# Delphi-Befragung Intervention Edukation

Sehr geehrte Expertin, sehr geehrter Experte,

im Vorfeld möchte ich mich herzlich für Ihre Zeit und Bereitschaft, den folgenden Fragebogen auszufüllen und damit meine Bachelorarbeit mit Ihrer Expertise zu unterstützen, bedanken. Das Ziel der Arbeit ist es, mittels Delphi-Befragung in zwei Fragewellen unter Expert:innen zu ermitteln, welche Edukationsinhalte Patient:innen mit akuten unspezifischen lumbalen Rückenschmerzen erhalten sollen. Die am Schluss ermittelten Inhalte könnten als Grundlage für die Erstellung künftiger Edukationsinterventionen fungieren und somit ein wichtiger Schritt für die Behandlung akuter unspezifischer lumbaler Rückenschmerzen sein.

Die aufgeführten potenziellen Edukationsinhalte dieses Fragebogens wurden im Vorfeld anhand einer systematischen Literaturrecherche zusammengestellt. Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Medline (via PubMed), CINAHL, Cochrane und PEDro sowie einer Handsuche und einer Literaturabfrage in den Registern von Thieme, SpringerLink und Dissonline. Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: „low back pain“ inklusive der Synonyme „lower back pain“, low back ache“, „lower back ache“ und „acute low back pain“ sowie „patient education“ mit den zugehörigen Begriffen „education“, „information“, „information booklet“, „pamphlet“ und „leaflet“. Insgesamt wurden 4239 Arbeiten identifiziert. Nach Prüfung der Volltexte wurden 90 Studien eingeschlossen (siehe Abbildung 1).

Der vorliegende Fragebogen der ersten Fragewelle ist in zwei Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt beinhaltet soziodemographische Fragen und Fragen zu Ihrem Status als Expertin oder Experte. Im zweiten Abschnitt bewerten Sie die aus der Literatur extrahierten Inhalte der Intervention Edukation. Nach jeder Subkategorie haben Sie die Möglichkeit weitere, aus Ihrer Sicht, wichtige Inhalte zu ergänzen.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen als Word-Datei bis zum 19. November 2021 an mich zurück: nele.zoelck@student.uni-luebeck.de

Abbildung 1: Prisma Flow Chart Literatursuche



1. Persönliche Daten

## Vor- und Zuname:

## Akademischer Grad/Titel:

## Fort-/Weiterbildungen:

## Berufserfahrung in Jahren:

## Derzeitige Tätigkeitsbereiche wie Praktiker:in, Lehre, Fort- und Weiterbildung oder Wissenschaft und Forschung (Mehrfachnennungen möglich):

## Sie sind als Praktiker:in tätig:

### Nennen Sie das Land, in dem Sie praktizieren:

### Nennen Sie den prozentualen Anteil an Patient:innen mit akuten unspezifischen lumbalen Rückenschmerzen in Ihrer täglichen Praxis:

### Nennen Sie den prozentualen Anteil an edukativer Therapie bei der Versorgung der Patient:innen mit akuten unspezifischen lumbalen Rückenschmerzen:

### Beschreiben Sie bitte den Zugangsweg der Patient:innen zu Ihrer physiotherapeutischen Leistung (Direktkontakt, auf Basis ärztlicher Anordnung, Direktkontakt mit Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz, etc.):

## Sie sind in der Lehre oder Fort- und Weiterbildung tätig:

### Nennen Sie den Bildungsbereich und das Land, in dem Sie tätig sind (Berufsfachschule, Hochschule, Fort- und Weiterbildung, etc.):

### Beschreiben Sie bitte stichpunktartig, welche Rolle die Intervention Edukation in der Versorgung von Patient:innen mit akuten unspezifischen Rückenschmerzen im Rahmen Ihrer Lehrtätigkeit spielt (Ansätze, Konzepte, Leitlinien konforme Versorgung, etc.):

## Sie sind im Bereich der Wissenschaft oder Forschung tätig:

### Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Expertise im Bereich der Wissenschaft oder Forschung, inkl. eventueller Publikationen zur Edukation in der Versorgung von Patient:innen mit akuten unspezifischen Rückenschmerzen:

1. Zusammenschau der externen Evidenz zu den Inhalten der Intervention Edukation

Bitte bewerten Sie die im Folgenden aufgeführten Inhalte der Intervention Edukation bei Patient:innen mit akuten unspezifischen lumbalen Rückenschmerzen hinsichtlich ihrer Relevanz. Wählen sie pro Aussage jeweils eine der dazugehörigen Antwortmöglichkeiten.

|  |
| --- |
| 1. Anatomische Aspekte |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Informationen über die Anatomie sowie den Aufbau und die Funktion des muskuloskeletalen Systems der Lendenwirbelsäule [8, 42, 65] mit Betonung auf die Stabilität und Stärke der verschiedenen Strukturen [10, 71, 79] vermitteln | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Erläuterung der Funktion der Bandscheiben, die der Stabilität, Bewegung und Stoßdämpfung dienen [10, 40, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Erklärung des Aufbaus und der schützenden Funktion des Wirbelkanals für das Rückenmark und die Spinalnerven [10, 71, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Im Vergleich zu traditionellen Informationen über Anatomie, sollten diese in einem deutlich reduzierten Umfang gegeben werden [33, 73] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Keine Erklärungen zu anatomischen Modellen [62] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Anatomische Aspekte hervorgehen? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Anatomische Aspekte zuordnen:

|  |
| --- |
| 2. Neurophysiologische Aspekte inkl. Schmerzverarbeitung  |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Neurobiologie und Neurophysiologie des Schmerzes vermitteln [14, 62, 83, 90] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Detaillierte maßgeschneiderte Informationen über Schmerzmechanismen darbieten [64] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Darlegen, dass Schmerzen eine persönliche Erfahrung sind, die stark von Überzeugungen, Erfahrungen, Gedanken, Gefühlen und Erwartungen einer Person abhängig sind [1, 27, 79]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Vermitteln, dass Schmerzen durch negative Erwartungshaltung, schlechte Erfahrung, Stress und schlechte Stimmung sowie fehlende Kontrolle und fehlendes Verständnis verstärkt werden [37, 70, 79]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Spezifische Informationen zur Schmerzphysiologie vermitteln [62, 86] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Wissen und Verständnis über Schmerz erhöhen [48, 90] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Bedeutung von Schmerz als Schutz- und Warnfunktion vermitteln [9, 10, 49, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Wissen zur Schmerzentstehung vermitteln [62]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Schmerzwahrnehmende und Schmerzverarbeitende Systeme erklären (wie aus Gefahrensignalen Schmerzen werden) [49] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Verständnis über den normalen Verlauf der Wundheilung erzeugen [90] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Wissensvermittlung über „Gefahrenrezeptoren“ – die erste Verteidigungslinie [49] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Prinzipien der Sensibilisierung und Desensibilisierung erläutern [62, 85] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | Bedeutung von „Schmerzgedächtnis“ und Neuroplastizität darstellen [14, 62] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Vermitteln, dass Schmerz das Resultat einer Interpretation des Gehirns ist und bei wahrgenommener Bedrohung oder Gefahr entsteht [1, 70, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | Zusammenhang von Schmerz und Aktivität (Gate Kontrol) erklären [14] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | Verständnis über den Schmerzzyklus vermitteln [31] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 17 | Zusammenhang von Gedanken, Befinden, Aufmerksamkeit und Schmerz erklären [14, 86] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 18 | Lehren, dass die Wahrnehmung von Schmerzen, durch vorherige Erfahrungen und Überzeugungen, beeinflusst werden kann [86] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 19 | Unterschied zwischen akuten und chronischen Schmerzen verdeutlichen [14] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Neurophysiologische Aspekte inkl. Schmerzverarbeitung hervorgehen?

Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Neurophysiologische Aspekte inkl. Schmerzverarbeitung zuordnen:

|  |
| --- |
| 3. Pathoanatomische und pathophysiologische Aspekte  |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Vermitteln, dass biomedizinische Ursachen möglich sind. Dazu gehören bspw.: muskuläre Verspannungen, Krämpfe oder Zerrungen, Störungen der Muskelkoordination, Fehl-, Unter- oder Überbelastung, Bewegungsmangel, langes Sitzen und harte körperliche Arbeit [1, 6, 9, 10, 13, 27, 40] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Informationen über die Pathophysiologie bei Rückenschmerzen darbieten [42] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Ursachen von Schmerzen der Lendenwirbelsäule erläutern [65] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Erklären, dass Rückenschmerzen mit einem körperlichen Auslöser im Rücken beginnen [81] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Erläutern, dass Rückenschmerzen aus einer Störung der Funktion resultieren und nicht durch einen strukturellen Schaden oder einer Krankheit entstehen [29] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Erklären, dass Schmerzen und Funktionsstörungen eng miteinander verknüpft sind [29] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Darstellen, dass strukturelle Gründe für lumbale Rückenschmerzen vernachlässigt werden sollten [85] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Erklärungen bieten, dass Schmerzen im Rücken ein Hinweis sind, dass der Rücken nicht so funktioniert wie er sollte [29] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Keine pathoanatomischen Erklärungsmodelle nutzen [62] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Kenntnisse über eine gute Körperhaltung vermitteln [3, 14, 42, 72] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Körpermechanik und „sichere“ Hebepraktiken [3] zu Hause und am Arbeitsplatz vermitteln [58] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Im Vergleich zu traditionellen Informationen über Ergonomie, sollten diese in einem deutlich reduzierten Umfang gegeben werden [33] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | Ergonomische Empfehlungen für Haltungen und das Stehen, Sitzen, Knien, Schieben, Heben und Drehen geben [65] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Vermitteln, dass eine Schmerzursache meistens nicht identifiziert werden kann [9, 10, 13, 28, 37, 70, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Pathoanatomische und pathophysiologische Aspekte hervorgehen?

Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Pathoanatomische und pathophysiologische Aspekte zuordnen:

|  |
| --- |
| 4. Psychosoziale Aspekte  |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Allgemeine Erklärungen zum biopsychosozialen Modell mit Fokus auf psychologische und soziale Faktoren [14, 23] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Zusammenhang zwischen Kognition, Emotion und Körper erläutern [14] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Zusammenhang von Gelben Flaggen und lumbalen Rückenschmerzen erklären [23, 34] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Erläutern, dass psychosoziale Faktoren wie Depressivität, Disstress, negative schmerzbezogene Kognition, sowie passives, überaktives oder supressives Schmerzverhalten zu einer Chronifizierung beitragen können [7, 9, 10, 27, 28, 37, 54, 57, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Vermitteln, dass arbeitsplatzbezogene Faktoren wie Unzufriedenheit und Mobbing am Arbeitsplatz sowie eine negative Erwartung hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu einer Chronifizierung beitragen können[7, 10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Darstellen, dass iatrogene Faktoren wie Über-, Unter- und Fehlversorgung, passive Therapiekonzepte und lange Krankschreibungen zu einer Chronifizierung beitragen können [10, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Erklären, dass es lebensstilbezogene Risiken für eine Chronifizierung gibt. Diese sind Rauchen, Übergewicht, geringe körperliche Fitness und Alkoholkonsum [9, 10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Rückenschmerzen sind ein körperliches Problem. Psychosoziale Faktoren können beeinflussen, wie wir auf Schmerzen reagieren und wie sie uns beeinflussen, aber sie verursachen die Schmerzen nicht. Rückenschmerzen sind kein rein psychologisches Problem. Rückenschmerzen beginnen mit einem körperlichen Problem im Rücken [29] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Erklärung des Angstvermeidungsmodells [23] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Erläutern, dass sich psychische Beschwerden im Zusammenhang mit Rückenschmerzen wirksam behandeln lassen, ggf. sollte ein Psychotherapeut miteinbezogen werden [7, 9, 10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Positive Botschaften wie: „Sie können ihre Schmerzen lindern“ vermitteln [45, 65, 66] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Ziele setzen [36, 88] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | Die Rolle und die Bedeutung von Stress auf lumbale Rückenschmerzen verdeutlichen[3, 36] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Die potenzielle Auswirkung der Haltung und Sprache der Physiotherapeut:innen auf die Patient:innen kann unterschätzt werden [32] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | Angesichts der Kraft der therapeutischen Beziehung, sollte die Verwendung einer furchtverherrlichenden Sprache vermieden werden. Negativ besetze Worte und Phrasen wie z. B. „ausgequetschte Bandscheibe", “Bandscheibenvorfall“ oder "degenerative Veränderung" sollten nicht gebraucht werden [32] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | Verzicht auf einen missverständlichen Gebrauch von Begriffen wie: „Abnützung“, „Schmerzen“ bzw. „Schädigung“ [69] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 17 | Ein wichtiger Aspekt der Edukation ist die Abstimmung der Informationen auf die individuelle Situation und die Bedürfnisse der Patient:innen [38] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 18 | Informationen über Arbeits-, Renten- und Versicherungsrecht und einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung [14] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 19 | Überprüfung von Vorstellungen, Ängsten, Überzeugungen und Kenntnissen der Patient:innen hinsichtlich des Zustandes, ihrer potentiellen Schwere und Prognose, durch die Therapeut:innen [24] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 20 | Keine zu hohen Erwartungen an sofortige Ergebnisse haben [88] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 21 | Aufklärung über die Möglichkeit von wiederkehrenden Symptomen [41] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Psychosoziale Aspekte hervorgehen? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Psychosoziale Aspekte zuordnen:

|  |
| --- |
| 5. Aufklärung, beruhigende Aspekte und entlastende Grundbotschaften |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Erklären, dass Schmerzen normal sind (Schmerzerfahrung als Reaktionsantwort des Gehirns) [49] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Edukation ist ein evidenzbasierter Therapieansatz bei Patient:innen mit akuten unspezifischen lumbalen Rückenschmerzen [64] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Wissen über Schmerzphysiologie ist ein sehr wirksames Mittel gegen Schmerzen [1, 27, 52, 70, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Informationen zum Krankheitsbild vermitteln [14] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Harmlosigkeit des lumbalen Rückenschmerzes darlegen [34] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Unspezifische Rückenschmerzen sind weit verbreitet und sind keine ernsthafte oder schwere Erkrankung [1, 5, 6, 10, 11, 13, 19, 26, 27, 28, 30, 33, 37, 40, 41, 46, 47, 54, 56, 57, 59, 68, 70, 71, 75, 78, 84, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Die meisten Schmerzen sind nicht auf ernsthafte Krankheiten zurückzuführen [67] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Rückenschmerzen sind keine Krankheit. Häufig sind sie wie Kopfschmerzen die kommen und von alleine wieder gehen [29] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Das Fehlen einer definitiven anatomischen Ursache erläutern [30] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Patient:innen beruhigen, dass es keine Hinweise auf Nervenschäden oder andere gefährliche Krankheiten gibt [18, 68] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Informationen über die günstige Prognose von lumbalen Rückenschmerzen vermitteln [5, 17, 18, 20, 30, 41, 82, 85] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Beruhigung und Informationen über die gute Prognose und das günstige Ergebnis von lumbalen Rückenschmerzen vermitteln[12, 85] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | Positive Botschaften wie: „Sie können ihre Schmerzen lindern“ vermitteln [45, 65, 66] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Bewegung, körperliche Aktivität und insbesondere Bewegung der Wirbelsäule sind ungefährlich, wirken sich positiv aus und werden als wichtigste Maßnahme gegen Rückenschmerzen empfohlen [6, 7, 10, 39, 40, 56, 57, 71, 74, 76, 79, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | Den normalen Verlauf von unspezifischen akuten lumbalen Rückenschmerzen darstellen [41] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | Berichten, dass sich die Symptomatik bei den meisten Menschen innerhalb von vier Wochen verbessert [45, 66] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 17 | Informieren, dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine wesentliche Besserung in den ersten sechs Monaten gibt [20] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 18 | Erläutern, dass die meisten lumbalen Rückenschmerzen sehr kurzweilig sind [31, 34] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 19 | Die akuten Schmerzen verbessern sich in der Regel innerhalb weniger Tage oder Wochen sodass Patient:innen wieder an ihrem Leben teilnehmen können [67] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 20 | Rückenschmerzen bessern sich bei einem normalen Verlauf zügig und in einigen Wochen in der Regel vollständig [1, 6, 7, 9, 10, 19, 26, 28, 37, 40, 54, 55, 57, 61, 63, 71, 77, 84] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 21 | Wiederkehrende Episoden sind häufig, aber unbedenklich [1, 57, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 22 | Verdeutlichen, dass Schmerzen nicht zwangsläufig im Zusammenhang mit einer Gewebeschädigung stehen [9, 11, 27, 28, 31, 56, 57, 70, 71, 85] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 23 | Positive Informationen über die Wirbelsäule vermitteln: Es gibt keinen Hinweis auf ernsthafte Schäden oder Verletzungen. Auch wenn es sehr schmerzhaft ist, bedeutet das nicht, dass es ernsthaften Schäden am Rücken gibt [73] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 24 | Vermitteln, dass der Rücken eine starke und belastbare Struktur ist [1, 11, 27, 56, 57, 73, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 25 | Vermitteln, dass der Rücken einer der stärksten Teile des Körpers ist. Er besteht aus massiven knöchernen Blöcken, die durch Scheiben verbunden sind und ihm Kraft und Flexibilität verleihen. Er wird durch kräftige Bänder verstärkt und von großen Muskeln umgeben [67] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 26 | Vermitteln, dass degenerative Veränderungen der Wirbelsäule normal sind und keinen kausalen Zusammenhang mit dem Auftreten von Rückenschmerzen haben [1, 37, 47, 57, 70, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 27 | Erläutern, dass der Rücken für viel Bewegung gemacht ist. Je eher Patient:innen sich wieder bewegen und ihren täglichen Aktivitäten nachkommen, desto eher fühlen sie sich besser [67] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 28 | Vermitteln, dass Rückenschmerzen ein Symptom sind, das bedeutet, dass der Rücken sich einfach nicht so bewegen und arbeiten kann wie er sollte. Er ist untauglich oder außer Betrieb [11] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 29 | Es gibt eine Reihe von Behandlungen, die helfen können, die Schmerzen zu kontrollieren, aber dauerhafte Erleichterung hängt von den eigenen Anstrengungen der Patient:innen ab, wie sie mit ihrem Rücken umgehen [11, 58] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 30 | Vermitteln, dass Erholung davon abhängt, den Rücken zu bewegen. Je früher Patient:innen tätig werden, desto eher wird sich Ihr Rücken besser fühlen [11] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 31 | Informieren, dass anfängliche Schmerzen bei der Wiederaufnahme von Training normal und kein Anzeichen für Verschlimmerung sind [1, 40, 57] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 32 | Betonung der Selbstregulation [85] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 33 | Informationen über eine signifikante Verbesserung der lumbalen Rückenschmerzen ohne Intervention [12] geben | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 34 | Darlegen, dass jeder Schmerz echt ist [52] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 35 | Erläutern, dass die Größe des Leids sich beim akuten Schmerz oft nach seiner Stärke richtet [52] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 36 | Vermitteln, dass Schmerzen auch ohne Schädigungen sehr heftig sein können [52] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 37 | Erklären, dass die in einem therapeutischen Rahmen zugelassene körperliche Aktivität nicht automatisch gleichzusetzen ist mit der beruflichen Leistungsfähigkeit [52] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 38 | Darlegen, dass Krankschreibung und Berentung sozialmedizinisch legitime Lösungen sind, aber nicht die einzigen [52] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 39 | Vermitteln, dass das Aussprechen eines Rentenwunschs nicht das Recht auf eine Behandlung verwirkt [52] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 40 | Vermitteln, dass die Haltung „schlecht“ sein kann, dies aber nicht der Grund für die Schmerzen ist [29, 57] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Aufklärung, beruhigende Aspekte und entlastende Grundbotschaften hervorgehen? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Aufklärung, beruhigende Aspekte und entlastende Grundbotschaften zuordnen:

|  |
| --- |
| 6. Allgemeine Informationen und Empfehlungen |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Bewegung körperliche Aktivität und insbesondere Bewegung der Wirbelsäule sind ungefährlich, wirken sich positiv aus und werden als wichtigste Maßnahme gegen Rückenschmerzen empfohlen [6, 7, 10, 39, 40, 56, 57, 71, 74, 76, 79, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Positive physiologische Effekte von Bewegung und Aktivität sind z.B. Abbau der Schutzhaltung, Beschleunigung der Heilung, verbesserte Stressbewältigung sowie Steigerung der Kraft und Ausdauer [1, 6, 9, 57, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Informationen über die Physiologie der Wirbelsäule vermitteln [65] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Auswirkungen von Aktivität auf den Stoffwechsel und die Ernährung der Strukturen des Rückens erläutern [49] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Erklären, wie Inaktivität die Entstehung von schwachen und/oder steifen Muskeln begünstigt [31]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Die Bedeutung der Rückkehr zur normalen Aktivität darlegen [30] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Ratschlag erteilen, wie Patient:innen am besten mit Rückenschmerzen umgehen, indem man positiv denkt [44] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Berichten, dass es bei etwa der Hälfte der Menschen die Rückenbeschwerden erlebten, zu wiederholten Schmerzen innerhalb von einem Jahr kam. Dies jedoch nicht bedeutet, dass es sich um ernsthafte lumbale Rückenschmerzen handelt und die meisten Menschen zwischen den Episoden ein normales Aktivitätenniveau und oft eine Schmerzfreit erreichen [67] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Deutliche Reduktion der traditionellen Empfehlungen über Rückenspezifische Übungen [33] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Erklären, dass Rückenschmerzen nicht durch eine schlechte Körperhaltung verursacht oder aufrechterhalten werden [57] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Kliniker sollten erklären, dass frühe, routinemäßige Bildgebung und andere Tests eine Ursache in der Regel nicht identifizieren können [6, 7, 9, 10, 13, 20, 25, 28, 37, 40, 47, 54, 55, 59, 61, 70, 74, 75, 76, 78, 79, 84] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Bildgebende Verfahren können für Patient:innen schädlich sein und die Wahrscheinlichkeit für unnötige Eingriffe erhöhen [28, 37, 71, 74, 76] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | Eine Bildgebung sollte nur dann durchgeführt werden, wenn ein begründeter Verdacht auf eine ernsthafte Erkrankung („Red Flags“) vorliegt [21, 37, 59, 61, 71, 76, 84] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Eine erneute Kontaktaufnahme mit den Behandelnden wird empfohlen, wenn nach 2-6 Wochen keine Besserung eintritt, sich die Symptome verschlimmern oder neue dazukommen [1, 19, 28, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | Medizinische Hilfsmittel, wie Bandagen, Orthesen oder Schuheinlagen sollten kein Bestandteil der Behandlung sein [9, 10, 21, 25, 37, 40, 54, 70] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | Eine Vermeidung von Krankschreibung bzw. eine frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz wird ausdrücklich empfohlen, da sich diese positiv auf die Genesung auswirkt [6, 15, 22, 25, 26, 54, 55, 56, 70, 71, 76, 84, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 17 | Invasive und operative Behandlungsoptionen sollten nicht angewendet werden [6, 9, 10, 54, 55, 57, 59, 78] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Allgemeine Informationen und Empfehlungen hervorgehen? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Allgemeine Informationen und Empfehlungen zuordnen:

|  |
| --- |
| 7. Empfehlungen zum Umgang mit lumbalen Rückenschmerzen |
| 7.1. Selbstmanagement  |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Es sollten Aufklärung und Beratung sowie Ratschläge zum Selbstmanagement erteilt werden [9, 21, 37, 77] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Das Aufrechterhalten eines aktiven Lebensstils und die rasche Rückkehr zum normalen Aktivitätenniveau wird ausdrücklich empfohlen [5, 6, 7, 9, 10, 13, 16, 19, 20, 22, 25, 26, 28, 31, 33, 34, 37, 40, 45, 46, 47, 53, 54, 56, 59, 60, 63, 66, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 79, 80, 82, 84, 88, 89] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Aufklärung über die Führung eines aktiven Lebensstils innerhalb der Schmerzgrenze [12, 35] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Den Nutzen des Beibehaltens eines normalen (üblichen) Aktivitätenniveaus verdeutlichen [18, 85] unabhängig vom Auftreten des lumbalen Rückenschmerzes | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Wenn das Aktivitätenniveau reduziert ist, sollten Aktivitäten schrittweise gesteigert werden [17, 41] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Die Menschen die ihre lumbalen Rückenschmerzen am besten bewältigen, sind diejenigen, die aktiv bleiben und sich trotz der Schmerzen bewegen [67] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Zu einer frühzeitigen Rückkehr an den Arbeitsplatz ermutigen [4] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Vermitteln, dass Bettruhe vermieden werden sollte, [5, 18, 20, 60, 82, 88], da Bettruhe negative Auswirkungen auf Stoffwechselprozesse hat und die Heilung verzögert [6, 9, 10, 13, 16, 21, 22, 26, 28, 37, 40, 54, 55, 56, 59, 70, 89] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Inaktivität kann lumbalen Rückenschmerz begünstigen und/oder aufrechterhalten [31, 33, 73] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Verhalten und Aktivitäten, die zunächst vermieden werden sollten sind z.B. langes Sitzen, Aktivitäten mit hoher Belastung, schweres Heben sowie Bücken und Drehbewegungen [1, 12, 40, 71] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Patient:innen sollten Bewegungen und Übungen vermeiden, die zu einer Peripheralisation des Schmerzes führen [35] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Patient:innen sollten eine gute Körperhaltung und Körpermechanik berücksichtigen [36] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | Gewichtsreduktion durch Bewegung und Ernährungsumstellung wird für Übergewichtige empfohlen, um die Wirbelsäule zu entlasten [9, 40, 71] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Notwendigkeit einer guten Körperhaltung betonen [3] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | Informationen über Schlafhygiene vermitteln [36] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | Informationen über Betten [45, 66] und Schlafen [36] vermitteln | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 17 | Kenntnis der Vorteile regelmäßiger Übungen darstellen [72] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 18 | Vermitteln, dass sich Patient:innen bei Benötigung Rat holen sollten [82] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 19 | Erläutern, dass es erstrebenswert ist, eine ausgewogene Balance zwischen Be- und Entlastung zu finden [9, 10, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 20 | Darlegen, dass das Arbeiten unter Restbeschwerden keine Bedrohung für den Rücken darstellt [35] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Mentale Gesundheit |
| 1 | Um die mentale Gesundheit zu fördern, sollte eine Stressreduktion [8, 58], gesunde Schlafgewohnheiten, Teilnahme an sozialen Aktivitäten, eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Handeln sowie eine aktive und positive Herangehensweise angestrebt werden [1, 46, 54, 57] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Vermitteln, dass die Patient:innen es nicht zulassen sollten, dass die Rückenschmerzen ihr Leben kontrollieren [31] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Informieren, dass positive Einstellungen wichtig sind und der Rücken nicht über das Leben bestimmen sollte. "Copers" leiden weniger an der Zeit und haben weniger Probleme auf lange Sicht [11] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Aufklären, dass Stress und Schmerzen auf mentaler Ebene entgegengewirkt werden kann(z.B. durch Entspannungsübungen, Selbstsuggestion und Visualisierung) [31] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Führen eines Emotions- und Schmerztagebuches [14] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Beim Auftreten erneuter Schmerzepisoden sollten Patient:innen ruhig bleiben, sich entspannen und in Bewegung bleiben [57] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7.3 Schmerzmanagement/Schmerzbewältigung  |
| 1 | Für das eigenverantwortliche Schmerzmanagement werden Wärmeanwendungen und Bewegung zur Schmerzlinderung empfohlen [7, 9, 10, 19, 27, 37, 40, 53, 54, 70, 71, 76, 77] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Die Schmerzen sollten schnellstmöglich unter Kontrolle gebracht werden [31] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Patient:innen sollten versuchen ihre Schmerzen mit Übungen und Entspannung zu kontrollieren [31, 82] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Patient:innen sollen lernen sich zu konfrontieren, anstatt Maßnahmen zu vermeiden, die mit Schmerzen verbunden sein könnten [44] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Aktive Schmerz-Coping-Strategien entwickeln [48] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Prävention und Behandlung von lumbalen Rückenschmerzen mit Fokus auf Flexions-Übungen [42] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Eine häufig wechselnde Tätigkeit bzw. Position wird empfohlen [10, 57, 71] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Praktische Tipps geben, wie Patient:innen sich bewegen, aus dem Bett steigen, stehen, sitzen, sich waschen, Schuhe anziehen, husten oder niesen, heben und den Rücken unterstützen [45, 66] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Körperliche Bewegung, Aktivität und Training werden als Teil des Selbstmanagements empfohlen [1, 6, 35, 57, 70, 76, 77] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Übungen zur Core Stability vermitteln [18, 65] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Rückenkräftigende Übungen vermitteln [58, 88] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Empfehlungen von Dehnübungen [3, 58, 88] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | Empfehlungen von Wärmeanwendungen (Packungen und Duschen) [88] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Individuelle Hilfestellung bei der Durchführung vorgegebener Instruktionen und Übungen. Erkannte Adhärenzprobleme sollten angesprochen werden und spezifische, in die Lebenswelt der Patient:innen, passende Lösungen erarbeitet werden [38] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | Alle Barrieren und Möglichkeiten mit diesen umzugehen, sollen mit den Patient:innen besprochen werden [18] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | Durchführung von regelmäßigen Aerobicübungen [18], Wandern, Radfahren, Schwimmen (Beginnend mit 10 Minuten täglich und mit einer Steigerung von 5-10 Minuten pro Woche) [88] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Empfehlungen zum Umgang mit lumbalen Rückenschmerzen hervorgehen?

Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Empfehlungen zum Umgang mit lumbalen Rückenschmerzen zuordnen:

|  |
| --- |
| 8. Warnhinweise und Notsituationen |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Bei Verdacht auf ein Tumorleiden oder Metastasen ist eine zügige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes notwendig. Hinweise sind ungewollter Gewichtsverlust, rasche Ermüdbarkeit, Fieber, Schüttelfrost, Tumorleiden in der Vorgeschichte, Zunahme der Schmerzen in Rückenlage und in der Nacht [9, 10, 28, 37, 40] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Bei Verdacht auf eine Nervenschädigung ist eine zügige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes notwendig. Hinweise sind Ausstrahlen der Schmerzen unterhalb des Knies, Gefühlsstörungen wie Taubheit oder Kribbeln sowie Schwäche in den Beinen [9, 10, 28, 37, 40] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Bei Verdacht auf entzündlichen rheumatischen Rückenschmerz ist eine zügige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes notwendig. Hinweise sind länger anhaltende Rückenschmerzen über 12 Wochen, Beginn vor dem 45. Lebensjahr, ein schleichender Beginn, Morgensteifigkeit, Besserung bei Bewegung, Verschlimmerung in Ruhe und Begleiterkrankungen wie Schuppenflechte, entzündliche Darmerkrankungen, Gelenk- und Sehnenentzündungen [9, 10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Bei Verdacht auf Infektionen ist eine zügige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes notwendig. Hinweise sind kürzlich erfolgte Invasive Eingriffe, Fieber, Schüttelfrost, i.v. Drogenabusus, durchgemachte bakterielle Infektion, Immunsuppression bei einer konsumierenden Grunderkrankung [9, 10, 13, 28, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Bei Verdacht auf ein Cauda-Equina-Syndrom ist eine sofortige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes notwendig. Hinweise sind Sensibilitätsstörungen und erhebliche Muskelschwäche bis hin zu Lähmungen in beiden Beinen sowie Blasen- und Mastdarmstörungen [1, 9, 10, 13, 18, 28, 64] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Bei Schmerzverschlimmerung ist eine sofortige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes notwendig [17] |  |  |  |  |  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Warnhinweise und Notsituationen hervorgehen? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Warnhinweise und Notsituationen zuordnen:

|  |
| --- |
| 9. Fragen und Wünsche von Betroffenen |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Wunsch nach individueller Beratung und Behandlung [2, 43] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Wunsch nach ausreichender Zeit mit der behandelnden Person [56] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Wunsch nach einer guten Beziehung zu der Therapeutin oder dem Therapeuten [2] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Wunsch nach Benennung einer Diagnose und Ursache. Erklärungen, warum der Schmerz auftritt [2, 9, 10, 43, 51, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Wunsch nach bildgebenden Verfahren [43, 61, 84] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Wunsch nach detaillierten Informationen über den natürlichen Verlauf von Rückenschmerzen [43] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Wunsch nach Informationen zur Prognose und langfristigen Beeinträchtigungen [43] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Wunsch nach Informationen bezüglich der Arbeitsfähigkeit [43] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Wunsch nach Informationen bezüglich des Schmerz- und Selbstmanagements [2, 43] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Wunsch nach Informationen zu nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten wie z.B. komplementäre Therapien, Physiotherapie, Osteopathie und Kräftigungsübungen [43, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Wunsch nach Informationen zu medikamentösen Therapien sowie deren Nebenwirkungen und Wirksamkeit [43, 79, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Wunsch nach Informationen zu körperlicher Aktivität und Kräftigungsübungen [43] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | Wunsch nach Informationen zum Umgang und Prävention von wiederkehrenden Schmerzepisoden [2, 43] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Wunsch nach verständlichen Informationen und einfachen Erklärungen [37, 43] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | Wunsch nach Informationen zu sozialen Netzwerken, Selbsthilfegruppen und arbeitsplatzspezifischen Unterstützungsangeboten [43, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | Wunsch nach Informationen darüber, was Patient:innen tun können, um den Schmerz zu stoppen oder zu verhindern [51] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 17 | Wunsch nach anatomischen und physiologischen Informationen [51] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 18 | Fragen wie „Was stimmt mit mir nicht?“ [90] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 19 | Fragen wie „Wie lange wird es dauern?“ [90] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 20 | Fragen wie „Was kann ich (die Patientin/der Patient) tun?“ [90] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 21 | Fragen wie „Was können Physiotherapeut:innen tun?“ [90] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 22 | Wunsch nach einer kostengünstigen Behandlung [2] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 23 | Wunsch nach Hilfe bei psychosozialen Problemen [43, 79] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Fragen und Wünsche von Betroffenen hervorgehen? Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Fragen und Wünsche von Betroffenen zuordnen:

|  |
| --- |
| 10. Informationen und Empfehlungen zu Medikamenten |
|  | absolut wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | absolut unwichtig |
| 1 | Medikamente sollten nur bei Patient:innen mit schweren und/oder unerträglichen Schmerzen in Betracht gezogen werden [77] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2 | Medikamente können als unterstützende Maßnahme dienen, um schnellstmöglich wieder aktiv zu werden und eine aktive Therapie zu ermöglichen [6, 7, 9, 10, 16, 27, 37, 71, 79, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3 | Medikamente sind lediglich eine symptomatische Behandlung [9, 16, 27, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4 | Manche empfohlenen Schmerzmittel sind frei verkäuflich, sind aber nicht völlig harmlos und sollten gemäß dem Beipackzettel eingenommen werden [10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5 | Freiverkäufliche Schmerzmittel sollten nicht ohne Absprache mit einer Ärztin oder einem Arzt über längere Zeiträume eingenommen werden [10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6 | Antidepressiva sollten nicht eingesetzt werden [7, 9, 10, 21, 37, 53, 55] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7 | Antiepileptika sollten nicht eingesetzt werden [7, 9, 10, 21, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8 | Glukokortikoide sollten nicht eingesetzt werden [7, 9, 53, 61, 63] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 9 | Intravenös, intramuskulär oder subkutan applizierbare Medikamente sollen nicht angewendet werden [6, 7, 9, 10, 21, 25, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 10 | Medikamentöse Schmerzbehandlung/ Medikamentenmissbrauch [14] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 11 | Bei Nachtschmerz sollten Schmerztabletten eingenommen werden [88] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 12 | Wenn eine Schmerzmedikation erforderlich ist, sollten nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) eingesetzt werden [6, 7, 9, 10, 25, 37, 53, 54, 55, 59, 61, 63, 78, 84, 87, 88, 89] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 13 | NSAR sollten oral, in der niedrigsten wirksamen Dosis und so kurzzeitig wie möglich eingenommen werden [6, 7, 9, 10, 25, 54, 63, 84] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 14 | Kontraindikationen für die Einnahme von NSAR sollten berücksichtigt und besprochen werden [37, 54] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 15 | Mögliche Nebenwirkungen von NSAR sollten berücksichtigt und besprochen werden [7, 10, 25, 37, 63] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 16 | Bei Anwendung von NSAR sollte zusätzlich ein Magenschutz eingenommen werden, insbesondre bei vorliegenden Risikofaktoren für gastrointestinale Blutungen [9, 10, 37, 50, 84] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 17 | Empfehlungen zum Gebrauch von Paracetamol sind nicht konsistent, wird meist nicht empfohlen [6, 7, 9, 10, 21, 25, 37, 54, 74, 89] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 18 | Empfehlungen zum Gebrauch von Muskelrelaxantien sind nicht konsistent [6, 7, 9, 10, 21, 37, 59, 61, 63, 89] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 19 | Der Gebrauch von Metamizol kann in Betracht gezogen werden, wenn NSAR kontraindiziert sind, nicht vertragen werden oder unwirksam sind [6, 9, 10, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 20 | Der Gebrauch von COX-2-Hemmern kann in Betracht gezogen werden, wenn NSAR kontraindiziert sind, nicht vertragen werden oder unwirksam sind [6, 9, 10, 37] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 21 | Der Gebrauch von Opioiden ist umstritten, kann aber in Erwägung gezogen werden, wenn nichtsteroidalen Antirheumatika kontraindiziert sind, nicht vertragen oder unwirksam sind [6, 7, 9, 10, 25, 37, 53, 54, 55, 59, 61, 74, 76, 78, 84, 87, 89] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 22 | Mögliche Nebenwirkungen von Opioiden sollten besprochen werden [7, 89] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 23 | Ratschläge zur Analgesie vermitteln [45, 66] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 24 | Adäquate Symptomkontrolle durch ausreichend Analgetika [34] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 25 | Die Auswahl des Schmerzmittels ist individuell von den Patient:innen abhängig [7, 9, 10, 25, 37, 61, 63, 77, 84, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 26 | Die Wirkung sowie Nebenwirkungen sollen bei pharmakologischer Behandlung regelmäßig kontrolliert werden [6, 9, 10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 27 | Bei medikamentöser Langzeitbehandlung bestehen relevante Risiken und Nebenwirkungen [7, 16] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 28 | Medikamente sollten nur bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit eigenommen werden [6, 9, 10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 29 | Ängste vor Schmerzmitteln sind bei korrekter Einnahme unbegründet [10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 30 | Ärztinnen und Ärzte sollten informiert werden, wenn Nebenwirkungen auftreten [10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 31 | Die meisten Medikamente haben nur eine geringe schmerzstillende Wirkung [77, 87] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 32 | Bei dem Gebrauch von Schmerzmitteln sollte ein Behandlungsziel festgelegt werden [9, 10] | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Bestehen aus Ihrer Sicht noch weitere Inhalte, die nicht aus der Zusammenschau der Subkategorie Informationen und Empfehlungen zu Medikamenten hervorgehen?

Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, führen Sie bitte weitere für Sie relevante Inhalte auf, die Sie der Kategorie Informationen und Empfehlungen zu Medikamenten zuordnen:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen ausführlichen Fragebogen der ersten Fragewelle auszufüllen! Bitte senden Sie das Dokument bis zum 19. November 2021 an mich zurück: nele.zoelck@student.uni-luebeck.de Nach Auswertung aller Fragebögen der ersten Fragewelle kann die zweite Fragewelle voraussichtlich Mitte Dezember/Anfang Januar starten.

Herzlichen Dank und viele Grüße

Nele Zölck

**Literaturliste der Zusammenschau zu den Inhalten der Intervention Edukation aus der systematischen Literaturrecherche**

1. Abbott A, Schroder K, Enthoven P et al. (2018) Effectiveness of implementing a best practice primary healthcare model for low back pain (BetterBack) compared with current routine care in the Swedish context: an internal pilot study informed protocol for an effectiveness-implementation hybrid type 2 trial. BMJ Open 8:e019906

2. Ahern M, Dean CM, Dear BF et al. (2019) The experiences and needs of people seeking primary care for low-back pain in Australia. Pain Rep 4:e756

3. Alston SD, O'sullivan P (2005) Patient education in physiotherapy of low back pain: acute outcomes of group instruction. Ir J Med Sci 174:64-69

4. Apeldoorn AT, Bosmans JE, Ostelo RW et al. (2012) Cost-effectiveness of a classification-based system for sub-acute and chronic low back pain. Eur Spine J 21:1290-1300

5. Bakker EW, Verhagen AP, Van Trijffel E et al. (2009) Individual advice in addition to standard guideline care in patients with acute non-specific low back pain: a survey on feasibility among physiotherapists and patients. Man Ther 14:68-74

6. Benrath J, Hatzenbühler M, Fresenius M et al. (2020) Repetitorium Schmerztherapie: Zur Vorbereitung auf die Prüfung Spezielle Schmerztherapie. Springer, Berlin, Heidelberg

7. Bork H (2017) Nicht spezifischer Rückenschmerz. Orthopädie und Unfallchirurgie up2date 12:625-641

8. Borys C, Nodop S, Tutzschke R et al. (2013) [Evaluation of the German new back school: pain-related and psychological characteristics]. Schmerz 27:588-596

9. BundesäRztekammer (BäK), KassenäRztliche Bundesvereinigung (Kbv), Arbeitsgemeinschaft Der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Awmf) (2017) Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz - Langfassung. Version 1

10. BundesäRztekammer (BäK), KassenäRztliche Bundesvereinigung (Kbv), Arbeitsgemeinschaft Der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Awmf) (2017) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Patientenleitlinie zur Nationalen Versorgungsleitlinie. 2. Auflage, Version 1

11. Burton AK, Waddell G, Tillotson M et al. (1999) Information and Advice to Patients With Back Pain Can Have a Positive Effect A Randomized Controlled Trial of a Novel Educational Booklet in Primary Care. Spine (Phila Pa 1976) 24:2484-2491

12. Casazza BA (2012) Diagnosis and Treatment of Acute Low Back Pain. American Family Physicians 85:343-350

13. Casser H-R, Graf M, Kaiser U (2019) Schmerzen an der Wirbelsäule. In: Baron R, Koppert W, Strumpf M, Willweber-Strumpf A (eds) Praktische Schmerzmedizin: Interdisziplinäre Diagnostik - Multimodale Therapie. Springer, Berlin Heidelberg, p 315-346

14. Casser H-R, Hasenbring M, Becker A et al. (2016) Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung. Springer Verlag, Berlin Heidelberg

15. Chance-Larsen F, Chance-Larsen K, Divanoglou A et al. (2020) The use of an e-learning module on return to work advice for physiotherapists - A prospective cohort study. Physiother Theory Pract 36:267-275

16. Chenot J-F, Greitemann B, Kladny B et al. (2017) Non-specific Low Back Pain. In:Dtsch Ärzteblatt Online

17. Chenot JF, Ahrens D (2007) Keine Bettruhe, keine Spritzen! MMW-Fortschr. Med. 43:28-29

18. Chiodo AE, Alvarez DJ, Graziano GP et al. (2010) Acute Low Back Pain. UMMG Clinical Value And Innovations:1-16

19. Chou R, Cote P, Randhawa K et al. (2018) The Global Spine Care Initiative: applying evidence-based guidelines on the non-invasive management of back and neck pain to low- and middle-income communities. Eur Spine J 27:851-860

20. Chou R, Qaseem A, Snow V et al. (2007) Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 147:478-491

21. Corp N, Mansell G, Stynes S et al. (2021) Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. Eur J Pain 25:275-295

22. D’ussel M (2020) Interest of the Return to Primery Care of the „Low Back Pain Booklet“ of Health Insurance in the Recovery of Common Acute Low Back Pain. In: Trials C (ed)

23. Domenech J, Sanchez-Zuriaga D, Segura-Orti E et al. (2011) Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. Pain 152:2557-2563

24. Dupeyron A, Ribinik P, Gelis A et al. (2011) Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. Ann Phys Rehabil Med 54:319-335

25. Éxcellence NIFHaC (2020) NICE Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. In: NICE Guideline.

26. Foster NE, Anema JR, Cherkin D et al. (2018) Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. The Lancet 391:2368-2383

27. Frederiksen P, Indahl A, Andersen LL et al. (2017) Can group-based reassuring information alter low back pain behavior? A cluster-randomized controlled trial. PLoS One 12:e0172003

28. French SD, Nielsen M, Hall L et al. (2019) Essential key messages about diagnosis, imaging, and self-care for people with low back pain: a modified Delphi study of consumer and expert opinions. Pain 160:2787-2797

29. G. W (2004) The Back Pain Revolution. Churchill Livingston: , Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto

30. George SZ, Teyhen DS, Wu SS et al. (2009) Psychosocial education improves low back pain beliefs: results from a cluster randomized clinical trial (NCT00373009) in a primary prevention setting. Eur Spine J 18:1050-1058

31. Godges JJ, Anger MA, Zimmermann G et al. (2008) Effects of Education on Return-to- Work Status for People With Fear- Avoidance Beliefs and Acute Low Back Pain. Phys Ther 88:231-239

32. Harman K, Bassett R, Fenety A et al. (2011) Client Education: Communicative Interaction between Physiotherapists and Clients with Subacute Low Back Pain in Private Practice. Physiother Can 63:212-223

33. Henrotin Y, Cedraschi C, Duplan B et al. (2006) Information and Low Back Pain Management. Spine (Phila Pa 1976) 31:E326-E334

34. Hildebrandt J (2005) Paradigmenwechsel im Umgang mit dem Rückenschmerz – Konsequenzen für bewegungstherapeutische Interventionen. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 21:146-151

35. Institute of Health Economics Alberta Canada (2009) Guideline for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. Toward Optimized Practice:1-21

36. Johnson RE, Jones GT, Wiles NJ et al. (2007) Active Exercise, Education, and Cognitive Behavioral Therapy for Persistent Disabling Low Back Pain A Randomized Controlled Trial. Spine (Phila Pa 1976) 32:1578-1585

37. Kamp R (2021) Rationaler Umgang mit akuten Kreuzschmerzen. Akupunktur Praxis 02:5-17

38. Kerssens JJ, Slujis EM, Verhaak PM et al. (1999) Educating patient educators: enhancing instructional effectiveness in physical therapy for low back pain patients. Patient Education and Counseling 39:165-176

39. Kinkade S <p1181.pdf>.

40. Kinkade S, Sisson R (2018) Low Back Pain. In:American Academy of Family Physician

41. Koes B, Van Tulder MW, R. O et al. (2001) Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain in Primary Care. Spine (Phila Pa 1976) 26:2504-2514

42. Leclaire R, Esdaile JM, Suissa S et al. (1996) Back School in a First Episode of Compensated Acute Low Back Pain: A Clinical Trial to Assess Efficacy and Prevent Relapse. Arch Phys Med Rehabil 77:673-679

43. Lim YZ, Chou L, Au RT et al. (2019) People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. J Physiother 65:124-135

44. Linton SJ, Andersson T (2000) Can Chronic Disability Be Prevented? A Randomized Trial of a Cognitive-Behavior Intervention and Two Forms of Information for Patients With Spinal Pain. Spine (Phila Pa 1976) 25:2825-2831

45. Little P, Roberts L, Blowers H et al. (2001) Should We Give Detailed Advice and Information Booklets to Patients With Back Pain? Spine (Phila Pa 1976) 26:2065-2072

46. Magel J, Fritz JM, Greene T et al. (2017) Outcome of Patients With Acute Low Back PainStratified by the STarT Back Screening Tool: Secondary Analysis of a Randomised Trail. Phys Ther 97(3):330-337

47. Maher C, Underwood M, Buchbinder R (2017) Non-specific low back pain. The Lancet 389:736-747

48. Moers S, Orthmayr K (2016) Hilfreicher Rahmen. Kognitive funktionelle Therapie. physiopraxis 9:30-34

49. Moseley LG, Butler DS (2012) Schmerzen Verstehen. Springer Verlag, Heidelberg

50. National Institute for Health and Care Excellence (2009) Low back pain. Early management of persistant non-specific low back pain.

51. Nielsen M, Jull G, Hodges PW (2014) Information needs of people with low back pain for an online resource: a qualitative study of consumer views. Disabil Rehabil 36:1085-1091

52. Nobis HG, Pielsticker A (2013) [Medical education and communication in primary pain treatment: clinical relevance and pedagogic challenge]. Schmerz 27:317-324

53. North American Spine Society (2020) Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis and treatment of low back pain. In:

54. Nsw Agency for Clinical Innovation (2016) Management of people with acute low back pain model of care. In: NSW Health.

55. O'connell NE, Cook CE, Wand BM et al. (2016) Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. Best Pract Res Clin Rheumatol 30:968-980

56. O'keeffe M, O'sullivan PB, O'sullivan K (2019) Education can 'change the world': Can clinical education change the trajectory of individuals with back pain? Br J Sports Med 53:1385-1386

57. O'sullivan PB, Caneiro JP, O'sullivan K et al. (2020) Back to basics: 10 facts every person should know about back pain. Br J Sports Med 54:698-699

58. Oleske DM, Lavender SA, Andersson GB et al. (2007) Are Back Supports Plus Education More Effective Than Education Alone in Promoting Recovery From Low Back Pain? Results From a Randomized Clinical Trial. Spine (Phila Pa 1976) 32:2050-2057

59. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ et al. (2018) Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J 27:2791-2803

60. Ostelo RW, Vlaeyen JW (2008) Attitudes and beliefs of health care providers: extending the fear-avoidance model. Pain 135:3-4

61. Pangarkar SS, Kang DG, Sandbrink F et al. (2019) VA/DoD Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. J Gen Intern Med 34:2620-2629

62. Puentedura EJ, Louw A (2012) A neuroscience approach to managing athletes with low back pain. Physical Therapy in Sport 13:123-133

63. Qaseem A, Wilt TJ, Mclean RM et al. (2017) Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med 166:514-530

64. Ramond-Roquin A, Bouton C, Gobin-Tempereau AS et al. (2014) Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care--a systematic review. Fam Pract 31:379-388

65. Ribeiro LH, Jennings F, Jones A et al. (2008) Effectiveness of a back school program in low back pain. Clinical and Experimental Rheumatology 26:81-88

66. Roberts L, Little P, Chapman J et al. (2002) The Back Home Trial General Practitioner-Supported Leaflets May Change Back Pain Behavior. Spine (Phila Pa 1976) 27:1821-1828

67. Roland M, Waddell G, Klaber-Moffett J et al. (2002) The back book. The Stationary Office, Norwich

68. Savigny P, Kuntze S, Watson P et al. (2009) Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, London

69. Schöps P, Hildebrandt J (2011) Was hilft wirklich? MMW-Fortschr. Med. 42:55-58

70. Sharma S, Jensen MP, Moseley GL et al. (2019) Results of a feasibility randomised clinical trial on pain education for low back pain in Nepal: the Pain Education in Nepal-Low Back Pain (PEN-LBP) feasibility trial. BMJ Open 9:e026874

71. Sharma S, Traeger AC, O'keeffe M et al. (2021) Effect of information format on intentions and beliefs regarding diagnostic imaging for non-specific low back pain: A randomised controlled trial in members of the public. Patient Educ Couns 104:595-602

72. Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJ et al. (1995) Patient education for low back pain in general practice. Patient Education and Counseling 25:329-334

73. Sparkes V, Chidwick N, Coales P (2012) Effect of The Back Book on fear- avoidance beliefs, disability, and pain levels in subjects with low back pain. International Journal of Therapy and Rehabilitation 19:79-86

74. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J et al. (2018) National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. Eur Spine J 27:60-75

75. Stomski N, Morrison P, Maben J et al. (2019) The adoption of person-centred care in chiropractic practice and its effect on non-specific spinal pain: An observational study. Complement Ther Med 44:56-60

76. Strudwick K, Mcphee M, Bell A et al. (2018) Review article: Best practice management of low back pain in the emergency department (part 1 of the musculoskeletal injuries rapid review series). Emerg Med Australas 30:18-35

77. Traeger A, Buchbinder R, Harris IA et al. (2019) Avoid routinely prescribing medicines for non-specific low back pain. 53:196-199

78. Traeger AC, Buchbinder R, Elshaug AG et al. (2019) Care for low back pain: can health systems deliver? Bull World Health Organ 97:423-433

79. Traeger AC, Lee H, Hubscher M et al. (2019) Effect of Intensive Patient Education vs Placebo Patient Education on Outcomes in Patients With Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. JAMA Neurol 76:161-169

80. Van Tulder MW (2001) Die Behandlung von Rückenschmerzen. Mythen und Fakten. Der Schmerz 6:499-503

81. Waddell G (1998) The Back Pain Revolution. Churchill Livingstone, London

82. Waddell G, O' Conner M, Boorman S et al. (2007) Working Backs Scotland. A Public and Professional Health Education Campaign for Back Pain. Spine (Phila Pa 1976) 32:21392143

83. Wälti P, Kool J, Luomajoki H (2015) Short-term effect on pain and function of neurophysiological education and sensorimotor retraining compared to usual physiotherapy in patients with chronic or recurrent non-specific low back pain, a pilot randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord 16:83

84. Wambeke PV, A. D, Ailliet L et al. (2017) Low Back Pain. In:

85. Wand BM, Bird C, Mcauley JH et al. (2004) Early intervention for the management of acute low back pain: A single blind randomised controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy and exercise. Spine (Phila Pa 1976) 29:2350-2356

86. Werner EL, Storheim K, Lochting I et al. (2016) Cognitive Patient Education for Low Back Pain in Primary Care: A Cluster Randomized Controlled Trial and Cost-Effectiveness Analysis. Spine (Phila Pa 1976) 41:455-462

87. Wertli MM, Steurer J (2018) [Pain medications for acute and chronic low back pain]. Internist (Berl) 59:1214-1223

88. Wilk V (2004) Low back pain. Clinical Practice. Patient education. Australian Family Physician 33:436

89. Wong JJ, Cote P, Sutton DA et al. (2017) Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. Eur J Pain 21:201-216

90. Zimney K, Louw A, Puentedura EJ (2014) Use of Therapeutic Neuroscience Education to address psychosocial factors associated with acute low back pain: a case report. Physiother Theory Pract 30:202-209