

äzq Schriftenreihe
Band 19



Leitlinien- Clearingbericht „Chronischer Rückenschmerz“

**Leitlinien-Clearingverfahren
von Bundesärztekammer
und Kassenärztlicher Bundesvereinigung
in Kooperation mit
Deutscher Krankenhausgesellschaft
Spitzenverbänden der Krankenversicherungen
und Gesetzlicher Rentenversicherung**



ISBN 3-89906-910-2

ISSN 1611-4906

© 2005 by ÄZQ

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsame Einrichtung von BÄK und KBV)
Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz - 10623 Berlin
Postfach 12 02 64 - D-10592 Berlin

Verlag videel OHG, Niebüll
Schmiedestr. 11 - 25899 Niebüll
Tel.: 04661 - 90010, Fax: 04661 - 900179
eMail: info@videel.de
<http://www.videel.de>

Gesamtherstellung: videel, Niebüll

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers oder des Verlages reproduziert werden. Der Herausgeber hat das Recht, Teile des Werkes oder das Gesamtwerk elektronisch zu publizieren.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available in the Internet at <http://dnb.ddb.de>.

Impressum

Herausgeber:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsame Einrichtung der
Bundesärztekammer und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

LEITLINIEN-CLEARINGSTELLE

im Auftrag von:

Bundesärztekammer
Kassenärztlicher Bundesvereinigung
Deutscher Krankenhausgesellschaft
Spitzenverbänden der Krankenversicherungen
Gesetzlicher Rentenversicherung

Autoren:

PD Dr. med. D. Banzer, Berlin
Prof. Dr. med. B. Greitemann, Bad Rothenfelde
Dr. med. K. Güttler, Köln
Dr. med. U. Hankemeier, Bielefeld
Prof. Dr. phil. M. Hasenbring, Bochum
PD Dr. med. M. Haupts, Bochum
Dr. med. A. Liesenfeld, Amöneburg
Dr. med. P. Metz-Stavenhagen, Bad Wildungen
Prof. Dr. med. W.-I. Steudel, Homburg
PD Dr. med. R. E. Willburger, Bochum

Moderation:

Frau PD Dr. Ina Kopp, Theoretische Chirurgie, Philips-Universität, Marburg

Redaktion:

Henning Thole, HMA, Ärztlicher Referent der Leitlinien-Clearingstelle des ÄZQ, Berlin

Anschrift des Herausgebers:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Leitlinien-Clearingstelle
Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz
D 10623 Berlin

Telefon 030 – 4005 - 2500
Telefax 030 – 4005 - 2555
e-mail: clearingstelle@azq.de
Internet: <http://www.leitlinien.de>

©2005 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Das Ärztliche Zentrum für
Qualität in der Medizin ist
Gründungsmitglied des



Beteiligte am Vertrag zum Leitlinien-Clearingverfahren

Bundesärztekammer

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Deutsche Krankenhausgesellschaft

AOK-Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

IKK-Bundesverband

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Bundesknappschaft

See-Krankenkasse

Verband der privaten Krankenversicherung

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Wichtiger Hinweis:

Dieser Bericht enthält Beispiele und Zitate aus nationalen und internationalen Leitlinien und anderen Quellen, in denen Verfahren (z. B. Diagnostik, Präparate und Dosierungen oder andere Therapien) genannt werden, die u. U. nicht für den deutschen Verordnungsraum gültig oder zugelassen sind.

Für Angaben zu Verfahren und deren Anwendung kann vom Verlag oder den Autoren keine Gewähr übernommen werden.

Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Verfahren die zulässige Indikation, Kontraindikationen oder Anwendung festzustellen, insbesondere, ob diese gegenüber der Angabe in diesem Werk abweichen.

Jede Anwendung oder Dosierung erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die Beispiele in den einzelnen Kapiteln sind z. T. redaktionell überarbeitet oder gekürzt, Maßgeblich sind die Darstellungen der Original-Leitlinien in der hier zitierten Fassung.

Die innerhalb der Beispiele ggf. aufgeführten Literaturangaben beziehen sich auf das Literaturverzeichnis der jeweiligen Original-Leitlinie (Version und Fassung s. Quellenangabe). Die Beispiele in den einzelnen Kapiteln sind z. T. redaktionell überarbeitet oder gekürzt. Maßgeblich sind die Darstellungen der Original-Leitlinien in der hier zitierten Fassung.

Inhaltsverzeichnis:

Übersicht 1: Bewertete Leitlinien	8
Übersicht 2: Beispiele (vorbildliche Textbausteine)	11
Übersicht 3: Abbildungen	12
Übersicht 4: Tabellen	12
Übersicht 5: Verwendete Abkürzungen	13
A. Zusammenfassung (Abstract)	14
B. Zusammenstellung der Vorschläge (Executive Summary)	18
B.0 Präambel – Grundsätzliche Anforderungen.....	18
B.1 Struktur, Ziele und Anwendungsbereich einer Leitlinie „chron. Rückenschmerz“ ..	18
B.1.1 Struktur und Inhalte einer nationalen Leitlinie „chronischer Rückenschmerz“	18
B.1.2 Ziele	18
B.1.3 Definition	19
B.1.4 Anwendungsbereich.....	19
B.2 Krankheitsursachen	19
B.3 Diagnostik und Diagnose	20
B.3.1 Anamnese.....	22
B.3.2 Neurologische Diagnostik	22
B.3.3 Radiologische Diagnostik	22
B.3.4 Beschwerdeursachen	23
B.3.5 Risiko- / Chronifizierungs- / Prognosefaktoren	23
B.3.6 Schmerzevaluation und Risikobeurteilung	24
B.4 Therapieziele	25
B.5 Prävention	26
B.6 Therapieverfahren.....	26
B.6.1 Grundsätze der Behandlungsstrategie.....	26
B.6.2 Nichtinvasive (Nicht-Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren	26
B.6.2.1 Nicht-medikamentöse Therapie (Physiotherapie und Physikalische Therapie) ..	26
B.6.2.2 Medikamentöse Therapie	27
B.6.3 Invasive (Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren.....	27
B.6.3.1 Injektions- / Infiltrationsverfahren.....	27
B.6.3.2 Operative Methoden	28
B.6.3.3 weitere operative Verfahren	28
B.7 Rehabilitation.....	29
B.8 Patienteninformation / Patienten-Empowerment und Edukation	29
B.9 Qualität der Versorgung und Hinweise zur wirtschaftlichen Versorgung	30
B.10 Disseminierung und Implementierung / Aspekte von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit	31
C. Clearingverfahren chronischer Rückenschmerz – Methodik und Durchführung	35
C.0 Hintergrund und Ziele des Leitlinien-Clearingverfahrens.....	35
C.1 Methodik des Leitlinien-Clearingverfahrens	36
C.2 Durchführung des Clearingverfahrens.....	37
C.2.1 Priorisierung von Leitlinienthemen.....	38
C.2.2 Einrichtung und Aufgaben eines themenbezogenen Expertenkreises.....	39
C.2.3 Auswahlkriterien für die Zusammensetzung der Expertenkreise.....	39
C.2.4 Zusammensetzung des Expertenkreises „chronischer Rückenschmerz“	40
C.2.5 Recherche und Selektion von Leitlinien:	40
C.2.6 Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien	43
C.2.7 Bewertung der inhaltlichen Qualität von Leitlinien.....	43

C.3	Ergebnisse des Clearingverfahrens „chronischer Rückenschmerz“	44
C.3.1	Ergebnisse der Leitlinienrecherche und Auswahl der Leitlinien	44
C.3.2	Ergebnisse der methodischen Bewertung	44
C.4	Endprodukte und Umsetzung der Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahrens „chronischer Rückenschmerz“	47
C.5	Ablauf der Arbeit des Expertenkreises „chronischer Rückenschmerz“	48
D.	Hauptdokument	49
D.0	Präambel	49
D.1	Struktur, Ziele und Anwendungsbereich einer Leitlinie „chron. Rückenschmerz“	52
D.1.1	Vorschläge zu Struktur und Inhalten einer nationalen Leitlinie „chronischer Rückenschmerz“	52
D.1.2	Ziele	54
D.1.3	Definition	55
D.1.4	Anwendungsbereich	57
D.2	Krankheitsursachen	58
D.3	Diagnostik und Diagnose	60
D.3.1	Anamnese	63
D.3.2	Neurologische Diagnostik	64
D.3.3	Radiologische Diagnostik	66
D.3.4	Beschwerdeursachen	73
D.3.5	Risiko- / Chronifizierungs- / Prognosefaktoren	75
D.3.6	Schmerzevaluation und Risikobeurteilung	81
D.4	Therapieziele	84
D.5	Prävention	87
D.6	Therapieverfahren	90
D.6.1	Grundsätze der Behandlungsstrategie	90
D.6.2	Nichtinvasive (Nicht-Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren	93
D.6.2.1	Nicht-medikamentöse Therapie (Physiotherapie und physikalische Therapie)	93
D.6.2.2	Medikamentöse Therapie	97
D.6.3	Invasive (Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren	100
D.6.3.1	Injektions- / Infiltrationsverfahren	100
D.6.3.2	Operative Methoden	102
D.6.3.3	weitere operative Verfahren	105
D.7	Rehabilitation	106
D.8	Patienteninformation / Patienten-Empowerment und Edukation	109
D.9	Qualität der Versorgung und Hinweise zur wirtschaftlichen Versorgung	116
D.10	Disseminierung und Implementierung / Aspekte von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit	118
E.	Anhang	124
E.0	Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung	124
E.1	Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ 98/99 (00/01)	128
E.2	Bewertung der technischen Qualität von Leitlinien	131
E.3	Strukturierte Leitlinien-Abstracts der methodischen Bewertung	132
E.3.1	ANAES, LL 1	132
E.3.2	AAOS, LL 2	134
E.3.3	ABFP, LL 3	137
E.3.4	ASIPP, LL 4	139
E.3.5	AkdÄ, LL 5	141
E.3.6	CSAG, LL 6	144
E.3.7	DGPMR, LL 7a	146
E.3.8	DGPMR, LL 7b	148
E.3.9	DGN, LL 8a	150

E.3.10	DGN, LL 8b	152
E.3.11	DGNR, LL 9	154
E.3.12	DGOOC, LL 10a	156
E.3.13	DGOOC, LL 10b	158
E.3.14	DGOOC, LL 10c	160
E.3.15	DGOOC, LL 10d	162
E.3.16	DGSP, LL 11	164
E.3.17	FOM, LL 12	166
E.3.18	DUODECIM, LL 13a	168
E.3.19	DUODECIM, LL 13b	171
E.3.20	DUODECIM, LL 13c	174
E.3.21	ICSI, LL 14	177
E.3.22	NASS, LL 15a	180
E.3.23	NASS, LL 15b	182
E.3.24	NASS, LL 15c	184
E.3.25	NSW, LL 16	186
E.3.26	PP APTA CPG, LL 17	188
E.3.27	Prodigy, LL 18	190
E.3.28	UOF, LL 19	192
E.3.29	VHA, LL 20	194
E.4	Recherche-Datenbanken „chronischer Rückenschmerz“	196

Übersicht 1: Bewertete Leitlinien

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Diagnosis, management and follow-up of patients with chronic low back pain. 2000.
Internet: <http://www.anaes.fr/ANAES/framedef.nsf/WebMasterparpage/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument>
2. American Association of Orthopedic Surgeons. Clinical guideline on low back pain (Phase I and II and Support Document). 2002.
Internet: http://www.aaos.org/wordhtml/pdfs_r/guidelin/chart_06.pdf and http://www.aaos.org/wordhtml/pdfs_r/guidelin/chart_07.pdf
3. American Board of Family Practice. Low back pain. 2001.
Internet: <https://www.abfp.org/guides/LowBackPain.pdf>
4. American Society of Interventional Pain Physicians, Manchikanti L. Evidence-based practice guidelines for interventional techniques in the management of chronic spinal pain. Pain Phys 2003;6(1):3-81.
Internet: <http://www.asipp.org/documents/Guidelines%202003.pdf>
5. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Kreuzschmerzen. 2000.
Internet: http://www.akdae.de/35/10Hefte/91_Kreuzschmerzen_2000_2Auflage.pdf;
6. Clinical Standards Advisory Group. Back pain. Report of a CSAG Committee on back pain. 1994.
7. Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
 - a. Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Leitlinie: Bandscheibenvorfall. 1997.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/phymed03.htm>
 - b. Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Leitlinie: Chronisch unspezifischer Rückenschmerz. 1997.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/phymed01.htm>
8. Deutsche Gesellschaft für Neurologie
 - a. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Lumbale Radikulopathie. 2002.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/neur-058.htm>
 - b. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Zervikale Radikulopathie. 2002.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/neur-082.htm>
9. Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie. Lumbale Nervenwurzelkompression. 1998.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/neura005.htm>

10. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie
 - a. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, Haaker R. Bandscheibenbedingte Ischialgie. In: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, editors. Leitlinien der Orthopädie. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2002. p. 5-10.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/orth-023.htm>
 - b. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, Matzen K. Lumbale Spinalkanalstenose. In: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, editors. Leitlinien der Orthopädie. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2002. p. 127-30.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/orth-014.htm>
 - c. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie. Morbus Scheuermann. 2003.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/orth-040.htm>
 - d. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, Matzen K. Spondylolisthesis. In: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, editors. Leitlinien der Orthopädie. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2002. p. 191-5.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/orth-029.htm>
11. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen. 2003.
Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/sozm-001.htm>
12. Faculty of Occupational Medicine. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work. Principal recommendations and evidence review. 2000.
Internet: http://www.facocmed.ac.uk/Content/downloads_nav.htm
13. Finish Medical Society Duodecim
 - a. Finish Medical Society Duodecim. Low back pain. 2004.
Internet: <http://www.ebm-guidelines.com>
 - b. Finish Medical Society Duodecim. Lumbar spinal stenosis. 2003.
Internet: <http://www.ebm-guidelines.com>
 - c. Finish Medical Society Duodecim. Radiculopathies. 2004.
Internet: <http://www.ebm-guidelines.com>
14. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult low back pain. 2004.
Internet: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=149>

15. North American Spine Society

- a. North American Spine Society. Herniated disc. In: American Spine Society, editor. North American Spine Society phase III clinical guidelines for multidisciplinary spine care specialists. 2000.
- b. North American Spine Society. Spondylolysis, lytic spondylolisthesis and degenerative spondylolisthesis (SLD). In: American Spine Society, editor. North American Spine Society phase III clinical guidelines for multidisciplinary spine care specialists. 2000.
- c. North American Spine Society. Unremitting low back pain. In: American Spine Society, editor. North American Spine Society phase III clinical guidelines for multidisciplinary spine care specialists. 2000.

16. NSW Therapeutic Assessment Group. Low back pain. 2002.

Internet:

<http://www.clininfo.health.nsw.gov.au/nswtag/publications/guidelines/LowBackPain4=12=02.pdf>

17. Philadelphia Panel. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. Phys Ther 2001;81(10):1641-74.

Internet: <http://www.ptjournal.org/PTJournal/October2001/v81n10p1641.cfm>

18. Prodigy. Back pain, lower. 2004.

Internet: <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=back%20pain%20-%20lower>

19. State of Florida Agency for Health Care Administration Florida Department of Health. Universe of Florida patients with low back pain or injury - Medical practice guidelines. J Back Musculoskel Rehabil 1999;21(1):35-65.

20. Veterans Health Administration. Low back pain and sciatica in primary care (LBP). 1999.

Internet: http://www.oqp.med.va.gov/cpg/LBP/LBP_Base.htm

Übersicht 2: Beispiele (vorbildliche Textbausteine)

Beispiel 1: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis	51
Beispiel 2: Leitlinien-Manual	51
Beispiel 3: Artikel der GRADE-Working-Group zur Klassifizierung von Empfehlungen	51
Beispiel 4: Exemplarisches Inhaltsverzeichnis des NASS-Leitlinie „Unremitting Low Back Pain“ ...	53
Beispiel 5: Definition des (chronischen) Rückenschmerzes orientiert am ICD mit ergänzenden Hinweisen auf weitere Vorgehensweisen, LL 14, ICSI, S. 12	55
Beispiel 6: Definition und Klassifikation, LL 5, AkdÄ, S. 6	56
Beispiel 7: Angabe wesentlicher diagnostischer Elemente mit initialer Nicht-operativer Therapie, Re-Evaluation und „chronischem“ Management, LL 14, ICSI, S. 23.....	62
Beispiel 8: Anamneseerhebung mit Angabe von „Red Flags“, LL 3, ABFP, S. ii	63
Beispiel 9: Angabe wesentlicher diagnostischer Elemente bei Vorliegen statischer neurologischer Defizite mit initialer nicht-operativer Therapie, Re-Evaluation und „chronischem“ Management, LL 14, ICSI, S. 24.....	65
Beispiel 10: Indikationen für lumbosakrale Röntgendiagnostik mit Angabe besonderer psychologischer Umstände, LL 3, ABFP, S. 18.....	66
Beispiel 11: Indikationen für spezielle Verfahren (hier: CT und MRT) mit Gegenüberstellung, LL 14, ICSI, S. 19.....	67
Beispiel 12: Angabe über hinzuzuziehende Fachgruppen für weiterführende Diagnostik, LL 14, ICSI, S. 18ff	68
Beispiel 13: Diagnostischer Algorithmus unter Einbeziehung verschiedener Fachgruppen mit Zeitangaben, LL 5, AkdÄ, S. 8	69
Beispiel 14: Kurzfassung des Gesamtmanagements inklusive diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, LL 15c, NASS, S. 17ff, Table I.....	70
Beispiel 15: Kurzfassung des Gesamtmanagements inklusive diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, LL 15c, NASS, S. 17ff, Table II	71
Beispiel 16: Mögliche Problembereiche als Auslöser für Rückenschmerzen, LL 3, ABFP, S. 10.....	74
Beispiel 17: Chronifizierungsfaktoren: Angabe besonderer bio-psycho-sozialer Chronifizierungsaspekte, LL 5, AkdÄ, S. 5.....	76
Beispiel 18: Elemente der physischen und psychosoz. (Re-) Evaluation, LL 14, ICSI, S. 16/17.....	77
Beispiel 19: Psychosoziale Riskofaktoren ‚Yellow Flags‘ unter Berücksichtigung von Arbeitsplatzbedingungen, LL 12, FoOM, Fig. 2	78
Beispiel 20: Psychosoziale Screening und Assessment-Tools, LL 14, ICSI, S. 28.....	79
Beispiel 21: Angabe verschiedener Faktorensammlungen zur Prognoseeinschätzung, hier bezogen auf Arbeitsplatzsituationen, LL 12, FoOM, Kap. D.....	80
Beispiel 22: Generelles Beispiel, Leitlinie Nr. 1 der Literaturliste (ANAES)	83
Beispiel 23: Generelles Beispiel, Leitlinie Nr. 3 der Literaturliste (ABFP).....	83
Beispiel 24: Generelles Beispiel, Leitlinie Nr. 14 der Literaturliste (ICSI)	83
Beispiel 25: Behandlungsziel, LL 5, AkdÄ, S. 9	85
Beispiel 26: Therapieziele, LL 7a, DGPMR.....	85
Beispiel 27: Therapieziele mit Angabe von Erhebungsinstrumenten, LL 10b, DGOOC.....	86
Beispiel 28: Empfehlungen für die Prävention, hier unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsplatzsituation, LL 12, FoOM, Tab. C	88
Beispiel 29: Evidence-Tables für Leitlinieninhalte, Bereich „Prävention“, LL 12, FoOM, Table 1a ..	88
Beispiel 30: Übersichtliche Behandlungsstrategie mit Nennung von Schnittstellen, LL 14, ICSI, S. 1, Flowchart (gekürzt)	92
Beispiel 31: Allgemeine Maßnahmen, Darlegung unter Einbeziehung auf Eigenaktivität, Fokus allerdings auf „akuter Rückenschmerz“, Multimodalität unzureichend, LL 14, ICSI, S. 12/13	93
Beispiel 32: Hinweise auf zu vermeidende Maßnahmen, LL 6, CSAG, S. 65.....	94
Beispiel 33: Evidenzgrundlagen für die Elemente der Therapie, LL 1, ANAES, S. 11.....	94
Beispiel 34: (Nichtmedikamentöse) Therapiestrategie, LL 1, ANAES, S. 12	96
Beispiel 35: Pharmakotherapie, LL 5, AkdÄ, S. 12 ff	99

Beispiel 36: Darstellung der Injektionsverfahren innerhalb des Gesamtmanagements nach nicht-invasiven Methoden, Betonung der relativen Indikation, LL 15c, NASS, S. 43 ff.....	101
Beispiel 37: Algorithmus für therapeutisches Procedere, LL 15c, NASS, Flowchart	104
Beispiel 38: Multidisziplinäre Rehabilitationsprogramme, LL 6, CSAG, S. 63 ff.	107
Beispiel 39: Aktive Rehabilitationsprogramme, LL 12, FoOM, Fig. 3.....	108
Beispiel 40: Angabe konkreter Inhalte für Therapeut und Patient in bezug auf körperliche Übungen, LL 3, ABFP, S. 38	111
Beispiel 41: Edukation im Hinblick auf Angstreduktion und Aktivierung, LL 18, Prodigy, S. 5	112
Beispiel 42: Zusammenfassende Empfehlung zur Patientenmitarbeit, LL 14, ICSI, S. 7	112
Beispiel 43: Angaben zu Instrumenten der psychosozialen Re-Evaluation, LL 14, ICSI, S. 17....	112
Beispiel 44: Tests, die wesentl. psychologische Fragen beantworten helfen, LL 14, ICSI, S. 27	113
Beispiel 45: weiterführende Literatur für den Bereich „Umgang mit Compliance-Problemen“	114
Beispiel 46: Überweisung zur weiterfüh. Untersuchung mit Zeitangaben, LL 6, CSAG, S. 65....	117
Beispiel 47: Materialien zur Implementierung, LL 5, AkdÄ	123

Übersicht 3: Abbildungen

Abbildung 1: Arbeitsschritte des Leitlinien-Clearingverfahrens	36
Abbildung 2: Einsatzmöglichkeiten des Clearingberichtes	48

Übersicht 4: Tabellen

Tabelle 1: Zusammenfassung der Bewertungsergebnisse.....	16
Tabelle 2: Durchführung des Leitlinien-Clearingverfahrens	37
Tabelle 3: Zusammensetzung des Expertenkreises chronischer Rückenschmerz	40
Tabelle 4: Ergebnisse der methodischen Bewertung	44
Tabelle 5: Inhaltliche Eckpunkte im Leitlinien-Clearingverfahren „chronischer Rückenschmerz“ ..	52

Übersicht 5: Verwendete Abkürzungen

BG	Berufsgenossenschaft
BWS	Brustwirbelsäule
cRS	Chronischer Rückenschmerz
CT	Computertomographie
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EMG	Elektromyogramm
EU	Europäische Union
GdB	Grad der Behinderung
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HWS	Halswirbelsäule
ICD	International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
LL	Leitlinie(n)
LWS	Lendenwirbelsäule
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
MRT	Magnet(feld)resonanztomografie
NSAID	nonsteroidal anti-inflammatory drug (nichtsteroidales Antiphlogistikum)
NSAR	nichtsteroidale Antirheumatika
Rö	Röntgen
RS	Rückenschmerz
SCS	spinal cord stimulation (Rückenmarkstimulation)
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung(en)
VAS	Visuelle Analogskala
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
ZNS	Zentrales Nervensystem

A. Zusammenfassung (Abstract)

Hintergrund und Zielsetzung

Zur Qualitätsförderung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischem Rückenschmerz verabredeten die Partner des Leitlinien-Clearingverfahren im März 2002 die Durchführung eines Clearingverfahrens zu deutsch- und englischsprachigen Leitlinien zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes.

Ziel dieses Clearingverfahrens ist die vergleichende Qualitätsdarlegung von Methodik und Inhalt von Leitlinien und daraus resultierend die Entwicklung von Empfehlungen, die bei der Entwicklung einer nationalen, evidenzbasierten Leitlinie zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes beachtet werden sollen.

Recherche

Systematische Datenbankrecherche nach deutsch- und englischsprachigen ärztlichen Leitlinien zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes im Angebot des Leitlinien-Informationssystems des ÄZQ unter <http://www.leitlinien.de> und in Literaturdatenbanken für den Zeitraum von 1993 bis 2003. Die Gesamttrefferzahl belief sich auf 920 (+912 Cochrane). Nach Ausschluss von Dubletten bzw. Literaturzitaten wurden 198 Titel gesichtet. Im September 2004 wurde in einer Aktualisierungsrecherche 2004 geprüft, ob für die bewerteten Leitlinien aktualisierte Fassungen (Updates) erschienen sind.

Bewertung

Unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien (u. a. überregionaler Anbieter, aktuelle und gültige Version) wurden 29 deutsch- bzw. englischsprachige internationale Leitlinien zur Therapie des chronischen Rückenschmerzes in das Clearingverfahren eingeschlossen. Die Bewertung der methodischen Aspekte der Leitlinien und ihrer Erstellung erfolgte anhand der Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien" (2. Version, 8/1999). Ein multidisziplinär aus Leitlinienanwendern und Methodikern zusammengesetzter Expertenkreis konsenterte die Auswahl der Leitlinien und überprüfte die Bewertung der Methodik. Die inhaltliche Bewertung der Leitlinien erfolgte hinsichtlich ihrer Angemessenheit und Praktikabilität für das deutsche Gesundheitssystem.

I. Ergebnisse der Bewertung der methodischen Qualität

Keine der Leitlinien erfüllt vollständig die Kriterien der Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien". Nur wenige Leitlinien dokumentieren eine systematische Literaturrecherche und weisen gleichzeitig eine Verknüpfung der Leitlinienempfehlungen mit der jeweils zugrunde liegenden Evidenz auf. Einige dieser Leitlinien setzen außerdem ein formalisiertes Konsensusverfahren bei der Entscheidungsfindung ein.

Künftigen deutschen Leitlinienprogrammen zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes wird insbesondere die Berücksichtigung folgender methodischer Aspekte empfohlen:

(1) Formulierung der Empfehlungen auf der Grundlage systematisch recherchierter und bewerteter Evidenz, (2) Verknüpfung von Evidenz und Empfehlungen, (3) Verwendung standardisierter, transparenter Konsensusprozesse, (4) Angaben zur Zusammensetzung des Leitliniengremiums unter Berücksichtigung von relevanten Anwendern und Betroffenen, (5) Darlegung von möglichen Interessenkonflikten, (6) Festlegung von Gültigkeitsdauer und Konkretisierung des Verfahrens für Aktualisierung und Fortschreibung,

(7) Definition des Anwendungsbereiches, (8) Berücksichtigung des Handlungskontextes der angesprochenen Nutzer und der Schnittstellen zwischen den Behandlungsebenen, (9) Einbindung von Patientinnen in Entscheidungsprozesse, (10) Erarbeitung unterschiedlicher, an die Zielgruppen angepassten Versionen für Anwender, Patientinnen und / oder Angehörige, (11) Darlegung eines Implementierungskonzeptes, (12) Beschreibung von Verfahren, wie der Nutzen der Leitlinie sowohl für Patientinnen als auch für das Gesundheitssystem ermittelt werden soll.

II. Ergebnisse der Bewertung der Inhalte

Der Expertenkreis definierte inhaltliche Eckpunkte, die bei Erstellung einer überregionalen deutschen Leitlinie zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes berücksichtigt werden sollen.

Das Ausmaß, in dem die Inhalte der bewerteten Leitlinien den Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems gerecht werden, wurde identifiziert und sich daraus ergebende Probleme benannt. Der Expertenkreis entwickelte entsprechende Vorschläge, die bei der Entwicklung der Struktur und dem Inhalt einer nationalen Leitlinie zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes berücksichtigt werden sollten.

Durch die Auswahl von vorbildlichen Textbausteinen aus den zugrunde liegenden Leitlinien wurden diese Forderungen konkretisiert, für einige Kapitel werden die wesentlichen Anforderungen jedoch über die Vorschläge und nicht über Beispiele konkretisiert.

Keine der bewerteten Leitlinien entspricht vollständig den inhaltlichen Eckpunkten, die die Fokusgruppe für eine überregionale Leitlinie zur Therapie des chronischen Rückenschmerzes empfiehlt. Dies gilt insbesondere in bezug auf eine klare Darstellung des Themas „chronischer Rückenschmerz“ mit klar definierten diagnostischen Begriffen und die Darstellung multimodaler Behandlungsansätze.

Die Bewertung der nationalen und internationalen Leitlinien im Clearingverfahren chronischer Rückenschmerz zeigte jedoch, dass diese bei der Entwicklung einer nationalen Leitlinie zur Behandlung des chronischen Rückenschmerzes, die methodisch und inhaltlich definierten Qualitätskriterien gerecht wird, genutzt werden können.

Schlussfolgerung

Die in diesem Clearingverfahren methodisch und inhaltlich bewerteten Leitlinien verfügen über eine große Zahl hochwertiger Informationen. Diese sollten zusammen mit dem vorgelegten Clearingbericht zur Entwicklung einer Leitlinie zur Therapie des chronischen Rückenschmerzes, die den Qualitätskriterien des Clearingberichtes entspricht, genutzt werden.

Tabelle 1: Zusammenfassung der Bewertungsergebnisse

Inhaltl. Eckpunkte	Leitlinie	1	2	3	4	5	6	7a	7b	8a	8b	9	10a	10b	10c	10d	11
Zuordnung der ausgewählten Beispiele (vorbildliche Textbausteine)																	
Präambel																	
Struktur u. Ziele																	
Struktur																	
Ziele																	
Definition						6											
Anwendungsbereich																	
Krankheitsursachen																	
Diagnostik / Diagnose						13											
Anamnese			8														
Neurologie																	
Radiologie			10														
Beschwerdeursachen			16														
Risiko / Chronifizierungsfaktoren					17												
Schmerzevaluation	22		23														
Therapieziele					25		26							27			
Prävention																	
Therapieverfahren																	
Grundsätze																	
Nichtinvasive Behandlung																	
Nicht-medikamentös	33, 34						32										
Medikamentös						35											
Invasive Behandlung																	
Injektion / Infiltration																	
Operative Methoden																	
Weitere Verfahren																	
Rehabilitation							38										
Patienteninformation			40														
Versorgungsqualität							45										
Disseminierung / Implementierung						46											
Block 1: Entwicklung max. 17 Punkte	5	8	4	5	11	3	4	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Block 2: Format + Inhalt max. 17 Punkte	6	10	7	9	13	10	6	8	5	5	6	6	6	6	6	6	3
Block 3: Anwendbarkeit max. 6 Punkte	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Methodische Qualität Gesamtpunkte max. 40	12	19	12	15	25	13	11	13	8	8	9	10	10	10	10	10	7

Leitlinie Inhaltl. Eckpunkte	12	13 a	13 b	13 c	14	15 a	15 b	15 c	16	17	18	19	20			
Zuordnung der ausgewählten Beispiele (vorbildliche Textbausteine)																
Präambel																
Struktur u. Ziele																
Struktur								4								
Ziele																
Definition					5											
Anwendungsbereich																
Krankheitsursachen																
Diagnostik / Diagnose					7, 12			14, 15								
Anamnese																
Neurologie					9											
Radiologie					11											
Beschwerdeursachen																
Risiko / Chronifizierungsfaktoren	19, 21				18, 20											
Schmerzevaluation					24											
Therapieziele																
Prävention	28, 29															
Therapieverfahren					30											
Grundsätze																
Nichtinvasive Behandlung																
Nicht-medikamentös					31											
Medikamentös																
Invasive Behandlung																
Injektion / Infiltration								36								
Operative Methoden								37								
Weitere Verfahren																
Rehabilitation	39															
Patienteninformation					42, 43, 44						41					
Versorgungsqualität																
Disseminierung / Implementierung																
Block 1: Entwicklung max. 17 Punkte	8	3	3	3	10	4	4	4	3	14	3	2	12			
Block 2: Format + Inhalt max. 17 Punkte	11	10	10	10	12	7	7	7	12	11	9	10	15			
Block 3: Anwendbarkeit max. 6 Punkte	1	1	1	1	3	0	0	0	1	3	2	1	1			
Methodische Qualität Gesamtpunkte max. 40	20	14	14	14	25	11	11	11	16	28	14	13	28			

B. Zusammenstellung der Vorschläge (Executive Summary)

B.0 Präambel – Grundsätzliche Anforderungen

Eine Leitlinie soll:

- die ihr zugrunde liegenden Quellen und Evidenzen aufzeigen und eine Zuordnung zu den Empfehlungen herstellen,
- die Bewertungen der Evidenzen einschließlich von ggf. notwendigen Auf- oder Abbewertungen der Evidenzgrade in bezug auf die Evidenzstufe darlegen,
- eine klare Darstellungsweise der Informationen zu erreichen versuchen,
- sich auf die für die Formulierung von Leitlinien zur Verfügung stehenden EbM- und Konsens Methodiken beziehen,
- diese auf allen Stufen und Schritten der Entwicklung zur Anwendung bringen,
- und den gesamten Entwicklungsprozess durch einen Methodenreport darlegen.
- Die Leitlinie soll ein Verfahren zur Aktualisierung der Empfehlungen angeben.

B.1 Struktur, Ziele und Anwendungsbereich einer Leitlinie „chron. Rückenschmerz“

B.1.1 Struktur und Inhalte einer nationalen Leitlinie „chronischer Rückenschmerz“

>>> Siehe hierzu Kapitel D.1.1 auf S. 52.

B.1.2 Ziele

Eine Leitlinie soll:

- Die zu dem definierten Thema innerhalb der Versorgung des chronischen Rückenschmerzes zugehörigen Ziele so definieren und darlegen, dass diese nachvollziehbar sind und v.a. mögliche Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung der Leitlinie in bezug auf diese Ziele definiert werden können.
- klar darstellen, in welcher Abfolge welche Maßnahmen benötigt werden und wie der Stellenwert der gesamten Nicht-operativen und Medikamentösen Verfahren bei der Behandlung chronischer Rückenschmerzpatienten ist,
- die Bedeutung der Prävention in bezug auf die demographische Entwicklung aufzeigen und Möglichkeiten für eine effektive Krankheitsverhinderung aufzeigen. Dies schließt ein, dass die Leitlinien-Autoren ggf. Materialien für die Aufklärung im Zusammenhang mit der Leitlinie entwickeln müssen. Diese Materialien und Ansätze müssen ggf. zeitlich bereits weit vor der eigentlichen Erkrankung „chronischer Rückenschmerz“ zur Anwendung gebracht werden, und tangieren bzw. durchbrechen hier den Bereich der akuten Rückenschmerzen.
- die Schnittstellenprobleme sowohl durch die Zusammensetzung der am Erstellungsprozess Beteiligten Vertreter verschiedener Fachgruppen und Sektoren als auch durch dementsprechende inhaltliche Empfehlungen aufzeigen und Lösungen anbieten,
- die Möglichkeiten des Krankheits-Managements unter Angabe von Maßnahmen der Verlaufskontrolle in bezug zu den Versorgungsebenen aufzeigen.
- Einen Bezug zwischen den Zielen und den zugrundeliegenden Definitionen herstellen bzw. inhaltlich konkordant sein.

B.1.3 Definition

Eine Leitlinie soll:

- den chronischen Rückenschmerz klar definieren,
- ggf. eine Abgrenzung zum akuten Rückenschmerz darstellen,
- und diese Definition zur Grundlage der weiteren inhaltlichen Empfehlungen machen.

B.1.4 Anwendungsbereich

Eine Leitlinie soll:

- den Anwendungsbereich ^[1], für den sie Gültigkeit haben soll, genau benennen, um eine Zuordnung von Empfehlungen und die Ableitung von Indikatoren für diesen Anwendungsbereich zu ermöglichen, und dadurch die nicht angemessene Übertragung von Empfehlungen oder Indikatoren in andere Anwendungsbereiche verhindern,
- die Zielgruppen für ihre Aussagen, Empfehlungen und Forderungen genau benennen und ggf. explizit solche Aussagen und Forderungen z. B. als Bereiche mit Forschungsbedarf benennen, die in ihr enthalten sind,
- Schnittstellen für die Diagnose- und Behandlungsabläufe benennen und nach Möglichkeit Mindestkriterien für Informationen, die an diesen Schnittstellen übergeben werden sollten, darlegen.

B.2 Krankheitsursachen

Eine Leitlinie für chronischen Rückenschmerz muss in Abgrenzung und über die Stichworte für „akuten Rückenschmerz“ (vgl. Clearingbericht "Akuter Rückenschmerz". 2001 ^[2]) hinaus weitere Gesichtspunkte in bezug auf die Krankheitsursachen berücksichtigen.

Eine Leitlinie soll:

- auf die Problematik **multikausaler Genese** mit biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren für Diagnostik und Therapie-Erfolg hinweisen (Somatisierung, gelernte Muster, soziale Umwelt, Krankheitsgewinn, Rente usw.),
- Hinweise auf **Differentialdiagnosen** und **Komorbiditäten** geben und deren Gefährlichkeit / Häufigkeit reflektieren (Beispiele: depressive und somatoforme Störungen = häufig; Osteoporose = häufig; Neoplasma = selten, aber relevant; Gravidität = selten, aber relevant z. B. für Pharmaka- und Röntgen-Einsatz),
- im Hinblick auf diese Differentialdiagnosen ggf. eine **abgestufte Diagnostik** nahelegen, die je nach Verlauf der Therapie verschiedenen Umfang einnehmen kann (z. B. unreflektierter Einsatz von Röntgenverfahren in der Erstdiagnostik versus unterlasse-

¹ Der Anwendungsbereich einer Leitlinie bezieht sich auf verschiedene mögliche Gruppen, u. a. Ärzte verschiedener Fachrichtungen und Versorgungsebenen, Patienten, und weitere Gruppen, die in den Versorgungsprozess mit eingebunden sind. Der zugrundeliegende Anwendungsbereich sollte benannt worden sein.

² Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, editor. Leitlinien-Clearingbericht „Akuter Rückenschmerz“ („Akuter Kreuzschmerz“). München: Zuckschwerdt; 2001. Schriftenreihe der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung; 11. Available from: <http://www.leitlinien.de>

ne Bildgebung bei sog. "ill-defined" Problemfällen, d.h. Patienten mit bekannten Problemen, bei denen neu auftretende Probleme unreflektiert zu bekannten Problemen subsumiert werden; Einsatz psychodiagnostischer Verfahren wann?),

- den Stellenwert **subjektiver** Therapie-Erfolgsbewertung durch Patienten darlegen (z. B. Anspruchsniveau, benannte/ unbenannte Erwartungen, subjektive "Lebensqualität" und deren ggf. Abbildung in Mess-Skalen wie z. B. SF-36, EQ5, VAS).
- Das Konzept der "Gesundheitsbezogenen Lebensqualität" gemäß WHO sollte zu diesem Zweck als Erfolgsmarker evidenzbasierter Interventionen herangezogen werden.

Eine Leitlinie für chronischen Rückenschmerz soll angesichts der Problematik wiederkehrender bzw. chronifizierender Inanspruchnahmen mögliche **Marker** für Krankheitsverlauf bzw. Therapiebewertung nennen wie z. B.:

- Zahl der Vorbehandlungen,
- Erfolg von Vorbehandlungen,
- Existenz von Chronifizierungsfaktoren
- Existierende „Yellow“ und „Red Flags“ und
- Begleitkrankheiten.

B.3 Diagnostik und Diagnose

- allgemeine Anforderungen -

Eine Leitlinie soll:

- der Bedeutung einer ggf. wiederholten Anamnese darstellen und ggf. Fragenkataloge anbieten,
 - Elemente der notwendigen Untersuchungstechniken (körperlich, radiologisch, Schmerzevaluation, neurologisch, weitere) darstellen und
 - die diagnostischen Elemente verschiedenen Bereichen zuweisen, z. B.
 - Schmerzevaluation
 - Klinisch-morphologische Diagnostik einschließlich segmentaler Diagnostik,
 - Apparative Bildgebende Diagnostik,
 - Psychologische Diagnostik,
 - Labordiagnostik,
 - weitere
 - und zeitliche Dimensionen wie
 - sofort notwendig
 - mittelfristig notwendig und
 - zur Verlaufskontrolle notwendig
- vornehmen.
- Um diese Einteilung vornehmen zu können, ist eine Definition der Zeitangaben für den chronischen Rückenschmerz notwendig, welche zentrales Element der Leitlinie sein sollte.

- Parallel dazu sollten ggf. notwendige Ebenenwechsel (Weiterbehandlung beim Orthopäden / Neurologen / Schmerztherapeuten etc.) angezeigt werden.
- Die Indikationen sowie Angaben zur anzuwendenden Technik für die jeweiligen diagnostischen Verfahren sollten klar beschrieben sein, um reproduzierbare Untersuchungsergebnisse zu erhalten.

Eine Leitlinie soll darüber hinaus

- in bezug auf die o. g. Einteilung in sofort, mittelfristig und zur Verlaufskontrolle *benötigte* Diagnostik
 - nicht-invasive,
 - invasive Verfahren
 - und ggf. weitere benennen, um eine adäquate Auswahl der Verfahren zu ermöglichen.
- Falls bestimmte diagnostische Verfahren ausschließlich in bestimmten Versorgungsbereichen erbracht werden können (z. B. schmerztherapeutische Evaluation, Szintigraphien, neurologische Untersuchungen), sollte die Leitlinie dies ausdrücklich benennen und daraus resultierenden Schnittstellen definieren.
- Dies schließt optimalerweise die Beteiligung von Vertretern der entsprechenden Fachrichtung bei der Erstellung der Leitlinie mit ein, mindestens muß jedoch ein Hinweis auf die Schnittstelle erfolgen, und an den Schnittstellen zu übergebende Daten sollten definiert worden sein.
- Bereiche unklarer Evidenz sollten explizit markiert sein, um u. a. Forschungsbedarf ableiten zu können.
- Empfehlungen für eine Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowohl für den Arzt als auch den Patienten enthalten, die die wesentlichen Daten zur Verfügung halten kann. Wesentliche Bestandteile dieser Dokumentationspflicht sind bereits durch gesetzliche Regelungen erfasst.

>>> Zu den notwendigen Definitionen siehe Kapitel D.1.3, S. 55.

- weitergehende Anforderungen –

B.3.1 Anamnese

In Leitlinien sollen Fragenkataloge und damit verbundene Vorschläge für die Befunddokumentation ggf. an die jeweilige Versorgungsebene angepasst dargelegt werden.

B.3.2 Neurologische Diagnostik

Eine Leitlinie soll:

- Hinweise auf die zu beachtenden neurologischen Befunde geben, wie z. B. pathologische Dehnungszeichen (Meningismus, Lasègue), lokale Nervendruckpunkte, Differenzen von Motorik (Paresen), Sensibilität oder Muskeleigenreflexen, - und Vorschläge für eine angemessene Diagnostik unter Berücksichtigung neurophysiologischer Methoden (z. B. EMG) geben,
- diese in das diagnostische Schema einordnen und geeignete Warnsymptome definieren („Yellow“ oder „Red Flags“),
- auf „Alarmsymptome“ im Sinne von diskreten vegetativen Veränderungen wie beginnender Inkontinenz von Harn und Stuhl hinweisen,
- darauf hinweisen, dass durch eine vollständige neurologische Diagnostik rechtzeitig systemübergreifende relevante Erkrankungen außerhalb des muskuloskeletalen Systems erkannt werden können, die die Entstehung chronischer Rückenschmerzen bedingen oder modulieren können, wie z. B. Parkinson-Erkrankungen mit schmerzhafter A- oder Hypokinese der Muskulatur, ZNS-Erkrankungen in Schädel oder HWS mit distalen Lähmungsbildern, auch Störungen von Kognition und Affekt mit konsekutiv verändertem Schmerzempfinden.

B.3.3 Radiologische Diagnostik

Bei den radiologisch anzuwendenden Verfahren sollen folgende dargestellt und klare Indikationen mit Anwendungshinweisen aufgezeigt werden:

- Konventionelle bzw. digitale Projektionsradiographie („klassisches Röntgen“)
- CT
- MRT
- Nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren
- ggf. diagnostische Injektionen
- spezielle Verfahren mit limitierter Indikation, z. B. Myelographie o.a.

Die zuvor genannten Kriterien und Anforderungen in bezug auf zu beteiligende Fachdisziplinen und Methodiken gelten auch hier.

B.3.4 Beschwerdeursachen

Eine Leitlinie soll:

- In bezug auf ihre definierten Ziele und Anwendungsbereiche die in Frage kommenden
 - morphologischen
 - differentialdiagnostischen und Komorbiditätsbezogenen
 - psychologischen
 - und allgemeinen Risiken

als Faktoren und Ursachen definieren und sich

- in der weiteren Darstellung der diagnostischen und therapeutischen Optionen auf diese beziehen.
- Die Darstellung der möglichen Ursachen und deren Wertigkeit sollte mit Daten belegt und adäquat nachvollziehbar sein.
- Die Darstellung sollte auch mögliche neue Ansätze darlegen und diese kritisch in bezug auf die Anwendbarkeit oder den Status als „weiße Felder mit Forschungsbedarf“ darlegen.

B.3.5 Risiko- / Chronifizierungs- / Prognosefaktoren

Folgende Parameter sollten zur Erhebung des Chronifizierungsstadium mindestens erhoben werden:

- Auftretenshäufigkeit
(einmal / mehrmals täglich / dauernd)
- Attackendauer
(Stunden / Tage / > eine Woche)
- Schmerzstärkewechsel
(häufig / gelegentlich / selten)
- Schmerzbild
(mono- / bi- oder / multilokulär)
- Medikamenteneinnahme
(unregelmäßiger Gebrauch peripher wirkender Analgetika / regelmäßiger Gebrauch von mind. 2 / > 2 oder zentraler Analgetika)
- Medikamenten-Entzugsbehandlungen
(keine / eine / zwei oder mehr)
- Arztwechsel
(kein / max. 3 / mehr als 3)
- Krankenhaus-Aufenthalte
(1 / 2-3 / mehr als 3)
- Schmerzbedingte Operationen
(1 / 2-3 / mehr als 3)
- Rehabilitations-Behandlungen
(keine / 1-2 / 3 oder mehr)

Ferner sollten auch Chronifizierungsfaktoren ins Behandlungsrational einbezogen werden, die im Krankheitsverlauf von chronischen Schmerzpatienten dysfunktional wirken können, so beispielsweise:

- **Biologische Faktoren**
(z. B. Multi-morbidität)
- **Psychische Faktoren**
(z. B. Depressivität, Angst)
- **Berufliche Faktoren**
(z. B. berufliche Unzufriedenheit, Kompensationen)
- **Aspekte des Gesundheitsverhaltens**
(z. B. Übergewicht, Nikotinkonsum, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten)
- **Behandlungsimmanente Faktoren**
(z. B. häufige Arztwechsel, gehäuftes Aufsuchen stationärer Krankenbehandlungen, gehäufte operative Eingriffe)

Eine Leitlinie zur Behandlung chronischer Schmerzen sollte eindeutige Aussagen zur Erhebung von Chronifizierungsfaktoren machen und Angaben zu ihrer Berücksichtigung im Therapierational. Auf geeignete Hilfsmittel, z. B. Fragebögen, sollte mindestens hingewiesen werden, optimal wäre eine Einbindung dieser Hilfsmittel in die jeweilige Leitlinie.

