30(8): 2177-2196. <https://doi.org/10.1111/ene.15831>.
25. World Health Organization. Guidelines on the management of chronic pain in children [online]. 2020 [Zugriff: 12.07.2023]. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1323615/retrieve>.

Nicht E2

1. American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee on O, Hatten BW, Cantrill SV et al. Clinical Policy: Critical Issues Related to Opioids in Adult Patients Presenting to the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2020; 76(3): e13-e39. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.06.049>.
2. Daley D, Payne LP, Galper J et al. Clinical Guidance to Optimize Work Participation After Injury or Illness: The Role of Physical Therapists. *J Orthop Sports Phys Ther* 2021; 51(8): CPG1-CPG102. <https://doi.org/10.2519/jospt.2021.0303>.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Neurostimulation of lumbar muscles for refractory non-specific chronic low back pain [online]. 2022 [Zugriff: 31.07.2023]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg739/resources/neurostimulation-of-lumbar-muscles-for-refractory-nonspecific-chronic-low-back-pain-pdf-1899876228289477>.

4. Shanthanna H, Eldabe S, Provenzano DA et al. Evidence-based consensus guidelines on patient selection and trial stimulation for spinal cord stimulation therapy for chronic non-cancer pain. Reg Anesth Pain Med 2023; 48(6): 273-287. <https://doi.org/10.1136/rapm-2022-104097>.

Nicht E4

1. Luites JWH, Kuijer PPFM, Hulshof CTJ et al. The Dutch Multidisciplinary Occupational Health Guideline to Enhance Work Participation Among Low Back Pain and Lumbosacral Radicular Syndrome Patients. J Occup Rehabil 2022; 32(3): 337-352. <https://dx.doi.org/10.1007/s10926-021-09993-4>.

2. State of Colorado, Department of Labor and Employment. Low Back Pain Medical Treatment Guidelines [online]. 2022 [Zugriff: 14.07.2023]. URL: <https://codwc.app.box.com/v/rule-17-exhibit-1>.

Nicht E7

1. Navani A, Manchikanti L, Albers SL et al. Responsible, Safe, and Effective Use of Biologics in the Management of Low Back Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines. Pain Physician 2019; 22(1S): S1-S74.

Nicht E8

1. Pangarkar SS, Kang DG, Sandbrink F et al. VA/DoD Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. J Gen Intern Med 2019; 34(11): 2620-2629. <https://dx.doi.org/10.1007/s11606-019-05086-4>.

Nicht E10

1. Buelte A, McCall S, Coster J. Management of Low Back Pain: Guidelines From the VA/DoD. Am Fam Physician 2023; 107(4): 435-437.

2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Chronischer nicht tumorbedingter Schmerz – Erläuterungen und Implementierungshilfen; DEGAM S1-Handlungsempfehlung [online]. 2023 [Zugriff: 10.01.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-036l_S1_Chronischer_Schmerz_2023-12.pdf.

3. Guidelines & Protocols Advisory Committee. Managing Patients with Pain in Primary Care – Part 1 [online]. 2022 [Zugriff: 11.07.2023]. URL: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/managing_pain_part1_2022.pdf.

4. Guidelines & Protocols Advisory Committee. Managing Patients with Pain in Primary Care – Part 2 [online]. 2022 [Zugriff: 11.07.2023]. URL: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/managing_pain_part2_2022_v2.pdf.

5. Hawk C, Whalen W, Farabaugh RJ et al. Best Practices for Chiropractic Management of Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Clinical Practice Guideline. J Altern Complement Med 2020; 26(10): 884-901. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0181>.
6. Healthcare Improvement Scotland, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Use of long-acting injectable buprenorphine for opioid substitution therapy: a national position statement [online]. 2022 [Zugriff: 10.01.2024]. URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1947/buprenorphine-position-statement-sign-165.pdf>.
7. Hegmann KT, Travis R, Andersson GBJ et al. Non-Invasive and Minimally Invasive Management of Low Back Disorders. J Occup Environ Med 2020; 62(3): e111-e138. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001812>.
8. Hegmann KT, Travis R, Andersson GBJ et al. Invasive Treatments for Low Back Disorders. J Occup Environ Med 2021; 63(4): e215-e241. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001983>.
9. Manchikanti L, Knezevic NN, Navani A et al. Epidural Interventions in the Management of Chronic Spinal Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Comprehensive Evidence-Based Guidelines. Pain Physician 2021; 24(S1): S27-S208.
10. Royal Dutch Society for Physical Therapy. KNGF Guideline on Low Back Pain and Lumbosacral Radicular Syndrome [online]. 2021 [Zugriff: 18.07.2023]. URL: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/guidelines/low-back-pain-2021/kngf_guide_on_low_back_pain_practice_guideline.pdf.
11. Scotland H, Mariacher S. Rückenbeschwerden [online]. 2023 [Zugriff: 06.12.2023]. URL: <https://www.medix.ch/start/apps/guideline-pdf/?pdf=19>.

