

Qualitätsstandard unspezifischer Rückenschmerz Öffentliche Konsultation – Ergebnisse und Kommentierung

16.1.2020

Entsprechend der aktualisierten „Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards“ (Version 2.0, BMASGK 2019) wurde der Qualitätsstandard (QS) unspezifischer Rückenschmerz einer öffentlichen Konsultation unterzogen. Die Konsultation erfolgte im Rahmen eines standardisierten Prozesses: Die entsprechenden Unterlagen (Qualitätsstandard, Stellungnahme-Dokument mit Leitfaden für die Stellungnahme) wurden auf der GÖG-Website veröffentlicht. Rund 150 Einrichtungen/Organisationen im österreichischen Gesundheitssystem wurden per Email zur Möglichkeit der öffentlichen Konsultation des QS Rückenschmerz informiert. Als Konsultationszeitraum wurde der 20. Nov. bis 20. Dez. 2019 festgelegt. (Auf Anfrage wurde eine verlängerte Frist zur Übermittlung der Stellungnahme bis 7. Jän 2020 gewährt.)

Tabelle: Öffentliche Konsultation QS unspezifischer Rückenschmerz – Auflistung Einrichtung/Organisationen/Privatpersonen, die eine Stellungnahme abgegeben haben (Reihung nach Datum des Einlangens)

Einrichtung/Organisation	eingelangt
Oberösterreichische Gesundheitsholding / OÖG	17.12.2019
Oberösterreichische Ärztekammer / OÖ ÄK	18.12.2019
Österr. Ärztekammer / ÖÄK	18.12.2019
Österr. Gesell. f. Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin / ÖGARl	18.12.2019
Bundesfachgruppe Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation der ÖÄK	19.12.2019
Österreichische Apothekerkammer / ÖAK	19.12.2019
Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation / ÖGPMR	19.12.2019
Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH/Universitätsklinikum Innsbruck	19.12.2019
Landeslinik Hallein (SALK)	20.12.2019
Landeskrankenhaus Innsbruck / Universitätskliniken	20.12.2019
WKÖ, Fachverbandes der Gesundheitsbetriebe	23.12.2019
Berufsverband Österreichischer PsychologInnen / BÖP	3.1.2020
Ergotherapie Austria, Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs	7.1.2020
Physio Austria, Bundesverband der Physiotherapeut/innen Österreichs	7.1.2020

Darstellung: GÖG

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet sämtliche Stellungnahmen aus der öffentlichen Konsultation zum QS unspezifischer Rückenschmerz (Reihung nach Einlangen). Die Stellungnahmen sind jeweils im Originalwortlaut wiedergegeben. In der Spalte „Kommentar der Projektgruppe“ ist für jede einzelne Stellungnahme angeführt, ob nach Abstimmung in der Projektgruppe Qualitätsstandards (PG QS) die betreffende Stellungnahme in den Qualitätsstandard eingearbeitet, zur Kenntnis genommen oder abgelehnt wird. Gegebenenfalls wird eine Begründung für das Vorgehen der PG QS angeführt.

Tabelle: Stellungnahmen der öffentlichen Konsultation zum Qualitätsstandard unspezifischer Rückenschmerz und Kommentierung der Projektgruppe Qualitätsstandards

(Abkürzungen: BMASGK = Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, FG VP = Fachgruppe Versorgungsprozesse, GÖG = Gesundheit Österreich GmbH, LL = Leitlinie, PG = Projektgruppe, ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit, QS = Qualitätsstandard, VE = Versorgungsebene)

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
Allgemeine Anmerkungen					
Die Forderung, dass die/der Behandlungsführende Arzt die Koordination übernehmen möge, wird ergänzt durch die Forderung, dieser möge auch die Dokumentation übernehmen. Dies ist unmöglich, da die Dokumentation der jeweiligen Leistungserbringer diesem Arzt nicht zur Verfügung steht	Österr. Gesellschaft f. Physik. Med. u. Reha	Die Forderung, dass die/der Behandlungsführende Arzt die Koordination übernehmen möge, wird ergänzt durch die Forderung, dieser möge auch die Dokumentation übernehmen. Dies ist unmöglich, da die Dokumentation der jeweiligen Leistungserbringer diesem Arzt nicht zur Verfügung steht	Zu fordern ist, dass jeder Teilnehmer seine Dokumentation so führt, dass sie für die anderen Teilnehmer verständlich zur Verfügung steht.	Leiner 2012. Medizinische Dokumentation: Grundlagen einer qualitätsgesicherten Krankenversorgung. (Anmerkung: Aus urheberrechtlichen Gründen kann keine Kopie der Publikation beigelegt werden)	Zum Teil berücksichtigt: „Dokumentation“ aus Empfehlung 3 (Kap. 4.1.3) gestrichen, da hierzu eigene Empfehlung 4 (siehe Kap. 4.1.4).
Generell zu Schmerzfragebögen	BÖP	Anwendung und Interpretation von Schmerzfragebögen: Alle psychologische Verfahren zur Erfassung schmerzrelevanter Informationen betreffend ist festzuhalten, dass das Psychologengesetz hierzu einen Anwendungsvorbehalt definiert. Es ist zu klären, ob die Anwendung dieser Verfahren nicht den Klinischen Psycholog*innen vorbehalten ist!			Geklärt und abgelehnt.
Impressum					
II	SALK	Impressum: Dr. Anita Offenthaler, OÖGKK ab 1.1.20: ÖGK	anstatt Oberösterreich-SGKK : ÖGK Österreichische Gesundheitskasse		Im QS angepasst.
Glossar					
XII Interdisziplinär Verschiedene Disziplinen innerhalb einer Berufsgruppe umfassend (z. B. verschiedene Fachrichtungen oder Spezialisierungen von Ärztinnen/Ärzte, siehe ÖSG 2017, S. 193)	SALK	Frage: Gehört die Klinische Psychologie auch dazu?	Wenn ja, bitte ergänzen		Im Glossar „Interdisziplinäres Assessment“ wie folgt ergänzt: <i>Das interdisziplinäre Assessment dient der Klärung der Indikation für eine multimodale Therapie mit dem Ziel, eine Chronifizierungsgefährdung zu erkennen</i>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
					<i>und ein intensives, interdisziplinäres Therapieprogramm mit verbesserter Prognose einzuleiten (vgl. Casser 2013). Teilnehmende Untersucher/inner sind mindestens ein Facharzt sowie ein nicht-ärztlicher Gesundheitsdiensteanbieter (u. a. Psychologin/Psychologe, Psychotherapeut/in, Physiotherapeut/in), möglichst jeweils mit schmerztherapeutischer Qualifikation.</i>
XII, Glossar, Absatz Multimodale Schmerztherapie	BÖP	statt PsychologInnen "Klinische PsychologInnen" verwenden, da die "Schmerzpsychologie" eine Spezialisierung der Klinischen Psychologie darstellt.	statt PsychologInnen "Klinische PsychologInnen"	Die "Schmerzpsychologie" stellt eine Spezialisierung der Klinischen Psychologie dar. Nur Klinische PsychologInnen dürfen klinisch-psychologisch behandeln und nur die klinisch-psychologische Behandlung entspricht jener der PsychotherapeutInnen.	Angenommen.
XII letzter Absatz	Oberösterr. Ges.holding	bei den "red flags" fehlt der entzündliche Kreuzschmerz	... weisen sogenannte "red flags" auf mögliche zugrundeliegende (schwerwiegende) Erkrankungen hin (z.B. Frakturen, ..., entzündlicher		Abgelehnt, da hier nur exemplarische Auflistung.
XII, yellow flags Sogenannte „yellow flags“ sind psychosoziale Faktoren (insbesondere kognitiv/emotionale und verhaltensbezogene Merkmale), die das Risiko für eine Chronifizierung von Rückenschmerzen erhöhen können und für den Krankheitsverlauf eine entscheidende Rolle spielen.	BÖP	Gesamter Absatz Auch hier fehlt aus klinisch-psychologischer Sicht der Hinweis auf die somatoforme Schmerzstörung.	Bitte ergänzen	S.XIII, yellow flags	Abgelehnt, siehe LL Kreuzschmerz 2018, S.16

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
Ziel ist es, Personen mit einem hohen Chronifizierungsrisiko durch psychosoziale Faktoren frühzeitig zu identifizieren und sie ggf. einer spezifischen Behandlung zuzuführen, um damit das Risiko eines langwierigen, komplizierten und kostenintensiven Krankheitsverlaufes abzuwenden (vgl. LL Kreuzschmerz, BMASGK 2018, S. 16).					
XII	SALK, Klinische Psychologin	Extramuraler Bereich, 2. Zeile	die Klammer vor Krankenanstalten entfernen		In QS eingearbeitet
XII Die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patientinnen/Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologische übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind. Die Behandlung wird von einem Therapeutenteam aus Ärzten einer oder mehrerer Fachrichtungen, Psychologen bzw. Psychotherapeuten und weiteren Disziplinen (wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten u. a.) erbracht. Unter ärztlicher Leitung stehen die beteiligten Therapieformen und Disziplinen gleichberechtigt nebeneinander. Obligat ist eine gemeinsame Beurteilung des Behandlungsverlaufs innerhalb regelmäßiger vorgeplanter	SALK	Multimodale Schmerztherapie, 4. Zeile	anstatt "psychologisch übende": klinisch psychologisch klärende und übende		Im QS überarbeitet, siehe nachfolgenden Kommentar.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
Teambesprechungen unter Einbindung aller Therapeuten (vgl. Arnold et al. 2009, S. 112).					
XII Multimodale Schmerztherapie, 4. Zeile	BÖP		... psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren ... klinisch-psychologische und/oder psychotherapeutische Verfahren	zum ersten ist Schmerztherapie ein Bestandteil der Klinischen Psychologie und zum zweiten gehen klinisch-psychologische Verfahren weit über "Üben" hinaus, sondern beinhalten eine umfassende Diagnostik, Problemanalyse und funktionale zielbezogene Interventionen.	Angenommen.
XII, Multimodale Schmerztherapie, 10. Zeile	BÖP		...Psychologen bzw. Psychotherapeuten ... ersetzen durch "Klinische Psychologen"	Schmerzpsychologie ist eine Spezialisierung der Klinischen Psychologie und ist im Kontext von klinisch-psychologischer Behandlung zu sehen. Daher können hier nur Klinische Psycholog*innen genannt werden.	Angenommen, siehe oben.
XII	SALK	Multimodale Schmerztherapie, 8. Zeile	anstatt Psychologen: Klinische Psychologen (gilt generell für dieses Paper)		Angenommen, siehe oben.
XII.: Unspezifischer Rückenschmerz	BÖP	In dem gesamten Qualitätsstandard fehlt der Verweis auf die Möglichkeit einer somatoformen Störung oder – nach DSM-5/ICD-11 – einer somatischen Stressstörung. Das ist aus klinischpsychologischer Sicht als Qualitätsmangel des QS zu sehen. Unspezifische Rückenschmerzen liegen definitionsgemäß vor, wenn für die Schmerzen keine spezifisch zu behandelnde Ursache gefunden werden konnte, ... In diesem Absatz sollte aus klinischpsychologischer Sicht unbedingt auf das			Angenommen, siehe oben.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		Kapitel V (F) der ICD-10 verweisen werden, insbesondere auf die somatoforme Schmerzstörung			
XIII	SALK	"Auslöser" ergänzen	"yellow flags": ... die das Risiko für Auslöser und Risiko für eine Chronifizierung von Rückenschmerzen		Im QS ergänzt

Kap. 1: Hintergrund und Ausgangslage

<p>S. 1, 1.2 Kurzübersicht zur Ausgangslage Gemäß aktualisiertem Methodenhandbuch Version 2.0 (BMASGK 2019) wurde als Grundlage für die weitere Konzeption des vorliegenden Qualitätsstandards eine sogenannte Kurzübersicht erarbeitet (GÖG 2019). Diese Kurzübersicht bietet eine übersichtsmäßige Darstellung mit essenziellen Informationen zum Themenbereich unspezifischer Rückenschmerz (u.a. Definition der Erkrankung, betroffene Patientengruppe, Versorgungssituation und Behandlungspfade, Leitlinien und Standards inklusive Qualitätsbewertung, Datengrundlagen und -quellen, gesetzliche Bestimmungen, betroffene Stakeholder). Zusätzlich wurden Bereiche mit potenziellem Handlungsbedarf (sogenannte „Handlungsfelder“) identifiziert, die zur Weiterentwicklung einer flächendeckenden, qualitätsgesicherten, abgestuften Versorgung von (Rücken)-Schmerzpatienten in Österreich beitragen können. Die Kurzübersicht wird gemeinsam mit der finalen Version der Qualitätsstandards veröffentlicht</p>	<p>OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe</p> <p>ÖGPMR</p>	<p>Die Publikation der Kurzübersicht wird ohne die Möglichkeit einer vorherigen Kommentierung und Überprüfung publiziert werden, die Autoren sind derzeit unbekannt, die Vorgehensweise intransparent. Steht im Widerspruch zum, für die Erstellung des Behandlungspfades, festgelegten partizipativen Vorgehens.</p>	<p>Entfernung der Kurzübersicht aus dem Publikationsumfang</p>	<p>Leitfaden inklusive Stellungnahme – Tabelle zur Öffentlichen Konsultation : Qualitätsstandard Rückenschmerz</p>	<p>Abgelehnt. Zur Veröffentlichung der Kurzübersicht ist eine externe Kommentierung und Überprüfung nicht vorgesehen, da die Kurzübersicht nicht Teil der QS ist.</p>
--	--	---	--	--	---