B.3.6 Schmerzevaluation und Risikobeurteilung

Eine Leitlinie soll eindeutige Aussagen zur Evaluation der behandelten Schmerzen machen.

Dies umfasst unter anderem

- die Anwendung reliabler, valider und änderungssensitiver Skalen,
- die Erfassung weiterer Ebenen, u.a.
 - Aspekte zu Erwartungen, Qualitäten, Modulatoren,
 - Psychische Faktoren
 - Informationen zum Chronifizierungsgrad
 - Informationen zu sozialen Parametern
- die Angabe von Methoden zur Effektivitätserfassung der Maßnahmen,
- Eine Leitlinie sollte dazu geeignete Erfassungsinstrumente, wie z. B. Skalen, angeben.
- Die Schmerzevaluation sollte in ein klares diagnostisches und therapeutisches Konzept eingebunden sein, um Verzögerungen innerhalb der Diagnostik vermeiden zu helfen und somit vermeidbaren Chronifizierungen vorzubeugen.

B.4 Therapieziele

Eine Leitlinie soll:

- Therapieziele explizit und so genau wie möglich benennen, mögliche konkrete Therapieziele können sein:
- Schmerzreduktion bzw. Schmerzkontrolle (z. B. mittels VAS gemessen)
- physische Aktivität erhalten / verbessern, d. h. Beweglichkeit, Kraft, Funktion, Ausdauer, Mobilität (z. B. mittels Gehstrecke in Metern gemessen),
- Reduktion des Analgetikabedarfs,
- Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Arztbesuche, operative Behandlungsverfahren, Physiotherapie, Psychotherapie) und somit Kostenminderung,
- Alltagsfunktion und Lebensqualität erhalten / verbessern, d.h. die alltägliche Beeinträchtigung mindern (Sozialkontakte, Selbstständigkeit, Psyche, Beruf, Freizeit, Familie),
- berufliche Integration ermöglichen, d. h. Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wiederherstellen oder erhalten.

Die Therapieziele müssen so realistisch wie möglich benannt werden (z. B. "Leben mit Schmerzen" vor "garantierte Schmerzfreiheit").

Darüber hinaus soll eine Leitlinie

- Methoden benennen, mit denen Therapieziele „gemessen“ bzw. evaluiert werden können,
- benennen, ob das Therapieziel Ergebnis einer Selbsteinschätzung durch den Patienten oder einer Fremdeinschätzung (Studienarzt, behandelnder Arzt) ist,
- weiterführende Handlungsvorschläge gerade bei Nichterreichen der Therapieziele geben,
- die Risikoabschätzung der Nebenwirkungen einer Therapie ermöglichen bzw. beschreiben,
- Indikatoren zur Therapiefindung benennen, d.h. welcher Patient soll welcher Therapiemaßnahme zugeführt werden,
- und somit zur Verhinderung einer weiteren Progression und Chronifizierung beitragen,
- auf die Intervention bei Alarmsymptomen mit dem Ziel der Vermeidung so genannter "abwendbar gefährlicher Verläufe" eingehen.

B.5 Prävention

Eine Leitlinie soll:

- Aussagen zu Möglichkeiten der für den chronischen Rückenschmerz relevanten (Tertiär-) Prävention machen,
- und für diese Elemente der Prävention Methoden anführen, mit denen diese bezüglich ihrer Effektivität beurteilt werden können.
- Sollten hierzu valide Daten fehlen, muss dies entsprechend erwähnt werden.
- Um eine Bewertung der Effektivität von Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen, sollten Aussagen über den
 - zeitlichen und
 - finanziellen Aufwand
 - sowie deren längerfristigen Effekt enthalten sein
- Ergänzend sollte die Leitlinie Indikatoren benennen, mit denen der Effekt überprüft und objektiviert werden kann.
- Außerdem sollten Aussagen gemacht werden, ob Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Bevölkerungs- oder Patientengruppen unterschiedlich wirksam sind.

B.6 Therapieverfahren

B.6.1 Grundsätze der Behandlungsstrategie

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll:

- eine Behandlungsstrategie aufzeigen, die der multikausalen Genese der Erkrankung Rechnung trägt,
- die wesentlichen Elemente eines multimodalen Therapiekonzeptes klar darstellen,
- eine operationalisierbare Gesamtstrategie aufzeigen,
- und dem jeweiligen Behandler durch die Aufarbeitung der Empfehlungen und die hinterlegten Informationen die Möglichkeit eröffnen, anhand der Leitlinie dem Patienten die geeignete Behandlung klar darlegen zu können.

B.6.2 Nichtinvasive (Nicht-Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren

B.6.2.1 Nicht-medikamentöse Therapie (Physiotherapie und Physikalische Therapie)

Eine Leitlinie soll:

- Kriterien für den Einsatz der Verfahren benennen,
- Hinweise und Empfehlungen geben zur Wertigkeit und Evidenz der in der Physiotherapie und der physikalischen Therapie anwendbaren Verfahren,

- Indikatoren zur Überprüfung des Anwendungserfolges benennen,
- die Rolle der jeweiligen Maßnahme innerhalb des Gesamtmanagements beschreiben.

Dies sollte ggf. auch mit Angaben zur Qualifikation des Behandlers oder der genau zu verwendenden Technik dargestellt werden, um eine Reproduzierbarkeit der Verfahren und damit der Ergebnisse zu ermöglichen.

B.6.2.2 Medikamentöse Therapie

Eine Leitlinie soll:

- die Evidenz klar darlegen,
- nach Möglichkeit Kriterien und genauere Modalitäten für das Ansetzen und ggf. das Absetzen der Medikamente nennen,
- neue Präparate oder Methoden auf Basis der Evidenz und der dargelegten Nachbeobachtungszeiträume mit etablierten Methoden in Vergleich bringen,
- mögliche Interaktionen auch in bezug auf notwendige Medikationen existierender Komorbiditäten darlegen (z. B. Hypertonie, KHK, Asthma bronchiale),
- obsolete Methoden oder Kombinationen klar benennen.

>>> weitere Anforderungen sind im Hauptteil im Kapitel D.6.2.2 ab S. 27 dargelegt.

B.6.3 Invasive (Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren

B.6.3.1 Injektions- / Infiltrationsverfahren

Eine Leitlinie soll:

- Injektions- und Infiltrationsverfahren mit Bezug auf Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit angeben,
- Indikationen und auch Kontraindikationen darlegen,
- den Anwendungsmodus klar beschreiben und so dazu verhelfen, dass eine einheitliche(re) Anwendung ermöglicht wird,
- obsolete Methoden oder Methoden, die besondere Vorkehrungen benötigen (z. B. Injektionen bestimmter Schmerzmittel) klar benennen.
- Der Zeitpunkt der Anwendung innerhalb der gesamten Therapiestrategie sollte beschrieben sein, ebenso die Versorgungsstufe und der Modus der Anwendung (ggf. Wiederholungen, Wechseln zu anderen Techniken etc.).

B.6.3.2 Operative Methoden

Eine Leitlinie soll

- definieren, an welchem Punkt innerhalb des *gesamten* therapeutischen Vorgehens operative Therapien in Erwägung zu ziehen sind und hierbei der Problematik der unspezifischen Rückenschmerzen Rechnung tragen,
 - die Verfahren mit Eignungsschwerpunkten darstellen und klare Indikationen und ggf. Kontraindikationen beschreiben,
 - die Therapieziele mit den Verfahren angeben,
 - Kriterien für die Einholung einer Zweitmeinung angeben,
 - notwendige Vor- und Nachbehandlungen für die jeweilige operative Therapie aufzeigen, um eine zutreffende Beratung des Patienten z. B. bereits im hausärztlichen Umfeld zu ermöglichen.
-
- Insgesamt müssen die Empfehlungen für die operative Therapie in ein Gesamtkonzept zur Behandlung eingebettet sein, dass ggf. die Indikationen zu invasiven Methoden mit dem Spontanverlauf in Beziehung setzt, um bei lückenhafter Studienlage entscheidungsrelevante Kriterien zu definieren.
 - Leitlinien sollen auf den Komplex des Therapieversagens nach invasiven Verfahren eingehen und Vorschläge für deren Analyse und die notwendige Weiterbehandlung machen.

In bezug auf die einzelnen operativen Verfahren soll eine Leitlinie

- einen Überblick über die möglichen Verfahren geben,
- die Informationen so aufbereiten, dass eine Auswahl des adäquaten Verfahrens ermöglicht wird,
- und für die einzelnen Verfahren Angaben zum Evidenzgrad der Empfehlungen klar darlegen.

>>> weitere Anforderungen sind im Hauptteil im Kapitel D.6.3.2 ab S. 28 dargelegt.

B.6.3.3 weitere operative Verfahren

Eine Leitlinie soll:

- die Indikation und
- die Evidenz der teilweise experimentellen Verfahren darlegen,
- und dadurch die Stellung dieser Verfahren innerhalb des gesamten therapeutischen Konzeptes klar herausarbeiten.

B.7 Rehabilitation

Eine Leitlinie soll Aussagen enthalten zu:

- dem Versorgungspfad und der Rolle der Rehabilitation innerhalb der Versorgungskette,
- Indikationen und Zugangskriterien (einschl. Zeitpunkt) für eine Rehabilitation
- den sozialrechtlichen Hintergrund,
- verschiedenen Formen der Rehabilitation (ambulant, stationär) sowie deren Vorteile im Rahmen einer individuellen Zuweisung,
- Definition der spezifischen Krankheitsgruppe(n), deren Prävalenz, ggf. Klassifikation,
- Prognose,
- Prädiktoren der Chronifizierung,
- typischen Komorbiditäten,
- Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe und deren sozioökonomischen Folgen,
- Inhalten und Zielen der Rehabilitation gemäß ihrem Evidenzgrad.

Für rehabilitative Behandlungsansätze sollen (analog der ICF) mindestens zu folgenden Dimensionen der Leitlinie Aussagen vorliegen:

- Körperstrukturen (Krankheitsort, -verlauf, -aktivität),
- Körperfunktionen (Schmerz, psychische Belastungen, kognitive Funktionen, Koordination, Wissen),
- Aktivitäten (Haushalt, Mobilität etc.),
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Beruf, soziale Kontakte, Freizeit) sowie
- Kontextfaktoren (Risikofaktoren, Copingstrategien, Krankheitskonzept, subjektive Wahrnehmung des Patienten, Motivation, Krankheitsverhalten).

Es sollen ferner Empfehlungen zu folgenden Inhalten und Zielen gegeben werden:

- Erfassung der funktionellen Kapazität, auch in sozialmedizinischer Hinsicht,
- Verhaltensänderung (z. B. in bezug auf die Risikofaktoren),
- Gesundheitstraining und psychologische Maßnahmen,
- für die Rehabilitation sinnvolle Therapieformen, spezifische Maßnahmen und Verfahren,
- Maßnahmen für die berufliche und psychosoziale Reintegration,
- Hinweise über Leistungen zur Teilhabe.

B.8 Patienteninformation / Patienten-Empowerment und Edukation

Eine Leitlinie zur Behandlung chronischer Schmerzen sollte eindeutige Aussagen zur Durchführung edukativer Massnahmen und ggfs. deren Evaluation machen.

Folgende **Inhalte sollten mindestens** in einer edukativen Therapieeinheit angesprochen werden:

- Unterschiede akuter und chronischer Schmerzen
- Kritische Diskussion der **Schmerzsachen** (Suche führt häufig nicht weiter ...)

- Kritische Diskussion des Themas „Schmerz als Warnsignal“
- Einordnung des Begriffs „Schmerz als eigenständige Krankheit“
- Informationen über **Chronifizierungs-Mechanismen**
- Erläuterung des komplexen **Zusammenhangs von Denken, Fühlen und Verhalten** mit der Wahrnehmung von Schmerzen
- Kritische Diskussion der **Erwartungshaltung an den Therapieerfolg** („Aushaltbarer Restschmerz“ vs. „Schmerzfreiheit“)
- Ansprache von Aspekten der **Eigenbeteiligung** am Schmerzgeschehen (z. B. Rauchen, Übergewicht)
- Diskussion der **Multimodalität** chronischer Schmerzen („Bio-psycho-soziale Perspektive“)
- **Kritische Diskussion operativer oder destruktiver Eingriffe** zur Behandlung chronischer Schmerzen
- Ansprache der Notwendigkeit einer **aktiven Patientenrolle**; kritische Diskussion von Aspekten der Schonung und des sozialen und körperlichen Rückzugs

Folgende **Inhalte** haben sich **ergänzend** im Rahmen edukativen Therapieeinheiten **bewährt**:

- **Informationen** über **spezifische Schmerzsyndrome** (z. B. bei Spannungskopfschmerzen: Schmerz-Spannungs-Kreislauf, Epidemiologie)
- Informationen über Schmerzweiterleitung
- Informationen zu Schmerzgedächtnis-Prozessen
- Betonung der Notwendigkeit regelmässiger, **eigenständiger Übungen**
- Zieldefinition des **Selbsteffizienzlebens** (Aufbau eigener Kontrollmechanismen über Schmerzen)
- Zieldefinition, dass meist **mehr erreicht** werden kann, **als erwartet**
- Diskussion des Aspektes „**Schmerz als Mittelpunkt des Lebens**“; Diskussion alternativer Lebensinhalte
- Erlernen eines veränderten Körperbewusstseins
- Diskussion der Aspekte der individuellen und situativen Schmerzmodulation

In bezug auf das Patienten-Empowerment sollten Leitlinien mindestens folgende Aspekte der Patientenführung- und Aufklärung beachten:

>>> weitergehende Anforderungen sind dargelegt im Kapitel D.7 ab S. 106.

B.9 Qualität der Versorgung und Hinweise zur wirtschaftlichen Versorgung

Eine Leitlinie soll:

Durch Bezug auf Methoden und Methodik der EbM und Beteiligung aller relevanten Bereiche die Anwendung / Erbringung

- der richtigen Maßnahme
- beim richtigen Patienten
- zur richtigen Zeit
- in der richtigen Versorgungsstufe ermöglichen.

In bezug auf weitergehende Aspekte der Qualität der Versorgung und der wirtschaftlichen Versorgung sollte eine Leitlinie

- Instrumente und Methoden benennen, mit denen die Qualität der Versorgung gepüft werden kann. In der Regel wird dies eine Kontrolle der Anwendung der Empfehlungen sein, für die eine Leitlinie Qualitätsindikatoren definieren sollte.
- Angaben zur Wirtschaftlichkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen und Interventionen enthalten,
- die Bereiche eindeutig behandeln und darlegen, in denen veränderte / verbesserte oder neue Maßnahmen u. U. *höhere* Kostenaufwendungen bei verbessertem Outcome aufweisen,
- der Bedeutung des Schnittstellenmanagements Rechnung tragen und diesem sowohl bei der Erstellung der Leitlinie (durch Beteiligung relevanter Fachgruppen) als auch durch dementsprechende inhaltliche Empfehlungen in der Darlegung Ausdruck verleihen.

B.10 Disseminierung und Implementierung / Aspekte von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Organisationsstruktur

Eine Leitlinie soll:

- die Autoren und die Organisationsstruktur der Autorengruppe darlegen,
- neben dem primären Generierungsprozess auch die aktuellen Kontaktebenen unter Nutzung sämtlicher Kommunikationsoptionen (Tel/Fax/E-Mail/Web) präsentieren,
- die Optionen für unmittelbare Modifikationen sowie die vorgesehenen Zeiträume für Routine-Updates definieren.

Aktualität, Status quo und Messbarkeit der Anwendung

Eine Leitlinie soll:

- die Ist-Situation sowie – bei Updates – die leitlinienassoziierten Veränderungen der Versorgungssituation beschreiben,
- epidemiologische Studien zur aktuellen Therapie bzw. Pharmakotherapie, wenn möglich im internationalen Vergleich, anführen,
- eine Beschreibung der Ausstattung der vom jeweiligen Versorgungsauftrag betroffenen Versorgungsebenen liefern, um zu sehen, inwieweit diagnostische Empfehlungen umsetzbar sind,
- Hinweise auf existierende Leistungsanreize bzw. Leistungshemmnisse liefern, um frühzeitig neue Implementierungsanreize definieren zu können,
- Indikatoren benennen, die es erlauben, die Umsetzung der Leitlinie abzubilden. Diese Indikatoren sollen sowohl zur internen als auch zur externen Qualitätssicherung geeignet sein.

Anwendung und Effekte

Eine Leitlinie soll:

- Instrumente / Maßnahmen benennen, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen können, z. B. Patienteninformationen, Patienten-Leitlinien, Patienteninformationsveranstaltungen, Methoden zur Arzt-Weiterbildung,
- Vorschläge zur Leitlinienverbreitung und -implementierung und die damit Beauftragten konkret darstellen. Dabei kann es sich um Angaben zu Materialien, Nutzung bereits etablierter Gruppen, z. B. Qualitätszirkel, Selbsthilfegruppen, Fachverbände, Ärztenetze u.a.m. handeln,
- darlegen, dass bei Abweichungen von der Leitlinie (Über- oder Unterschreiten von Leitlinienempfehlungen) eine Dokumentation mit Darlegung der Gründe für das Abweichen erfolgen muss und nach Möglichkeit Form und (Mindest-) Umfang der Dokumentation aufzeigen,
- den Umgang mit Folgeverordnungen z. B. von Medikamenten oder Untersuchungen so beschreiben, dass ein notwendiger Kontakt mit dem Arzt sicher zustande kommt und die für die Verlaufskontrolle notwendigen Daten und Informationen durch Praxispersonal oder den Arzt erhoben werden.
- Bei überregionalen Leitlinien sollten darüber hinaus methodische Empfehlungen zur regionalen Anpassung vorliegen.
- eine Patientenversion vorhalten, die gemessen an den Kriterien des DISCERN-Instrumentes positiv bewertet werden kann

Verständlichkeit der Ziele einer Leitlinie

Eine Leitlinie soll:

- konkret Aufgaben zuordnen, Ressourcen benennen und Schnittstellen (Klinik / Praxis, stationär / ambulant, Allgemeinarzt- / Facharztebene) definieren,
- und dabei neben regionalen auch nationale Unterschiede berücksichtigen. Letzteres ist insbesondere vor dem Hintergrund der international differenten Versorgungssysteme von Bedeutung.

Optimale Anschaulichkeit einer Leitlinie

Eine Leitlinie soll:

- bei Diagnostik und Therapie durch einfache und transparente Darstellung (Flussdiagramme oder Algorithmen) die Anschaulichkeit erhöhen.

Umfang einer Leitlinie

Eine Leitlinie soll:

- neben einer Zusammenfassung die wichtigsten Inhalte (Qualitätsmarker, allgemeine Maßnahmen, im Vordergrund stehende medikamentöse und diagnostische Maßnahmen [„Maßnahmen der ersten Wahl“], Hinweise auf Versorgungsdefizite etc.) in komprimierter Form, z. B. als Tischvorlage bereitstellen.
- Dies sollte auch im Hinblick darauf geschehen, dass der entsprechende Arzt Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern behandelt und so den Überblick über zehn oder zwanzig Leitlinien à hundert bis zweihundert Seiten nicht behalten kann. Entsprechend sollte das komprimierte Hand-Out so konfiguriert sein, dass es problemlos durch Leitlinien zu anderen Krankheitsbildern zu einem Leitlinien-Kompendium zu komplettieren ist.

Kommunikation der Leitlinien-Autoren und Anwender

Eine Leitlinie soll:

- Ansprechpartner bzw. Ansprechadressen benennen, an die Verbesserungsvorschläge bzw. Kritikpunkte eingereicht werden können. Es sollen Fristen benannt werden, innerhalb derer eine Antwort erwartet werden kann.
- Darüber hinaus soll in der Leitlinie dargestellt werden, wie die eingehenden Vorschläge behandelt werden, und wann bzw. wie sie Einfluss auf eine Fortentwicklung der Leitlinie nehmen (z. B. Delphiverfahren). Die Einbindung des Anwenders in die weitere Leitlinienentwicklung hilft, Ressentiments abzubauen, weitere intellektuelle Ressourcen für die Entwicklung der Leitlinie zu erschließen sowie den Praxisbezug der Leitlinie zu fördern.

Darlegung des Nutzens der Leitlinienanwendung

Eine Leitlinie soll:

- als Teil des Implementierungskonzeptes eine Evaluation der Effekte der Leitlinienumsetzung anhand von Indikatoren vorschlagen, die
 - a) messbar machen, ob die Leitlinienempfehlungen in der Praxis Anwendung finden,
 - b) messbar machen, ob sich die Gesundheit der Zielpopulation durch die Leitlinienumsetzung verbessert hat.
- Dazu wird es notwendig sein, in einer Leitlinie diejenigen Parameter zu benennen, die für eine solche Effektevaluation standardisiert dokumentiert werden sollten

und dafür Sorge zu tragen, dass die Empfehlungen der Leitlinie in die Patientendokumentation einbezogen werden,

- Darüber hinaus sollen auch die im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführten Auditverfahren hier eingebunden werden ^[3]. Der Anwender hat so die Möglichkeit, im Vorfeld die Verbesserungsmöglichkeiten, die ihm die Leitlinie bietet, zu erkennen. Dies sollte seine Bereitschaft, die Vorschläge der Leitlinie einzuhalten, erhöhen.

Wirtschaftliche Anreize der Leitlinienanwendung

Eine Leitlinie soll:

- Kriterien aufzeigen oder angeben, anhand derer evaluiert werden kann, inwieweit die Anwendung der Leitlinie erfolgt und eine Verbesserung der Qualität tatsächlich stattfindet,
- zusätzlich zur qualitätsorientierten Evaluation prüfen, ob und ggf. inwieweit aus der Leitlinien-Anwendung eine Änderung der Behandlungskosten resultiert,
- für den Fall erwiesener Qualitätsverbesserungen sollten Mechanismen benannt werden, mit denen ein persönlicher Nachteil für den Anwender außer Kraft gesetzt werden kann.
- im Rahmen dieses Implementierungskonzeptes eine Analyse der fördernden und behindernden Faktoren für eine vollständige Umsetzung durchführen (z. B. freiwillige Fortbildungszertifikate, Faktoren der Organisation der Versorgung, die Vergütungsmodalitäten – insbesondere unter Berücksichtigung der Richtgrößen oder fehlender Ausgleichsmechanismen zwischen den Sektoren ambulant/stationär - usw.). Dabei sollte darauf aufmerksam gemacht werden, welche empfohlenen Änderungen der Ablauforganisation der Versorgung welche Implikationen für die Leistungserbringer bedeuten könnten

³ Herholz H. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung am Beispiel Hessen. Bundesgesundheitsblatt 2002 [cited 2004 Nov 25];45(3):249-59. Available from: http://www.laekh.de/Qualitaet/Download_Q/Herholz-QM-04-02.pdf

C. Clearingverfahren chronischer Rückenschmerz – Methodik und Durchführung

C.0 Hintergrund und Ziele des Leitlinien-Clearingverfahrens

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen (im folgenden „Partner“ genannt) haben im Frühjahr 1999 eine Kooperation zur Förderung von Leitlinien im Gesundheitswesen beschlossen ^[4]. Im Dezember 2001 ist die Gesetzliche Rentenversicherung (vertreten durch VDR und BfA) als weiterer Partner dem Leitlinien-Clearingverfahren beigetreten. Im Juni 2002 erfolgte der Beitritt des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) zur Bank der Krankenversicherungen im Leitlinien-Clearingverfahren.

Die Partner sehen Leitlinien an

- als Hilfe für ärztliche Entscheidungsprozesse im Rahmen einer leistungsfähigen Versorgung der Patienten und Patientinnen,
- als wesentliche Bestandteile von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement,
- als Instrumente aller Versorgungsbereiche zur Verbesserung der Ergebnisse, zur Minimierung von Handlungsrisiken und zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit,
- als integratives Mittel zur Vernetzung der Versorgungsbereiche,
- als Hilfen für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- als Instrument kontinuierlichen Lernens aus Wissenschaft und Praxis.

Zwischen den Partnern besteht Konsens über die Notwendigkeit eines institutionellen Verfahrens zur „kritischen Bewertung von Leitlinien“. Sie beteiligen sich an dem Leitlinien-Clearingverfahren bei dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung).

Dieses Clearingverfahren

- zielt auf die Darstellung von Transparenz, Praktikabilität, Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Leitlinien,
- dient der Förderung und Unterstützung wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinienprogramme in der Medizin und
- ist Voraussetzung für die Nutzung und Propagierung von Leitlinien in den Verantwortungsbereichen der Partner.

Die Partner arbeiten im Rahmen der „Erweiterten Planungsgruppe“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (= Steuergruppe des Clearingverfahrens) zusammen.

Folgende Aufgaben halten die Partner für vorrangige Bestandteile des Leitlinien-Clearingverfahrens:

- Bewertung von wichtigen Leitlinien anhand vorab festgelegter Kriterien, ggf. Empfehlungen zur Verbesserung,
- Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien,
- Monitoring des Fortschreibens von Leitlinien,
- Information über Leitlinien,
- Unterstützung bei der Verbreitung von Leitlinien,
- Koordination von Erfahrungsberichten über bewertete Leitlinien,
- Unterstützung bei der Evaluation von Leitlinien.

⁴ Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Das Leitlinien-Clearingverfahren. Ziele und Arbeitsplan. Dtsch Arztebl 1999;96(33):A-2105-6.

C.1 Methodik des Leitlinien-Clearingverfahrens

Der Ablauf des Clearingverfahrens ist standardisiert und wurde von der Steuergruppe des Clearingverfahrens beschlossen. Die einzelnen Arbeitsschritte sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Arbeitsschritte des Leitlinien-Clearingverfahrens

	Projektabschnitte	Arbeitsschritte	Zuständigkeiten
1.	Prioritätensetzung	Sammlung von Vorschlägen zur kritischen Bewertung von Leitlinien	Erweiterte Planungsgruppe / Clearingstelle
		Beschluss über die Themenauswahl	Erweiterte Planungsgruppe
2.	Einrichtung eines Themenbezogenen Expertenkreises	Auswahl des Moderators und der Experten	Erweiterte Planungsgruppe
		Planung der Arbeitsziele und der Arbeitsschritte	Erweiterte Planungsgruppe / Clearingstelle
3.	Clearingverfahren	Recherche vergleichbarer LL, Evidenzrecherche, formale Bewertung	Clearingstelle
		Zusammenfassende, kritische Bewertung von Literatur / publizierten Leitlinien, Evidenzbewertung	Clearingstelle / Experten / wiss. Partner
		Formulierung / Verabschiedung eines Berichtes über das Ergebnis des Clearingverfahrens	Experten / Clearingstelle
		Diskussion und Bewertung des Abschlussberichtes, Formulierung der Empfehlungen über das weitere Vorgehen an die Gremien der Partner	Erweiterte Planungsgruppe
		Veröffentlichung der Ergebnisse des Clearingverfahrens	Clearingstelle

C.2 Durchführung des Clearingverfahrens

Auf die einzelnen Schritte des Clearingverfahrens, die in Tabelle 2 dargestellt sind, wird im folgenden näher eingegangen.

Tabelle 2: Durchführung des Leitlinien-Clearingverfahrens

Schritte des Leitlinien- Clearingverfahrens	Beschreibung
Themenauswahl	Prioritätensetzung unter Berücksichtigung <ul style="list-style-type: none"> • der Bedeutung eines Gesundheitsproblems für den Einzelnen und die Bevölkerung, • der Existenz unangemessener Qualitätsunterschiede in der ärztlichen Betreuung, • der Möglichkeit einer Verbesserung der Versorgungsqualität
Auswahl der Experten	<ul style="list-style-type: none"> • LL-Nutzer (nicht LL-Ersteller) • Unabhängigkeit (Deklaration) • Ausgewogenheit hinsichtlich der relevanten Fachgebiete / Versorgungsbereiche
Recherche und Selektion von Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> • Standardisiertes Verfahren • Suche in Literatur- und LL-Datenbanken • Recherchezeitraum: 10 Jahre • Berücksichtigung von Ein-/ Ausschlusskriterien: u.a. • ärztliche Therapieleitlinie • LL mit überregionaler Gültigkeit, • Sprachen: deutsch und englisch, • aktuelle Version
Methodische Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“, 2. Version 8/1999 • Erstellen eines Methodikabstracts mit ausführlicher Kommentierung für jede eingeschlossene LL • Tabellarische Darstellung der Ergebnisse der methodischen Bewertung
Inhaltliche Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> • Übereinstimmung / Unterschiede • Angemessenheit der Themenschwerpunkte • Angemessenheit der Empfehlungen • Angemessenheit der Korridore (Indikation / Kontraindikation)
Beratung und Beschlussfassung	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppe des Clearingverfahrens diskutiert und verabschiedet Abschlußbericht: Clearingbericht • Ggf.- Disk. des Berichts mit Leitlinien-Autoren
Veröffentlichung	Veröffentlichung <ol style="list-style-type: none"> 1. des Clearingberichtes in der „äzq-Schriftenreihe“ und im Internet, 2. Einstellung der Leitlinienbewertung im Internet im Leitlinien-Recherche-System (Re-Sys) auf www.leitlinien.de, 3. Einbindung von Links, die zu den bewerteten Leitlinien führen, 4. eines Maßnahmenkataloges zur Umsetzung der Empfehlungen des Clearingberichtes.

C.2.1 Priorisierung von Leitlinienthemen

Auf der Grundlage eines Konzeptpapiers zur Priorisierung von Leitlinien-Themen ^[5] einigen sich die Partner des Clearingverfahrens auf die vorrangige Bearbeitung der Themenbereiche: „Hypertonie“, „Tumorschmerz“, „Akuter Rückenschmerz“, „Asthma bronchiale“, „Diabetes mellitus Typ 2“, „KHK“, „Herzinsuffizienz“, „Depression“, „COPD“, „Diabetes mellitus Typ 1“, „Mammakarzinom“, „Chronischer Rückenschmerz“, „Demenz“, „Kolorektales Karzinom“ und „Schlaganfall“.

Es wurden folgende Kriterien für die Priorität von Leitlinienthemen berücksichtigt ^[6, 7, 8]:

1. Gesundheitsproblem, für das eine wirksame Prävention oder Therapie wissenschaftlich belegt ist, mit deren Hilfe vorzeitige, vermeidbare Todesfälle oder hohe Morbidität, Behinderung oder eingeschränkte Lebensqualität reduziert werden können,
2. Gesundheitsproblem, bei dem die als wirksam erkannten präventiven oder therapeutischen Maßnahmen mit klinisch relevanten, vermeidbaren Qualitätsunterschieden der Betreuungsergebnisse verbunden sind,
3. iatrogene Gesundheitsprobleme mit signifikanten medizinischen oder ökonomischen Folgen,
4. medizinische Betreuungsmaßnahmen mit hoher Varianz der klinischen Praxis, bei denen ein Fachkonsens notwendig und möglich erscheint,
5. medizinische Betreuungsmaßnahmen mit hohem Kostenaufwand,
6. Gesundheitsproblem bzw. Betreuungsmaßnahme, für welche die Entwicklung einer Konsensusleitlinie unter Berücksichtigung der wissenschaftlich-medizinischen Belege (Evidenz) möglich erscheint.

Das Clearingverfahren „chronischer Rückenschmerz“ ist nach den oben genannten Kriterien ausgewählt worden.

Anmerkung:

Anfang 2002 wurde ein neues Priorisierungsverfahren etabliert. Damit sollen Akzeptanz, Transparenz, Effizienz und Machbarkeit bei der Festlegung von Themen für Leitlinien-Clearingverfahren verbessert werden. Für den Prozess der Themenfindung wird der bisherige diagnoseorientierte Ansatz um einen problemorientierten Ansatz erweitert. Ebenso erfolgt eine stärkere Einbeziehung von Betroffenen – z. B. Leitlinien-Anwender, -Entwickler und Patienten – in die Themennennung.

Dies wird durch ein offenes Meldeverfahren unterstützt:

(http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/meldeverfahren_cv/view) ^[9].

⁵ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Prioritäre Gesundheits- oder Versorgungsprobleme als Themen internationaler Leitlinien-Programme. Vorschlag der Leitlinien-Clearingstelle zur Bewertung von Leitlinien gemäß § 3 des Vertrages über die Beteiligung an einem Leitlinien-Clearingverfahren. 1999 [cited 2004 Nov 10]. Available from: <http://www.leitlinien.de>

⁶ Helou A, Perleth M, Schwartz FW. Prioritätensetzung bei der Entwicklung von Leitlinien. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2000;94(1):53-60.

⁷ Field MJ, editor. Setting priorities for clinical practice guidelines. Washington D.C.: National Academy Press; 1995.

⁸ Battista RN, Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. CMAJ 1995;153(9):1233-7.

⁹ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Priorisierung von Gesundheits- oder Versorgungsproblemen als Themen des Leitlinien-Clearingverfahrens. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2002;96(5 Anlage):16-24.

C.2.2 Einrichtung und Aufgaben eines themenbezogenen Expertenkreises

Das Leitlinien-Clearingverfahren sieht die Einrichtung von Expertenkreisen vor, deren Aufgabenstellung in

- der Überprüfung und ggf. Korrektur der von der Clearingstelle recherchierten Leitlinien, ihrer Auswahl und der methodischen Bewertung,
- der Entwicklung von Empfehlungen für Struktur und Inhalt einer nationalen Leitlinie unter Bezugnahme auf die recherchierten Leitlinien,
- Konkretisierung der Empfehlungen anhand von vorbildlichen Textbausteinen aus bewerteten Leitlinien und
- dem Monitoring des Fortschreibens von Leitlinien besteht.

C.2.3 Auswahlkriterien für die Zusammensetzung der Expertenkreise

Die Expertenkreise setzen sich aus Leitlinienanwendern und Methodikern zusammen und werden von Moderatoren unterstützt. Bei der Zusammensetzung dieser Expertenkreise sollen folgende Punkte erfüllt sein:

- Leitlinien-Nutzer (nicht Leitlinien-Ersteller),
- Darlegung von Interessenkonflikten (formale Deklaration),
- Ausgewogenheit hinsichtlich der relevanten Fachgebiete / Versorgungsbereiche,
- medizinisch-fachliche Expertise und Expertise in Konzepten der evidenzbasierten Medizin.

Die Expertenkreise sollen multidisziplinär und ausgewogen in bezug auf das zu bearbeitende Thema zusammengesetzt sein. Folgende Fach- und Versorgungsbereiche sind zu berücksichtigen:

- hausärztliche Versorgung,
- fachärztliche Versorgung (ambulant),
- fachärztliche Versorgung (stationär, in der Regel Benennung von je einem Experten aus den Bereichen Akutkrankenhaus und universitäre Versorgung),
- Rehabilitation / Sozialmedizin,
- Klinische Epidemiologie / Biometrie und Statistik,
- Weitere Fach- oder Versorgungsbereiche nach Anforderung des Themas, z. B. Gesundheitsökonomie oder Pharmakologie.

C.2.4 Zusammensetzung des Expertenkreises „chronischer Rückenschmerz“

Der Expertenkreises „chronischer Rückenschmerz“ wurde auf Beschluss der Erweiterten Planungsgruppe folgendermaßen zusammengesetzt:

Tabelle 3: Zusammensetzung des Expertenkreises chronischer Rückenschmerz

Fachbereich	Name
Radiologie	PD Dr. med. D. Banzer, Berlin
Rehabilitation	Prof. Dr. med. B. Greitemann, Bad Rothenfelde
Pharmakologie	Dr. med. K. Güttler, Köln
Schmerztherapie	Dr. med. U. Hankemeier, Bielefeld
Med. Psychologie	Prof. Dr. phil. M. Hasenbring, Bochum
Neurologie	PD Dr. med. M. Haupts, Bochum
Hausärztliche Versorgung	Dr. med. A. Liesenfeld, Amöneburg
Wirbelsäulen-Chirurgie	Dr. med. P. Metz-Stavenhagen, Bad Wildungen
Neurochirurgie	Prof. Dr. med. W.-I. Steudel, Homburg
Orthopädie	PD Dr. med. R. E. Willburger, Bochum
Moderation	PD Dr. med. I. Kopp, Marburg

C.2.5 Recherche und Selektion von Leitlinien:

Zu Beginn eines jeden Clearingverfahrens erfolgt zunächst eine systematische Leitlinienrecherche im Angebot des Leitlinien-Informationssystems des ÄZQ unter <http://www.leitlinien.de> (s. Kapitel E.4 Recherche-Datenbanken). In erster Linie zählen dazu Leitlinien-Datenbanken aus dem In- und Ausland. Ergänzend wird eine Recherche in medizinischen Fachliteraturdatenbanken, weiteren Literaturdatenbanken und Katalogen sowie Datenbanken mit dem Schwerpunkt Evidenzbasierte Medizin durchgeführt, um weitere Publikationen für den jeweiligen Themenbereich zu identifizieren.

Bei der Recherche wurden folgende Form-Schlagwörter verwendet:

Guideline/s; practice Guideline/s; Clinical Guidelines; Leitlinie/n; Recommendation/s; Consensus statement/s; Standard/s; Empfehlung/en; Richtlinie/n.

Dokumenttypen (DTs) aller Datenbanken, die dieses Feld haben:

Guideline; practice guideline; consensus development conference/, NHI; standard; statement/s; recommendation.

Davon Medline: Guideline; practice guideline; consensus development conference/, NHI.

Schlagwörter (Controlled terms, CTs) aller Datenbanken, die dieses Feld haben:

Guideline/s; guideline, health planning; guidelines, practice; clinical guideline; clinical practice guideline/s; clinical practice guideline (PT); practice guideline/s; recommendation/s; standard/s; consensus development conference/s; consensus development conferences, NIH; consensus statement; Leitlinie; Empfehlung; Richtlinie.

Davon MeSH: Guidelines; practice Guidelines; health planning guidelines; consensus development conferences.

Bei der Recherche wurden folgende Themen-Schlagwörter verwendet:

Deutsch	Englisch
Chronische/r Rückenschmerz/en	Chronic back pain Chronic backache/s / back ache/s Vertebrogenic pain syndrome/s Chronic (low) back syndrome, LBS Chronic spinal pain / syndrome/s
Chronische/r Kreuzschmerz/en Chronische/r Lendenschmerz/en Chronischer Lumbago	Chronic low back pain Chronic lumbago
Pannikulitis AND Rücken/region Radikulopathie Ischialgie	Panniculitis AND back Radiculopathy Ischialgia Ischiodynia Ischioneuralgia Ischiatic pain Sciatica Sciatic neuralgia/neuritis Ischiadic syndrome
Lumboischialgie	
(Lumbale/r) Bandscheibenschaden/schäden (Lumbale) Bandscheibenverlagerung/en (Lumbale) Bandscheibendegeneration/en (Lumbaler) Bandscheibenvorfall	(Lumbar) intervertebral disc lesion / displacement / rupture (Lumbar) discopathy Prolapse/s of / dislocation/s of / displacement/s of (lumbar) intervertebral disc Ruptured / slipped / protruded / herniated (lumbar) intervertebral disc/s
Spinal(kanal)stenose Spinale Enge Verengung AND Spinalkanal/s	Spinal stenosis
Wirbelverschiebung Wirbel(körper)gleiten	Spondylolisthesis

Die Begriffe orientieren sich am ICD 10 (Innerhalb der Gruppe M50.- die Untergruppen M51.- und M54.-)

MeSH Terms sind: Back pain; low back pain; sciatica; intervertebral disk displacement; spinal stenosis; spondylolisthesis.

Weitere Einschränkungen

Sprache: englisch, deutsch

Recherchezeitraum: 1992-2003

Ergänzungsrecherche

Im Juni 2004 wurde im Auftrag des Expertenkreises Chronischer Rückenschmerz eine Ergänzungsrecherche zu folgenden Themen vorgenommen (Form-Schlagwörter s.o.).

Bei der Ergänzungsrecherche wurden folgende Themen-Schlagwörter verwendet:

Deutsch	Englisch
Postdisc/kotomiesyndrom / Postnuc/kleotomiesyndrom	discectomy/adverse effects
Failed-Back-Syndrom	failed back failed back surgery syndrome
(lumbales) Facettensyndrom	zygapophyseal joint AND pain
Sac/kroiliakalgelenk(irritation) (AND Schmerz) Iliosac/kralgelenk(irritation) (AND Schmerz)	sacroiliac joint AND pain
Pseudoradic/kuläres Lumbalsyndrom Lumbalgie Lumbalsyndrom	lumbar syndrome
Dorsalgie Morbus scheuermann	dorsalgia Scheuermann('s) disease
degenerative Sc/koliose	degenerative scoliosis

MeSH Terms sind: Discectomy/adverse effects; sacroiliac joint AND pain; zygapophyseal joint AND pain; Scheuermann's disease; scoliosis.

Weitere Einschränkungen

Sprache: englisch, deutsch

Recherchezeitraum: 1992-2004

Im November 2004 wurde in einer Aktualisierungsrecherche geprüft, ob für die bewerteten Leitlinien aktualisierte Fassungen (Updates) erschienen sind. Dies war bei vier Leitlinien der Fall. Grundlage der Bewertungen sind die jeweils in der Recherche identifizierten aktuellsten Fassungen.

Die vollständige Recherche ist im Internet unter: <http://www.leitlinien.de> abrufbar.

C.2.6 Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien

Im Sinne einer möglichst großen wissenschaftlichen–politischen Akzeptanz ist die Methodik der Erstellung einer Leitlinie und deren transparente Darstellung von zentraler Bedeutung. Die Bewertung erfolgt – in Analogie zu ähnlichen publizierten Verfahren ^[10, 11] - unter Bezug auf die „Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung“ von BÄK und KBV ^[12] mit Hilfe der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ 2. Version (8/1999) ^[13] – (siehe E.1 Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ 98/99 (00/01)).

Zwei unabhängig arbeitende Reviewer (ärztliche Mitarbeiter der Clearingstelle bei dem ÄZQ) führen die Bewertung durch. Die „ja-“ bzw. „unklar-Antworten“ werden inhaltlich von den Reviewern begründet. Für die Darstellung der Endbewertungen der ins Clearingverfahren „chronischer Rückenschmerz“ eingeschlossenen Leitlinien wurde mit dem „strukturierten Leitlinien-Abstract“ eine standardisierte Form gewählt.

Die Darstellung aller Abstracts findet sich im Kapitel E.3 „Strukturierte Leitlinien-Abstracts der methodischen Bewertung“.

C.2.7 Bewertung der inhaltlichen Qualität von Leitlinien

Bei der inhaltlichen Bewertung der ins Clearingverfahren eingeschlossenen Leitlinien werden zum einen deren Empfehlungen untereinander verglichen. Zum anderen wird überprüft, in welchem Ausmaß sie den Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems erfüllen und in diesem auch praktikabel sind. Für diese Beurteilung wird Fachexpertise benötigt, die durch den (unter C.2.2 bis C.2.4) genannten Expertenkreis repräsentiert wird. In einem weiteren Schritt werden durch die Experten Vorschläge formuliert, die bei der Erstellung einer nationalen Leitlinie berücksichtigt werden sollen. Diese Empfehlungen werden anhand von ausgewählten Beispielen in Form von vorbildlichen Textstellen, Tabellen oder Grafiken konkretisiert.

Ergebnis dieser inhaltlichen Qualitätsprüfung ist eine Auflistung von Einzelempfehlungen, die in vorbildlicher Weise die Erfordernisse des deutschen Gesundheitssystems erfüllen. Sie stellt keine Hervorhebung einer einzelnen Leitlinie oder die Rangfolge der inhaltlichen Güte von Leitlinien dar, wie sie aus einem Bewertungsverfahren auf der Grundlage eines aus verschiedenen inhaltlichen Qualitätsindikatoren verdichteten „Gesamt-Scores“ resultieren würde.

Die Ergebnisse der inhaltlichen Beurteilung finden sich in Kapitel B Zusammenstellung der Vorschläge (Executive Summary) sowie ausführlich im nachfolgenden Kapitel D Hauptdokument.

¹⁰ Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, Moran S. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care* 1999;11(1):21-8.

¹¹ Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed literature. *JAMA* 1999;281(20):1900-5.

¹² Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. *Dtsch Arztebl* 1997;94(33):A-2154-5,B-1622-3,C-1754-5. Available from: <http://www.leitlinien.de>

¹³ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“. *Dtsch Arztebl* 1998;95(41):A-2576-8, C-1838-40. Available from: <http://www.leitlinien.de>

C.3 Ergebnisse des Clearingverfahrens „chronischer Rückenschmerz“

C.3.1 Ergebnisse der Leitlinienrecherche und Auswahl der Leitlinien

Anhand der oben beschriebenen Methodik ergab sich eine Trefferzahl von insgesamt (inkl. Literatur und Dubletten) 920 (+ 912 Cochrane Library). Nach Vorauswahl (manuelle Sichtung zur Trennung der Leitlinien von Literatur und Dubletten) verblieben 198 Zitate, die im Volltext gesichtet wurden. Nach Überprüfung der Recherche und Konsentierung der nachfolgend dargestellten Einschlusskriterien durch den Expertenkreis wurden 29 Leitlinien in das Clearingverfahren aufgenommen.