Nicht E11

1. Hegmann KT, Travis R, Belcourt RM et al. Diagnostic Tests for Low Back Disorders. J Occup Environ Med 2019; 61(4): e155-e168. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001551>.

A7 Leitlinienrecherche

A7.1 Suchbegriffe

- Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen, chronischer Schmerz, Schmerzen an der Wirbelsäule
- (low) back pain, chronic pain, non-cancer pain, spinal pain

A7.2 Liste aller durchsuchten Leitliniendatenbanken beziehungsweise -anbieter

Leitliniendatenbanken

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), DE
- Canadian Medical Association (CMA Infobase), CA
- Dynamed, US
- ECRI-Guidelines Trust, US
- GuidelinesCentral, US
- Guidelines International Network (GIN), AU
- Tripdatabase, CA

Fachübergreifende Leitlinienanbieter

- Alberta Medical Association / Toward Optimized Practice (AMA/TOP), CA
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), BE
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines (BCC), CA
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), DE
- Guidelines and Audit Implementation Network (GAIN), GB
- GFMER (Geneva Foundation for Medical Education and Research), CH
- Haute Autorité de Santé (HAS), FR
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), US
- Medical Journal of Australia (MJA), AU
- mediX, CH
- Ministry of Health (MOH), NZ
- Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm), DE
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), GB

- National Health and Medical Research Council (NHMRC), AU
- New South Wales Department of Health (NSW Health), AU
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), GB
- World Health Organization (WHO), INT

Fachspezifische Leitlinienanbieter

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), US
- American Academy of Family Physicians (AAFP), US
- American Academy of Neurology (AAN), US
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), US
- American Academy of Pain Medicine (AAPM), US
- American Academy of Pediatrics (AAP), US
- American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPMR), US
- American College of Emergency Physicians (ACEP), US
- American College of Physicians (ACP), US
- American College of Radiology (ACR), US
- American College of Surgeons (ACS), US
- American Geriatrics Society (AGS), US
- American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM), US
- American Physical Therapy Association (APTA), US
- American Psychiatric Association (APA), US
- American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS), US
- American Society for Radiation Oncology (ASTRO), US
- American Society of Breast Surgeons (ASBrS), US
- Association of Breast Surgery (ABS), GB
- Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH), DE
- Bone Health and Osteoporosis Foundation (BHO), US
- British Orthopaedic Association (BOA), GB
- Canadian Association of Emergency (CAEP), CA
- Canadian Paediatric Society (CPS), CA

- Canadian Psychiatric Association (CPA), CA
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center, US
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH), DE
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK), DE
- Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST), US
- European Academy of Neurology (EAN), AT
- European Association for Endoscopic Surgery (EAES), EU
- European Association for the Study of Obesity (EASO), EU
- European Association of Nuclear Medicine (EANM), INT
- European Psychiatric Association (EPA), INT
- International Osteoporosis Foundation (IOF), CH
- National Stroke Foundation (NSF), AU
- North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGHAN), US
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), AU
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), AU
- Royal College of Physicians of London (RCP), GB
- Royal College of Radiologists (RCR), US
- Society of Interventional Radiology (SIR), US
- Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging (SNMMI), US
- Substance Abuse und Mental Health Services Administration (SAMHSA), US
- The Obesity Society, US

A8 Empfehlungskategorien nach dem Verfahren des NVL-Programms und GRADE und Evidenzeinstufungen nach der Verfahrensordnung des G-BA und GRADE

Empfehlungsstärken nach dem Verfahren des NVL-Programms [44]

Empfehlungsstärke	Beschreibung	Formulierung	Hohe GoR-Kategorie?
A	starke Positiv-Empfehlung	soll	ja
B	abgeschwächte Positiv-Empfehlung	sollte	nein
O	offene Empfehlung	kann	nein
B	abgeschwächte Negativ-Empfehlung	sollte nicht	nein
A	starke Negativ-Empfehlung	soll nicht	ja
GoR: Grade of Recommendation; NVL-Programm: Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien			

