Schmerz 2015 · 29:312
DOI 10.1007/s00482-015-0009-1
Online publiziert: 29. Mai 2015
© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published
by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights
reserved 2015

W. Häuser^{1,2,3} · P. Klose⁴ · P. Welsch^{1,5} · F. Petzke⁶ · M. Nothacker⁷ · I. Kopp⁷

¹ Medizinisches Versorgungszentrum (Schmerztherapie, Palliativmedizin,
Psychotherapie) Saarbrücken St. Johann, Saarbrücken, Deutschland

² Innere Medizin 1, Klinikum Saarbrücken, Saarbrücken, Deutschland

³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische
Universität München, München, Deutschland

⁴ Innere Medizin V (Naturheilkunde und integrative Medizin), Kliniken Essen-Mitte, Essen, Deutschland

⁵ Stichting Rugzorg Nederland, Ede, Niederlande

⁶ Schmerztagesklinik und -ambulanz, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

⁷ AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Philipps-Universität, Marburg, Deutschland

Erratum zu: Methodenreport der aktualisierten Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht-tumorbeding- ten Schmerzen – LONTS“

Erratum zu:

Schmerz (2015) 29:8–34

DOI 10.1007/s00482-014-1462-y

In Infobox 2, S. 27, ist der Punkt 6 fehlerhaft. Dieser Satz ist falsch: „Es besteht ein hohes Risiko für einen systematischen Selektionsfehler, wenn die Gruppen bei der Ausgangsmessung bzgl. demografischer Daten, Werten der Hauptergebnisse und wichtiger prognostischer Faktoren gleich waren.“

Der Absatz muss richtig heißen:

6. Selektive Ergebnisdarstellung (systematischer Berichtsfehler)

Es besteht ein niedriges Risiko eines Berichtsfehlers, wenn ein Studienprotokoll verfügbar ist und alle vorher festgelegten primären und sekundären Endpunkte, die für die Übersichtsarbeit von Interesse sind, in einer vorher festgelegten Weise berichtet wurden; oder wenn kein Studienprotokoll verfügbar ist, ist es eindeutig, dass alle erwarteten Ergebnisse berichtet wurden einschließlich der vorher festgelegten Ergebnisse (ein überzeugender Text dieser Art ist wahrscheinlich selten).

Es besteht ein hohes Risiko für einen systematischen Berichtsfehler, wenn nicht al-

le vorab festgelegten Endpunkte berichtet wurden; ein oder mehrere primäre Endpunkte mit Mess- oder Auswertungsmethoden berichtet wurden, die nicht vorab festgelegt waren; ein oder mehrere primäre Ergebnisse berichtet wurden, die nicht vorab festgelegt waren (unabhängig davon, ob eine Begründung für ihre Verwendung wie ein unvorhergesehenes Ereignis angegeben wurde); eines oder mehrere Ergebnisse, die für die Übersichtsarbeit von Interesse sind, unvollständig berichtet wurden, sodass sie nicht in die Metaanalyse eingeschlossen werden konnten; die Studie keine Werte für einen zentralen Endpunkt, den man in einer solchen Studie erwarten würde, berichtete.

Absatz „Statistische Maße“, S. 28:

Im Satz „Der Grenzwert für einen relevanten Nutzen bzw. Schaden wurde durch eine relative Risikoreduktion (RRR) bzw. durch einen relativen Risikoanstieg (RRI) $\geq 10\%$ für dichotome Variablen gesetzt [5]“ ist der relative Risikoanstieg (RRI) nicht $\geq 10\%$, sondern $\geq 25\%$.

Supplementary Material (English version), chapter “Statistical measures”, p. 19:

In the sentence “For dichotomous variables, the threshold for ‘appreciable benefit’ or ‘appreciable harm’ was set at a relative risk reduction (RRR) or relative risk increase (RRI) $\geq 10\%$ [5]” the relative risk increase (RRI) is not $\geq 10\%$, but $\geq 25\%$.

Wir bitten um Beachtung.

Korrespondenzadresse

PD Dr. W. Häuser

Innere Medizin 1
Klinikum Saarbrücken
Winterberg 1, 66119 Saarbrücken
whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

Die Online-Version des Originalartikels ist unter dem doi:10.1007/s00482-014-1462-y zu finden.