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
S. 1 1.1 Hintergrund und Seite 2 1.3.2	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR	Im gesamten Text wird die Bezeichnung des Gegenstandes der Leitlinie LL2018 nicht durchgängig eingehalten. So ist auf Seite 1 von Patienten mit akuten und chronischen unspezifischen Rückenschmerzen die Rede. Es fehlen „subakute, akut rezidivierende und chronisch rezidivierende“, die genauso in der LL2018 umfasst sind. Hier wäre das Wording der LL2018 durchgängig zu empfehlen.	Hier wäre das Wording der LL 2018 durchgängig zu empfehlen	LL Kreuzschmerz 2018	Im QS vereinheitlicht
S. 1 1.1 Hintergrund Unter dem Vorsitz des BMASGK in Zusammenarbeit mit den betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und unter Mitarbeit der österreichischen Ärztekammer wurde die österreichische Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen(kurz : LL Kreuzschmerz) erstellt und im August 2018 veröffentlicht.	ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR	Die Leitlinie wurde einstimmig verabschiedet.	Unter dem Vorsitz des BMASGK in Zusammenarbeit mit den betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und unter Mitarbeit der österreichischen Ärztekammer wurde die österreichische Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen kurz: LL Kreuzschmerz) erstellt, einstimmig verabschiedet und im August 2018 veröffentlicht.	LL Kreuzschmerz 2018	In QS eingearbeitet
S. 2: Unspezifische Rückenschmerzen	BÖP	Definition auch hier wiederum Verweis auf somatoforme Störungen		s.o.	Abgelehnt, siehe LL Kreuzschmerz 2018, S.16
S. 3: 1.3.3 Priorisierte Versorgungsbereiche mit besonderem Interventionsbedarf (Handlungsfelder) Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zum Thema Rückenschmerz (u.a. Bedeutung der körperlichen Aktivität zur Therapie von unspezifischen Rückenschmerzen und zur Prävention einer Chronifizierung; Erstellen einer Patientenbroschüre zum Thema Rückenschmerz)	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und	Körperliche Aktivität ist keine Therapie des unspezifischen Rückenschmerzes, sondern kann diesen sogar, wenn der zugrundeliegende Schmerz nicht rechtzeitig und wirkungsvoll behandelt wird, nachhaltig verschlechtern. Daher Ergänzung um Bedeutung der schnellstmöglichen nicht-medikamentösen Schmerztherapie, um die körperlichen Aktivität zu erhalten.	Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zum Thema Rückenschmerz (u.a. die Bedeutung der schnellstmöglichen, vorzugsweise nicht-medikamentösen Therapie, um die körperliche Aktivität bei unspezifischen Rückenschmerzen zu erhalten und zur Prävention einer Chronifizierung; Erstellen einer Patientenbroschüre zum Thema Rückenschmerz)	LL Kreuzschmerz 2018 Hartvigsen 2018 Torstensen 1998	Teilweise berücksichtigt. Im QS umformuliert: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten zum Thema Rückenschmerz (u.a. zur Bedeutung von Maßnahmen, um die körperliche Aktivität bei unspezifischen Rückenschmerzen zu erhalten und zur Prä-

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
	Rehabilitation, LKH Innsbruck				vention einer Chronifizierung); Erstellen einer Patientenbroschüre zum Thema Rückenschmerz
S. 3 1 Hintergrund 1.3.4 Leitlinien und Standarts	ÖGARI	CAVE: Medizinische Universität Graz und HVB (2019) Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene	Behandlungspfad MedUniGraz streichen		Behandlungspfad MedUniGraz 2019 bleibt (zusätzliche) Grundlage für den QS.
S. 3, 1.3.4 Leitlinien, Standards und Behandlungspfade: Leitlinien und Standards Die fünf nachfolgend genannten Leitlinien und Standards bilden die medizinischwissenschaftlichen Grundlagen für diesen Qualitätsstandard. Auf Basis der Bewertungen mit dem Deutschen Leitlinienbewertungsinstrument (DELBI) (AWMF / ÄZQ 2008) wurde für diese Leitlinien und Standards eine insgesamt hohe methodische Qualität festgestellt (vgl. Kurzübersicht zum QS Rückenschmerz, GÖG 2019, S. 11) BMASGK: LL Kreuzschmerz 2018 »MedUni Graz und HVB(2019) Behandlungspfad : Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene »Bundesärztekammer (2017) Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR	Der „Medizinische Universität Graz und HVB(2019) Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene“ wurde offensichtlich interessen geleitet erstellt und weist zahlreiche methodische und wissenschaftliche Mängel auf, die u.a. in dem beiliegenden Expertenpapier (siehe beiliegende Evidenz im Originaltext) dargestellt sind. Die Publikation wurde mittlerweile vom HVSV zurückgezogen und ist auf dessen Homepage nicht mehr abrufbar. Die „Bundesärztekammer et al. (2017) Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ ist aufgrund der österreichischen LL2018, als dessen Basis sie verwendet wurde, und nach der Publikation 2018 und 2019 erschienener Literatur, überholt. Zahlreiche Empfehlungen, insbesondere zur nichtmedikamentösen Therapie – Physikalische Therapiemodalitäten), wurden willkürlich entgegen der auch schon 2017 vorhandenen Evidenz, mit der Begründung, sie „förderten die Passivität der Patienten“ ohne wissenschaftlichen Nachweis für diese Begründung, herabgestuft. Die „NICE Guideline Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and	Seite 3 .3.4 Leitlinien, Standards und Behandlungspfade: Leitlinien und Standards Die beiden nachfolgend genannten Leitlinien und Standards bilden die medizinischwissenschaftlichen Grundlagen für diesen Qualitätsstandard. BMASGK (2018) Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen (Kurzbezeichnung: LL Kreuzschmerz2018) ACP: Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians	LL Kreuzschmerz 2018 Hartvigsen 2018 Torstensen 1998 Qaseem/ACP 2017. Non-invasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain.. Recommendation 1,2,3 Expertenrunde zur fachlichen Analyse des „Behandlungspfad des Nicht-Spezifischer Kreuzschmerz auf Primärversorgungsebene“ der Medizinischen Universität Graz und HVB (2019) (Anmerkung: unveröffentlicht, beiliegend)	Ad Bundesärztekammer et al. 2017. Nationale Versorgungs-LL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz: bleibt Grundlage für den QS, da gültig und hohe methodische Qualität. Ad NICE 2017 Guideline Low back pain: bleibt Grundlage für den QS, da gültig und hohe methodische Qualität. Ad HQO 2019. Quality standard Low back pain: bleibt Grundlage für den QS, da gültig und hohe methodische Qualität. Ad Behandlungspfad MedUniGraz 2019: bleibt (zusätzliche) Grundlage für den QS. Ad Quaseem/ACP Guideline 2017: wird nicht als med.-wissenschaftl. Grund-

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
<p>»NICE (2019) Quality standard Low back pain and sciatica in over 16s</p> <p>»HQO (2019) Quality standard Low back pain. Care for adults with acute low back pain</p>		<p>management" weist ein Publikationsdatum 2016 auf und gibt, insbesondere zur nicht-medikamentösen Therapie, überholte, der rezenten Literatur widersprechende negative Empfehlungen. Auch der Kanadische Standard „HQO (2019) Quality standard Low back pain. Care for adults with acute low back pain" wurde willkürlich aus einer Vielzahl existierender Standards ausgewählt.</p> <p>Hingegen wurde der Amerikanischer Standard des American College of Physicians, der nicht-medikamentöse Verfahren, wie Physikalische Kombinationsbehandlung ausdrücklich vor medikamentöser Behandlung empfiehlt, nicht einbezogen:</p> <p>Qaseem/ACP 2017. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain; Recommendation 1,2,3</p> <p>Expertenrunde zur fachlichen Analyse des „Behandlungspfades Nicht-Spezifischer Kreuzschmerz auf Primärversorgungsebene" der Medizinischen Universität Graz und HVB (2019) of Interna! Medicine 4. April 2017</p>			<p>lage für den QS aufgenommen, da methodische Limitationen gemäß DELBI, v.a. in Domäne 5 (Generelle Anwendbarkeit) und 7 (Anwendbarkeit im österreich. Gesundheitssystem) festgestellt wurden (siehe Kurzübersicht).</p>
<p>S. 3,4</p> <p>Für Österreich wurden zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Qualitätsstandards vier evidenzbasierte Pfade zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen identifiziert (Abbildungen und Beschreibungen der Pfade finden sich in den nachfolgend angegebenen Originalpublikationen) zwei Behandlungspfade für den gesamten Versorgungsbereich für Pa-</p>	<p>OÖ AK</p> <p>ÖÄK</p> <p>Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK</p> <p>WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe</p> <p>ÖGPMR</p>	<p>Die Publikation der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die dazugehörigen Infoboxen sind methodisch/wissenschaftlich mangelhaft und mittlerweile von der Homepage des HVSV entfernt, daher nicht mehr öffentlich verfügbar.</p>	<p>Für Österreich wurden zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Qualitätsstandards zwei evidenzbasierte Pfade zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen identifiziert (Abbildungen und Beschreibungen der Pfade finden sich in den nachfolgend angegebenen Originalpublikationen).</p> <p>Diese zwei Behandlungspfade für den gesamten Versorgungsbereich für Patientinnen /Patienten mit akuten bzw. fortbestehenden unspezifischen Kreuzschmerzen</p>	<p>LL Kreuzschmerz 2018</p> <p>Expertenrunde zur fachlichen Analyse des „Behandlungspfades Nicht-Spezifischer Kreuzschmerz auf Primärversorgungsebene" der Medizinischen Universität Graz und HVB (2019) (Anmerkung: unveröffentlicht, beiliegend)</p>	<p>Behandlungspfad MedUniGraz 2019 bleibt (zusätzliche) Grundlage für den QS.</p>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
<p>tientinnen/Patienten mit akuten bzw. fortbestehenden unspezifischen Kreuzschmerzen sind in der oben genannten österreichischen LL Kreuzschmerz dargestellt (BMASGK 2018, S. 35 und S. 38).</p> <p>»Zwei Behandlungspfade für Personen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz ausschließlich auf Primärversorgungsebene finden sich in der oben genannten Publikation der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (MedUniGraz 2019)</p>			<p>sind in der oben genannten Österreichischen LL Kreuzschmerz dargestellt (BMASGK 2018, S. 35 und S. 38).</p>		
S. 5, 1.3.7 Nichtziele	ÖGARI	<p>Hinweis: Eine Empfehlung hinsichtlich der schmerzmedizinischen Zusatzausbildung des ärztlichen und nicht-ärztlichen, an der Therapie beteiligten, Personals (z.B. painnurses in der Versorgungsebene II und III) ist sehr wichtig und muss unbedingt definiert werden.</p>			Nichtziele des QS von FG VP festgelegt.
S. 5, Kap. 1.3.7	Oberösterr. Ges.holding	<p>Eine Empfehlung im Bereich der Ausbildung des beteiligten Therapiepersonals ist sehr wichtig und soll unbedingt definiert werden.</p> <p>Die Empfehlungen zur Ausbildung sollen unter Punkt 4 aufgenommen werden, z.B. ÖÄK Diplom Spezielle Schmerztherapie</p>			Abgelehnt, da in FG VP festgelegt, dass im QS keine Empfehlungen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung (siehe Kap. 1.3.7 Nichtziele)
Kapitel 2: Methode					
S. 6 Abgestuftes Versorgungskonzept	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik.	<p>Der Umstand, dass einige Gesundheitssysteme, die sehr zentral reguliert sind, in solchen abgestuften System arbeiten („Gatekeeper“), bedeutet nicht automatisch, dass diese Best Practice sind. Hierzu fehlt jegliche Evidenz. Ein nicht</p>	<p>Die Basisversorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erfolgt extramural durch niedergelassene Ärztinnen/ Ärzte für Allgemeinmedizin, in PVE oder in selbständigen Ambulatorien, sowie durch Fachärztinnen</p>	WGKK. Tarif für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine	Abgelehnt, da politisches Commitment zur abgestuften Versorgung von Pat. mit

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
	Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck	abgestuftes System, bei dem der Patient selbst die Möglichkeit hat, seine basisversorgende Ärztin/Arzt zu wählen, hat zahlreiche Vorzüge, insbesondere einen raschen, kompetenten Behandlungsbeginn.	/ Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation und Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin und Neurologie.	Rehabilitation 2019. Anlage C Informationsblatt der WGKK Physikalische Behandlungen 2019 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 Crevenna 2015. Mur 2016	unspezifischen Rückenschmerzen.
Kapitel 3: Abgestuftes Versorgungskonzept					
S. 8, 3 Abgestuftes Versorgungskonzept 3.1.1 Versorgungsebene I	ÖGARI	Die Basisversorgung erfolgt extramural auch bei Fachärztinnen/Fachärzten	Die Basisversorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erfolgt extramural durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen/Fachärzte, in PVE oder in selbständigen Ambulatorien.		Abgelehnt, da politisches Commitment zur abgestuften Versorgung von Pat. mit unspezifischen Rückenschmerzen.
S. 8, 3.1.1 Die Basisversorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erfolgt extramural durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, in PVE oder in selbständigen Ambulatorien.	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck	In die Basisversorgung von Patientinnen mit unspezifischen Rückenschmerzen sind neben Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin auch Fachärztinnen / Fachärzte, die schon derzeit einen zeitnahen, niederschweligen Zugang zur zeitnahen fachgerechten Versorgung sicherstellen, einzubeziehen: Fachärztinnen/Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation. Insbesondere der Ausschluss von Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation aus der Basisversorgung unter gleich-	Die Basisversorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erfolgt extramural durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, in PVE oder in selbständigen Ambulatorien sowie durch Fachärztinnen/Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Fachärztinnen / Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin und Neurologie.	WGKK. Tarif für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation 2019. Anlage C Informationsblatt der WGKK Physikalische Behandlungen 2019 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 Crevenna 2015. Mur 2016	Abgelehnt, da politisches Commitment zur abgestuften Versorgung von Pat. mit unspezifischen Rückenschmerzen.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>zeitiger Einbeziehung der Privaten Krankenanstalten für Physikalische Therapie schafft ein sachlich nicht begründbares Monopol zugunsten der Privaten Krankenanstalten für Physikalische Therapie.</p> <p>PMR – Facharztordinationen und private Krankenanstalten haben bezüglich ärztlicher und Physikalischer Therapieleistungen fast kongruente, in Wien bei den §2 Kassen sogar völlig deckungsgleiche Leistungskataloge. PMR – Facharztordinationen nur in der zweiten Versorgungsstufe tätig werden zu lassen, währenddessen private Krankenanstalten schon der ersten Versorgungsebene zugewiesen werden, ist zudem ohne jede sachliche Begründung wettbewerbsverzerrend.</p> <p>Die Ärzteausbildungsordnung für Fachärztinnen / Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation umfasst in Anlage 25 A. Definition des Aufgabengebiets: „Das Sonderfach Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation umfasst die Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Palliation von Funktions- und Gesundheitsstörungen aller Organsysteme und relevanter Erkrankungen, insbesondere mit physikalischen und rehabilitativen Mitteln zur Analgesie und zur Wiederherstellung oder Besserung der Körperstrukturen, der Körperfunktionen, der Aktivität und der Partizipation. Weiteres beinhaltet das Aufgabengebiet insbesondere die Diagnose und Indikationsstellung für Therapiemaßnahmen sowie Verfahren der rehabilitativen Intervention mit konservativen physikalischen und manuellen Therapien sowie die Anordnung und Evaluierung der gesetzten rehabilitativen Maßnahmen.“</p>			

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>Die fachgerechte Durchführung einer Physikalischen Kombinationsbehandlung erfordert regelmäßige Verlaufskontrollen, ggf. eine Anpassung der Therapie und die Gewährleistung einer raschen Ärztlichen Versorgung bei einer möglichen akuten Verschlimmerung. Ärztinnen / Ärzte für Allgemeinmedizin führen üblicherweise die Physikalische Kombinationsbehandlung, auch mangels entsprechender Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen, nicht selbst durch, sondern überweisen an externe Leistungserbringer. Dadurch wird dieser Rückkopplungsschenkel unterbrochen und die Prozesshoheit aufgeteilt. Auch im vorliegenden Entwurf Seite 32 Zeile 2-3 im Block "Hintergrund" - wird u.a. regelmäßige Verlaufskontrollen, ggf. eine Anpassung der Therapie und die Gewährleistung einer raschen Ärztlichen Versorgung bei einer möglichen akuten Verschlimmerung gefordert.</p> <p>Ein Tätigwerden von Fachärztinnen/Fachärzte für Orthooädie und orthooädische Chiruroie, Orthopädie und Traumatologie sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erst auf spezialisierter Ebene nach 4-6 Wochen verzögert eine zeit- und fachgerechte Behandlung.</p> <p>Sowohl die unter Mitarbeit der GÖG erstellte Versorgungsstudie als auch der Beschluss des Konventes (Lehrstuhl PMR d. Meduni Wien, Wis- senschaftliche Fachgesellschaft ÖGPMR, Bundes- und Landesfachgruppen PMR, Vertretung der Privaten Krankenanstalten für Physikalische Therapie) sehen die Durchführung einer Physikalischen Kombinationsbehandlung in einer Einheit, die sämtliche Prozessschritte (Untersuchung, Diagno-</p>			

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>stellung, Therapieverordnung, Therapiedurchführung einschließlich der Qualitätssicherung der Therapiedurchführung, kurzfristige PMR-fachärztliche Rücksprachemöglichkeit bei Unklarheiten der Therapiedurchführung und /oder Abänderungsbedarf sowie erforderlichenfalls eine Abschlusskontrolle) in einer Behandlungseinrichtung sicherstellt, im Vergleich zu einer Fragmentierung des Prozesses</p> <p>(Anordnung und Durchführung der Physikalischen Kombinationsbehandlung in getrennten Einrichtungen) als qualitätsfähiger.</p>			
S. 8, 3.1.I Versorgungsebene I: Basisversorgung	Österr. Apothekerkammer	<p>Im Rahmen der Basisversorgung können bei Bedarf bereits kurze, verhaltensmedizinisch orientierte Interventionen im Sinne einer psychosomatischen Grundversorgung niederschwellig stattfinden. In der Apotheke erfolgt die Information und Beratung über vom Arzt verordnete Arzneimittel bzw. Arzneimittel in der Selbstmedikation. In der täglichen Apothekenpraxis wenden sich Menschen mit ihren Beschwerden an die Apothekerin / den Apotheker. Diese leisten wichtige Aufklärungsarbeit, erkennen behandlungsbedürftige Probleme und empfehlen – wenn notwendig– die Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe. Sowohl akute als auch chronische Rückenschmerzen werden meist medikamentös therapiert. Oftmals werden Schmerzmittel verordnet bzw. in der Selbstmedikation vom betroffenen Patienten auch ohne Wissen des Arztes besorgt. Das kann zu schwerwiegenden Wechselwirkungen führen – gerade bei älteren Patienten! Ein häufiger Gebrauch von teilweise auch wechselwirkungsrelevanten OTC Präparaten kann einerseits zu einem steigenden Risiko von Nebenwirkungen durch inkorrekte Anwendung führen, und kann andererseits auch Indikator</p>			Zur Kenntnis genommen.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>für nicht optimale Therapieeinstellung sein. Die tägliche Aufklärung in der Apotheke hinsichtlich der korrekten – und nicht nach eigenem Ermessen erwogene – Einnahme des verordneten Arzneimittels ist essentiell für den Therapieerfolg! Der Hinweis auf mögliche Nebenwirkungen , die bei NSAIDs wie Ibuprofen (Blutungsrisiko, gastrointestinale Blutungen, Geschwüre oder Perforationen, Nierenschädigung) und dem Wirkstoff Paracetamol (bei älteren Menschen und Personen mit Lebererkrankungen kann es zu Intoxikationen führen, die letal enden können, in Kombination mit Alkohol ist die lebertoxische Wirkung erhöht) auftreten können ist ebenfalls durch die apothekerliche Tätigkeit umfasst. Die Einleitung einer konsequent leitlinienkonformen Therapie sowie die Patientenaufklärung und –beratung sind ebenso zentrale Aufgaben der Basisversorgung.</p> <p>Bei einer Therapie mit Acetylsalicylsäure oder anderen NSAIDs (Nonsteroidal antiinflammatory drugs; wie zB Ibuprofen) kann es zu schwerwiegenden gastrointestinalen Blutungen, Geschwüren oder Perforationen auch mit letalem Ausgang kommen. Besonders bei älteren Patienten steigt die Häufigkeit der unerwünschten Nebenwirkungen. Es wird geschätzt, dass in den USA jährlich über 1 00.000 Personen aufgrund von gastrointestinalen Beschwerden, die im Zusammenhang mit NSAID stehen, ein Krankenhaus aufsuchen. Des Weiteren wird von 16. 500 Todesfällen pro Jahr in den USA in Verbindung mit NSAIDs ausgegangen (so zB. Singh 2000).</p> <p>Eine Mitteilung des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen über Maß-</p>			

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>nahmen zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit (BASG) vom 29. Oktober 2013 weist darauf hin, dass die Therapie mit Diclofenac mit einem erhöhten Risiko arterieller thrombotischer Ereignisse, vergleichbar mit dem von selektiven COX-2-Hemmern, assoziiert ist. Diclofenac ist daher kontraindiziert bei Patienten mit bestehender Herzinsuffizienz (New York Heart Association, NYHA, Stadien II- IV), ischämischer Herzerkrankung, peripherer Arterienerkrankung oder zerebrovaskulärer Erkrankung. Bei Patienten mit diesen Erkrankungen sollte die Behandlung überprüft werden.</p> <p>Die Behandlung mit Diclofenac sollte bei Patienten mit signifikanten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (z.B. Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rauchen) nur nach sorgfältiger Abwägung begonnen werden. Bei allen Patienten sollte die niedrigste wirksame Dosis über den kürzesten, zur Symptomkontrolle erforderlichen Zeitraum angewendet werden.</p> <p>Zusätzlich zum Blutungsrisiko können NSAIDs die Nierenfunktion verschlechtern und bei Vorliegen von Risikofaktoren oder in Kombination mit anderen Arzneimitteln zu einem Nierenversagen führen, das ebenfalls tödlich enden kann. Unerwünschte Effekte an der Niere werden bei 1 bis 5 % aller NSAID-Patienten beschrieben (UpToDate 2019)</p> <p>Die gleichzeitige Anwendung von mehreren NSAIDs führt zu einem erhöhten Risiko von gastrointestinalen Blutungen (Bhatt 2008). Ein Viertel der Personen, die Schmerzmittel einnehmen, sind von mindestens einer potentiell klinisch relevanten Wechselwirkung betroffen (Freytag 2014).</p>			

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
S. 8–9, 3.1 Versorgungsebenen, zentrale Aufgaben, Ort der Leistungserbringung	<p>Bundesverband der ErgotherapeutenInnen Österr.</p> <p>Bundesverband der PhysiotherapeutenInnen Österr.</p>	<p>Auf allen drei Versorgungsebenen ist die Ergotherapie ein elementarer Bestandteil der Versorgung von Menschen mit unspezifischen Rückenschmerzen:</p> <p>Laut Liedberg et al. beeinträchtigen chronische Schmerzzustände die Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich (Liedberg et al., 2012 in Hesselstrand, Samuelsson & Liedberg, 2015). Die Ergotherapie wird damit zu einem unerlässlicher Bestandteil dieser drei Versorgungsebenen, die sich an den Bedürfnissen der Schmerzpatient*innen orientiert.</p> <p>"Ergotherapeuten führen klientenzentrierte Evaluationen durch und leiten Klienten mit lumbalen Rückenschäden an, Sie leiten diese in der Durchführung von verschiedenen Betätigungen und Aktivitäten an, dabei verwenden sie vielfältige Interventionsansätze. Dies beinhaltet die Anweisung mechanisch korrekter Bewegungsausführungen und Möglichkeiten, Aktivitäten sicher durchzuführen. Ebenso inbegriffen ist die Fallanalyse und die ergonomische Anpassung der Umwelt, Verwendung von Entspannungstechniken, Arbeitstraining, Rekonditionierung und Wissen über Schmerzmanagement, Stressabbau und Coping (Grangaard, 2006; Maher & Behr-Lemann, 2008 in AOTA, 2018)."</p> <p>Die Ergebnisse eines Scoping Review aus dem Jahr 2018 (Lagueux, Dépalteu & Masse) zeigen auf, dass Ergotherapeuten hauptsächlich daran arbeiten, die Tätigkeiten/Aktivitäten des täglichen Lebens und die Teilhabe von Erwachsenen mit chronischen Schmerzen zu verbessern. Ergotherapeut*innen setzen Interventionen ein, die sich auf die Optimierung der individuellen Handlungsfähigkeit, die Entwicklung von Selbstwirksamkeit</p>		<p>Hesselstrand (2015). Occupational Therapy Interventions in Chronic Pain – A Systematic Review. Occupational Therapy International, 22(4), pp. 183–194.</p> <p>Lagueux 2018. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. Pain Research and Management.</p> <p>CAOT (2012). Position Statement Pain Management and Occupational Therapy.</p> <p>AOTA (2002). Managing Chronic Pain.</p>	<p>Zur Kenntnis genommen. Siehe QS Empfehlung 14 (Kap. 4.5) mit Verweis „[...] Dabei ist ein kontinuierlicher Informationsaustausch mit ggf. weiteren behandelnden Ärztinnen/Ärzten anderer Fachdisziplinen sowie allen an der Behandlung beteiligten GDA wichtig.“</p> <p>Siehe zusätzlich Begriffsklärung MMST (Glossar): „[...] Die Behandlung wird von einem Therapeutenteam aus Ärzten einer oder mehrerer Fachrichtungen, klinischen Psychologen bzw. Psychotherapeuten und weiteren Disziplinen (wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten u. a.) erbracht.“</p>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>und Schmerz-Selbstmanagementfähigkeiten, den Erwerb von Schmerz-Gesundheitskompetenz und die Prävention von chronischen, anhaltenden Schmerzen konzentrieren. Zudem verfügen Ergotherapeut*innen über eine breite Palette von Schmerzmanagement-Maßnahmen in den Bereichen der physischen, emotionalen und psychischen Handlungskompetenz und über das Wissen, die Fähigkeiten und die Expertise, um chronisches Schmerzmanagement in all seiner Komplexität, individuell an den*die Patient*in angepasst, anzugehen (CAOT, 2012).</p> <p>Mit Hilfe der Ergotherapie können Menschen mit chronischen Schmerzen lernen, mit den physischen und psychischen Auswirkungen umzugehen und ein aktives und produktives Leben zu führen. Durch ergotherapeutische Intervention lernen die Klient*innen, wie die Bewältigung der täglichen Aktivitäten und des Lebensstils zu einer erfolgreichen, langfristigen Schmerzbewältigung beitragen kann. In der Ergotherapie werden die Aktivitäten/ Handlungen identifiziert, die die Schmerzen verschlimmern und Alternativen vorgeschlagen. Ergotherapeutische Maßnahmen beinhalten auch die Empfehlung und das Training mit adaptiven Hilfsmitteln, um Schmerzen bei der Ausführung von Aktivitäten/Bewegungen wie Greifen, Anziehen, Duschen und Hausarbeiten zu verringern (AOTA, 2002).</p>			
<p>S. 9 3 Abgestuftes Versorgungskonzept 3.1.3 Versorgungsebene III</p>	<p>ÖGARI</p>	<p>Mindestanforderung: Fachärztinnen/Fachärzte der Versorgungsebene III (hochspezialisierte Versorgung) müssen eine vertiefte schmerzmedizinische Zusatzausbildung (z.B. Spezialisierung; ÖÄK- Diplom „Spezielle Schmerztherapie II“) als Voraussetzung zur Behandlung vorweisen.</p>			<p>Zur Kenntnis genommen. Gemäß FG VP im QS keine Empfehlungen zur Aus- Weiter- und Fortbildung (siehe Kap. 1.3.7. Nichtziele)</p>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		Interventionelle Schmerztherapie macht auf Ebene III nur dann einen Sinn, wenn dadurch neue diagnostische Erkenntnisse gewonnen werden, oder eine Schmerzlinderung den Patienten ermöglicht, am Therapietraining suffizienter teilzunehmen.			
S. 9, 3 Abgestuftes Versorgungskonzept 3.1.2 Versorgungsebene II	ÖGARI	Die spezialisierte Versorgung erfolgt intramural ebenso in Spitalsambulanzen (Schmerzambulanzen) Mindestanforderung: FA mit spezieller schmerzmedizinischer Zusatzausbildung, z. B. ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“. Interventionelle Verfahren sind ein Teil der Versorgungsstufe II. Diese können auf allen 3 Ebenen nach definierter Begründung bzw. exakter Diagnostik angewendet werden.	Die spezialisierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen (Versorgungsebene II) erfolgt extramural durch niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte, in Gruppenpraxen, selbständigen Ambulatorien oder Reha-Einrichtungen, sowie intramural in Spitalsambulanzen (Schmerzambulanzen). Mindestanforderung: Fachärztinnen/Fachärzte mit spezieller schmerzmedizinischer Zusatzausbildung, z. B. ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ Interventionelle Verfahren sind ein Teil der Versorgungsstufe II. Diese können auf allen 3 Ebenen nach definierter Begründung bzw. exakter Diagnostik angewendet werden.		Angelehnt, weil dzt. im ÖSG noch nicht verhandelt. Abgelehnt, da gemäß FG VP im QS keine Empfehlungen zur Aus-, Weiter-, und Fortbildung (siehe Kap. 1.3.7. Nichtziele)
S. 9, Kap. 3.1.2	Oberösterreich. Gesundheitsholding	Eine intramurale interdisziplinäre Schmerzambulanz soll auch in die Versorgungsebene II integriert werden.	Die spezialisierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen (Versorgungsebene II) erfolgt sowohl intramural in interdisziplinären Schmerzambulanzen als auch extramural durch Fachärztinnen ...		Angelehnt, weil dzt. im ÖSG noch nicht verhandelt.
S. 9/3.1.3 VE III	SALK		8. Zeile: ... schmerz-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen ändern in: schmerz-psychologische/psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen.		Siehe oben.
S. 9: 3.1 .3 VE III Die hochspezialisierte Versorgung von Patientinnen / Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen kann intramural oder	OÖ ÄK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK	Die Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen/ Schmerzpatienten sollte, einem zeitgemäßen Netzwerkansatz folgend, ergänzend zu Zentren auch, in Analogie zu den PVN, auch in multidis-	Die hochspezialisierte Versorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen kann intramural oder extramural erfolgen, z.B. in einem interdisziplinären Schmerzzentrum, in einer Reha-Einrichtung, Tagesklinik oder einem	Becker et al : Netzwerke – praktikabel und zukunftsfähig. Springer 2011 (Anmerkung: Aus urheberrechtlichen Gründen kann	Abgelehnt, weil dzt. ärztlich nicht abgedeckt.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
extramural erfolgen, z.B. in einem interdisziplinären Schmerzzentrum, in einer Reha-Einrichtung oder Tagesklinik. Die multimodale Schmerztherapie erfolgt nicht im akutstationären Bereich (ausgenommen minimalinvasive, interventio- nelle Therapien)	WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck LKH Innsbruck	ziplinären Netzwerken erfolgen. Derartige Zusammenschlüsse sind effektiver, resilienter, haben wesentlich geringe Fixkosten (Skalierungseffekte) und ermöglichen weiterhin die Freiberufliche Berufsausübung von Ärztinnen/ Ärzten	Netzwerk von beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Fachärztinnen/ Fachärzten. Die multimodale Schmerztherapie erfolgt nicht im akutstationären Bereich (ausgenommen minimalinvasive, interventionelle Therapien).	keine Kopie der Publikation beigefügt werden)	
S. 9: 3.1.3 VE III	Österr. Apothekerkammer	Apothekerin/ Apotheker kann im Rahmen einer Medikationsanalyse Anwendungsprobleme – Kenntnisse der Indikationen – Hinweise auf Nebenwirkungen – Hinweise auf mangelnde Therapietreue – Zufriedenheit mit der Arzneimitteltherapie erkennen. In der Zusammenarbeit zwischen Patientinnen/Patienten, verschreibender Ärztin/Arzt und Apothekerin/ Apotheker werden Maßnahmen zur Erhöhung der Effektivität der Arzneimitteltherapie und Minimierung von Arzneimittelrisiken erarbeitet. KrankenhausapothekerInnen können im Rahmen ihrer Tätigkeit ebenfalls zu einer Erhöhung der Effektivität in der Arzneimitteltherapie beitragen.	Passus Ergänzen		Zur Kenntnis genommen.
S. 9: VE II	BÖP	Zentrale Aufgaben der spezialisierten (Rücken-) Schmerzversorgung sind die Durchführung eines fachärztlichen (bzw. ggf. interdisziplinären) Assessments unter besonderer Berücksichtigung etwaiger psychosozialer Chronifizierungsfaktoren („yellow flags“) und arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren („blue flags“). Klinisch-psychologische Diagnostik ist eine den Klinischen Psycholog*innen vorbehaltende Gesundheitstätigkeit und eine Kassenleistung. Klinische Psycholog*innen sind spezialisiert auf die Erfassung von "yellow" und "blue flags"	An dieser Stelle wäre aus klinisch-psychologischer Sicht unbedingt bereits auch die klinisch-psychologische und die gesundheitspsychologische Diagnostik und Abklärung anzuführen.		Im QS berücksichtigt: das interdisziplinäre Assessment inkludiert u.a. auch die klinisch-psychologische und die gesundheitspsychologische Diagnostik und Abklärung (siehe auch Ergänzung „Interdisziplinäres Assessment“ im Glossar)

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		und können auch das Vorliegen Störungen und anderer psychischer Störungen, die mit unspezifischen Rückenschmerzen assoziiert sind, in optimaler Weise diagnostizieren. Dies gilt auch für Gesundheitspsycholog*innen.			
S. 9: VE III	BÖP	Auch hier Verweis auf Klinisch-psychologische Diagnostik	Zentrale Aufgaben der hochspezialisierten Versorgung sind die Durchführung eines interdisziplinären Assessments mit ggf. weiterführender Diagnostik ergänzen: ... ggf. weiterführender Diagnostik durch Klinische Psycholog*innen und/oder Gesundheitspsycholog*innen...	Argumentation s.o.	Siehe oben.
S. 9: VE III	BÖP		ggf. werden schmerz-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen ... ergänzen: schmerz-psychologische (durch Klinische Psycholog*innen) und schmerz-psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen	s.o. Schmerzpsychologie als Spezialisierung der Klinischen Psychologie	Siehe oben
S.10, Abbildung 3.1, VE II, "Ort der Leistungserbringung"	Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österr. Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österr.	Ergotherapeut*innen als Teil des multimodalen Schmerztherapie (Glossar, XII) sind zu einer freiberuflichen Berufsausübung befähigt und nicht abhängig von Ambulatorien, Gruppenpraxen etc.	extramural: niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte, Gruppenpraxis, selbstständige Ambulatorien, Reha-Einrichtungen, freiberuflich tätige Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), §7: "Die Berufsausübung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste besteht in der eigenverantwortlichen Ausübung der im jeweiligen Berufsbild gemäß §2 umschriebenen Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeführt werden."	[...] und weitere nicht-ärztliche GDA
S.10, Kap. Abbildung 3.1, Versorgungsebene II	Oberösterr. Ges.holding	Wie werden interventionelle Verfahren definiert? Interventionelle Verfahren, z.B. Infiltrationen können auch in der Versorgungsebene II stattfinden	Bei den Aufgaben ergänzen: ... , bei Bedarf multimodale Schmerztherapie (interventionelle Verfahren, z.B. Infiltrationen..)		Zur Kenntnis genommen. Im QS entsprechende Textpassagen überarbeitet (siehe u.a. Glossar, Kap. 3.1.2 und Abb. 3.1.)

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
S. 10 , Abbildung 3.1, Kap. Versorgungsebene I	Oberösterr. Ges.holding	Die "red flags" müssen im Rahmen des Erst-Assessment und im Verlauf erfasst werden.	Bei den Aufgaben ergänzen: Erst – Assessment (Anamnese, klinische Untersuchung , Erfassen von "red fl ags") bei Erfassen von "red flags " unverzügliche weitere Abklärung		Im QS ergänzt.
S. 10 3 Abbildung 3.1, Abgestuftes Versorgungskonzept	ÖGARI	Im Rahmen der Basisversorgung kann die schmerzmedizinische Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte erfolgen (wobei eine spezielle schmerzmedizinische Zusatzausbildung, z. B. ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“, in der Regel nicht immer vorliegt). Eine spezielle schmerzmedizinische Zusatzausbildung, z. B. ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“, ist von Ärztinnen/Ärzte der Basisversorgung zur adäquaten Behandlung hilfreich und ist für Ärztinnen/Ärzte der Versorgungsebene II Voraussetzung zur Behandlung. Ärztinnen/Ärzte der Versorgungsebene III (hochspezialisierte Versorgung) müssen eine vertiefte schmerzmedizinische Zusatzausbildung (z.B. Spezialisierung; ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie II“) als Voraussetzung zur Behandlung vorweisen. Eine Empfehlung hinsichtlich der schmerzmedizinischen Zusatzausbildung des nichtärztlichen, an der Therapie beteiligten, Personals (z.B. painnurses in der Versorgungsebene II und III) ist sehr wichtig und muss unbedingt definiert werden.	Ergänzung: 3.1.5 Ausbildung (schmerzmedizinische Zusatzausbildung) (hier fehlt der Hinweis über die notwendige schmerzmedizinische Qualifikation)		Zur Kenntnis genommen. Gemäß FG VP im QS keine Empfehlungen zur Aus- Weiter- und Fortbildung (siehe Kap. 1.3.7. Nichtziele)
S. 10 Abbildung 3.1	ÖGARI	Ergänzungen – Ort der Leistungserbringung Hinweis: Bitte streichen: (ohne interventionelle Verfahren) Interventionelle Verfahren sind ein Teil der Versorgungsstufe II. Diese können	Versorgungsstufe II – Aufgaben: Ggf. weiterführende Diagnostik und /oder interdisziplinäre, bei Bedarf multimodale Schmerztherapie (ohne interventionelle Verfahren) Basisversorgung:		Zur Kenntnis genommen. Im QS wie folgt überarbeitet: [...] bei Bedarf multimodale Schmerztherapie (ohne invasive Verfahren unter Röntgenkontrolle)

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		auf allen 3 Ebenen nach definierter Begründung bzw. exakter Diagnostik angewendet werden.	Ort der Leistungserbringung: extramural: niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen/Fachärzte , PVEs, selbständige Ambulatorien Spezialisierte Versorgung Ort der Leistungserbringung: extramural: niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte, Gruppenpraxis, selbständige Ambulatorien oder Reha-Einrichtungen, Spitalsambulanzen (Schmerzambulanzen)		Ad Ergänzung Basisversorgung: Abgelehnt, da politisches Commitment zur abgestuften Versorgung von Pat. mit unspezifischen Rückenschmerzen. Ad Ergänzung Spezialisierte Versorgung: Abgelehnt, weil dzt. im ÖSG noch nicht verhandelt.
Seite 10 Abbildung 3.1, Basisversorgung (Versorgungsebene I) VE III: Hochspezialisierte Versorgung <u>Ort der Leistungserbringung:</u> intramural	Österr. Apothekerkammer		Ort der Leistungserbringung: extramural: öffentliche Apotheken als orientierungsgebende Erstanlaufstelle ; niedergelassene Ärztinnen / Ärzte für Allgemeinmedizin, PVEs, selbständige Ambulatorien. Ad Ort der Leistungserbringung: intramural (Krankenhausapothekerinnen / Krankenhausapotheker können im Rahmen ihrer Tätigkeit ebenfalls zu einer Erhöhung der Effektivität in der Arzneimitteltherapie beitragen) oder extramural, z.B. interdisziplinäres Schmerzzentrum, Reha-Einrichtung, Tagesklinik.		Abgelehnt, da nicht spezifisch für diesen QS.
Seite 10 Abbildung 3.1, Box Basisversorgung (Versorgungsebene 1) <u>Ort der Leistungserbringung:</u> extramural; niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, PVEs, selbständige Ambulatorien	LKH Innsbruck	Die Anforderungen an die Ausbildung von Fachärzten und Allgemeinmediziner sind hier nicht berücksichtigt	Ort der Leistungserbringung: extramural; niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, PVEs, selbständige Ambulatorien und soweit für Ausbildungszwecke notwendig Ausbildungsstätten gemäß §7-10 ÄG	Ärztegesetz §7,8,9,10; Ärzteausbildungsordnung für Allgemeinmedizin bzw. den jeweiligen Sonderfächern	Zur Kenntnis genommen. Gemäß FG VP im QS keine Empfehlungen zur Aus- und Fortbildung (siehe Kap. 1.3.7. Nichtziele)
S. 10 Abbildung 3.1, Box Basisversorgung (Versorgungsebene 1) Ort der Leistungserbringung: extramural; niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin,	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK	In die Basisversorgung von Patientinnen mit unspezifischen Rückenschmerzen sind neben Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin auch Fachärztinnen/Fachärzte, die schon derzeit einen zeitnahen, niederschweligen Zugang zur zeitnahen fachgerechten Versorgung sicherstellen,	Ort der Leistungserbringung: extramural : niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, in PVE oder in selbständigen Ambulatorien sowie durch Fachärztinnen/Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Fachärztinnen / Fachärzte für	WGKK. Tarif für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation 2019. Anlage C	Abgelehnt, da politisches Commitment zur abgestuften Versorgung von Pat. mit unspezifischen Rückenschmerzen.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
PVEs, selbständige Ambulatorien	WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck	<p>einzu beziehen: Fachärztinnen/Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation.</p> <p>Insbesondere der Ausschluss von Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation in die Basisversorgung, unter gleichzeitiger Einbeziehung der Privaten Krankenanstalten für Physikalische Therapie schafft ein sachlich nicht begründbares Monopol zugunsten der Privaten Krankenanstalten für Physikalische Therapie: PMR – Facharztordinationen und private Krankenanstalten haben bezüglich ärztlicher und Physikalischer Therapieleistungen fast kongruente, in Wien bei den §2 Kassen sogar völlig deckungsgleiche Leistungskataloge .Die Ärzteausbildungsordnung für Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation umfasst in Anlage 25</p> <p>A. Definition des Aufgabengebiets : „Das Sonderfach Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation umfasst die Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Palliation von Funktions- und Gesundheitsstörungen aller Organsysteme und relevanter Erkrankungen, insbesondere mit physikalischen und rehabilitativen Mitteln zur Analgesie und zur Wiederherstellung oder Besserung der Körperstrukturen, der Körperfunktionen, der Aktivität und der Partizipation. Weiteres beinhaltet das Aufgabengebiet insbesondere die Diagnose und Indikationsstellung für Therapiemaßnahmen sowie Verfahren der rehabilitativen Intervention mit konservativen physikalischen und manuellen Therapien sowie die Anordnung und</p>	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie durch Fachärztinnen / Fachärzte für Innere Medizin und Neurologie.	<p>Informationsblatt der WGKK Physikalische Behandlungen 2019</p> <p>Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015</p> <p>Crevenna 2015</p> <p>Mur 2016</p>	

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>Evaluierung der gesetzten rehabilitativen Maßnahmen."</p> <p>Ein Tätigwerden von Fachärztinnen/Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erst auf spezialisierter Ebene nach 4 Wochen verzögert eine zeit – und fachgerechte Behandlung.</p> <p>Sowohl die unter Mitarbeit der GÖG erstellte Versorgungsstudie als auch der Beschluss des Konventes (Lehrstuhl PMR d. MedUni Wien, Wissenschaftliche Fachgesellschaft ÖGPMR, Bundes- und Landesfachgruppen PMR, Vertretung der Privaten Krankenanstalten für Physikalische Therapie) sehen die Durchführung einer Physikalischen Kombinationsbehandlung in einer Einheit, die sämtliche Prozessschritte (Untersuchung, Diagnostik, Therapieverordnung, Therapiedurchführung einschließlich der Qualitätssicherung der Therapiedurchführung, kurzfristige PMR-fachärztliche Rücksprachemöglichkeit bei Unklarheiten der Therapiedurchführung und/oder Abänderungsbedarf sowie erforderlichenfalls eine Abschlusskontrolle) in einer Behandlungseinrichtung sicherstellt, im Vergleich zu einer Fragmentierung des Prozesses (Anordnung und Durchführung der Physikalischer Kombinationsbehandlung in getrennten Einrichtungen) als qualitätsfähiger.</p>			
<p>S. 10 Abbildung 3.1, oberste Box "Hochspezialisierte Versorgung" unterste Zeile: „Ort der Leistungserbringung: intramural oder extramural, z.</p>	<p>OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK</p>	<p>siehe Anmerkung zu Seite 9: 3.1.3</p>	<p>Ort der Leistungserbringung: intramural oder extramural , z. B. interdisziplinäres Schmerzzentrum, Reha-Einrichtung, Tagesklinik oder einem Netzwerk von beteiligten Ärztinnen/ Ärzten und Fachärztinnen / Fachärzten</p>	<p>siehe Evidenz zu Anmerkung zu Seite 9: 3.1 .3</p>	<p>Abgelehnt, weil dzt. ärztlich nicht abgedeckt.</p>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
B. interdisziplinäres Schmerzzentrum, RehaEinrichtung, Tagesklinik"	WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck LKH Innsbruck				
S. 10, Abbildung 3.1, Kap. Versorgungsebene I	Oberösterr. Ges.holding	Es soll ein einfaches Screening Tool verwendet werden, z.B. STarT Back Tool	Unter Aufgaben ergänzen : ... Screening (z.B. mit STarT Back Tool)		Abgelehnt; wird an andere Stelle im QS adressiert (zB.
S. 10, Abbildung 3.1, Kap. Versorgungsebene II	Oberösterr. Ges.holding	Bei Vorliegen von "red flags" muss eine (unkomplizierte) Zuweisung an eine akute fachspezifische Einrichtung möglich sein.	Bei den Aufgaben ergänzen : ... bei Vorliegen von "red flags" Zuweisung an eine fachspezifische Akut-Einrichtung...		Abgelehnt. Abweichung von Empfehlungen im QS bei entsprechender Indikation möglich bzw. erforderlich (siehe „Allgemeiner Hinweis“ Seite II)
S. 10: Abbildung 3.1	BÖP	Versorgungsebene II: Aufgaben: Fachärztliches Assessment unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer („yellow flags“) und arbeitsplatzbezogener Faktoren für Chronifizierung, ggf. interdisziplinäres Assessment	Ergänzen: Fachärztliches Assessment oder klinisch-psychologische oder gesundheitspsychologische Diagnostik unter besonderer Berücksichtigung ...	s.o.	Abgelehnt. Siehe Glossar Interdisziplinäres Assessment

Kapitel 4: Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte

Empfehlung 1 – Leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie:

III Übergeordnete Empfehlungen Empfehlung 1: Leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie: Diagnostik und Therapie von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollen konsequent leitlinienkonform erfolgen.	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Med. und Rehabilitation, LKH Innsbruck	Diese Empfehlung blendet die persönliche Expertise des Arztes und das Patientenbedürfnis und –einverständnis (Clinical needs und informed consent) aus.	1:Leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie: Diagnostik und Therapie von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollen gemäß persönlicher Expertise des Arztes, gemäß Patientenbedürfnis und –einverständnis und auch unter, wenn anwendbar, der verfügbaren externen Evidenz (z.B. dieser Leitlinie) erfolgen:	Virt 2012. Die Anwendung von Evidence-Based-Medicine (EBM) zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen in Österreich als ethisches Problem. Kern 2013. Evidenzbasierte Medizin in der Physikalischen Medizin und allgemeinen Rehabilitation, European Journal Translational Myology – Basic Applied Myology 2013; 23 (4): 211–216	Abgelehnt.
---	--	---	--	--	------------

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
<p>S. 11 "4.1.1 Empfehlung 1 – Leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie"</p> <p>Hintergrund: Leitlinien stellen evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung definierter Erkrankungen zur Verfügung. Durch leitlinienkonformes Vorgehen seitens der Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) sollen eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung unterstützt und eine Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden (vgl. Lugtenberg 2009, Ollenschläger 2002). Für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Rückenschmerzen liegt in Österreich die Leitlinie Kreuzschmerz 2018 (BMSAGK 2019) vor. Ausschließlich auf Primärversorgungsebene sind gegebenenfalls zusätzliche Empfehlungen im Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene (Medizinische Universität Graz/HVB 2019) dargestellt.</p>	<p>OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR</p>	<p>Hier ist "Medizinische Universität Graz und HVB(2019) Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Kreuzschmerz auf Primärversorgungsebene" zitiert. Diese Veröffentlichung wurde zurückgezogen – siehe auch Kommentar zu Seite 3 1.3.4 Leitlinien, Standards und Behandlungspfade: Leitlinien und Standards</p>	<p>Hintergrund: Leitlinien stellen evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung definierter Erkrankungen zur Verfügung.</p> <p>Durch leitlinienkonformes Vorgehen seitens der Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) sollen eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung unterstützt und eine Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden (vgl. Lugtenberg2009, Ollenschläger 2002). Für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Rückenschmerzen liegt in Österreich die Leitlinie Kreuzschmerz 2018 (BMSAGK 2019) vor. Ausschließlich auf Primärversorgungsebene sind gegebenenfalls zusätzliche Empfehlungen im Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärversorgungsebene (Medizinische Universität Graz/HVB 2019) dargestellt.</p>	<p>siehe Kommentar zu Seite 3 1.3.4</p>	<p>Abgelehnt. Behandlungspfad MedUniGraz 2019 bleibt (zusätzliche) Grundlage für den QS.</p>
<p>S. 11 4.1.1 Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten :</p> <p>...Durch eine Standardisierung des Behandlungsprozesses können Patientenoutcomes optimiert werden....</p>	<p>OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR</p>	<p>Das ist unrichtig, eine Multizentren-Studie zur Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonien zeigte, dass nach Leitlinie behandelte PatientInnen signifikant öfter sterben, wie solche die nach Ermessen des behandelten Arztes therapiert wurden.</p>	<p>Streichen dieses Satzes: Durch eine Standardisierung des Behandlungsprozesses können Patientenoutcomes optimiert werden.</p>	<p>Wachter 2008. Public reporting of antibiotic timing in patients with pneumonia: lessons from a flawed performance measure. Ann Intern Med. 2008; 149(1): 29– 32</p> <p>Wenisch C. Ambulant erworbene Pneumonie in Österreich – aktuelle Daten. Jatro 2012; 6(3):26</p>	<p>Formulierung im QS angepasst: „Eine Standardisierung des Behandlungsprozesses kann zur Verbesserung von Patientenoutcomes beitragen.“</p>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
Empfehlung 2 – Abgestuftes Versorgungskonzept					
III übergeordnete Empfehlungen Empfehlung 2 Abgestuftes Versorgungskonzept	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck	Der Umstand, dass einige Gesundheitssysteme, die sehr zentral reguliert sind, in solchen abgestuften System arbeiten („Gate keeper“), bedeutet nicht automatisch, dass diese Best Practice sind. Hierzu fehlt jegliche Evidenz. Ein nicht abgestuftes System, bei dem der Patient selbst die Möglichkeit hat, seine basisversorgende Ärztin / Arzt zu wählen, hat zahlreiche Vorzüge, insbesondere einen raschen, kompetenten Behandlungsbeginn.	Die Basisversorgung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erfolgt extramural durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, in PVE oder in selbständigen Ambulatorien, sowie durch Fachärztinnen / Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Fachärztinnen / Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie für Innere Medizin und Neurologie.	WGKK. Tarif für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation 2019. Anlage C Informationsblatt der WGKK Physikalische Behandlungen 2019 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 Crevenna 2015. Mur 2016	Abgelehnt, da politisches Commitment zur abgestuften Versorgung von Pat. mit unspezifischen Rückenschmerzen.
S 12., Kap. 4.1.2	Oberösterr. Ges.holding (Luch)	Für abgestufte multimodale Therapiekonzepte müssen Mindeststandards definiert werden.	Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/ Patienten: Ein abgestuftes Versorgungskonzept (Mindeststandard) kann dabei unterstützen, dass die Behandlung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort (Versorgungseinrichtung) erfolgt.		Multimodale Schmerztherapie im Glossar beschrieben. Weiterführende Angaben siehe LL Kreuzschmerz 2018, S. 78 und 79.
S.12, Kap.4.1.2 Möglicher Qualitätsindikator: – <u>Anmerkung:</u> Bei entsprechender Diagnose- bzw. Verlaufsdocumentation und Einsicht in Patientenakten könnte stichprobenweise überprüft werden, ob sich Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen im aktuellen Anlassfall auf der entsprechend „richtigen“ Versorgungsebene befinden (Prozessindikator). Mittels Patientenbefragungen beispielsweise auf Versorgungsebene III ließen sich	Oberösterr. Ges.holding	Es müssen freie "Slots" bei Schmerzspezialisten vorhanden sein. Wartezeiten müssen erfasst und ggf. verhindert werden.	Möglicher Qualitätsindikator: ...Im Rahmen von Patientenbefragungen sollen z.B. die Wartezeiten abgefragt werden.		Abgelehnt, da nicht Gegenstand des QS

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
vorangehende Erfahrungen von Patientinnen/Patienten abfragen (Prozess-/ Ergebnisindikator). Mittels Routinedaten lassen sich Patiententypen aktuell nur retrospektiv (z. B. von einem stationären Aufenthalt mit einer spezifischen Leistung ausgehend) nachzeichnen, wobei ohne Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich der Grund der vorangehenden Arztbesuche nicht eindeutig zuordenbar ist (Prozessindikator).					
S. 12 4.1.2 Empfehlung 2 – abgestuftes Versorgungsprinzip	Österr. Apothekerkammer		Ergänzen: Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen/Patienten: Ein abgestuftes Versorgungskonzept kann dabei unterstützen, dass die Behandlung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort (Versorgungseinrichtung) erfolgt. Die öffentliche Apotheke als orientierungsgebende Erstanlaufstelle kann hierbei die Patientin / den Patienten an die richtige Stelle lotsen bzw. im Rahmen der Selbstmedikation unterstützen.		Abgelehnt, da nicht spezifisch für diesen QS.
Empfehlung 3 – Koordination					
S. III und S. 13 Kap. 4.1.3	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck	Die Forderung, dass die/der Behandlungsführende Arzt die Koordination übernehmen möge, wird ergänzt durch die Forderung, dieser möge auch die Dokumentation übernehmen. Dies ist unmöglich, da die Dokumentation der jeweiligen Leistungserbringer diesem Arzt nicht zur Verfügung steht	Zu fordern ist, dass jeder Teilnehmer seine Dokumentation so führt, dass sie für die anderen Teilnehmer verständlich zur Verfügung steht.	Leiner 2012. Medizinische Dokumentation: Grundlagen einer qualitätsgesicherten Krankenversorgung Schattauer. (Anmerkung: Aus urheberrechtlichen Gründen kann keine Kopie der Publikation beigefügt werden)	Zur Kenntnis genommen. Im QS wie folgt überarbeitet: Dokumentation aus Empfehlung 3 gestrichen, da hierzu eigene Empfehlung 4 (Kap. 4.1.4)

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
S. III u. S. 13	LKH Innsbruck	Auf Grund der geltenden Gesetze ist die Empfehlung nicht umsetzbar da es keinen "behandlungsführenden" Arzt im öst. Gesundheitswesen gibt. Die Dokumentationspflicht ist eine persönliche Pflicht der jeweiligen Berufsgruppe. Auch in den Krankenanstalten ist auf Grund des Arbeitszeitgesetzes und anderer Vorschriften ein Team, meist eine krankenanstaltenrechtl. OE als "behandlungsführend" tätig.	Für den gesamten Versorgungsprozess von Patienten/Patientinnen mit unspezifischen Rückenschmerzen soll die/der behandlungsführende Ärztin/Arzt die Koordination/Dokumentation übernehmen eine gemeinsame Dokumentation und Koordination etabliert werden. Zu Koordinationszwecken sollen bestehende Softwarelösungen an dieses Ziel angepasst werden.	Ärztegesetz §51, Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz, GTLG, OSG 2017 Seite 76, 82, I 59 u.f	Abgelehnt. Lotsenfunktion gemäß LL Kreuzschmerz 2018 empfohlen. Dokumentation in Empfehlung 3 des QS gestrichen.
S. 13, Kapitel 4 / Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte, Absatz Hintergrund	BÖP	klinisch-psychologische Therapiemaßnahmen hinzufügen	klinisch-psychologische Therapiemaßnahmen hinzufügen		Zur Kenntnis genommen.
S. 13:	BÖP	Empfehlung 3: Hintergrund: ... da bei Bedarf neben medizinischen Maßnahmen auch beratende, edukative, psycho-/sozialtherapeutische und/oder rehabilitative Therapiemaßnahmen indiziert sein können (vgl. Taylor 2014). Klinische Schmerzpsychologinnen weisen eine besondere Expertise in der schmerzpsychologischen Behandlung von "unspezifischen Schmerzpatient*innen" auf (s.o.)! Dies gilt auch für Gesundheitspsycholog*innen!	ergänzen: da bei Bedarf edukative, klinisch-/schmerz-psychologische, gesundheitspsychologische, psycho-/sozialtherapeutische ...	Taylor 2014	Im QS angepasst.
S. 14	SALK, Klinische Psychologin	3. Absatz: ("yellow flags", siehe unten)	anstatt "unten" : siehe Ende dieses Kapitels, denn es ist nicht unten ...		Im QS angepasst
Empfehlung 4 – Standardisierte Dokumentation					
S. 14: 4.1.4 Empfehlung 4 – Standardisierte Dokumentation	Österr. Apothekerkammer	Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen / Patienten: Durch eine standardisierte Dokumentation versorgungsrelevanter Informationen kann eine qualitätsgesicherte und effiziente Behandlung von Patientinnen und Patienten unterstützt werden. Die öffentliche Apotheke pflegt im Rahmen von ELGA RPF Arzneimittel (manche haben ein massives Wechselwirkungspotential) ein!	Daher muss die öffentliche Apotheke miteinbezogen werden.		Abgelehnt.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
S. III u. S.14 Empfehlung 4: Standardisierte Dokumentation Um eine koordinierte Zusammenarbeit zu ermöglichen, soll eine standardisierte Dokumentation erfolgen.	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck	Der Zwang zur standardisierten Dokumentation veranlasst die Ärztinnen zur Reduktion der vor- gefunden analogen Information auf das standar- disiert digital Erfassbare. Das würde für die Patienten einen gefährlichen Informationsverlust nach sich ziehen, da die im standardisierten Modell nicht erfassbaren Informationen dem nachfolgenden Behandler nicht mehr zur Verfügung stehen, aufgrund der fehlenden Darstellung im zugrundeliegenden Modell.	Um eine koordinierte Zusammenarbeit zu ermöglichen, soll die Dokumentation für jeden, in die Behandlung involvierten und beteiligten Person, in einer verständlichen und nachvollziehbaren Weise erfolgen.	Leiner 2012. Medizinische Dokumentation: Grundlagen einer qualitätsgesicherten Krankenversorgung Schattauer. (Anmerkung: Aus urheberrechtlichen Gründen kann keine Kopie der Publikation beigefügt werden)	Abgelehnt.
Empfehlung 5 – Erst-Assessment					
S. 16 Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte Empfehlungen Versorgungsebene I: Basisversorgung Empfehlung 5 – Erst-Assessment	ÖGARI	Hinweis: Die Angabe von 6 Wochen kann fälschlich dazu verleiten, trotz vorhandenem „red- flag“ nicht adäquat rasch zu handeln. Bei eindeutig diagnostiziertem „Red- flag“ müssen umgehend weitere diagnostische Schritte und entsprechende Therapiemaßnahmen eingeleitet, sowie eine fachärztliche Konsultation eingeholt werden.			In QS eingearbeitet (Abb. 3.1)
Empfehlung 6 – Patientenaufklärung und-beratung					
S.17, 4.2.2 Empfehlung 6– Patientenaufklärung und-beratung	Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österr. Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österr.	Gesundheitsförderung sowie alle Ebenen der Prävention sind wichtige Elemente bei der Aufklärung und Beratung von Patient*innen sowie deren Bezugspersonen. Ergotherapeut*innen sind hierzu ausgebildet und per Gesetz befähigt.		Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD- Gesetz), §2 (5) "Der ergotherapeutische Dienst umfaßt die eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Anordnung durch handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten, das Training der Selbsthilfe und die Herstellung,	Zur Kenntnis genommen.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
				den Einsatz und die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln einschließlich Schienen zu Zwecken der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation; ohne ärztliche Anordnung die Beratungs- und Schulungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der Ergonomie als auch auf dem Gebiet des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden."	
<p>S. 17 Empfehlung 6 Patientinnen / Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollen bereits im Rahmen der Basisversorgung eine adäquate Aufklärung (Patientenedukation) in Bezug auf ihre Beschwerden und Therapieoptionen erhalten , sowie zu gesunder Lebensführung und regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden Hintergrund: In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zeigen akute unspezifische Rückenschmerzen einen selbstlimitierenden Verlauf.</p>	<p>OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck LKH Innsbruck</p>	<p>Der Hinweis: in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zeigen akute unspezifische Rückenschmerzen einen selbstlimitierenden Verlauf", ist gemäß LL2018 und neuester Literatur(Lancet 2019) unrichtig. Ein Abwarten ist chronifizierungsfördernd und verursacht Folgekosten, da diese Empfehlung ein Absehen von einer rechtzeitigen, zweckmäßigen Schmerzbehandlung nahelegt und den Patienten anweist, sich trotz Schmerzen zu bewegen. Dieses vorgehen widerspricht der Empfehlung LL2018 des BMAGS: es soll rasch mit nicht-medikamentösen Maßnahmen wie einer Physikalischen Kombinationsbehandlung begonnen werden. (Seite 8, 10, 15, 30, 32 , 35, 41-insbes Empfehlung 5-1) Auch die neueste Literatur (z.B. Lancet 2019), interpretiert die Erstphase des unspezifischen Kreuzschmerzes als Beginn einer langandauernden, bei nicht rascher Behandlung mit hohem Chronifizierungsrisiko behafteten Erkrankung. Krankenstände verlängern sich durch Verzicht auf eine Physikalische Kombinationsbehandlung,</p>	<p>Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sollen bereits im Rahmen der Basisversorgung eine adäquate Aufklärung (Patientenedukation) in Bezug auf ihre Beschwerden und Therapieoptionen erhalten sowie zu umgehender vorzugsweise nichtmedikamentöser Schmerzbehandlung und gesunder Lebensführung und, nach erfolgreicher Schmerzbehandlung, zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden. Hintergrund: In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zeigen akute unspezifische Rückenschmerzen keinen selbstlimitierenden Verlauf, sondern sind der Beginn einer chronisch rezidivierenden Erkrankung.</p>	<p>LL Kreuzschmerz 2018 Hartvigsen 2018 Torstensen 1998</p>	<p>Im QS angepasst: In der Mehrzahl der Fälle zeigen akute unspezifische Rückenschmerzen ohne adäquate Intervention keinen selbstlimitierenden Verlauf.</p>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		z.B. gemäß Spine (Phila Pa 1976). 1998, um mehr als 23 %.			
III Empfehlung 6 Patientenaufklärung und -beratung	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR	Diese Empfehlung findet sich an zahlreichen Stellen des Dokumentes. Die Patientin/Den Patienten zur körperlichen Aktivität anzuhalten ohne vorher seine Schmerzen, die ihn/sie in der Aktivität behindern, wirkungsvoll, vorzugsweise nicht-medikamentös zu behandeln, legt die Basis für eine spätere Chronifizierung aufgrund der Aktivierung des Schmerzgedächtnisses .	Daher sollte diese Empfehlung an allen Stellen des Dokumentes abgeändert werden auf: Patientinnen /Patienten sollten informiert werden nach möglichst rascher Herbeiführung von Schmerzreduktion oder Schmerzfreiheit, durch vorzugsweise nicht-medikamentöse Maßnahmen, die körperliche Aktivität wieder aufzunehmen	LL Kreuzschmerz 2018 Hartvigsen 2018 Torstensen 1998	Teilweise berücksichtigt. Im QS umformuliert: [...] (u.a. zur Bedeutung von Maßnahmen, um die körperliche Aktivität bei unspezifischen Rückenschmerzen zu erhalten sowie zur Prävention einer Chronifizierung). Vergl. hierzu auch Ergänzung in Kap 1.3.3
S. 17, Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer /innen Inhalte einer adäquaten Beratung umfassen die Aufklärung hinsichtlich der (in der Regel guten) Prognose bei akuten unspezifischen Rückenschmerzen, das Vermeiden körperlicher Schonung, den fehlenden Nutzen von bildgebender Diagnostik ohne Verdacht auf schwerwiegende Pathologien ("red flags") und die Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses.	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck	Diese Empfehlung findet sich an zahlreichen Stellen des Dokumentes. Die Patientin/Den Patienten zur körperlichen Aktivität anzuhalten ohne vorher seine Schmerzen, die ihn / sie in der Aktivität behindern, wirkungsvoll, vorzugsweise nicht-medikamentös zu behandeln, legt die Basis für eine spätere Chronifizierung aufgrund der Aktivierung des Schmerzgedächtnisses	Inhalte einer adäquaten Beratung umfassen die Aufklärung hinsichtlich der (in der Regel guten) Prognose bei akuten unspezifischen Rückenschmerzen, das Vermeiden körperlicher Schonung, rechtzeitige vorzugsweise nicht-medikamentöse Therapie, den fehlenden Nutzen von bildgebender Diagnostik ohne Verdacht auf schwerwiegende Pathologien ("red flags") und die Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses.	LL Kreuzschmerz 2018 Hartvigsen 2018 Torstensen 1998	Siehe Kommentar Zeile oberhalb
S. 17. 4.2.2 Empfehlung 6 – Patientenaufklärung und -beratung	Österr. Apothekerkammer	In der "Patientenaufklärung und -beratung" muss die Apotheke bereits erwähnt werden. Die öffentlichen Apotheken sind eine niederschwellige Einrichtung des heimischen Gesundheitswesens, die dank der täglichen Öffnungszeiten, der Nachtdienste und der Bereitschaftsdienste an Sonn- und Feiertagen im Regelfall innerhalb weniger Minuten den	Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen / Patienten: durch adäquate, individuelle Information und Beratung kann der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden. Die öffentliche Apotheke als orientierungsgebende Erstanlaufstelle kann hierbei die		Im QS berücksichtigt (siehe Kpa. 4.2.2)

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		Kontakt mit hochqualifizierten Apothekerinnen und Apothekern in Fragen zu Gesundheit und zu Arzneimitteln ermöglichen.	Patientin / den Patienten an die richtige Stelle lotsen bzw. im Rahmen der Selbstmedikation unterstützen.		
S. 18 Punkt 2 Anteil von Patientinnen / Patienten mit akuten Rückenschmerzen, bei welchen der Beratungsinhalt körperlich aktiv zu bleiben und die Aktivitäten des täglichen Lebens fortzusetzen dokumentiert wurde...	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck	Diese Empfehlung findet sich an zahlreichen Stellen des Dokumentes. Die Patientin / Den Patienten zur körperlichen Aktivität anzuhalten ohne vorher seine Schmerzen, die ihn/sie in der Aktivität behindern, wirkungsvoll, vorzugsweise nicht-medikamentös zu behandeln, legt die Basis für eine spätere Chronifizierung aufgrund der Aktivierung des Schmerzgedächtnisses	Anteil von Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen, bei welchen der Beratungsinhalt nach vorzugsweise nicht-medikamentöser Therapie körperlich aktiv zu bleiben und die Aktivitäten des täglichen Lebens fortzusetzen dokumentiert wurde...	LL Kreuzschmerz 2018 Hartvigsen 2018 Torstensen 1998	Abgelehnt.
Empfehlung 8 – Bildgebende Diagnostik II					
S. 21: 4.2.4: Empfehlung 8	BÖP	Klinischpsychologische bzw. gesundheitspsychologische Diagnostik sind effektive Alternativen zu bildgebenden Verfahren und sollten aufgrund der höheren Ökonomie einem bildgebenden Verfahren zunächst vorgezogen werden.	... da der Nutzen eines routinemäßigen Einsatzes von bildgebender Diagnostik selbst bei bereits chronischen unspezifischen Rückenschmerzen nicht eindeutig belegt ist (Chou 2011). Ergänzen: Alternativ kann auch eine klinisch-psychologische oder gesundheitspsychologische Diagnostik hinsichtlich stark ausgeprägter "yellow" und "blue flags" veranlasst werden.		Ablehnt, da in der Beschreibung der „yellow“ und „blue flags“ (siehe u.a. Glossar) klinisch-psychologische und/oder gesundheitspsychologische Diagnostik inkludiert sind.
Empfehlung 9 – Risikofaktoren für die Chronifizierung					
S.23, Kapitel 4.2.5. Empfehlung 9 – Risikofaktoren für die Chronifizierung, Absatz "Bedeutung der Empfehlung"	Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österr. Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österr.	Ärzt*innen sollen laut dem vorliegenden Text eine adäquate Hilfestellung anbieten, um ein Chronifizierungsrisiko zu reduzieren bzw. vermeiden. Eine ergotherapeutische Intervention ist eine solche adäquate Hilfestellung: Zu den Kernkompetenzen von Ergotherapeut*innen gehört auch die Auswahl, Beratung, Entwicklung, Herstellung von Schienen und Hilfsmitteln, sowie die	Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer: Gibt es anamnestische Hinweise auf das Vorliegen psychosozialer oder arbeitsplatzbezogener Risikofaktoren bei Patientinnen/Patienten mit akuten und spezifischen Rückenschmerzen, sollen Ärztinnen/Ärzte über deren Bedeutung für den weiteren Schmerzverlauf informieren und eine adäquate Hilfestellung zu deren Management anbieten. Die Zuweisung zur Ergotherapie ist dabei eine Hilfestellung, um	Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), § 2 (5) "Der ergotherapeutische Dienst umfaßt die eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Anordnung durch handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten,	Sinngemäß durch Ergänzung in Empfehlungen „[...] und weitere Gesundheitsdiensteanbieter/GDA“ angenommen.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>Adaptationen der Umwelt (DACHS, 2007). Eine gezielt angepasste Umwelt ermöglicht und erleichtert Handlungen und kann gesundheitsfördernd wirken. So werden im Rahmen der Umweltberatung beispielsweise die Höhe von Sitz- und Arbeitsflächen (Büro, Küche, Wohnzimmer, ...) individuell angepasst, Küchenutensilien/Kleidung/Materialien entsprechend der Verwendungsfrequenz eingeräumt bzw. umgeräumt, um unnötiges Bücken und Heben im Alltag zu vermeiden (Krümming, 2008, S.275).</p> <p>Ergotherapeut*innen achten bei der Auswahl, Adaption und dem Training mit dem Hilfsmittel nicht nur auf eine einfache Handhabung, sondern auch darauf, ob ein Hilfsmittel zum individuellen Alltag passt und den alltäglichen Anforderungen bzw. Bedürfnissen entspricht. Hilfsmittel werden individuell an die Bedürfnisse einer Person angepasst, gleichen einerseits Einschränkungen aus und ermöglichen andererseits die größtmögliche Selbstständigkeit im individuellen Alltag (Fürhoff, 2007).</p> <p>Ergotherapeut*innen sehen den*die Klient*in in seiner*ihrer Gesamtheit. Dazu gehören auch die Auswirkungen einer Erkrankung bzw. von Schmerzen auf die unterschiedlichen Handlungsrollen, wie Mutter, Vater, Partner*in, Tochter, Arbeitgeber*in, Arbeitnehmer*in, ... kurz gesagt auf alle Rollen, die der*die Klient*in im Leben einnimmt, wieder einnehmen möchte bzw. einnehmen muss.</p>	<p>im Rahmen der Ergotherapie bei einer Wohnraum- und Arbeitsplatzbegutachtung mögliche Risikofaktoren für einen ergonomischen Alltag zu identifizieren und durch Adaptierung und Beratung zu minimieren.</p>	<p>das Training der Selbsthilfe und die Herstellung, den Einsatz und die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln einschließlich Schienen zu Zwecken der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation; ohne ärztliche Anordnung die Beratungs- und Schulungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der Ergonomie als auch auf dem Gebiet des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden."</p> <p>DACHS (2007). Ergotherapie – Was bietet sie heute und in Zukunft? Abgerufen von http://www.claudia-bz.it/downloads/DACHS_deutsch.pdf</p> <p>Fürhoff, J. (2015). Ergotherapeutische Mittel und Medien. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.). Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln (S.90–95). Thieme: Stuttgart, 5.Auflage.</p> <p>Krümming, D. (2008). Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule. In C. Koesling & T. Bollinger-Herzka (Hrsg.). Ergotherapie in der Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie (S.271–277). Thieme: Stuttgart</p>	

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
S. 23, 4.2 Empfehlungen Versorgungsebene I: Basisversorgung 4.2.5 Empfehlung 9 – Risikofaktoren für Chronifizierung	ÖGARI	Hinweis auf eine Priorisierung des praktikablen online Screening-Tools „STarT-Back-Tool“ mit einem Fragebogen in unterschiedlichen Sprachen	Zur standardisierten Erfassung von psychosozialen und arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren für eine Chronifizierung bei Patientinnen/Patienten mit akuten Rückenschmerzen liegen validierte Assessment-Verfahren vor (siehe Anhang mit Quellenangaben zu frei zugänglichen, validierten deutschsprachigen Assessment-Tools). Das STarT Back-Screening-Tool ist ein sehr praktikables online-Assessment mit einem aus neun Punkten bestehendem Fragebogen, welcher in unterschiedlichen Sprachen (für Patientinnen/Patienten mit Migrationshintergrund) zur Verfügung steht. Nach einer raschen online Auswertung wird das Chronifizierungsrisiko der Patientinnen/Patienten ermittelt und eine entsprechende risikoadaptierte Therapie, welche zeitnah einzuleiten ist, vorgeschlagen.		Priorisierung abgelehnt. Im QS (Kap. 8) ergänzt „Exemplarische, frei zugängliche Assessment-Tools“
S. 23: 4.2.5 Empfehlung 9 – Risikofaktoren für Chronifizierung	Österr. Apothekerkammer		Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen / Patienten: Werden psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren zur Chronifizierung frühzeitig erfasst und in der Behandlung berücksichtigt, kann dadurch der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst und das Chronifizierungsrisiko reduziert werden. Die öffentliche Apotheke als orientierungsgebende Erstanlaufstelle kann hierbei die Patientin / den Patienten an die richtige Stelle lotsen bzw. im Rahmen der Selbstmedikation unterstützen, um das Risiko einer Chronifizierung zu vermeiden.		An dieser Stelle abgelehnt. Berücksichtigung siehe Empfehlung 6
S. 25 Überweisung an eine spezialisierte Versorgung Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter/innen: Die/der im Rahmen der Basisversorgung behandelnde Ärztin / Arzt ist dafür verantwortlich,	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe	Nahegelegt wird ein Abgehen vom Stufen- schema, sodass auch im Rahmen der Basisversorgung Fachärztinnen tätig werden können, die dann auch diese spezialisierte Versorgung im Rahmen der Basisversorgung selbst durchführen werden. Dementsprechend ist auch der Qualitätsindikator auf Seite 25 überholt.	Bedeutung der Empfehlung für Leistungsanbieter /innen: Die/ der im Rahmen der Basisversorgung behandelnde Ärztin/ Arzt ist dafür verantwortlich, dass eine gemäß der Leitlinien-Empfehlungen ggf. angezeigte Überweisung an eine spezialisierte Versorgung rechtzeitig eingeleitet wird oder durch diese Ärztin / diesen Arzt begonnen wird.	LL Kreuzschmerz 2018 Hartvigsen 2018 Torstensen 1998	Abgelehnt, da politisches Commitment zur abgestuften Versorgung von Pat. mit unspezifischen Rückenschmerzen.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
dass eine gemäß der Leitlinien-Empfehlungen ggf. angezeigte Überweisung an eine spezialisierte Versorgung rechtzeitig eingeleitet wird	ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck				
Empfehlung 10 – Weiterleitung an spezialisierte Versorgung					
S. 25: 4.2.6 Empfehlung 10 – Weiterleitung an spezialisierte Versorgung	Österr. Apothekerkammer		Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen /Patienten: Die Behandlung der Rückenschmerzen, die leitlinienkonform im Rahmen einer spezialisierten Versorgung erfolgt, kann dazu beitragen eine Chronifizierung der Beschwerden zu vermeiden. Die öffentliche Apotheke als orientierungsgebende Erstanlaufstelle kann hierbei die Patientin / den Patienten an die richtige Stelle lotsen.		An dieser Stelle abgelehnt. Berücksichtigung siehe Empfehlung 6
S. 26	SALK, Klinische Psychologin		4.3.1: ... in Verbindung mit psychotherapeutischen Intervention ändern in: mit klinisch-psychologischen/psychotherapeutischen Intervention [...]		In QS eingearbeitet.
Empfehlung 11 – Fachärztliches / interdisziplinäres Assessment					
S. 26, 4.3. Empfehlung 11 – fachärztliches bzw. interdisziplinäres Assessment	Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österr. Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österr.	Bei einem interdisziplinären Assessment ist die ergotherapeutische Expertise bzgl. Alltag, den Lebensbereichen Arbeit, Familie und Selbstversorgung, den individuellen Handlungsrollen, Handlungsaufgaben, etc. unbedingt hinzuzuziehen.			Zur Kenntnis genommen und teilweise berücksichtigt (siehe Glossar „Interdisziplinäres Assessment“)
S. 26, Empfehlung 11	BÖP	und ggf. unter Einsatz standardisierter Testverfahren	ergänzen: ggf. unter Einsatz standardisierter Testverfahren, angewandt durch Klinische Psycholog*innen oder Gesundheitspsycholog*innen.	Es darf darauf hingewiesen werden, dass diesbezüglich, sollte es sich um klinischpsychologische Verfahren handeln, der Tätigkeitsvorbehalt von Klinischen Psycholog*innen für die klinischpsychologische Diagnostik nach dem Psychologengesetz von 2013 zum Greifen	Abgelehnt.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
S. 26, Empfehlung 11, Hintergrund	BÖP	um eine effiziente Therapiestrategie zu entwickeln (ggf. in Verbindung mit psychotherapeutischen Interventionen), die Behandlung durchzuführen	ergänzen: (ggf. in Verbindung mit klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Interventionen),	s.o.	In QS eingearbeitet.
S. 26, Empfehlung 11	BÖP	Der Vergleich von Assessmentergebnissen im Krankheits- und valide Behandlungsverlauf ermöglicht eine Beurteilung (Evaluation) des Therapieerfolgs. Der Satz ist unverständlich, da ggf. unvollständig			Im QS entsprechend adaptiert: Der Vergleich von Assessmentergebnissen im Krankheits- und Behandlungsverlauf ermöglicht eine valide Beurteilung (Evaluation) des Therapieerfolgs.
S. 26, Kapitel 4 / Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte, Absatz Hintergrund	BÖP		klinisch-psychologische Interventionen hinzufügen		In QS eingearbeitet.
Empfehlung 12 – Weiterleitung an hochspezialisierte Versorgung					
S. 28, Empfehlung 12	BÖP	schmerzpsychologische Maßnahmen gehen weit über Maßnahmen der Verhaltenstherapie hinaus	...intensivierte Schulungsmaßnahmen, intensivierte verhaltenstherapeutische Interventionen... ergänzen: Schulungsmaßnahmen, intensivierte klinischpsychologische/schmerzpsychologische Interventionen		In QS eingearbeitet.
S. 28, Kapitel 4 / Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte, Absatz Bedeutung der Empfehlung ...:	BÖP	Die ausschließlich intensivierten verhaltenstherapeutischen Interventionen umformulieren bzw. durch klinisch-psychologische Interventionen ergänzen, um Therapieoffenheit zu implizieren.	klinisch-psychologische (und psychotherapeutische) Interventionen hinzufügen	beide Artikel von Daniela Leithner im Schmerzbericht 2018, S. 234-241 und S. 242- 251	In QS eingearbeitet.
Empfehlung 13 – Interdisziplinäres Assessment / Behandlungsplan					
S. 30	SALK, Klinische Psychologin		1. Absatz: ... Beurteilung durch eine bewegungstherapeutische und eine psychotherapeutisch orientierte Disziplin ... ändern in: ... und eine klinisch-psychologisch/psychotherapeutisch orientierte Disziplin ...		Teilweise berücksichtigt: Beurteilung durch andere GDA.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
S.30, 4.4.1 Empfehlung 13 – Interdisziplinäres Assessment und Behandlungsplan	Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österr. Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österr.	Die ergotherapeutische Begutachtung und Beurteilung muss ebenfalls angeführt werden.	Zusätzlich zur allgemeinen fachärztlichen Beurteilung ist die Beurteilung durch eine bewegungstherapeutische, eine psychotherapeutisch orientierte Disziplin und die Ergotherapie wesentlicher Bestandteil des interdisziplinären Assessments.		Teilweise berücksichtigt (siehe Glossar „Interdisziplinäres Assessment“)
S. 30 Empfehlungen Versorgungsebene III: Hochspezialisierte Versorgung Empfehlung 13 – Interdisziplinäres Assessment und Behandlungsplan	ÖGARI	Hinweis: Die Mindestanforderungen für die multimodalen Programme (z.B. Dauer >100 Stunden, Inhalt) müssen klar definiert werden. Eine wenig intensive multimodale Therapie ist laut Literatur weniger wirksam!		Nicht-spez. Kreuzschmerz AWMF 2.Auflage 2017 Kapitel 9 Guzman 2001. BMJ. Jun 23;322(7301): 1511–6.	Zur Kenntnis genommen. Definition der Multimodalen Schmerztherapie im Glossar. Siehe auch LL Kreuzschmerz 2018 (S. 79)
S. 30, Empfehlung 13, Abschnitt "Hintergrund"	BÖP	Zusätzlich zur allgemeinen fachärztlichen Beurteilung ist die Beurteilung durch eine bewegungstherapeutische und eine psychotherapeutisch orientierte Disziplin wesentlicher Bestandteil	ergänzen: ... durch eine bewegungstherapeutische, klinisch-psychologische, gesundheitspsychologische oder psychotherapeutisch orientierte Disziplin	s. Argumentation oben zur Klinischen Psycho- und Schmerzpsychologie	Sinngemäß in QS eingearbeitet.
S. 30, Kapitel 4 / Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte, Absatz Hintergrund	BÖP	Die ausschließlich intensivierten verhaltenstherapeutischen Interventionen umformulieren bzw. durch klinischpsychologische Interventionen ergänzen, um Therapieoffenheit zu implizieren.	klinisch-psychologische (und psychotherapeutische) Interventionen hinzufügen	beide Artikel von Daniela Leithner im Schmerzbericht 2018, S.234–241 und S.242– 251	In QS eingearbeitet.
S. 30, Kapitel 4 / Spezifische Empfehlungen für Versorgungsaspekte, Absatz Hintergrund	BÖP	Die "Schmerzpsychologie" stellt eine Spezialisierung der Klinischen Psychologie dar. Nur Klinische PsychologInnen dürfen klinisch-psychologisch behandeln und nur die klinisch-psychologische Behandlung entspricht jener der PsychotherapeutInnen.	klinisch-psychologische Disziplin hinzufügen		Abgelehnt.
S. 30., Empfehlung 13	BÖP	An dieser Stelle des Prozesses erscheint klinisch-psychologische und/oder gesundheitspsychologische Diagnostik eine wichtige Methode der Wahl zu sein; psychotherapeutische Diagnostik erscheint hier zu eng.	... Neben dem gemeinsamen Assessment z.B. einer in einer multidisziplinären, schmerztherapeutischen Einrichtung, kann auch ... Streichung von "einer" und Ergänzung von: ... Einrichtung, kann an dieser Stelle auch eine umfassende klinisch-psychologische oder gesundheitspsychologische Diagnostik angedacht werden, oder die/der behandlungs-führende Ärztin/Arzt kann die Befunde auch ...		Redaktionelle Korrektur im QS vorgenommen. Ergänzung abgelehnt.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
Empfehlung 14 – Langzeitbetreuung					
<p>S. 32 4.5.1 Empfehlung 14 – Langzeitbetreuung</p> <p>Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer/innen: Für die Langzeitbetreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen bzw. rezidivierenden unspezifischen Rückenschmerzen ist in der Regel die/der behandlungsführende niedergelassene Allgemeinmediziner /in geeignet. Die Langzeitbetreuung von chronischen Schmerzpatientinnen / -patienten umfasst auch die Koordination aller ggf. weiteren, an der Behandlung beteiligten GDA.</p>	<p>OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck</p>	<p>In die Langzeitversorgung von Patientinnen/Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen sind neben Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin auch Fachärztinnen / Fachärzte, insbesondere: Fachärztinnen/Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie Anästhesie und Intensivmedizin einzubeziehen.</p> <p>Insbesondere die Einbeziehung von Fachärztinnen/ Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation in die Langzeitversorgung, die die fachgerechte Durchführung einer Physikalischen Kombinationsbehandlung erfordert, ist unabdingbar. Regelmäßige Verlaufskontrollen sind für eine sachgerechte Physikalische Kombinationsbehandlung als Teil der Multimodalen Schmerztherapie erforderlich, um z.B. eine Anpassung der Therapie und die Gewährleistung einer raschen Reaktion auf Abweichungen, unerwünschte Wirkungen etc. sicherzustellen.</p> <p>Ärztinnen / Ärzte für Allgemeinmedizin führen üblicherweise die Physikalische Kombinationsbehandlung, auch mangels entsprechender Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen, nicht selbst durch, sondern überweisen an externe Leistungserbringer. Dadurch wird dieser Rückkopplungsschlenkel unterbrochen und die Prozesshoheit aufgeteilt.</p> <p>Der §2 Leistungskatalog für Fachärztinnen /Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation stellt alle für eine Multimodale Schmerztherapie</p>	<p>Bedeutung der Empfehlung für Leistungserbringer / innen: Für die Langzeitbetreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen bzw. rezidivierenden unspezifischen Rückenschmerzen ist in der Regel die / der behandlungsführende niedergelassene Allgemeinmediziner / in oder Facharzt / Fachärztin geeignet. Die Langzeitbetreuung von chronischen Schmerzpatientinnen / -patienten umfasst auch die Koordination aller ggf. weiteren, an der Behandlung beteiligten GDA.</p>	<p>WGKK. Tarif für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation 2019. Anlage C</p> <p>Informationsblatt der WGKK Physikalische Behandlungen 2019</p> <p>Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015</p>	<p>Abgelehnt, da politisches Commitment zur abgestuften Versorgung von Pat. mit unspezifischen Rückenschmerzen.</p>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>erforderlichen Positionen sicher, lediglich die Psychotherapeutische Einzeltherapie ist nicht abgebildet.</p> <p>Die Ärzteausbildungsordnung für Fachärztinnen/ Fachärzte für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation umfasst in Anlage 25</p> <p>A. Definition des Aufgabengebiets: „Das Sonderfach Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation umfasst die Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Palliation von Funktions- und Gesundheitsstörungen aller Organsysteme und relevanter Erkrankungen, insbesondere mit physikalischen und rehabilitativen Mitteln zur Analgesie und zur Wiederherstellung oder Besserung der Körperstrukturen, der Körperfunktionen, der Aktivität und der Partizipation. Weiteres beinhaltet das Aufgabengebiet insbesondere die Diagnose und Indikationsstellung für Therapiemaßnahmen</p>			
S. 32: 4.5 Empfehlungen Langzeitbetreuung / Nachsorge	Österr. Apothekerkammer	Kunden mit Rückenschmerzen sind langzeitbetreute Kunden in der Apotheke	<p>Bedeutung der Empfehlung für Patientinnen / Patienten: Die Langzeitbetreuung von Patientinnen/Patienten mit chronischen (oder rezidivierenden) unspezifischen Rückenschmerzen sollte durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt wohnortnah im Sinne einer Basisversorgung (Versorgungsebene I) erfolgen.</p> <p>Sowohl durch die niederschwellige und wohnortnahe Betreuung durch eine öffentliche Apotheke als auch die Betreuung eines/r niedergelassenen behandlungsführenden/n Arzt /Ärztin als zentraler/ zentralem Ansprechpartner/ in kann eine niederschwellige, kontinuierliche Langzeitbetreuung von betroffenen Schmerzpatientinnen/-patienten gewährleistet.</p>		An dieser Stelle abgelehnt. Berücksichtigung siehe Empfehlung 6.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
Kap. 7 – Quellen					
S. 40 Literaturverzeichnis Medizinische Universität Graz / HVB (2019) : Behandlungspfad: Nicht-spezifischer Rückenschmerz auf Primärvorsorgungsebene.	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR	Die Publikation der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die dazugehörigen Infoboxen sind methodisch / wissenschaftlich mangelhaft und mittlerweile von der Homepage des HVSV entfernt, daher nicht mehr öffentlich verfügbar.	Entfernung des Literaturzitats aus dem Literaturverzeichnis		Behandlungspfad MedUniGraz 2019 bleibt (zusätzliche) Grundlage für den QS.
Kap. 8 – Anhang					
S. 42 Schmerzfragebögen	BÖP	s.o. Psychologie im Gesundheitswesen ist Gesundheitspsychologie und/oder Klinische Psychologie!	»Informationsbasis für die erweiterte ärztliche und psychologische Anamnese ausbessern in: ... die erweiterte ärztliche und klinisch-psychologische und/oder gesundheitspsychologische Anamnese		In QS eingearbeitet.
S. 42 STarT-Rückenschmerz Fragebogen Aufgrund der Fragebogenergebnisse werden die Patientinnen / Patienten in drei Gruppen eingeteilt, für die jeweils passende Therapieansätze erarbeitet wurden	OÖ AK ÖÄK Bundesfachgruppe Physik. Med. u. allg. Reha. der ÖÄK WKÖ, Fachverbandes d. Gesundheitsbetriebe ÖGPMR Inst. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation, LKH Innsbruck LKH Innsbruck	Der STarT-Rückenschmerz Fragebogen ist keine reines Assessment Tool, sondern dient der genauen Festlegung der lt. den Studienautorinnen einzuschlagenden Behandlungsweise: Die PatientInnen werden 3 Gruppen zugewiesen: eine Gruppe ("geringes Chronifizierungsrisiko") erhält keine Behandlung, sondern wird nur über die „Harmlosigkeit“ der Beschwerden aufgeklärt, die zweite Gruppe ("mittleres Chronifizierungsrisiko") erhält einige wenige Einheiten (bis zu 6 mal) anschließend Bewegungstherapie von einer Physikalischen Kombinationsbehandlung wird auch in dieser Gruppe abgeraten, die dritte Gruppe ("hohes Chronifizierungsrisiko") erhält eine Bewegungstherapie mit verhaltenstherapeutischen Elementen. Dieses Konzept widerspricht den Empfehlungen der LL2018, die einen raschen Beginn der Behandlungen mit vorzugsweise nichtmedikamentösen Maßnahme	Stattdessen empfehlen sich reine Assessment-Scores (wie z.B. FFb-H, WOMAC, VAS / NRS, HADS-D, Fear Avoidance Beliefs-Fragebogen, Gerbershagen, FF-STABS)	LL Kreuzschmerz 2018 Hartvigsen 2018 Torstensen 1998	Abgelehnt.

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
		<p>wie einer Physikalischen Kombinationstherapie festgeschrieben (Empfehlung 5-1). Das Vorgehen gemäß STarT-Rückenschmerz</p> <p>Fragebogen soll Kapazitäten aus dem Beginn der Patientenkarriere freimachen, um sie am Ende im chronischen Stadium einzusetzen.</p> <p>Modernere Ansätze verfolgen die umgekehrte Strategie: so rasch als möglich Beginn der Behandlungen mit vorzugsweise nichtmedikamentösen Maßnahmen wie einer Physikalischen Kombinationstherapie, um das Chronifizierungsrisiko hintanzuhalten und die durch die Chronifizierung eintretenden Aufwendungen und Folgekosten einzusparen</p>			
S. 42, 8 Anhang STarT-Rückenschmerz- Fragebogen	ÖGARI	<p>Hinweis auf eine Priorisierung des praktikablen online Screening-Tools „STarT-Back-Tool“</p> <p>Die nachfolgend verlinkte Interviewversion ist eine Modifikation der deutschen Fragebogenversion (Karstens et al. 2015), dh. steht als Online-tool (auch als App) zur Verfügung. Das Copyright wurde von Prof. Karstens für Österreich bereits eingeholt.</p>	<p>STarT-Rückenschmerz Fragebogen Link: http://public.hochschule-trier.de/~gruegerj/onepage/index.html</p> <p>Allgemeine Information: Der STarT-Fragebogen wurde an der Keele- University (Großbritannien) entwickelt, um für Rücken-schmerz-patientinnen/patienten das Risiko länger anhalten der Beschwerden zu bestimmen. Die nachfolgend verlinkte Interviewversion ist eine Modifikation der deutschen Fragebogenversion (Karstens et al. 2015). Auf Grundlage der Fragebogenergebnisse werden die Patientinnen/Patienten in drei Gruppen eingeteilt, für die jeweils passende Therapieansätze erarbeitet wurden (vgl. Hill et al. 2011).</p>		<p>Priorisierung abgelehnt.</p> <p>Im QS (Kap. 8) ergänzt „Exemplarische, frei zugängliche Assessment-Tools“</p>

Stelle im QS (Seite, Kapitel, Absatz)	Stellungnehmende Einrichtung/Person	Anmerkung der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Änderungsvorschlag der stellungnehmenden Einrichtung/Person	Evidenz	Kommentar der PG QS
			Das STarT Back-Screening-Tool steht als praktisches online-Assessment mit einem aus neun Punkten bestehendem Fragebogen in unterschiedlichen Sprachen (für Patientinnen/Patienten mit Migrationshintergrund) zur Verfügung. Nach einer raschen online Auswertung wird das Chronifizierungsrisiko der Patientinnen/Patienten ermittelt und eine entsprechende risikoadaptierte Therapie, welche zeitnah einzuleiten ist, unmittelbar vorgeschlagen.		
S. 42, Abschnitt Schmerzfragebögen DGSS	BÖP	kann im Vorfeld der individuellen Schmerzanamnese durch den GDA (Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe usw.) erfolgen. s.o.; zusätzlich: Gesundheitspsycholog*innen sind primär in der Prävention, Gesundheitsförderung und Risikodiagnostik tätig.	anstatt Psychologin/Psychologe Klinische Psychologin/Psychologe, Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe		In QS eingearbeitet.
S.42 Kapitel 8 Anhang, Absatz Schmerzfragebögen der Deutschen Schmerzgesellschaft	BÖP	Die "Schmerzpsychologie" stellt eine Spezialisierung der Klinischen Psychologie dar. Nur Klinische PsychologInnen dürfen klinisch-psychologisch behandeln und nur die klinisch-psychologische Behandlung entspricht jener der PsychotherapeutInnen.	klinisch-psychologische Anamnese anstatt psychologische Anamnese		In QS eingearbeitet.