Empfehlungsstärken nach GRADE [14]

Empfehlungsstärke	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie?
strong	A strong recommendation is one for which guideline panel is confident that the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects (strong recommendation for an intervention) or that the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects (strong recommendation against an intervention). Note: Strong recommendations are not necessarily high priority recommendations. A strong recommendation implies that most or all individuals will be best served by the recommended course of action.	ja
weak	A weak recommendation is one for which the desirable effects probably outweigh the undesirable effects (weak recommendation for an intervention) or undesirable effects probably outweigh the desirable effects (weak recommendation against an intervention) but appreciable uncertainty exists. A weak recommendation implies that not all individuals will be best served by the recommended course of action. There is a need to consider more carefully than usual the individual patient's circumstances, preferences, and values. When there are weak recommendations caregivers need to allocate more time to shared decision making, making sure that they clearly and comprehensively explain the potential benefits and harms to a patient.	nein
GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation		

Klassifizierung der Unterlagen zu diagnostischen Methoden nach Verfahrensordnung des G-BA [39]

Evidenzstufe	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
Ia	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b	ja
Ib	randomisierte kontrollierte Studien	ja
Ic	andere Interventionsstudien	nein
IIa	systematische Übersichtsarbeiten von Studien zur diagnostischen Testgenauigkeit der Evidenzstufe II b	nein
IIb	Querschnitts- und Kohortenstudien, aus denen sich alle diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse, positiver und negativer prädiktiver Wert) berechnen lassen	nein
III	andere Studien, aus denen sich die diagnostischen Kenngrößen zur Testgenauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Wahrscheinlichkeitsverhältnisse) berechnen lassen	nein
IV	Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen	nein
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden nach Verfahrensordnung des G-BA [39]

Evidenzstufe	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
Ia	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b	ja
Ib	randomisierte kontrollierte Studien	ja
IIa	systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b	nein
IIb	prospektive vergleichende Kohortenstudien	nein
III	retrospektive vergleichende Studien	nein
IV	Fallserien und andere nicht vergleichende Studien	nein
V	Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, u. ä.; nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen	nein
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

Evidenzeinstufungen nach GRADE [14]

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?
high	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.	ja
moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.	nein
low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.	nein
very low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.	nein
LoE: Level of Evidence		

A9 Empfehlungs- und Evidenzgrade der eingeschlossenen Leitlinien und ihre Kategorisierung

APTA 2021: Interventions for the management of acute and chronic low back pain

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
A	Strength of evidence: strong evidence; a preponderance of level I and/or level II studies support the recommendation. This must include at least 1 level I study Level of obligation: should	ja
B	Strength of evidence: moderate evidence; a single high-quality randomized controlled trial or a preponderance of only level II studies support the recommendation. This included studies with short-term follow-up (eg, 3 months or less) and smaller sample sizes (eg, fewer than 100 participants) Level of obligation: may	nein
C	Strength of evidence: weak evidence; a single level II study supports the recommendation Level of obligation: can	nein
D	Strength of evidence: conflicting or no evidence; level I and/or level II studies disagree with respect to their conclusions or provide no evidence of benefit Level of obligation: should not	ja
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des NVL-Programms. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
I	Evidence obtained from high-quality diagnostic studies, prospective studies, randomized controlled trials, or systematic reviews	unklar
II	Evidence obtained from lesser-quality diagnostic studies, prospective studies, systematic reviews, or randomized controlled trials (eg, weaker diagnostic criteria and reference standards, improper randomization, no blinding, less than 80 % follow-up)	unklar
III	Case-control studies or retrospective studies	nein
IV	Case series	nein ^b
V	Expert opinion	nein ^b
a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

DGKJ 2021: Rückenschmerz bei Kindern und Jugendlichen

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Ausdrucksweise	Hohe GoR-Kategorie? ^a
A	starke Empfehlung	Soll / soll nicht	ja
B	Empfehlung	Sollte / sollte nicht	nein
0	Empfehlung offen	Kann erwogen / kann verzichtet werden	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des NVL-Programms. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie			

Statements

Neben Empfehlungen wurden auch Kernaussagen (Statements) formuliert, die als Erläuterung oder Begründung für nachfolgende Empfehlungen zu verstehen sind. Ebenso wie bei Empfehlungen wurden bei den Kernaussagen zugrundeliegende Literatur und Evidenzgrade bzw. ExpertInnenkonsens vermerkt.