Im Clearingverfahren chronischer Rückenschmerz sind einige bibliographisch als Einzelpublikation geführte Leitlinien zur Therapie des chronischen Rückenschmerzes zusammengefasst bewertet worden, da sie im Rahmen von Leitlinienprogrammen nach der gleichen Methodik und inhaltlich abgestimmt von einem Herausgeber erstellt wurden (siehe Übersicht 1: Bewertete Leitlinien).

In der Bewertung berücksichtigt wurden die Leitlinien und deren beigeordneten Dokumente, die folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- Sprachen: Deutsch und Englisch oder Übersetzungen in diese Sprachen,
- Leitlinien mit überregionaler Gültigkeit,
- Ärztliche Therapieleitlinie zu „chronischer Rückenschmerz“,
- keine spezifische Einschränkung des Versorgungsbereiches (z. B. nur für Versicherte einer Versicherung),
- Leitlinien sind gültig und nicht älter als 10 Jahre,
- aktuellste Version bei mehreren Leitlinien eines Herausgebers.

C.3.2 Ergebnisse der methodischen Bewertung:

Die Ergebnisse der Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien sind in Tabelle 4 aufgeführt. Analog zu den drei Blöcken der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ sind die Ergebnisse der Bewertung, jeweils blockweise als Summation der Ja-Antworten aufgeführt (siehe E.2 Bewertung der technischen Qualität von Leitlinien).

Tabelle 4: Ergebnisse der methodischen Bewertung

Fortlaufende Nummerierung in alphabetischer Reihenfolge der Herausgeber / Jahr	Land	Block I: Entwicklung 17 Pkt.	Block II: Form+ Inhalt 17 Pkt.	Block III: Anwendung 6. Pkt.	Gesamt: 40 Pkt
01 ANAES, 2000	F	5	6	1	12
02 AAoOS, 2002	US	8	10	1	19
03 ABFP, 2001	US	4	7	1	12
04 ASoIPP, 2003	US	5	9	1	15
05 AkdÄ, 2000	D	11	13	1	25
06 CSAG, 1994	US	3	10	0	13

07a	DGPMR, 1997	D	4	6	1	11
07b	DGPMR, 1997	D	4	8	1	13
08a	DGN, 2002	D	2	5	1	8
08b	DGN, 2002	D	2	5	1	8
09	DGMR, 1998	D	2	6	1	9
10a	DGOOC, 2002	D	3	6	1	10
10b	DGOOC, 2002	D	3	6	1	10
10c	DGOOC, 2003	D	3	6	1	10
10d	DGOOC, 2002	D	3	6	1	10
11	DGSP, 2003	D	3	3	1	7
12	FoOM, 2000	J	8	11	1	20
13a	FMSD, 2004	SF	3	10	1	14
13b	FMSD, 2003	SF	3	10	1	14
13c	FMSD, 2004	SF	3	10	1	14
14	ICSI, 2004	US	10	12	3	25
15a	NASS, 2000	US	4	7	0	11
15b	NASS, 2000	US	4	7	0	11
15c	NASS, 2000	US	4	7	0	11
16	MSW TAG, 2002	GB	3	12	1	16
17	PP, 2001	US	14	11	3	28
18	Prodigy, 2004	GB	3	9	2	14
19	SoF AHCA, 1999	US	2	10	1	13
20	VHA, 1999	US	12	15	1	28

Nachfolgend werden diejenigen Fragen angesprochen, zu denen in vielen der bewerteten Leitlinien zu wenige Informationen vorlagen, als dass eine Punktvergabe (Ja-Antwort) gerechtfertigt gewesen wäre. Aufgeführt werden an dieser Stelle die den Block I der Checkliste (Qualität der Leitlinienentwicklung) und z. T. auch den Block II (Qualität von Format und Darstellung der Inhalte) betreffende Aspekte. Weitere Anmerkungen zur methodischen Qualität der bewerteten Leitlinien, die v. a. den Blöcken II und III der Checkliste zuzuordnen sind, finden sich im Hauptdokument (Teil D).

Im Sinne einer möglichst großen wissenschaftlich-politischen Akzeptanz ist die Methodik der Erstellung einer Leitlinie und deren transparente Darstellung von zentraler Bedeutung. Die zu berücksichtigenden Formen und Inhalte der Methodik sind im Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ aufgeführt ^[14]. Aus den Angaben in den bewerteten Leitlinien geht häufig jedoch nicht ausreichend hervor, welche methodischen Grundlagen angewendet wurden.

Die Leitlinien legen meist unvollständige Angaben zur Zusammensetzung der Gruppe der Leitlinienersteller hinsichtlich der vertretenen Fachgebiete, zur individuellen Expertise der Mitglieder und zu deren möglichen Interessenskonflikten vor. Sie lassen meist keine Rückschlüsse zu, wie mit divergierenden Wertvorstellungen der Mitglieder der Leitlinienkommission umgegangen wurde. Verwendete Konsensusprozesse und deren Einfluss auf die Erstellung der Leitlinie werden in seltenen Fällen aufgeführt.

Nur in einigen Leitlinien werden systematische Literaturrecherchen aufgeführt. Auch wenn diese dokumentiert sind, wird nicht immer klar, welche Qualitätsmerkmale bei der Evidenzbewertung angelegt wurden; eine Klassifizierung der Evidenzstärke wird nicht durchgängig vorgenommen.

Aus der Darstellung der Methodik in allen Leitlinien geht nicht hervor, warum bestimmte Empfehlungen Eingang in eine Leitlinie erhalten und andere wiederum nicht (z. B. Gründe für die Aufnahme von Empfehlungen, für die keine hohe Evidenzen vorliegen bzw. für den Ausschluss von Empfehlungen, obwohl gute Evidenzen dafür existieren). In einigen Leitlinien sind die Empfehlungen nicht mit Literaturbelegen verknüpft, in vielen Fällen erfolgen Verknüpfungen von Empfehlungen mit Literaturzitaten, ohne dass die Literaturrecherche dargestellt wurde. Einige Leitlinien nehmen eine Einteilung der Empfehlungen in Klassen vor, die sich an der Hierarchisierung der Evidenz anlehnen, andere wählen Kriterien, die sich u. a. an den Begriffen der medizinischen Akzeptanz und Nützlichkeit orientieren.

Zusammenfassend soll eine nationale Leitlinie „chronischer Rückenschmerz“ Angaben zur Methodik ihres Erstellungsprozesses enthalten. Die Darlegung kann gesondert in der Leitlinie selbst oder in einem separaten Hintergrunddokument erfolgen. Wichtig ist v.a., dass Angaben zu dem Sponsoring, zu möglichen Interessenskonflikten der beteiligten Personen und zur Zusammensetzung des Leitliniengremiums unter Beachtung der notwendigen Multidisziplinarität, der Beteiligung der relevanten Anwender und der Zielgruppe der Leitlinie vorliegen. Die Leitlinie soll darlegen, wie divergierende Wertvorstellungen in der Leitlinienkommission unter Bezug auf formale Konsensverfahren gelöst werden.

¹⁴ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Das Leitlinien Manual von AWMF und ÄZQ. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2001;95 Suppl 1:1-84.

Damit die wissenschaftliche Absicherung der Empfehlungen nachvollziehbar wird, soll in der nationalen Leitlinie die Literaturrecherche dokumentiert, die Methodik der Evidenzbewertung offengelegt und die ausgewählten Empfehlungen verknüpft mit den zugrundegelegten Evidenzquellen dargestellt werden. Die Methodik bzw. Auswahlkriterien, nach denen Empfehlungen in die Leitlinie aufgenommen bzw. von der Aufnahme ausgeschlossen wurden, sollen unter Verwendung des Prinzips der „best available evidence“ benannt werden. Die eingesetzten Kriterien, die der Klassifizierung der Leitlinien-Empfehlungen dienen, sollen dargelegt werden. Weiterhin sollen Gültigkeitsdauer, Verantwortlichkeit für die Fortschreibung und ein Vergleich von relevanten Empfehlungen mit inhaltsverwandten nationalen oder internationalen Leitlinien aufgezeigt werden.

C.4 Endprodukte und Umsetzung der Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahrens „chronischer Rückenschmerz“

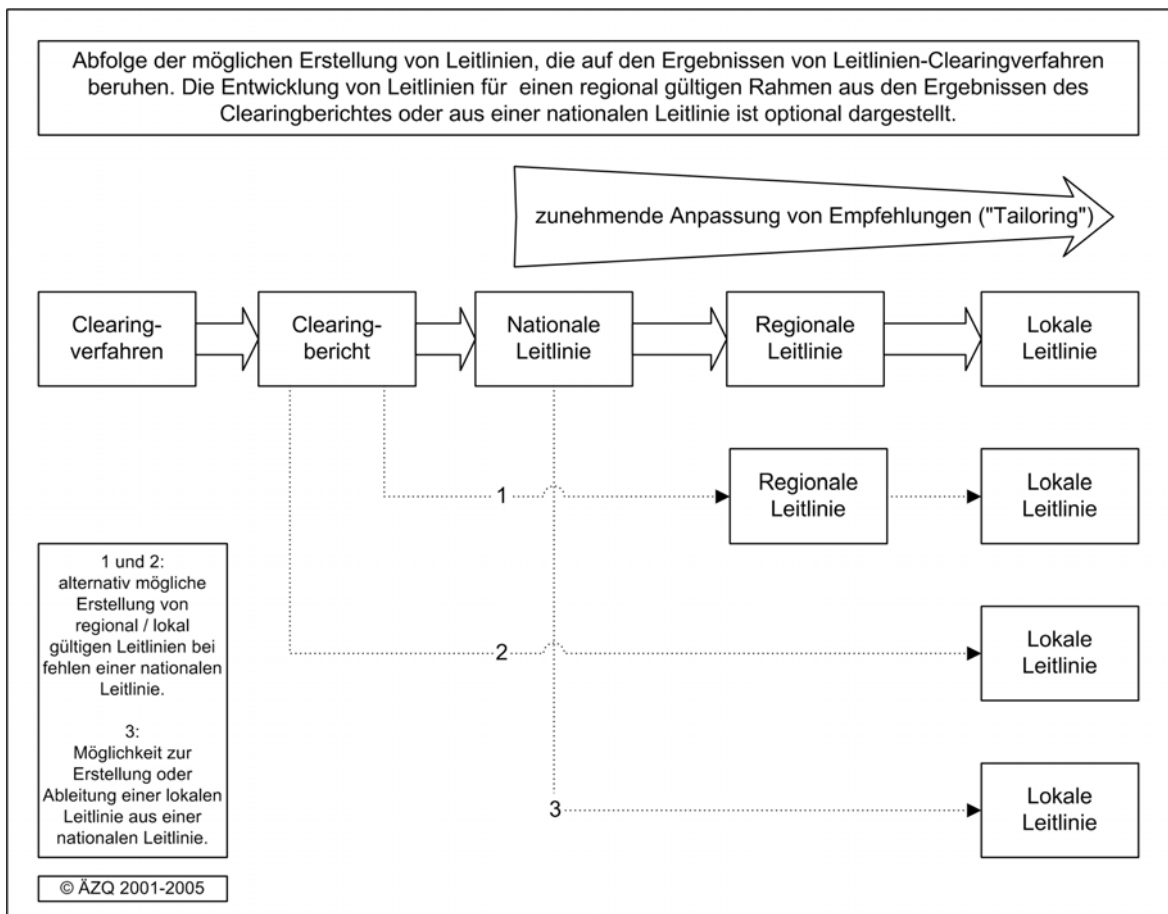
Den Abschluss der Arbeit des Expertenkreises stellt der Leitlinien-Clearingbericht dar. Nach Verabschiedung des Berichtes durch die „Erweiterte Planungsgruppe“ erfolgt seine Veröffentlichung in der Schriftenreihe des ÄZO und die Einstellung ins Internet (www.leitlinien.de). Er ist zu verstehen als Empfehlung für die Schwerpunktsetzung für das methodische und inhaltliche Vorgehen bei der Entwicklung zukünftiger Leitlinien zur Therapie des chronischen Rückenschmerzes.

Die methodischen Bewertungen der Leitlinien werden in eine Datenbank eingegeben, die eine vergleichende Gegenüberstellung der methodischen Qualitätskriterien ermöglicht (einzusehen unter Leitlinien-Re-Sys auf www.leitlinien.de).

Mit dem Clearingbericht erhält der Nutzer eine differenzierte Darlegung von methodischen und inhaltlichen Aspekten in Form eines Vergleichs der Empfehlungen verschiedener Leitlinien zu einem Versorgungsproblem. Er kann sich Leitlinien oder Teile davon herausuchen, die ihm für seine individuelle Fragestellung geeignet erscheinen. Die Ergebnisse des Clearingverfahrens erlauben, auf nationaler Ebene die Weiter- oder Neuentwicklung einer Leitlinie zu initiieren (s. Abbildung 2).

Die Darstellung des Clearingverfahrens ermöglicht, bestimmte Bausteine einzelner Leitlinien auch zu Steuerungszwecken zu identifizieren. Zu diesem Zweck entwickeln die Partner im Clearingverfahren den sogenannten Maßnahmenkatalog. Dieser enthält an die Organe und Gremien der Selbstverwaltung, an Fachgesellschaften und Berufsverbände etc. gerichtete Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse des Clearingverfahrens auf den verschiedenen Ebenen des bundesdeutschen Versorgungssystems.

Abbildung 2: Einsatzmöglichkeiten des Clearingberichtes



C.5 Ablauf der Arbeit des Expertenkreises „chronischer Rückenschmerz“

Zur Formulierung der Inhalte des Clearingberichtes lagen den Experten die methodisch bewerteten Leitlinien vor. Nach angemessenem zeitlichem Vorlauf zum Studium der Leitlinien wurden in der konstituierenden Sitzung des Expertenkreises die inhaltlichen Eckpunkte benannt und die zugeordneten Bereiche den einzelnen Experten zur Bearbeitung zugewiesen. Die Konsentierung der Formulierungen von Problemen und Vorschlägen sowie der Auswahl der Beispiele erfolgte in Diskussionen in insgesamt vier Sitzungen und Telefonkonferenzen.

Die Redaktion erfolgte durch die Geschäftsführung des Clearingverfahrens. Der fertiggestellte Entwurf wurde von den Experten gegengelesen, korrigiert und in der vorliegenden Version beschlossen.

D. Hauptdokument

D.0 Präambel

Chronische Schmerzen im allgemeinen und chronische Rückenschmerzen im besonderen sind ein relevantes Problem in der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Nahezu jeder Mensch in Deutschland wird in seiner Lebenszeit mindestens einmal an Rückenschmerzen leiden. Der „Übergang“ von akuten zu chronischen Rückenschmerzen stellt insofern ein großes Problem dar, als das die Zeiträume, innerhalb derer einer Chronifizierung begegnet werden sollte, unterschiedlich definiert sind und dadurch die Problematik noch verschärft wird.

Das Problem der Chronifizierung von Schmerzzuständen mit daraus resultierenden Arbeitsfehlzeiten und einem frühzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wurde u.a. im Gutachten des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ deutlich thematisiert.

Ein grundlegendes Problem sind für viele Fragestellungen fehlende kontrollierte klinische Studien. Dadurch wird die Basierung von Empfehlungen auf validen Studiendaten erschwert bis unmöglich gemacht.

Bei vielen Erkrankungen mit Chronifizierungspotential sind vergleichbare Problemstellungen vorhanden:

- Primär ist die Prävention, d. h. optimalerweise das Nicht-Eintreten der Erkrankung von großem Interesse. Gerade in bezug auf eine Prävention von Rückenschmerzen im Arbeitsleben existieren aber defizitäre Situationen.
- Demzufolge kommt den Vorbeuge- und Erkennungsmaßnahmen des akuten Rückenschmerzes und der adäquaten zur Behandlung desselben eine überragende Bedeutung zu. Zu diesem Themenbereich existiert bereits ein Clearingbericht „Akuter Rückenschmerz“, der Eckpunkte und Inhalte für eine Leitlinie definiert und als Informationsquelle ergänzend herangezogen werden sollte.
- Innerhalb des Managements des chronischen Rückenschmerzes kommt dem Informationsaustausch aller an der Behandlung der Patienten beteiligten und ein damit verbundenes optimales Schnittstellenmanagement *d/e* zentrale Bedeutung zu.
- Daraus resultiert, dass die notwendige Abstimmung der Beteiligten und der zu beteiligenden Bereiche erst zu einer anwendbaren Leitlinie führt, da qualifikatorische und prozessuale Anforderungen aufeinander abgestimmt werden müssen.

Dem Management der Patienten mit Rückenschmerzen kommt gerade im individuell verschieden *kurzen* Übergang von akuten zu chronischen Rückenschmerzen eine immense Bedeutung zu. Vielfach werden notwendige Untersuchungen oder Konsultationen z. B. der Psycho- und Schmerztherapie relativ oder absolut zu spät vorgenommen, so dass bereits eine Chronifizierung eingesetzt oder stattgefunden hat. Dem spielt eine (unter Laien) weitverbreitete Situation zu, dass Schmerztherapie insbesondere mit Opioiden sehr negativ bewertet ist. Dies erfährt Vorschub dadurch, dass die zugrunde liegenden Probleme vielfach als *kausal angehbar und beseitigbar* angesehen werden.

In bezug auf die bei der Leitlinienentwicklung anzuwendende Methodik existieren bereits relevante Publikationen. Leitlinien sollen helfen, Informationen aufzubereiten und damit übersichtlich und schnell zur Verfügung zu stellen. Für den deutschen Gesundheitssektor ist hierzu durch die Regelungen des SGB und des GMG festgelegt, dass sich Leitlinien der Methoden der Evidenzbasierten Medizin (EbM) bedienen sollen. Durch die EbM kommen verschiedene Systematiken zur Anwendung, die Transparenz u.a. in bezug auf die Grundlagen für Empfehlungen und die Entscheidungsprozesse, die zu den Empfehlungen geführt haben, herstellen.

Mit der EbM-Methodik und anderen methodischen Ansätzen (z. B. systematische Recherche, formalisierte Konsensverfahren, Systematische Reviews und HTA-Berichte) werden Instrumente und Datenquellen zur Verfügung gestellt, die Leitlinienautoren benötigen, um nachvollziehbare und damit letztlich belastbare Leitlinien zu formulieren, zu disseminieren und zu implementieren.

Problem:

In vielen Fällen werden die methodischen Instrumente aber in unvollständiger Zusammensetzung oder ohne die notwendigen Darlegungen der Entscheidungsprozesse angewandt. Letztlich wird dadurch die Anwendbarkeit von Leitlinien gefährdet. Im Kontext des SGB V wird die Methodik der EbM als Grundlage für Leitlinien definiert, wovon viele Leitlinien zurzeit noch abweichen.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll:

- die ihr zugrunde liegenden Quellen und Evidenzen aufzeigen und eine Zuordnung zu den Empfehlungen herstellen,
 - die Bewertungen der Evidenzen einschließlich von ggf. notwendigen Auf- oder Abbewertungen der Evidenzgrade in bezug auf die Evidenzstufe darlegen,
 - eine klare Darstellungsweise der Informationen zu erreichen versuchen,
 - sich auf die für die Formulierung von Leitlinien zur Verfügung stehenden EbM- und Konsens Methodiken beziehen,
 - diese auf allen Stufen und Schritten der Entwicklung zur Anwendung bringen,
 - und den gesamten Entwicklungsprozess durch einen Methodenreport darlegen.
-
- Die Leitlinie soll ein Verfahren zur Aktualisierung der Empfehlungen angeben.

Beispiele:

Beispiele für die Anwendung der EbM-Methodik sind sehr umfangreich und werden daher hier nur für ausgewählte Beispiele als Zitate angeführt.

Eine systematische und umfangreiche Darlegung über die Hintergrundmethodik von und zur Anwendung von EbM erhalten Sie im Lehrbuch der Evidenzbasierten Medizin:

Beispiel 1: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis

Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H, Jonitz G, Kolkmann FW, ed. Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Dt. Ärzteverl.; 2000.

Methodische Anforderungen an Leitlinien sowie Erläuterungen der Checkliste zur Überprüfung der methodischen Qualität von Leitlinien sind dargelegt im Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Das aktualisierte Bewertungsinstrument ist verfügbar unter <http://www.delbi.de>.

Beispiel 2: Leitlinien-Manual

Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Das Leitlinien-Manual: Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2001;95 Suppl. 1:1-84. Online abrufbar unter: <http://www.leitlinien.de/leitlinienqualitaet/index/view>

Aktuelle Darlegungen zu Fragen der Klassifizierung von Empfehlungen in Leitlinien erhalten Sie aus einem aktuellen Artikel der GRADE-Working-Group:

Beispiel 3: Artikel der GRADE-Working-Group zur Klassifizierung von Empfehlungen

Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2004;328(7454):1490.

Online abrufbar unter: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/328/7454/1490.pdf>

Weitergehende Informationen zu Fragen der Ausgestaltung von Leitlinien erhalten Sie über die Homepage des Leitlinien-Clearingverfahrens unter <http://www.leitlinien.de>.

D.1 Struktur, Ziele und Anwendungsbereich einer Leitlinie „chron. Rückenschmerz“

Hinweis: Teile dieses Kapitels (D 1.4 und D 1.2) basieren auf Empfehlungen des Leitlinien-Clearingberichtes „Koronare Herzkrankheit“. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Leitlinien-Clearingbericht „Koronare Herzkrankheit“. Niebüll: videel; 2003. p. 41-3. äzq-Schriftenreihe; 11. Available from: www.leitlinien.de

D.1.1 Vorschläge zu Struktur und Inhalten einer nationalen Leitlinie „chronischer Rückenschmerz“

Die nachfolgenden Vorschläge zu inhaltlichen Eckpunkten einer nationalen Leitlinie chronischer Rückenschmerz resultieren aus:

- den Inhalten der bewerteten Leitlinien,
- dem aktuellen Wissensstand
- sowie den eigenen Erfahrungen der Experten.

Für die Erstellung von Leitlinien wird die Berücksichtigung von konsentierten Methoden, die z. B. im Leitlinien-Manual von ÄZQ und AWMF dargelegt sind, empfohlen.

Die EbM-theoretischen Aspekte sollten in der Leitlinie oder in einem zur Leitlinie gehörenden Methoden-Report dargelegt werden, dazu zählen insbesondere Begriffe der Schätzgrößen wie Number needed to treat (NNT), prädiktiver Wert u.a.m.

Die Bedeutung dieser Begriffe im Zusammenhang mit der Grundgesamtheit bzw. anderer relevanter Größen sollte dargelegt werden, auch in den Darstellungen der Leitlinie.

Für die Abstützung der Empfehlungen wird ergänzend empfohlen, ggf. auch die Ergebnisse von HTA-Berichten bei der Erstellung bzw. Überarbeitung von Leitlinien zu berücksichtigen.

Tabelle 5: Inhaltliche Eckpunkte im Leitlinien-Clearingverfahren „chronischer Rückenschmerz“

Präambel

1. Struktur, Ziele und Anwendungsbereich einer Leitlinie „chron. Rückenschmerz“
 - Ziele
 - Definition
 - Anwendungsbereich
2. Krankheitsursachen
3. Diagnostik und Diagnose
 - Anamnese
 - Neurologische Diagnostik
 - Radiologische Diagnostik
 - Beschwerdeursachen
 - Risiko- / Chronifizierungs- / Prognosefaktoren
 - Schmerzevaluation und Risikobeurteilung
4. Therapieziele
5. Prävention
6. Therapieverfahren
 - Grundsätze der Behandlungsstrategie

- Nichtinvasive (Nicht-Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren
 - i. Nicht-medikamentöse Therapie (Physiotherapie und Physikalische Therapie)
 - ii. Medikamentöse Therapie
- Invasive (Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren
 - i. Injektions- / Infiltrationsverfahren
 - ii. Operative Methoden
 - iii. Weitere Verfahren

7. Rehabilitation

8. Patienteninformation / Patienten-Empowerment und Edukation

9. Qualität der Versorgung und Hinweise zur wirtschaftlichen Versorgung

Disseminierung und Implementierung / Aspekte von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Beispiel 4: Exemplarisches Inhaltsverzeichnis des NASS-Leitlinie „Unremitting Low Back Pain“

Acronyms

I. Introduction

A. Background

B. Methodology

C. Format

1. Introduction

2. Algorithms

3. Executive Summary

4. Narrative Text

5. Phase I/II Algorithm References and Consolidated Bibliographies

6. Endnotes

D. Objectives

E. Preamble

1. General Guideline Principles and Terminology

a. Purpose

b. Timeliness,

c. Re- Evaluation

d. Outcomes

e. Modalities and Therapeutic Procedures

i. Modality

ii. Therapeutic Procedures"

f. Non-Operative Interventions

i. Initial Phase of Specialized Care

ii. Secondary Phase of Specialized Care

iii. Tertiary Phase of Specialized Care

g. Surgical Intervention

h. Palliative Phase of Specialized Care

i. Treatment Duration

j. Maximum Medical Improvement (MMI)

i. Principles of MMI

ii. Principles of MMI

II. Algorithms and Interpreting the Algorithm Symbols

...

D.1.2 Ziele

Chronische Rückenschmerzen gehören zu den wichtigen Volkskrankheiten. Das Problem des Gesamtmanagements liegt darin, dass präventive Ansätze und ein möglichst früher Beginn der jeweils richtigen Therapien von überragender Bedeutung sind, um das Auftreten der Krankheit und die Chronifizierung zu verhindern bzw. den Verlauf abzumildern. Probleme einer relativen Unterversorgung mit Schmerztherapeutischen und Psychotherapeutischen Verfahren führen hier in einen Circulus vitiosus, der für den Betroffenen vielfältige Auswirkungen besitzt.

Gerade in bezug auf die so dringend gebotene Prävention wirken die allgemeinen Probleme effektiver Prävention – einfache präventive Maßnahmen wie z. B. gesunde Lebensweise und adäquate körperliche Aktivität werden nicht angewandt.

Als weiteres Hindernis, um die Ziele in der Versorgung der Rückenschmerzpatienten erreichen zu können, muss das Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungsebenen und -sektoren genannt werden.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll:

- Die zu dem definierten Thema innerhalb der Versorgung des chronischen Rückenschmerzes zugehörigen Ziele so definieren und darlegen, dass diese nachvollziehbar sind und v.a. mögliche Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung der Leitlinie in bezug auf diese Ziele definiert werden können.
- klar darstellen, in welcher Abfolge welche Maßnahmen benötigt werden und wie der Stellenwert der gesamten Nicht-operativen und Medikamentösen Verfahren bei der Behandlung chronischer Rückenschmerzpatienten ist,
- die Bedeutung der Prävention in bezug auf die demographische Entwicklung aufzeigen und Möglichkeiten für eine effektive Krankheitsverhinderung aufzeigen. Dies schließt ein, dass die Leitlinien-Autoren ggf. Materialien für die Aufklärung im Zusammenhang mit der Leitlinie entwickeln müssen. Diese Materialien und Ansätze müssen ggf. zeitlich bereits weit vor der eigentlichen Erkrankung „chronischer Rückenschmerz“ zur Anwendung gebracht werden, und tangieren bzw. durchbrechen hier den Bereich der akuten Rückenschmerzen.
- die Schnittstellenprobleme sowohl durch die Zusammensetzung der am Erstellungsprozess Beteiligten Vertreter verschiedener Fachgruppen und Sektoren als auch durch dementsprechende inhaltliche Empfehlungen aufzeigen und Lösungen anbieten,
- die Möglichkeiten des Krankheits-Managements unter Angabe von Maßnahmen der Verlaufskontrolle in bezug zu den Versorgungsebenen aufzeigen.
- Einen Bezug zwischen den Zielen und den zugrundeliegenden Definitionen herstellen bzw. inhaltlich konkordant sein.

>>> (siehe hierzu auch Kapitel D.1.3, S. 55)

D.1.3 Definition

Problem:

Rückenschmerzen können nach dem Ort des Auftretens unterschieden werden. Die Einteilung erfolgt anhand der anatomischen Einteilung des Achsenskeletts, und ggf. ergänzend anhand einer Ausstrahlungscharakteristik. Die Definition des chronischen Rückenschmerzes ergibt sich in Abgrenzung von der Definition des akuten Rückenschmerzes über die zeitliche Komponente.

Akute Rückenschmerzen definieren sich als akut von innerhalb weniger Stunden bis zu maximal eines Tages auftretenden Schmerzen aus einer Phase wenigstens sechsmonatiger Schmerzfreiheit. Sie bestehen nicht länger als drei Monate.

Chronische Rückenschmerzen definieren sich in Abgrenzung dazu durch längerer zeitliche Verläufe (z. B. an der Hälfte der Tage innerhalb einer Zeitspanne von 12 Monaten) und durch ihre gegenüber dem akuten Rückenschmerz länger anhaltende Schmerzsituation (durchgehender Schmerz innerhalb dieser Phase oder multiple Episoden).

Das Problem in den Leitlinien und in den Wissensbereichen der Behandler sind völlig unterschiedliche Definitionen und Zuordnungen der Schmerzzustände – es gibt zu viele heterogene Definitionen des Rückenschmerzes.

Aufgrund der abweichenden Definitionen ergeben sich vielfältige Probleme bei der Diagnostik und dem nachgeschalteten therapeutischen Management des Rückenschmerzes.

Ein klares diagnostisches und therapeutisches Konzept setzt klare Definitionen voraus, da darauf alle weiteren Definitionen und Inhalte der Leitlinie beruhen.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll:

- den chronischen Rückenschmerz klar definieren,
- ggf. eine Abgrenzung zum akuten Rückenschmerz darstellen,
- und diese Definition zur Grundlage der weiteren inhaltlichen Empfehlungen machen.

Beispiele:

Beispiel 5: Definition des (chronischen) Rückenschmerzes orientiert am ICD mit ergänzenden Hinweisen auf weitere Vorgehensweisen, LL 14, ICSI, S. 12

Classify Symptoms by Duration and Location

There are a considerable number of ICD-9 diagnosis codes for low back pain (LBP). These four narrative diagnostic categories suffice to describe LBP. This guideline uses these four categories to indicate appropriate treatment.

Each medical group should determine appropriate codes to identify these 4 classifications. This simplified

diagnostic classification system reduces unnecessary variation in the number of ICD-9 codes used and also allows for research to link these codes with treatment interventions and outcome measures.

In the absence of symptoms that suggest serious underlying disease (e.g., cancer, Cauda Equina Syndrome, significant or progressive neurologic deficit, or other systemic illness), use one of these four low back pain diagnoses:

- Acute low back pain: LBP that does not radiate past the knee with current symptoms 6 weeks or less from onset.
- Chronic low back pain: LBP that does not radiate past the knee with current symptoms more than 6 weeks from onset.
- Acute sciatica: LBP that radiates past the knee with current symptoms 6 weeks or less from onset.
- Chronic sciatica: LBP that radiates past the knee with current symptoms more than 6 weeks from onset.

A patient with "recurrent acute" episodes will follow the acute algorithm when the current symptoms are 6 weeks or less from onset. "Recurrent acute" means symptoms at some point improved, separating the current episode from previous episodes.

When the current symptoms are more than 6 weeks from onset the patient should be regarded as chronic and the provider should move to the corresponding sections of the algorithm (box 16 and beyond).

Sacroiliac joint dysfunction may be a contributor to low back pain and radicular pain in some individuals. This needs to be considered as a potential origin of pain.

If at initial evaluation the patient is identified as chronic LBP, see Annotation #18, "Lumbar Spine X-Rays (AP and LAT Views) if Indicated" for chronic sciatica see Annotation #22.

Beispiel 6: Definition und Klassifikation, LL 5, AkdÄ, S. 6

Definition und Klassifikation

Oft wird pragmatisch zwischen »unspezifischen« und »spezifischen« Rückenschmerzen unterschieden. Unspezifische Rückenschmerzen werden dabei als solche definiert, bei denen sich im Gegensatz zu den spezifischen keine Hinweise auf ursächliche Erkrankungen wie z. B. Frakturen, Tumore oder Entzündungsprozesse finden lassen.

Bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen unterscheidet man je nach Lokalisation Zervikal-, Thorakal- und Lumbalsyndrome. Zwei Drittel der Erkrankungen entfallen auf den unteren Abschnitt der Lendenwirbelsäule. Bleiben die Beschwerden auf die betroffene Wirbelsäulenregion beschränkt, spricht man von einem lokalen Syndrom, an der Lendenwirbelsäule von einem lokalen Lumbalsyndrom. Das lokale Lumbalsyndrom entspricht dem »simple backache« und bedeutet einfacher unkomplizierter Rückenschmerz (Abbildung 1). Strahlen die Schmerzen durch Wurzelkompression in die unteren Extremitäten aus, so bezeichnet man dies als lumbales Wurzelsyndrom bzw. Ischialgie, wobei je nach Anzahl der affizierten Nervenwurzeln weiterhin zwischen einem mono- und polyradikulären Syndrom unterschieden werden kann. Oft gibt es jedoch ausstrahlende Schmerzen auch ohne Wurzelkompression. Das Kaudasyndrom stellt eine besonders schwere Form des polyradikulären lumbalen Wurzelsyndroms dar. Die resultierenden unterschiedlichen neurologischen Ausfälle erfordern unterschiedliche therapeutische Konsequenzen (Abbildung 1).

Nach ihrem zeitlichen Auftreten und somatischen sowie psychosozialen komplizierenden Faktoren lassen sich akute (Dauer < 4 Wochen), subakute (Episodendauer 4 Wochen bis 3 Monate) oder rezidivierende und chronische bzw. chronifizierte (Dauer > 3 Monate) Rückenschmerzen unterscheiden", wobei sich bei den chronifizierten Beschwerden das Schmerzgeschehen aufgrund psychosozialer Faktoren weitgehend selbstständig hat.

D.1.4 Anwendungsbereich

Leitlinien treffen ihre Aussagen und Empfehlungen im Kontext des Versorgungsbereiches und des Anwendungsbereiches, für den sie erstellt werden. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Empfehlungen, die Bestandteil einer national gültigen Leitlinie zum jeweiligen Thema sind, und spezifischen Empfehlungen oder Anforderungen, die unter Umständen nur für den Anwendungsbereich einer regionalen oder lokal adaptierten Leitlinie gelten.

Als Zielgruppen für Aussagen und Empfehlungen kommen außer Ärzten und Patienten verschiedene andere Adressaten in Betracht, so kann z. B. das Aufzeigen von Bereichen mit Klärungs- oder Forschungsbedarf aufgrund mangelhafter oder fehlender Evidenz politische Adressaten benennen.

Die Adressaten sind in Leitlinien jedoch nicht immer klar zu identifizieren. Ferner sind in Behandlungsabläufen Schnittstellen (z. B. zwischen ambulantem und stationärem Sektor) vorhanden, die in den Leitlinien z. T. nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden.

Am wichtigsten jedoch ist ein Hinweis, auf welche Population die Leitlinie Bezug nimmt. Beispielsweise können populations-bezogene Leitlinien eine ganz andere Bedeutung und Wirkung haben, als eine individuums-bezogene Leitlinie. Es gilt die Forderung, dass eine Leitlinie den Anwenderkreis und den Bezugsrahmen exakt definiert.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll

- den Anwendungsbereich ^[15], für den sie Gültigkeit haben soll, genau benennen, um eine Zuordnung von Empfehlungen und die Ableitung von Indikatoren für diesen Anwendungsbereich zu ermöglichen, und dadurch die nicht angemessene Übertragung von Empfehlungen oder Indikatoren in andere Anwendungsbereiche verhindern,
- die Zielgruppen für ihre Aussagen, Empfehlungen und Forderungen genau benennen und ggf. explizit solche Aussagen und Forderungen z. B. als Bereiche mit Forschungsbedarf benennen, die in ihr enthalten sind,
- Schnittstellen für die Diagnose- und Behandlungsabläufe benennen und nach Möglichkeit Mindestkriterien für Informationen, die an diesen Schnittstellen übergeben werden sollten, darlegen.

¹⁵ Der Anwendungsbereich einer Leitlinie bezieht sich auf verschiedene mögliche Gruppen, u. a. Ärzte verschiedener Fachrichtungen und Versorgungsebenen, Patienten, und weitere Gruppen, die in den Versorgungsprozess mit eingebunden sind. Der zugrundeliegende Anwendungsbereich sollte benannt worden sein.

D.2 Krankheitsursachen

Problem:

Chronische Rückenschmerzen unterscheiden sich durch den Zeitverlauf und das Ursachenspektrum von akuten Rückenschmerzen. Die Abgrenzung zwischen Problemen des akuten und chronischen Rückenschmerzes ist – abhängig von den jeweils verwendeten Definitionen – nicht immer klar. Daraus ergeben sich Abgrenzungsprobleme in bezug auf die Definitionen der Krankheitsursachen, die eine Leitlinie zum chronischen Rückenschmerz klären muss.

Die Ursachen für chronische Rückenschmerzen sind vielfältig, das praktische Problem ist, dass in der Mehrzahl der Fälle die Patienten zu chronischen Rückenschmerzpatienten werden, bei denen akute Rückenschmerzen nicht adäquat (nicht rechtzeitig, nicht effektiv, ...) behandelt wurden und werden konnten. So stellen sich chronische Rückenschmerzpatienten auch mit akuten Schmerzzuständen bei den Behandlern vor, so dass sich kein einfaches Schema für die Probleme chronischer Rückenschmerzen definieren lässt. Darüber hinaus können verschiedene Erkrankungen des Organs Wirbelsäule parallel auftreten, so dass im Zweifelsfall die für die Schmerzproblematik ursächliche Situation verschleiert werden kann.

Der chronische Rückenschmerzpatient stellt sich in den meisten Fällen als Patient dar, der mit Hilfe von Psycho- oder Schmerztherapie lediglich eine Linderung erfahren kann, da ein klar angebares morphologisch-anatomisches zuortbares Leiden nicht vorliegt und demzufolge auch z. B. mittels eines operativen Eingriffes nicht beseitigt werden kann.

Das gesamte Problem wird insbesondere bei der in Leitlinien vielfach fehlenden Darstellung der Aspekte, die typische oder relevante Aspekte bei chronischen Schmerzprozessen sind, deutlich.

Vorschlag:

Eine Leitlinie für chronischen Rückenschmerz muss in Abgrenzung und über die Stichworte für „akuten Rückenschmerz“ (vgl. Clearingbericht "Akuter Rückenschmerz" 2001) hinaus weitere Gesichtspunkte in bezug auf die Krankheitsursachen berücksichtigen.

Eine Leitlinie soll:

- auf die Problematik **multikausaler Genese** mit biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren für Diagnostik und Therapie-Erfolg hinweisen (Somatisierung, gelernte Muster, soziale Umwelt, Krankheitsgewinn, Rente usw.),
- Hinweise auf **Differentialdiagnosen** und **Komorbiditäten** geben und deren Gefährlichkeit / Häufigkeit reflektieren (Beispiele: depressive und somatoforme Störungen = häufig; Osteoporose = häufig; Neoplasma = selten, aber relevant; Gravidität = selten, aber relevant z. B. für Pharmaka- und Röntgen-Einsatz),
- im Hinblick auf diese Differentialdiagnosen ggf. eine **abgestufte Diagnostik** nahelegen, die je nach Verlauf der Therapie verschiedenen Umfang einnehmen kann (z. B. unreflektierter Einsatz von Röntgenverfahren in der Erstdiagnostik versus unterlasse-

ne Bildgebung bei sog. "ill-defined" Problemfällen, d.h. Patienten mit bekannten Problemen, bei denen neu auftretende Probleme unreflektiert zu bekannten Problemen subsumiert werden; Einsatz psychodiagnostischer Verfahren wann?),

- den Stellenwert **subjektiver** Therapie-Erfolgsbewertung durch Patienten darlegen (z. B. Anspruchsniveau, benannte/ unbenannte Erwartungen, subjektive "Lebensqualität" und deren ggf. Abbildung in Mess-Skalen wie z. B. SF-36, EQ5, VAS).
- Das Konzept der "Gesundheitsbezogenen Lebensqualität" gemäß WHO sollte zu diesem Zweck als Erfolgsmarker evidenzbasierter Interventionen herangezogen werden.

Eine Leitlinie für chronischen Rückenschmerz soll angesichts der Problematik wiederkehrender bzw. chronifizierender Inanspruchnahmen mögliche **Marker** für Krankheitsverlauf bzw. Therapiebewertung nennen wie z. B.:

- Zahl der Vorbehandlungen,
- Erfolg von Vorbehandlungen,
- Existenz von Chronifizierungsfaktoren
- Existierende „Yellow“ und „Red Flags“ und
- Begleitkrankheiten.

Weitere Details hierzu sind in den folgenden Kapiteln dargelegt.

D.3 Diagnostik und Diagnose

– allgemeine Anforderungen –

Der Begriff „Rückenschmerzen“ umfasst eine Reihe möglicher Unterbegriffe, die letztlich unterschiedliche Pathologien beschreiben und ein einfaches und einheitliches Vorgehen in der Diagnostik schwierig machen.

Elemente einer Diagnostik für den chronischen Rückenschmerz betreffen daher Verfahren und Ansätze, die die jeweilige Morphologie, die Pathologie der Schmerzen, psychologische, verhaltenstherapeutische Aspekte sowie weitere einbeziehen sollten.

Grundlegender Bestandteil jeder Diagnostik sollte die Anamnese und die körperliche Untersuchung sein, durch die die wesentlichen Befunde erfasst werden, und auf der die weitere gezielte Diagnostik aufsetzen sollte. Der exakten Beschreibung des Zustandes und der Statik des Achsenskeletts kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu.

Innerhalb der Literatur und in den Leitlinien gibt es Schwankungen der zeitlichen Vorgaben, innerhalb derer bestimmte Zustände als „chronifizierend“ oder „chronisch“ gewertet werden, so dass hieraus Unklarheiten in bezug auf die Durchführung der Diagnostik resultieren.

Je nach Versorgungsebene, in der sich der Patient zum Zeitpunkt der abzuklärenden Probleme befindet, stehen unterschiedliche Verfahren und Methoden zur Verfügung. Als Problem stellt sich hier mitunter dar, dass verschiedene Erkrankungen als Ursachen für Rückenschmerzen parallel vorliegen können und eine (differential-)diagnostische Zuordnung der verschiedenen möglichen Probleme zu verschiedenen Fachgebieten erfolgen muss. Ferner müssen diese Informationen zu einem späteren Zeitpunkt wieder zusammengeführt werden. In diesem Zusammenhang sind unterschiedliche Qualifikationsprofile der Untersucher und verschieden angewandte Untersuchungstechniken von Bedeutung, da hierdurch u. U. die Reproduzierbarkeit der Untersuchungen erschwert wird.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich müssen in der Regel die Weichen für eine adäquate, ggf. weitergehende Abklärung getroffen werden, so dass Leitlinien in bezug auf diesen Punkt die benötigten Elemente enthalten müssen.

Vielfach liegen keinerlei Dokumentationen über bereits durchgeführte Untersuchungen vor, bei bildgebender Untersuchung sind zwar Befunde, aber nicht die zugrundeliegenden Bilder verfügbar. Diese Probleme liegen nicht nur in der Verantwortung der Ärzte, sondern zum Teil auch bei den Patienten, die nicht immer alle erhaltenen Bilddaten verfügbar haben.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll

- der Bedeutung einer ggf. wiederholten Anamnese darstellen und ggf. Fragenkataloge anbieten,
- Elemente der notwendigen Untersuchungstechniken (körperlich, radiologisch, Schmerzevaluation, neurologisch, weitere) darstellen und
- die diagnostischen Elemente verschiedenen Bereichen zuweisen, z. B.
 - Schmerzevaluation
 - Klinisch-morphologische Diagnostik einschließlich segmentaler Diagnostik,
 - Apparative Bildgebende Diagnostik,
 - Psychologische Diagnostik,
 - Labordiagnostik,
 - weitere
- und zeitliche Dimensionen wie
 - sofort notwendig
 - mittelfristig notwendig und
 - zur Verlaufskontrolle notwendigvornehmen.
- Um diese Einteilung vornehmen zu können, ist eine Definition der Zeitangaben für den chronischen Rückenschmerz notwendig, welche zentrales Element der Leitlinie sein sollte.
- Parallel dazu sollten ggf. notwendige Ebenenwechsel (Weiterbehandlung beim Orthopäden / Neurologen / Schmerztherapeuten etc.) angezeigt werden.
- Die Indikationen sowie Angaben zur anzuwendenden Technik für die jeweiligen diagnostischen Verfahren sollten klar beschrieben sein, um reproduzierbare Untersuchungsergebnisse zu erhalten.

Eine Leitlinie soll darüber hinaus

- in bezug auf die o. g. Einteilung in sofort, mittelfristig und zur Verlaufskontrolle *benötigte* Diagnostik
 - nicht-invasive,
 - invasive Verfahren
 - und ggf. weitere benennen, um eine adäquate Auswahl der Verfahren zu ermöglichen.
- Falls bestimmte diagnostische Verfahren ausschließlich in bestimmten Versorgungsbereichen erbracht werden können (z. B. schmerztherapeutische Evaluation, Szintigraphien, neurologische Untersuchungen), sollte die Leitlinie dies ausdrücklich benennen und daraus resultierenden Schnittstellen definieren.
- Dies schließt optimalerweise die Beteiligung von Vertretern der entsprechenden Fachrichtung bei der Erstellung der Leitlinie mit ein, mindestens muß jedoch ein Hinweis auf die Schnittstelle erfolgen, und an den Schnittstellen zu übergebende Daten sollten definiert worden sein.
- Bereiche unklarer Evidenz sollten explizit markiert sein, um u. a. Forschungsbedarf ableiten zu können.

- Empfehlungen für eine Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowohl für den Arzt als auch den Patienten enthalten, die die wesentlichen Daten zur Verfügung halten kann. Wesentliche Bestandteile dieser Dokumentationspflicht sind bereits durch gesetzliche Regelungen erfasst.