Klassifikation der Konsensusstärke	Zustimmung von
starker Konsens	> 95 % der Stimmberechtigten
Konsens	> 75 bis 95 % der Stimmberechtigten
mehrheitliche Zustimmung	> 50 bis 75 % der Stimmberechtigten
keine mehrheitliche Zustimmung	< 50 % der Stimmberechtigten

Evidenzgraduierung (Is this diagnostic or monitoring test accurate? [Diagnosis])

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
1	Systematic review of cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	nein
2	Individual cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	nein
3	Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards ^b	nein
4	Case-control studies, or poor or non-independent reference standard ^b	nein
5	Mechanism-based reasoning	nein ^c
a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. As always, a systematic review is generally better than an individual study. c. Für diesen Bericht wurden diese LoE-Kategorien als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

Evidenzgraduierung (Does this intervention help? [Treatment benefits])

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
1	Systematic review of randomized trials or n-of-1 trials	unklar
2	Randomized trial or observational study with dramatic effect	unklar
3	Non-randomized controlled cohort/follow-up study ^b	nein
4	Case-series, case-control studies, or historically controlled studies ^b	nein ^c
5	Mechanism-based reasoning	nein ^c
a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. As always, a systematic review is generally better than an individual study. c. Für diesen Bericht wurden diese LoE-Kategorien als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

Evidenzgraduierung (COMMON harms? [Treatment harms])

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
1	Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, n of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect	unklar
2	Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	unklar
3	Non-randomized controlled cohort/ follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.) ^b	nein
4	Case-series, case-control, or historically controlled studies ^b	nein ^c
5	Mechanism-based reasoning	nein ^c
a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. As always, a systematic review is generally better than an individual study. c. Für diesen Bericht wurden diese LoE-Kategorien als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

Evidenzgraduierung (What are the RARE harms? [Treatment harms])

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
1	Systematic review of randomized trials or n-of-1 trial	unklar
2	Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect	unklar
3	Non-randomized controlled cohort/ follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.) ^b	nein
4	Case-series, case-control, or historically controlled studies ^b	nein ^c
5	Mechanism-based reasoning	nein ^c
a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. As always, a systematic review is generally better than an individual study. c. Für diesen Bericht wurden diese LoE-Kategorien als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

DSG 2020: Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen) LONTS

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Beschreibung	Ausdrucksweise	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
A ↑↑	starke positive Empfehlung	„Soll“	Nach Ansicht ^b der Leitliniengruppe ist diese Maßnahme sehr vielen Patienten zu empfehlen und wenigen Patienten mit Begründung nicht zu empfehlen.	ja
B ↑	positive Empfehlung	„Sollte“	Nach Ansicht ^b der Leitliniengruppe ist diese Maßnahme der Mehrheit der Patienten zu empfehlen und einer Minderheit (einigen) Patienten nicht zu empfehlen.	nein
0 ↔	offen	„Kann erwogen werden“	Nach Ansicht ^b der Leitliniengruppe ist diese Maßnahme bei einigen Patienten zu empfehlen (empfehlenswert).	nein
B ↓	negative Empfehlung	„sollte nicht“	Nach Ansicht ^b der Leitliniengruppe ist diese Maßnahme der Mehrheit der Patienten nicht zu empfehlen und einer Minderheit (einigen) Patienten zu empfehlen.	nein
A ↓↓	Starke negative Empfehlung	„soll nicht“	Nach Ansicht ^b der Leitliniengruppe ist diese Maßnahme sehr vielen Patienten nicht zu empfehlen und wenigen Patienten mit Begründung zu empfehlen. ^c	ja
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des NVL-Programms. b. auf Basis der systematischen Bewertung der Literatur und klinischer Erfahrung. c. Wenn die Leitliniengruppe der Ansicht ist, dass die Maßnahme bei keinem Patienten eingesetzt werden soll, wird dies in der Empfehlung explizit angegeben. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie				

Konsensbasierte Empfehlungen

Empfohlen bzw. nicht empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und auf Grund der klinischen Erfahrung der Leitliniengruppe. Keine ausreichenden Daten zu potentielltem Nutzen und Schaden vorhanden.

Symbol	Beschreibung	Ausdrucksweise	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
↑↑	starke positive Empfehlung	„Soll“	Auf Grund Ihrer klinischen Erfahrung ist die Leitliniengruppe der Ansicht, dass sehr vielen Patienten die Maßnahme empfohlen werden kann. Wenigen Patienten kann mit Begründung die Maßnahme nicht empfohlen werden.	ja
↑	positive Empfehlung	„Sollte“	Auf Grund Ihrer klinischen Erfahrung ist die Leitliniengruppe der Ansicht, dass vielen Patienten diese Maßnahme empfohlen werden kann. Einigen Patienten kann diese Maßnahme nicht empfohlen werden.	nein
↔	offen	„Kann erwogen werden“	Auf Grund Ihrer klinischen Erfahrung ist die Leitliniengruppe der Ansicht, dass die Empfehlung dieser Maßnahme bei einigen Patienten erwogen werden kann.	nein
↓	negative Empfehlung	„sollte nicht“	Auf Grund Ihrer klinischen Erfahrung ist die Leitliniengruppe der Ansicht, dass vielen Patienten die Maßnahme nicht empfohlen werden kann. Einigen Patienten kann diese Maßnahme empfohlen werden.	nein
↓↓	Starke negative Empfehlung	„soll nicht“	Auf Grund Ihrer klinischen Erfahrung ist die Leitliniengruppe der Ansicht, dass sehr vielen Patienten diese Maßnahme nicht empfohlen werden kann. Wenigen Patienten kann mit Begründung diese Maßnahme empfohlen werden.	ja
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des NVL-Programms. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie				

Klassifikation der Konsensusstärke	Zustimmung von
starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75-95 % der Teilnehmer
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50-75 % der Teilnehmer
keine mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von weniger als 50 % der Teilnehmer

Evidenzgraduierung (Diagnostik)

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
1a	SR von diagnostischen Klasse 1-Studien; Clinical Decision Rule (CDR) ^b von Klasse 1b-Studien aus verschiedenen Zentren	nein
1b	Validierungskohortenstudie mit guten Referenzstandards; oder CDR ^b getestet in einem Zentrum	nein
1c	Absolute SpPins und SnNouts ^c	nein
2a	SR von diagnostischen Klasse 2- Studien	nein
2b	explorative Kohortenstudien mit guten Referenzstandards; CDR ^b nach Ableitung, oder validiert nur an Teilgruppen oder Datenbanken	nein
3a	SR von Klasse 3-Studien	nein
3b	nicht konsekutive Studie; oder ohne konsistent angewandte Referenzstandards	nein
4	Fall-Kontrollstudien, schlechter oder nicht unabhängiger Referenzstandard	nein
5	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz, oder basierend auf physiologischen Modellen, Laborforschung oder Definitionen	nein ^d

a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen 1a und 1b der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung.
b. Algorithmen oder Punktesysteme, die helfen, eine Prognose oder diagnostische Kategorie abzuschätzen.
c. SpPins haben eine so hohe Spezifität, dass sie die definitive Diagnose stellen, SnNouts haben eine so hohe Sensitivität, dass ein negatives Ergebnis die Diagnose ausschließt
d. Für diesen Bericht wurden diese LoE-Kategorien als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4).

CDR: Clinical Decision Rule; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SR: systematische Übersicht

Evidenzgraduierung (Therapie)

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?^a
1a	Systematische Übersicht (SR) von randomisierten klinischen Studien (RCTs)	ja
1b	Einzelne RCTs	ja
1c	Alles-oder-Nichts	ja
2a	SR von Kohortenstudien	nein
2b	Einzelne Kohortenstudie oder RCT mäßiger Qualität	unklar
2c	„Outcomes“-Research-Studien, Ökologische Studien	unklar
3a	SR von Fall-Kontrollstudien	nein
3b	Einzelne Fall-Kontrollstudie	nein
4	Fallserien (oder Kohorten-/Fall-Kontrollstudien mäßiger Qualität)	nein ^b
5	Expertenmeinung ohne explizite Bewertung der Evidenz, oder basierend auf physiologischen Modellen, Laborforschung oder Definitionen	nein ^b
a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen 1a und 1b der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. Für diesen Bericht wurden diese LoE-Kategorien als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SR: systematische Übersicht		