Beispiel:

Beispiel 7: Angabe wesentlicher diagnostischer Elemente mit initialer Nicht-operativer Therapie, Re-Evaluation und „chronischem“ Management, LL 14, ICSI, S. 23

This diagram is a summary of the rule for this condition.					
Treatment Parameters for Regional Low Back Pain					
Pain affecting lumbosacral region with or without referral to buttocks and/or leg above knee					
		0 Weeks <----- >8 Weeks <----- >12 Weeks			
		Initial Non-surgical Management			
		Re-evaluation and Surgical Management			
				Chronic Management	
Diagnosis - Initial		A. Initial Non-surgical Treatment		B. Re-evaluation	
		C. Chronic Management			
1.	History and physical examination.	1.	Initial non-surgical care must be tried.	1.	If symptoms and objective findings continue and regular ADL's not resumed.
2.	Other tests must be indicated by history and physical.	2.	Passive treatment limited to 12 weeks, additional therapy may be requested if medically indicated.	2.	Re-eval as early as 8 weeks, no later than 12 weeks after beginning care. - is diagnosis correct? - surgery indicated?
3.	Lab tests if the following is suspected: - infection - tumor - metabolic-endocrine - systemic musculoskeletal disorder - medication problem	3.	Passive treatment may include: - rest (usually 2 days or less) - heating or cooling modes - traction - adjustment/manipulation of joints - acupuncture	3.	Procedures may include in accordance with rules: medical imaging, diagnostic blocks and injections; psych eval; subspecialty consultation.
4.	X-ray if: - significant trauma - suspect infection - tumor - inflammatory disorder - patient is over 50 - plan includes hi velocity-low amp, or grade V mobilization	4.	Active treatment must be included after 1st week and may include: - education - exercise - posture, work method training - worksite modification	4.	Surgery must meet parameters - only lumbar arthrodesis with or without instrumentation, and decompression - pre-authorized - after surgery passive and active treatment up to 8 weeks, 12 weeks after arthrodesis - prolotherapy, botulinum not indicated, not reimbursable
5.	Tests not indicated: - electrodiagnostic - thermography - surface EMG - plethysmography - electronic x-ray analysis - diagnostic ultrasound - SSEP - MEP	5.	Injection as allowed by rule: - time for treatment response-one week - maximum injections 3		
		6.	Medication-narcotics indicated for the first 2 weeks only.		
		7.	Tests not indicated: - scans in the first 8 weeks. - EMG, nerve conduction studies inappropriate		

*pre-authorization must be requested by health care provider

- weitergehende Anforderungen -

D.3.1 Anamnese

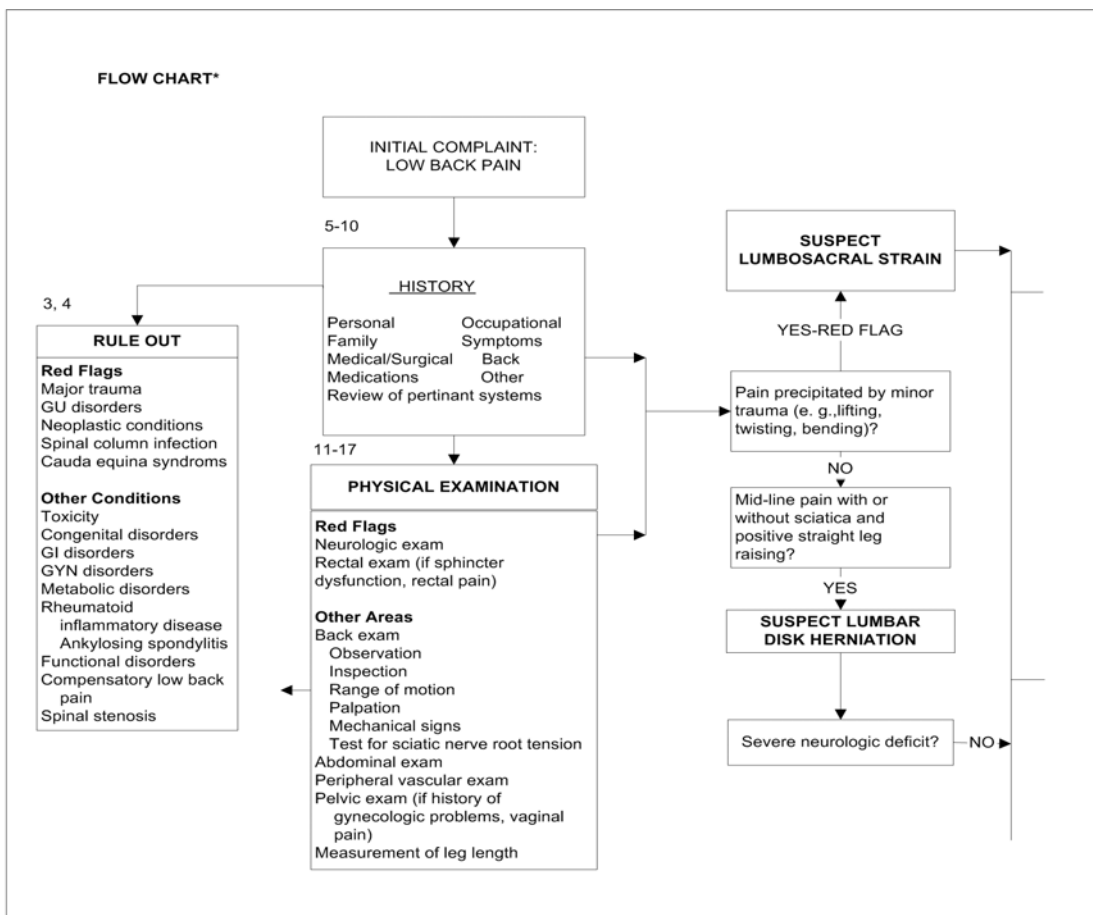
Eine klassische Anamnese mit körperlicher Untersuchung und exakter Befundbeschreibung ist grundsätzlicher Gegenstand der Diagnostik.

Vorschlag:

In Leitlinien sollen Fragenkataloge und damit verbundene Vorschläge für die Befunddokumentation ggf. an die jeweilige Versorgungsebene angepasst dargelegt werden.

Beispiel:

Beispiel 8: Anamneserhebung mit Angabe von „Red Flags“, LL 3, ABFP, S. ii



D.3.2 Neurologische Diagnostik

Problem:

Sowohl radikuläre Schädigungen, als auch beginnende Paraparesen (z. B. Tumor, Spinalkanalstenose), zentrale Hemiparesen oder Systemkrankheiten mit muskuloskeletaler Manifestation können sich unter dem Bild chronischer Rückenschmerzen manifestieren.

Eine neurologische Statuserhebung ist zur Diagnose und besonders auch Therapie eines chronischen Rückenschmerzes unerlässlich, um ausschlussdiagnostisch interferierende Faktoren der Schmerz-Entstehung bzw. -Perpetuierung zu differenzieren.

Neurologische Befunde haben generell eine „Warnfunktion“ bei Rückenschmerzpatienten. Sie können als neu auftretende Befunde innerhalb der Verläufe bei chronischen Rückenschmerzpatienten die Bedeutung von Alarmsymptomen haben („Red Flags“) und ziehen in der Regel weitergehende Diagnostik nach sich.

Bei „therapierefraktären“ Verläufen bzw. Verdacht auf veränderte Krankheitsmechanismen muss eine neurologische Evaluation oder Re-Evaluation rechtzeitig erfolgen. Gerade jedoch der Begriff „rechtzeitig“ ist innerhalb chronischer Verläufe nicht immer klar beschreibbar. Eine nur auf Rücken und untere Extremität fokussierte „Teiluntersuchung“ läuft aber Gefahr, wichtige Indizien zu übersehen; dies ist angesichts der Bedeutung chronifizierter Rückenschmerz-Zustände und des erforderlichen Behandlungsaufwandes „Sparsamkeit am falschen Platze“.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll:

- Hinweise auf die zu beachtenden neurologischen Befunde geben, wie z. B. pathologische Dehnungszeichen (Meningismus, Lasègue), lokale Nervendruckpunkte, Differenzen von Motorik (Paresen), Sensibilität oder Muskeleigenreflexen, - und Vorschläge für eine angemessene Diagnostik unter Berücksichtigung neurophysiologischer Methoden (z. B. EMG) geben,
- diese in das diagnostische Schema einordnen und geeignete Warnsymptome definieren („Yellow“ oder „Red Flags“),
- auf „Alarmsymptome“ im Sinne von diskreten vegetativen Veränderungen wie beginnender Inkontinenz von Harn und Stuhl hinweisen,
- darauf hinweisen, dass durch eine vollständige neurologische Diagnostik rechtzeitig systemübergreifende relevante Erkrankungen außerhalb des muskuloskeletalen Systems erkannt werden können, die die Entstehung chronischer Rückenschmerzen bedingen oder modulieren können, wie z. B. Parkinson-Erkrankungen mit schmerzhafter A- oder Hypokinese der Muskulatur, ZNS-Erkrankungen in Schädel oder HWS mit distalen Lähmungsbildern, auch Störungen von Kognition und Affekt mit konsekutiv verändertem Schmerzempfinden.

Beispiel:

Beispiel 9: Angabe wesentlicher diagnostischer Elemente bei Vorliegen statischer neurologischer Defizite mit initialer nicht-operativer Therapie, Re-Evaluation und „chronischem“ Management, LL 14, ICSI, S. 24

This diagram is a summary of the rule for this condition.1					
Treatment Parameters for Radicular Pain, With or Without Regional Low Back Pain, with Static Neurologic Deficits (Category 2) Radicular pain is pain radiating distal to knee, or conforming to L2, 3, 4 dermatomal, distributions, and accompanied by anatomic conservent motor weakness or reflex changes.					
		0 Weeks < ----- > 8 Weeks < ----- > 12 Weeks			
		Initial Non-surgical Management			
		Re-evaluation and Surgical Management			
					Chronic Management
Diagnosis - Initial		A. Initial Non-surgical Treatment	B.	Re-evaluation	C. Chronic Management
1.	History and physical examination.	1.	Initial non-surgical care must be tried.	1.	Re-evaluate at any time if: . progression of neurological symptoms . initial non-surgical treatment no longer effective . condition prevents resumption of ADL's including work
2.	Other tests must be indicated by history and physical	2.	Includes passive, active and injection modalities	2.	May include: . medical imaging . diagnostic blocks . injections . psychological evaluation . sub-specialty consultation
3.	Lab tests if the following is suspected: . infection . tumor . metabolic-endocrine . systemic musculoskeletal disorder . medication problem	3.	Passive treatment limited to 12 weeks if progress is demonstrated in two of three areas of subjective findings, objective findings and functional outcomes. May extend to 12 visits over 12 months if therapies keep the patient functional.	3.	Surgery must meet parameters . only decompression of lumbar nerve root, and lumbar arthrodesis with or without instrumentation . pre-authorized . after surgery passive and active treatment allowed up to 8 weeks
4.	X-ray if: . significant trauma . suspect infection . tumor . inflammatory disorder . patient is over 50 . plan includes hi velocity-low amp, or grade V mobilization	4.	Therapeutic injections radicular symptoms . epidural blocks, . nerve root and peripheral nerve injections.	4.	Must include plan to discontinue or limit scheduled medication.
5.	Scans indicated per 5221.6100 for: . Cauda Equina symptoms . progressive neurological deficit	5.	Low back pain is present, the following may be indicated . facet joint block . nerve blocks . trigger points injections . SI injections	5.	Treatment may include: . home-based exercise . health club (3 mos) . computer exercise program (6 weeks)* . work hardening or conditioning (6 weeks) . chronic pain mgmt (up to 20 8hr days)* . psych counseling (12 sessions in 12 wks) . durable medical equipment* . dorsal column stimulator (for neuropathic pain)* . MSO4 pump (for somatic pain)*
6.	Electrodiagnostic studies may be indicated but not usually in first 3 weeks after injury.	7.	Medication-narcotics indicated for the first 2 weeks only.	6.	Active treatment must be included after 1" week.
7.	Tests not indicated: . thermography, . surface EMG, . plethysmography, . electronic x-ray analysis, . diagnostic ultrasound	8.	Tests not indicated . scans in the first 8 weeks . EMG, nerve conduction studies inappropriate	7.	Psych/personality test may be performed.

D.3.3 Radiologische Diagnostik

Problem:

Innerhalb der Diagnostik hat die Radiologie eindeutig ihren Stellenwert. Aufgrund der chronischen Verläufe kann es im Verlauf der Krankengeschichte jedoch zu einer Vielzahl, unter Umständen auch vermeidbarer Untersuchungen kommen. Innerhalb des multimodalen Behandlungskonzeptes sollte daher sowohl der Zeitpunkt als auch die anzuwendende Methode klar definiert sein.

Vorschlag:

Bei den radiologisch anzuwendenden Verfahren sollen folgende dargestellt und klare Indikationen mit Anwendungshinweisen aufgezeigt werden:

- Konventionelle bzw. digitale Projektionsradiographie („klassisches Röntgen“)
- CT
- MRT
- Nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren
- ggf. diagnostische Injektionen
- spezielle Verfahren mit limitierter Indikation, z. B. Myelographie o.a.

Die zuvor genannten Kriterien und Anforderungen in bezug auf zu beteiligende Fachdisziplinen und Methodiken gelten auch hier.

Beispiele:

Beispiel 10: Indikationen für lumbosakrale Röntgendiagnostik mit Angabe besonderer psychologischer Umstände, LL 3, ABFP, S. 18

TABLE 5	
Indications for Lumbosacral Radiographs	
History	Physical Findings
Age over 65	Significant motor deficit
History suggesting high risk for osteoporosis	Unexplained deformity
Symptoms of urinary tract dysfunction	
Symptoms of persisting sensory deficit	Special Psychologic or Social Circumstances
Pain worsening despite adequate treatment	Crippling cancer phobia focused on back pain
Intense pain at rest	Inability to secure another evaluation within 7 weeks from the onset of pain
Pain worse at night	
Fever, chills	Need for immediate decision about career or athletic future
Unexplained weight loss	High risk for violent injury
History of injury of sufficient violence to cause fracture	Need for legal evaluation
History of repetitive stress of sufficient severity to cause stress fracture	
Recurrent back pain with no radiographs in the past 2 years	
Previous lumbar surgery or fracture	
History of radiographic abnormality provided by pa-	

tient, but no films or reliable report reasonably available	
History of finding from other study (e.g., bone scan or GI series) that requires spine radiograph for correlation	
Anticipation of need for another study or treatment that would be facilitated by preliminary radiograph (e.g., epidural injection)	
Patient unable to give a reliable history	

Beispiel 11: Indikationen für spezielle Verfahren (hier: CT und MRT) mit Gegenüberstellung, LL 14, ICSI, S. 19

MRI or Lumbar Spine CT Imaging Indications When Patient is a Potential Surgical Candidate
 In isolated cases of low back pain without radicular symptoms, MRI is the preferred diagnostic test. However, in an otherwise healthy adult without a previous history of back surgery and symptoms of low back pain with radicular symptoms, a CT scan may be as sensitive as an MRI.

MRI and CT generally are not useful during acute low back pain or acute sciatica unless surgery, cancer, or infection are considerations. MRI or CT can be ordered by a primary care provider in consultation with an appropriate consultant when the patient meets surgical referral criteria. (See Annotation #25, "Consider Referral for Epidural Steroid Injections for Pain Control.") Each medical group may have specific arrangements for ordering CT, MRI, or other special diagnostic tests prior to referral to a surgical back specialist. The Adult Low Back Pain guideline work group has listed advantages for both CT and MRI imaging and a list of conditions for each. This list is not meant to be comprehensive but to aid the clinician in making a decision.[^]

MRI Indications	MRI Advantages
Myelopathy soft tissue	Better visualization of pathologies
Suspected metastasis	Better visualization after previous back surgery
Tumor	Better visualization of neural-structures and dural contents
Osteomyelitis	
Discitis	Minimal radiation exposure
Paraspinal abscess/fluid collection	Bone marrow replacement processes
Vascular malformation	Safer for women who are pregnant, especially in the 1 st trimester
Compression fracture in elderly patient	
Congenital spinal anomalies (spina bifida)	
LBP and radicular pain refractory to conservative therapy (typically for greater than 7 weeks)	
Severe pain (for example requiring hospitalization)	
Progressively severe symptoms despite conservative therapy	
Progressive neurological dysfunction	
(Note: In the post-surgical patient, MRI should be done with gadolinium.)	
CT Indications	CT Advantages
Refractory radiculopathy	Better visualization of boney structures
Focal motor deficit	Better visualization for acute trauma
Acute trauma (allows for rapid assessment)	Better availability and access
To further characterize extent of fracture, fracture fragments or subluxation evident on conventional radiographs	Less costly
	Better accommodation for patients over 300 lbs or who have claustrophobia
To exclude clinically suspected fracture or alignment abnormality not visualized on conventional radiographs	Safer for patients with implanted medical devices or foreign bodies

Beispiele für den gesamten Bereich „Diagnostik“:

Beispiel 12: Angabe über hinzuzuziehende Fachgruppen für weiterführende Diagnostik, LL 14, ICSI, S. 18ff

Consult/Refer to Medical Non-Surgical Back Specialist

Each medical group may have other indications for specialty referral.

Indications for specialty referral may include:

Physiatrist/Physical medicine and rehabilitation

- Chronic back pain for longer than 6 weeks
- Chronic sciatica for longer than 6 weeks
- Chronic pain syndrome
- Recurrent back pain

Medical orthopedics

- Chronic back pain for longer than 6 weeks
- Chronic sciatica for longer than 6 weeks

Neurology (limited special indications)

- Chronic sciatica for longer than 6 weeks
- Atypical chronic leg pain (negative SLR)
- New or progressive neuromotor deficit

Occupational medicine (limited special indications)

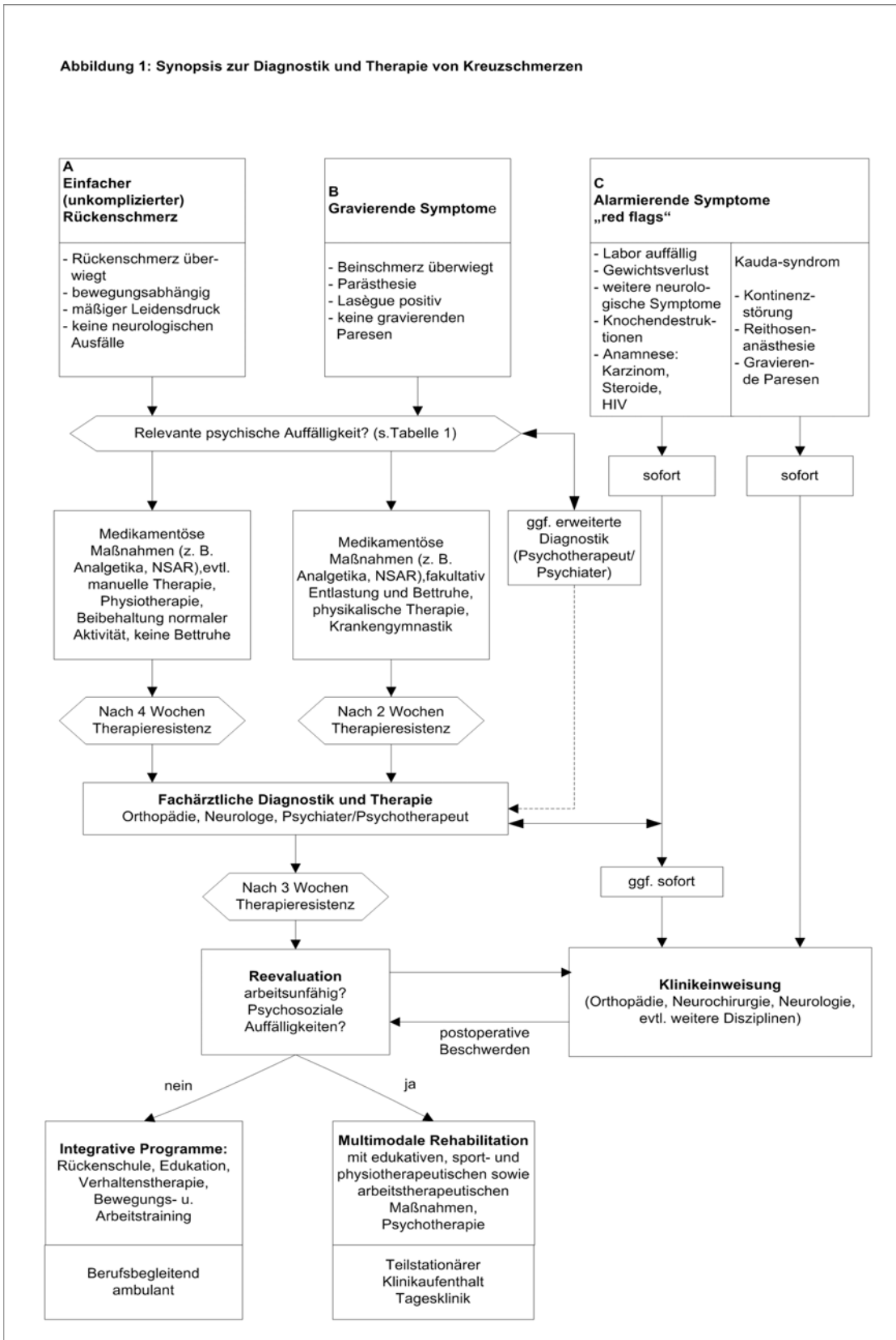
- Difficult Workers' Compensation
- Disability/impairment ratings
- Return to work issues

Rheumatology (limited special indications)

- Rule out inflammatory arthropathy
- Rule out fibrosis / fibromyalgia
- Rule out metabolic bone disease (e.g., osteoporosis)

Beispiel 13: Diagnostischer Algorithmus unter Einbeziehung verschiedener Fachgruppen mit Zeitangaben, LL 5, AkdÄ, S. 8

Abbildung 1: Synopsis zur Diagnostik und Therapie von Kreuzschmerzen



Beispiel 14: Kurzfassung des Gesamtmanagements inklusive diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, LL 15c, NASS, S. 17ff, Table I

TIME FROM SYMPTOM ONSET	This assumes the patient did not improve in Phase I. In the absence of surgical indicators, this phase of specialty care may constitute the major therapeutic intervention over the first 6-12 weeks following symptom onset.
DURATION	0-8 weeks.
GOAL OF INTERVENTION	Symptom control to facilitate rapid recovery and return to normal occupational/social activities before deconditioning or psychosocial barriers occur.
DESCRIPTION	This intervention is generally performed in the acute phase following symptom onset or recurrence, when little or no deconditioning has occurred due to inactivity. This phase of care may be used for any level of severity of symptoms according to the clinical indicators. Successful treatment leading to maximum medical improvement (MMI) is accomplished in 60%-80% of spinal disorders with this phase of care, generally requiring very limited intervention.
CLINICAL OR BEHAVIORAL INDICATORS (May include, but not limited to)	Brief history of acute injury with early positive response to treatment (<i>i.e.</i> , early symptomatic relief); No urgent surgical indicators on physical examination (<i>i.e.</i> , progressive neurological deficit or incapacitating pain); No significant structural pathology suggesting surgical solutions; Acute recurrence or exacerbation after prior episode; Immediate post-operative patient.
ASSESSMENTS	History and physical examination, including neurological evaluation. Physical and/or functional capacity evaluations may be necessary to assess work tolerance before intervention and return to work release.
TYPES OF INTERVENTION (If clinically indicated and not previously unsuccessful)	Pharmacologic Pain Control Methods
	<ul style="list-style-type: none"> • Opioids • Muscle Relaxants (tranquilizers) • Hypnotics • NSAIDs
	Non-Pharmacologic Pain Control Methods
	<ul style="list-style-type: none"> • Activity Modification • Manual Therapy • Passive Modality Procedures • Injections (epidural steroid, facet, sacroiliac) • Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)
	Education
	<ul style="list-style-type: none"> • Back School • Ergonomics Instruction • Home Exercise
	Therapeutic Exercise
	<ul style="list-style-type: none"> • Positional Exercises (various methods) • Home Exercise Instruction • Return to Limited Activity (with comparison to job and daily living demands)
	Mental Health
	<ul style="list-style-type: none"> • Pain and Symptom Control Techniques • Behavioral Techniques
EXPECTED OUTCOME	Return to normal occupational/social activities and/or maximum medical improvement (MMI).
RESUMPTION OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING	This initial phase of specialized care assumes a mild level of severity, allowing return to usual work and recreational activities within 0-8 weeks, with or without modified or transitional activity return.
FAILURE TO RESPOND	Documented failure to respond at any time to treatment may require additional diagnostic tests and/or treatment consistent with greater level of severity.

Beispiel 15: Kurzfassung des Gesamtmanagements inklusive diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, LL 15c, NASS, S. 17ff, Table II

B. Table II.

SECONDARY PHASE OF SPECIALIZED CARE	
TIME FROM SYMPTOM ONSET	Post-acute time frames since symptom onset. usually between 1-6 months following initial incident. May include recurrence or post-surgical care.
DURATION	0-8 weeks beyond initial phase of specialized care.
DESCRIPTION	This intervention is the first stage of rehabilitation for those individuals who have not returned to productivity through the normal healing process. It is designed to facilitate return to productivity before chronic impairment. It is individualized, time-limited and of limited intensity. It is designed to prevent chronic impairment.
GOAL OF INTERVENTION	Preventing progressive physical deconditioning and appearance of psychosocial barriers to functional recovery. employing a reactivation process. generally associated with the post-acute or early post operative periods.
CLINICAL OR BEHAVIORAL INDICATORS (May include, but not limited to)	<ul style="list-style-type: none"> • History of injury or disorder with partial response to early initial treatment (persistent symptoms and limitation of activities of daily living); • Physical examination suggestive of early deconditioning (loss of motion and/or strength with limitation of activities of daily living); • No urgent surgical indicators on physical examination (<i>i.e.</i>, progressive neurological deficit or incapacitating pain); • Evidence of limited mental health/psychosocial barriers impeding progress.
ASSESSMENTS	<p>The type of assessments utilized in this phase of treatment depend on the level of severity associated with the diagnosis. Physical and/or functional capacity evaluations may be necessary to assess work tolerance before intervention and return to work release.</p> <p>Mental health evaluation to identify psychosocial barriers or the need for behavioral pain management may be appropriate.</p> <p>Documentation is required to substantiate the need for further diagnostic testing (imaging, EDS, etc.).</p>
TYPES OF INTERVENTION (If clinically indicated and not previously unsuccessful)	Medication Modification
	<ul style="list-style-type: none"> • Decrease Use of Narcotics. Tranquilizers • Anti-Depressants (For analgesia, sedation, mood)
	Non-Pharmacologic Pain Control
	<ul style="list-style-type: none"> • Progressive Activity Resumption • Decrease Use of Passive Modalities for Pain Control Only • Injection Procedures (epidural steroids, facet joint, sacroiliac joint, selective nerve root blocks) • Manual Therapy • Facet Joint Neurotomy
	Education
	<ul style="list-style-type: none"> • Emphasis on Post-Acute Issues • Overcoming Inactivity
	Therapeutic Exercise
<ul style="list-style-type: none"> • Progressive Strengthening • Aerobic Conditioning • Functional Reconditioning • Concurrent Home Programs • Aquatic Rehabilitation 	
Mental Health Intervention	
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacologic Intervention • Behavioral Techniques 	
<u>Uni- or Interdisciplinary Programs (limited intensity with consultative medical, educational, occupational and/or psychological assistance)</u>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Outpatient Medical Rehabilitation • Work Conditioning • Work Hardening
EXPECTED OUTCOME	Return to normal occupational/social activities and/or maximum medical improvement (MMI).
RESUMPTION OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING	This secondary phase of specialized care is associated with a moderate level of severity consistent with the patient expected to be released to full activities or minimally modified/transitional activity resumption lasting no more than 3 months. Treatment response to initial and/or secondary interventions should result in nearly full recovery with the exception of possible limitations restricting some heavy job or recreational demands, even after completion of a transitional work return and achievement of maximum medical improvement (MMI). (The health provider should assure the patient an opportunity to reach the highest possible functional level.)

D.3.4 Beschwerdeursachen

Problem:

Die Ursachen für Rückenschmerzen sind multikausal und durch unterschiedliche pathologisch-anatomische Entitäten geprägt, die aufgrund ihrer Verschiedenheit im weiteren Verlauf der Diagnostik und Therapie differenziert betrachtet werden müssen.

Eine zutreffende Differenzierung zwischen pseudoradikulären und radikulären Schmerzen wird oft nicht vorgenommen, rein anamnestische Daten oder wenig quantifizierbare radiologische Befunde wie Osteochondrose sind als Beschreibungen für eine Ursache chronischer Rückenschmerzen wenig geeignet.

Desweiteren kommen zu diesen pathologisch-anatomischen Ursachen noch psychologische Aspekte hinzu, die zu unterschiedlichen Ausprägungen und „Krankheitsrealisierungen“ unabhängig von der Bedeutung der Klinik der betroffenen anatomischen Struktur führen. Im Kern liegen also die Krankheitsursachen sowohl auf anatomisch-pathologischer als auch auf psychologischer Ebene und erfordern eine Ergänzung der konventionellen Diagnostik mit weiteren Methoden.

Eine zutreffende Differenzierung und therapeutische Aufarbeitung erfolgt jedoch in den meisten Leitlinien bislang nicht. Dies ist jedoch bedeutend, weil eine ungenaue oder unkorrekte Diagnose einer Chronifizierung Vorschub leistet und dem Patienten dadurch ein optimaler und kontrollierter Umgang mit der Krankheit sehr erschwert wird.

Für den Bereich Multikausalität und daraus resultierender Risikofaktoren können folgende Bereiche als Problemfelder definiert werden:

Morphologisch lassen sich in bezug auf Rückenschmerzsymptome Veränderungen in zwei wesentlichen Bereichen an der Wirbelsäule benennen, die differenziert betrachtet werden müssen:

- Instabilitäten,
- degenerative Diskus- und Gelenkerkrankungen.

Differentialdiagnosen und Komorbiditäten nehmen einen breiten Raum ein und müssen als mögliche (Mit-) Auslöser von Rückenschmerzen Beachtung finden. Dazu zählen u. a.:

- Erkrankungen wie Osteoporose, Diabetes mellitus, Tumore, postoperative Zustände,
- Depressivität / Angst,
- Dysfunktional kognitive Schmerzverarbeitung (z. B. Katastrophisieren, suppressive Kognition),
- Dysfunktionale Schmerzverarbeitung (Schon- oder Vermeidungsverhalten, suppressives Schmerzverhalten),
- Chronische Stressfaktoren (beruflich / familiär),
- Operante Einflussfaktoren (Krankheitsgewinn),
- ...

Psychologisch kommen weitere Faktoren hinzu, die abhängig von der jeweiligen Situation des Patienten in bezug auf die zugrundeliegende anatomische Ursache die Entwicklung chronischer Rückenschmerzen mitbestimmen und in diesem Sinne Eingang in die Definition und Einstufung der Krankheitsursachen finden müssen.

Risiken, die sich z. B. durch Arbeitsplatzbedingungen wie das Heben schwerer Lasten oder durch bewegungsarmes Verhalten beschreiben lassen, treten dem hinzu.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll:

- In bezug auf ihre definierten Ziele und Anwendungsbereiche die in Frage kommenden
 - morphologischen
 - differentialdiagnostischen und Komorbiditätsbezogenen
 - psychologischen
 - und allgemeinen Risiken

als Faktoren und Ursachen definieren und sich

 - in der weiteren Darstellung der diagnostischen und therapeutischen Optionen auf diese beziehen.
- Die Darstellung der möglichen Ursachen und deren Wertigkeit sollte mit Daten belegt und adäquat nachvollziehbar sein.
- Die Darstellung sollte auch mögliche neue Ansätze darlegen und diese kritisch in bezug auf die Anwendbarkeit oder den Status als „weiße Felder mit Forschungsbedarf“ darlegen.

Beispiel:

Beispiel 16: Mögliche Problembereiche als Auslöser für Rückenschmerzen, LL 3, ABFP, S. 10

TABLE 3		
Review of Systems Pertinent to Low Back Pain		
Systemic	Genitourinary	Musculoskeletal
Fatigue	Dysuria	Morning stiffness
Fever	Polyuria	Back/hands
Weight loss	Hematuria	Gelling
Anorexia	Flank pain	Multiple joint complaints
Polydipsia	Testicular/groin pain	Myalgias
Polyphagia	Symptoms of urinary tract obstruction and prostatism	Swollen joints
		Heel pain
Head and Neck	Gynecologic	Cardiopulmonary
Conjunctivitis	Menstrual history	Symptoms of decreased cardiopulmonary function
Iritis	Date of last normal menstrual period	
Oral ulcers		

Gastrointestinal	Progressive dysmenorrhoea	Dermatologic
Changes in eating habits	Abnormal discharge	Skin rash
Changes in bowel habits	Abnormal bleeding	Nail lesions
Abdominal pain	Amenorrhoea	
Radiating from back	Dyspareunia	Psychiatric
Radiating to back	Temporal relation of back pain to menstrual cycle	Depression
Hematochezia		
Melena		

D.3.5 Risiko- / Chronifizierungs- / Prognosefaktoren

Problem:

Eine Reihe von Faktoren erschweren im Bereich der Therapie chronischer Schmerzen häufig die Behandlung oder verunmöglichen eine optimale Therapie, je nach ihrem Ausprägungsgrad. Die adäquate Erfassung von Chronifizierungsfaktoren tangiert hierbei ein Schnittstellenproblem, da innerhalb von Leitlinien z. B. die Schnittstellen „Hausarzt - Orthopäde - Neurologe - Schmerztherapeut - ...“ oder „Fachärzte untereinander“ nicht klar definiert sind.

Da Patienten mit chronischen Rückenschmerzen vielfach eine schmerztherapeutische Behandlung benötigen, sollte dieser Punkt innerhalb einer Leitlinie explizit dargelegt werden. Das Ausmaß der Chronifizierung bei Schmerzpatienten wird vielfach jedoch nicht systematisch erhoben.

Vorschlag:

Zur Erhebung der Chronifizierungsfaktoren empfiehlt sich die Erhebung mittels eines Stadiensystems, z. B. nach Gerbershagen ^[16].

Anmerkung: Der Vorteil dieser Klassifikation liegt in der schnellen und eindeutigen Zuordnung bereits anhand der anamnestischen Patientendaten ^[17]. Die gute Validität des Verfahrens wurde in bezug auf seine Unabhängigkeit von schmerzspezifischen Parametern belegt ^[18].

Folgende Parameter sollten zur Erhebung des Chronifizierungsstadium mindestens erhoben werden:

- Auftretenshäufigkeit
(einmal / mehrmals täglich / dauernd)
- Attackendauer
(Stunden / Tage / > eine Woche)
- Schmerzstärkewechsel
(häufig / gelegentlich / selten)
- Schmerzbild
(mono- / bi- oder / multilokulär)

¹⁶ Gerbershagen HU. Das Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes: Eine Standortbestimmung. In: Klingler D, Morawetz R, Thoden U, Zimmermann M, editors. Antidepressiva als Analgetika. Wien: Aarachne; 1996.

¹⁷ Nagel B, Pflingsten M, Beyer A. Die Komponenten des neuen multidimensionalen Patienten-Fragebogens zur Evaluation akuter und chronischer Schmerzen (FACS). Schmerz 1994;8 Suppl:40.

¹⁸ Pflingsten M, Hildebrandt J, Wille T. Chronifizierungsstadien bei Schmerzkrankungen. Der Schmerz 1998;12 Suppl:S61.

- Medikamenteneinnahme
(unregelmäßiger Gebrauch peripher wirkender Analgetika / regelmäßiger Gebrauch von mind. 2 / > 2 oder zentraler Analgetika)
- Medikamenten-Entzugsbehandlungen
(keine / eine / zwei oder mehr)
- Arztwechsel
(kein / max. 3 / mehr als 3)
- Krankenhaus-Aufenthalte
(1 / 2-3 / mehr als 3)
- Schmerzbedingte Operationen
(1 / 2-3 / mehr als 3)
- Rehabilitations-Behandlungen
(keine / 1-2 / 3 oder mehr)

Ferner sollten auch Chronifizierungsfaktoren ins Behandlungsrational einbezogen werden, die im Krankheitsverlauf von chronischen Schmerzpatienten dysfunktional wirken können, so beispielsweise:

- **Biologische Faktoren**
(z. B. Multi-morbidität)
- **Psychische Faktoren**
(z. B. Depressivität, Angst)
- **Berufliche Faktoren**
(z. B. berufliche Unzufriedenheit, Kompensationen)
- **Aspekte des Gesundheitsverhaltens**
(z. B. Übergewicht, Nikotinkonsum, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten)
- **Behandlungsimmanente Faktoren**
(z. B. häufige Arztwechsel, gehäuftes Aufsuchen stationärer Krankenbehandlungen, gehäufte operative Eingriffe)

Eine Leitlinie zur Behandlung chronischer Schmerzen sollte eindeutige Aussagen zur Erhebung von Chronifizierungsfaktoren machen und Angaben zu ihrer Berücksichtigung im Therapierational. Auf geeignete Hilfsmittel, z. B. Fragebögen, sollte mindestens hingewiesen werden, optimal wäre eine Einbindung dieser Hilfsmittel in die jeweilige Leitlinie.

Beispiele:

Beispiel 17: Chronifizierungsfaktoren: Angabe besonderer bio-psycho-sozialer Chronifizierungsaspekte, LL 5, AkdÄ, S. 5

Risikofaktoren für das Austreten chronischer Rückenschmerzen („yellow flags“)
Biologische <ul style="list-style-type: none"> • Höheres Alter • Degenerative Prozesse • (Mikro-) Traumen
Psychische <ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale Überforderungen / Traumatisierungen • Defizite im Hinblick auf sog. Assertive Kompetenzen • Emotionale Beeinträchtigungen (Depression, Angst) • Passive Grundeinstellung • Inadäquate Krankheitseinstellungen • Operante Faktoren (sog. „Krankheitsgewinnaspekte“)

Berufliche <ul style="list-style-type: none"> • Schwerarbeit (Targen, Heben schwerer Lasten) • Monotone Körperhaltung • Vibrationsexposition • Geringe berufliche Qualifikation • Berufliche Unzufriedenheit
Lebensstil <ul style="list-style-type: none"> • Rauchen • Übergewicht • Geringe körperliche Kondition
Iatrogene <ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese

Beispiel 18: Elemente der physischen und psychosoz. (Re-) Evaluation, LL 14, ICSI, S. 16/17

Comprehensive Physical and Psychosocial Re-evaluation

A comprehensive re-evaluation [including a general assessment (see Annotation #1, "Patient Calls and/or Presents with LBP or Sciatica/Phone Triage or Medical Screening Evaluation")] should be done for patients not improving after 6 weeks. Most patients with acute back pain will improve within 6 weeks. Back pain and sciatica which persists longer than six weeks are defined as chronic. (Refer to the ICSI guidelines: "Major Depression in Adults for Mental Health Care" and "Major Depression in Adults in Primary Care.")

Of the 10% of patients with chronic symptoms, 90% fall into the chronic LBP category and only 10% fall into the chronic sciatica category.

Consider erythrocyte sedimentation rate if suspicion of cancer or infection.

For patients not improving after 6 weeks see Annotation #18, "Lumbar Spine X-Rays (AP and LAT views) if Indicated" and Annotation #23, "MRI or Lumbar Spine CT Imaging Indications When Patient is a Potential Surgical Candidate" for imaging considerations.

Physical factors which may lead to delayed recovery or prolonged disability include malignancy, infection, metabolic, or a bio-mechanical condition (e.g., sacroiliac joint dysfunction [SJD]). Consider blood testing (including ESR) if there is suspicion of cancer or infection.

Clinical indicators for SJD include delayed recovery with unilateral pain below L5, pain near the posterior inferior iliac spine (PSIS), and at times, radicular or referred pain to the groin, thigh, or below the knee. Diagnostic maneuvers for this condition include a positive Patrick's test, gapping test, compression test and Gaenslen's test. Appropriate treatment by a trained spine professional will include manual therapy, instruction of self-corrective maneuvers, and strengthening exercises.

The screening and assessment tools provided in Annotation Appendix B, "Psychosocial Screening and Assessment Tools" may help identify psychosocial factors for prolonged disability and chronic pain. Treat OR refer to the appropriate mental health professional if indicated.

- Waddell's Signs for nonorganic pathology and pain magnification
- Nonanatomic pain drawing for patient to assess own pain
- DSM-IV TR Screening Checklist for depression
- CAGE(AID) Screening Checklist for possibility of alcohol abuse
- Work APGAR
- Psychosocial risk factors
- Groups of risk factors
- How to judge if a person is at risk
- 6 specific screening questions in tool kit

Supporting evidence is of classes: B, C, D, M, R

Beispiel 19: Psychosoziale Riskofaktoren ‚Yellow Flags‘ unter Berücksichtigung von Arbeitsplatzbedingungen, LL 12, FoOM, Fig. 2

When conducting an assessment, it may be useful to consider psychosocial 'yellow flags' (beliefs and behaviours on the part of the patient which may predict poor outcomes).

The following factors are important and consistently predict poor outcomes:

- A belief that back pain is harmful or potentially severely disabling
- Fear-avoidance behaviour (avoiding a movement or activity due to misplaced anticipation of pain) and reduced activity levels
- Tendency to low mood and withdrawal from social interaction
- Expectation of passive treatment(s) rather than a belief that active participation will help

Suggested questions to the worker with low back pain (to be phrased in your own style):

- Have you had time off work in the past with back pain?
- What do you understand is the cause of your back pain?
- What are you expecting will help you?
- How is your employer responding to your back pain? Your co-workers? Your family? - What are you doing to cope with your back pain?
- Do you think you will return to work? When?

A worker may be considered to be 'at risk' if:

- There is a cluster of a few very salient factors
- There is a group of several less important factors that combine cumulatively

The presence of risk factors should alert the clinician to the possibility of long-term problems and the need to prevent their development. Specialised psychological referrals should only be required for those with psychopathology, or for those who fail to respond to the management advocated in this guideline.

Beispiel 20: Psychosoziale Screening und Assessment-Tools, LL 14, ICSI, S. 28

Pain Drawing

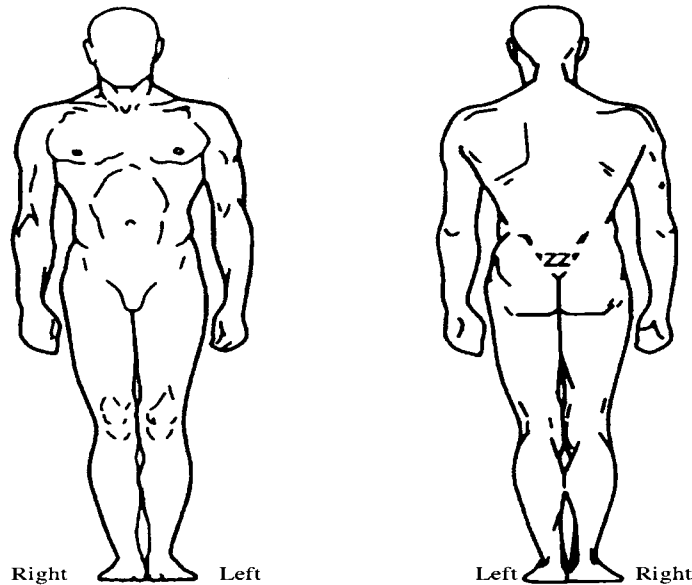
The pain drawing allows the patient to assess his or her own pain:

Name: _____ Date: _____

Where is your pain now?

Mark the areas on your body where you feel the sensations described below, using the appropriate symbols. Mark the areas of radiation, including all affected areas. Please mark an X on the area where the pain is now worst.

Aching	Numbness	Pins and needles	Burning	Stabbing
△△△	===	○○○	X X X	///



How bad is your pain?

On a scale of 1 to 10, circle your pain.

At its very worst 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 • 9 • 10

Now 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 • 9 • 10

Overall, is your pain generally: Improving Same Worsening

Adapted with permission from Mooney V. "Evaluating low back disorders in the primary care office." *J Musculoskel Med* 6(9):18-35, 1989.

Beispiel 21: Angabe verschiedener Faktorensammlungen zur Prognoseeinschätzung, hier bezogen auf Arbeitsplatzsituationen, LL 12, FoOM, Kap. D

<p>D. ASSESSMENT OF THE WORKER PRESENTING WITH BACK PAIN</p> <p>Principal recommendations</p> <p>Screen for serious spinal diseases and nerve root problems. Take a detailed clinical, disability and occupational history. Consider psychosocial risk factors for chronicity. (see 'Yellow Flags')</p> <p>Evidence</p> <p>** Patients aged > 50 years, with more prolonged and severe symptoms or radiating leg pain are at more risk of long term disability. ** Clinical examination, x-ray and MRI do not predict clinical symptoms or work capacity. *** Individual and work-related psychosocial factors play an important role in persisting symptoms and disability.</p>
<p>Psychosocial 'Yellow Flags' (beliefs and behaviours on the part of the patient which may predict poor outcomes).</p>
<p>The following factors are important and consistently predict poor outcomes:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A belief that back pain is harmful or potentially severely disabling
<ul style="list-style-type: none"> • Fear-avoidance behaviour and reduced activity levels
<ul style="list-style-type: none"> • Tendency to low mood and withdrawal from social interaction
<ul style="list-style-type: none"> • Expectation of passive treatment(s) rather than a belief that active participation will help

D.3.6 Schmerzevaluation und Risikobeurteilung

Problem:

Die Schmerzevaluation ist für die Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen das wesentliche Element in der Diagnostik.

Die Durchführung einer Schmerzevaluation stellt ein besonderes Problem in der Schmerztherapie dar, da die Wahrnehmung, Bewertung und Äusserung von Schmerzen ein subjektives, nicht objektiv-messbares Phänomen darstellt.

Insofern erfolgt die Schmerzevaluation meist mittels Einschätzungen der Patienten auf einer visuellen Analogskala mit einer Spannweite von 0 = schmerzfrei bis 100 = nicht aushaltbarer Schmerz.

Die Schmerzevaluation muss dabei klar in ein Konzept der Diagnostik (und auch Therapie) eingebunden sein, dass die Belange der an der Versorgung beteiligten Bereiche vom Hausarzt bis zur Reha-Einrichtung adressieren kann.

Die Evaluation chronischer Schmerzsyndrome und deren Behandlung muss jedoch eine Reihe weiterer wichtiger Aspekte umfassen, insbesondere:

- Unterschiedliche Schmerzstärke-Einschätzungen
(größte Schmerzstärke, geringste, durchschnittliche, momentane in den letzten 4 Wochen entsprechend der VAS)
- Behandlungserwartung
(Aushaltbarer Restschmerz entsprechend der VAS)
- Zeitliche Aspekte der Schmerzen
(Krankheitsdauer insgesamt, Auftretenshäufigkeit, Anfallsdauer, Tagesrhythmik)
- Räumliche Aspekte der Schmerzen
(kategoriale Schmerzlokalisation, Schmerzzeichnung, Schmerzausdehnung)
- Schmerzqualität
(verbale Schmerzbeschreibung; Schmerzempfindungsskalen, z. B. nach Geissner)
- Schmerzmodulation
 - Schmerzverstärkende und schmerzreduzierende Faktoren
 - Medikamenteneinnahme-Verhalten
(Präparat, Dosis, Einnahmezeitraum, Schmerzreduktion mit bzw. ohne Medikation, objektive Prüfung [Toxikologie])
- Erhebung psychischer Parameter
 - Depressivität
 - Somatisierung
 - Angst
- Erhebung zum Chronifizierungsgrad (z. B. mittels Mainz-Pain-Staging-System)
 - Medikamentöse Entzüge
 - Anzahl vorausgehender Operationen
 - Anzahl ambulanter und stationärer ärztlicher Behandlungen (inkl. Rehabilitation)

- Art und Anzahl komplementärer Behandlungen (z. B. Physiotherapie)
 - Erhebung wesentlicher Komorbiditäten
- Erhebung sozialer Parameter
 - Häusliche Lebenssituation
 - Schul- und Berufsausbildung
 - Arbeitsunfähigkeitszeiten
 - Arbeitsplatzgefährdung
 - Kompensationen
(Antrag auf MdE, GdB, BU- oder EU-Rente, BG-Rente wg. Arbeitsunfall)
- Andere Outcome-Parameter, z.B. Lebensqualität.

Zudem stellt sich insbesondere bei der Effektivitäts-Evaluation von Therapiemaßnahmen in der Schmerztherapie das Problem, wie diese zu operationalisieren sind. Dies kann z. B. vorgenommen werden durch:

- individuell-subjektive Schmerzangaben,
- Behandler-Rating,
- Erhebung zur Medikamenten-Einnahme,
- Erfassung non-verbaler Schmerzverhaltens,
- funktionale Restitution,
- Erhebungen zum Bewältigungsverhalten etc.

Insofern muss festgelegt werden, welche Wertigkeit die einzelnen Schmerz Aspekte hinsichtlich der Therapieerfolgsbewertung haben sollen. Wichtig ist, dass die Parameter der Schmerzevaluation gleichzeitig Prognosefaktoren und Indikatoren der Behandlung sind.

In diesem Zusammenhang sollte auch das regelmässige Führen eines Schmerztagebuchs bzw. individueller, täglicher Patienten-Aufzeichnungen in den Leitlinien behandelt werden.

>>> siehe hierzu auch Kap. D.3 ab S. 60.

Bei mehreren zu behandelnden chronischen Schmerzsyndromen stellt sich zudem die Frage einer Gewichtung der Schmerz-Beschwerden (z. B. Anteile einzelner Beschwerden an einer 100-prozentigen Gesamtschmerz-Belastung) und deren entsprechender Gewichtung in bezug auf den Therapieerfolg.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll eindeutige Aussagen zur Evaluation der behandelten Schmerzen machen.

Dies umfasst unter anderem

- die Anwendung reliabler, valider und änderungssensitiver Skalen,
- die Erfassung weiterer Ebenen, u.a.
 - Aspekte zu Erwartungen, Qualitäten, Modulatoren,
 - Psychische Faktoren
 - Informationen zum Chronifizierungsgrad
 - Informationen zu sozialen Parametern
- die Angabe von Methoden zur Effektivitätserfassung der Maßnahmen,
- Eine Leitlinie sollte dazu geeignete Erfassungsinstrumente, wie z. B. Skalen, angeben.
- Die Schmerzevaluation sollte in ein klares diagnostisches und therapeutisches Konzept eingebunden sein, um Verzögerungen innerhalb der Diagnostik vermeiden zu helfen und somit vermeidbaren Chronifizierungen vorzubeugen.

Beispiele:

Die o.g. Anforderungen an Leitlinien lassen sich nicht zusammengestellt in den zugrunde liegenden Leitlinien wiederfinden, was eine übersichtliche und beispielgebende Beispielzitation nahezu unmöglich macht. Das „Set“ der o.g. Forderungen wird daher als beispielhafter Rahmen verstanden, den Leitlinienautoren bei der Erstellung oder Überarbeitung einer Leitlinie zum chronischen Rückenschmerz berücksichtigen sollten.

Exemplarisch können Inhalte von drei der bewerteten Leitlinien zum Themenkomplex „Schmerzevaluation“ als Beispiele dienen:

Beispiel 22: Generelles Beispiel, Leitlinie Nr. 1 der Literaturliste (ANAES)

Beispiel 23: Generelles Beispiel, Leitlinie Nr. 3 der Literaturliste (ABFP)

Beispiel 24: Generelles Beispiel, Leitlinie Nr. 14 der Literaturliste (ICSI)

D.4 Therapieziele

Problem:

Therapieziele werden in vielen Leitlinien nicht explizit benannt. In bezug auf die Beurteilung der Ziele handelt es sich zum Teil entweder um die eigene Einschätzung des Patienten (Selbsteinschätzung), oder zum Teil um die Fremdeinschätzung, v. a. durch Studienärzte. Hierbei können erhebliche Differenzen sichtbar werden.

Innerhalb der Leitlinien werden sehr heterogene Angaben zu Zielbegriffen gemacht. Es wird in den Texten an verschiedenen Stellen von

- „Verbesserung“,
- „Wirksamkeit“, bzw. „outcome“,
- „benefit“,
- „success“,
- „response to intervention“ oder
- „effectiveness“ einer Therapie gesprochen.

In bezug auf die Krankheitsverläufe werden Attribute verwendet wie:

- „gut“,
- „besser“,
- „schlecht“,
- „schlechter“,
- „exzellent“,
- „befriedigend“,
- „unbefriedigend“,
- „unverändert“,

die in vielen Fällen keine exakte Beschreibung und damit zwischen verschiedenen Behandlern keine Vergleichbarkeit der Angaben ermöglichen.

Wenn überhaupt, werden in den Leitlinien sehr unterschiedliche Therapieziele genannt.

In bezug auf den erreichten Grad des Funktionsstatus bleibt vielfach unklar, ob dieser als „reine“ Untersuchungsgröße gewertet wird, oder wie er ggf. mit relevanten Einschränkungen im Alltag korreliert.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll

- Therapieziele explizit und so genau wie möglich benennen, mögliche konkrete Therapieziele können sein:
- Schmerzreduktion bzw. Schmerzkontrolle (z. B. mittels VAS gemessen)
- physische Aktivität erhalten / verbessern, d. h. Beweglichkeit, Kraft, Funktion, Ausdauer, Mobilität (z. B. mittels Gehstrecke in Metern gemessen),
- Reduktion des Analgetikabedarfs,

- Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Arztbesuche, operative Behandlungsverfahren, Physiotherapie, Psychotherapie) und somit Kostenminderung,
- Alltagsfunktion und Lebensqualität erhalten / verbessern, d.h. die alltägliche Beeinträchtigung mindern (Sozialkontakte, Selbstständigkeit, Psyche, Beruf, Freizeit, Familie),
- berufliche Integration ermöglichen, d. h. Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wiederherstellen oder erhalten.

Die Therapieziele müssen so realistisch wie möglich benannt werden (z. B. "Leben mit Schmerzen" vor "garantierte Schmerzfreiheit").

Darüber hinaus soll eine Leitlinie

- Methoden benennen, mit denen Therapieziele „gemessen“ bzw. evaluiert werden können,
- benennen, ob das Therapieziel Ergebnis einer Selbsteinschätzung durch den Patienten oder einer Fremdeinschätzung (Studienarzt, behandelnder Arzt) ist,
- weiterführende Handlungsvorschläge gerade bei Nichterreichen der Therapieziele geben,
- die Risikoabschätzung der Nebenwirkungen einer Therapie ermöglichen bzw. beschreiben,
- Indikatoren zur Therapiefindung benennen, d.h. welcher Patient soll welcher Therapiemaßnahme zugeführt werden,
- und somit zur Verhinderung einer weiteren Progression und Chronifizierung beitragen,
- auf die Intervention bei Alarmsymptomen mit dem Ziel der Vermeidung so genannter "abwendbar gefährlicher Verläufe" eingehen.

Beispiele:

Beispiel 25: Behandlungsziel, LL 5, AkdÄ, S. 9

„Das Ziel der Behandlung besteht einerseits darin, den Patienten möglichst schmerzfrei und funktionstüchtig zu halten, so dass er seinen täglichen Aktivitäten ohne wesentliche Behinderungen nachgehen kann, sowie andererseits darin, eine Chronifizierung des Schmerzes zu verhindern.

Hauptaufgabe der einzelnen therapeutischen Maßnahmen ist es, den Circulus vitiosus „Schmerz - Verspannung - Fehlhaltung - Schmerz zu unterbrechen.“

Beispiel 26: Therapieziele, LL 7a, DGPMR

Therapeutische Zielstellung in der **akuten** Phase:

Schmerzlinderung, Entlastung d. geschädigten Nervenwurzel, Funktionswiederherstellung.

Therapeutische Zielstellung d. **Persistenz oder Progredienz** d. Beschwerden:

Schmerzlinderung, Entlastung d. geschädigten Nervenwurzel, Funktionswiederherstellung, Überwindung motorische Defizite.

Therapeutische Zielstellung in der **Chronifizierungsphase**:

Überwindung motorische Defizite, Funktionswiederherstellung, insbes. Gang- und Haltungsschulung, Prävention weiterer Chronifizierung.

Therapeutische Zielstellung in der **Nachbehandlung** nach Bandscheibenoperation:

Wiederherstellung der Rumpf-Rückenstatik und -dynamik, Überwindung motorische Defizite, Beeinflussung v. schmerzauslösenden Begleitbefunden, Prävention von Chronifizierung.

Beispiel 27: Therapieziele mit Angabe von Erhebungsinstrumenten, LL 10b, DGOOC

„Ziel sind die Verminderung von Schmerz und die Verbesserung von Geleistung und Lebensqualität.

In dieser Leitlinie wird als klinischer Score zur Messung der Ziele der „Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire nach Fairbank et al. 1980“ angegeben.

D.5 Prävention

Problem:

Wie bereits in der Präambel skizziert (siehe S. 49), hat die Prävention eine überragende Bedeutung für die Versorgungsprobleme, die im Zusammenhang mit Rückenschmerzen stehen.

Die primärpräventiven Fragen berühren in einer Vielzahl von Fällen Aspekte, die die Patienten betreffen, die mit akutem Rückenschmerz chronifizieren, und stehen streng genommen außerhalb dieses Clearingberichtes, da sie bereits innerhalb der Thematik „Akuter Rückenschmerz“ abgehandelt worden sein sollten.

Durch eine effektive Primärprävention würden sich in einer Vielzahl der Fälle chronische Verläufe verhindern lassen.

Leitlinien zum chronischen Rückenschmerz zeigen darüber hinaus auf zwei weiteren Ebenen Probleme auf:

- im Bereich des chronischen Rückenschmerzes greifen definitionsgemäß überwiegend nur noch tertiäre Präventionsmaßnahmen,
- Leitlinien berücksichtigen Präventionsverfahren zumeist nur unzureichend.

Für den chronischen Rückenschmerz sind grundsätzlich sowohl primär als auch sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen von Bedeutung.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll:

- Aussagen zu Möglichkeiten der für den chronischen Rückenschmerz relevanten (Tertiär-) Prävention machen,
- und für diese Elemente der Prävention Methoden anführen, mit denen diese bezüglich ihrer Effektivität beurteilt werden können.
- Sollten hierzu valide Daten fehlen, muss dies entsprechend erwähnt werden.
- Um eine Bewertung der Effektivität von Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen, sollten Aussagen über den
 - zeitlichen und
 - finanziellen Aufwand
 - sowie deren längerfristigen Effekt enthalten sein
- Ergänzend sollte die Leitlinie Indikatoren benennen, mit denen der Effekt überprüft und objektiviert werden kann.
- Außerdem sollten Aussagen gemacht werden, ob Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Bevölkerungs- oder Patientengruppen unterschiedlich wirksam sind.

Beispiele:**Beispiel 28: Empfehlungen für die Prävention, hier unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsplatzsituation, LL 12, FoOM, Tab. C**

Recommendation	Evidence
<i>Advise on current good working practices sum as specified in the Manual Handling Regulations and associated guidance</i>	
Do not recommend lumbar belts and supports or traditional biomedical education as methods of preventing LBP. There is insufficient evidence to advocate general exercise or physical fitness programmes.	* There is contradictory evidence that various general exercise/physical fitness programmes may reduce future LBP and work loss; any effect size appears to be modest.
	*** Traditional biomedical education based on an injury model does not reduce future LBP and work loss.
	- There is preliminary evidence that educational interventions which specifically address beliefs and attitudes may reduce future work loss due to LBP.
	*** Lumbar belts or supports do not reduce work-related LBP and work loss.
Advise employers that high job satisfaction and good industrial relations are the most important organisational characteristics associated with low disability and sickness absence rates attributed to LBP.	*** Low job satisfaction and unsatisfactory psychosocial aspects of work are risk factors for reported LBP, health care use and work loss, but the size of that association is modest.
Encourage employers to: - Consider joint employer-worker initiatives to identify and control occupational risk factors. - Monitor back problems and sickness absence due to LBP. - Improve safety and develop a 'safety culture'.	* There is limited evidence but general consensus that joint employer-worker initiatives (generally involving organisational culture and high stakeholder commitment to identify and control occupational risk factors and improve safety, surveillance measures and 'safety culture') can reduce the number of reported back 'injuries' and sickness absences, but there is no clear evidence on the optimum strategies and inconsistent evidence on the effect size.

Beispiel 29: Evidence-Tables für Leitlinieninhalte, Bereich „Prävention“, LL 12, FoOM, Table 1a

Authors	Date	Subject	Occup. Setting	Occup. Outcomes studies	Number of	Additional comments
Prevention						
(Lahad et al. 1994)	1994	Primary prevention	+	-	62 studies with original data	Back exercises Educational strategies Lumbar supports
(Gebhardt 1994)	1994	Training	+	+	6	Meta -analysis
(Westgaard & Winkel 1997)	1997	Ergonomic and workplace interventions	+	+	20 ergonomic modification 32 production system 39 secondary prevention	'Musculoskeletal health'

(van Poppel et al. 1997)	1997	Primary prevention in industry	+	+	11 controlled trials	Back exercises Educational strategies Lumbar supports
(Ferguson & Marras 1997)	1997	Surveillance measures and risk factors	+	+	57	
(Dishman et al. 1998)	1998	Worksite physical activity interventions	+	-	26	Outcome: activity level or physical fitness. Not specifically LBP
(Polyani et al. 1998)	1998	Workplace organisational changes	+	+	21 case studies	Health outcomes. Not specifically LBP

D.6 Therapieverfahren

Für die beim chronischen Rückenschmerz anzuwendenden Therapieverfahren gelten grundsätzlich die Anforderungen an ein multikausales und multimodales Vorgehen, die bereits zuvor an mehreren Punkten genannt worden waren.

Das Problem in bezug auf die Therapie ist, dass ein Übergang des Patienten über die Stadien

- akut
- chronifizierend bis zur
- Fixierung

stattfindet.

Der resultierende „chronisch fixierte Rückenschmerz“ hat die Bedeutung einer eigenständigen Erkrankung, die relativ unabhängig von möglichen anatomischen Ursachen besteht und in der zumeist nur noch die Linderung der Beschwerden das erreichbare Ziel ist.

Therapieverfahren müssen diesen Problemen Rechnung tragen und geeignete Maßnahmen aufzeigen.

D.6.1 Grundsätze der Behandlungsstrategie

Allgemeine Probleme:

Aufgrund der komplexen Gesamtsituation sollte die Behandlungsstrategie prinzipiell multimodal und multikausal ausgerichtet sein, was in der Behandlungsrealität jedoch nicht so verwirklicht ist. Die Koordination aller am Behandlungsprozess beteiligten ist nach wie vor eine Herausforderung, die Durchführung der Behandlung mit multidisziplinären Teams keinesfalls Realität.

Darüber hinaus gibt es innerhalb der Therapieverfahren, die zur Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zur Verfügung stehen, ein Nebeneinander von

- gesicherten und ungesicherten,
- effektiven und ineffektiven,
- teuren und preiswerten,
- breit verfügbaren und selten verfügbaren Verfahren,

die eine Orientierung der Behandler und der Patienten erheblich erschweren.

Da bei chronischen Schmerzzuständen immer auch psychische Komponenten eine Rolle spielen, geht es bei der Bewertung von Fragen zur Angemessenheit von Therapieverfahren niemals isoliert um die Verfahren, sondern immer auch um die Abwägung, welches der Verfahren in bezug auf die psychische Situation des Patienten optimal zur Anwendung gebracht werden könnte.

Erschwert wird eine Bewertung der zur Verfügung stehenden Verfahren v. a. dadurch, dass abhängig von den Definitionen, die für den chronischen Rückenschmerz in der jeweiligen Studie oder Leitlinie getroffen wurden, die in den Studien oder Leitlinien dargelegten Ergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Bereiche übertragen werden können.

Um die darzustellenden Probleme adäquat auffächern zu können, werden die Probleme der Therapieverfahren in den weiteren Teilkapiteln dargestellt.

Der grundlegende Ansatz für die Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sollte dabei multimodal und multiprofessionell sein, da die Komplexität der Sachverhalte und der Probleme regelmäßig Behandler aus mehreren Bereichen und Professionen gleichzeitig oder nacheinander betrifft.

Vorschlag:

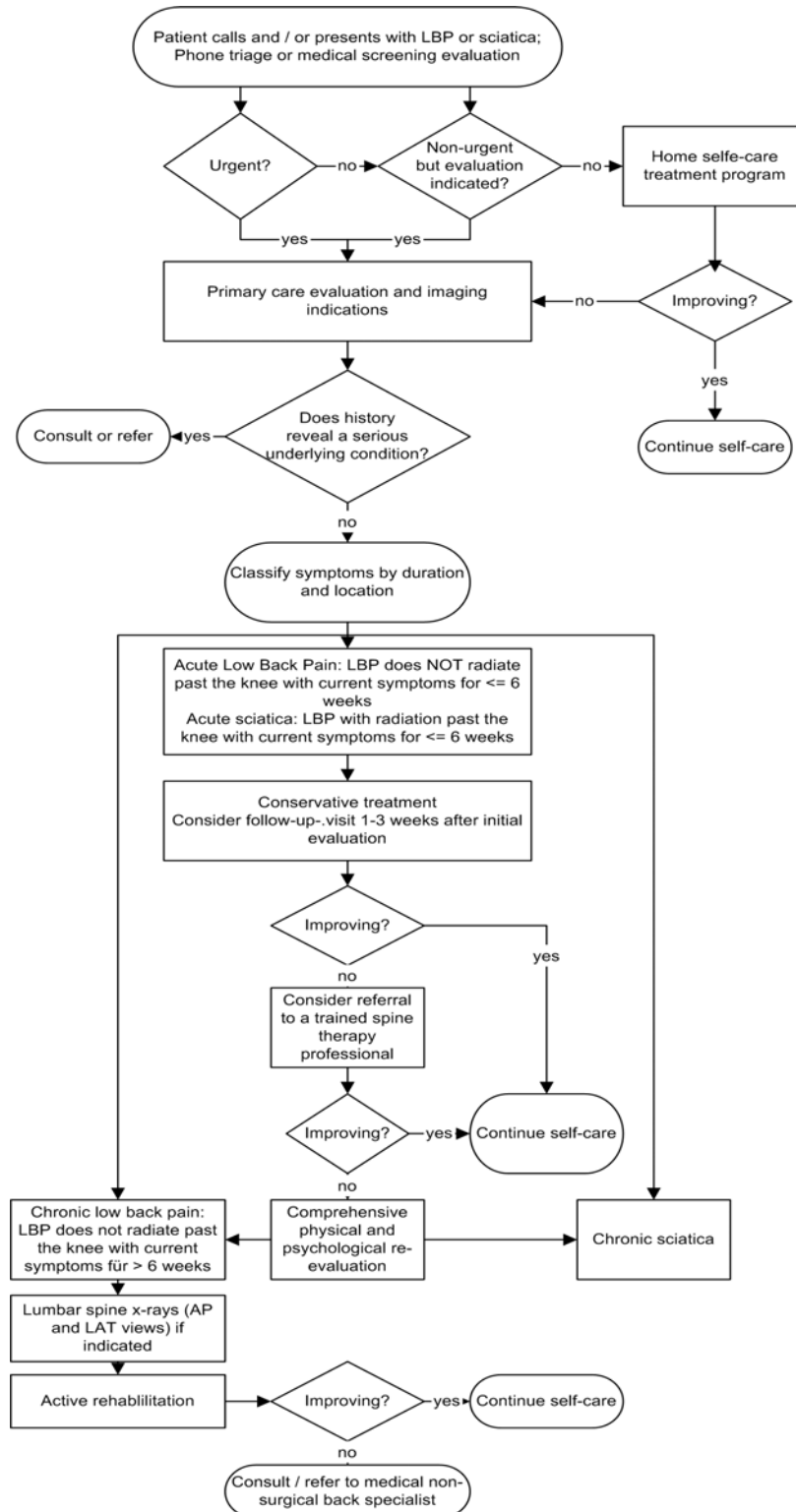
Eine Leitlinie soll:

- eine Behandlungsstrategie aufzeigen, die der multikausalen Genese der Erkrankung Rechnung trägt,
- die wesentlichen Elemente eines multimodalen Therapiekonzeptes klar darstellen,
- eine operationalisierbare Gesamtstrategie aufzeigen,
- und dem jeweiligen Behandler durch die Aufarbeitung der Empfehlungen und die hinterlegten Informationen die Möglichkeit eröffnen, anhand der Leitlinie dem Patienten die geeignete Behandlung klar darlegen zu können.

>>> siehe hierzu auch Kapitel D.10 ab S. 118

Beispiel

Beispiel 30: Übersichtliche Behandlungsstrategie mit Nennung von Schnittstellen, LL 14, ICSI, S. 1, Flowchart (gekürzt)



D.6.2 Nichtinvasive (Nicht-Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren

D.6.2.1 Nicht-medikamentöse Therapie (Physiotherapie und physikalische Therapie)

Problem:

Für viele der nicht-medikamentösen Maßnahmen aus den Bereichen Physiotherapie und physikalische Therapie bestehen derzeit nur unzureichende Nachweise bzgl. ihrer Wirksamkeit.

Dem gegenüber steht die weitverbreitete Anwendung vieler der hier zu nennenden Verfahren, so z. B. (Aufzählung alphabetisch sortiert und bewusst unvollständig!):

- Akupunktur und Elektroakupunktur,
- Bettruhe,
- elektromagnetische Wellen,
- Extensionsbehandlungen,
- Hydrotherapie,
- Krankengymnastik,
- Laserbestrahlung,
- manuelle Therapie,
- Massagen,
- Orthesen,
- Rückenschule,
- Sporttherapie,
- weitere...

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll:

- Kriterien für den Einsatz der Verfahren benennen,
- Hinweise und Empfehlungen geben zur Wertigkeit und Evidenz der in der Physiotherapie und der physikalischen Therapie anwendbaren Verfahren,
- Indikatoren zur Überprüfung des Anwendungserfolges benennen,
- die Rolle der jeweiligen Maßnahme innerhalb des Gesamtmanagements beschreiben.

Dies sollte ggf. auch mit Angaben zur Qualifikation des Behandlers oder der genau zu verwendenden Technik dargestellt werden, um eine Reproduzierbarkeit der Verfahren und damit der Ergebnisse zu ermöglichen.

Beispiele:

Beispiel 31: Allgemeine Maßnahmen, Darlegung unter Einbeziehung auf Eingenaktivität, Fokus allerdings auf „akuter Rückenschmerz“, Multimodalität unzureichend, LL 14, ICSI, S. 12/13

Conservative Treatment and Consider Follow-Up Visit 1-3 Weeks After Initial Evaluation

Conservative Treatment:

- Most patients who seek attention for their back pain will improve within two weeks. Most patients experience significant improvement within four weeks.

- More than half of the people who recover from a first episode of acute low back symptoms will have another episode within a few years. Unless the back symptoms are very different from the first episode or the patient has a new medical condition, expect improvement quickly from each episode.
- Recommend cold packs or heat as preferred by the patient.
- Recommend acetaminophen or anti-inflammatory medication such as ibuprofen, naproxen, or enteric-coated aspirin instead of regular aspirin. Acetaminophen, ibuprofen and enteric-coated aspirin all have substantially less gastric toxicity and risks than regular aspirin, with equivalent efficacy. Naproxen, similarly inexpensive, has slightly higher gastric toxicity, but the advantage of a less frequent dosing regimen. In a patient with a history of gastric problems, consider COX-2 treatment.
- Muscle relaxants are sometimes helpful for a few days but can cause drowsiness.
- Narcotic analgesics are rarely indicated.
- If the patient has been involved in home care and has had an adequate trial prior to the first visit, consider referral to a spine therapy professional on the initial visit. (See Annotation #14, "Consider Referral to a Trained Spine Therapy Professional")

Activity Recommendations:

- ...

Beispiel 32: Hinweise auf zu vermeidende Maßnahmen, LL 6, CSAG, S. 65

Symptomatic measures to avoid

The treatments listed below should not be used. There is no evidence that they are of any benefit in low back pain or sciatica. They are also associated with harmful effects or risks which outweigh any potential benefit. In every case simpler and safer alternatives exist.

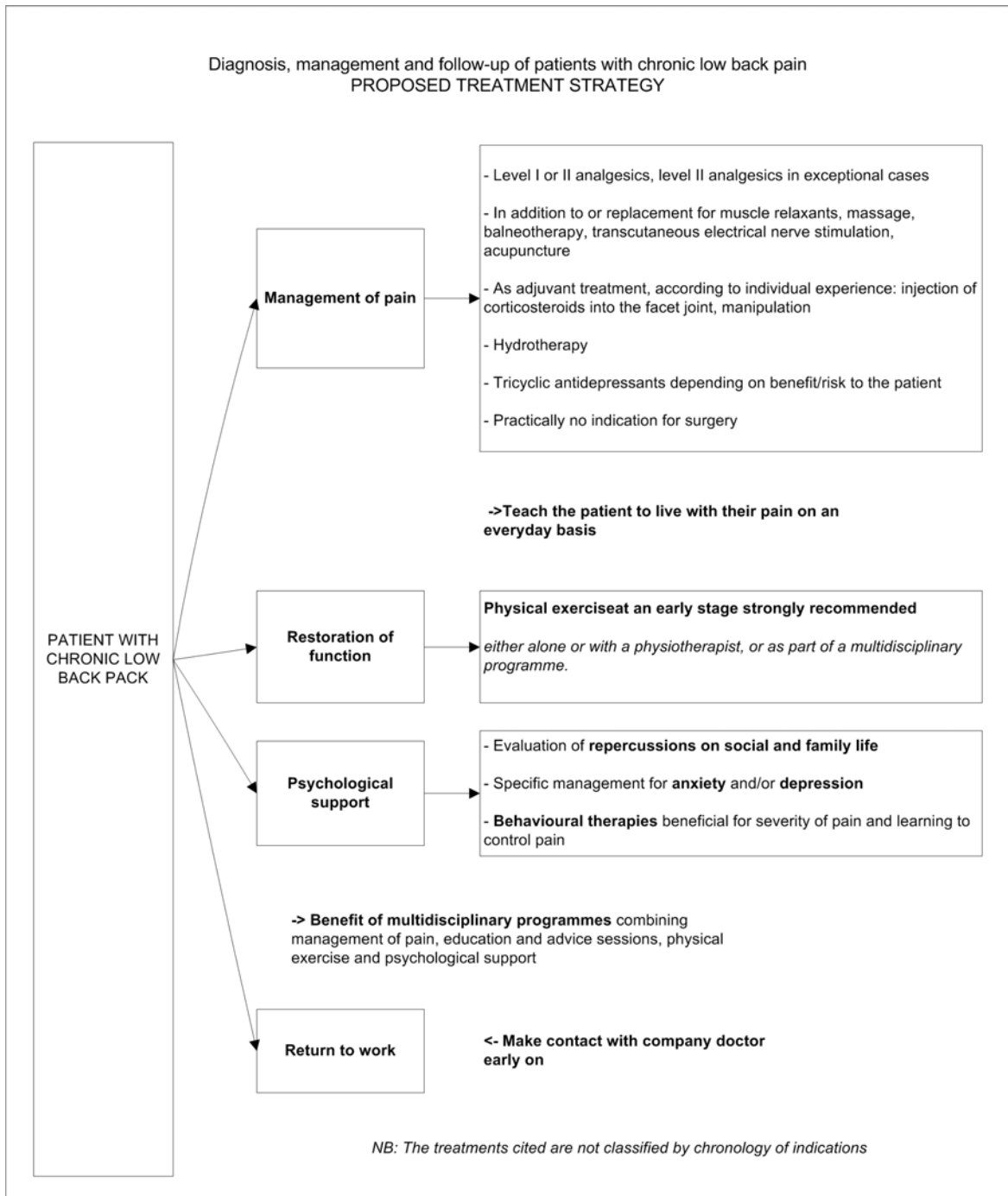
Do not use these treatments:

- Bed rest with traction
- Narcotics for more than two weeks
- Benzodiazepines (Diazepam) for more than two weeks
- Systemic steroids
- Colchicine
- Manipulation under general anaesthesia
- Plaster jacket

Beispiel 33: Evidenzgrundlagen für die Elemente der Therapie, LL 1, ANAES, S. 11

Recommendations based on the efficacy of treatments in chronic low back pain			
Treatment	End-point	Grade of recommendation	Recommendationa
Recommended treatments			
Physical exercise	Pain	Grade B	Recommended
Multidisciplinary programmes	Pain, function and return to work	Grade B	Recommended
Behavioural therapies	Pain	Grade C	Recommended
Treatments that may be prescribed			
Paracetamol	Pain	Not evaluated	May be prescribed

Back school	Pain	Not effective in isolation Grade B if combined with physical exercise	May be prescribed in combination with physical exercise
Spinal manipulation	Pain	Grade B	May be prescribed
Hydrotherapy	Pain and function	Grade B	May be prescribed for pain relief and to restore function
Opioid analgesics (Level II)	Pain	Grade B	May be prescribed for pain relief
Muscle relaxants (tizepam)	Pain	Grade B	May be prescribed for pain relief (short-term)
Balneotherapy	Pain	Grade C	May be prescribed for pain relief
Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS)	Pain	Grade C	May be prescribed for pain relief.b
Electroacupuncture	Pain	Grade C	May be prescribed for pain relief.b
NSAIDs (anti-inflammatory doses)	Pain	Grade C	May be prescribed for pain relief (short term)
Massage	Pain	Efficacy not demonstrated	May be prescribed at the begin- ning of the session
Acetylsalicylic acid	Pain	Not evaluated	May be prescribed for pain relief (short term)
NSAIDs (analgesic doses)	Pain	Not evaluated	May be prescribed (inform the patient about risks to the digestive system)
Acupuncture	Pain	Efficacy not demonstrated	May be prescribed
Treatments not to be used On a routine basis			
Tricyclic antidepressants	Pain	Grade C	Weigh up benefit/risk before pre- scription, unless the patient is depressed
Epidural corticosteroid injection	Pain	Grade B (mixed low back pain / sciatica)	Should not be first choice of treatment
Thermocoagulation of the medial branch of the posterior primary ramus of the spinal nerve	Pain	Grade B (selected pa- tients)	Should not be first choice of treatment
Corticosteroid injections into the facet joints	Pain	Grade C (selected pa- tients)	Should not be first choice of treat- ment
Opioid analgesics (Level III)	Pain	Grade C	May be used on a case-by-case basis
Trigger-point stimulation	Pain	Grade C	May be prescribed for pain relief.b
Lumbar support	Pain	Not evaluated	May be prescribed. Should not be first choice.
Lumbar arthrodesis	Pain	Not evaluated	Exceptional indications
Treatments that are not recommended			
Bed rest	Pain	Not evaluated	Not recommended
Phytotherapy	Pain	Efficacy not demonstrated	Not recommended
Corticosteroids	Pain	Not evaluated	Not recommended
Ionization, electromagnetic waves and laser	Pain	Efficacy not demonstrated	Not recommended
Vertebral traction	Pain	Efficacy not demonstrated	Not recommended
Disc prostheses	Pain	Not evaluated	No indication
a If no grade is specified, the recommendation is the result of Agreement among professionals.			
b Usefulness in the management of low back pain to be determined.			

Beispiel 34: (Nichtmedikamentöse) Therapiestrategie, LL 1, ANAES, S. 12


D.6.2.2 Medikamentöse Therapie

Problem:

Im Bereich des chronischen Rückenschmerzes existiert eine inadäquate Versorgung mit Schmerztherapeutika. Diese dokumentiert sich als Überversorgung mit NSAID einerseits und Unterversorgung mit Schmerztherapeutika (u. a. Opioiden) andererseits. Als ergänzendes Problem der medikamentösen Versorgung kann eine in vielen Fällen mit den Rückenschmerzen einhergehende depressive Problematik der Patienten mit Unterversorgung derselben vorliegen.

Der überwiegende Teil der Verordnungen bezieht sich zwar auf orale Darreichungsformen, im Einzelfall sind aber andere Applikationsverfahren und das Management und ggf. die Prävention möglicher Nebenwirkungen Problembehaftet.

Da in vielen Fällen durch den Patienten bereits eine Selbstmedikation (z. B. Externa, Naturheilmittel, OTC-Präparate) vorgenommen wird oder diese ohne Wissen des jeweiligen Behandlers während der Behandlung stattfindet, müssen mögliche Interaktionen diesbezüglich eruiert und berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere auch für fixe Wirkstoffkombinationen.

Die Gabe von Koanalgetika beeinflusst ebenfalls möglicherweise eine Therapie und ist Gegenstand möglicher Probleme mit Klärungsbedarf in der Behandlungssituation.

Vorschlag:

Der Stellenwert der medikamentösen Therapiemöglichkeiten soll so dargestellt werden, dass diese innerhalb des Gesamtmanagements dargestellt werden und einer Über- oder Unterversorgung somit durch Information begegnet werden kann. In die Darstellung der medikamentösen Therapie sind ggf. spezielle Konzepte der Schmerztherapie mit einzubeziehen.

Eine Leitlinie soll zur medikamentösen Therapie folgende Informationen enthalten:

In bezug auf die Einleitung der Therapie:

- eine Problem- oder Risikoadaptation zwischen Rückenschmerzproblem und Präparat darlegen, anhand derer die Indikationen nachvollzogen werden können,
- ein Schema zur Behandlung chronischer Schmerzen (z. B. WHO-Stufenschema),
- Indikationen,
- Nebenwirkungen und
- Strategien zur Vermeidung von Nebenwirkungen,
- so wie nach Möglichkeit Angaben über Kosten der Therapie und daraus ggf. resultierende Auswahl- oder Abwägungskriterien aufzeigen.
- Die Leitlinie sollte z. B. durch geeignete Querverweise auf andere Kapitel der Leitlinie darlegen, welche Vorinformationen zur Auswahl der benötigten Therapie vorliegen sollten.

In Bezug auf die Auswahl der geeigneten Medikationen:

- Die Eignungsschwerpunkte der jeweiligen Methoden darstellen,
- angeben, welche Risiken bzw. welche Kriterien zur Anwendung ggf. zu beachten sind (Vorerkrankungen oder Compliance des Patienten),
- welche Medikationen ggf. eine stärkere Kontrolle des Patienten *ermöglichen* oder *erfordern*,
- die Informationen so aufbereitet haben, dass z. B. spezielle Verfahren der Schmerztherapie schnell und eindeutig identifiziert werden können und dadurch eine gezielte Überweisung an den betreffenden weiterbehandelnden Arzt ermöglicht wird.

zu allen in Frage kommenden Präparaten sollte die Leitlinie:

- die Evidenz klar darlegen,
- nach Möglichkeit Kriterien und genauere Modalitäten für das Ansetzen und ggf. das Absetzen der Medikamente nennen,
- neue Präparate oder Methoden auf Basis der Evidenz und der dargelegten Nachbeobachtungszeiträume mit etablierten Methoden in Vergleich bringen,
- mögliche Interaktionen auch in bezug auf notwendige Medikationen existierender Komorbiditäten darlegen (z. B. Hypertonie, KHK, Asthma bronchiale),
- obsoleete Methoden oder Kombinationen klar benennen.

Medikamente, die im Rahmen von therapeutischen Interventionen zur Anwendung kommen können, sollten im Rahmen der jeweilig beschriebenen Intervention mit dem o. g. Anforderungsprofil, beschrieben werden.

Die Anwendung medikamentöser Maßnahmen sollte sich an etablierten Stufenplänen orientieren. Folgende Präparategruppen sollten unter Berücksichtigung der zuvor genannten Kriterien abgehandelt werden:

- Nicht-Opioidanalgetika
- Opioidanalgetika

- Antidepressiva
- Sedativa
- Antikonvulsiva

- ggf. spezielle Aspekte der Schmerztherapie

Zum Einsatz z. B. von Muskelrelaxantien sollte eine Leitlinie eine kritische Prüfung der Informationen leisten, um so eine klare Indikationsstellung zu ermöglichen.

Beispiel:**Beispiel 35: Pharmakotherapie, LL 5, AkdÄ, S. 12 ff****Pharmakotherapie**

Die Pharmakotherapie von Rückenschmerzen ist symptomatisch und soll die nichtmedikamentösen Maßnahmen unterstützen. Aufgrund der geringeren Nebenwirkungen sollten zunächst NichtOpioid-Analgetika (Paracetamol), bei unzureichender Wirkung nichtsteroidale Antiphlogistika/Antirheumatika (NSAR) eingesetzt werden. Bei mit dieser Medikation nicht zu beherrschenden Schmerzzuständen kann eine kurzfristige Gabe von Opioid-Analgetika gerechtfertigt sein.

IM FOLGENDEN WERDEN EMPFEHLUNGEN ZU DEN U.G. GRUPPEN DARGELEGT:

Analgetika ...

Nichtsteroidale Antirheumatika / Antiphlogistika (NSAR) ...

Opiod-Analgetika ...

Myotonolytika ...

Antidepressiva ...

Perkutan applizierbare Antiphlogistika und Hyperämika ...

Lokale Injektionsbehandlung ...

D.6.3 Invasive (Operative) Behandlungs- und Therapieverfahren

D.6.3.1 Injektions- / Infiltrationsverfahren

Problem:

Für den Bereich der Injektions- und Infiltrationsverfahren, die beim Rückenschmerz zu Anwendung kommen, existieren z. T. erhebliche Probleme hinsichtlich der Nachweise zur Wirksamkeit und zur Sicherheit der verschiedenen verfügbaren Verfahren.

Hierzu zählen u. a.:

- oberflächliche Injektionen (Quaddeln)
- injektionen an Schmerzpunkten und Ligamenten
- intramuskuläre Injektionen
- injektionen im Bereich der Wirbelgelenke (z. T. unter radiologischer Kontrolle)
- perineurale Injektionen (Nervenwurzelnah oder Nervenwurzelscheide)
- epidurale intraspinale Injektionen
- sakrale, intradurale Blockaden
- Facettengelenkssklerosierungen (physikalisch, pharmakochemisch)
- ...

Hinzu kommt, dass die verschiedenen Verfahren in diversen Modifikationen zur Anwendung kommen, so dass selbst die Nennung eines Verfahrens nicht ohne weiteres Rückschlüsse auf die konkrete stattgehabte oder stattzufindende Anwendung erlaubt.

Die verschiedenen Verfahren werden in verschiedenen Versorgungszusammenhängen erbracht, und z. T. werden etablierte und „einfache“ Verfahren wie intramuskuläre Injektionen durch neue und „komplizierte“ CT-gesteuerte Verfahren ersetzt, ohne einen besseren Outcome belegen zu können.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll

- Injektions- und Infiltrationsverfahren mit Bezug auf Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit angeben,
- Indikationen und auch Kontraindikationen darlegen,
- den Anwendungsmodus klar beschreiben und so dazu verhelfen, dass eine einheitliche(re) Anwendung ermöglicht wird,
- obsoletere Methoden oder Methoden, die besondere Vorkehrungen benötigen (z. B. Injektionen bestimmter Schmerzmittel) klar benennen.
- Der Zeitpunkt der Anwendung innerhalb der gesamten Therapiestrategie sollte beschrieben sein, ebenso die Versorgungsstufe und der Modus der Anwendung (ggf. Wiederholungen, Wechseln zu anderen Techniken etc.).

Beispiel:**Beispiel 36: Darstellung der Injektionsverfahren innerhalb des Gesamtmanagements nach nicht-invasiven Methoden, Betonung der relativen Indikation, LL 15c, NASS, S. 43 ff.**d. Interventional Measures

This section addresses the use of selective spinal corticosteroid injections and other procedures for the management of unremitting low back pain. The primary principle of selective injections is to isolate a specific structure for both diagnostic and potentially therapeutic purposes. These injections may be an adjunct to a more comprehensive rehabilitation program of functional reactivation (*see Restoration of Function*). It is not generally recommended that any injection procedure be used singularly in the management of unremitting low back pain.

i. Epidural Steroid Injections

The literature and application of lumbar epidural corticosteroid injections have been thoroughly reviewed 124 with additional discussion found in the Herniated Disc Phase III Guideline. Randomized controlled trials are relatively sparse regarding epidural steroid injections in general and non-existent for chronic unremitting low back pain. The few controlled and many uncontrolled studies suggest that epidural corticosteroid injections benefit radicular pain more than axial pain. The therapeutic value from placement of corticosteroid in the epidural or epidural space is theoretically due to antiinflammatory properties and reduction of neural hyperexcitability. Epidural injections are relatively safe with few potentially minor complications if performed under certain parameters, particularly with the use of fluoroscopic guidance and contrast agent confirmation by a specialist with advanced training in this technique. 125

Selective epidural steroid injections (also known as transforaminal epidural injections or selective nerve root blocks) are typically utilized for refractory or recurrent radicular pain with either immediate or delayed onset. When the predominant symptom is radicular as opposed to axial pain, the selective epidural injection is often the ideal approach as relatively small volumes of both local anesthetic and corticosteroid are maximally concentrated in an epidural location of a suspected painful nerve root level. Post discectomy, this procedure may provide diagnostic information as to whether a suspected nerve root is a source of pain (e.g., L5 radiculopathy due to foraminal narrowing following an L5-S1 discectomy for S1 radiculopathy, L5 radiculopathy due to unrecognized lateral disc herniation at L5-S 1, or L5 radiculopathy due to epidural fibrosis).

Epidural steroid injections have been demonstrated to be most effective for the treatment of radicular pain. These procedures also have been commonly utilized for the treatment of persistent low back pain but with less justification. Theoretically, corticosteroids may be effective by stabilizing the enzyme phospholipase A2, a key component of the arachidonic acid mediated inflammatory cascade, found within the nucleus pulposus of lumbar disc^{126,127}

Therefore, there may be a limited role for epidural steroid injections in the documented presence of a central disc herniation or annular tear, but cannot be recommended for non-specific ULBP.

...

D.6.3.2 Operative Methoden

Problem:

Die Klassifizierung von Rückenschmerzen unterliegt einer verwirrenden Vielfalt von Definitionen. Eine exakte Definition eines (klinisch relevanten) „Bandscheibenvorfalls“, einer „Bandscheibenprotrusion“, einer „signifikanten Spinalkanalstenose“ oder einer „Instabilität“ erfolgt nicht immer bzw. ist nicht immer möglich.

>>> siehe hierzu auch Kapitel D.3 ab S. 60

Der Verlauf des Krankheitsbildes „chronischer Rückenschmerz“ ist individuell verschieden und nicht vorhersehbar. Ganz wesentlich für die Einbeziehung invasiver Methoden sind deshalb der zeitliche Ablauf des Schmerzbildes und die Ausprägung der klinischen und neurologischen Befunde. Daraus können sich ganz unterschiedliche Handlungsrelevanzen ergeben.

Die kausale Beseitigung eines „Schmerz-Generators“ an der Wirbelsäule setzt die korrekte Identifikation der Ursache voraus – vielfach sind aber erhobene Befunde nicht so einzuordnen, dass eine definitive Begründung der Rückenschmerzen mit beschreibbaren pathologischen Veränderungen in Einklang zu bringen ist.

Für den Bereich der operativen Verfahren, die beim Rückenschmerz zu Anwendung kommen, gibt es eine Vielzahl verschiedener Möglichkeiten. Deren Entwicklungsstand und damit auch der allgemeine Kenntnisstand über die Verfahren ist aber unterschiedlich, was zu Unsicherheiten bei der Auswahl und zu Unterschieden bei der Anwendung führt.

Für einige Verfahren existieren darüber hinaus z. Zt. keine kontrollierten Studien.

Die operativen Verfahren selbst werden als perkutane oder offen operative Verfahren und ergänzend dazu mikro- oder makrochirurgisch angewandt und haben so u. U. abweichende Eignungsschwerpunkte bzw. Indikationen. Oft entsteht der Eindruck, dass neueren Verfahren, die als minimalinvasiv bezeichnet werden, allein aus dieser Bezeichnung heraus Vorteile im Vergleich zu „alten“ Verfahren zugeschrieben werden, ohne dass die neueren Verfahren eine adäquate Studienbasis haben. Erschwerend tritt hinzu, dass es keinen Konsens über die Beurteilung des Erfolges von Wirbelsäulenoperationen gibt bzw. dieser nicht klar zu fassen ist.

Die chirurgische Therapie ist eine Option im therapeutischen Verlauf beim chronischen Rückenschmerz, deren Stellung in den meisten Leitlinien jedoch nicht klar genug wird. Im Versorgungsalltag bestehen die Probleme chronischer Rückenschmerzpatienten auch nach operativen Eingriffen in etlichen Fällen weiter, so dass die postoperative Situation der Patienten nicht immer zufriedenstellend ist. Aufgrund unterschiedlicher Qualifikationen von Einrichtungen und Operateuren sind die an verschiedenen Einrichtungen erbrachten Leistungen inhaltlich und in bezug auf die Ergebnisqualität nicht ohne weiteres zu vergleichen, was die Einstufung und Bewertung verschiedener Verfahren nicht vereinfacht.

Gerade in bezug auf mögliche „Therapieversager“ stellt sich dann die Frage, mit welchen Verfahren (nicht-operativ und operativ) und wo der Patient dann weiterbehandelt werden kann.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll

- definieren, an welchem Punkt innerhalb des *gesamten* therapeutischen Vorgehens operative Therapien in Erwägung zu ziehen sind und hierbei der Problematik der unspezifischen Rückenschmerzen Rechnung tragen,
- die Verfahren mit Eignungsschwerpunkten darstellen und klare Indikationen und ggf. Kontraindikationen beschreiben,
- die Therapieziele mit den Verfahren angeben,
- Kriterien für die Einholung einer Zweitmeinung angeben,
- notwendige Vor- und Nachbehandlungen für die jeweilige operative Therapie aufzeigen, um eine zutreffende Beratung des Patienten z. B. bereits im hausärztlichen Umfeld zu ermöglichen.
- Insgesamt müssen die Empfehlungen für die operative Therapie in ein Gesamtkonzept zur Behandlung eingebettet sein, dass ggf. die Indikationen zu invasiven Methoden mit dem Spontanverlauf in Beziehung setzt, um bei lückenhafter Studienlage entscheidungsrelevante Kriterien zu definieren.
- Leitlinien sollen auf den Komplex des Therapieversagens nach invasiven Verfahren eingehen und Vorschläge für deren Analyse und die notwendige Weiterbehandlung machen.

In bezug auf die einzelnen operativen Verfahren soll eine Leitlinie

- einen Überblick über die möglichen Verfahren geben,
- die Informationen so aufbereiten, dass eine Auswahl des adäquaten Verfahrens ermöglicht wird,
- und für die einzelnen Verfahren Angaben zum Evidenzgrad der Empfehlungen klar darlegen.

Insbesondere soll das Vorgehen dargestellt werden für:

- reine Dekompressionsverfahren,
- Dekompressionsverfahren in Kombination mit Fusion,
- Offene Bandscheibenoperationen,
- Offene Stenosedekompressionsverfahren bei spinaler Stenose,
- Fusionsverfahren in Non-Fusion-Technik („künstlicher Diskusersatz“, „Platzhalter“),

Desweiteren sollen

- notwendige und ggf. obligate Voruntersuchungen definiert,
- notwendige Vorbehandlungen definiert werden (z. B. erfolgte oder anhaltende / begleitende psychologische oder schmerztherapeutische Behandlung),
- und Aussagen über
 - notwendige Nachbehandlungen,

- den Zeitpunkt des Beginns weiterer Maßnahmen in der Nachbehandlung (z. B. Rehabilitation) und
- das postoperative Verhalten des Patienten sowie
- Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das häusliche Umfeld und den Beruf enthalten sein.

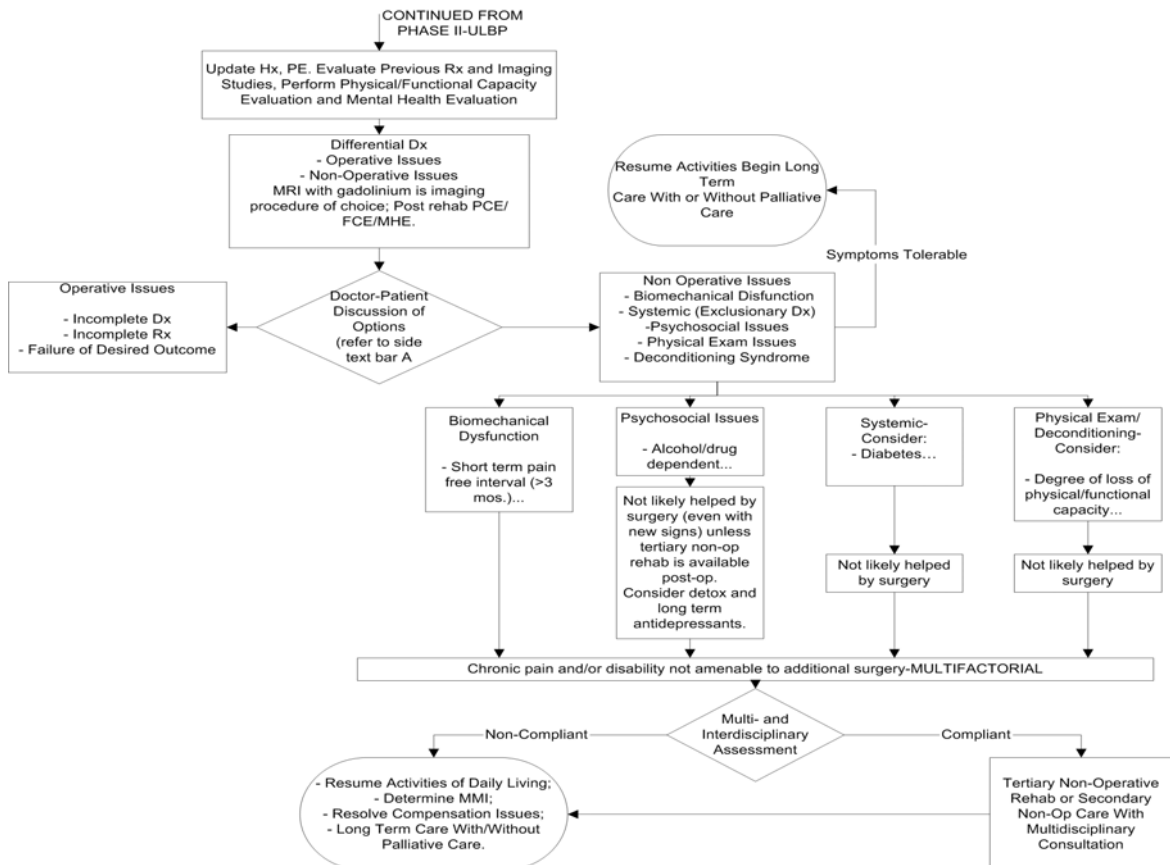
Zur Darstellung der anzuwendenden operativen Verfahren zählt auch die Darlegung von qualifikatorischen Voraussetzungen sowohl

- der Einrichtung als auch
- der Operateure.

Durch eine aufgefächerte Darstellung der o. g. Inhalte kann sichergestellt werden, dass operative Verfahren definiert innerhalb einer Behandlungsfolge zur Anwendung gebracht werden, mit dem Ziel, das Gesamtmanagement zu optimieren.

Beispiel:

Beispiel 37: Algorithmus für therapeutisches Procedere, LL 15c, NASS, Flowchart



D.6.3.3 weitere operative Verfahren

Problem:

Es gibt eine Vielzahl von weiteren Verfahren, die operativ oder invasiv zur Anwendung kommen.

Dazu gehören u. a.:

- Rückenmark- oder Hinterstrangstimulation (SCS) oder Stimulation von peripheren Nerven,
- Implantation von Pumpen- oder Portsystemen,
- Sympatikusblockade.

Diese werden in den verschiedenen Leitlinien unterschiedlich gewichtet bzw. dargestellt, was den Grad der Unklarheit über den Einsatz dieser Verfahren widerspiegelt.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll

- die Indikation und
- die Evidenz der teilweise experimentellen Verfahren darlegen,
- und dadurch die Stellung dieser Verfahren innerhalb des gesamten therapeutischen Konzeptes klar herausarbeiten.

D.7 Rehabilitation

Problem:

Rehabilitative Ansätze spielen beim chronischen Rückenschmerz eine bedeutsame Rolle. Die Rehabilitation zielt auf Prävention, Kompensation, Linderung oder Verzögerung der Folgen chronischer Krankheitsprozesse unter dem Aspekt der Förderung von Aktivitäten und Teilhabe und ist wesentlicher Bestandteil eines multidisziplinär-multimodalen Vorgehens.

Bereits zuvor wurde jedoch aufgezeigt, dass bei Rückenschmerzpatienten ein erreichter Chronifizierungsgrad u. U. jedoch nur schwer zu durchbrechen ist.

Dies wird dadurch gestützt, dass international zwar deutliche Evidenzen für den Erfolg von Reha-Programmen bei Rückenschmerzen vorliegen, in Deutschland zur Zeit jedoch nur „mäßige“ Langzeiteffekte bzw. Einzelergebnisse gezeigt werden können.

Die Ursachen für diese Beobachtung können u.a. auf Probleme der Kommunikation zwischen verschiedenen Ebene und Behandlern gesehen werden, als auch bedingt sein durch Probleme beim durchbrechen von Chronifizierungsprozessen.

Vorschlag:

Leitlinien zum chronischen Rückenschmerz sollen die Rehabilitation innerhalb der multimodalen und multidisziplinären Behandlungskonzepte darstellen und im Rahmen dieser nach Möglichkeit bewerten. Insbesondere soll hier auf den Zeit- und Kostenaufwand sowie die mittel- bis langfristigen Ergebnisse eingegangen werden.

Eine Leitlinie soll Aussagen enthalten zu:

- dem Versorgungspfad und der Rolle der Rehabilitation innerhalb der Versorgungskette,
- Indikationen und Zugangskriterien (einschl. Zeitpunkt) für eine Rehabilitation
- den sozialrechtlichen Hintergrund,
- verschiedenen Formen der Rehabilitation (ambulant, stationär) sowie deren Vorteile im Rahmen einer individuellen Zuweisung,
- Definition der spezifischen Krankheitsgruppe(n), deren Prävalenz, ggf. Klassifikation,
- Prognose,
- Prädiktoren der Chronifizierung,
- typischen Komorbiditäten,
- Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe und deren sozioökonomischen Folgen,
- Inhalten und Zielen der Rehabilitation gemäß ihrem Evidenzgrad.

Für rehabilitative Behandlungsansätze sollen (analog der ICF) mindestens zu folgenden Dimensionen der Leitlinie Aussagen vorliegen:

- Körperstrukturen (Krankheitsort, -verlauf, -aktivität),
- Körperfunktionen (Schmerz, psychische Belastungen, kognitive Funktionen, Koordination, Wissen),

- Aktivitäten (Haushalt, Mobilität etc.),
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Beruf, soziale Kontakte, Freizeit) sowie
- Kontextfaktoren (Risikofaktoren, Copingstrategien, Krankheitskonzept, subjektive Wahrnehmung des Patienten, Motivation, Krankheitsverhalten).

Es sollen ferner Empfehlungen zu folgenden Inhalten und Zielen gegeben werden:

- Erfassung der funktionellen Kapazität, auch in sozialmedizinischer Hinsicht,
- Verhaltensänderung (z. B. in bezug auf die Risikofaktoren),
- Gesundheitstraining und psychologische Maßnahmen,
- für die Rehabilitation sinnvolle Therapieformen, spezifische Maßnahmen und Verfahren,
- Maßnahmen für die berufliche und psychosoziale Reintegration,
- Hinweise über Leistungen zur Teilhabe.

Beispiele:

Beispiel 38: Multidisziplinäre Rehabilitationsprogramme, LL 6, CSAG, S. 63 ff.

Multidisciplinary rehabilitation programme

The risk factors for chronicity show that as pain and disability become chronic, biopsychosocial factors become increasingly important. For this reason, purely physical treatment for chronic pain based on the disease model has a low success rate.

Traditional medical treatment not enough

Traditional medical treatment has certainly not solved our present epidemic of low back disability. Chronic pain and disability is a complex biopsychosocial problem which is perhaps better regarded as "activity intolerance". The main strategy should now be to "de-medicalise" symptoms and to regard the problem as one of rehabilitation.

Importance of a multidisciplinary approach

Clinical management should place equal emphasis on both the physical and psychosocial aspects of chronic pain and disability. A number of common elements can be identified from successful trials in chronic back pain. These are'

- Incremental exercise and fitness programme of physical reconditioning
- Behavioural medicine principles with functional objectives.
- Close liaison with the work place.

Varying levels of treatment

These principles can be implemented at several levels of intensity. Many of the principles have been achieved by a sole, part-time physical therapist working at the acute stage in a small work place. All of the principles have been achieved effectively by a small research team consisting of a rehabilitation physician, a physical therapist and a psychologist working at the sub-acute stage in an occupational setting. In the case of chronic back cripples, comprehensive pain management programmes may require a large multidisciplinary team of medical and health care specialists. But these principles should form the basis of management of back pain by every family doctor, physiotherapist, osteopath, chiropractor or occupational health service.

Beispiel 39: Aktive Rehabilitationsprogramme, LL 12, FoOM, Fig. 3

<p>Education: Directed primarily at overcoming fear avoidance beliefs and encouraging patients to learn to manage and take responsibility for their own self-care (for example <i>The Back Book</i>).</p>
<p>Reassurance and advice: Strong reassurance and advice to stay active.</p>
<p>Exercise: An active, progressive exercise and physical fitness programme.</p>
<p>Pain management: Behavioural principles of pain management</p>
<p>Work: In an occupational setting and directed strongly towards return to work.</p>
<p>Rehabilitation: May also include some symptomatic relief measures, but if so these should supplement and reinforce, and must not interfere with the primary goal of rehabilitation.</p>
<p>Footnote: <i>The Back Book</i> is an evidence-based booklet developed in conjunction with the RCGP clinical guidelines, for use by patients and published by The Stationery Office.</p>

D.8 Patienteninformation / Patienten-Empowerment und Edukation

Problem:

Chronische Schmerzpatienten haben meist über lange Jahre eine Vielzahl ärztlicher und nicht-ärztlicher Behandlungen durchlaufen, bevor sie einer multimodalen Schmerztherapie zugeführt werden.

Dementsprechend sind sie oft einerseits therapieerfahren und verfügen über diverse Kenntnisse und Meinungen von Schmerzgenesefaktoren und Therapiemöglichkeiten. Andererseits bedingt das meist laienhafte Wissen chronischer Schmerzpatienten Voreingenommenheiten und Vorurteile gegenüber denkbaren Therapieansätzen („...hatte ich doch schon alles...“), teilweise dysfunktionale Überzeugungen im Sinne der Therapieziele (z. B. Bevorzugung von Schonverhaltensweisen) und damit therapeutische Compliance-Probleme. Der Begriff der „Compliance-Probleme“ impliziert dabei eine überwiegend passive Haltung des Patienten und engt die Sichtweise sehr stark ein. Gemeint ist hier eine Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess i. S. eines „Patienten-Empowerment“.

Die meisten Patienten sind von einer rein körperlichen Verursachung ihrer Beschwerden überzeugt und negieren oftmals jedweden Einfluss psychischer oder sozialer Einflussfaktoren auf die Genese ihrer Krankheit.

Zu Therapiebeginn ist deshalb meist eine intensive Phase psycho-edukativer Maßnahmen notwendig, um ein hinreichendes Krankheitsverständnis und damit eine Akzeptanz multimodaler Therapieansätze bei den Patienten aufzubauen.

Die zur Aufklärung und Information benötigten Patienteninformationen existieren vielfach als *ohne Bezug zu Leitlinien* entwickelte Instrumente. Diese Patienteninformationen sind darüber hinaus vielfach nicht auf inhaltliche Qualität oder Neutralität der Information überprüft. Durch diesen fehlenden Bezug zu den ärztlichen Leitlinien ergeben sich weitere Probleme, da die Behandlungsstrategien oder Erklärungen zu Inhalten zwischen Leitlinie und Patienteninformation abweichen können.

Ein besonderer Aspekt für Edukationsinhalte im Themenbereich der Leitlinien zum chronischen Rückenschmerz ist das Problem möglicher „Non-Compliance“ der Patienten, für die es vielfältige und vielschichtige Gründe geben kann. Die Darstellung dieses Themenbereiches in den Leitlinien und die verfügbare Literatur ist jedoch sehr lückenhaft.

Die Darstellung für mögliche Lösungen für dieses Problem sollte Gegenstand der Leitlinien sein. Insofern sollen die Inhalte der Leitlinien über die im folgenden dargelegten Vorschläge für Inhalte in bezug auf das Patienten-Empowerment hinausgehen.

Vorschlag:

Eine Leitlinie zur Behandlung chronischer Schmerzen sollte eindeutige Aussagen zur Durchführung edukativer Massnahmen und ggfs. deren Evaluation machen.

Folgende **Inhalte sollten mindestens** in einer edukativen Therapieeinheit angesprochen werden:

- Unterschiede akuter und chronischer Schmerzen
- Kritische Diskussion der **Schmerzursachen** (Suche führt häufig nicht weiter ...)
- Kritische Diskussion des Themas „Schmerz als Warnsignal“
- Einordnung des Begriffs „Schmerz als eigenständige Krankheit“
- Informationen über **Chronifizierungs-Mechanismen**
- Erläuterung des komplexen **Zusammenhangs von Denken, Fühlen und Verhalten** mit der Wahrnehmung von Schmerzen
- Kritische Diskussion der **Erwartungshaltung an den Therapieerfolg** („Aushaltbarer Restschmerz“ vs. „Schmerzfreiheit“)
- Ansprache von Aspekten der **Eigenbeteiligung** am Schmerzgeschehen (z. B. Rauchen, Übergewicht)
- Diskussion der **Multimodalität** chronischer Schmerzen („Bio-psycho-soziale Perspektive“)
- **Kritische Diskussion operativer oder destruktiver Eingriffe** zur Behandlung chronischer Schmerzen
- Ansprache der Notwendigkeit einer **aktiven Patientenrolle**; kritische Diskussion von Aspekten der Schonung und des sozialen und körperlichen Rückzugs

Folgende **Inhalte** haben sich **ergänzend** im Rahmen edukativen Therapieeinheiten **bewährt**:

- **Informationen über spezifische Schmerzsyndrome** (z. B. bei Spannungskopfschmerzen: Schmerz-Spannungs-Kreislauf, Epidemiologie)
- Informationen über Schmerzweiterleitung
- Informationen zu Schmerzgedächtnis-Prozessen
- Betonung der Notwendigkeit regelmässiger, **eigenständiger Übungen**
- Zieldefinition des **Selbsteffizienzerlebens** (Aufbau eigener Kontrollmechanismen über Schmerzen)
- Zieldefinition, dass meist **mehr erreicht** werden kann, **als erwartet**
- Diskussion des Aspektes „**Schmerz als Mittelpunkt des Lebens**“; Diskussion alternativer Lebensinhalte
- Erlernen eines veränderten Körperbewusstseins
- Diskussion der Aspekte der individuellen und situativen Schmerzmodulation

Es sollten zumindest therapeutische Maßnahmen bei leichteren Compliance-Problemen (z. B. Reflektion der gemeinsamen Therapieziele, Aufklärung und edukative Massnahmen, Motivationsgespräche u.ä.) sowie bei erheblichen Compliance-Defiziten (z. B. Compliance-Überprüfungen, Verhaltensvertrag, Angehörigeneinbezug o. ä.) in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft des Patienten festgelegt / benannt werden.

In bezug auf das Patienten-Empowerment sollten Leitlinien mindestens folgende Aspekte der Patientenführung- und Aufklärung beachten:

Grundsätzliche Massnahmen:**Ausführliche Aufklärung**

- **Zeit** (Umgang mit Non-Compliance-Patienten braucht Zeit)
- **Erklärungen** (Im Umgang mit Non-Compliance-Patienten sind meist viele Erklärungen notwendig)
- **Definition gemeinsamer Therapieziele**
- **Klärung der Gründe für Non-Compliance** (z. B. Angst, mangelnde Informationen, mangelnde Akzeptanz einzelner Therapiemassnahmen, unzureichende Erklärung von Patientenaufgaben, Patientenmerkmale (wie z. B. Depression), die eine aktive Mitarbeit einschränken etc.)

Beispiele:

Beispiel 40: Angabe konkreter Inhalte für Therapeut und Patient in bezug auf körperliche Übungen, LL 3, ABFP, S. 38

TABLE 5	
Strategies to Improve Patient Compliance With Exercise Prescription ⁴³⁻⁴⁵	
<i>For the Patient Educator:</i>	<i>For the Patient:</i>
1. Tailor the exercise program to the physical abilities of the patient.	1. Proceed only with your doctor ' s approval.
2. Keep the program simple. Complicated programs are less likely to be followed.	2. Exercise every day.
3. Begin with the simplest and least stressful exercises. Add more difficult exercises only after full recovery.	3. Set aside a regular, private time-usually just after you get up in the morning and just before you go to bed at night.
4. Make sure that the patient is properly instructed and can perform each exercise correctly under Supervision.	4. Select a comfortable, firm surface, such as a carpeted floor or exercise mat.
5. Provide the patient with appropriate patient education materials which include clear photographs or diagrams.	5. Wear loose, comfortable clothing.
6. Review each exercise on at least one subsequent visit to ensure the patient is performing it correctly.	6. Apply heat (e.g., a warm bath, shower, or heating pad) before you start your exercise.
7. Instruct the patient to stop any exercise which increases symptoms. Watch the patient perform the exercise and check for incorrect performance.	7. Start with some relaxation exercises.
8. When indicated, emphasize exercises that strengthen the abdominals and stretch the hamstrings with a minimum of lumbar spine movement.	8. Do each exercise slowly and smoothly.
	9. Progress gradually at your own pace. Increase the number of repetitions only when you can do them with ease and comfort. Do not exercise to the point of fatigue, stiffness, or soreness.

Beispiel 41: Edukation im Hinblick auf Angstreduktion und Aktivierung, LL 18, Prodigy, S. 5

Bed rest is not recommended for simple LBP

Advise the person to stay active

Additional advice on improving posture, taking exercises, lifting, bending, sitting, driving and choice of mattress may be helpful

Reassure people with acute simple LBP that the condition is not serious and should resolve quickly

In chronic LBP allowing time for the person to discuss and understand their condition is important

Beispiel 42: Zusammenfassende Empfehlung zur Patientenmitarbeit, LL 14, ICSI, S. 7**Patient Education Regarding Primary Prevention**

Providers in clinic systems are encouraged to provide primary education through other community education institutions/businesses to develop and make available patient education materials concerning back pain prevention and care of the healthy back.

Emphasis should be on patient responsibility, workplace ergonomics, and home self-care treatment of acute low back pain.

Employer groups should also make available reasonable accommodations for modified duties or activities to allow early return to work and minimize the risk of prolonged disability. Education of frontline supervisors in occupational strategies to facilitate an early return to work and to prevent prolonged disabilities is recommended.

Supporting evidence is of class: R

Beispiel 43: Angaben zu Instrumenten der psychosozialen Re-Evaluation, LL 14, ICSI, S. 17**Comprehensive Physical and Psychosocial Re-evaluation**

A comprehensive re-evaluation [including a general assessment (see Annotation #1, "Patient Calls and/or Presents with LBP or Sciatica/Phone Triage or Medical Screening Evaluation")] should be done for patients not improving after 6 weeks. Most patients with acute back pain will improve within 6 weeks. Back pain and sciatica which persists longer than six weeks are defined as chronic. (Refer to the ICSI guidelines: "Major Depression in Adults for Mental Health Care" and "Major Depression in Adults in Primary Care.")

Of the 10% of patients with chronic symptoms, 90% fall into the chronic LBP category and only 10% fall into the chronic sciatica category.

Consider erythrocyte sedimentation rate if suspicion of cancer or infection.

For patients not improving after 6 weeks see Annotation #18, "Lumbar Spine X-Rays (AP and LAT views) if Indicated" and Annotation #23, "MRI or Lumbar Spine CT Imaging Indications When Patient is a Potential Surgical Candidate" for imaging considerations.

Physical factors which may lead to delayed recovery or prolonged disability include malignancy, infection, metabolic, or a bio-mechanical condition (e.g., sacroiliac joint dysfunction [SJD]). Consider blood testing (including ESR) if there is suspicion of cancer or infection.

Clinical indicators for SJD include delayed recovery with unilateral pain below L5, pain near the posterior inferior iliac spine (PSIS), and at times, radicular or referred pain to the groin, thigh, or below the knee. Diagnostic maneuvers for this condition include a positive Patrick's test, gapping test, compression test and

Gaenslen's test. Appropriate treatment by a trained spine professional will include manual therapy, instruction of self-corrective maneuvers, and strengthening exercises.

The screening and assessment tools provided in Annotation Appendix B, "Psychosocial Screening and Assessment Tools" may help identify psychosocial factors for prolonged disability and chronic pain. Treat OR refer to the appropriate mental health professional if indicated.

- Waddell's Signs for nonorganic pathology and pain magnification
- Nonanatomic pain drawing for patient to assess own pain
- DSM-IV TR Screening Checklist for depression
- CAGE(AID) Screening Checklist for possibility of alcohol abuse
- Work APGAR
- Psychosocial risk factors
- Groups of risk factors
- How to judge if a person is at risk
- 6 specific screening questions in tool kit

Supporting evidence is of classes: B, C, D, M, R

Beispiel 44: Tests, die wesentl. psychologische Fragen beantworten helfen, LL 14, ICSI, S. 27

Waddell's Signs

The screening and assessment tools noted below may help identify psychosocial factors for prolonged disability and chronic pain. Treat **OR** refer to the appropriate mental health professional if indicated.

Waddell's Signs assesses the possibility of psychological distress or malingering or both by testing the consistency and reproducibility of patient responses to nonorganic physical signs. **Waddell demonstrates that when 3 of 5 tests are positive, there is a high probability of non-organic pathology.** Three positive tests identify the individual who needs further psychological assessment.

1. Tenderness: Positive is generalized tenderness overlying the entire lumbar area when skin is lightly pinched or rolled.

2. Simulation: The object of these tests is to give the patient the impression that a specific test is being performed when in fact it is not.

Axial loading: Positive when LBP is reported on vertical loading over the standing patient's skull by the examiner's hands. Neck pain is common and should be discounted.

Rotation: Positive if LBP is reported when shoulders and pelvis are passively rotated in the same plane as the patient stands relaxed with feet together.

3. Distraction: The object of this test is to distract the patient in such a way that a positive result under normal testing circumstances becomes negative in the distracted patient. The most useful test involves Straight Leg Raising (see Annotation #4, "Primary Care Evaluation and Imaging Indications".) When the patient complains of pain doing SLR while supine but does not complain of pain doing SLR while sitting, the test is positive. This test is commonly referred to as the "flip test."

4. Regionalization: Pain distributions are a function of known anatomic pathways & structures. Interpretation of the exam depends on patient giving non-anatomic or non-physiologic responses to testing.

Weakness: Positive test is a voluntary muscle contraction accompanied by recurrent giving way, producing motions similar to a cogwheel. Patient may show weakness on testing but have adequate strength spontaneously.

Sensory: Alterations in sensibility to touch and pinprick occur in a nonanatomic pattern (stockingglove distribution or diminished sensation over entire half or quadrant of body).

5. Overreaction: Disproportionate verbalization, facial expression, muscle tension, and tremor, collapsing, or sweating. Consider cultural variations.

Beispiel 45: weiterführende Literatur für den Bereich „Umgang mit Compliance-Problemen“

Diese Literaturhinweise sind Empfehlungen aus Sicht des Expertenkreises für den Themenbereich der „Compliance-Probleme“, es wird jedoch darauf hingewiesen, dass dies eine Zusammenstellung ausgewählter Literatur ist mit *keinem* Anspruch auf Vollständigkeit.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der jeweiligen Literatur sind fett gedruckt hervorgehoben.

Literatur zum Umgang mit leichteren Compliance-Problemen:

- Basler HD & Kröner-Herwig B (1998) (Hrsg) Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. Ein Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie. München: Quintessenz **(z.B. hinsichtlich Definition gemeinsamer Therapieziele)**
- Bergmann KO (1998) Patientenaufklärung in der Schmerztherapie. Der Schmerz 12: 323 329 **(z.B. hinsichtlich „Notwendigkeit von Aufklärung zur Compliance-verbesserung“)**
- Franz C & Bautz M (1990) Das Interaktionsverhalten des Patienten mit „chronisch unbehandelbarem Schmerz“. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP & Seemann H (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer **(z.B. hinsichtlich „Motivationsgespräche“)**
- Geisler L (1987) Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. Frankfurt: Pharma, 161 173 **(auf den entsprechenden Seiten viele Vorschläge zum Umgang mit Non-Compliance, nicht nur beim Rückenschmerz-Patienten)**
- Heger S, Krumm B, Wöllner M et al. (2003) Motivation zur stationären Psychotherapie bei Patienten einer Psychosomatischen Schmerzprechstunde. Der Schmerz 17: 101 109 **(z.B. hinsichtlich „Verbesserung der multimodalen Behandlungsmotivation“)**
- Jäckle C, Basler HD, Franz C, Frettlöh J, Kröner-Herwig B, Peters K, Rehfisch HP, Seemann H & Unnewehr S (1994) Veränderungen von Bewältigungsstrategien durch kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Kopf- und Rückenschmerzpatienten. In: G Schüßler (Hrsg) Coping Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit. Göttingen: Hogrefe, 113 124 **(z.B. hinsichtlich „Veränderung von Überzeugungen im Gespräch“)**
- Kröner-Herwig B & Lucht S (1991) Veränderungen der Schmerzkonzepte bei chronischen Schmerzpatienten durch Einsatz eines edukativen Videofilms. Der Schmerz 5: 70 77 **(speziell zum Thema „Attributionsänderung durch Edukation zur Compliance-Verbesserung“)**
- Pflingsten M, Bautz M, Eggebrecht DB & Hildebrandt J (1988) Soziale Interaktion bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Psychoth Med Psychol 38: 328 332
- Pflingsten M, Leibing E, Franz C, Bansemer D, Busch O & Hildebrandt J (1997) „Fear-avoidance-beliefs bei Patienten mit Rückenschmerzen. Der Schmerz 6: 387 395 **(z.B. hinsichtlich „dysfunktionaler Überzeugungsmuster“)**
- Turner JA (1996) Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. Spine 21: 2851 2859
- Waddell G, Newton M, Henderson I, Sommerville D & Main CJ (1993) A fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. Pain 52: 157 186 **(zum Thema: Erfassung dysfunktionaler Überzeugungen)**

Literatur zum Umgang mit erheblichen Compliance-Problemen:

- Fischer B (1982) Compliance ein verbesserungswürdiges Problem ? In: B Fischer & S Lehl (Hrsg) Patienten-Compliance. Stellenwert, bisherige Ergebnisse, Verbesserungsmöglichkeiten. Mannheim: Boehringer
- Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D & Sorgatz H (1981). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. München: Urban & Schwarzenberg **(z.B. zur Technik des Rollenspiels, zu Therapieverträgen etc.)**
- Kröner-Herwig B (1999) Schmerzbehandlungszentren in den USA. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP & Seemann H (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer, 697 719 **(speziell S. 706 zum „Contract management“)**
- Newman RI & Seres JL (1986) The interdisciplinarity pain center: An approach to the management of

chronic pain. IN: AD Holzman & DC Turk (Eds) Pain Management. New York: Pergamon Press **(zum Thema Angehörigen-Einbezug)**

- Schulzeck S, Maier C, Rochholz G et al. (1999) Stellenwert des „Medikamentenscreenings in der Therapie chronischer Schmerzen. Der Schmerz 13: 133 137 **(Zum Thema „Umgang mit Medikamenten-Non-Compliance)**
- Sipos C, Reker M, Heinold F, Thier H, Stuppe M, Richter W & Hankemeier U (2000) Behandlung von chronischen Schmerzen bei Drogenabhängigen. Der Schmerz 14: 175 185 **(Eigener Beitrag unserer Klinik zum Thema „Therapieverträge)**
- Swanson DW, Maruta T & Swenson WM (1977) Results of behavior modification in treatment of chronic pain. Pain 7: 367 378 **(zum Thema Angehörigen-Einbezug)**
- Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D & Main CJ (1992) Objective clinical evaluation of physical impairment in chronic low-back pain. Spine 17: 617 628 **(zum Thema Compliance-Überprüfung)**

Literatur zur Veränderungsbereitschaft / Veränderungsstadien von Patienten:

- Maurischat C, Auclair P, Bengel J et al. (2002) Erfassung der Bereitschaft zur Änderung des Bewältigungsverhaltens bei chronischen Schmerzpatienten: Eine Studie zum Transtheoretischen Modell. Der Schmerz 16: 34 40 **(zum Thema „Stadien der Veränderung und ihre Förderung)**

D.9 Qualität der Versorgung und Hinweise zur wirtschaftlichen Versorgung

Problem:

Chronische Erkrankungen und dabei vor allem die Erkrankungen, die multimodale und multiprofessionelle Behandlungsansätze benötigen, stehen in einem Spannungsfeld, dass durch die Möglichkeiten einer qualitätsgesicherten Versorgung einerseits und die wirtschaftlichen Anforderungen an eine Versorgung andererseits beschrieben werden kann.

Chronische Rückenschmerzen unterliegen anderen verlaufsbestimmenden Faktoren als akute Schmerzen. Ihre relative Häufigkeit bedingt sowohl Aufmerksamkeit in der *individuellen* Therapiesituation, wie auch ihr Stellenwert im *gesellschaftlichen* Kontext (über 30% der AU in Deutschland) eine übergreifende Perspektive nahelegt.

Aufgrund der besonderen Anforderung an eine ggf. ergänzende Behandlung von psychischen und schmerztherapeutische Problemen kommt der effektiven Versorgung mit gut definierten Versorgungsschnittstellen eine immense Bedeutung zu.

Viele Leitlinien werden jedoch nur von kleinen Autorengruppen mit wenig beteiligten Fachgebieten erstellt. Daraus resultiert, dass Bedürfnisse der nicht-beteiligten Fachgebiete in Leitlinien nicht oder nicht optimal abgebildet sind. Schnittstellen werden so nicht optimal adressiert, und gerade in bezug auf das Management chronisch erkrankter Menschen ergeben sich hieraus Defizite in der Versorgungsqualität und letztlich der Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Ziel einer Leitlinie sollte sein, durch eine Darstellung der Empfehlungen basierend auf Methoden der EbM und Einbeziehung möglichst aller relevanten Gruppen die Qualität der Versorgung und die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen zu ermöglichen.

Vorschlag:

Eine Leitlinie soll

Durch Bezug auf Methoden und Methodik der EbM und Beteiligung aller relevanten Bereiche die Anwendung / Erbringung

- der richtigen Maßnahme
- beim richtigen Patienten
- zur richtigen Zeit
- in der richtigen Versorgungsstufe ermöglichen.

In bezug auf weitergehende Aspekte der Qualität der Versorgung und der wirtschaftlichen Versorgung sollte eine Leitlinie

- Instrumente und Methoden benennen, mit denen die Qualität der Versorgung gepüft werden kann. In der Regel wird dies eine Kontrolle der Anwendung der Empfehlungen sein, für die eine Leitlinie Qualitätsindikatoren definieren sollte.

- Angaben zur Wirtschaftlichkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen und Interventionen enthalten,
- die Bereiche eindeutig behandeln und darlegen, in denen veränderte / verbesserte oder neue Maßnahmen u. U. *höhere* Kostenaufwendungen bei verbessertem Outcome aufweisen,
- der Bedeutung des Schnittstellenmanagements Rechnung tragen und diesem sowohl bei der Erstellung der Leitlinie (durch Beteiligung relevanter Fachgruppen) als auch durch dementsprechende inhaltliche Empfehlungen in der Darlegung Ausdruck verleihen.

Beispiel

Beispiel 46: Überweisung zur weiterfüh. Untersuchung mit Zeitangaben, LL 6, CSAG, S. 65

Secondary referral

If the patient with simple backache has not returned to work within three months, then primary care management has failed. Chronic pain and disability are then likely. If the patient has not returned to work within three months, if symptoms are not controlled, or if the patient has frequent recurrent attacks, then secondary referral should be considered. The aims of any secondary referral should be clearly identified and specified in the referral request.

The aims of the secondary referral may include:

- Second opinion for investigation, diagnosis, advice on management and reassurance
- Rehabilitation
- Vocational assessment and guidance
- Surgery
- Pain management

D.10 Disseminierung und Implementierung / Aspekte von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Hinweis: Dieses Teilkapitel basiert auf Empfehlungen des Leitlinien-Clearingberichtes „Koronare Herzkrankheit“. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Leitlinien-Clearingbericht „Koronare Herzkrankheit“. Niebüll: videel; 2003. p. 108-12. äzq-Schriftenreihe; 11. Available from: www.leitlinien.de

Problem:

Aufgrund der Bedeutung der Prävention mit dem Ziel der Verhinderung des Entstehens von chronischen Rückenschmerzen oder der Verhinderung der Verschlechterung ist die effektive Verbreitung von Leitlinien, die Anwendung in der Praxis sowie eine zur Leitlinie existierende begleitende Öffentlichkeitsarbeit von überragender Bedeutung.

In vielen Leitlinien wird über die Implementierung und Disseminierung nichts geschrieben oder nur erwähnt, dass die Leitlinie im Internet abrufbar ist. Das reine „zur Verfügung stellen“ ist aber nicht ausreichend, um eine Leitlinie zur Anwendung zu bringen, es ist lediglich eine Grundvoraussetzung.

Die Probleme bei der Disseminierung und Implementierung von Leitlinien beziehen sich auf mehrere Ebenen und Aspekte, die im folgenden dargestellt werden:

Organisatorische Voraussetzungen

Leitlinien sind so gut wie ihre Aktualität und Flexibilität. Aufgrund des ständig notwendigen Abgleichs der Empfehlungen sowie der unverzichtbaren Interaktivität zwischen Entwicklern und Anwendern bedürfen Leitlinien einer definierten Organisationsstruktur. Diese hat nicht nur die Ansprechpartner zu benennen, sondern auch die Änderungsmodalitäten bzw. die für routinemäßige Updates vorgesehenen Zeitintervalle konkret zu definieren.

Aktualität, Status quo und Messbarkeit der Anwendung

Ein zentrales Element der Implementation ist die Darstellung des Status quo, z. B. der medikamentösen Therapie (Versorgungsrealität), und die Beschreibung, inwieweit diese leitlinienkonform ist (Über-, Unter- bzw. Fehlversorgung) ^[19].

Die relativierende Darstellung der „Ist“-Situation hat zum Ziel, die Anwender zu motivieren, die Leitlinie eingehend zu lesen und ihre Empfehlungen möglichst umzusetzen.

Anwendung und Effekte

Bislang existiert keine Studie, die beweisen konnte, dass die Entwicklung und Dissemination einer nationalen Rückenschmerz-Leitlinie tatsächlich eine Verbesserung der Mortalität, der Lebensqualität sowie der Effizienzsteigerung der Versorgung erbracht hat.

Es wird in den meisten Leitlinien vernachlässigt, dass eine begleitende Patientenversion einen fördernden Einfluss auf die Leitlinienanwendung haben kann.

Zahlreiche Evaluationsstudien zeigen, dass die alleinige Existenz von Leitlinien kaum ei-

¹⁹ Ferber L, von Bausch J. Qualitätssicherung durch Pharmakotherapiezykel. Evaluation der Pharmakotherapiezykel in der KV Hessen 1995/1996. Hessisches Ärzteblatt 1997;7:1-8.

nen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität hat. Vielmehr müssen gezielte Implementierungsprogramme durchgeführt werden, um ärztliches Verhalten an Empfehlungen zur Leitlinie zu orientieren ^[20]. Hierbei ist eine begleitende Validierung unverzichtbar.

Verständlichkeit der Ziele einer Leitlinie

In Leitlinien werden meist generelle Zielsetzungen formuliert und allgemeine Handlungsanweisungen gegeben. Pauschale Empfehlungen, wer „was, wann, mit wem machen soll, wie oft und wer mit wem kommunizieren soll und wann kommuniziert werden soll“, werden jedoch häufig von jedem Anwender anders verstanden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Leitlinien keine Schnittstellen und Verläufe definieren.

Auch wird die erfolgreiche Implementierung und Anwendung einer Leitlinie u. a. dadurch gefährdet, dass die meisten Leitlinien nicht die Rolle der Hausärzte bei der Betreuung von Rückenschmerz-Patienten und die speziellen Anforderungen an eine hausärztliche Praxis berücksichtigen.

Werden nun in Leitlinien oder Disease-Management-Programmen die Bedingungen einer erfolgreichen Betreuung durch Hausärzte vernachlässigt und statt dessen die Empfehlungen zu stark facharztlastig formuliert, droht eine Diskreditierung des gesamten Leitlinieninhaltes, so dass auch diejenigen Empfehlungen eventuell missachtet werden, die allgemein akzeptiert sein sollten.

Optimale Anschaulichkeit einer Leitlinie

Viele Leitlinien sind durch eine unübersichtliche und schwer lesbare Darstellung schlecht anwendbar. Einige Leitlinien präsentieren klinische Fragestellung, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten in loser Auflistung, ohne dass erkennbar ist, bei welcher Fragestellung welche Maßnahmen ergriffen werden sollten. Das Fehlen dieser konditionalen „wenn-dann“ Logik (klinischer Algorithmus) kann ein Hindernis bei der Anwendbarkeit einer Leitlinie darstellen. Die Darstellung kann sowohl im Prosatext, als auch graphisch als Flussdiagramm erfolgen. Bei vielen Leitlinien stehen jedoch klinische Fragestellung und Handlung logisch unverknüpft nebeneinander. Zudem sind die bei einigen Leitlinien eingesetzten grafischen Elemente bei der Darstellung von Flussdiagrammen zum Teil unterschiedlich und erschweren damit die allgemeine Verständlichkeit.

Umfang einer Leitlinie

Leitlinien müssen im Alltag angewendet werden und sich bewähren. Sie enthalten viel, aktuell nicht verfügbares Wissen. Ist dieses auf Hunderten von Seiten verteilt, so werden sie zum einen nicht gelesen und zum anderen sind sie zum kurzfristigen Nachschlagen bei akuten Problemen nicht handhabbar.

Kommunikation der Leitlinien-Autoren und Anwender

Erfahrungsgemäß ist es nicht machbar und praktikabel, alle Betroffenen an der Entwicklung der Leitlinien teilhaben zu lassen. Daher ist es unabdingbar, zur Förderung der Akzeptanz definierte Mechanismen der Rückkopplung zwischen Anwendern und Leitlinien-Erstellern einzurichten. Dieses Feed-back dient gleichzeitig der Evaluation der Leitlinien-Praktikabilität.

Darlegung des Nutzens der Leitlinienanwendung

Die Bereitschaft, eine Leitlinie anzuerkennen, ist unter anderem davon abhängig, dass

²⁰ Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001; 323(7321):1100-2.

man einen Nutzen für seine Arbeit bzw. eine Qualitätsverbesserung für sein „Produkt“, in diesem Falle den Patienten, erwarten kann. Dieser Benefit ist dem Anwender jedoch aus einer Leitlinie nicht immer unmittelbar ersichtlich.

Wirtschaftliche Konsequenzen der Leitlinienanwendung

Es ist grundsätzlich nicht auszuschließen, dass eine leitlinienassoziierte Qualitätsverbesserung zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Position des potenziellen Anwenders sowie ggf. auch des Patienten führt. Dies kann durch die jeweiligen lokalen Rahmenbedingungen bedingt sein. Sollte ein möglicher Anwender eine solche Verschlechterung seiner wirtschaftlichen Position befürchten, ist nicht zu erwarten, dass er die Implementierung der Leitlinie unterstützt.

Vorschlag:

Organisationsstruktur

Eine Leitlinie soll:

- die Autoren und die Organisationsstruktur der Autorengruppe darlegen,
- neben dem primären Generierungsprozess auch die aktuellen Kontaktebenen unter Nutzung sämtlicher Kommunikationsoptionen (Tel/Fax/E-Mail/Web) präsentieren,
- die Optionen für unmittelbare Modifikationen sowie die vorgesehenen Zeiträume für Routine-Updates definieren.

Aktualität, Status quo und Messbarkeit der Anwendung

Eine Leitlinie soll:

- die Ist-Situation sowie – bei Updates – die leitlinienassoziierten Veränderungen der Versorgungssituation beschreiben,
- epidemiologische Studien zur aktuellen Therapie bzw. Pharmakotherapie, wenn möglich im internationalen Vergleich, anführen,
- eine Beschreibung der Ausstattung der vom jeweiligen Versorgungsauftrag betroffenen Versorgungsebenen liefern, um zu sehen, inwieweit diagnostische Empfehlungen umsetzbar sind,
- Hinweise auf existierende Leistungsanreize bzw. Leistungshemmnisse liefern, um frühzeitig neue Implementierungsanreize definieren zu können,
- Indikatoren benennen, die es erlauben, die Umsetzung der Leitlinie abzubilden. Diese Indikatoren sollen sowohl zur internen als auch zur externen Qualitätssicherung geeignet sein.

Anwendung und Effekte

Eine Leitlinie soll:

- Instrumente / Maßnahmen benennen, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen können, z. B. Patienteninformationen, Patienten-Leitlinien, Patienteninformationsveranstaltungen, Methoden zur Arzt-Weiterbildung,
- Vorschläge zur Leitlinienverbreitung und -implementierung und die damit Beauftragten konkret darstellen. Dabei kann es sich um Angaben zu Materialien, Nutzung bereits etablierter Gruppen, z. B. Qualitätszirkel, Selbsthilfegruppen, Fachverbände, Ärztenetze ^[21] u.a.m. handeln,
- darlegen, dass bei Abweichungen von der Leitlinie (Über- oder Unterschreiten von Leitlinienempfehlungen) eine Dokumentation mit Darlegung der Gründe für das Abweichen erfolgen muss und nach Möglichkeit Form und (Mindest-) Umfang der Dokumentation aufzeigen,
- den Umgang mit Folgeverordnungen z. B. von Medikamenten oder Untersuchungen so beschreiben, dass ein notwendiger Kontakt mit dem Arzt sicher zustande kommt und die für die Verlaufskontrolle notwendigen Daten und Informationen durch Praxispersonal oder den Arzt erhoben werden.
- Bei überregionalen Leitlinien sollten darüber hinaus methodische Empfehlungen zur regionalen Anpassung vorliegen ^[22].
- eine Patientenversion vorhalten, die gemessen an den Kriterien des DISCERN-Instrumentes ^[23] positiv bewertet werden kann

Verständlichkeit der Ziele einer Leitlinie

Eine Leitlinie soll:

- konkret Aufgaben zuordnen, Ressourcen benennen und Schnittstellen (Klinik / Praxis, stationär / ambulant, Allgemeinarzt- / Facharztbene) definieren,
- und dabei neben regionalen auch nationale Unterschiede berücksichtigen. Letzteres ist insbesondere vor dem Hintergrund der international unterschiedlichen Versorgungssysteme von Bedeutung.

Optimale Anschaulichkeit einer Leitlinie

Eine Leitlinie soll:

- bei Diagnostik und Therapie durch einfache und transparente Darstellung (Flussdiagramme oder Algorithmen) die Anschaulichkeit erhöhen.

²¹ Gross J, Fessler J. Einführung in das Konzept der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Hessisches Ärzteblatt 2001 [cited 2004 Nov 25];4:178-81. Available from: http://www.laekh.de/HessArzteblatt/2001/04_2001/Qualitat.pdf

²² Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“. Dtsch Arztebl 1998;95(41):A-2576-8, C-1838-40. Available from: <http://www.leitlinien.de>

²³ Das Discern-Instrument. 2000 [cited 2004 Aug 25]. Available from: <http://www.discern.de/instrument.htm>

Umfang einer Leitlinie

Eine Leitlinie soll:

- neben einer Zusammenfassung die wichtigsten Inhalte (Qualitätsmarker, allgemeine Maßnahmen, im Vordergrund stehende medikamentöse und diagnostische Maßnahmen [„Maßnahmen der ersten Wahl“], Hinweise auf Versorgungsdefizite etc.) in komprimierter Form, z. B. als Tischvorlage bereitstellen.
- Dies sollte auch im Hinblick darauf geschehen, dass der entsprechende Arzt Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern behandelt und so den Überblick über zehn oder zwanzig Leitlinien à hundert bis zweihundert Seiten nicht behalten kann ^[24]. Entsprechend sollte das komprimierte Hand-Out so konfiguriert sein, dass es problemlos durch Leitlinien zu anderen Krankheitsbildern zu einem Leitlinien-Kompodium zu komplettieren ist.

Kommunikation der Leitlinien-Autoren und Anwender

Eine Leitlinie soll:

- Ansprechpartner bzw. Ansprechadressen benennen, an die Verbesserungsvorschläge bzw. Kritikpunkte eingereicht werden können. Es sollen Fristen benannt werden, innerhalb derer eine Antwort erwartet werden kann.
- Darüber hinaus soll in der Leitlinie dargestellt werden, wie die eingehenden Vorschläge behandelt werden, und wann bzw. wie sie Einfluss auf eine Fortentwicklung der Leitlinie nehmen (z. B. Delphiverfahren). Die Einbindung des Anwenders in die weitere Leitlinienentwicklung hilft, Ressentiments abzubauen, weitere intellektuelle Ressourcen für die Entwicklung der Leitlinie zu erschließen sowie den Praxisbezug der Leitlinie zu fördern.

Darlegung des Nutzens der Leitlinienanwendung

Eine Leitlinie soll:

- als Teil des Implementierungskonzeptes eine Evaluation der Effekte der Leitlinienumsetzung anhand von Indikatoren vorschlagen, die
 - a) messbar machen, ob die Leitlinienempfehlungen in der Praxis Anwendung finden,
 - b) messbar machen, ob sich die Gesundheit der Zielpopulation durch die Leitlinienumsetzung verbessert hat.
- Dazu wird es notwendig sein, in einer Leitlinie diejenigen Parameter zu benennen, die für eine solche Effektevaluation standardisiert dokumentiert werden sollten und dafür Sorge zu tragen, dass die Empfehlungen der Leitlinie in die Patientendokumentation einbezogen werden,
- Darüber hinaus sollen auch die im Rahmen der Qualitätssicherung durchgeführten Auditverfahren hier eingebunden werden ^[25]. Der Anwender hat so die Möglichkeit, im

²⁴ Ely JW, Osherhoff A, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson DC, Stevermer JJ. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ* 2002; 324(7339):710-3.

²⁵ Herholz H. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung am Beispiel Hessen. *Bundesgesundheitsblatt* 2002 [cited 2004 Nov 25];45(3):249-59. Available from:

Vorfeld die Verbesserungsmöglichkeiten, die ihm die Leitlinie bietet, zu erkennen. Dies sollte seine Bereitschaft, die Vorschläge der Leitlinie einzuhalten, erhöhen.

Wirtschaftliche Anreize der Leitlinienanwendung

Eine Leitlinie soll:

- Kriterien aufzeigen oder angeben, anhand derer evaluiert werden kann, , inwieweit die Anwendung der Leitlinie erfolgt und eine Verbesserung der Qualität tatsächlich stattfindet,
- zusätzlich zur qualitätsorientierten Evaluation prüfen, ob und ggf. inwieweit aus der Leitlinien-Anwendung eine Änderung der Behandlungskosten resultiert,
- für den Fall erwiesener Qualitätsverbesserungen sollten Mechanismen benannt werden, mit denen ein persönlicher Nachteil für den Anwender außer Kraft gesetzt werden kann.
- im Rahmen dieses Implementierungskonzeptes eine Analyse der fördernden und behindernden Faktoren für eine vollständige Umsetzung durchführen (z. B. freiwillige Fortbildungszertifikate, Faktoren der Organisation der Versorgung, die Vergütungsmodalitäten – insbesondere unter Berücksichtigung der Richtgrößen oder fehlender Ausgleichsmechanismen zwischen den Sektoren ambulant/stationär - usw.). Dabei sollte darauf aufmerksam gemacht werden, welche empfohlenen Änderungen der Ablauforganisation der Versorgung welche Implikationen für die Leistungserbringer bedeuten könnten

Beispiel 47: Materialien zur Implementierung, LL 5, AkdÄ

„Auf der Grundlage der ausführlichen Evidenz-gestützten Therapieempfehlungen werden eine **Kurzfassung (Handlungsleitlinie)** „für den Praxisschreibtisch“ und eine Patienteninformation erstellt. Auf Anfrage können auch Inhalte der Therapieempfehlungen (z. B. Abbildungen und Tabellen) als Overheadfolien für **Fort- und Weiterbildung** bezogen werden.

Es ist zentrales Anliegen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die wissenschaftlich fundierten Therapieempfehlungen einem **möglichst großem Ärztekreis** als Leitfaden für die eigene therapeutische Praxis zugänglich zu machen.

Die Therapieempfehlungen sind im **Internet** unter www.akdae.de frei zugänglich.

Die für Arzneimittelfragen zuständigen Mitarbeiter in den KVen werden als **Multiplikatoren** einer rationalen Arzneimitteltherapie regelmäßig über die erscheinenden Therapieempfehlungen informiert.

Die Arzneimittelkommission hat weiter in einer Information an alle Lehrstuhlinhaber für Pharmakologie und Klinische Pharmakologie angeregt, die Therapieempfehlungen in der **Lehre** zu nutzen, um so bereits **Studenten** eine evidenzbasierte Sicht der Pharmakotherapie nahezubringen.

E. Anhang

E.0 Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung

(Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997 ^[26])

1. Einführung

Bei zunehmender Komplexität der Medizin sind Leitlinien Hilfen für ärztliche Entscheidungsprozesse im Rahmen einer leistungsfähigen Versorgung der Patienten sowie wesentliche Bestandteile von Qualitätssicherungsprogrammen. Leitlinien können Einfluss nehmen auf Wissen, Einstellung und Verhalten von Ärzten, von Mitgliedern der Fachberufe im Gesundheitswesen und von medizinischen Laien. Leitlinien sollen somit Versorgungsergebnisse verbessern, Risiken minimieren und die Wirtschaftlichkeit erhöhen.

Die nachfolgenden Empfehlungen beschreiben Definitionen, Ziele und international akzeptierte Qualitätskriterien für Leitlinien.

2. Definitionen

- Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.
- Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar.
- Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.
- Methodische Instrumente zur Erstellung von Leitlinien sind unter anderem Konsensuskonferenzen, Delphianalysen, Therapiestudien und Meta-Analysen.
- Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.
- Leitlinien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben.

Der Begriff *Richtlinien* sollte hingegen Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Die Inhalte der vorliegenden Empfehlung beziehen sich ausdrücklich nicht auf Richtlinien der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften.

²⁶ Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Arztebl 1997;94(33):A-2154-5,B-1622-3,C-1754-5. Available from: <http://www.leitlinien.de>

3. Ziele von Leitlinien

Leitlinien dienen

- der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung,
- der Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der ärztlichen Berufspraxis,
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten,
- der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten,
- der Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung,
- der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Verordnungsgeber, Fachöffentlichkeit u.a.) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen.

4. Qualitätskriterien von Leitlinien

Leitlinien sollten folgenden Qualitätskriterien genügen:

- **Transparenz:**
Leitlinien sollten nur dann Berücksichtigung finden, wenn ihre Ziele, sowie die bei der Erstellung benutzten Methoden und die den Empfehlungen zugrunde liegenden relevanten Erkenntnisse, Quellen und Autoren, sowie die betroffenen Kreise genannt werden. Die vorgeschlagenen Vorgehensweisen sollen im Vergleich zu nicht in den Leitlinien empfohlenen Verfahren diskutiert werden.
- **Gültigkeit:**
Leitlinien sind als gültig (valide) anzusehen, wenn durch die Befolgung ihrer Empfehlungen die zu erwartenden gesundheitlichen und ökonomischen Ergebnisse tatsächlich erzielt werden können.
- **Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit:** Leitlinien sind als zuverlässig und reproduzierbar anzusehen, wenn:
 - andere unabhängige Experten bei der Benutzung der gleichen zugrunde liegenden empirischen Erkenntnisse (Evidenz) mit gleicher Methodik zu identischen Empfehlungen gelangen, und wenn
 - Leitlinien unter identischen klinischen Umständen immer gleich interpretiert und angewandt werden können.
- **Multidisziplinäre Entwicklung:**
Ärztliche Leitlinien sind unter Beteiligung von Repräsentanten der betroffenen Gruppen (Anwender und gegebenenfalls Zielgruppen) zu entwickeln.
- **Anwendbarkeit:**
Die Zielgruppen, denen die Empfehlungen von Leitlinien zugute kommen sollen - Patientenpopulationen etc. - sind eindeutig zu definieren und zu beschreiben. Dabei sollen Angaben über den Anteil der charakteristischen Situationen gemacht werden, in denen die Empfehlungen von Leitlinien nach empirischen Erkenntnissen erfolgversprechend sind.

- **Flexibilität:**
Leitlinien nennen speziell bekannte und allgemein zu erwartende Ausnahmen von den Empfehlungen. Sie zeigen auf, wie die Bedürfnisse der Patienten in die ärztliche Entscheidungsfindung einzubeziehen sind.
- **Klarheit, Eindeutigkeit:**
Leitlinien sind in allgemein verständlicher Sprache abzufassen, unter Verwendung von präziser Terminologie und Definitionen sowie von logischen und leicht nachvollziehbaren Darstellungen. Es empfiehlt sich, soweit wie möglich einheitliche Präsentationsformen zu verwenden.
- **Dokumentation der Leitlinienentwicklung:**
Die Verfahren, Beteiligten, benutzten Materialien, Annahmen, Prämissen und Analysemethoden, mit deren Hilfe Leitlinien entwickelt wurden, sind ebenso exakt zu dokumentieren wie die Verknüpfung der Empfehlungen mit den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen.
- **Planmäßige Überprüfung:**
Leitlinien enthalten Angaben darüber, wann, wie und durch wen sie überprüft werden.
- **Überprüfung der Anwendung:**
Leitlinien zeigen Verfahren auf, mit denen die Akzeptanz und Praktikabilität der Empfehlungen in der Praxis ermittelt werden können.
- **Kosten-Nutzen-Verhältnis:**
Leitlinien sollen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der hierdurch entstehenden Kosten führen. Die Empfehlungen von Leitlinien sollten möglichst ergänzt werden durch Informationen über den Umfang des Nutzens, der Risiken, Nebenwirkungen und Kosten, die bei Berücksichtigung der Empfehlungen zu erwarten sind, sowie durch Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation bei anderen Vorgehensweisen.
- **Verfügbarkeit der Leitlinie:**
Leitlinien sollten durch Angaben über problemorientierte Instrumente ergänzt werden, mit deren Hilfe die Empfehlungen in der ärztlichen Berufspraxis verfügbar und nutzbar gemacht werden können (z. B. Praxishilfen, Patienteninformationsmaterial, Fortbildungsmaterial, Dokumentationshilfen).

5. Vorschlag für eine standardisierte Zusammenfassung / Gliederung von Leitlinien.
 1. Ziele:
Vorrangige Ziele der Leitlinie mit Nennung des Gesundheitsproblems, der Zielgruppe (Patienten und Leistungserbringer) und der Rahmenbedingungen.
 2. Vorgehensweise:
Ablaufschema der empfohlenen Vorgehensweise. In diesem Zusammenhang sollte die Leitlinie - wenn möglich - Antwort auf folgende Fragen geben:
 - Was ist notwendig?
 - Was ist überflüssig?
 - Was ist obsolet?
 - Wie sollen Verlaufsbeobachtungen durchgeführt werden?
 - Lässt sich eine differenzierte Empfehlung zur Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung machen?
 3. Ergebnisse:
Zusammenstellung der Ergebnisse der empfohlenen Vorgehensweise, auch im Vergleich zu anderen, nicht vorgeschlagenen Vorgehensweisen.
 4. Beweise und Auswahlkriterien:
Wissenschaftliche Belege für die Ergebnisse der empfohlenen Vorgehensweise. Angabe, welche Auswahlkriterien und Werturteile für die Nennung der wissenschaftlichen Belege von wem genutzt wurden.
 5. Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten:
Umfang des Nutzens, der Risiken, Nebenwirkungen, Kosten, die bei Berücksichtigung der Leitlinie zu erwarten sind. Erwünscht sind Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation der vorgeschlagenen Vorgehensweise (wenn möglich, auch im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen).
 6. Zusammenfassende Empfehlungen der Leitlinie.
 7. Implementierungsplan:
Angabe problemorientierter Implementierungsinstrumente (z. B. Praxishilfen, Patienteninformationsmaterial, Fortbildungsmaterial, Dokumentationshilfen)
 8. Belege für die Berücksichtigung und Wirksamkeit der Leitlinie:
Angabe externer Evaluation der Leitlinie und ihrer Berücksichtigung, Vergleich mit vergleichbaren Leitlinien oder Empfehlungen.
 9. Gültigkeitsdauer und Verantwortlichkeit für die Fortschreibung.
 10. Angabe von Autoren, Kooperationspartnern, Konsensusverfahren, Sponsoren.

E.1 Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ 98/99 (00/01)

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Nr.	Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung	j	n	uk	na
1.1.	Wird die für die Leitlinienentwicklung verantwortliche Institution klar genannt?	0	0	0	
1.2.	Existieren detaillierte Angaben über finanzielle oder andere Formen der Unterstützung durch Dritte?	0	0	0	
1.3.	Falls Unterstützung seitens kommerzieller Interessengruppen erfolgte bzw. Hinweise auf mögliche Verpflichtungen / Interessenkonflikte existieren, wurde die mögliche Einflußnahme auf die Leitlinie diskutiert?	0	0	0	0

Autoren der Leitlinie		j	n	uk	na
1.4.	Sind die an der Erstellung der Leitlinie Beteiligten (Fach-, Interessen-, Patientengruppen) hinsichtlich ihrer Funktion und der Art ihrer Beteiligung klar genannt?	0	0	0	
1.5.	Waren an der Erstellung der Leitlinie die von den Empfehlungen im wesentlichen Betroffenen (die mit der Thematik befaßten Fachdisziplinen und Patienten) beteiligt?	0	0	0	

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		j	n	uk	na
1.6.	Werden Quellen und Methoden beschrieben, mit deren Hilfe die den Empfehlungen zugrunde liegenden Belege (Evidenz) gesucht, identifiziert und ausgewählt wurden?	0	0	0	
1.7.	Sind die Informationsquellen und Suchstrategien nachvollziehbar dokumentiert?	0	0	0	
1.8.	Werden die Methoden zur Interpretation und Bewertung der Evidenzstärke genannt?	0	0	0	

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		j	n	uk	na
1.9.	Werden die zur Auswahl der Leitlinienempfehlungen eingesetzten Methoden genannt?	0	0	0	
1.10.	Werden die zur Konsentierung der Leitlinienempfehlungen eingesetzten Verfahren genannt?	0	0	0	
1.11.	Wird erwähnt, wie die Vorstellungen von interessierten Gruppen, die nicht an der Leitlinienerstellung beteiligt waren, berücksichtigt wurden?	0	0	0	
1.12.	Ist die Verknüpfung der wichtigsten Empfehlungen mit der zugrunde liegenden Evidenz exakt dokumentiert?	0	0	0	

Gutachterverfahren und Pilotstudien		j	n	uk	na
1.13.	Ist die Leitlinie vor der Veröffentlichung durch unabhängige Dritte begutachtet worden?	0	0	0	
1.14.	Werden die Methoden, Kommentierungen, Konsequenzen einer Begutachtung erwähnt?	0	0	0	0
1.15.	Wurde die Leitlinie einer Vortestung oder einem Pilotversuch unterzogen?	0	0	0	
1.16.	Werden die Methoden, Ergebnisse und Konsequenzen eines Pilotversuchs erwähnt?	0	0	0	0
1.17.	Wurde die Leitlinie mit anderen thematisch vergleichbaren Leitlinien verglichen?	0	0	0	

Gültigkeitsdauer / Aktualisierung der Leitlinie		j	n	uk	na
1.18.	Ist in der Leitlinie ein Zeitpunkt genannt, zu dem sie überprüft/ aktualisiert werden soll?	0	0	0	
1.19.	Sind Zuständigkeit und Verfahrensweisen für Überprüfung / Aktualisierung klar definiert?	0	0	0	0

Transparenz der Leitlinienerstellung		j	n	uk	na
1.20.	Wurden die möglichen systematischen Fehler / Konflikte umfassend diskutiert?	0	0	0	
1.21.	Existiert eine zusammenfassende Darstellung über den Inhalt, die Empfehlungen der Leitlinie sowie über die Methodik der Erstellung (z. B. in Form eines Leitlinienreports)?	0	0	0	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie

	Ziele der Leitlinie	j	n	uk	na
2.1.	Sind die Gründe für die Leitlinienentwicklung explizit genannt?	0	0	0	
2.2.	Sind die Ziele der Leitlinie eindeutig definiert?	0	0	0	

	Kontext (Anwendbarkeit / Flexibilität)	j	n	uk	na
2.3.	Ist (sind) die Patienten-Zielgruppe(n) der Leitlinie eindeutig definiert (z. B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Begleiterkrankungen usw.)?	0	0	0	
2.4.	Sind die Anwender, an die sich die Leitlinie richtet, eindeutig definiert (z. B. die ärztliche Zielgruppe)?	0	0	0	
2.5.	Enthält die Leitlinie Angaben über Situationen, in denen spezielle Empfehlungen der Leitlinie nicht berücksichtigt werden können oder sollen?	0	0	0	
2.6.	Wurden Ansichten, Präferenzen und mögliche Reaktionen der Patienten-Zielgruppe(n) berücksichtigt?	0	0	0	

	Klarheit, Eindeutigkeit	j	n	uk	na
2.7.	Beschreibt die Leitlinie das behandelte Gesundheits- / Versorgungsproblem eindeutig und in allgemein verständlicher Sprache?	0	0	0	
2.8.	a) Sind die Empfehlungen logisch, inhaltlich konsistent, eindeutig, leicht nachvollziehbar dargestellt und übersichtlich präsentiert? b) Enthält die Leitlinie wesentliche (Schlüssel-) Empfehlungen, die leicht zu identifizieren sind?	0	0	0	
2.9.	Sind die in Frage kommenden Handlungsalternativen und die Entscheidungskriterien für ihre Auswahl präzise beschrieben?	0	0	0	
2.10.	Liegen differenzierte Empfehlungen zur Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung vor?	0	0	0	
2.11.	Existieren Angaben darüber, welche Maßnahmen notwendig erscheinen?	0	0	0	
2.12.	Existieren Angaben über Maßnahmen, die unzweckmäßig, überflüssig, obsolet erscheinen?	0	0	0	

	Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse	j	n	uk	na
2.13.	Wird der bei Befolgen der Leitlinie zu erwartende gesundheitliche Nutzen bezüglich z. B. Morbidität, Mortalität, Symptomatik, Lebensqualität genannt?	0	0	0	
2.14.	Werden die bei Befolgen der Leitlinie möglichen Risiken (Nebenwirkungen und Komplikationen) der Diagnostik / Therapie genannt?	0	0	0	
2.15.	Wurden bei der Formulierung der Empfehlungen die Folgen für Kosten und andere Ressourcen berücksichtigt?	0	0	0	
2.16.	Wird eine Abwägung der möglichen Vorteile, Risiken, Kosten vorgenommen und unterstützt dies die vorgeschlagene Vorgehensweise?	0	0	0	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie

	Verbreitung und Implementierung	j n uk na
3.1.	a) Existieren Instrumente / Maßnahmen, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen können?	0 0 0
	b) Wurden die möglichen Probleme bezüglich der Einstellungs- oder Verhaltensänderungen von Ärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen bei Anwendung der Leitlinie berücksichtigt?	0 0 0
	c) Wurden die möglichen organisatorischen Hindernisse der Leitlinien-Anwendung berücksichtigt?	0 0 0
3.2.	Nur für überregionale Leitlinien: Existieren Empfehlungen zur Methode der regionalen Anpassung der Leitlinie?	0 0 0 0

	Überprüfung der Anwendung	j n uk na
3.3.	Wird in der Leitlinie erwähnt, wie aus den Empfehlungen meßbare Kriterien / Indikatoren abgeleitet werden können, um das Befolgen der Leitlinie zu ermitteln?	0 0 0
3.4.	Werden meßbare Kriterien / Indikatoren genannt, anhand derer der Effekt der Leitlinienanwendung überprüft werden kann?	0 0 0

Es ist nur eine Antwortkategorie ankreuzen:

j: ja

n: nein

uk: unklar (auch bei unvollständigen / unzureichenden Angaben)

na: nicht anwendbar

E.2 Bewertung der technischen Qualität von Leitlinien

(Verfahrensvorschlag des Expertenkreises Leitlinien der ÄZQ, Köln 1999)

Die Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ (s. Kap. E.1, Seite 128) ist das Instrument zur Überprüfung der methodischen Qualität einer Leitlinie.

Die **Qualität der Leitlinienerstellung** kann als:

Summe [Ja-Antworten der Fragen (1.1 bis 1.21) – (1.3, 1.14, 1.16, 1.19)]

beschrieben werden. Erreichbar sind maximal 17 Punkte.

Bitte beachten: Ja-Antworten, die aus den definierten Anschlussfragen (1.3, 1.14, 1.16 und 1.19) resultieren, werden nicht gesondert gewertet.

Die **Qualität von Inhalt und Format einer Leitlinie** kann als:

Summe [Ja-Antworten der Fragen (2.1 bis 2.16)]

beschrieben werden. Erreichbar sind maximal 17 Punkte.

Bitte beachten: Frage 2.8 besteht aus 2 Unterfragen.

Die **Qualität von Angaben zur Anwendbarkeit einer Leitlinie** kann als

Summe [Ja-Antworten der Fragen (3.1.bis 3.4)]

beschrieben werden. Erreichbar sind maximal 6 (5) Punkte bei überregionalen (regionalen) Leitlinien.

Bitte beachten: Frage 3.1 besteht aus 3 Unterfragen.

Die maximale Gesamtpunktzahl liegt damit im Clearingverfahren, das ausschließlich überregionale Leitlinien bewertet, bei 40 Punkten.

E.3 Strukturierte Leitlinien-Abstracts der methodischen Bewertung

E.3.1 ANAES, LL 1

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 1.	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Diagnosis, management and follow-up of patients with chronic low back pain. 2000. Internet: http://www.anaes.fr/ANAES/framedef.nsf/WebMasterparpage/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	ANAES im Auftrag der französischen nationalen Krankenversicherung CNAMTS
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	n.a.	Die zur Erstellung zugrunde gelegte Methodik ist nur als französische Originalpublikation verlegt worden.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die Autoren der Leitlinie sind namentlich und mit Fachgebieten angegeben.
1.5 beteilig. Betroffener	Ja	Es werden mehrere Fachgesellschaften angeführt, die im Erstellungsprozess hinzugezogen wurden. Art und Umfang der Hinzuziehung sind jedoch nicht näher dargelegt.
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Ja	Die Kriterien für die Auswahl der Evidenzen sind angegeben.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Es wird auf eine dreistufiges Schema mit der ergänzenden Möglichkeit der Einstufung durch die Experten verwiesen.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Unklar	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Unklar	Es sind Angaben zur Einstufung der Evidenzgrade bei den jeweiligen Empfehlungen angegeben, es fehlen aber die Verknüpfungen mit der Literatur, so dass im Detail unklar bleibt, was die jeweilige Quelle für die Einstufung darstellt.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Unklar	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Unklar	Es handelt sich um die Aktualisierung einer Vorläuferversion, die Durchführung eines Pilotversuches ist unklar.
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Entwicklung der Leitlinien durch ANAES im Auftrag der französischen nationalen Krankenversicherung CNAMTS
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit unkomplizierten chronischen Rückenschmerzen, ausdrücklicher Ausschluss von Rückenschmerzen aufgrund von Entzündung, Trauma, Tumor oder Infektion.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Nein	Keine eindeutige Angabe.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Unklar	Die Beteiligung von Patientenvertretern im Erstellungsprozess ist unklar, keine eindeutigen Empfehlungen in der Leitlinie.
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare und adressatengerechte Sprache in der Darstellung.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit Strukturierung und Flussdiagramm.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Nein	
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Unklar	Es werden Methoden und Prozeduren angegeben, die im stationären Kontext zu erbringen sind, klare Zuordnungen sind nicht gegeben.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind mit Angaben zum Evidenzgrad versehen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	In der Leitlinie wird an mehreren Stellen auf nicht durchzuführende Maßnahmen verwiesen.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie kann via Internet abgerufen werden.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	12 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.2 AAOS, LL 2

Strukturierter Leitlinien-Abstract		
LL 2.	American Association of Orthopedic Surgeons. Clinical guideline on low back pain (Phase I and II and Support Document). 2002. Internet: Phase I: http://www.aaos.org/wordhtml/pdfs_r/guidelin/chart_06.pdf , Phase II: http://www.aaos.org/wordhtml/pdfs_r/guidelin/chart_07.pdf , Support document: http://www.aaos.org/wordhtml/pdfs_r/guidelin/suprt_06.pdf	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) Ein Teil (Phase II) der Leitlinie wurde in Zusammenarbeit mit der North American Spine Society (NASS) entwickelt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Die verantwortlichen Autoren (Panel und Revision Panel) sind namentlich genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	<i>Nur Hinweis das in den Panels Vertreter versch. Fachgruppen und Fachgesellschaften beteiligt waren, eine namentliche Zuordnung ist nicht möglich. Keine Beteiligung von Patienten und nichtärztlichen Berufsgruppen.</i>
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	unklar	<i>Auf Basis der Altauflage von 1996 wurde eine Suche in Medline und einigen nicht gelisteten engl. sprachigen Journals für den Zeitraum von 1988 bis 2001 durchgeführt. Jegliche Angaben zu Suchbegriffen, Auswahlkriterien usw. fehlen jedoch.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die Empfehlungen und Aussagen sind mit Literaturstellen im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Ein 5 stufiges Schema zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz wurde angewendet, die Bewertungsergebnisse der Einzelbewertung sind im Quellenverzeichnis aufgeführt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	ja	Es erfolgte ein mehrstufiger Prozess mit Konferenzen und Arbeitsgruppen treffen.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Stärke Empfehlungen sind graduiert (A-D), diese Einteilung berücksichtigt die Ergebnisse der Bewertung der Evidenzstärke als notwendiges Kriterium.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	unklar	<i>Nur Hinweise auf interne Begutachtung und Genehmigung durch verschiedene Ausschüsse der AAOS.</i>
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt für Überprüfg. Aktualisierung genannt	ja	Leitlinie ist update der Leitlinie von 1996, das nächste ist für 2007 vorgesehen.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 LL-Report	ja	Im Support Document sind wesentliche Eckpunkte der Leitlinienentwicklung (Methodik und Inhalte) dargestellt.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Leitlinie soll als Schulungsinstrument die Qualität und Wirksamkeit der Patientenbehandlung und der Entscheidungsprozesse verbessern.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit akuten Rückenschmerzen unklarer Genese. Leitlinie ist in 2 Teile mit Gültigkeit für Patienten innerhalb der ersten 6 Wochen (Spontanremission der Symptome zu erwarten) und längerer Krankheitsdauer(chronisch).
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Teil 1 (Phase I) Ärzte mit Primärkontakt des Patienten. Teil 2 (Phase II) für „Muskuloskeletal Specialist“ (Definierte Gruppe von Ärzten versch. Fachgebiete).
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Es erfolgt eine klare Beschreibung des behandelten Gesundheits- oder Versorgungsproblems in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Es erfolgt eine klare, strukturierte Darstellung, die wesentlichen Empfehlungen sind optisch hervorgehoben.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Übersichtliche Darstellung in Algorithmen mit standardisierter Symbolik und mehrfarbiger Darstellung.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Alternativen sind im Algorithmus übersichtlich und mit Hilfen zur Begründung der Entscheidung aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<i>unklar</i>	<i>Überweiskriterien für Behandlung beim Spezialisten und OP sehr explizit aufgeführt. Es erfolgt jedoch kein Hinweis auf das erforderliche Versorgungssetting.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Es liegen, stadienabhängige Begründungen für die Einzelmaßnahmen mit Angabe von Belegen zum Nutzen vor.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Es werden Empfehlungen zu nicht nützlichen Maßnahmen oder fehlende Belege des Nutzens gegeben. Vereinzelt wird auf Kontraindikationen hingewiesen.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Vorteile des Vorgehens werden sowohl im Algorithmus kurz, als auch im Zusatzdokument dargestellt und mit Quellen belegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<i>unklar</i>	<i>Vereinzelt wird die Nicht-Empfehlung von Maßnahmen (siehe 2.12) mit Nebenwirkungen begründet, darüber hinaus wird nur vereinzelt auf die Notwendigkeit der Beachtung von potentiellen Nebenwirkungen (NSAID's) hingewiesen.</i>
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Kostenfreie Publikation auf der Internetseite.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	8 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Erreichte Gesamtpunktzahl	19 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.3.3 ABFP, LL 3

Strukturierter Leitlinien-Abstract		
LL 3.	American Board of Family Practice. Low back pain. 2001. Internet: https://www.abfp.org/guides/LowBackPain.pdf	

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	American Board of Family Practice
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Ja	Es wird auf eine Förderung der Erstauflage durch die Kellogg-Foundation hingewiesen, genauere Angaben in Bezug auf die aktuell vorliegende Auflage (7te Auflage) sind nicht enthalten.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	Nein	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Es werden die Hauptbeteiligten / Hauptverantwortlichen namentlich und mit Nennung der Institutionen benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Unklar	Die vorliegende Leitlinie ist die insgesamt 7te Auflage. Inwiefern ein Vergleich zu den Vorversionen stattgefunden hat, ist nicht klar. Ein Vergleich mit anderen Leitlinien wird nicht klar dargelegt.
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird darauf hingewiesen, dass die Leitlinie alle zwei Jahre aktualisiert wird. Zum Zeitpunkt der Bewertung ist das Datum der Leitlinie überschritten, die 7te Auflage ist aber weiterhin als aktuelle Auflage im Internet verfügbar.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aktualisierung der Vorversion gemäß Turnus und Bedeutung der Erkrankung für die Versorgung in Bezug u.a. auf Ätiologie, Diagnostik, Therapie und Prognose.
2.2 Ziele	Unklar	Ziele lassen sich nur indirekt aus den Gründen und dem inhaltlichen Kontext ableiten.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit Rückenschmerzen im Bereich der unteren Wirbelsäule in der hausärztlichen Versorgung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Problembeschreibung erfolgt in klarer, adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit Tabellen und bebilderten Anleitungen.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind im Text der Leitlinie nicht besonders gekennzeichnet, sie lassen sich aber in dem zu Beginn des Dokumentes abgebildeten Flussdiagramm leicht identifizieren.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	In der Leitlinie ist ein gesondertes Kapitel über das Chirurgische Management enthalten.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	Es erfolgt keine Verknüpfung mit Angaben zum Grad der Notwendigkeit.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie wird in elektronischer Form über das Internet zur Verfügung gestellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	4 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	12 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.4 ASIPP, LL 4

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 4.	American Society of Interventional Pain Physicians, Manchikanti L. Evidence-based practice guidelines for interventional techniques in the management of chronic spinal pain. Pain Phys 2003;6(1):3-81. Internet: http://www.asipp.org/documents/Guidelines%202003.pdf

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Die American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) wird als verantwortlicher Herausgeber benannt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die an der Erstellung der Leitlinie beteiligten Autoren werden zusammen mit den Institutionen, für die sie arbeiten, benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Das verwendete 5-stufige Schema wird angegeben.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Unklar	Der Auswahlprozess lässt sich nur indirekt anhand der Angaben zu den verwendeten Evidenzquellen nachvollziehen.
1.10 Konsensusverfahren	Unklar	Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass ein Konsensusverfahren stattgefunden hat; Form, Inhalt und Ergebnisse sind nicht dargelegt.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die zentralen Empfehlungen sind mit Angaben zur Evidenz und den jeweiligen zugrunde liegenden Quellen benannt.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es werden Angaben zum Inkrafttreten, für ein Interims-Review und für ein Ablaufdatum gegeben.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Existieren varianter und unterschiedlich effektiver Methoden sowie variante Anwendung durch die Ärzte.
2.2 Ziele	Ja	Verbesserung der Qualität, gezieltere und verbesserte Zuführung von Patienten, Verbesserung der Behandlungsergebnisse, der Angemessenheit der Behandlung, der Effizienz und Effektivität und der Kosteneffektivität.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle Patienten mit Chronischen Schmerzen gemäß der Definition „Chronic Spinal Pain“.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Alle Ärzte, die mit der Behandlung der definierten Patienten betroffen sind.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Unklar	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare und adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit Flussdiagrammen, Tabellen, Zusammenfassung.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind klar hervorgehoben und in einer gesonderten Zusammenfassung enthalten.
2.9 Handlungsalternativen	Unklar	
2.10 Amb./Stationär	Unklar	Die Trennung von ambulanten oder stationären Empfehlungen lässt sich nur in Kenntnis der Zulassungen der einzelnen Verfahren ableiten und bleibt auf den ersten Blick unklar.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Unklar	Die Angaben sind zwar mit Angaben zur Evidenz verknüpft, der Grad der Notwendigkeit ist aber nicht dargelegt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Es sind Angaben zu verschiedenen Aspekten des gesundheitlichen Nutzens vorhanden.
2.14 Therapiefolgen / NW	Unklar	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Ja	Es werden an mehreren Stellen Angaben zu Kostenaspekten gemacht.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie wird kostenlos zum Download zur Verfügung gestellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	15 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.5 AkdÄ, LL 5

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 5.	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Kreuzschmerzen. 2000. Internet: http://www.akdae.de/35/10Hefte/91_Kreuzschmerzen_2000_2Auflage.pdf (*) Diese Informationen sind in einem Artikel zur Methodik enthalten, auf den in der Leitlinien hingewiesen wird: Lasek R, Müller-Oerlinghausen B. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 1997;91(4):375-83.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Ja	Es wird auf die Finanzierung durch die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hingewiesen.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	Ja	Es erfolgt ein Hinweis auf die Abgabe einer Unabhängigkeitserklärung durch die Autoren der jeweiligen Leitlinie (standardisiertes Verfahren).
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Es werden stellvertretend für die Autoren lediglich der Hauptautor und die Herausgeber benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Ja	Im Leitlinienreport wird darauf hingewiesen, dass Vertreter verschiedener Fachgebiete an der Erstellung beteiligt worden waren. Diese Personen sind jedoch nicht explizit benannt, eine Beteiligung von Patienten geht aus den Angaben jedoch nicht klar hervor.
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Ja	Die prinzipielle Methodik der Evidenzauswahl wird im Leitlinienreport beschrieben.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Es kommt das 4-stufige Schema der AkdÄ zur Anwendung, das in der Leitlinie dargelegt ist.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Gruppenkonsensverfahren mit Review (Panelmitglieder sind u.a. hausärztlich tätige Ärzte).
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Ja (*)	Im Leitlinien-Report wird auf die Durchführung einer öffentlichen Diskussion im Rahmen der Therapie-Symposien der AkdÄ hingewiesen. Ergebnisse dieses Prozesses sind nicht dargelegt.
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die Empfehlungen sind mit der Evidenz und der zugrundeliegenden Literatur verknüpft.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Ja (*)	Die Begutachtung erfolgt zum einen innerhalb der Therapie-Symposien und ist zum anderen konkret mit zwei Fachgesellschaften vorgenommen worden.
1.14 Konsequenzen erwähnt	Nein	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird auf eine geplante Überarbeitung im zwei-Jahres-Rhythmus hingewiesen, die für die Bewertung vorliegende Version datiert von 2000.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Unklar	Es wird auf mögliche systematische Fehler bei der Informationsbeschaffung und –bewertung hingewiesen, diese sind jedoch wegen der fehlenden Darlegung im Recherche- und Bewertungsprozess nicht quantifizierbar bzw. nachvollziehbar belegt.
1.21 LL-Report	Nein	Es existiert ein kurzgefasster Leitlinien-Report, der die prinzipiellen Schritte darlegt. Genauere Inhalte und Darlegungen der relevanten Entscheidungen fehlen jedoch.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Grundsätzlicher Auftrag der AkdÄ, anhand der Arzneimittelrichtlinien Therapieempfehlungen zu erstellen. Darüber hinaus Bedeutung der dargestellten Erkrankung in Bezug auf Morbidität und Aspekte der Arbeitsunfähigkeit.
2.2 Ziele	Ja (*)	Die genannten Ziele schließen Aspekte der rationalen und rationellen Therapie, die Vermeidung obsoleter Vorgehensweisen, die Erreichung einer vergleichbaren, optimalen und konstanten therapeutischen Qualität und die Information der Öffentlichkeit ein.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle Patienten mit der definierten Erkrankung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Primär: Hausärzte, aber ausdrücklich alle Arztfachgruppen.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Ja	Ausnahmen von bestimmten Therapieempfehlungen werden begründet dargelegt.
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Unklar	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Darstellung erfolgt in klarer, adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Übersichtliche Präsentation mit klarer Gliederung und Übersichtstabellen. Eine ergänzende Kurzversion ist vorhanden.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die relevanten Empfehlungen sind klar hervorgehoben und mit Evidenzgraden und der Literatur verknüpft.
2.9 Handlungsalternativen	Ja	Es werden an mehreren Stellen mögliche Alternativmedikationen unter Angabe der Evidenzen miteinander verglichen, so dass alternative Entscheidungen ermöglicht werden.
2.10 Amb./Stationär	Ja	Es wird orientierend auf stationär durchzuführende Maßnahmen bzw. die Möglichkeit dazu hingewiesen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind unter Bezug auf die Evidenzen dargelegt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Für einige Schlüsselempfehlungen sind studienbasierte Angaben zum Nutzen hinterlegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	Ja	Es wird z.B. auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen hingewiesen, es erfolgt jedoch keine differenzierte Darstellung im Vergleich zum natürlichen Verlauf.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Es existieren eine Kurzfassung sowie eine spezielle Patientenversion, die Leitlinie kann elektronisch abgerufen werden, auf der Homepage ist weiteres Hintergrundmaterial hinterlegt, auf das in der Leitlinie hingewiesen wird.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	11 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	13 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	25 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.3.6 CSAG, LL 6

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 6.	Clinical Standards Advisory Group. Back pain. Report of a CSAG Committee on back pain. 1994.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Clinical Standards Advisory Group (CSAG)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die an der Konferenz zur Erstellung Beteiligten werden benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Ja	Es sind Vertreter verschiedener Fachgebiete und Organisationen beteiligt gewesen, eine Patientenbeteiligung bleibt aber unklar.
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Unklar	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	Es sind diverse Organisationen an der Erstellung beteiligt gewesen, es bleibt jedoch unklar, inwiefern darüber hinaus weitere Gruppen beteiligt wurden.
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	Es werden zwar Vergleichs- und andere Quell-Leitlinien angegeben, Punkte des Vergleichs werden aber nicht klar benannt.
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Bedeutung der Erkrankung in bezug auf die Versorgung und Kosten.
2.2 Ziele	Ja	Vorlage von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit der definierten Erkrankung
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Alle Ärzte, die mit der Versorgung von Rückenschmerzpatienten betroffen sind.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Unklar	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Problembeschreibung erfolgt in klarer und adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit Tabellen und Flussdiagrammen.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind zusammengefasst dargestellt.
2.9 Handlungsalternativen	Unklar	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Für akute Rückenschmerzen wird auf die grundsätzlich fehlende Notwendigkeit stationärer Maßnahmen hingewiesen
2.11 Notwendige Maßnahmen	Unklar	Die notwendigen Maßnahmen sind beschrieben, jedoch nicht mit Evidenzangaben oder weiteren Hinweisen auf den Grad der Notwendigkeit versehen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	Es wird z.B. auf die Obsoleszenz von „Routine-Röntgen-Aufnahmen“ eingegangen.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Ja	Es gibt Angaben zu Kosten, aus denen sich mögliche Kostenfolgen, v.a. Optimierungen der Aufwendungen, indirekt ableiten lassen.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Nein	
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	0 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	13 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.7 DGPMR, LL 7a

Strukturierter Leitlinien-Abstract		
LL 7. a.	Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Leitlinie: Bandscheibenvorfall. 1997. Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/phyumed03.htm	

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die Autoren werden namentlich benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Es wird darauf hingewiesen, dass die Leitlinie in einem offenen Verfahren auf der Jahrestagung der Fachgesellschaft vorgestellt wurde.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüf. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird darauf hingewiesen, dass die Leitlinie zur Zeit in Überarbeitung befindlich ist.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Unklar	Patienten mit den geschilderten gesundheitlichen Problemen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Ja	Es wird aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass konservative Maßnahmen nur solange alleine durchgeführt werden sollten, solange keine motorischen Defizite bestehen, ggf. muß eine weitere Abklärung angestrebt werden.

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare, adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Kurze und dadurch übersichtliche Präsentation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Es werden notwendige Untersuchungen beschrieben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Es werden Empfehlungen sowohl für ambulant mögliche als auch für stationäre Elemente gegeben.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	Es sind keine Angaben zum Grad der Notwendigkeit gegeben.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie wird elektronisch kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	4 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	11 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.8 DGPMR, LL 7b

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 7. b.	Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Leitlinie: Chronisch unspezifischer Rückenschmerz. 1997. Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/phyumed01.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die Autoren werden namentlich benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Es wird darauf hingewiesen, dass die Leitlinie in einem offenen Verfahren auf der Jahrestagung der Fachgesellschaft vorgestellt wurde.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird darauf hingewiesen, dass für diese Leitlinie zur Zeit eine Überarbeitung in Planung ist.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit den geschilderten gesundheitlichen Problemen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Ärzte in der Rehabilitation.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	

2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Ja	Es wird aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach spätestens 4 Wochen ohne klare Diagnose eine weitere Abklärung angestrebt werden muß, um die Diagnose zu konkretisieren. Auf Gefahren der Chronifizierung wird eingegangen, eine AU soll restriktiv im Interesse des Patienten erfolgen.
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare, adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Kurze und dadurch übersichtliche Präsentation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Es werden notwendige Untersuchungen beschrieben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Es werden Empfehlungen sowohl für ambulant mögliche als auch für stationäre Elemente gegeben. Stationäre Behandlung nur als „letzte Möglichkeit“.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	Es sind keine Angaben zum Grad der Notwendigkeit gegeben.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie wird elektronisch kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	4 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	13 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.9 DGN, LL 8a

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 8. a.	Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Lumbale Radikulopathie. 2002. Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/neur-058.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die Autoren werden namentlich benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Unklar	Es sind nur Rückschlüsse auf ein mögliches Gruppenkonsensusverfahren möglich.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	Es wird zwar eine Evidenzschema analog der AkdÄ angegeben, im Text selber finden sich jedoch keine verknüpften Stellen.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Unklar	Patienten mit den geschilderten Problemen in neurologischer Behandlung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Wahrscheinlich nur Neurologen, keine dezidierte Nennung.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare, adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Kurze und dadurch übersichtliche Präsentation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Es werden notwendige Untersuchungen beschrieben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Es werden Empfehlungen sowohl für ambulant mögliche als auch für stationäre Elemente gegeben.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	Es sind keine Angaben zum Grad der Notwendigkeit gegeben.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie wird elektronisch kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	8 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.10 DGN, LL 8b

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 8. b.	Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Zervikale Radikulopathie. 2002. Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/neur-082.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die Autoren werden namentlich benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Unklar	Es sind nur Rückschlüsse auf ein mögliches Gruppenkonsensusverfahren möglich.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	Es wird zwar eine Evidenzschema analog der AkdÄ angegeben, im Text selber finden sich jedoch keine verknüpften Stellen.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Unklar	Patienten mit den geschilderten Problemen in neurologischer Behandlung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Wahrscheinlich nur Neurologen, keine dezidierte Nennung.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare, adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Kurze und dadurch übersichtliche Präsentation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Es werden notwendige Untersuchungen beschrieben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Es werden Empfehlungen sowohl für ambulant mögliche als auch für stationäre Elemente gegeben.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	Es sind keine Angaben zum Grad der Notwendigkeit gegeben.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie wird elektronisch kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	8 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.11 DGNR, LL 9

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 9.	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie. Lumbale Nervenwurzelkompression. 1998. Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/neura005.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Der Hauptautor wird namentlich genannt, ferner wird auf eine Expertengruppe hingewiesen.
1.5 beteilig. Betroffener	Nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit der Erkrankung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Radiologen / radiologisch tätige Ärzte.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Darstellung erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Sehr kurze und übersichtliche Darstellung.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Nein	
2.9 Handlungsalternativen	Nein	

2.10 Amb./Stationär	Nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Es wird auf notwendige Maßnahmen hingewiesen, es erfolgt jedoch keine Gewichtung der Empfehlungen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie ist kostenlos über das Internet verfügbar.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	6 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	9 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.3.12 DGOOC, LL 10a

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 10. a.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, Haaker R. Bandscheibenbedingte Ischialgie. In: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, editors. Leitlinien der Orthopädie. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2002. p. 5-10. Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/orth-023.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) / Berufsverband der Ärzte für Orthopädie (BVO)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die verantwortlichen Autoren werden namentlich benannt, ferner wird auf eine Expertengruppe hingewiesen, die einzelnen Experten werden jedoch nicht dargelegt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird ein Datum benannt, an dem die Überarbeitung stattgefunden hat, ein neues Datum für die nächste Überprüfung wird nicht benannt.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit der beschriebenen Erkrankung
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Orthopäden

2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Leitlinie präsentiert sich in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind klar hervorgehoben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Die Leitlinie enthält sowohl ambulante als auch stationäre Empfehlungen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie ist kostenlos über das Internet verfügbar.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	10 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.13 DGOOC, LL 10b

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 10. b.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, Matzen K. Lumbale Spinalkanalstenose. In: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, editors. Leitlinien der Orthopädie. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2002. p. 127-30. Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/orth-014.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) / Berufsverband der Ärzte für Orthopädie (BVO)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die verantwortlichen Autoren werden namentlich benannt, ferner wird auf eine Expertengruppe hingewiesen, die einzelnen Experten werden jedoch nicht dargelegt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird ein Datum benannt, an dem die Überarbeitung stattgefunden hat, ein neues Datum für die nächste Überprüfung wird nicht benannt.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit der beschriebenen Erkrankung
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Orthopäden
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Leitlinie präsentiert sich in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind klar hervorgehoben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Die Leitlinie enthält sowohl ambulante als auch stationäre Empfehlungen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie ist kostenlos über das Internet verfügbar.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	6 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	10 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.3.14 DGOOC, LL 10c

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 10. c.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie. Morbus Scheuermann

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) / Berufsverband der Ärzte für Orthopädie (BVO)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die verantwortlichen Autoren werden namentlich benannt, ferner wird auf eine Expertengruppe hingewiesen, die einzelnen Experten werden jedoch nicht dargelegt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird ein Datum benannt, an dem die Überarbeitung stattgefunden hat, ein neues Datum für die nächste Überprüfung wird nicht benannt.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit der beschriebenen Erkrankung
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Orthopäden
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Leitlinie präsentiert sich in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind klar hervorgehoben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Die Leitlinie enthält sowohl ambulante als auch stationäre Empfehlungen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie ist kostenlos über das Internet verfügbar.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	10 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.15 DGOOC, LL 10d

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 10. d.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, Matzen K. Spondylolisthesis. In: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, editors. Leitlinien der Orthopädie. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2002. p. 191-5. Internet: http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/orth-029.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) / Berufsverband der Ärzte für Orthopädie (BVO)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die verantwortlichen Autoren werden namentlich benannt, ferner wird auf eine Expertengruppe hingewiesen, die einzelnen Experten werden jedoch nicht dargelegt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird ein Datum benannt, an dem die Überarbeitung stattgefunden hat, ein neues Datum für die nächste Überprüfung wird nicht benannt.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aufgabe der Fachgesellschaft.
2.2 Ziele	Nein	
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit der beschriebenen Erkrankung
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Orthopäden
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Leitlinie präsentiert sich in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind klar hervorgehoben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Die Leitlinie enthält sowohl ambulante als auch stationäre Empfehlungen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie ist kostenlos über das Internet verfügbar.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	6 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	10 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.16 DGSP, LL 11

Strukturierter Leitlinien-Abstract		
LL 11.	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Die Verantwortliche Herausgeberinstitution wird benannt
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Die Beteiligten werden namentlich benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	n.a.	
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt für Überprüf. Aktualisierung genannt	ja	März 2003
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 LL-Report	nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	ja	Es wird auf die Bedeutung der Erkrankung unter Sozialmedizinischer Sicht eingegangen.
2.2 Ziele	ja	Verbesserung der Situation des Patienten, Minderung der Krankheitsfolgen.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	nein	
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Sozialmedizinisch tätige Ärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	nein	
2.8 a) Präsentation	nein	
2.8 b) Schlüsselempfehlung	nein	
2.9 Handlungsalternativen	nein	

2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	nein	
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Die Leitlinie ist elektronisch verfügbare über das Internet-Portal der AWMF
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	3 Von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Erreichte Gesamtpunktzahl	7 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.17 FOM, LL 12

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 12.	Faculty of Occupational Medicine. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work. Principal recommendations and evidence review. 2000. Internet: http://www.facocmed.ac.uk/Content/downloads_nav.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Faculty of Occupational Medicine (FOM)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die Autoren werden namentlich und mit Zugehörigkeit zu ihren Arbeitsgebieten und ggf. zu Institutionen benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Ja	Aus der Auflistung zu 1.4 werden die Beteiligungen betroffener deutlich, die Beteiligung von Patienten bleibt unklar.
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Ja	Die Methodik zur Evidenzauswahl wird mit Klassifikationskriterien angegeben.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	Es werden grundsätzliche Angaben zur Suchstrategie gemacht, diese ist aber nicht detailliert dargelegt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Es wird ein 5-stufiges Schema angegeben, zu dem die Evidenzen in 4 Graden zugeordnet werden können.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Ja	Die Kriterien zur Auswahl werden nachvollziehbar beschrieben.
1.10 Konsensusverfahren	Unklar	Es lässt sich nur indirekt auf ein formuliertes Verfahren schließen, Darlegungen fehlen.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die Empfehlungen sind mit Angaben zur Evidenz und der zugrunde liegenden Literatur verknüpft.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Unklar	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Unklar	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Als Datum wird Dezember 2005 genannt.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Bedeutung der direkten und indirekten Auswirkungen von Rückenschmerzen für die Patienten und den Arbeitsmarkt, Kosten der Erkrankung.
2.2 Ziele	Ja	Verbesserung der Behandlungssituation und Verbesserung der Kostenaufwendungen.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle Patienten mit Rückenschmerzen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Primär: „Occupational Health Practicioners“
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Ja	Durch Verbesserung des Managements werden insgesamt Bedürfnisse der Patienten adressiert.
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare und adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Darstellung mit Tabellen und Aufzählungen.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind klar hervorgehoben.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Nein	Die Leitlinie fokussiert auf ambulant mögliche Maßnahmen zur Verhinderung stationärer Behandlungen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Die Empfehlungen beschreiben notwendige Maßnahmen verknüpft mit dem Grad der Empfehlung.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Die Empfehlungen fokussieren auf die Stärkung des gesundheitlichen Nutzens, da insgesamt auf den Aspekt der arbeitsfähigkeit bei Rückenschmerzen abgezielt wird.
2.14 Therapiefolgen / NW	Ja	Verbesserungspotential bei befolgen wird deutlich aufgezeigt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	Kostenpotential wird nur indirekt aufgezeigt.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Es gibt eine Kurzversion für Ärzte, die Leitlinie ist elektronisch im Internet verfügbar.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	20 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.18 DUODECIM, LL 13a

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 13. a.	Finish Medical Society Duodecim. Low back pain. 2004. Internet: http://www.ebm-guidelines.com einschließlich der damit verbundenen Dokumente / Leitlinien Anmerkung: Die Methodische Bewertung erfolgte unter Berücksichtigung der auf der CD-ROM dargestellten Methodik: Preface What is Evidence-Based Medicine Guidelines (30.05.2000) und What is new in EBM Guidelines Version 1/2002.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Duodecim Finish Medical Society, diese ist auch die Gesellschaft, die die Finnische Ursprungsversion der Leitlinien erstellt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Unklar	Zu jedem Kapitel werden Verantwortliche des Herausgeber-teams benannt. Weitere Autoren der zu Grunde liegenden finnischen Leitlinien sind nicht erkennbar.
1.5 beteilig. Betroffener	Nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Unklar	Es wurde auf Cochrane Reviews und DARE Abstracts, andere systematische Reviews sowie auf Suchergebnisse in der Cochrane Library und spezifischer Suche in Medizinischen Journals zurückgegriffen, die aber nicht genau dargelegt sind.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Das verwendete Schema mit 4 Klassen A bis D ist dargelegt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die jeweiligen Empfehlungen sind Angaben zur Evidenz und der jeweils zugrundeliegenden Literatur verknüpft. Diese Angaben sind jedoch nur in der (kostenpflichtigen) elektronischen Version direkt zugänglich, da sie als Navigationselement realisiert sind.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	Unklar	Laut Angabe erfolgt diese sowohl für die Finnische Ursprungsversion (3/Jahr) als auch für die englische Übersetzung auf CD- Rom (2/Jahr). Der konkrete Stand der Überarbeitung ist jedoch nicht ersichtlich.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	Aus der Einleitung geht der Erstellungsprozess nicht vollständig hervor. Zu möglichen Problemen der Übersetzung wird nicht Stellung genommen.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Nein	
2.2 Ziele	Ja	Zusammenfassung des Wissens in Eckpunkte für den Bedarf der hausärztlichen Praxis.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit dem definierten Krankheitsbild chronischer Rückenschmerz.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Das Problem wird in adressatengerechter Sprache dargestellt.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und strukturierte Darstellung, die aber nur in der elektronischen Version vollständig nutzbar ist.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Unklar	Die Kapitel sind übersichtlich sortiert (Inhalt, Ziel, Diagnose / Indikationsgebiete, Management; Evidenz, Literatur), eine Heraushebung der Schlüsselempfehlungen z.B. in Tabellen erfolgt jedoch nicht.
2.9 Handlungsalternativen	Ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	Nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung wird hingewiesen, diese sind mit Angaben zur Evidenz verknüpft.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	Vereinzelt werden begründete Kontraindikationen zu Therapien genannt.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Der zu erwartende Nutzen ist anhand der Belege der Evidenzen nachvollziehbar dargelegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	Ja	Es werden Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen für verschiedene Medikamentengruppen gegeben.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinien werden in der englischen Fassung vollelektronisch publiziert, Spezial-/ oder Kurzversionen dieser können auch auf Handheldcomputern oder anderen Organismen im mobilen Einsatz (z.B. Hausbesuch) genutzt werden.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	

3.2 Regionale Anpassung	Unklar	Die Finnischen Leitlinien werden in eine auf CD-ROM verfügbare internationale Version übersetzt. Es gibt Projekte zur Übersetzung und Implementierung (Baltische Staaten, Russland), hier erfolgt eine weitere Anpassung an die lokalen Gegebenheiten des Gesundheitssystems über einen Expertenkreis. Hinweise oder Schritte für dieses Vorgehen sind jedoch nicht auf der CD-ROM publiziert.
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.19 DUODECIM, LL 13b

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 13. b.	<p>Finish Medical Society Duodecim. Lumbar Spinal Stenosis. 2003. Internet: http://www.ebm-guidelines.com</p> <p>einschließlich der damit verbundenen Dokumente / Leitlinien Anmerkung: Die Methodische Bewertung erfolgte unter Berücksichtigung der auf der CD-ROM dargestellten Methodik: Preface What is Evidence-Based Medicine Guidelines (30.05.2000) und What is new in EBM Guidelines Version 1/2002.</p>

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Duodecim Finish Medical Society, diese ist auch die Gesellschaft, die die Finnische Ursprungsversion der Leitlinien erstellt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Unklar	Zu jedem Kapitel werden Verantwortliche des Herausgeber-teams benannt. Weitere Autoren der zu Grunde liegenden finnischen Leitlinien sind nicht erkennbar.
1.5 beteilig. Betroffener	Nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Unklar	Es wurde auf Cochrane Reviews und DARE Abstracts, andere systematische Reviews sowie auf Suchergebnisse in der Cochrane Library und spezifischer Suche in Medizinischen Journals zurückgegriffen, die aber nicht genau dargelegt sind.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Das verwendete Schema mit 4 Klassen A bis D ist dargelegt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die jeweiligen Empfehlungen sind Angaben zur Evidenz und der jeweils zugrunde liegenden Literatur verknüpft. Diese Angaben sind jedoch nur in der (kostenpflichtigen) elektronischen Version direkt zugänglich, da sie als Navigationselement realisiert sind.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüf. Aktualisierung genannt	Unklar	Laut Angabe erfolgt diese sowohl für die Finnische Ursprungsversion (3/Jahr) als auch für die englische Übersetzung auf CD- Rom (2/Jahr). Der konkrete Stand der Überarbeitung ist jedoch nicht ersichtlich.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	Aus der Einleitung geht der Erstellungsprozess nicht vollständig hervor. Zu möglichen Problemen der Übersetzung wird nicht Stellung genommen.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Nein	
2.2 Ziele	Ja	Zusammenfassung des Wissens in Eckpunkte für den Bedarf der hausärztlichen Praxis.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit dem definierten Krankheitsbild chronischer Rückenschmerz.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Das Problem wird in adressatengerechter Sprache dargestellt.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und strukturierte Darstellung, die aber nur in der elektronischen Version vollständig nutzbar ist.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Unklar	Die Kapitel sind übersichtlich sortiert (Inhalt, Ziel, Diagnose / Indikationsgebiete, Management; Evidenz, Literatur), eine Heraushebung der Schlüsselempfehlungen z.B. in Tabellen erfolgt jedoch nicht.
2.9 Handlungsalternativen	Ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	Nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung wird hingewiesen, diese sind mit Angaben zur Evidenz verknüpft.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	Vereinzelt werden begründete Kontraindikationen zu Therapien genannt.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Der zu erwartende Nutzen ist anhand der Belege der Evidenzen nachvollziehbar dargelegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	Ja	Es werden Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen für verschiedene Medikamentengruppen gegeben.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinien werden in der englischen Fassung vollelektronisch publiziert, Spezial-/ oder Kurzversionen dieser können auch auf Handheldcomputern oder anderen Organismen im mobilen Einsatz (z.B. Hausbesuch) genutzt werden.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Unklar	Die Finnischen Leitlinien werden in eine auf CD-ROM verfügbare internationale Version übersetzt. Es gibt Projekte zur Übersetzung und Implementierung (Baltische Staaten, Russland), hier erfolgt eine weitere Anpassung an die lokalen Gegebenheiten des Gesundheitssystems über einen Expertenkreis. Hinweise oder Schritte für dieses Vorgehen sind jedoch nicht auf der CD-ROM publiziert.
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.20 DUODECIM, LL 13c

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 13. c.	Finish Medical Society Duodecim. Radiculopathies. 2004. Internet: http://www.ebm-guidelines.com einschließlich der damit verbundenen Dokumente / Leitlinien Anmerkung: Die Methodische Bewertung erfolgte unter Berücksichtigung der auf der CD-ROM dargestellten Methodik: Preface What is Evidence-Based Medicine Guidelines (30.05.2000) und What is new in EBM Guidelines Version 1/2002.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Duodecim Finish Medical Society, diese ist auch die Gesellschaft, die die Finnische Ursprungsversion der Leitlinien erstellt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Unklar	Zu jedem Kapitel werden Verantwortliche des Herausgeber-teams benannt. Weitere Autoren der zu Grunde liegenden finnischen Leitlinien sind nicht erkennbar.
1.5 beteilig. Betroffener	Nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Unklar	Es wurde auf Cochrane Reviews und DARE Abstracts, andere systematische Reviews sowie auf Suchergebnisse in der Cochrane Library und spezifischer Suche in Medizinischen Journals zurückgegriffen, die aber nicht genau dargelegt sind.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Das verwendete Schema mit 4 Klassen A bis D ist dargelegt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die jeweiligen Empfehlungen sind Angaben zur Evidenz und der jeweils zugrundeliegenden Literatur verknüpft. Diese Angaben sind jedoch nur in der (kostenpflichtigen) elektronischen Version direkt zugänglich, da sie als Navigationselement realisiert sind.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	Unklar	Laut Angabe erfolgt diese sowohl für die Finnische Ursprungsversion (3/Jahr) als auch für die englische Übersetzung auf CD- Rom (2/Jahr). Der konkrete Stand der Überarbeitung ist jedoch nicht ersichtlich.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	Aus der Einleitung geht der Erstellungsprozess nicht vollständig hervor. Zu möglichen Problemen der Übersetzung wird nicht Stellung genommen.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Nein	
2.2 Ziele	Ja	Zusammenfassung des Wissens in Eckpunkte für den Bedarf der hausärztlichen Praxis.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten mit dem definierten Krankheitsbild chronischer Rückenschmerz.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Das Problem wird in adressatengerechter Sprache dargestellt.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und strukturierte Darstellung, die aber nur in der elektronischen Version vollständig nutzbar ist.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Unklar	Die Kapitel sind übersichtlich sortiert (Inhalt, Ziel, Diagnose / Indikationsgebiete, Management; Evidenz, Literatur), eine Heraushebung der Schlüsselempfehlungen z.B. in Tabellen erfolgt jedoch nicht.
2.9 Handlungsalternativen	Ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	Nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung wird hingewiesen, diese sind mit Angaben zur Evidenz verknüpft.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	Vereinzelt werden begründete Kontraindikationen zu Therapien genannt.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Der zu erwartende Nutzen ist anhand der Belege der Evidenzen nachvollziehbar dargelegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	Ja	Es werden Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen für verschiedene Medikamentengruppen gegeben.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinien werden in der englischen Fassung vollelektronisch publiziert, Spezial-/ oder Kurzversionen dieser können auch auf Handheldcomputern oder anderen Organizern im mobilen Einsatz (z.B. Hausbesuch) genutzt werden.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	

3.2 Regionale Anpassung	Unklar	Die Finnischen Leitlinien werden in eine auf CD-ROM verfügbare internationale Version übersetzt. Es gibt Projekte zur Übersetzung und Implementierung (Baltische Staaten, Russland), hier erfolgt eine weitere Anpassung an die lokalen Gegebenheiten des Gesundheitssystems über einen Expertenkreis. Hinweise oder Schritte für dieses Vorgehen sind jedoch nicht auf der CD-ROM publiziert.
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.21 ICSI, LL 14

Strukturierter Leitlinien-Abstract		
LL 14.	Institute for Clinical Systems Improvement. Adult low back pain. 2004. Internet: http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=149	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die Autoren sind namentlich und mit ihren Organisationen angegeben.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	Die Beteiligung möglicher Betroffener geht aus der Leitlinie nicht hervor.
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Ja	Die wesentlichen Punkte, die zur Entscheidung bezüglich der Evidenz geführt haben, sind benannt.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Das verwendete Schema des ICSI mit 7 Evidenzgraden ist dargelegt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Ja	In einem Anhang zur Leitlinie sind die den Evidenzen zugrundeliegenden Studien und die von den Autoren getroffenen Einstufungen explizit dargelegt. Aufgrund der Darstellung und der fehlenden Darlegung der Ergebnisse der Literaturrecherche wird jedoch nicht klar, welche Quellen eventuell aus welchen Gründen nicht berücksichtigt wurden.
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Gruppenkonsens mit Abstimmungen nach systematischer Testung
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	Es wird nicht klar, ob weitere interessierte Kreise über die Mitglieder der Autorengruppe hinaus beteiligt wurden.
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die Empfehlungen sind mit den jeweils hinterlegten Evidenzen verknüpft.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Ja	Innerhalb des Erstellungsprozesses ist eine mehrstufige Begutachtung erfolgt, wobei die Gutachter nicht klar benannt sind.
1.14 Konsequenzen erwähnt	Nein	
1.15 Pilotversuch	Ja	Es wird auf eine Pilot-Implementierung hingewiesen.
1.16 Konsequenzen erwähnt	Nein	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Der gesamte bisherige Zeitplan des Erstellungs- und Implementierungsprozesses ist dargelegt, die nächste Überarbeitung ist innerhalb von 18 Monaten nach erscheinen der vorliegenden Version angekündigt.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Aktualisierung der Vorläuferversion der Leitlinie, Unterstützung der Ärzte durch Informationen bezüglich der Untersuchung und Behandlung von Patienten.
2.2 Ziele	Ja	Unterstützung der Ärzte durch Informationen bezüglich der Untersuchung und Behandlung von Patienten.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Erwachsene Patienten mit der definierten Erkrankung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Alle Ärzte, die mit der Behandlung der definierten Patienten betroffen sind.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Problembeschreibung erfolgt in klarer und adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche, gegliederte Darstellung mit Flussdiagrammen und Tabellen.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die relevanten Empfehlungen sind klar hervorgehoben und belegt.
2.9 Handlungsalternativen	Ja	Es werden Informationen angegeben, die ein alternatives Vorgehen aufzeigen.
2.10 Amb./Stationär	Ja	Die Leitlinie enthält Angaben über durchzuführende stationäre Maßnahmen und zeigt Kriterien zur Entscheidung dafür auf.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Die notwendigen Maßnahmen sind benannt und mit entsprechenden Evidenzangaben versehen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	Es ist z.B. eine Tabelle enthalten, die Medikationen aufzählt, die die Erkrankung möglicherweise verschlechtern und daher (möglicherweise) kontraindiziert sind.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Anhand der Darlegung der Studienergebnisse ist ein Rückschluss auf den erwarteten / möglichen Nutzen möglich.
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie enthält einen Fragebogen zu den definierten Qualitätsindikatoren und ausdrückliche Empfehlungen für Implementierungsansätze.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Ja	Die Leitlinien enthält Vorschläge für die Evaluation, die von den jeweiligen Anwendern jedoch angepasst werden soll.
3.4 Indikatoren	Ja	Die Leitlinien enthält Vorschläge für die Evaluation, die von den jeweiligen Anwendern jedoch angepasst werden soll.

Zusammenfassende Beurteilung der methodischen Qualität		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	10 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	3 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	25 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.3.22 NASS, LL 15a

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 15. a.	North American Spine Society. Herniated Disc. 2000.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	North American Spine Society
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Ja	North American Spine Society
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	Nein	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Es werden die Hauptbeteiligten / Hauptverantwortlichen nur namentlich benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Unklar	Es werden Hinweise auf mögliche Peer-Review Verfahren gegeben, die aber nicht konkreter ausgeführt sind.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Unklar	Keine Angaben über Auswahlkriterien enthalten. Die Empfehlungen basieren auf Stufe I und II vorarbeiten, die aber nicht weiter dokumentiert sind.
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Formaler Konsens ohne Ergebnisdarlegung.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Information für Patienten, Versicherer, Versorger und andere Interessierte.
2.2 Ziele	Ja	Verbesserung der Versorgung, Klärung des gesamten procedere.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle Patienten mit den definierten Erkrankungen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Keine Einschränkungen genannt, in der Leitlinie werden konkrete Gruppen adressiert.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Problembeschreibung erfolgt in klarer, adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit umfangreichen Flussdiagrammen, Tabellen und bebilderten Anleitungen.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind im Text der Leitlinie nicht besonders gekennzeichnet, sie lassen sich aber in dem zu Beginn des Dokumentes abgebildeten Flussdiagramm leicht identifizieren.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Darstellung der Empfehlungen adressiert verschiedene Versorgungsstufen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	Es erfolgt keine Verknüpfung mit Angaben zum Grad der Notwendigkeit.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Nein	
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	4 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	0 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	11 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.23 NASS, LL 15b

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 15. b.	North American Spine Society. Spondylolysis, Lytic Spondylolisthesis and Degenerative Spondylolisthesis. 2000.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	North American Spine Society
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Ja	North American Spine Society
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	Nein	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Es werden die Hauptbeteiligten / Hauptverantwortlichen nur namentlich benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Unklar	Es werden Hinweise auf mögliche Peer-Review Verfahren gegeben, die aber nicht konkreter ausgeführt sind.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Unklar	Keine Angaben über Auswahlkriterien enthalten. Die Empfehlungen basieren auf Stufe I und II vorarbeiten, die aber nicht weiter dokumentiert sind.
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Formaler Konsens ohne Ergebnisdarlegung.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Information für Patienten, Versicherer, Versorger und andere Interessierte.
2.2 Ziele	Ja	Verbesserung der Versorgung, Klärung des gesamten procedere.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle Patienten mit den definierten Erkrankungen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Keine Einschränkungen genannt, in der Leitlinie werden konkrete Gruppen adressiert.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Problembeschreibung erfolgt in klarer, adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit umfangreichen Flussdiagrammen, Tabellen und bebilderten Anleitungen.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind im Text der Leitlinie nicht besonders gekennzeichnet, sie lassen sich aber in dem zu Beginn des Dokumentes abgebildeten Flussdiagramm leicht identifizieren.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Darstellung der Empfehlungen adressiert verschiedene Versorgungsstufen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	Es erfolgt keine Verknüpfung mit Angaben zum Grad der Notwendigkeit.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Nein	
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	4 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	0 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	11 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.24 NASS, LL 15c

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 15. c.	North American Spine Society. Unremitting low back pain. 2000.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	North American Spine Society
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Ja	North American Spine Society
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	Nein	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Es werden die Hauptbeteiligten / Hauptverantwortlichen nur namentlich benannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Unklar	Es werden Hinweise auf mögliche Peer-Review Verfahren gegeben, die aber nicht konkreter ausgeführt sind.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Unklar	Keine Angaben über Auswahlkriterien enthalten. Die Empfehlungen basieren auf Stufe I und II vorarbeiten, die aber nicht weiter dokumentiert sind.
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Formaler Konsens ohne Ergebnisdarlegung.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Information für Patienten, Versicherer, Versorger und andere Interessierte.
2.2 Ziele	Ja	Verbesserung der Versorgung, Klärung des gesamten procedere.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle Patienten mit den definierten Erkrankungen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Unklar	Keine Einschränkungen genannt, in der Leitlinie werden konkrete Gruppen adressiert.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Die Problembeschreibung erfolgt in klarer, adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit umfangreichen Flussdiagrammen, Tabellen und bebilderten Anleitungen.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind im Text der Leitlinie nicht besonders gekennzeichnet, sie lassen sich aber in dem zu Beginn des Dokumentes abgebildeten Flussdiagramm leicht identifizieren.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Darstellung der Empfehlungen adressiert verschiedene Versorgungsstufen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	Es erfolgt keine Verknüpfung mit Angaben zum Grad der Notwendigkeit.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Nein	
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	4 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	0 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	11 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.25 NSW, LL 16

Strukturierter Leitlinien-Abstract		
LL 16.	NSW Therapeutic Assessment Group. Low back pain. 2002. Internet: http://www.clininfo.health.nsw.gov.au/nswtag/publications/guidelines/LowBackPain4=12=02.pdf	

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	NSW TAG Inc
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	u.k.	Nur Mitglieder des Steuergremiums des gesamten LL-Programms sind genannt, jedoch ohne Bezug auf die konkrete LL. Die Autoren, Gutachter und Kommentatoren sind nicht genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	n.a.	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Evidenzbewertung gemäß Tabelle auf S. 3
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Ja	Empfehlungen basieren – soweit möglich - auf „veröffentlichter“ Evidenz.
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	u.k.	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt für Überprüfg. Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Hohe Prävalenz, häufiger Vorstellungsgrund in der allgemeinmedizinischen Praxis, Gefahr der Chronifizierung. Ergänzung der bestehenden Leitlinien zum akuten Rückenschmerz
2.2 Ziele	Ja	Unterstützung von Allgemeinmedizinern bei der komplexen Behandlung von Patienten mit chron. Rückenschmerz.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten, die sich wegen akuter Schmerzen (ohne Verletzung oder andere Grunderkrankung) vorstellen oder wegen Exazerbation chronischer Schmerzen oder
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Allgemeinmediziner, Hausärzte und andere Disziplinen der „Primärversorgung“.

2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Ja	Bei der Entwicklung eines Behandlungsplanes soll der Patient einbezogen werden: Aufklärung über Therapieziele usw.
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Unter „Hintergrund“ am Anfang der Leitlinie dargestellt.
2.8 a) Präsentation	Ja	Gliederung in Absätzen mit Zwischenüberschriften. Wichtige Punkte in Tabellen zusammengefasst.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Tabelle 3 auf Seite 4 faßt die Empfehlungen zusammen.
2.9 Handlungsalternativen	Ja	Bei der Medikation durch ein Stufenschema gelöst: erste bis vierte Handlungsoption.
2.10 Amb./Stationär	Nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	Injektion von Opioiden (z.B. Pethidin) als allgemeine Maßnahme. Im laufenden Text genannt (S. 3 oben) und in einem separaten Textkasten (S. 4 unten).
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Ja	Bei den einzelnen Medikamenten wird auf Nebenwirkungen hingewiesen.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Ja	Einen Anhaltspunkt liefert die Tabelle „Relative cost of medicines“ auf S. 3.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Anhängende Patienteninformation („what you can do“)
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Erreichte Gesamtpunktzahl	16 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.26 PP APTA CPG, LL 17

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 17.	Philadelphia Panel. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. Phys Ther 2001;81(10):1641-74. Internet: http://www.ptjournal.org/PTJournal/October2001/v81n10p1641.cfm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Die Leitlinie ist in der Zeitschrift „Physical Therapy“ veröffentlicht, das „Philadelphia Panel“ ist die Erstellergruppe. Die Zusammenstellung der Gruppe wird in dem Methodenpapier beschrieben.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Ja	Es wird auf die Sponsoren hingewiesen.
1.3 mögl. Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die beteiligten Autoren werden namentlich und mit Nennung der Institutionen, für die sie arbeiten, aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Ja	Die Suchstrategien werden im Methodenteil erläutert.
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Das Verfahren zur Bewertung und Einordnung der Evidenzstärke wird ausführlich beschrieben.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Ja	Die Auswahl der Evidenzen für die Empfehlungen erfolgte anhand vorher definierter Outcomes.
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Gruppenkonsens mit Review.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Ja	Weiteren Interessierten wurde per Review eine Beteiligung ermöglicht.
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die Empfehlungen sind mit den Angaben zur Evidenzqualität und mit den zugrunde liegenden Quellen verknüpft.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Ja	Die Begutachtung erfolgt im Rahmen des unter 1.11 bereits genannten Review-Verfahrens. Es wird in der Leitlinie in den verschiedenen Bereichen ein „Practitioner Agreement“ angegeben.
1.14 Konsequenzen erwähnt	Ja	Es wird darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse des Reviews zu Änderungen an der Leitlinie geführt haben, diese sind in der Leitlinie dargestellt.
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Ja	In der Leitlinie und in den anhängenden Evidenztabellen wird ausdrücklich auf Unterschiede zu anderen Leitlinien verwiesen.
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Ja	Innerhalb des Methodenartikels wird kritisch Stellung genommen zu möglichen systematischen Fehlern, denen durch die vorgelegte Systematik entgegengewirkt werden soll. Der Artikel „Application to Clinical Practice“ fächert weitere methodische Aspekte auf.
1.21 LL-Report	Ja	Vorliegender Methodenartikel, auf den in der Leitlinie hingewiesen wird.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Bedeutung der Gesundheitsproblematik für die Versorgung und die Gesellschaft.
2.2 Ziele	Ja	Verbesserung der Anwendung von Rehabilitationsmaßnahmen.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle betroffenen Patienten aus den in 2.4 genannten Fachversorgungsbereichen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Anwender von physikalischer Therapie, Psychiater, Orthopäden, Neurochirurgen, Rheumatologen, Hausärzte und Neurologen.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Ja	Das Outcome der Leitlinie wurde durch die Autorengruppe im Konsens auf den Bedarf der Patienten fokussiert.
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare und adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit Hintergrunddokumenten.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Konsistenten und deutlich hervorgehobene Schlüsselempfehlungen.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Nein	Typische Aspekte, die einen stationären Aufenthalt obligatorisch machen, sind themenbedingt nicht enthalten.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Die notwendigen Maßnahmen sind klar dargelegt und mit Evidenzen belegt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Den einzelnen Empfehlungen sind Aussagen zum Nutzen zugeordnet.
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Ja	Aufgrund der Studienbasierten Darstellung ist eine Abwägung vorgenommen worden, diese ist in der Leitlinie durch die Darlegung der Studien nachvollziehbar.

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Es gab eine Befragung der Anwender-Zielgruppe im Erstellungsprozess, ferner gibtes elektronisch frei verfügbare Kopien des Materials.
3.1 b) Verhaltensänderung	Ja	Die Anwenderzielgruppe wurde zur Anwendung befragt.
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Ja	Durch Peer-Review mit Darlegung der Änderungen.
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	14 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	3 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	28 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.3.27 Prodigy, LL 18

Strukturierter Leitlinien-Abstract		
LL 18.	Prodigy. Back pain, lower. 2004. Internet: http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=back%20pain%20-%20lower	

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Prodigy
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Nein	
1.5 beteilig. Betroffener	Nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Das verwendete Evidenz-Einteilungsschema wird angegeben.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Unklar	Es gibt Hinweise auf einen Abgleich der Informationen mit anderen Institutionen, diese sind jedoch nicht konkret beschrieben.
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Da Empfehlungen sind mit Angaben zur Evidenz und der Literatur verknüpft.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Unklar	Die Leitlinie bezieht sich in der Erstausgabe auf andere Quell-Leitlinien, es werden jedoch keine ausdrücklichen Vergleiche vorgenommen.
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Nein	Aufgrund der Darlegungen in der Leitlinie ist nachvollziehbar, dass die Leitlinie kontinuierlich fortgeschrieben wird, ein eindeutiger Zeitpunkt wird jedoch nicht angegeben.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Nein	
2.2 Ziele	Ja	Verbesserung der Symptome, effektive Behandlung innerhalb von 6 Wochen, Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, Prävention chronifizierender Verläufe, Optimierung des Managements der Patienten.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle Patienten mit akuten / chronischen Rückenschmerzen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Alle mit der Behandlung betroffenen Ärzte.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	

2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Ja	Es wird auf wesentliche Fehler hingewiesen, die zur Entwicklung chronifizierender Zustände führen können und damit zu verbessernden Zustände (siehe 2.2) darstellen.
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare und adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Darstellung, elektronisches Dokument mit Navigation.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Klare und gut auffindbare Empfehlungen.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	Unklar	
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	Hinweis auf nicht durchzuführende Bettruhe oder Entlastung.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Ja	Hinweise auf Verordnungskosten und OTC-Medikationen sind enthalten.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Die Leitlinie ist elektronisch verfügbar, verschiedene speziell angepasste Versionen verfügbar (u. a. Patienteninfo).
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Ja	Es werden wesentliche Outcome-Measures beschrieben.

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	2 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.28 UOF, LL 19

Strukturierter Leitlinien-Abstract	
LL 19.	State of Florida Agency for Health Care Administration Florida Department of Health. Universe of Florida patients with low back pain or injury - Medical practice guidelines. J Back Musculoskel Rehabil 1999;21(1):35-65.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	State of Florida Agency for Health Care Administration, Florida Department of Health.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Unklar	Es wird lediglich auf die Teilnahme verschiedener Fachgesellschaften hingewiesen.
1.5 beteilig. Betroffener	Unklar	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	Nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	Nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Nein	
1.10 Konsensusverfahren	Nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	Nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Überarbeitung alle drei Jahre.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Bedeutung der Gesundheitsproblematik
2.2 Ziele	Ja	Reduktion der Erkrankungsrate und Reduktion der Kosten, Verbesserung der Situation für Arbeitende und Erkrankte.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Alle betroffenen Patienten, auch allgemeine Information der Bevölkerung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Hausärzte und weitere definierte Fachgruppen.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Ja	Es wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass die Bedürfnisse der Patienten grundsätzlich Einfluss auf die Behandlung nehmen sollen.

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare und adressatengerechte Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Übersichtliche Präsentation mit Flussdiagrammen.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind eindeutig zu identifizieren.
2.9 Handlungsalternativen	Nein	
2.10 Amb./Stationär	Ja	Angabe aller Versorgungsebenen in der Leitlinie.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Nein	
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	u.a. Obsoletheit von ruhigstellenden Maßnahmen.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	Nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Nein	Indirekte Rückschlüsse sind möglich, jedoch keine explizite Darstellung.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Implementierung per Gesetz.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	2 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	13 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.3.29 VHA, LL 20

Strukturierter Leitlinien-Abstract		
LL 20.	Veterans Health Administration. Low back pain and sciatica in primary care (LBP). 1999. Internet: http://www.oqp.med.va.gov/cpg/LBP/LBP_Base.htm	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	Ja	Department of Veterans Affairs / Veterans Health Administration
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	Nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	Ja	Die Autoren werden namentlich mit Nennung der Organisationen und der Fachgebiete, in denen sie tätig sind, genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	Ja	Eine Beteiligung von weiteren Interessengruppen wird in der Leitlinie angegeben, die Beteiligung von Patientengruppen lässt sich nicht nachvollziehen.
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	Nein	Es wird auf das grundsätzliche Vorgehen hingewiesen, eine genaue Dokumentation erfolgt nicht.
1.7 DoKu Suchstrategie	Ja	Die Suchstrategie wird grundlegend beschrieben.
1.8 Meth. Evidenzstärke	Ja	Das verwendete Schema (5 Grade, 3 Klassen) wird beschrieben.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	Ja	Das Vorgehen zur Auswahl der Empfehlungen ist beschrieben.
1.10 Konsensusverfahren	Ja	Gruppenkonsens mit Review-Verfahren.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	Ja	Im primären Erstellungsverfahren und über das Review-Verfahren sind interessierte Kreise mit eingeschlossen.
1.12 Evidenzverknüpfung	Ja	Die Empfehlungen sind mit den Evidenzen und der zugrundeliegenden Literatur verknüpft.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	Ja	Begutachtung durch mehrstufigen Review-Prozess.
1.14 Konsequenzen erwähnt	Nein	
1.15 Pilotversuch	Nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	Ja	Die Leitlinie wurde im Rahmen des Erstellungsprozesses mit Leitlinien der AHCPR abgeglichen.
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Zeitpunkt Überprüfg. oder Aktualisierung genannt	Ja	Es wird auf eine regelmäßige Überprüfung oder bei bekanntwerden neuer Evidenz hingewiesen. Der aktuelle Update-Status ist unklar.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	Nein	Es wird darauf hingewiesen, dass Mitglieder der VA relevante Punkte melden sollen.
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	Nein	
1.21 LL-Report	Unklar	Die dementsprechenden Dokumente sind wiederholt nicht abrufbar.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	Ja	Die Gründe lassen sich nur indirekt aus der Leitlinie entnehmen, es werden Aspekte der Morbidität und der Mortalität genannt.
2.2 Ziele	Ja	Unterstützung der Ärzte bei der Entscheidungsfindung,

		Entwicklung und Einhaltung von Standards und zur Qualitätsverbesserung bei der Versorgung, kostenoptimierte Diagnostik, Therapie und Arzneiverschreibung.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	Ja	Patienten ≥ 17 Jahre mit der definierten Erkrankung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	Ja	Primärer Adressat: Hausärzte, aber ausdrücklich alle Ärzte, die Patienten mit Rückenschmerzen oder Sciatica behandeln.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	Nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	Ja	An verschiedenen Stellen (z.B. Röntgen der Wirbelsäule) werden klare Hinweise zur Indikation mit dem Ziel der Vermeidung unnötiger Strahlenbelastungen gegeben.
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	Ja	Klare Problembeschreibung in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	Ja	Klare und übersichtliche Präsentation mit unterstützendem Zusatzmaterial (u.a. Flussdiagramme, Zusammenfassung, Taschenkarten, Schlüsselpunkte).
2.8 b) Schlüsselempfehlung	Ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind klar hervorgehoben und u.a. in einer gesonderten Zusammenfassung enthalten.
2.9 Handlungsalternativen	Ja	Für verschiedene Pharmaka werden die Einsatzmöglichkeiten so beschrieben, dass eine differenzierte Auswahl ermöglicht wird.
2.10 Amb./Stationär	Ja	Die Leitlinie adressiert Empfehlungen primär im hausärztlichen Versorgungssektor, beschreibt aber auch weitere Aspekte zur stationären Behandlung i.S. von Schnittstellen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	Ja	Die notwendigen Maßnahmen sind mit den Evidenzgraden und der Literatur verknüpft und übersichtlich dargestellt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	Ja	Innerhalb der einzelnen Unterkapitel ist bei den wesentlichen Empfehlungen jeweils eine Rubrik „Obsoleter Maßnahmen“ enthalten.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	Ja	Der durch die Empfehlungen der Leitlinie mögliche zu erzielende Nutzen wird anhand von Studienergebnissen belegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	Ja	Auf mögliche Folgen oder Nebenwirkungen wird hingewiesen. Die Darstellung erfolgt dabei aber nicht orientiert am natürlichen Verlauf der Erkrankung.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	Ja	Es werden Angaben zu Gesamtverordnungskosten für verschiedene Medikamente gemacht, aus denen sich die verursachten Kosten für den individuellen Patienten abschätzen lassen.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	Nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	Ja	Es werden u. a. eine Kurzversion, Patientenversionen und Patienten-Hilfsmaterialien mitgeliefert, Maßnahmen für kontinuierliche Fortbildung werden entwickelt.
3.1 b) Verhaltensänderung	Nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	Nein	
3.2 Regionale Anpassung	Nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	Nein	
3.4 Indikatoren	Nein	

Zusammenfassende Beurteilung der methodischen Qualität		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	15 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	28 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4 Recherche-Datenbanken „chronischer Rückenschmerz“

Literaturdatenbanken (z. T. Schwerpunkt: Evidence-based Medicine)

BANDOLIER Oxford Database of Evidence Based Medicine. National Institutes of Health, UK
Best Evidence. American College of Physicians, American Society of Internal Medicine (CD-ROM 5, 2001), US
Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, UK
CCMed (Current Contents Medizin). Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, DE
Cochrane Library online
DAHTA-Datenbank (Deutsche Agentur für Health Technology Assessment beim DIMDI ¹), DE
DIMDI Medline ¹ , DE
DIMDI AMED, Biosis, Embase, Gerolit, Heclinnet, IPA, Somed ¹ , DE
INIST (Institut de l'Information Scientifique et Technique), FR
INSIDE. British Library, UK
KBV HTA-Berichte. Kassenärztliche Bundesvereinigung, DE
LoC (Library of Congress), US
NLM (Katalog der National Library of Medicine über DIMDI; CATFILEplus ¹), US
NTIS (National Technical Information Service). US-Department of Commerce, US
ZBMed (Online-Katalog der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin über DIMDI; Medicat ¹), DE
Linksammlungen zu Leitlinien auf www.leitlinien.de , DE
Internetsuchmaschine: www.google.de

Recherche in fachübergreifende Leitliniendatenbanken:

AHRO (Agency for Health Care Research and Quality), US
AMDA (American Medical Directors Association), US
AMA (Alberta Medical Association), CA
AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft), DE
AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), DE
BÄK (Bundesärztekammer), DE
British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines, CA
CCGC (The Colorado Clinical Guidelines Collaborative), US
CHSR (Centre for Health Services Research), UK
CMA Infobase. Canadian Medical Association, CA
Equip Magazin Online, UK
eGuidelines. Mededenum Group Publishing Ltd., UK
eMJA Clinical Guidelines (Medical Journal of Australia), AU
GAC (Guidelines Advisory Committee), CA
G-I-N (Guidelines International Network)
Health Canada LCDC (Laboratory Centre for Disease Control) Guidelines, CA
HSTAT (Health Services Technology Assessment Texts), US
Humana Quality Improvement, US
ICSI (Institute for Clinical Systems Integration), US
Ministry of Health Singapore, SG
NeLH (National Electronic Library for Health), UK
NGC (National Guideline Clearinghouse), US
NHMRC (National Health and Medical Research Council), AU

NICE (National Institute for Clinical Excellence), UK
NIH (National Institutes of Health), US
NSW Health. New South Wales Department of Health, AU
NZGG (New Zealand Guidelines Group), NZ
PVA (Paralyzed Veterans of America), US
PBM SHG (Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group), US
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), UK
SGHMS (St. George´s Hospital Medical School), UK
Tufts Health Plan, US
UCSD (University of California, San Diego, Medical Center), US
UWP (University of Washington Physicians), US
VA (Department of Veterans Affairs), US
VPOHC (Vermont Program for Quality in Health Care), CA
VHA (Veterans Health Administration/Office for Quality and Performance), US
VH (Virtual Hospital), University of Iowa, US
WHO (World Health Organization)

Französische, niederländische, finnische Leitliniendatenbanken (Suche nach deutschen oder englischen Übersetzungen)

ANAES (Agence Nationale d´Accréditation et d´Evaluation en Santé), FR
CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg), NL
NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), NL
Finnish Medical Society Duodecim, FI

Recherche in folgenden fachspezifischen Leitliniendatenbanken:

Allgemeinmedizin
AAFP (American Academy of Family Physicians), US
ABFP (American Board of Family Physicians), US
ACP-ASIM (American College of Physicians – American Society of Internal Medicine), US
GRAS (Groupe de Recherche et d´Action pour la Santé), BE (französisch; Suche nach dt./engl. Übersetzungen)
Manitoba (College of Physicians and Surgeons of Manitoba), CA
Linksammlung der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin), DE
OPOT (Ontario Program for Optimal Therapeutics), CA
RACGP (Royal Australian College Of General Practitioners), AU
RCGP (Royal College of General Practitioners), UK
RCGP Quick (Royal College of General Practitioners), UK: Quick Guides
RCP (Royal College of Physicians of London), UK
RNZCGP (Royal New Zealand College of General Practitioners), NZ
Chirurgie
AAOS (American Academy of Orthopedic Surgeons), US
ACS (American College of Surgeons), US
RCSE (Royal College of Surgeons of England), UK
Geriatric
AGS (American Geriatrics Society), US

Neurologie
AAN (American Academy of Neurology), US
Orthopädie
BOA (British Orthopaedic Association), UK
Prävention
ACPM (American College of Preventive Medicine), US
CDC (Centers for Disease Control and Prevention), US
CTFPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care) CA
Radiologie
ACR (American College of Radiology), US
AIUM (American Institute of Ultrasound in Medicine), US
IIR (Irish Institute of Radiography), IE
RCR (The Royal College of Radiologists), UK
SNM (Society of Nuclear Medicine), US
Rehabilitation
AAPMR (American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation), US
Schmerzen
AAPM (American Academy of Pain Medicine), US
APS (American Pain Society), US
NSW TAG (New South Wales Therapeutic Assessment Group), AU