Korownyk 2022: PEER simplified chronic pain guideline

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
strong	We recommend...	ja
weak	We suggest...	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
high	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	nein
low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate	nein ^b
very low	Any estimate of effect is very uncertain	nein ^b
a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen nach GRADE. b. Für diesen Bericht wurden diese LoE-Kategorien als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence		

Langford 2022: Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing opioid analgesics

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
Recommendation for	A „recommendation for“ is given when the guideline development group is confident that the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects. This implies that most or all individuals will be best served by the recommended course of action.	ja
Recommendation against	A „recommendation against“ is given when the guideline development group is confident that the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects. This implies that most or all individuals will be best served by the recommended course of action.	ja
Conditional recommendation for	A „conditional recommendation for“ is given when the guideline development group considers that the intervention’s desirable effects probably outweigh the undesirable effects but appreciable uncertainty exists. A conditional recommendation implies that not all individuals will be best served by the recommended course of action. There is a need to consider the individual person’s circumstances, preferences and values more carefully than usual.	nein
Conditional recommendation against	A „conditional recommendation against“ is given when the guideline development group considers that the intervention’s undesirable effects outweigh the desirable effects but appreciable uncertainty exists. A conditional recommendation implies that not all individuals will be best served by the recommended course of action. There is a need to consider the individual person’s circumstances, preferences and values more carefully than usual.	nein
Consensus recommendation	A consensus recommendation can be given for or against an intervention. This type of recommendation is used when there is not enough evidence to give an evidence-based recommendation but the guideline development group still considers it important to give a recommendation. These recommendations are made based on expert opinion and were formulated by a consensus process.	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?^a
high	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.	ja
moderate	We are moderately confident in the effect estimate. The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.	nein
low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.	nein ^b
very low	We have very little confidence in the effect estimate. The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.	nein ^b
a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen nach GRADE. b. Für diesen Bericht wurden diese LoE-Kategorien als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence		

NASS 2020: Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis and treatment of low back pain

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
A	“A” recommendations indicate a test or intervention is “recommended”	ja
B	“B” recommendations “suggest” a test or intervention	nein
C	“C” recommendations indicate a test or intervention “may be considered” or “is an option”	nein
I	“I” or “Insufficient Evidence” statements clearly indicate that “there is insufficient evidence to make a recommendation for or against” a test or intervention	nein
work group consensus	Work group consensus statements clearly state that “in the absence of reliable evidence, it is the work group’s opinion that” a test or intervention may be appropriate	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des NVL-Programms. Allerdings lassen sich die Erläuterungen zu den GoR nur bedingt auf die NVL-Kategorie übertragen. Es wird aber davon ausgegangen, dass der höchste von den Leitlinienautoren verwendete GoR „A“ eine starke Empfehlung darstellt. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinie		

Evidenzgraduierung (Diagnostik)

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
Level I	- Testing of previously developed diagnostic criteria on consecutive patients (with universally applied reference “gold” standard) - Systematic review^b of Level I studies	ja
Level II	- Development of diagnostic criteria on consecutive patients (with universally applied reference “gold” standard) - Systematic review^b of Level II studies	nein
Level III	- Study of non-consecutive patients; without consistently applied reference “gold” standard - Systematic review^b of Level III studies	nein
Level IV	- Case control study^c - Poor reference standard	nein
Level V	Expert opinion	nein ^d
a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. A combination of results from two or more prior studies. c. Patients identified for the study based on their outcome, called “cases”; eg, failed total arthroplasty, are compared to those who did not have outcome, called “controls”; eg, successful total hip arthroplasty. d. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

Evidenzgraduierung (Therapie)

Symbol	Therapie	Hohe LoE-Kategorie? ^a
Level I	- High quality randomized trial with statistically significant difference or no statistically significant difference but narrow confidence intervals - Systematic review^b of Level I RCTs (and study results were homogenous^c)	ja
Level II	- Lesser quality RCT (eg, < 80% follow-up, no blinding, or improper randomization) - Prospective^d comparative study^e - Systematic review^b of Level II studies or Level I studies with inconsistent results	unklar
Level III	- Case-control study^f - Retrospective^g comparative study^e - Systematic review^b of Level III studies	nein
Level IV	Case series ^h	nein ⁱ
Level V	Expert opinion	nein ⁱ

a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung.
b. A combination of results from two or more prior studies.
c. Studies provided consistent results.
d. Study was started before the first patient enrolled.
e. Patients treated one way (eg, cemented hip arthroplasty) compared with a group of patients treated in another way (eg, uncemented hip arthroplasty) at the same institution.
f. Patients identified for the study based on their outcome, called "cases"; eg, failed total arthroplasty, are compared to those who did not have outcome, called "controls"; eg, successful total hip arthroplasty.
g. The study was started after the first patient enrolled.
h. Patients treated one way with no comparison group of patients treated in another way.
i. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4).
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; SR: systematische Übersicht

NICE 2021: Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain

NICE 2020: Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
must (or must not)	If there is a legal duty to apply a recommendation, or the consequences of not following a recommendation are extremely serious, the recommendation should use 'must' or 'must not' and be worded in the passive voice.	ja
directive language such as 'offer' (or 'do not offer')	In recommendations on activities or interventions that should (or should not) be offered, use directive language such as 'offer' (or 'do not offer'), 'advise', or 'ask about'. In keeping with the principles of shared decision-making, people may choose whether or not to accept what they are offered or advised.	ja
consider	If there is a closer balance between benefits and harms (activities or interventions that could be used), use 'consider'.	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des NVL-Programms. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinien		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
high	further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
moderate	further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	nein
low	further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate	nein ^b
very low	any estimate of effect is very uncertain	nein ^b
a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen nach GRADE. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence		

SIGN 2019: Management of chronic pain

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
A	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results	ja
B	A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+	unklar
C	A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or extrapolated evidence from studies rated as 2++	nein
Good clinical practice		
☒	Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung des NVL-Programms. GoR: Grade of Recommendation; NVL: Nationale VersorgungsLeitlinien		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
1++	high quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias	ja
1+	well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias	ja
1–	meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias	ja
2++	high quality systematic reviews of case-control or cohort studies high quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal	nein
2+	well-conducted case-control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal	nein
2–	case-control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal	nein
3	non-analytic studies, e.g. case reports, case series	nein ^b
4	expert opinion	nein ^b
a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen Ia und Ib der vom G-BA verwendeten Evidenzklassifizierung. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). G-BA: gemeinsamer Bundesausschuss; LoE: Level of Evidence		

VADoD 2022: Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of low back pain

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
strong for	We recommend...	ja
seek for	We suggest...	nein
neither for nor against	There is insufficient evidence to recommend for or against...	nein
strong against	We recommend against...	ja
weak against	We suggest against...	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie? ^a
high	further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect	ja
moderate	further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate	nein
low	further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate	nein ^b
very low	any estimate of effect is very uncertain	nein ^b
a. Der Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen nach GRADE. b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4). GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence		

WHO 2023: WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings

Empfehlungsgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
Strong in favour	The GDG is confident that the desirable effects (benefits) of implementing the recommendation clearly outweigh the undesirable effects (harms). Implications: ▪ People with CPLBP: almost all people with CPLBP would want the intervention and only a small proportion would not ▪ Health care workers: most patients with CPLBP should receive the intervention ▪ Policy-makers: the recommendation can be adopted as a policy in most situations. Strong recommendations are directives that are meant to be followed by all or almost all guideline users and under all or almost all foreseeable circumstances.	ja
Conditional in favour	The GDG concludes that the desirable effects of adherence to the recommendation probably outweigh the undesirable effects (i.e. there is some evidence of likely benefit to some people) but it is not confident. Additional considerations: ▪ Relevant information about the various factors that influence the strength of a recommendation (effectiveness, cost, feasibility) is not available or uncertain ▪ There are no harms, minimal harms, or acceptable harms ▪ The intervention/outcomes are valued by people, the intervention will not increase inequity, resource requirements are reasonable, and the intervention is feasible and acceptable in most settings. ▪ The intervention may not be suitable for everyone: this means There will be a need for clinical judgement about the appropriateness of the intervention for the person, shared decision-making with the person and substantial discussion with policy-makers about context relevance and implementation feasibility (e.g. removing access barriers, reorganization of health services).	nein
Strong against	The GDG is confident that the undesirable effects (harms) of implementing intervention clearly outweigh the desirable effects (benefits). Implications: ▪ People with CPLBP: most people with CPLBP would not want the intervention and only a small proportion would want it ▪ Health care workers: most patients with CPLBP should not receive the intervention ▪ Policy-makers: the intervention should not be adopted as a policy in most situations. Strong recommendations are directives that are meant to be followed by all or almost all guideline users and under all or almost all foreseeable circumstances.	ja

Symbol	Bedeutung	Hohe GoR-Kategorie? ^a
Conditional against	The GDG concludes that the undesirable effects of adherence to the recommendation probably outweigh the desirable effects (i.e. there is some evidence of likely harm to some people) but it is not confident. Additional considerations: ▪ There is no evidence of benefit or benefit is likely only in some situations or among some populations/subgroups ▪ There is evidence of harms and/or other reasons why health policy or decision-makers should not implement the intervention. These other reasons include: ▪ the intervention is likely to increase inequities ▪ the resource requirements to provide the intervention are not reasonable ▪ delivery of the intervention is not feasible in most settings ▪ the intervention is not acceptable to people with CPLBP and health care workers. ▪ Most fully informed individuals would not want to receive the intervention, but some might consider it. This means there is a need for clinical judgement about the appropriateness of the intervention and shared decisionmaking with the person concerned. The intervention is unlikely to be adopted by policy-makers.	nein
No recommendation	There was no evidence (benefits or harms) for an intervention (zero trials) or: ▪ the GDG judged that the evidence base was too limited in volume and quality to allow the balance between benefits and harms to be confidently assessed, making an EtD process unfeasible; or ▪ the GDG judged that the balance between benefits and harms was so equivocal a judgement could not be made with confidence.	nein
Good practice statement	Good practice statements typically represent situations in which a large body of indirect evidence, including indirect comparisons, unequivocally demonstrates the net benefit of the recommended action.	nein
a. Der Abgleich erfolgte mit der Graduierungseinstufung nach GRADE. GoR: Grade of Recommendation; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation		

Evidenzgraduierung

Symbol	Bedeutung	Hohe LoE-Kategorie?^a
high	The GDG is very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.	ja
moderate	The GDG is moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.	nein
low	The confidence of the GDG in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.	nein ^b
very low	The GDG is has very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of the effect.	nein ^b
a. Abgleich erfolgte mit den Evidenzstufen nach GRADE.		
b. Für diesen Bericht wurde diese LoE-Kategorie als niedrig eingestuft (vgl. Abschnitt A2.4).		
GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; LoE: Level of Evidence		

A10 OECD-Mitgliedsstaaten

- Australien
- Belgien
- Chile
- Costa Rica
- Dänemark
- Deutschland
- Estland
- Finnland
- Frankreich
- Griechenland
- Irland
- Island
- Israel
- Italien
- Japan
- Kanada
- Kolumbien
- Lettland
- Litauen
- Luxemburg
- Mexiko
- Neuseeland
- Niederlande
- Norwegen
- Österreich
- Polen
- Portugal
- Republik Korea
- Schweden
- Schweiz
- Slowakische Republik
- Slowenien
- Spanien
- Tschechische Republik
- Türkei
- Ungarn
- Vereinigtes Königreich
- Vereinigte Staaten von Amerika

A11 Offenlegung von Beziehungen des externen Sachverständigen

Im Folgenden sind die Beziehungen des externen Sachverständigen zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung von Beziehungen“. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

Externer Sachverständiger

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Niemier, Kay	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein

Im „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ wurden folgende 7 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband angestellt oder für diese / dieses / diesen selbstständig oder ehrenamtlich tätig bzw. sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor eine Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. eine Klinik, eine Einrichtung der Selbstverwaltung, eine Fachgesellschaft, ein Auftragsforschungsinstitut), ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Medizinproduktehersteller oder einen industriellen Interessenverband beraten (z. B. als Gutachter/-in, Sachverständige/r, in Zusammenhang mit klinischen Studien als Mitglied eines sogenannten Advisory Boards / eines Data Safety Monitoring Boards [DSMB] oder Steering Committees)?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

Frage 4: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband sogenannte Drittmittel erhalten (d. h. finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen)? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 5: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen, z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse erhalten von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen,

einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einem Auftragsforschungsinstitut), eines pharmazeutischen Unternehmens, eines Medizinprodukteherstellers oder eines industriellen Interessenverbands? Besitzen Sie Anteile eines sogenannten Branchenfonds, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Medizinproduktehersteller ausgerichtet ist? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis, ein Medizinprodukt, eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

Frage 7: Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer medizinischen Leitlinie oder klinischen Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht von unvoreingenommenen Betrachtenden als Interessenkonflikt bewertet werden können, z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen bzw. Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen?