

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die 43. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie:

Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16
(Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Vom 18. Juni 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	2
4.	Verfahrensablauf	6
5.	Fazit.....	8
6.	Literaturverzeichnis.....	8
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	9

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. Zudem prüft der G-BA gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Allgemeines

Die DMP-A-RL wird nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Mit diesem Beschluss werden die am 18. Juni 2020 beschlossenen und als Anlagen 15 und 16 der DMP-A-RL in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz aktualisiert.

Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist insbesondere die „Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz“ des IQWiG vom 28. Mai 2024 [4]. Die folgenden Ausführungen erläutern die Änderungen der Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz im Vergleich zu der zuvor geltenden Regelung

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Neben einzelnen redaktionellen Anpassungen sind die vorgenommenen Änderungen insbesondere aus folgenden Gründen erfolgt:

Zu Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Die Änderung dient der Entbürokratisierung in den koordinierenden Praxen und einer Vermeidung von zusätzlichen Dokumentationspflichten im DMP, die keine Relevanz für die weitere Behandlung im Rahmen von DMP haben.

Durch die Ergänzung einer neuen Fußnote 7 sowie durch eine Ergänzung in der Fußnote 4 jeweils für die Dokumentationsparameter 15 (Blutdruck) und 16 (Raucher) der Anlage 2 werden diese im Rahmen des DMP Chronischer Rückenschmerz optional gestellt. Diese Parameter werden nicht für alle Patientinnen und Patienten als für die Behandlung im DMP chronischer Rückenschmerz maßgebliche Parameter in der entsprechenden Anlage 15 adressiert. Im Sinne der Entbürokratisierung am Ort der Leistungserbringung sollen somit diese Dokumentationsparameter im Rahmen des DMP Chronischer Rückenschmerz nunmehr

nicht verpflichtend, sondern optional angegeben werden. Somit haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, diese Dokumentationsparameter nur dann zu erfassen, wenn sie diese für die Behandlung nach der Anlage 15 der DMP-A-RL als relevant betrachten.

Zu Anlage 15 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz

Zu Nummer 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe

Zur sprachlichen Angleichung an die Formulierungen und Anforderungen im DMP wurden hier Anpassungen vorgenommen.

Zur Ergänzung von „ab dem vollendeten 18. Lebensjahr“ siehe Tragende Gründe zu Nummer 3.2.

Zu Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz

Die Ergänzung erfolgte, um das unter 1.4 beschriebene biopsychosoziale Krankheitsmodell bereits in der Anamnese umfassender abzubilden. Dies stellt eine Voraussetzung für ein gemeinsames Verständnis zur multifaktoriellen Entstehung des chronischen Kreuzschmerzes dar. Dies wird gestützt durch Empfehlungen der NICE 2021 [6] und NASS 2020 [7]. Aus den Leitlinien lässt sich ableiten, dass psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Faktoren als potentielle Hürden für einen Therapieerfolg von Beginn an berücksichtigt werden sollen.

Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen

Die Ergänzung stützt sich auf Leitlinienempfehlungen, wonach Patientinnen und Patienten zum Erhalt von körperlicher Aktivität in Hinblick auf die langfristigen, positiven Auswirkungen auf ihre Gesundheit motiviert werden sollen [6, 8]. Neben der Schmerzreduktion ist die Verbesserung der Funktionsfähigkeit ein Kriterium für die Bewertung der Wirksamkeit von körperlichem Training [z. B. WHO, 2023 [9]].

Ein Angst-Vermeidungs-Verhalten kann durch schmerzbezogene Überzeugungsmuster entstehen, bei denen körperliche Aktivität in der Freizeit oder Tätigkeiten im Rahmen des Berufes die Schmerzerkrankung verschlimmern. Daraus können Ängste resultieren, die zu einem passiven Schmerzverhalten i. S. eines Angst-Vermeidungs-Verhaltens führen. Der Abbau von solchen Ängsten ist ein relevanter Aspekt und sollte daher im Ärztin-Patientin-Gespräch adressiert werden [7, 9].

Die Ergänzung erfolgte auf Grundlage der Leitlinien Korownyk 2022 [5] und SIGN 2019 [8]. In der Leitlinie Korownyk 2022 wird jede Art an körperlicher Aktivität auf Basis der Präferenzen der Patientinnen und Patienten empfohlen, da von einer vergleichbaren Wirksamkeit ausgegangen wird. Die Leitlinie SIGN 2019 empfiehlt Bewegung und Bewegungstherapie unabhängig ihrer Form.

Neben Alltagsaktivitäten wie Treppensteigen, Spazieren sind Ausdauertraining und Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur besonders empfehlenswert wie z. B. Schwimmen. Netzwerk-Meta-Analysen, welche direkte und indirekte Evidenz einbeziehen, zeigen, dass sich verschiedene Arten an körperlichem Training positiv auf die Schmerzintensität und Funktionalität bei chronischem Rückenschmerz auswirken [1, 3]. Im Einklang damit werden Ausdauertraining und Krafttraining zur Stärkung der Rumpfmuskulatur in den Leitlinien NASS 2020 [7] und APTA 2021 [2] empfohlen. Die individuellen körperlichen Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten sind bei der Empfehlung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen

Entsprechend der Maßnahmen in der Heilmittel-Richtlinie wird die Allgemeine Krankengymnastik ergänzt.

Zu Nummer 1.5.5 Medikamentöse Therapien

Die Ergänzung wurde zur Konkretisierung aufgenommen und ergibt sich aus dem bereits bestehenden Text, welcher evidenzbasierte Empfehlungen zu den einzelnen Wirkstoffklassen aufgreift.

Der Anspruch von Versicherten, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, auf einen Medikationsplan in Papierform oder elektronisch sowie die Pflicht der Ärzte über den Anspruch aufzuklären ist in § 31a SGB V umfassend und für alle Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der DMP geregelt.

Zu Nummer 1.5.5.2 Opioidanalgetika

Die Ergänzungen und Streichungen dienen der Klarstellung und Verdeutlichung bzw. greifen die Empfehlungen des IQWiG auf.

Zu Nummer 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

Die Anpassung zur Erfassung der Belastungsfaktoren und Komorbiditäten dient der Klarstellung.

Obwohl Patientinnen und Patienten, die an einer spezifischen Ursache des chronischen Rückenschmerzes leiden, von der Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) ausgeschlossen sind, kann nicht in jedem Fall ausgeschlossen werden, dass eben solche im DMP behandelt werden und somit nicht rechtzeitig erkannt werden. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden seitens mehrerer Stellungnehmer – die DGRh, die DGN und die DVMB – entsprechende Bedenken geäußert.

Daher ist geregelt, dass es regelhaft zur ärztlichen Tätigkeit bei Verlaufs-kontrolluntersuchungen gehört, auf mögliche Veränderungen von Symptomen und klinischem Bild zu achten, die auf eine spezifische Ursache der chronischen Rückenschmerzen hinweisen können.

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Aufgrund klinischer Faktoren und der vorliegenden Evidenz und entsprechender Leitlinienempfehlungen ist das DMP chronischer Rückenschmerz auf die Zielgruppe ab 18 Jahre zu beschränken.

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Die Streichung ist erfolgt, da zwischenzeitlich eine entsprechende übergeordnete Regelung in § 4 dieser Richtlinie getroffen wurde.

Zu Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation

Die Reduktion der Schmerzintensität und die Verbesserung der Funktionsfähigkeit sind zentrale Therapieziele dieses DMP (vgl. Nummer 1.3). Zur Therapiesteuerung und -entscheidung soll hier ein Echtzeitfeedback zur Veränderung dieser beiden Dokumentationsparameter ermöglicht werden. Dafür werden Anforderungen ergänzt, mit denen der anwendenden Ärztin oder dem anwendenden Arzt eine bei Befüllung der aktuellen Dokumentation unmittelbare Rückmeldungen zum Verlauf der beiden Dokumentationsparameter, sowohl im Vergleich zur letzten verfügbaren Dokumentation als auch zur Erstdokumentation, gegeben werden. Entsprechend der Anforderung zur Evaluation

wird eine Verbesserung beziehungsweise Verschlechterung in den beiden Dokumentationsparametern in diesem DMP jeweils über einen Differenzwert von 2 beziehungsweise -2 zwischen der aktuellen Dokumentation und der letzten verfügbaren beziehungsweise der Erstdokumentation definiert.

Mit der Befüllung des Dokumentationsparameter 9 bei der aktuellen Dokumentation sind dem Anwender automatisch jeweils folgende Angaben anzuzeigen:

1. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der letzten verfügbaren Dokumentation. Abhängig von dem numerischen Wert dieser Differenz wird gemäß Tabelle 1 zudem folgende Angabe zur Anzeige gebracht.

Tabelle 1: Anzuzeigender Text bei Befüllung des Dokumentationsparameter 9, in Abhängigkeit der Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen und aus der letzten verfügbaren Dokumentation.

Differenz	Anzuzeigender Text
≤ -2	Verbesserung der Schmerzen zur letzten Dokumentation
> -2 und < 2	Keine Veränderung der Schmerzen zur letzten Dokumentation
≥ 2	Verschlechterung der Schmerzen zur letzten Dokumentation

2. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der Erstdokumentation. Abhängig von dem numerischen Wert dieser Differenz wird gemäß Tabelle 2 zudem folgende Angabe zur Anzeige gebracht.

Tabelle 2: Anzuzeigender Text bei Befüllung des Dokumentationsparameter 9, in Abhängigkeit der Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen und aus der Erstdokumentation.

Differenz	Anzuzeigender Text
≤ -2	Verbesserung der Schmerzen zur Erstdokumentation
> -2 und < 2	Keine Veränderung der Schmerzen zur Erstdokumentation
≥ 2	Verschlechterung der Schmerzen zur Erstdokumentation

Mit der Befüllung des Dokumentationsparameter 10 bei der aktuellen Dokumentation sind dem Anwender automatisch jeweils folgende Angaben anzuzeigen:

1. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der letzten verfügbaren Dokumentation. Abhängig von dem numerischen Wert dieser Differenz wird gemäß Tabelle 3 zudem folgende Angabe zur Anzeige gebracht.

Tabelle 3: Anzuzeigender Text bei Befüllung des Dokumentationsparameter 10, in Abhängigkeit der Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen und aus der letzten verfügbaren Dokumentation.

Differenz	Anzuzeigender Text
≤ -2	Verbesserung der Funktionsfähigkeit zur letzten Dokumentation
> -2 und < 2	Keine Veränderung der Funktionsfähigkeit zur letzten Dokumentation
≥ 2	Verschlechterung der Funktionsfähigkeit zur letzten Dokumentation

2. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der Erstdokumentation. Abhängig von dem numerischen Wert dieser Differenz wird gemäß Tabelle 4 zudem folgende Angabe zur Anzeige gebracht.

Tabelle 4: Anzuzeigender Text bei Befüllung des Dokumentationsparameter 10, in Abhängigkeit der Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen und aus der Erstdokumentation.

Differenz	Anzuzeigender Text
≤ -2	Verbesserung der Funktionsfähigkeit zur Erstdokumentation
> -2 und < 2	Keine Veränderung der Funktionsfähigkeit zur Erstdokumentation
≥ 2	Verschlechterung der Funktionsfähigkeit zur Erstdokumentation

3. Bürokratiekostenermittlung

Der vorliegende Beschluss sieht vor, dass im Rahmen des DMP Chronischer Rückenschmerz in Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)) die Parameter 15 Blutdruck und 16 Raucher nur optional auszufüllen sind. Somit verringern sich die Bürokratiekosten je Patientin/Patient für die Erst-Dokumentation um 1,36 Euro von 17,24 Euro auf 15,88 Euro und die Folge-Dokumentation um 2,04 Euro von 15,30 Euro auf 13,26 Euro.

4. Verfahrensablauf

Am 10. Januar 2025 begann die Arbeitsgruppe AG DMP Chronischer Rückenschmerz mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In neun Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
10. Juli 2024	UA DMP	Beauftragung der AG DMP chronischer Rückenschmerz mit der Aktualisierung der Anforderungen an DMP Chronischer Rückenschmerz
10. Januar 2025	AG	erste Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
29. April 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
11. Juni 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
5. September 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe

21. November 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
12. Dezember 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
22. Januar 2026	AG	abschließende Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
11. März 2026	UA DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
21 April 2026	AG	vorbereitende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
24. April 2026	AG	vorbereitende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
13. Mai 2026	UA DMP	Auswertung Stellungnahmen und ggf. Anhörung
18. Juni 2026	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Prüfverfahren zur Eignung digitaler medizinischer Anwendungen

Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der G-BA bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

Nähere Vorgaben zum Vorgehen des G-BA bei der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung digitaler medizinischer Anwendungen zur Aufnahme in das jeweilige DMP finden sich im 6. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA, insbesondere im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO.

Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Satz 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von Inhalten und relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 4 VerfO, die Aufforderung an die nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die jeweilige Indikation vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig geeignete digitale medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen des Prüfauftrages gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V berücksichtigen zu können.

Die gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 23. Juli 2024 erstmals gebeten, digitale medizinische Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz unter Berücksichtigung der im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 unter Nummer 5 VerfO genannten Kriterien vorzuschlagen. Insgesamt wurden fünf Anwendungen als digitale medizinische Anwendungen von fünf stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz vorgeschlagen (**Anlage 5**).

Der G-BA hat die Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm anhand der vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden

Informationen umfassend geprüft und beraten. Die Prüfung der Eignung der vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendungen ist in **Anlage 6** dokumentiert.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 1**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Anlagen 15 und 16 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 11. März 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 12. März 2026 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 9. April 2026.

Es wurden zehn Stellungnahmen nebst zehn Erklärungen eines Stellungnahmeverzichts fristgerecht eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 3**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 4** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppensitzungen am 21. und 24. April 2026 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 13. Mai 2026 durchgeführt (**Anlage 4**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 12. März 2026 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2026 beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

6. Literaturverzeichnis

1. **Fernandez-Rodriguez R, Alvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Torres-Costoso A, Pozuelo-Carrascosa DP, Reina-Gutierrez S, et al.** Best exercise options for reducing pain and disability in adults with chronic low back pain: Pilates, strength, core-based, and mind-body. A network meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther 2022;52(8):505-521. <https://dx.doi.org/10.2519/jospt.2022.10671>.
2. **George SZ, Fritz JM, Silfies SP, Schneider MJ, Beneciuk JM, Lentz TA, et al.** Interventions for the management of acute and chronic low back pain: revision 2021. J Orthop Sports Phys Ther 2021;51(11):CPG1-CPG60. <https://dx.doi.org/10.2519/jospt.2021.0304>.
3. **Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Stewart SA, Bagg MK, Stanojevic S, et al.** Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. J Physiother 2021;67(4):252-262. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2021.09.004>.
4. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz;

Abschlussbericht; Auftrag V23-04 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. [Zugriff: 22.07.2024]. (IQWiG-Berichte; Band 1793). URL: https://www.iqwig.de/download/v23-04_dmp-chronischer-rueckenschmerz_abschlussbericht_v1-0.pdf.

5. **Korownyk CS, Montgomery L, Young J, Moore S, Singer AG, MacDougall P, et al.** PEER simplified chronic pain guideline: management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. Can Fam Physician 2022;68(3):179-190. <https://dx.doi.org/10.46747/cfp.6803179>.
6. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [online]. April 2022. London (GBR): NICE; 2021. [Zugriff: 23.07.2024]. (NICE Guideline; Band 193). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>.
7. **North American Spine Society (NASS).** Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis & treatment of low back pain [online]. Burr Ridge (USA): NASS; 2020. [Zugriff: 23.07.2024]. URL: <https://www.spine.org/Portals/0/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf>.
8. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).** Management of chronic pain: a national clinical guideline [online]. Aug 2019. Edinburgh (GBR): SIGN; 2013. [Zugriff: 23.07.2024]. (SIGN guidelines; Band 136). URL: https://www.sign.ac.uk/media/2097/sign136_2019.pdf.
9. **World Health Organization (WHO).** WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings [online]. Genf (SUI): WHO; 2023. [Zugriff: 23.07.2024]. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374726/9789240081789-eng.pdf>.

7. Zusammenfassende Dokumentation

- | | |
|-----------|--|
| Anlage 1: | Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen |
| Anlage 2: | An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlusssentwurf zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe |
| Anlage 3: | Stellungnahmen |
| Anlage 4: | Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung |
| Anlage 5: | Dokumentation der eingegangenen Vorschläge zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz |
| Anlage 6: | Dokumentation der Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz |

Berlin, den 18. Juni 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren
nach § 137f Abs. 2 Satz 5 sowie Abs.8 Satz 2 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a SGB V
zur XX. Änderung der DMP-A-RL:**

**Änderung der Anlage 2, der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage
16 (Dokumentation)**

(Stand: 11. März 2026)

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)
- Deutscher Heilbäderverband e. V. (DHV)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)
- Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB)
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V. (APH)
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (BAD)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Verband Physikalische Therapie e. V. (VPT)
- Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)
- Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED)
- Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)
- Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
(mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung an die Mitgliedsgesellschaften)
- Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)
- Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e. V. (DPHG)
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)
- Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e. V. (EVAA)
- Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD)
- Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V. (GWG)
- Studiengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e. V. (Ortholine)
- Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
- Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)
- Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e. V. (BVHI)
- Bundesinnung der Hörakustiker K.d.Ö.R (BiHa)
- Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. (Bitkom)
- Deutscher Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik e. V. (SPECTARIS)
- Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)

- Verband der Diagnostica-Industrie e. V. (VDGH)
- Pharma Deutschland e.V.
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa)



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die **XX.** Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):

Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)

Stand: 12.03.2026

Legende:

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Grau hinterlegt: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Vom **T. Monat JJJJ**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen, die DMP-Anforderungen-Richtlinie in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.06.2014 B3 AT 26.08.2014 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom **T. Monat JJJJ** (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage 2 wird wie folgt geändert:

KBV, DKG, PatV			GKV-SV
1. Die Zeile mit der laufenden Nummer 15 wird durch die folgende Zeile mit der laufenden Nummer 15 ersetzt:			<i>[keine Änderung]</i>
Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung	
„15	Blutdruck ^{3, 7}	mm Hg“	

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
2. Die Fußnote 4 zur Zeile mit der laufenden Nummer 15 wird durch die folgende Fußnote 4 ersetzt: „ ⁴ Diese Angabe ist ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen. Abweichend davon ist diese Angabe für alle Patientinnen und Patienten, die im DMP Chronischer Rückenschmerz eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen.“	<i>[keine Änderung]</i>

Folgedissens zu lfd. Nummer 15 der Tabelle	
KBV, DKG, PatV 3. Nach der Fußnote 6 wird zu der Zeile mit der laufenden Nummer 15 die folgende Fußnote 7 eingefügt: „ ⁷ Bei Patientinnen und Patienten, die im DMP Chronischer Rückenschmerz eingeschrieben sind, ist dieser Dokumentationsparameter nur optional auszufüllen.“	GKV-SV <i>[keine Änderung]</i>

II. Die Anlage 15 wird durch die folgende Anlage 15 ersetzt:

Anlage 15 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz

1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe

In das DMP chronischer Rückenschmerz können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz mit wesentlicher Funktionseinschränkung Grad II–IV im „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen unter andauernder Therapie eingeschrieben werden.

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

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

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

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

- a) Tumor im Bereich der Wirbelsäule,
- b) Infektion im Bereich der Wirbelsäule,
- c) nicht stabil durchbaute Wirbelkörperfrakturen,
- d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen,
- e) symptomatische Radikulopathie,
- f) Kaudasyndrom.

Versicherte, deren Rückenschmerzen als Berufserkrankung laut Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anerkannt sind, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.

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

Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren wegen Kreuzschmerzen, können

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
erst nach Abschluss dieses Verfahrens	nicht

in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden.

1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz

Die hinreichende Diagnostik für die Aufnahme besteht aus:

- a) der Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der unter Nummer 1.1 benannten Definition und Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe sowie von psychosozialen und arbeitsplatzbezogenen Faktoren und der körperlichen Untersuchung.
- b) der Feststellung des Ausmaßes der Schmerzstärke und der funktionellen Beeinträchtigung mit einem Ausmaß von mindestens Grad II, erhoben durch den Patientenfragebogen „Chronic Pain Grade (CPG)“. Dieser Fragebogen wird der Patientin oder dem Patienten von der Ärztin oder vom Arzt für die Einschreibung zur Verfügung gestellt und von der Patientin oder vom Patienten ausgefüllt.

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

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

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

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

1.3 Therapieziele

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

- Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- Verbesserung der Funktionsfähigkeit,
- Reduktion der Schmerzintensität,
- Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit,
- Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung,
- Reduktion von kreuzschmerzbedingten Hospitalisationen,

- Erhalt und Wiedererlangung der Eigenständigkeit und der Alltagskompetenz sowie gegebenenfalls Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit, beziehungsweise Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage.

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

1.4 Therapieplanung auf der Basis individueller Belastungsfaktoren

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

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

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

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

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

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

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

Sprechen die Beschwerden der Patientin oder des Patienten auch hierauf nicht in ausreichendem Maße an, kann eine ambulante Schmerztherapie gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), eine ambulante Schmerztherapie durch eine schmerztherapeutisch qualifizierte Einrichtung, oder eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie eingesetzt werden.

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

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

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Basismaßnahmen

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

Alle Patientinnen und Patienten sollen über die entscheidende, positive Rolle von körperlicher Aktivität zur Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden aufgeklärt werden. Dies soll auch Ängsten entgegenwirken, dass körperliche Aktivität bei der Arbeit oder in der Freizeit zu einer Verschlimmerung der Schmerzen führt (Angst-Vermeidungs-Verhalten). Sie sollen zu regelmäßiger und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit allmählich gesteigerter körperlicher Aktivität im Alltag motiviert werden. Die Patientin und der Patient soll regelmäßig körperliches Training durchführen, entweder selbständig

PatV (zum Beispiel mit der Unterstützung von geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen gemäß 1.8)	GKV-SV, KBV, DKG [keine Aufnahme]
--	---

oder durch Teilnahme an einem von Fachkräften geleiteten Sportprogramm beziehungsweise durch Teilnahme an Rehabilitationssport / Funktionstraining. Die Art der körperlichen Bewegung soll sich nach den individuellen Präferenzen und Voraussetzungen der Patientinnen und der Patienten richten.

GKV-SV [keine Aufnahme]	KBV, PatV, DKG Unter dieser Voraussetzung kann grundsätzlich jede Art von körperlichem Training durch- oder weitergeführt werden, wobei Ausdauertraining und Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur besonders empfehlenswert sind.
-----------------------------------	---

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

1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen

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

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

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

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

Folgende Maßnahmen werden nicht empfohlen:

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

Die Erreichung der Therapieziele und die Wirkung der individuellen Therapiemaßnahmen sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Zeigt sich innerhalb eines angemessenen Behandlungszeitraumes nach Einschreibung in das DMP keine Besserung von Schmerz und Funktionseinschränkung, prüft die Ärztin oder der Arzt, gegebenenfalls auch in Absprache mit weiteren beteiligten Leistungserbringern (zum Beispiel Physiotherapeutin oder Physiotherapeut), ob die Patientin oder der Patient von einer Kombination beziehungsweise der Anpassung von individuellen Therapiemaßnahmen profitieren kann.

1.5.3 Multimodale Schmerztherapie

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

1.5.4 Langzeitbetreuung

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

1.5.5 Medikamentöse Therapien

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

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

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

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

- Aufklärung, dass Medikamente nur eine unterstützende Therapieoption bei Rückenschmerzen darstellen,

- Festlegung eines realistischen und relevanten Therapieziels auch unter Berücksichtigung der körperlichen Funktion (zum Beispiel Verbesserung der Gehstrecke oder Belastbarkeit, relevante Schmerzlinderung (>30 oder >50 %)),
- Individuelle Auswahl der Medikation unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen, Begleitmedikation, Unverträglichkeiten, Vorerfahrungen und Präferenzen des Patienten,
- Stufenweise Dosistitration der Medikation zum Erreichen dieses Effektes mit der geringsten effektiven Dosierung,
- Überprüfung des Auftretens von Nebenwirkungen und des klinischen Effekts in regelmäßigen Intervallen (ca. vier Wochen),
- Bei akuten Schmerzexazerbationen zeitiges Ausschleichen beziehungsweise Absetzen der Medikation mit Besserung der Symptomatik,
- Fortführung der Therapie nur bei guter Wirksamkeit und Verträglichkeit, Überprüfung in regelmäßigen Intervallen (alle drei Monate),
- Ausschleichen/Absetzen der Therapie bei nicht ausreichender Wirksamkeit (trotz angemessener Dosierung) oder relevanten Nebenwirkungen.

1.5.5.1 Nicht-Opioidanalgetika

1.5.5.1.1 Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) / COX-2-Hemmer

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

1.5.5.1.2 Paracetamol

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

1.5.5.1.3 Metamizol

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

1.5.5.2 Opioidanalgetika

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

Opioide sind als einzige Maßnahme aber im Regelfall nicht ausreichend und führen nur bei einem Teil der Patientinnen und Patienten zur erwünschten Schmerzlinderung und/oder einer Verbesserung der funktionellen Kapazität. Eine langfristige Behandlung sollte vermieden werden und ist entsprechend nur bei Patientinnen und Patienten mit individuell gutem Ansprechen und guter Verträglichkeit sinnvoll. Aufgrund dieser eingeschränkten Wirksamkeit, des relevanten Nebenwirkungsprofils, der Suchtgefahr und der möglichen Einschränkung der Verkehrssicherheit, sollte eine Anwendung von Opioiden unter regelmäßiger kritischer Prüfung von Wirkung, Neben- und Wechselwirkungen durchgeführt, angepasst oder beendet werden.

1.5.5.3 Antidepressiva

Ohne indikationsrelevante Komorbidität sollten Antidepressiva nicht verordnet werden.

1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Konsultationen sind:

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

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

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

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

1.7.1 Koordinierende Ärztin / Koordinierender Arzt

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

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

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

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

zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt dauerhaft betreut

worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen oder Hausärzte erfolgen.

1.7.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

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

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

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

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere:

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

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

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Die Veranlassung einer Rehabilitationsleistung ist individuell zu prüfen.

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

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

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

KBV, DKG, PatV 1.8 Digitale medizinische Anwendungen Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden.	GKV-SV <i>[keine Aufnahme]</i>
--	--

2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser Richtlinie geregelt.

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ungeplanten ambulanten oder stationären kreuzschmerzbedingten Akutbehandlungen bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
2	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Opioidanalgetika-Therapie.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte Opioidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
3	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzbedingter dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine kreuzschmerzbedingte dauerhafter Nicht-Opioidanalgetika-Therapie erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
4	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger körperlicher Aktivität.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im Dokumentationszeitraum regelmäßig körperlich aktiv waren, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurde.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen individuelle Ziele vereinbart und deren Erreichung überprüft wurden bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

6	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit kreuzschmerzspezifischer Schulung.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer kreuzschmerzspezifischen Schulung teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Schmerzstärke oder gleichbleibend niedriger Schmerzstärke, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
8	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Funktionsfähigkeit.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Verbesserung der kreuzschmerzbedingten Funktionsfähigkeit oder gleichbleibend niedriger Funktionseinschränkung, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser Richtlinie geregelt.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die Teilnahme ist das Vorliegen und die Einhaltung der unter Nummer 1.1 und Nummer 1.2 genannten Kriterien sowie die Vollendung des 18. Lebensjahres.

Die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt prüft regelmäßig gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten, spätestens nach zwei Jahren, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme an diesem DMP profitiert.

Kommen die Ärztin oder der Arzt und die Patientin oder der Patient zu dem Ergebnis, dass dies nicht mehr der Fall ist, so erfolgt die Beendigung der Teilnahme am DMP durch die Krankenkasse.

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

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

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

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Anforderungen an die Schulung der Versicherten sind in § 4 dieser Richtlinie geregelt. Jede Patientin und jeder Patient soll Zugang zu einer strukturierten, in der Regel evaluierten, und publizierten Gruppenschulung erhalten. Diese soll mindestens ein somatisches und ein psychisch orientiertes Modul, angeleitet durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen, enthalten und ist aktiv übend zu gestalten.

5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)

Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nummer 1 sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a) Patientinnen und Patienten mit Schulung,
- b) Dauertherapie mit Opioidanalgetika,
- c) Dauertherapie mit Nicht-Opioidanalgetika,
- d) Schmerzstärke (Item 3 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. 9),
- e) Funktionsfähigkeit (Item 5 nach CPG, Dokumentationsparameter lfd. Nr. 10),
- f) ungeplante ambulante oder stationäre krebschmerzbedingte Akutbehandlung.

Abweichend von § 6 Abs. 3 Nr. 2 endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem 1. Tag des der frühesten Zulassung eines DMP Chronischer Rückenschmerz folgenden Quartals.

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter festgelegt.

III. Die Anlage 16 wird wie folgt geändert:

1. Die Zeilen mit der laufenden Nummer 9 und 10 werden durch die folgenden Zeilen mit der laufenden Nummer 9 und 10 ersetzt:

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„9	CPG Item 3: Durchschnittliche Stärke der Kreuzschmerzen in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Stärkster Schmerz“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig) ⁵
10	CPG Item 5: Kreuzschmerzbedingte Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) in den letzten drei Monaten (0 = „Keine“ bis 10 = „Maximale Beeinträchtigung“)	Zahl (0 – 10, ganzzahlig) ⁵

2. Nach der Fußnote 4 wird zu den Zeilen mit den laufenden Nummern 9 und 10 die folgende Fußnote 5 eingefügt:

„⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Mit der Eingabe bei der aktuellen Dokumentation sind dem Anwender automatisch jeweils folgende Angaben anzuzeigen: 1. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der letzten verfügbaren Dokumentation sowie die Einordnung dieser Veränderung. 2. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der Erstdokumentation sowie die Einordnung dieser Veränderung.“

IV. Der Beschluss tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals eines Jahres in Kraft, nicht jedoch am ersten Tag des ersten Quartals eines Jahres. Folgt auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger der erste Tag des ersten Quartals eines Jahres, tritt dieser Beschluss am ersten Tag des zweiten Quartals in Kraft.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie:

Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Vom T. Monat JJJJ

Stand: 12.03.2026

Legende:

Gelb hinterlegte Passagen: dissente Positionen

Grau hinterlegte Passagen: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Hinweis:

Der Entwurf der Tragenden Gründe wird im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses DMP in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	2
4.	Verfahrensablauf	7
5.	Fazit.....	9
6.	Literaturverzeichnis.....	9
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	9

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat. Zudem prüft der G-BA gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Allgemeines

Die DMP-A-RL wird nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Mit diesem Beschluss werden die am 18. Juni 2020 beschlossenen und als Anlagen 15 und 16 der DMP-A-RL in Kraft getretenen Regelungen zu Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz aktualisiert.

Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung ist insbesondere die „Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz“ des IQWiG vom 28. Mai 2024 [4]. Die folgenden Ausführungen erläutern die Änderungen der Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz im Vergleich zu der zuvor geltenden Regelung

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Neben einzelnen redaktionellen Anpassungen sind die vorgenommenen Änderungen insbesondere aus folgenden Gründen erfolgt:

Zu Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

DKG, KBV, PatV	GKV-SV
Die Änderung dient der Entbürokratisierung in den koordinierenden Praxen und einer Vermeidung von zusätzlichen Dokumentationspflichten im DMP, die keine Relevanz für die weitere Behandlung im Rahmen von DMP haben. Durch die Ergänzung einer Fußnote 7 für die Dokumentationsparameter 15 (Blutdruck) und 16 (Raucher) der Anlage 2 werden diese im Rahmen des DMP Chronischer Rückenschmerz optional gestellt. Gemäß § 25 Absatz 1 der Verordnung über das Verfahren zum	[keine Aufnahme]

Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) dürfen personenbezogene Daten in den strukturieren Behandlungsprogrammen nach § 137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation verarbeitet werden. Für die Dokumentationsparameter 15 und 16 der Anlage 2 der DMP-A-RL ist dieser Zweck im Rahmen des DMP Chronischer Rückenschmerz nicht gänzlich erfüllt, da diese Parameter in der entsprechenden Anlage 15 nicht adressiert werden. Im Sinne der Entbürokratisierung am Ort der Leistungserbringung sollen somit diese Dokumentationsparameter im Rahmen des DMP Chronischer Rückenschmerz nunmehr nicht verpflichtend, sondern optional angegeben werden. Somit haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, diese Dokumentationsparameter nur dann zu erfassen, wenn sie diese für die Behandlung nach der Anlage 15 der DMP-A-RL als relevant betrachten.	
--	--

Zu Anlage 15 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz

Zu Nummer 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe

Zur sprachlichen Angleichung an die Formulierungen und Anforderungen im DMP wurden hier Anpassungen vorgenommen.

Zur Ergänzung von „ab dem vollendeten 18. Lebensjahr“ siehe Tragende Gründe zu Nummer 3.2.

Zu Nummer 1.2 Hinreichende Diagnostik und Prüfung der Kriterien zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm Rückenschmerz

Die Ergänzung erfolgte, um das unter 1.4 beschriebene biopsychosoziale Krankheitsmodell bereits in der Anamnese umfassender abzubilden. Dies stellt eine Voraussetzung für ein gemeinsames Verständnis zur multifaktoriellen Entstehung des chronischen Kreuzschmerzes dar. Dies wird gestützt durch Empfehlungen der NICE 2021 [6] und NASS 2020 [7]. Aus den Leitlinien lässt sich ableiten, dass psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Faktoren als potentielle Hürden für einen Therapieerfolg von Beginn an berücksichtigt werden sollen.

Zu Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen

Ein Angst-Vermeidungs-Verhalten kann durch schmerzbezogene Überzeugungsmuster entstehen, bei denen körperliche Aktivität in der Freizeit oder Tätigkeiten im Rahmen des Berufes die Schmerzerkrankung verschlimmern. Daraus können Ängste resultieren, die zu einem passiven Schmerzverhalten i. S. eines Angst-Vermeidungs-Verhaltens führen. Der

Abbau von solchen Ängsten ist ein relevanter Aspekt und sollte daher im Ärztin-Patientin-Gespräch adressiert werden [7, 9].

PatV	GKV-SV, KBV, DKG
Es wurde ein Klammerzusatz ergänzt, um darauf hinzuweisen, dass digitale medizinische Anwendungen für einige Patientinnen und Patienten geeignet sein können, um ein regelmäßiges Training zu Hause zu unterstützen. Hierfür kommen DimAs infrage, die unter 1.8 genannt werden.	<i>[keine Aufnahme]</i>

Die Ergänzung erfolgte auf Grundlage der Leitlinien Korownyk 2022 [5] und SIGN 2019 [8]. In der Leitlinie Korownyk 2022 wird jede Art an körperlicher Aktivität auf Basis der Präferenzen der Patientinnen und Patienten empfohlen, da von einer vergleichbaren Wirksamkeit ausgegangen wird. Die Leitlinie SIGN 2019 empfiehlt Bewegung und Bewegungstherapie unabhängig ihrer Form.

GKV-SV	KBV, PatV, DKG
<i>[keine Aufnahme]</i>	Konsistent zu diesen Empfehlungen zeigen Netzwerk-Meta-Analysen, welche direkte und indirekte Evidenz einbeziehen, dass sich verschiedene Arten an körperlichem Training positiv auf die Schmerzintensität und Funktionalität bei chronischem Rückenschmerz auswirken [1, 3]. Die beispielsweise Nennung von Ausdauer- und Krafttraining zur Stärkung der Rumpfmuskulatur basiert auf den Leitlinien NASS 2020 [7] und APTA 2021 [2], den Ergebnissen der Meta-Analysen sowie einer im Expertenkonsens abgestimmten Priorisierung. Die individuellen körperlichen Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten sind bei der Empfehlung zu berücksichtigen.

Zu Nummer 1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen

In Anlehnung an die Begrifflichkeiten der Heilmittelrichtlinie wird die Allgemeine Krankengymnastik ergänzt.

Zu Nummer 1.5.5 Medikamentöse Therapien

Die Ergänzung wurde zur Konkretisierung aufgenommen und ergibt sich aus dem bereits bestehenden Text, welcher evidenzbasierte Empfehlungen zu den einzelnen Wirkstoffklassen aufgreift.

GKV-SV, KBV, DKG	PatV
Der Anspruch jeder und jedes Versicherten auf einen Medikationsplan in Papierform oder elektronisch sowie die Pflicht der Ärzte über den Anspruch aufzuklären ist in § 31a SGB V umfassend und für alle Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der DMP geregelt. Die besondere Erwähnung in den DMP-Anforderungen ist verzichtbar.	Die Ergänzung bezüglich des Medikationsplans dient der Anpassung an die gesetzliche Regelung im § 31a SGB V.

Zu Nummer 1.5.5.2 Opioidanalgetika

Die Ergänzungen und Streichungen dienen der Klarstellung und Verdeutlichung bzw. greifen die Empfehlungen des IQWiG auf.

Zu Nummer 1.6 Ärztliche Verlaufsuntersuchungen

Die Anpassung zur Erfassung der Belastungsfaktoren und Komorbiditäten dient der Klarstellung.

KBV, DKG, PatV Zu Nummer 1.8 Digitale medizinische Anwendungen Nach umfassender Prüfung und Beratung der für digitale medizinische Anwendungen vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen können auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) geeignete digitale medizinischen Anwendungen, wie die Anwendung Vivira, die Patientinnen und Patienten im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz unterstützen. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit weiterer Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.	GKV-SV <i>[keine Aufnahme]</i>
--	---

Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Aufgrund klinischer Faktoren und der vorliegenden Evidenz und entsprechender Leitlinienempfehlungen ist das DMP chronischer Rückenschmerz auf die Zielgruppe ab 18 Jahre zu beschränken.

Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten

Die Streichung ist erfolgt, da zwischenzeitlich eine entsprechende übergeordnete Regelung in § 4 dieser Richtlinie getroffen wurde.

Zu Anlage 16 Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation

Die Reduktion der Schmerzintensität und die Verbesserung der Funktionsfähigkeit sind zentrale Therapieziele dieses DMP (vgl. Nummer 1.3). Zur Therapiesteuerung und -entscheidung soll hier ein Echtzeitfeedback zur Veränderung dieser beiden Dokumentationsparameter ermöglicht werden. Dafür werden Anforderungen ergänzt, mit denen der anwendenden Ärztin oder dem anwendenden Arzt eine bei Befüllung der aktuellen Dokumentation unmittelbare Rückmeldungen zum Verlauf der beiden Dokumentationsparameter, sowohl im Vergleich zur letzten verfügbaren Dokumentation als auch zur Erstdokumentation, gegeben werden. Entsprechend der Anforderung zur Evaluation wird eine Verbesserung beziehungsweise Verschlechterung in den beiden Dokumentationsparametern in diesem DMP jeweils über einen Differenzwert von 2 beziehungsweise -2 zwischen der aktuellen Dokumentation und der letzten verfügbaren beziehungsweise der Erstdokumentation definiert.

Mit der Befüllung des Dokumentationsparameter 9 bei der aktuellen Dokumentation sind dem Anwender automatisch jeweils folgende Angaben anzuzeigen:

1. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der letzten verfügbaren Dokumentation. Abhängig von dem numerischen Wert dieser Differenz wird gemäß Tabelle 1 zudem folgende Angabe zur Anzeige gebracht.

Tabelle 1: Anzuzeigender Text bei Befüllung des Dokumentationsparameter 9, in Abhängigkeit der Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen und aus der letzten verfügbaren Dokumentation.

Differenz	Anzuzeigender Text
≤ -2	Verbesserung der Schmerzen zur letzten Dokumentation
> -2 und < 2	Keine Veränderung der Schmerzen zur letzten Dokumentation
≥ 2	Verschlechterung der Schmerzen zur letzten Dokumentation

2. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der Erstdokumentation. Abhängig von dem numerischen Wert dieser Differenz wird gemäß Tabelle 2 zudem folgende Angabe zur Anzeige gebracht.

Tabelle 2: Anzuzeigender Text bei Befüllung des Dokumentationsparameter 9, in Abhängigkeit der Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen und aus der Erstdokumentation.

Differenz	Anzuzeigender Text
≤ -2	Verbesserung der Schmerzen zur Erstdokumentation
> -2 und < 2	Keine Veränderung der Schmerzen zur Erstdokumentation
≥ 2	Verschlechterung der Schmerzen zur Erstdokumentation

Mit der Befüllung des Dokumentationsparameter 10 bei der aktuellen Dokumentation sind dem Anwender automatisch jeweils folgende Angaben anzuzeigen:

1. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der letzten verfügbaren Dokumentation. Abhängig von dem numerischen Wert dieser Differenz wird gemäß Tabelle 3 zudem folgende Angabe zur Anzeige gebracht.

Tabelle 3: Anzuzeigender Text bei Befüllung des Dokumentationsparameter 10, in Abhängigkeit der Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen und aus der letzten verfügbaren Dokumentation.

Differenz	Anzuzeigender Text
≤ -2	Verbesserung der Funktionsfähigkeit zur letzten Dokumentation
> -2 und < 2	Keine Veränderung der Funktionsfähigkeit zur letzten Dokumentation
≥ 2	Verschlechterung der Funktionsfähigkeit zur letzten Dokumentation

2. Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen Dokumentation und der Angabe aus der Erstdokumentation. Abhängig von dem numerischen Wert dieser Differenz wird gemäß Tabelle 4 zudem folgende Angabe zur Anzeige gebracht.

Tabelle 4: Anzuzeigender Text bei Befüllung des Dokumentationsparameter 10, in Abhängigkeit der Differenz zwischen der Angabe aus der aktuellen und aus der Erstdokumentation.

Differenz	Anzuzeigender Text
≤ -2	Verbesserung der Funktionsfähigkeit zur Erstdokumentation
> -2 und < 2	Keine Veränderung der Funktionsfähigkeit zur Erstdokumentation
≥ 2	Verschlechterung der Funktionsfähigkeit zur Erstdokumentation

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten

oder

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 10. Januar 2025 begann die Arbeitsgruppe AG DMP Chronischer Rückenschmerz mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
10. Juli 2024	UA DMP	Beauftragung der AG DMP chronischer Rückenschmerz mit der Aktualisierung der Anforderungen an DMP Chronischer Rückenschmerz
10. Januar 2025	AG	erste Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
29. April 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
11. Juni 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
5. September 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
21. November 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe

12. Dezember 2025	AG	Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
22. Januar 2026	AG	abschließende Beratung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe
11. März 2026	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
T. Monat JJJJ	AG	vorbereitende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
T. Monat JJJJ	AG	vorbereitende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
T. Monat JJJJ	AG	vorbereitende Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen
T. Monat JJJJ	Unterausschuss DMP	Auswertung Stellungnahmen und ggf. Anhörung
T. Monat JJJJ	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Prüfverfahren zur Eignung digitaler medizinischer Anwendungen

Gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V prüft der G-BA bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen.

Nähere Vorgaben zum Vorgehen des G-BA bei der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung digitaler medizinischer Anwendungen zur Aufnahme in das jeweilige DMP finden sich im 6. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA, insbesondere im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO.

Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Satz 3 VerfO erfolgt, zusätzlich zur Ermittlung von Inhalten und relevanten Themenbereichen nach 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 4 VerfO, die Aufforderung an die nach § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen, digitale medizinische Anwendungen für die jeweilige Indikation vorzuschlagen. Dieses Verfahren soll dazu dienen, dem G-BA frühzeitig geeignete digitale medizinische Anwendungen zur Kenntnis zu geben, um diese im Rahmen des Prüfauftrages gemäß § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V berücksichtigen zu können.

Die gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 und Absatz 2 Satz 5 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 23. Juli 2024 erstmals gebeten, digitale medizinische Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz unter Berücksichtigung der im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 unter Nummer 5 VerfO genannten Kriterien vorzuschlagen. Insgesamt wurden **fünf** Anwendungen als digitale medizinische Anwendungen von **fünf** stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz vorgeschlagen (**Anlage 6**).

Der G-BA hat die Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm anhand der vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen umfassend geprüft und beraten. Die Prüfung der Eignung der vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendungen ist in **Anlage 7** dokumentiert.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Anlagen 15 und 16 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 11. März 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Es wurden xx Stellungnahmen fristgerecht, xx Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie xx Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung/xx Arbeitsgruppensitzungen am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 5**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am T. Monat JJJJ fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat 20JJ beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit/nicht mit.

6. Literaturverzeichnis

[Hinweis: Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher erfolgt die manuelle Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 7. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr.]

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte[n] Organisation[en] versandter Beschlussentwurf zur Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

Anlage 4: Stellungnahmen

- Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung
- Anlage 6: Dokumentation der eingegangenen Vorschläge zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz
- Anlage 7: Dokumentation der Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

1. **Fernandez-Rodriguez R, Alvarez-Bueno C, Caverio-Redondo I, Torres-Costoso A, Pozuelo-Carrascosa DP, Reina-Gutierrez S, et al.** Best exercise options for reducing pain and disability in adults with chronic low back pain: Pilates, strength, core-based, and mind-body. A network meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther 2022;52(8):505-521. <https://dx.doi.org/10.2519/jospt.2022.10671>.
2. **George SZ, Fritz JM, Silfies SP, Schneider MJ, Beneciuk JM, Lentz TA, et al.** Interventions for the management of acute and chronic low back pain: revision 2021. J Orthop Sports Phys Ther 2021;51(11):CPG1-CPG60. <https://dx.doi.org/10.2519/jospt.2021.0304>.
3. **Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Stewart SA, Bagg MK, Stanojevic S, et al.** Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. J Physiother 2021;67(4):252-262. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2021.09.004>.
4. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz; Abschlussbericht; Auftrag V23-04 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. [Zugriff: 22.07.2024]. (IQWiG-Berichte; Band 1793). URL: https://www.iqwig.de/download/v23-04_dmp-chronischer-rueckenschmerz_abschlussbericht_v1-0.pdf.
5. **Korownyk CS, Montgomery L, Young J, Moore S, Singer AG, MacDougall P, et al.** PEER simplified chronic pain guideline: management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. Can Fam Physician 2022;68(3):179-190. <https://dx.doi.org/10.46747/cfp.6803179>.
6. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic

primary pain [online]. April 2022. London (GBR): NICE; 2021. [Zugriff: 23.07.2024]. (NICE Guideline; Band 193). URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>.

7. **North American Spine Society (NASS)**. Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis & treatment of low back pain [online]. Burr Ridge (USA): NASS; 2020. [Zugriff: 23.07.2024]. URL:
<https://www.spine.org/Portals/0/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf>.
8. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**. Management of chronic pain: a national clinical guideline [online]. Aug 2019. Edinburgh (GBR): SIGN; 2013. [Zugriff: 23.07.2024]. (SIGN guidelines; Band 136). URL:
https://www.sign.ac.uk/media/2097/sign136_2019.pdf.
9. **World Health Organization (WHO)**. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings [online]. Genf (SUI): WHO; 2023. [Zugriff: 23.07.2024]. URL:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374726/9789240081789-eng.pdf>.

Dokumentation der eingegangenen Vorschläge zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm DMP chronischer Rückenschmerz

Stand: 12.03.2026

Legende:

Grau hinterlegt: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen.

Im Rahmen des Prüfverfahrens zur Eignung digitaler medizinischer Anwendungen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 VerfO wurden von **sieben** stellungnahmeberechtigten Organisationen die folgenden Anwendungen als digitale medizinische Anwendungen zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz vorgeschlagen und die im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO genannten Kriterien unter anderem mithilfe eines Fragenkatalogs dargelegt:

1. Kaia Rückenschmerzen
2. ViViRA-App bei Rückenschmerz
3. Herodikos
4. tinana
5. Selfapy

Der G-BA hat zu den eingegangenen Vorschlägen die jeweiligen Hersteller der digitalen medizinischen Anwendung ebenfalls gebeten, die im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO genannten Kriterien unter anderem mithilfe des Fragenkatalogs darzulegen.

Die zu den einzelnen Anwendungen übermittelten Fragenkataloge sind im Folgenden dokumentiert.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	08.08.2024
Rückmeldung von:	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V.
Name der DimA	KAIA Kaia Rückenschmerzen, Rückentraining für zuhause
Name und Anschrift des Herstellers	kaia health software GmbH Herzog-Wilhelm-Straße 26, 80331 München
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	X ☐ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	X ☐ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Erwachsene Patienten mit nicht-spezifischem Rückenschmerz (> 4 Wochen), OHNE: Mögliche Verletzungen der Wirbelsäule (T09.- / M51.-), Wirbelsäulentumor (D48.- / C79.5), Wirbelsäuleninfektionen (M46.-), Bandscheibenvorfall (M51.-), frühere WS-Operationen Z98.-), Verminderte Knochendichte (M80.- / M81.-), fortgeschrittene Herzerkrankungen (I50.- / I51.-), Erkrankungen der Gelenke der Beine (M25.-), Schwangerschaft (O09.-), Gangunsicherheit (R26.-), gehäufte Sturzereignisse (R29.6), Erkrankungen, welche die Kontrolle über ihre Beine vermindern G82.-), Blutungsneigung (D68.-), Vorgeschichte von verstärkten Blutungen
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Information unter https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330
Minstdauer der Nutzung	3 Monate

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Besserung von Beschwerden bei Rückenschmerzen (Schmerzen, Bewegungseinschränkungen)
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	Information unter https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: II a nach MDR ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☒ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein ☐ unbekannt
Quellenverzeichnis	https://kaiiahealth.de/rueckenschmerzen/ https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330 Gebrauchsanweisung: https://diga.bfarm.de/api/diga-vz/media/3082

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	07.08.2024
Rückmeldung von:	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)
Name der DimA	Kaia Rückenschmerzen - Rückentraining für Zuhause
Name und Anschrift des Herstellers	kaia health software GmbH
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	erwachsene Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Vermittelt leitlinienbasierte, an das Krankheitsstadium der Patientin bzw. des Patienten angepasste Kerninhalte der multimodalen Therapie. Kaia Rückenschmerzen setzt sich aus den Therapie-Elementen Bewegung, Wissen und Entspannung zusammen. Die Inhalte basieren auf den Vorgaben der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“.
Mindestdauer der Nutzung	Keine bekannt
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen	Soll Intensität nicht-spezifischer Rückenschmerzen reduzieren und die körperliche Aktivität sowie das Krankheitsverständnis der Patientin bzw. des Patienten verbessern

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Parameter, die Sie beeinflussen soll)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	X Ja, Quelle(n) z.B.: https://doi.org/10.2147/JPR.S260761 Digital Treatment of Back Pain versus Standard of Care: The Cluster-Randomized Controlled Trial, Rise-uP Teils Interessenkonflikte bei den Autoren der verschiedenen Studien zu Kaia
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	X Ja Falls ja – Risikoklasse: IIa ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	X Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja X Nein ☐ unbekannt
Quellenverzeichnis	https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	16.08.2024
Rückmeldung von:	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.
Name der DimA	Kaia Rückenschmerzen – Rückentraining für Zuhause
Name und Anschrift des Herstellers	kaia health software GmbH Herzog-Wilhelm-Str. 26 80331 München
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Kaia Rückenschmerzen richtet sich an Erwachsene ab 18 Jahren, die unter nicht-spezifischen Rückenschmerzen (ICD-GM-10 Diagnose M54.-). Sofern eine der folgenden Kontraindikationen vorliegt, sollte eine spezifische Abklärung durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin erfolgen, ob die Anwendung von Kaia Rückenschmerzen für den Patienten bzw. die Patientin unbedenklich ist: • C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes • D48.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen • D68.- Sonstige Koagulopathien • G82.- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie • I50.- Herzinsuffizienz • I51.- Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit • M25.- Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert • M46.-: Sonstige entzündliche Spondylopathien • M50.- Zervikale Bandscheibenschäden

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	• M51.- Sonstige Bandscheibenschäden • M80.- Osteoporose mit pathologischer Fraktur • M81.- Osteoporose ohne pathologische Fraktur • O09.- Schwangerschaftsdauer • R26.- Abnorme unwillkürliche Bewegungen • R29.6 Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert • T09.- Sonstige Verletzungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet • Z98.- Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Inhalt: Die digitale Anwendung Kaia Rückenschmerzen setzt sich aus den Therapie-Elementen Bewegung, Wissen und Entspannung zusammen. Die Inhalte basieren auf den Vorgaben der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL). Das Therapie-Element Bewegung ist auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten zugeschnitten und wird für jedes Training an die körperliche Leistungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten angepasst. Das Therapie-Element Wissen gibt jederzeit Zugang zu patientengerecht aufbereiteten Lerninhalten über Rückenschmerzen. Das Therapie-Element Entspannung besteht aus Übungen zum Selbstmanagement und Techniken zur Entspannung und Stressreduktion. Es sind keine begleitenden vertragsärztlichen Tätigkeiten vorgesehen.
Mindestdauer der Nutzung	Empfehlenswert ist eine Mindestdauer der Nutzung von drei Monaten, da die randomisierte kontrollierte Studie Rise-uP zeigt, dass sich die Schmerzintensität nach dreimonatiger Nutzung von Kaia Rückenschmerzen signifikant gegenüber der Kontrollgruppe reduziert. Die geeignete Anwendungsdauer hängt vom individuellen Krankheitsstadium der Patientin bzw. des Patienten ab und liegt im Ermessen der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren und Krankheitslast der Patientin bzw. des Patienten.
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen	Medizinische Zweckbestimmung: Kaia unterstützt Anwender bei der multidisziplinären Rehabilitation von unspezifischen Rückenschmerzen (M54.-), die seit mehr als 4 Wochen anhalten oder wenn im

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

Parameter, die beeinflussen soll)	Vorfeld bereits Episoden solcher Rückenschmerzen vorlagen. Kaia Rückenschmerzen ersetzt keine ärztliche Diagnose und sollte nur von Patienten angewendet werden, die die Diagnose nicht-spezifischer Rückenschmerzen gestellt bekommen haben. Die Nutzung von Kaia Rückenschmerzen erfolgt eigenständig durch den Patienten. Der behandelnde Arzt sollte jedoch prüfen, ob spezifische Ursachen für die Rückenschmerzen vorliegen oder andere Kontraindikationen gegen die Anwendung sprechen und im Verlauf über die Entwicklung der Rückenschmerzen informiert werden. Zielsetzung: Kaia Rückenschmerzen vermittelt Patienten mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen leitlinienbasierte, an das Krankheitsstadium angepasste Kerninhalte der multimodalen Therapie. Das Ziel von Kaia Rückenschmerzen ist die Reduktion der Schmerzintensität, die nachweislich in klinischen Studien gezeigt werden konnte und gleichzeitig mit einer Verbesserung der Funktionskapazität sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Wirkungsweise: Kaia Rückenschmerzen vermittelt der Patientin bzw. dem Patienten multimodale Maßnahmen zur Behandlung der Rückenschmerzen, welche auf den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ basieren. Dazu zählen Bewegungstherapie, Entspannungstechniken und Patientenedukation. Durch die multimodale Therapie reduziert Kaia Rückenschmerzen die Intensität nicht-spezifischer Rückenschmerzen und verbessert die körperliche Aktivität sowie das Krankheitsverständnis der Patientin bzw. des Patienten. Kaia Rückenschmerzen berücksichtigt die individuellen Voraussetzungen wie die körperliche Leistungsfähigkeit, die Schmerzintensität und die Schmerzlokalisation und ermöglicht so eine auf die Patientin bzw. den Patienten individuell angepasste Therapie.
-----------------------------------	--

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☒ Ja, Quelle(n): Priebe, Janosch A., et al. "Medical App Treatment of Non-Specific Low Back Pain in the 12-month Cluster-Randomized Controlled Trial Rise-uP: Where Clinical Superiority Meets Cost Savings." <i>Journal of Pain Research</i> (2024): 2239-2255. Priebe, Janosch A., et al. "Digital treatment of back pain versus standard of care: the cluster-randomized controlled trial, rise-uP." <i>Journal of pain research</i> (2020): 1823-1838. Toelle, Thomas R., et al. "App-based multidisciplinary back pain treatment versus combined physiotherapy plus online education: a randomized controlled trial." <i>NPJ digital medicine</i> 2.1 (2019): 34. _____ _____ ☐ Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: IIa (MDR) ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☒ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein ☐ unbekannt

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Quellenverzeichnis	Priebe, Janosch A., et al. "Medical App Treatment of Non-Specific Low Back Pain in the 12-month Cluster-Randomized Controlled Trial Rise-uP: Where Clinical Superiority Meets Cost Savings." <i>Journal of Pain Research</i> (2024): 2239-2255. Priebe, Janosch A., et al. "Digital treatment of back pain versus standard of care: the cluster-randomized controlled trial, rise-uP." <i>Journal of pain research</i> (2020): 1823-1838. Toelle, Thomas R., et al. "App-based multidisciplinary back pain treatment versus combined physiotherapy plus online education: a randomized controlled trial." <i>NPJ digital medicine</i> 2.1 (2019): 34. GBA: Innovationsfondsprojekt Rise-uP – Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten DiGA-Verzeichniseintrag Kaia Rückenschmerzen Gebrauchsanweisung Kaia Rückenschmerzen Biebl, Johanna Theresia, et al. "App-based feedback for rehabilitation exercise correction in patients with knee or hip osteoarthritis: prospective cohort study." <i>Journal of Medical Internet Research</i> 23.7 (2021): e26658

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	20.08.2024
Rückmeldung von:	DGNC
Name der DimA	Kaia Rückenschmerz – Rückentraining für Zuhause
Name und Anschrift des Herstellers	Kaia Health Software GmbH, Herzog-Wilhelm-Straße 26, 80331 München
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Digitale Anwendung für erwachsene Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen. ICD-10 M54 Ausschlusskriterien: spezifischer Rückenschmerz kognitive Einschränkungen Alter > 65 Jahre Physische Einschränkungen
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Multimodale Therapie zur Reduktion der Rückenschmerzen und deren Intensität- Berücksichtigt die individuellen Voraussetzungen der Patienten wie die körperliche Leistungsfähigkeit, die Schmerzintensität und die Schmerzlokalisation sowie das Krankheitsverständnis.
Minstdauer der Nutzung	90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen	Therapieelemente Bewegung, Wissen und Entspannung: Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit Reduktion der Intensität von Rückenschmerzen Verbesserung in der schmerzbedingten Beeinträchtigung, von Angst, Depression und Stress, der Funktionskapazität und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Parameter sie beeinflussen soll)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☒ Ja, Quelle(n): Randomisierte Studie: „Rise-UP – Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten“ ☐ Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: ... ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☒ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☐ Nein ☒ unbekannt
Quellenverzeichnis	Kaia Rückenschmerz DiGA-VE-ID 001 01330001

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	15.02.2025
Rückmeldung von:	Vivira Health Lab GmbH
Name der DimA	ViViRA
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Zielgruppe der Anwendung sind Anwender mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen sowie Arthrose der Wirbelsäule (Indikationen nach ICD-10: M42.0, M42.1, M42.9, M53.2, M53.8, M53.9, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9, M99.02, M99.03, M99.04, M99.82, M99.83, M99.84, M99.92, M99.93, M99.94) Ausschlusskriterien bzw. Gegenanzeigen für die Anwendung sind u.a. akute Entzündungen oder Fieber, Bandscheibenvorfälle mit sensomotorischen Störungen, frühere Wirbelsäulenoperationen, frühere Hüft- oder Knieoperationen. Alle Kontraindikationen gemäß DiGA-Verzeichnis sind C41.2, C70.1, C79.4, C79.5, C79.88, G55.1, G99.2, I80, M00, M01, M02, M03, M23.4, M24.05, M46, M50, M50.1, M51.0, M51.1, M87, M93.0, M93.2, T84, Z96.6, Z96.64, Z96.65, Z96.68.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Die DiGA Vivira bietet therapeutische Trainingsinhalte (vier Übungen pro Tag mit Video, Audio, und Textanleitungen), die sich basierend auf den Rückmeldungen der Nutzer*innen (zu Schmerz und Funktion) täglich anpassen. Zudem wird die Trainingsaktivität und Krankheitsverlauf abgebildet und Möglichkeiten zum Testen der Bewegungsfähigkeit sowie edukative Inhalte zur Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparates angeboten. Als begleitende, vertragsärztliche Tätigkeit ist die „Befund- und Verlaufskontrolle (Auswertung des Therapie- und

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Nutzungsberichts aus der DiGA) während der Behandlung mit der DiGA Vivira von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Betreuungsbedarf“ definiert.
Mindestdauer der Nutzung	Die Anwendungsdauer pro Verordnung beträgt 90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Zielsetzung: Die App adressiert im Rahmen der Bewegungstherapie durch regelmäßige Eigenübung gezielt die spezifischen Parameter der Schmerzreduktion, Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Unterstützend (aufklärend und motivierend) wirken dabei Möglichkeiten zur Nachverfolgung von Trainingsaktivität und Krankheitsverlauf (Trainingshistorie, Verlaufsprotokoll zu Schmerz, Einschränkungen inkl. Lebensqualität, Verlauf der Behandlung), Möglichkeiten zum Testen der Bewegungsfähigkeit (Beweglichkeit, Kraft, Koordination, s.o.) sowie edukative Inhalte zur Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparats. Medizinische Zweckbestimmung: Die Vivira App ist ein therapeutisches Trainingsprogramm bei Rückenschmerzen. Adressiert werden Anwender mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen und Arthrose der Wirbelsäule (Osteochondrose). Die App kann nach ärztlicher Verordnung und ohne ärztliche Verordnung genutzt werden. Die App bietet u.a. personalisierte und therapeutische Trainingsinhalte, die sich basierend auf den Rückmeldungen der Nutzer anpassen, Möglichkeiten zur Beobachtung von Trainingsaktivität und Krankheitsverlauf, Möglichkeiten zum Testen der Bewegungsfähigkeit sowie edukative Inhalte zu der Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparats. Die App adressiert im Rahmen der Bewegungstherapie durch regelmäßige Eigenübung gezielt die Schmerzreduktion, Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Die Übungen wirken meist auf mehrere Gelenke und Muskelgruppen, d.h. sie folgen dem Prinzip überregionaler Abhängigkeiten und damit zusammenhängenden Muskelketten.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☒ Ja, Quelle(n): Weise H et al. The effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and degenerative Back Pain: Pragmatic open-label randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2022; 24(10):e41899 ☐ Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: MDR Risikoklasse I ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☒ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein
Quellenverzeichnis	https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00387

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	20.01.2025
Rückmeldung von:	Herodikos GmbH
Name der DimA	Herodikos
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: Arzt:in/Therapeut:in
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Einschlusskriterien: - Alter: 18+ - ICD: M54.x, F45.40, F45.41, R52x (Rücken) / M25.36, M25.56, M25.96, M17.x, M22.x, M23.x, S83.x, F45.40, F45.41, R52x (Knie) - Schmerzstärke: 4+ gemäß Numerische Rating-Skala - Schmerzdauer: 2 Wochen+ Ausschlusskriterien (absolut): - akute infektiöse Erkrankung (Fieber, Schüttelfrost, Appetitlosigkeit, allgemeine Ermüdbarkeit) - akute Blutung oder Blutungsgefahr, Aneurysma - akute, lebensbedrohliche Erkrankung - nicht abgeklärte koronare Erkrankungen (Angina pectoris,...) - nicht abgeklärte Tumorerkrankung - instabile Knochenmetastasen - kürzlich zurückliegende Infiltrationsbehandlung - Luftnot, akute Atembeschwerden, schwere Atemwegserkrankungen - Kreislaufprobleme, Blutdruckentgleisung - Suizidgedanken, Suizidalität - schwere Depression - schwere psychiatrische Erkrankungen

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Herodikos dient der Umsetzung einer digital durch eine Arzt:in / Therapeut:in begleiteten multimodalen Schmerztherapie für Rücken- und Knieschmerzpatienten. In einem wahlweise vor Ort oder telemedizinisch durchgeführten, PROM-gestützten Anamnesege spräch erstellt die Arzt:in oder Therapeut:in einen individuellen Therapieplan, der sich je nach Indikation sowie der Frage, ob es sich um einen akuten oder chronischen Schmerzpatienten handelt, aus unterschiedlichen Trainings- und Edukationsinhalten zusammensetzt. Die Erstellung eines individuellen Therapieplan kann wahlweise anhand von Vorlagen oder basierend auf einem funktionalen app-gestützten Assessment erfolgen. Nahezu 300 Übungen sind in Herodikos enthalten und können individuell kombiniert werden. Variation, Häufigkeit und Dauer der Trainings sind jederzeit anpassbar. Patienten trainieren anhand von Videos und erfassen vor und nach jedem Training ihre Schmerzintensität und können ihre:r Behandler:in Feedback geben. Diese:r wird bei Eingang eines Feedbacks / zu starken Schmerzen / Ausbleiben von Trainings benachrichtigt. Für die begleitende Edukation stehen zahlreiche Video-Masterclasses von anerkannten Experten aus den Bereichen Schmerz, Bewegung, Stress, Ernährung, Schlaf und Arbeitsplatz zur Verfügung. Diese werden von der Behandler:in in einem wochenweisen Edukationsplan individuell zusammengestellt. Patient:innen können zu den Masterclasses Rückfragen stellen und diese bewerten. Es gibt zudem verschiedene Tagebuch-Funktionen (u.a. Bewegung, Schmerz, Ernährung), eine Adhärenz-Statistik auf Wochenbasis, PROM-Bögen zur Therapiesteuerung und weitere Möglichkeiten zur Qualitätskontrolle. Die Herodikos-App ermöglicht die erste evidenzbasierte, ambulante, multimodale (Tele-) Schmerztherapie. Die App wird momentan in drei Versorgungsangeboten am Markt angeboten: - Im Vertrag „OrthoHeroBKK“ nutzen Fachärzt:innen die App für die Versorgung von Rücken- und Knieschmerzpatienten und übernehmen die Begleitung der Patienten für 90-180 Tage. Es sind mehrere Begleittermine und optionale Monitoring-Anlässe vorgesehen. Der Vertrag wird von 49 BKK'en unterstützt. - Im Vertrag „Herodikos plus“ verordnen Fachärzt:innen die Therapie, während Physiotherapeuten diese
---	--

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	mithilfe der Herodikos-App in regelmäßigen telemedizinischen Begleitterminen in einer Behandlungsdauer von bis zu 360 Tagen umsetzen. 6 Krankenkassen, darunter auch die TK und die AOK Niedersachsen, unterstützen dieses Versorgungsmodell. - Der Vertrag „ChroniFlex“ erweitert die Versorgung von Herodikos plus um edukative Aspekte sowie Beratungen durch Schmerztherapeuten, Ernährungsexperten und psychologische Fachkräfte und erweitert die multimodale Therapie auf diese Weise leitliniengerecht für chronische Schmerzpatienten. ChroniFlex kann auch parallel zur klassischen Physiotherapie vor Ort genutzt werden.
Minestdauer der Nutzung	90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Die Herodikos-App dient der Bereitstellung von Therapieplänen sowie der Kommunikation mit den behandelnden Ärzt:innen oder Therapeut:innen während der Umsetzung einer digital begleiteten multimodalen Schmerz-Therapie für Rücken- und Kniebeschmerzpatienten. Der medizinische Nutzen liegt in der Verbesserung des Gesundheitszustandes (Schmerzen, Funktion, Lebensqualität).
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☐ Ja, Quelle(n): ☒ Nein – eine Publikation mit Real World Evidenzen von 5386 Patienten aus dem Zeitraum 01.05.2022 and 22.02.2024 soll bis März 2025 veröffentlicht werden (DRKS ID: DRKS00034325). Wir werden sie nachreichen, sobald sie vorliegt. Alle Versorgungen von Herodikos werden außerdem durch eine Vertragsevaluation und ein laufendes Berichtswesen an die teilnehmenden Krankenkassen begleitet.
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Falls ja – Risikoklasse: 1 (MDR) ☐ Ja ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☐ Ja ☒ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein ☐ unbekannt
Quellenverzeichnis	

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Die **Gebrauchsanweisung** der Herodikos-App ist online unter dem Link [https://www.herodikos.de/assets/pdf/instruction for use de 1-1-0.pdf](https://www.herodikos.de/assets/pdf/instruction%20for%20use%20de%201-1-0.pdf) abrufbar.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	17.02.2025
Rückmeldung von:	Tinana GmbH
Name der DimA	tinana
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☐ Ja ☒ Nein Primärer Anwender ist der Heilmittelerbringer
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Keine Angabe möglich. Der Heilmittelerbringer entscheidet in der Therapie, welche Patienten sich für die Nutzung der tinana App eignen.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Die tinana App bietet einen Katalog an Übungen, aus denen der Heilmittelerbringer einen Trainingsplan erstellen kann. Die Patienten sollen dann die Übungen - begleitend zur Therapie – zuhause durchführen.
Minstdauer der Nutzung	Keine Angabe möglich. Der Heilmittelerbringer entscheidet über die Dauer und den Umfang.
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Mit der tinana App motivieren die Heilmittelerbringer ihre Patienten, aktiv an der Therapie teilzunehmen.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☐ Ja, Quelle(n): ☒ Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: 1 ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☐ Ja ☒ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein
Quellenverzeichnis	

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	13.02.2025
Rückmeldung von:	Selfapy GmbH
Name der DimA	Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☐ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☐ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Indikationen Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen ist geeignet für Personen, die mindestens 18 Jahre alt sind und eine der folgenden Indikationen (ICD-10) aufweisen: ● F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung ● F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ● M54.- Rückenschmerzen Kontraindikationen Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen ist nicht für eine Anwendung vorgesehen bei ● Personen, die mit einer der folgenden Indikationen diagnostiziert wurden: ○ Bipolare Störung (F31). ○ Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3). ○ Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2*). ○ Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2). ○ Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3).

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

	○ Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzabhängigkeit mit Abhängigkeitssyndrom (F1*.2). ○ Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzabhängigkeit mit Entzugssyndrom (F1*.3). ● Personen mit akut suizidalen oder selbstverletzenden Tendenzen. ● Personen, die für die Anwendung von Selbsthilfe-Therapien ungeeignet sind, aufgrund geistiger, körperlicher oder anderweitig krankheitsbedingter Einschränkungen.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Selfapy bietet Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen einen individuellen Online-Kurs, der auf evidenzbasierten Theorien und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie basiert. Die psychotherapeutischen Inhalte können über den internetbasierten Kurs selbstständig bearbeitet werden. Hierbei lässt sich Selfapys Konzept in den Bereich der "internetbasierten Selbstmanagement-Interventionen" einordnen, deren Wirksamkeit bereits durch zahlreiche Studien nachgewiesen wurde und von vielen Fachgesellschaften Zuspruch findet. Der Online-Kurs ist in einzelne Lektionen aufgeteilt, welche sich jeweils mit einem zentralen Thema beschäftigen und aus Audio- und Videoclips, Texten und Übungen bestehen. Die Themen umfassen u. a. Schmerzedukation, den Umgang mit Stress, Körperwahrnehmung und Selbstwirksamkeit, sowie Lektionen zu Entspannungstechniken, zu Sozialer Kompetenz und Rückfallprävention. Ein starker Fokus des Kurses liegt auf Transferaufgaben („Hausaufgaben“), um neu erworbene Strategien und Techniken in das tägliche Leben zu integrieren. Zur Gewährleistung der sicheren Anwendung des Produktes und zur Wahrung der Patientensicherheit werden Nutzerinnen und Nutzer während des Kurses durchgehend durch unsere Psychologinnen und Psychologen überwacht. Bei Bedarf steht eine psychologische Ansprechperson über eine Nachrichtenfunktion bei Fragen zur sachgemäßen Anwendung zur Verfügung. Es erfolgen keine

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	therapeutischen und/oder diagnostischen Maßnahmen durch die psychologische Ansprechperson.
Mindestdauer der Nutzung	90 Tage. Die Patientinnen und Patienten können den Kurs von überall, am Computer bzw. Laptop, auf einem Tablet oder auf einem Smartphone bearbeiten. Den Patientinnen und Patienten wird empfohlen, eine Lektion pro Woche zu absolvieren, was einer Nutzungsdauer von ca. 60 Minuten entspricht. Die Bearbeitung einer Lektion kann dabei auf mehrere Sitzungen oder Tage verteilt werden.
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen ist Teil des CE-zertifizierten digitalen Medizinprodukts <i>“Selfapy Online Programm bei psychischen Erkrankungen”</i>. Zweckbestimmung Das Medizinprodukt Selfapy Online Programm bei psychischen Erkrankungen (Selfapy - Mental Health App) ist eine digitale Anwendung für Personen, die unter psychischen Erkrankungen leiden. Es vermittelt Methoden und Techniken basierend auf der kognitiven Verhaltenstherapie und unterstützt bei der Durchführung sowie der Dokumentation der Übungen, mit dem Ziel, die Symptomatik des Anwendenden zu verbessern. Dabei liefert es hilfreiche Informationen zu den Themen psychische Krankheit und Gesundheit und stellt sicher, dass die Nutzenden nur Zugang zu validierten, unkritischen und sicheren Inhalten erhalten, die anhand von Videos, Audios und textueller Gestaltung aufbereitet sind. Es dient den folgenden Zwecken: • Zugang zu passenden und geeigneten (unkritischen/sicheren) Therapietechniken sowie Unterstützung bei der Auswahl und der Durchführung. • Dokumentation von Symptomen und der Durchführung von therapeutischen Übungen. • Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen (Psychoedukation).

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☐ Ja PICO-Schema der randomisiert kontrollierten Evaluationsstudie: Patientengruppe: Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (ICD-10: F45.41; F45.40; M54). Intervention: 12 Wochen Online-Intervention Selfapy für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen. Komparator: Kontrollgruppe mit verzögertem Zugang zur Online-Intervention Selfapy für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen (12 Wochen Wartezeit) und parallelem Zugang zu üblicher Versorgung. Outcome: Primärer Endpunkt ist die Beeinträchtigung durch Schmerzen im Alltag, erhoben mit dem Multidimensional Pain Inventory (MPI-D). Quelle: Kirst, S., Prengel, L., Naumann, S., Dziobek, I. (2024). Evaluation of the online self-help program "Selfapy" for patients with chronic pain – a randomized controlled trial. Hinweis: Der Studienbericht ist am 18.12.2024 beim BfArM eingereicht worden und liegt aktuell zur Prüfung vor. Anschließend wird der Studienbericht zur Publikation bei einem peer-reviewed Journal eingereicht.
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☐ Ja Falls ja – Risikoklasse I (MDR)

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	☐ Nein Die jeweils aktuelle Gebrauchsanweisung ist auf unserer Website verfügbar (Link: Selfapy-Gebrauchsanweisung).
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☐ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☐ Nein
Quellenverzeichnis	Aufgeführte Studie: https://drks.de/search/de/trial/DRKS00031521 Eintrag im DiGA-Verzeichnis: https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01954 Quellen für die in der DimA umgesetzten medizinischen Inhalte und Verfahren, Leitlinien, Lehrwerke und Studien: DGPM, DKPM, AWMF, editors. S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden" AWMF-Reg.-Nr. 051-001 Langfassung. [Internet]. 2018. Available from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-001I_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11-abgelaufen.pdf Kleinstäuber M, Bleichhardt G, Gottschalk JM, Rief W. Therapietools Somatoforme Störungen. Weinheim: Beltz; 2018 Kleinstäuber M, Thomas P, Witthöft M, Hiller W. Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. 2nd ed. Berlin: Springer; 2018 Korb J. Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie. Psychologie in Österreich. 2012; 3(4):298-305 Kröner-Herwig B et al. Schmerzpsychotherapie. Springer Berlin Heidelberg; 2011

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

	Morschitzky H. Somatoforme Störungen. 2nd ed. Wien: Springer; 2008 Nilges P and Rief W. "F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren." Der Schmerz 24.3; 2010 Pioch E. Schmerzdokumentation in der Praxis. Springer Medizin Verlag Heidelberg; 2005. Richter J. Schmerzen verlernen. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2013 Traue HC et al. Psyche und Schmerz. Praktische Schmerzmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg; 2013 Tschacher W, Storch M. Embodiment und Körperpsychotherapie. In Künzler A, Böttcher C, Hartmann R, Nussbaum MH, editors. Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Heidelberg: Springer; 2010. p. 161-176 Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. Cogn Behav Ther. 2016;45(1):5-31 von Wachter M. Chronische Schmerzen. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2014 von Wachter M, Hendrichke A. Psychoedukation bei chronischen Schmerzen. Berlin Heidelberg: Springer; 2016 von Wachter M, Kappis B. Therapietools Schmerzstörungen. Weinheim: Beltz; 2019 Weltgesundheitsorganisation, Dilling H, Freyberger HJ, editors. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 9th ed. Bern: Hogrefe; 2019
--	---

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Dokumentation der Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz**Stand:** 12.03.2026**Legende:**

Grau hinterlegt: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen.

Kaia Rückenschmerzen

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Kaia Rückenschmerzen sind in Anlage 6 beschrieben.

Gemäß DIGA-Verzeichnis ist der nicht-akute, chronisch-konstante Rückenschmerz ein Ausschlusskriterium zur Anwendung der digitalen medizinischen Anwendung Kaia Rückenschmerz. Dies entspricht den Einschlusskriterien der entsprechenden Erprobungsstudie [1, 2], welche Patientinnen und Patienten mit akutem bzw. subakutem (bis zu zwölf Wochen anhaltend) oder rezidivierendem Rückenschmerz umfasst. Zielgruppe des strukturierten Behandlungsprogramms Chronischer Rückenschmerz hingegen sind Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz (länger als zwölf Wochen anhaltend). Die Zielgruppe der digitalen medizinischen Anwendung Kaia Rückenschmerz ist somit nicht relevant für die Indikation des strukturierten Behandlungsprogramms Chronischer Rückenschmerz und für dieses nicht geeignet.

Herodikos

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Herodikos sind in Anlage 6 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO nicht aus, die digitale medizinische Anwendung Herodikos als geeignet zu bewerten, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Für die digitale medizinische Anwendung Herodikos lag nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor. Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung Herodikos kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Selfapy Online-Kurs bei chronischen Schmerzen

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Selfapy Online-Kurs bei chronischen Schmerzen sind in Anlage 6 beschrieben.

Da Selfapy mit Datum vom 28. Mai 2025 aus dem Verzeichnis gemäß § 139e Absatz 4 Satz 8 SGB V gestrichen wurde, sind die Anforderungen nach § 1a Absatz 5 DMP-A-RL nicht erfüllt.

Tinana

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Tinana sind in Anlage 6 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO nicht aus, diese digitale medizinische Anwendung als geeignet zu bewerten, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Für die digitale medizinische Anwendung Tinana lag nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor. Ohne das Vorliegen einer solchen Studie kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren.

Vivira

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Vivira sind in Anlage 6 beschrieben.

GKV-SV	KBV, PatV, DKG
Es existiert eine randomisierte kontrollierte Studie [3], in der mit einem Follow-Up von zwölf Wochen die Anwendung der App Vivira mit sechs bis zwölf Sitzungen Physiotherapie bei Patientinnen und Patienten vergleicht, die Lumboischialgie, Kreuzschmerzen und zu Anteilen von 18,5 % bzw. 25,7 % (Interventions- zu Kontrollgruppe) Rückenschmerzen ohne genauere Zuordnung der Lokalisation hatten. Für den Studieneinschuss wurde weder die Dauer der Rückenschmerzen noch der Grad der Funktionseinschränkung vorgegeben. Auch in den Auswertungen finden sich keine Hinweise auf diese beiden Parameter. Außerdem war die Einnahme von schmerzstillenden Medikamenten Ausschlusskriterium für die Studienteilnahme. Auch das kann als Hinweis für eine eher kurze Krankheitsdauer und -schwere gewertet werden. Damit bleibt unklar, inwiefern es sich bei der untersuchten Population um Patientinnen und Patienten mit chronischem, mehr als drei Monate anhaltendem Rückenschmerz mit wesentlicher Funktionseinschränkung Grad II – IV im „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen, wie sie ins DMP eingeschrieben werden, handelt.	Nach umfassender Prüfung und Beratung der vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen bewertet der G-BA diese digitale medizinische Anwendung auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitels § 4 Absatz 2 VerfO als geeignet für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz. Vivira ist zum Zeitpunkt des Abschlusses des Stellungnahmeverfahrens dauerhaft in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemäß § 139e SGB V für die Behandlung von Rückenschmerz aufgenommen. Die Zielgruppe des DMP ist durch die dort festgelegten Indikationen für die Verordnung abgedeckt. Die zwölfwöchige Anwendung von Vivira führte in einer randomisiert kontrollierten Studie an Teilnehmenden mit unspezifischem oder degenerativem Rückenschmerz zu einer statistisch signifikanten und klinisch relevanten Schmerzreduktion im Vergleich zur physiotherapeutischen Standardversorgung [3]. Obwohl in der Studienpopulation keine Unterscheidung zwischen chronischem und akutem Kreuzschmerz erfolgt ist, schätzt der G-BA die vorliegenden Erkenntnisse als

Die Erkenntnisse reichen somit für eine Empfehlung der DiMA Vivira für das DMP Chronischer Rückenschmerz nicht aus.	ausreichend ein, um die Geeignetheit dieser digitalen medizinischen Anwendung für das DMP festzustellen.
---	--

Literaturverzeichnis der Anlage 7 der Tragenden Gründe

1. **Priebe JA, Haas KK, Moreno Sanchez LF, Schoefmann K, Utpadel-Fischler DA, Stockert P, et al.** Digital treatment of back pain versus standard of care: The cluster-randomized controlled trial, Rise-uU. J Pain Res 2020;13:1823-1838. <https://dx.doi.org/10.2147/JPR.S260761>.
2. **Priebe JA, Kerkemeyer L, Haas KK, Achtert K, Moreno Sanchez LF, Stockert P, et al.** Medical app treatment of non-specific low back pain in the 12-month cluster-randomized controlled trial Rise-uP: where clinical superiority meets cost savings. J Pain Res 2024;17:2239-2255. <https://dx.doi.org/10.2147/JPR.S473250>.
3. **Weise H, Zenner B, Schmiedchen B, Benning L, Bulitta M, Schmitz D, et al.** The effect of an app-based home exercise program on self-reported pain intensity in unspecific and degenerative back pain: pragmatic open-label randomized controlled trial. J Med Internet Res 2022;24(10):e41899. <https://dx.doi.org/10.2196/41899>.

Von: [Dr. Stefan Zimmer](mailto:dmp@g-ba.de)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: Re: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz
Datum: Donnerstag, 12. März 2026 14:05:58

Guten Tag, vielen Dank, wir bestätigen hiermit den Erhalt der Unterlagen. Wir werden keine Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen,

Stefan Zimmer
BVHI

Am 12.03.2026 um 13:39 schrieb dmp@g-ba.de:

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. **Karola Pötter-Kirchner**, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. **Monika Luchtenberg**
Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

<!--[if !vml]--> <!--[endif]-->
<image001.png>

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-547

dmp@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

<!--[if !vml]--> <!--[endif]-->

<image002.png>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

<Anschreiben_Aufforderung_zur_StN_Anhörnung_DMP chron.
Rückenschmerz_2026-03-12.pdf>

<Anlage 1_BE_Aktualisierung DMP chron Rückenschmerz_2026-03-12.pdf>

<Anlage 2_Entwurf_TrGr_DMP chron Rückenschmerz inkl Anlagen_2026-03-12.pdf>

<Anlage 3_Servicedokument_DMP chron Rückenschmerz_2026-03-12.pdf>

<Anlage 4_Verteiler_DMP_Stellungnahmeverfahren_DMP chron RS_2026-03-11.pdf>

<Anlage 5_Vorlage-schriftl-Stellungnahme_StnV DMP chron.
Rückenschmerz_2026-03-12.docx>

Von: [APH Bundesverband](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz
Datum: Freitag, 13. März 2026 09:31:00
Anlagen: [image003.png](#)
[image004.png](#)
[image005.png](#)

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Frau Luchtenberg,

wunschgemäß bestätigen wir Ihnen den Erhalt Ihrer Email vom 12.03.2026 nebst Anlagen.

Dazu teilen wir Ihnen mit, dass wir mangels verbandlicher Betroffenheit sowie fehlender fachlicher Expertise auf die Übersendung einer Stellungnahme verzichten werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr APH Bundesverband e.V.

Tanja Traue
Sekretariat

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und
Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.
Karlsruher Str. 2 B
30519 Hannover
Tel.: 0511 - 875 98-0
Fax: 0511 - 875 98-13
E-Mail: traue@aph-bundesverband.de
www.aph-bundesverband.de



Von: Luchtenberg, Monika <Monika.Luchtenberg@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Donnerstag, 12. März 2026 13:37
Cc: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. **Karola Pötter-Kirchner**, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. **Monika Luchtenberg**

Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-547

dmp@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [Melek Mirzanli](#)
An: [Luchtenberg, Monika](#)
Cc: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: [Extern] G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz
Datum: Samstag, 14. März 2026 09:47:02
Anlagen: [image003.png](#)
[image004.png](#)
[image005.png](#)
[image006.jpg](#)
[image007.png](#)
[image008.png](#)
[image009.png](#)

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Frau Luchtenberg,

vielen Dank für Ihre Nachricht und die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme.

Der Vorstand der DeGIR hat die Unterlagen geprüft. Da sich aus Sicht der interventionellen Radiologie derzeit keine spezifischen Anmerkungen ergeben, wird die DeGIR keine Stellungnahme abgeben.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Beste Grüße
Melek Mirzanli

Leiterin der DeGIR-Geschäftsstelle
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie
und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Ernst-Reuter-Platz 10 | 10587 Berlin
Tel.: 030 916070-20
E-Mail: mirzanli@drg.de
www.drg.de / <http://www.degir.de>

Besuchen Sie uns in den Sozialen Medien:





Von: Luchtenberg, Monika <Monika.Luchtenberg@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Donnerstag, 12. März 2026 13:37

Cc: dmp@g-ba.de

Betreff: [Extern] G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz

ACHTUNG: Externe E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. **Karola Pötter-Kirchner**, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. **Monika Luchtenberg**

Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-547

dmp@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: dr.silke.brueggemann@drv-bund.de
An: dmp@g-ba.de
Cc: dr.tanja.trefzer@drv-bund.de
Betreff: Antwort: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz
Datum: Montag, 16. März 2026 07:20:31
Anlagen: [ATT00001.png](#)
[ATT00002.png](#)

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen. Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Rentenversicherung wird zu diesem Thema keinen Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

Silke Brüggemann

Dr. Silke Brüggemann MSc
Fachärztin für Orthopädie, Sozialmedizin

Abteilung GQ 0400 Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin
Dezernat Sozialmedizin und Prävention
Bereich Qualitätsentwicklung und Forschung in der Sozialmedizin
Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Tel.: 030 865 36863

Von: "dmp@g-ba.de" <dmp@g-ba.de>
An:
Kopie: "dmp@g-ba.de" <dmp@g-ba.de>
Datum: 12.03.2026 13:40
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz
Gesendet von: "Luchtenberg, Monika" <Monika.Luchtenberg@g-ba.de>

Achtung: Diese E-Mail kommt von einem externen Versender.
Bitte seien Sie äußerst vorsichtig bei Mailanhängen oder weiterführenden Links.

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. **Karola Pötter-Kirchner**, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. **Monika Luchtenberg**

Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)



Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-547

dmp@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)



Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

[Anhang "Anschreiben_Aufforderung_zur_StN_Anhörnung_DMP chron. Rückenschmerz_2026-03-12.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund]
[Anhang "Anlage 1_BE_Aktualisierung DMP chron Rückenschmerz_2026-03-12.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage 2_Entwurf_TrGr_DMP chron Rückenschmerz inkl Anlagen_2026-03-12.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage 3_Servicedokument_DMP chron Rückenschmerz_2026-03-12.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage 4_Verteiler_DMP_Stellungnahmeverfahren_DMP chron RS_2026-03-11.pdf" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund] [Anhang "Anlage 5_Vorlage-schriftl-Stellungnahme_StnV DMP chron. Rückenschmerz_2026-03-

12.docx" gelöscht von Dr. Silke Brüggemann/04/DRV-Bund]

Von: [Clausen | Rheuma-Liga](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz
Datum: Montag, 16. März 2026 14:49:48
Anlagen: [image003.png](#)
[image004.png](#)

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Frau Luchtenberg,

vielen Dank für Ihre E-Mail.

Wir werden keine Stellungnahme abgeben.

Mit besten Grüßen

Dr. J. Clausen

Dr. Jürgen Clausen
Referent Forschung

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Welschnonnenstraße 7
53111 Bonn

Telefon: 0228 766 06-24
E-Mail: clausen@rheuma-liga.de

www.rheuma-liga.de
www.linkedin.com/company/deutscherheumaliga
www.youtube.com/RheumaLiga
www.instagram.com/deutsche_rheuma_liga
www.facebook.com/DeutscheRheumaLiga

Die Deutsche Rheuma-Liga kämpft als Selbsthilfeorganisation unermüdlich für Menschen, die von rheumatischen Erkrankungen betroffen sind. [Unterstützen Sie unser Engagement mit Ihrer Spende!](#)

[Gemeinsam mehr bewegen](#)

Von: Luchtenberg, Monika <Monika.Luchtenberg@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Donnerstag, 12. März 2026 13:37
Cc: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. **Karola Pötter-Kirchner**, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. **Monika Luchtenberg**

Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-547

dmp@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [VFED e.V.](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: Re: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz
Datum: Dienstag, 17. März 2026 15:44:19
Anlagen: [It00EAGempS6nT4w.jpg](#)
[3elqHIGFUEqG4Nt.jpg](#)
[Lb6CMf6DL9TQ0Wpj.jpg](#)

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen. Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die
Zusendung der
Unterlagen zum
Stellungnahmeverfahren:
"Änderung der DMP-A-
RL: DMP chronischer
Rückenschmerz".
An diesem Verfahren
werden wir uns nicht
beteiligen. Für die
nächsten
Stellungnahmen stehen
wir gerne wieder zur
Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Hedwig Hugot (VFED)

Eupener Str. 128
D-52066 Aachen

Telefon 0241-50 73 00
E-Mail info@vfed.de
Web www.vfed.de

Vorstand Privatdozent Dr. med. Edmund Purucker · Hedwig Hugot · Sabine Rosenkranz · Anja Nickel · Doris Steinkamp
Bankverbindung Sparkasse Aachen · **IBAN** DE 56 3905 0000 1073 6031 42 · **BIC** AACSDE33XXX
USt-IdNr DE 218684445

Sitz der Gesellschaft: Aachen
Eingetragen im Vereinsregister Aachen unter Nr. VR 2929

Datenschutz:
Diese Nachricht kann vertrauliche Informationen enthalten. Wenn Sie nicht der in der Nachricht angegebene Adressat sind, darf diese Nachricht nicht kopiert oder an Dritte weitergeleitet werden. In einem solchen Fall vernichten Sie bitte die Nachricht und informieren Sie den Absender mittels einer Antwort-Mail. In dieser Nachricht enthaltene Informationen, die nicht in Zusammenhang mit einer offiziellen Geschäftstätigkeit zwischen Absender und Empfänger stehen, gelten als nicht erteilt. Rechte aus solchen Informationen können nicht geltend gemacht werden.

Am 12.03.2026 um 13:37 schrieb dmp@g-ba.de:

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. **Karola Pötter-Kirchner**, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. **Monika Luchtenberg**
Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

<!--[if !vml]--> <!--[endif]-->

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-547

dmp@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

<!--[if !vml]--> <!--[endif]-->

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
IBAN
DE55 3006 0601 0001 0887 69
BIC
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: dmp@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
12. März 2026

Durchwahl
-142

Datum
26. März 2026

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V sowie entsprechend § 137f Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

**Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Disease-Management-Programme übersendeten Unterlagen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16
(chronischer Rückenschmerz – Dokumentation**

Datum	27.03.2026
Stellungnahme von	Bundesamt für Soziale Sicherung

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
Digitale Anwendungen 1.8 des Beschlusses (i.V.m Anlage 7 der Tragenden Gründe und Anlage 2 S. 43-44)	Stellungnahme mit Begründung: Bewertung der DiGA (Vivira vs. Rise-uP): Die Empfehlungen zu digitalen Anwendungen Anlage 7 der TrG und Anlage 2. Die Problematik der Umsetzbarkeit stellt sich für uns wie folgt dar: Das BAS muss die "Rechtskonformität" der Programme feststellen. Hierfür ist auch die klare und eindeutige Benennung der im Rahmen von DMP für geeignet befundenen digitalen Anwendungen notwendig
	Änderungsvorschlag: Wir bitten um eine klare und eindeutige finale Positionierung zur Evidenzlage und mithin Geeignetheit der digitalen Anwendung „Vivira“
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag

***Hinweis:** Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

3. Ggf. Literaturverzeichnis

***Hinweis:** Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.*



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16
(chronischer Rückenschmerz – Dokumentation**

Datum	29.03.2026
Stellungnahme von	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die DVMB e.V. begrüßt ausdrücklich die Zielsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen stärker evidenzbasiert, aktivierend und patientenzentriert auszurichten. Insbesondere die Betonung des biopsychosozialen Krankheitsmodells, die Priorisierung nicht-medikamentöser Therapieansätze sowie die stärkere Outcome-Orientierung stellen wichtige Fortschritte dar.

Gleichzeitig sehen wir in zentralen Punkten des vorliegenden Beschlussentwurfs erhebliche Risiken für die Versorgungsqualität und Patientensicherheit, insbesondere im Hinblick auf die Abgrenzung zu entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sowie die Versorgungssteuerung.

Die DVMB e.V. begrüßt ausdrücklich:

- die konsequente Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien,
- die Stärkung von Bewegung und Aktivierung als zentrale Therapieprinzipien,
- die Betonung von Patientenschulung und Selbstmanagement,
- die stärkere Nutzung patientenberichteter Outcomes (z. B. Schmerz und Funktion),
- die Reduktion nicht evidenzbasierter passiver Therapieformen

Der vorliegende Beschlussentwurf stellt einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen dar.

Um jedoch Fehlsteuerungen und Versorgungslücken zu vermeiden, ist aus Sicht der DVMB e.V. eine Nachschärfung insbesondere in folgenden Bereichen zwingend erforderlich:

Sicherstellung der Differenzialdiagnostik und Integration entzündlicher Rückenschmerzen in geeignete Versorgungspfade

Stärkere Einbindung spezialisierter fachärztlicher Expertise

Verbindliche Integration digitaler Gesundheitsanwendungen

Verbesserung der Schnittstellen zwischen Rehabilitation und DMP

Die DVMB e.V. steht für einen konstruktiven Dialog zur Weiterentwicklung des DMP Chronischer Rückenschmerz gerne zur Verfügung.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
	Stellungnahme mit Begründung: Ausschluss entzündlich-rheumatischer Erkrankungen – Risiko systematischer Fehlversorgung Der Beschlussentwurf sieht vor, Patientinnen und Patienten mit „autoimmunbedingten, entzündlich-rheumatischen Erkrankungen“ vom DMP auszuschließen. Diese Abgrenzung ist aus systematischer Perspektive nachvollziehbar, führt jedoch in der Versorgungspraxis zu erheblichen Problemen: Entzündliche Rückenschmerzen (z. B. axiale Spondyloarthritis / Morbus Bechterew) werden in frühen Krankheitsstadien häufig nicht erkannt. Die Symptomatik überschneidet sich in der Frühphase erheblich mit unspezifischen Rückenschmerzen. Es besteht daher ein erhebliches Risiko, dass betroffene Patientinnen und Patienten fehlgesteuert in das DMP eingeschrieben werden oder umgekehrt keinen adäquaten Zugang zur spezialisierten Versorgung erhalten. Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> • Verbindliche Implementierung von Screening-Kriterien für entzündliche Rückenschmerzen vor Einschreibung (z. B. entzündlicher Schmerzcharakter, Morgensteifigkeit, Besserung durch Bewegung). • Verpflichtende Differenzialdiagnostik bzw. Ausschlussdiagnostik vor DMP-Einschreibung. • Klare Regelung zur Überführung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf entzündliche Genese in die rheumatologische Versorgung.
	Stellungnahme mit Begründung: Unzureichende Einbindung spezialisierter Versorgung Der Beschlussentwurf sieht eine primär hausärztliche Koordination der Versorgung vor.

	Aus Sicht der DVMB ist dies für viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen grundsätzlich sinnvoll. Jedoch gilt: Die Diagnostik und Behandlung entzündlicher Rückenschmerzen erfordert spezifische rheumatologische Expertise. Auch komplexe chronische Schmerzverläufe benötigen häufig interdisziplinäre, spezialisierte Strukturen. Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> • Verbindlichere Kriterien für die frühzeitige Einbindung spezialisierter Fachärztinnen und Fachärzte, insbesondere der Rheumatologie. • Stärkere strukturelle Verankerung von interdisziplinären Versorgungsansätzen.
	Stellungnahme mit Begründung: Digitalisierung: Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen sicherstellen Im Beschlussentwurf ist die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) lediglich als strittiger Punkt enthalten. Die DVMB bewertet dies kritisch: Digitale Anwendungen bieten evidenzbasierte Unterstützung bei Bewegung, Edukation und Selbstmanagement. Sie ermöglichen insbesondere in ländlichen Regionen einen niedrigrschwelligen Zugang zur Versorgung. Sie stärken die Eigenverantwortung und Therapietreue.
	Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> • Klare und verbindliche Aufnahme von geeigneten digitalen Gesundheitsanwendungen als regelhafte Ergänzung der Therapie. • Sicherstellung der Zugänglichkeit und Aufklärung für Patientinnen und Patienten.
	Stellungnahme mit Begründung: Schnittstelle Rehabilitation – DMP unzureichend geregelt Der Beschlussentwurf enthält widersprüchliche Regelungen zur Einschreibung von Patientinnen und Patienten mit laufender oder geplanter Rehabilitation. Dies birgt die Gefahr von:

	Versorgungsunterbrechungen mangelnder Kontinuität in der Behandlung
	Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> • Klare Regelung zur nahtlosen Integration von Rehabilitation und DMP • Möglichkeit der unmittelbaren Einschreibung nach Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme
	Stellungnahme mit Begründung: Medikamentöse Therapie – differenzierte Anwendung erforderlich Die DVMB unterstützt die Zielsetzung, eine Übermedikation – insbesondere mit Opioiden – zu vermeiden. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen: Chronische Schmerzverläufe sind heterogen. Einzelne Patientinnen und Patienten benötigen weiterhin eine individuell angepasste medikamentöse Therapie.
	Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> • Sicherstellung ausreichender therapeutischer Flexibilität im Einzelfall • Vermeidung einer zu restriktiven Umsetzung in der Versorgungspraxis

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16
(chronischer Rückenschmerz – Dokumentation**

Datum	19.3.2026
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Unseres Erachtens hat dieses DMP nur eine begrenzte Bedeutung, denn für den Bereich der Dauertherapie gibt es nur wenige effektive Interventionen und diese sind in der Fläche oft nicht in der erforderlichen Intensität und Extensität verfügbar. Die kontinuierliche und proaktive Versorgung der PatientInnen ist extrem wichtig. Dabei liegt der Hauptfokus unseres Erachtens auf der Verhinderung/dem Absetzen einer inadäquaten Medikation, der Motivierung zu körperlicher Aktivität, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der Früherkennung psychischer Komorbidität. Diese sind Bestandteil einer guten hausärztlichen Versorgung für chronisch kranke Menschen. Die Einbindung in ein DMP ist dann erfolgreich, wenn dadurch Schnittstellen besser bedient werden können, was für das vorgeschlagene Konzept derzeit nicht realistisch umzusetzen ist.
Schwierig ist, dass nicht zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen unterschieden wird, denn hier gibt es unterschiedliche Konzepte und Möglichkeiten zur Rehabilitation.
Bei erheblicher Multimorbidität wäre eher ein integriertes DMP-Konzept für chronischen Schmerz sinnvoll statt verschiedener Einzel-DMPs. Rückenschmerz ist in höherem Lebensalter angesichts multilokulärer Schmerzen eine Teilkomponente.
Es muss dafür gesorgt werden, dass die Rahmenbedingungen eine Umsetzung der Vorgaben dieses DMP überhaupt ermöglichen.
Leider ist eine echte Evaluation der Effekte mangels geeigneter Vergleichsdaten nicht möglich

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
1.1	Stellungnahme mit Begründung: Die genannten Ausschlüsse a bis f sind sinnvoll. Eine symptomatische Radikulopathie sollte allerdings nur dann ein Ausschlusskriterium sein, wenn erhebliche neurologische Ausfälle oder andere red flags vorliegen. Denn ursprünglich radikuläre, dann aber chronifizierte Schmerz ohne OP-Indikation sollten ins DMP aufgenommen werden, ebenso das Post-Diskektomie-Syndrom. Bei laufenden oder geplanten Rehabilitationsverfahren sollte ein Ausschluss nur bis zum Abschluss desselben gelten. Die Formulierung eines generellen Ausschlusses ist missverständlich Änderungsvorschlag: Siehe Votum Pat-V
1.2	Stellungnahme mit Begründung: Zitat: „Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf insbesondere der vorangegangenen zwölf Wochen zu berücksichtigen.“: Die NVL Kreuzschmerzen sieht keine Indikation in erneuter Bildgebung (selbst bei über Jahre zurückliegender Bildgebung), wenn sich die Symptomatik nicht geändert hat. Insofern sollte die Eingrenzung auf das vorangegangene Jahr entfallen. Weitere Präzisierung im Anschluss an Ausführung zu 1.1. Änderungsvorschlag: „Dabei sind relevante Befunde einer vorangegangenen Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf zu berücksichtigen.“ Ergänzen: Eine Einschreibung soll erst erfolgen, wenn eine bereits beantragte oder intendierte Rehabilitation abgelehnt wurde oder nicht den gewünschten Erfolg hatte
1.3	Stellungnahme mit Begründung und Änderungsvorschlag: Die Therapieziele sind nachvollziehbar, erscheinen jedoch in Hinblick auf die zur bisherigen Therapie verfügbaren zusätzlichen therapeutischen Ressourcen im DMP, um die Ziele zu erreichen, zu ehrgeizig. Auch unter Berücksichtigung der Effektivität von Maßnahmen bei chronischen Rückenschmerzen erscheinen die

	Ziele sehr ehrgeizig. Auch die Vermeidung einer weiteren Verschlechterung ist ein wichtiges und realistisches Therapieziel. Dies betrifft die Punkte (vorgeschlagene Ergänzungen sind kursiv geschrieben) Steigerung <i>oder mindestens Erhaltung</i> der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, - Verbesserung <i>oder mindestens Erhalt</i> der Funktionsfähigkeit, - Reduktion der Schmerzintensität, <i>Vermeidung einer Verschlimmerung bei Vermeidung und gegebenenfalls Absetzen problematischer/inadäquater Medikation</i> - Steigerung <i>oder mindestens Erhalt</i> der Aktivität und Belastungsfähigkeit
GA	Stellungnahme mit Begründung: Es muss mit einkalkuliert werden, dass die therapeutischen Effekte oft nur gering sind^{i ii}. „Bei nicht ausreichendem Erfolg soll im Weiteren eine Modifikation der Therapiemaßnahmen im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung erfolgen“ ist daher problematisch. Änderungsvorschlag: Bei nicht ausreichendem Erfolg soll im Weiteren eine Modifikation der Therapiemaßnahmen im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung geprüft werden
1.5.1	Keine Aufnahme eines Hinweises auf DIGAs in diesem Kontext, weil die dauerhaft zugelassenen nicht für diese Patientengruppe ausgelegt sind. Sinnvoll ist dagegen die von den anderen Bänken vorgeschlagene Ergänzung: Unter dieser Voraussetzung kann grundsätzlich jede Art von körperlichem Training durch- oder weitergeführt werden, wobei Ausdauertraining und Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur besonders empfehlenswert sind. Die DIGAs sind dann unter 1.8. zu erwähnen wie von den o.g. Bänken vorgeschlagen
1.5.2	Hier sehen wir erhebliche Umsetzungsprobleme, die begleitend geregelt werden müssen: Es bedarf einer Klarstellung für das DMP chronische Rückenschmerzen anbietende Ärzte, ob Leistungen für Patienten im DMP chronische Rückenschmerzen in das Budget hereingenommen werden und ob die dieselben Regelungen für Wiederholungsverordnungen gelten. Wenn sich die Möglichkeiten zu Verordnungen von Leistungen des Heilmittelkatalogs bei Patienten im DMP nicht von Patienten die nicht im DMP eingeschrieben sind unterscheidet, stellt sich die Frage warum ein Patient sich in das DMP einschreiben lassen sollte. Es werden aber auch Maßnahmen genannt die nicht Teil des Heilmittelkatalogs sind, nämlich Entspannungsverfahren: Jacobsonsche Relaxationstherapie. Wie wird der Zugang zu diesen Maßnahmen unkompliziert und ortsnah sichergestellt ohne

	die Praxen vor die Aufgabe zu stellen für jede Krankenkasse einzeln rauszufinden wie und wo es Zugang zu einem angeleiteten Entspannungsverfahren gibt? Auf online basierte Angebote sollte hingewiesen werden. Es ist absehbar, dass es hierdurch zu einer Ausweitung der Verordnung von Physiotherapie kommen würden, wenn sie innerhalb des DMP außerbudgetär verfügbar ist. Aus diesem Grund müssen auch im DMP die Indikationen benannt und die Wiederverordnungen geregelt werden: Funktionseinschränkungen, Bewegungsangst, Anleitung zu Übungen.
1.5.3	. Der Zugang zu einer multimodalen Schmerztherapie ist lokal schwierig bis sehr schwierig. Es stellt sich die Frage wie durch ein DMP der Zugang zu einer multimodale Schmerztherapie verbessert wird.
1.5.5	Die angegebenen Intervalle der Überprüfung sind zu kurz gefasst: sie sind zwar für die erste Kontrolle sinnvoll, sollten im weiteren Verlauf aber mit den Intervallen der DMP-Kontrolluntersuchung (optional auch 6 Monate) parallelisiert werden Änderungsvorschlag: initial nach ca 4 Wochen (bei Nebenwirkungen), danach im Rahmen der DMP-Kontrolluntersuchungen) und bei Fortführung der Therapie: initial nach 3 Monaten, danach im Rahmen der DMP-Kontrolluntersuchungen
1.5.5.3	Für niedrig dosiertes Amitryptilin gibt es allerdings Wirknachweismittel als Ko-Analgetikum. Diese Dosis ist nicht antidepressiv wirksam. (DEGAM-Leitlinie chronische nicht tumorbedingte Schmerzen: https://www.degam.de/leitlinie-s1-053-036) Ergänzungsvorschlag Dies betrifft nicht den Einsatz von Amitryptilin in niedriger Dosis als Co-analgetikum
1.6	Wenn die Interventionen ohne Erfolg bleiben oder nicht umsetzbar sind, sollte auch eine Beendigung des DMPs erwogen werden Ergänzungsvorschlag Überprüfung, ob Fortsetzung des DMP sinnvoll erscheint

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

ⁱ van der Wardt V, di Lorito C, Viniol A. Promoting physical activity in primary care: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2021 Apr 29;71(706):e399-e405. doi: 10.3399/BJGP.2020.0817. Erratum in: Br J Gen Pract. 2021 Jul 29;71(709):348.

ⁱⁱ Haas M, Boiché J, Chevance G, Latrille C, Brusseau M, Courbis AL, Dupeyron A. Motivation toward physical activity in patients with chronic musculoskeletal disorders: a meta-analysis of the efficacy of behavioural interventions. Sci Rep. 2024 Aug 13;14(1):18740.

Von: [Sylvia Kurth](#)
An: dmp@g-ba.de; [Luchtenberg, Monika](#)
Cc: [DVfR Sekretariat](#)
Betreff: DVfR | keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz
Datum: Mittwoch, 1. April 2026 08:31:13
Anlagen: [image003.png](#)
[image004.png](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung der DVfR am Stellungnahmeverfahren DMP-A-RL: chronischer Rückenschmerz.

Die DVfR wird keine Stellungnahme einreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Sekretariat: 06221 / 187 901-0
Direktdurchwahl: 06221 / 187 901-14
E-Mail: s.kurth@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: DVfR Sekretariat <sekretariat@dvfr.de>

Gesendet: Donnerstag, 12. März 2026 13:55

An: dmp@g-ba.de

Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir Ihnen den Empfang der Unterlagen.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Alexandra Schifferdecker

- Sekretariat -

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Tel.: 06221 / 187 901 - 0

Fax: 06221 / 166 009
E-Mail: sekretariat@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: Luchtenberg, Monika <Monika.Luchtenberg@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Donnerstag, 12. März 2026 13:37

Cc: dmp@g-ba.de

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der DMP-A-RL: DMP chronischer Rückenschmerz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. **Karola Pötter-Kirchner**, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. **Monika Luchtenberg**
Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Tel. +49 30 275838-547

dmp@g-ba.de

www.g-ba.de

[LinkedIn](#) • [Instagram](#) • [Bluesky](#)

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: Philipp.Oster@bfdi.bund.de im Auftrag von BS4@bfdi.bund.de
An: dmp@g-ba.de
Betreff: Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer # BS4-315/072#1606
Datum: Donnerstag, 2. April 2026 13:21:33
Anlagen: [39197_2026 Rückmeldung BfDI DMP-A-RL.pdf](#)

BS4-315/072#1606

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegendes Schreiben übersende ich Ihnen zur weiteren Verwendung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Philipp Oster

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
-Referat BS4/ Gesetzliche Krankenversicherung, Telematikinfrastruktur, Grundsatzfragen SGB-

Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

Fon: 0228-997799-8238
E-Mail: BS4@bfdi.bund.de
Internet: <https://www.bfdi.bund.de>

Datenschutzerklärung der BfDI:
Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter
<https://www.bfdi.bund.de/datenschutz>.

Vertraulichkeitshinweis:

Dies ist eine vertrauliche Nachricht und nur für den Adressaten bestimmt. Sollten Sie diese Nachricht irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und löschen Sie diese E-Mail.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16
(chronischer Rückenschmerz – Dokumentation**

Datum	02.04.2026
Stellungnahme von	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**Allgemeine Anmerkung**

Seitens des Fachverbandes DVGS e. V. begrüßen wir ausdrücklich, dass die körperliche Aktivität und das körperliche Training gemäß der Empfehlungen aus referenzierten (medizinischen) Leitlinien stark gewichtet werden. Gleichzeitig empfehlen wir, hierbei auch die “WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings” einzubeziehen.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
1.3	Stellungnahme mit Begründung: Konsistent mit dem Fließtext empfehlen wir, hier bei den Therapiezielen von „körperlicher Aktivität“ anstatt ausschließlich von „Aktivität“ zu sprechen.
	Änderungsvorschlag: Ersetzen des Stichpunktes „Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit“ durch „Steigerung der körperlichen Aktivität und Belastungsfähigkeit“.
1.5.1	Stellungnahme mit Begründung: Im weitesten Sinne hat sich in der Fachdiskussion der Begriff des nicht-spezifischen oder Rückenschmerzes oder Kreuzschmerzes durchgesetzt. Im Text wird dies noch uneinheitlich verwendet und beispielsweise in diesem Paragraph 1.5.1 einmal von nichtspezifischen Rückenschmerzen und einmal von unspezifischen gesprochen.
	Änderungsvorschlag: Wir empfehlen, den gesamten Text auf „nicht-spezifisch“ oder „nichtspezifisch“ zu vereinheitlichen.
1.5.1	Stellungnahme mit Begründung: In diesem Absatz wird auf die „Rolle von körperlicher Aktivität zur Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden“ hingewiesen. Wir empfinden es als dringend geboten, hier nicht ausschließlich auf Schmerzen als relevanten Endpunkt zu rekurrieren, sondern gerade die Rolle hinsichtlich der Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf hervorzuheben. Gerade bei chronischen Schmerzpatient*innen ist oft die Funktionsfähigkeit das primäre Ziel bewegungsbezogener Maßnahmen in der Versorgung.
	Änderungsvorschlag: (Gelb markierte Passage ergänzt) „Alle Patientinnen und Patienten sollen über die entscheidende, positive Rolle von körperlicher Aktivität zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf sowie zur Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden aufgeklärt werden. Dies soll auch Ängsten entgegenwirken, dass körperliche Aktivität bei der Arbeit oder in der Freizeit zu einer Verschlimmerung der Schmerzen führt (Angst-Vermeidungs-Verhalten).“

1.5.1	Stellungnahme mit Begründung: Wir sehen in der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz keine ausreichende Begründung, Ausdauertraining und Krafttraining des Rumpfes als „besonders empfehlenswert“ herauszustellen, wie dies in der dissenten Position u.a. von der KBV dargelegt ist. Einen sehr breiten Überblick zu der Wirksamkeit unterschiedlicher Bewegungs- und Trainingsmodalitäten hinsichtlich verschiedener Endpunkte liefert die oben bereits erwähnte WHO Leitlinie. Änderungsvorschlag: Wir empfehlen das Weglassen der hier als dissenter Position aufgeführten Sätze.
1.5.2	Stellungnahme mit Begründung: An zentralen Stellen lehnt sich das Dokument an die Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz an. Wir empfehlen daher, auch an der Stelle der Beschreibung der Bewegungstherapie auf den Duktus der NVL einzuschwenken und zu empfehlen, dass Bewegungstherapie mit edukativen Maßnahmen kombiniert werden sollte. Auch weist die NVL an vielen Stellen darauf hin, dass eine Motivation für einen gesundheitsbezogenen Lebensstil wichtiger Bestandteil von Interventionen ist. Diese Motivation wird auch im Beschlussentwurf zur DMP-A-RL mehrfach aufgegriffen, allerdings nicht im Hinblick auf die Bewegungstherapie. Auch dort sollten Motivation und Volition einbezogen werden, wie dies z. B. gängige Praxis in der medizinischen Rehabilitation ist (siehe z. B. Geidl et al., 2026). Wenn dies bei der Bewegungstherapie ebenso hervorgehoben wird, dann ist dies im Einklang mit der Mehrdimensionalität von Bewegungstherapie in Gesundheits- und Krankenversorgung in Deutschland. Änderungsvorschlag: Nach dem Satz „Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.“ empfehlen wir folgenden Satz einzufügen: „Die Bewegungstherapie sollte kombiniert werden mit edukativen Maßnahmen bzw. Strategien zur Förderung von Motivation und Volition um die Verstetigung sicher zu stellen.“
1.5.2	Stellungnahme mit Begründung: Weil man sich hier auf angeleitete Bewegungstherapie bezieht, wie auch in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz, sollten aus unserer Sicht in der Auflistung auch bewegungstherapeutische Selektivverträge aufgeführt werden, in deren Rahmen angeleitete Bewegungstherapie bei Rückenschmerz*patientinnen möglich ist. Beispiele hierfür wären: https://www.bvou.net/selektivvertrag-dak-vertrag-meinrueckencoach/ https://www.bkk24.de/leistungen-beitraege/leistungen-a-z/rueckenschmerztherapie-fpz

	https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen/weitere-leistungen/igv-vertraege/individuelle-knie-und-rueckenschmerztherapie-herodikos-app-2081502
1.5.2	Änderungsvorschlag: Ergänzung des Stichpunktes: „Selektivvertraglich geregelte Bewegungstherapie“ Stellungnahme mit Begründung: In der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz der letzten Fassung (2017) wird auch der Rehabilitationssport explizit aufgeführt. Dies wird hier im Fließtext auch gemacht. In den Stichpunkten hier unter 1.5.2 finden sich Rehabilitationssport und Funktionstraining allerdings nicht wieder. Wir empfehlen, es zu ergänzen. Änderungsvorschlag: Ergänzung des Stichpunktes „Rehabilitationssport / Funktionstraining“

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Geidl W, Sudeck G, Matting L, Jung A, Pfeifer K. Practice recommendations for physical activity promotion in exercise therapy, physical therapy, and other movement-based therapies: a co-design project (PRO-BT) in German medical rehabilitation. Link: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13102-026-01638-4>

WHO (Dezember, 2023): Guideline Low Back Pain. Link: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16
(chronischer Rückenschmerz – Dokumentation**

Datum	07.04.2026
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V.

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**Allgemeine Anmerkung**

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie begrüßt die Einrichtung eines strukturierten, dedizierten Versorgungspfads für Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz ausdrücklich. Die vorliegende Richtlinie ist aus unserer Sicht insgesamt gut ausgearbeitet und setzt wichtige Akzente, insbesondere durch die stärkere Betonung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses, aktivierender und evidenzbasierter Therapieansätze sowie einer strukturierten, alltagsnahen Langzeitbetreuung. Positiv hervorzuheben ist zudem das Bemühen, die Versorgung praxisnah auszugestalten und zugleich unnötige Dokumentationslast zu reduzieren. Insgesamt stellt der Entwurf eine sinnvolle Grundlage für eine verbesserte, koordinierte und leitlinienorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz dar.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
Anlage 15, Nummer 1.8 Digitale medizinische Anwendungen	Stellungnahme mit Begründung: Die DGN begrüßt grundsätzlich, dass geeignete digitale medizinische Anwendungen im DMP chronischer Rückenschmerz berücksichtigt werden sollen. Bei entsprechender indikationsbezogener Evidenz sollten solche Anwendungen ausdrücklich als unterstützende Maßnahme empfohlen beziehungsweise benannt werden. Insoweit schließen wir uns der Auffassung von KBV, DKG und PatV an, die eine Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen in das DMP befürworten. Im Entwurf ist hierzu sowohl in Anlage 15 Nr. 1.8 als auch in den Tragenden Gründen eine dissente Position dokumentiert. Für die dauerhaft im DiGA-Verzeichnis gelistete Intervention Vivira liegt eine randomisierte kontrollierte Studie vor, in der ein 12-wöchiges appbasiertes Heimübungsprogramm bei unspezifischem und degenerativem Rückenschmerz im Vergleich zur physiotherapeutischen Standardversorgung zu einer statistisch signifikanten und klinisch relevanten Schmerzreduktion auf der numerischen Ratingskala führte. In der Studie wurden 108 Personen der Interventionsgruppe und 105 der Kontrollgruppe zugeteilt; die mittlere Differenz der Schmerzwerte nach 12 Wochen lag bei -2,44 Punkten zugunsten der Intervention. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, geeignete digitale medizinische Anwendungen im DMP ausdrücklich zu benennen. Die Formulierung sollte dabei technologieoffen bleiben und an die sich dynamisch entwickelnde Evidenz- und Zulassungslage angepasst werden. Die im Entwurf dokumentierte Gegenposition des GKV-SV verweist zwar nachvollziehbar auf die nur begrenzte Passung der vorliegenden Vivira-Studienpopulation zur sehr spezifischen DMP-Zielgruppe; zugleich bewerten KBV, DKG und PatV Vivira nach Prüfung der Erkenntnisse dennoch als geeignet für das strukturierte Behandlungsprogramm. Änderungsvorschlag: „Auf geeignete digitale medizinische Anwendungen kann bei vorliegender indikationsspezifischer Evidenz als unterstützende Maßnahme im DMP hingewiesen werden. Die Berücksichtigung einzelner Anwendungen soll sich an der jeweils aktuellen Evidenz- und Zulassungslage orientieren.“

Anlage 2, laufende Nummer 15 sowie Fußnote 4 und Fußnote 7 - Dokumentationsparameter Blutdruck	Stellungnahme mit Begründung: Die DGN unterstützt die vorgesehene Entbürokratisierung im DMP chronischer Rückenschmerz ausdrücklich. Die optionale Ausgestaltung des Dokumentationsparameters Blutdruck ist sachgerecht, da dieser Parameter für die unmittelbare Steuerung der Behandlung im DMP chronischer Rückenschmerz regelhaft keine zentrale Rolle spielt. Die in den Tragenden Gründen angeführte Erwägung, zusätzliche Dokumentationspflichten auf behandlungsrelevante Inhalte zu begrenzen, ist nachvollziehbar und sollte mitgetragen werden. Eine Reduktion nicht unmittelbar DMP-relevanter Pflichtdokumentation stärkt die praktische Umsetzbarkeit des Programms und entlastet koordinierende Praxen sinnvoll. Änderungsvorschlag: Die DGN unterstützt die vorgeschlagene Regelung, den Dokumentationsparameter Blutdruck im DMP chronischer Rückenschmerz nur optional auszugestalten.
Anlage 15, Nummer 1.1 und 1.2	Stellungnahme mit Begründung: Aus neurologischer Sicht sollte hervorgehoben werden, dass bei chronischem Rückenschmerz im Verlauf weiterhin eine sorgfältige Prüfung auf das Vorliegen neurologischer Warnzeichen und spezifischer neurogener Ursachen erforderlich bleibt. Dies betrifft insbesondere neu auftretende oder progrediente motorische Defizite, sensible Ausfälle, Gangstörungen, Blasen- oder Mastdarmfunktionsstörungen sowie Hinweise auf eine symptomatische Radikulopathie oder ein Kaudasyndrom. Auch bei zunächst als nichtspezifisch eingeordnetem Kreuzschmerz kann im Verlauf eine erneute differenzialdiagnostische Einordnung notwendig werden. Die bereits im Entwurf angelegte Forderung nach Überprüfung der Bildgebungsindikation bei anhaltenden oder progredienten Beschwerden ist aus neurologischer Sicht ausdrücklich zu unterstützen. Änderungsvorschlag: „Bei neu auftretenden oder progredienten neurologischen Defiziten ist eine zeitnahe weiterführende diagnostische Abklärung zu veranlassen.“

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Weise H, Zenner B, Schmiedchen B, Benning L, Bulitta M, Schmitz D, Weise K

The Effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and Degenerative Back Pain: Pragmatic Open-label Randomized Controlled Trial

J Med Internet Res 2022;24(10):e41899

URL: <https://www.jmir.org/2022/10/e41899>

DOI: 10.2196/41899



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 09.04.2026

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
Frau Karola Pötter-Kirchner
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2 (indikations-übergreifende Dokumentation [ausgenommen Brustkrebs]), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation)

Ihr Schreiben vom 12.03.2026

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 12.03.2026, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der Anlage 2 (indikations-übergreifende Dokumentation [ausgenommen Brustkrebs]), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz – Dokumentation) der DMP-A-RL gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16
(chronischer Rückenschmerz – Dokumentation**

Datum	28.03.2026
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Keine Einwände gegen die vorgeschlagenen Änderungen der Anlage 2, 15 und 16

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

Die DGRh hat jedoch generell Anmerkungen und Änderungsvorschläge zur Diagnostik des chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzes, die unten aufgeführt sind.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
Anlage 15, 1.1	Stellungnahme mit Begründung: Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe Ausgeschlossen von der Teilnahme an diesem DMP sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen: a) Tumor im Bereich der Wirbelsäule, b) Infektion im Bereich der Wirbelsäule, c) nicht stabil durchbaute Wirbelkörperfrakturen, d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, e) symptomatische Radikulopathie, f) Kaudasyndrom. Anmerkung aus Sicht der DGRh: Es fehlen aus Sicht der DGRh Handlungsanweisen zum korrekten Ausschluss der spezifischen Ursache unter Punkt d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankung: Vielen Fachärzten für Allgemeinmedizin, die Patientinnen und Patienten in das DMP chronischer (nicht-spezifischer) Rückenschmerz einschließen werden, ist nicht bekannt, dass zum Ausschluss einer entzündlich rheumatischen Erkrankung (hier einer axialen Spondyloarthritis) die Erfragung des „entzündlichen Rückenschmerzes“, die Bestimmung von HLA-B27 und ggfls. eine MRT-Untersuchung der Sakroiliakalgelenke (und nicht der LWS!) erforderlich sind. Änderungsvorschlag: Die DGRh schlägt vor, 1.) bezüglich der Definition des chronischen (nicht-spezifischen) Rückenschmerzes auf die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz zu verweisen, die aktuell überarbeitet wird: „Ausgeschlossen von der Teilnahme an diesem DMP sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen (zur Diagnostik nicht-spezifischer Kreuzschmerzen siehe Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (NVL-KS; https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-007):

	2.) Die DGRh schlägt vor, an Punkt d) „autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen“ die Referenz zur S3 Leitlinie axiale Spondyloarthritis anzugeben: d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen¹, ¹S3-Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-003)
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16
(chronischer Rückenschmerz – Dokumentation**

Datum	30.03.2026
Stellungnahme von	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
1.5 Therapeutische Maßnahmen 1.5.1 Basismaßnahmen (zum Beispiel mit der Unterstützung von geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen gemäß 1.8) 1.8 Digitale medizinische Anwendungen Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden.	Stellungnahme mit Begründung: Digitale medizinische Anwendungen sollten idealerweise nur als unterstützende Maßnahme und nicht als erste Therapieoption /Basismaßnahme eingesetzt werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass kein ausreichendes Training stattfindet. Unter der Anleitung beispielsweise eines Physiotherapeuten kann individuell auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen des Patienten eingegangen werden. Zudem wird so das Risiko minimiert, dass Übungen nicht adäquat durchgeführt werden. Darüber hinaus ermöglicht die Betreuung, dass Fragen direkt an den Physiotherapeuten oder die Physiotherapeutin gestellt werden können und diese ggf. die Durchführung der Maßnahmen bei Bedarf korrigieren können. Eine individuelle Anpassung des Trainings kann so gewährleistet werden. Änderungsvorschlag: Digital medizinische Anwendungen sollten nicht als „Basismaßnahmen“ verstanden werden. Es sollte individuell eruiert werden, inwiefern Patientinnen und Patienten für eine digital medizinische Anwendung geeignet sind.
1.5 Therapeutische Maßnahmen 1.5.1 Basismaßnahmen Unter dieser Voraussetzung kann grundsätzlich jede Art von körperlichem Training durch- oder weitergeführt werden, wobei Ausdauertraining und Training zur Stärkung der	Stellungnahme mit Begründung: Wir begrüßen ausdrücklich die Nennung von körperlichem Training. Um die Anpassungen des Körpers nach Durchführung regelmäßiger Trainingseinheiten aufrechtzuerhalten, muss eine regelmäßige Weiterführung der Therapie empfohlen werden. Wünschenswert wäre die Angabe konkreter Trainingsfrequenzen. Unterschiedliche Quellen benennen Trainingsfrequenzen und Intensität von körperlicher Aktivität: „Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren sollten wöchentlich mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Aktivität ausüben oder mindestens 75 Minuten intensive körperliche Aktivität, oder eine entsprechende Kombination aus beidem. Für zusätzliche gesundheitliche Vorteile sollten Erwachsene ihre mäßig intensive körperliche Aktivität auf 300 Minuten pro Woche oder eine entsprechende Menge steigern.“

Rumpfmuskulatur besonders empfehlenswert sind.	Muskelkräftigende Übungen, die die großen Muskelgruppen beanspruchen, sollten an mindestens zwei Tagen pro Woche durchgeführt werden.“ (WHO 2026) „Die empfohlene Trainingsfrequenz beträgt 2–3 Einheiten pro Woche für Anfänger, 3–4 Einheiten pro Woche für Fortgeschrittene...“ (American College of Sports Medicine 2009)
	Änderungsvorschlag: Unter dieser Voraussetzung kann grundsätzlich jede Art von körperlichem Training (an mindestens 2 Tagen pro Woche) durch- oder weitergeführt werden, wobei Ausdauertraining und Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur besonders empfehlenswert sind.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

WHO (2026). Physical activity. <https://www.who.int/initiatives/behealthy/physical-activity>. (aufgerufen am 30.03.2026)

American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. Med Sci Sports Exerc. 2009 Mar;41(3):687-708. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181915670. PMID: 19204579.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz – Dokumentation

Datum	09.04.2026
Stellungnahme von	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die vorliegenden Änderungen, die den zentralen Stellenwert von körperlicher Aktivität und Bewegung für das Management chronischer Kreuzschmerzen noch deutlicher hervorheben.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
1.5 Therapeutische Maßnahmen 1.5.1 Basismaßnahmen	Die BPtK schließt sich dem Votum von KBV, DKG und GKV-SV an, hier keinen Hinweis auf Digitale Gesundheitsanwendungen aufzunehmen, da diese – wie von KBV, DKG und PatV vorgeschlagen – auch als eigener Punkt unter 1.8 aufgenommen werden sollen. Zudem unterstützt die BPtK den Vorschlag von KBV, DKG und PatV, einen Hinweis aufzunehmen, dass jede Art von körperlichem Training auch bei chronischen Kreuzschmerzen fortgeführt werden kann.
1.8 Digitale medizinische Anwendungen	Die BPtK unterstützt den Vorschlag von KBV, DKG und PatV einen eigenen Punkt zu Digitalen Gesundheitsanwendungen aufzunehmen. Digitale Gesundheitsanwendungen sind insbesondere geeignet, Patient*innen mit chronischen Rückenschmerzen bei der Aufnahme und Beibehaltung körperlicher Aktivität zu unterstützen, einem der wichtigsten Therapiebausteine in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen. Durch regelmäßige Erinnerungen und Fortschrittsanzeigen können Therapieadhärenz und langfristige Verhaltensänderungen nachweislich unterstützt werden. Zudem sind Digitale Gesundheitsanwendungen orts- und zeitunabhängig verfügbar, was die Integration von Verhaltensänderungen in den Alltag erleichtert. Positive Effekte bestehen zudem in Bezug auf die Förderung von Selbstmanagement und Eigenverantwortung.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie: Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende
Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15
(DMP chronischer Rückenschmerz und der Anlage 16
(chronischer Rückenschmerz – Dokumentation**

Datum	30.03.2026
Stellungnahme von	[Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.]

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Grundsätzlich werden die diversen Änderungen im Text grundsätzlich unterstützt. Ergänzt wurde eine Anmerkungen zur aktuellen Diskussion um den Begriff des nicht-spezifischen Kreuzschmerzes mit Perspektive auf den ICD11 (Anlage 15, 1.1) sowie Anmerkungen zu den noch offenen Punkten mit gegensätzlichen Positionen.

Allgemeine Stellungnahme zur begleitenden Datenerhebung und vorgeschlagenen Dokumentation:

Wir beziehen uns auf die ausschließliche Anwendung des Chronic Pain Grades als Instrument zur Definition der Eignung von Patienten und Patientinnen zum Einschluss (CPG II- IV, Anlage 15, 1.1) und zur Erfassung von Qualitätsindikatoren (CPG Item 3 und 5, Anlage 16). Uns ist klar, dass hier der Aufwand im Rahmen eines DMP soweit wie möglich reduziert und praktikabel gehalten werden muss, allerdings werden für die ärztlichen Verlaufsuntersuchungen diverse Anforderungen der Erhebung und klinischen Einschätzungen definiert, die von unterstützenden Screening-Verfahren für psychosoziale Risikofaktoren profitieren könnten.

Für den chronischen Schmerz wurde für klinische Studien kürzlich ein Core Outcome Set definiert (1). Durch den CPG werden auch im DMP schmerzbezogene Aspekte angemessen erfasst (Schmerzintensität, schmerzbezogene Beeinträchtigung). Darüber hinaus wird eine Erhebung der Lebensqualität und Alltagsaktivitäten empfohlen.

Ein zeitgemäßes DMP würde aus Sicht der Deutschen Schmerzgesellschaft durch folgende Aspekte bei der Erhebung von Daten und Befragung der Teilnehmenden profitieren:

1. **CPG als Basis-Assessment und für den Verlauf beibehalten** (für Kontinuität und Vergleichbarkeit). Hier ist auch die Vergleichbarkeit zur Dokumentation in der speziellen Schmerztherapie gegeben (Siehe (2) Deutscher Schmerzfragebogen und KEDOQ-Schmerz). Eine Berücksichtigung im Verlauf und als Qualitätsindikator wäre auch für den Chronic Pain Grade selbst, der ja veränderungssensitiv ist, möglich und nicht nur auf Grundlage der ausgewählten Items.
2. Ergänzung durch ein **Instrument zum Screening für psychosoziale Risikofaktoren**, auch aus Gründen der Zeitersparnis für die Behandelnden, die ja auch diesen Verlauf klinisch beurteilen sollen (siehe Anforderungen 1.6) sowohl zu Beginn des DMP als auch im Verlauf der Behandlung. Von der NVL Kreuzschmerz wurden zwei Instrumente hervorgehoben, das STarT Back Tool (3,4) und der Örebro Kurzfragebogen ((Örebro Musucoskeletal Pain Screening Questionnaire (5). Die NVL wird aktuell überarbeitet, ein Update dieser Empfehlung ist möglich und sollte ggfs. dann im DMP mit aufgenommen werden. Wichtig erscheint uns hier insbesondere die Wahrnehmung dieser Faktoren für den individuellen Fall, die inhaltliche Unterstützung der geforderten ärztlichen Verlaufsuntersuchung und zur Unterstützung der Kooperation der Versorgungsebenen und angemessenen Zuweisung (siehe Anlage 15 1.7.2-1.7.4), insbesondere der Indikationsstellung spezieller und intensiver Therapiemaßnahmen. Nicht erwähnt im DMP wird das in der NVL Kreuzschmerz explizit empfohlene **Multidisziplinäre Assessment**, das bei Fragen weiterer Therapieplanung und auffälligem psychosozialen Screening durchgeführt werden soll (NVL Kreuzschmerz, Empfehlung 3-10). Dies ist aktuell in der Regelversorgung allerdings kaum abgebildet (z.B. als

Voraussetzung einer teilstationären oder stationären multimodalen Schmerztherapie, sonst nur durch Selektivverträge einzelner Kassen).

3. Perspektivisch, aber nicht in der aktuellen Überarbeitung ist eine Integration **der mechanismenbasierten Klassifikation und des primary/secondary pain-Konzepts nach ICD-11** in den DMP aus schmerzmedizinischer Sicht sinnvoll (6,7).

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
Anlage 2	Stellungnahme mit Begründung: Die Positionen von DKG, KBV, PatV gewährleisten eine praktikable und versorgungsnahe Umsetzung der Dokumentationsanforderungen.
	Änderungsvorschlag: Übernahme der Vorschläge von DKG, PatV und KBV.
Anlage 15 1.1	Stellungnahme mit Begründung: • Der terminologisch unscharfe und im ICD-11-Kontext obsolet werdende Begriff „nicht-spezifisch“ wird ersetzt durch eine Ausschlusslogik klar definierter spezifischer Pathologien • Dies entspricht der aktuellen Klassifikation: ○ chronischer primärer Schmerz (ICD-11) vs. ○ chronischer sekundärer Schmerz ○ Auch bezüglich mechanistischer Deskriptoren spricht man heutzutage von noziplastischem, nozizeptivem und neuropathischen Schmerz, der mit dieser Änderung implementiert werden kann. ○ Diese Konzepte sind in das biopsychosoziale Modell chronischer Schmerzen integriert, für das auch eine Reihe von Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf identifiziert wurden (NVL Kreuzschmerz 2.0, derzeit in Überarbeitung), auf die explizit bei der Definition von chronischen Rückenschmerzen hingewiesen werden sollte, da entscheidend für die Verlaufsbetrachtung im Kontext des DMP. • Die Formulierung bleibt versorgungstauglich, ohne mechanistische Offenheit zu verlieren

	Änderungsvorschlag: 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe In das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit chronischem Kreuzschmerz und wesentlicher funktioneller Beeinträchtigung eingeschrieben werden, sofern ein Schweregrad von Grad II–IV im „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen vorliegt und eine fortlaufende Therapie erfolgt. Dem chronischen Rückenschmerz können nozizeptive, neuropathische und/oder nozioplastische Schmerzmechanismen zugrunde liegen, die im Rahmen der Diagnostik zu berücksichtigen und für die Therapieplanung relevant sind. Darüber hinaus wird die Beeinträchtigung auch durch das Vorliegen individueller Risikofaktoren einer Schmerzchronifizierung im biopsychosozialen Modell chronischer Schmerzen bestimmt (z.B. Ausbreitung der Schmerzen, schmerzfördernde Schmerzverarbeitung (wie Fokussierung auf Schmerz, Ängste) und Verhaltensweisen (wie Schon- und Vermeidungsverhalten, Überforderung und Durchhalten, hohes Inanspruchnahmeverhalten), Stressbelastung in Familie, sozialem Umfeld, Beruf, psychisch affektive Faktoren). Kreuzschmerz im Sinne dieser Anlage ist Schmerz im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten. Chronisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, wenn er länger als zwölf Wochen anhält. Eingeschlossen werden Patientinnen und Patienten mit chronischem Kreuzschmerz, bei denen keine hinreichend spezifische strukturelle oder systemische Ursache im Sinne der nachfolgend definierten Ausschlusskriterien vorliegt. Dies entspricht inhaltlich auch dem Konzept des chronischen primären Kreuzschmerzes („chronic primary low back pain“) gemäß ICD-11, bei dem der Schmerz nicht ausreichend durch eine andere Erkrankung erklärt werden kann und mit funktionellen Beeinträchtigungen einhergeht. Ausschlusskriterien Von der Teilnahme an diesem DMP ausgeschlossen sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen: a) Tumor im Bereich der Wirbelsäule b) Infektion im Bereich der Wirbelsäule c) nicht stabil verheilte oder instabile Wirbelkörperfrakturen d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen e) symptomatische Radikulopathie f) Kaudasyndrom Berufskrankheiten
--	---

	Versicherte, deren Rückenschmerzen als Berufskrankheit gemäß Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anerkannt sind, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden. Besteht der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit, sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, dies gemäß § 202 SGB VII dem zuständigen Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle anzuzeigen. Rehabilitationsmaßnahmen Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren aufgrund von Kreuzschmerzen können erst nach Abschluss dieses Verfahrens in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden. (entsprechend Empfehlung der PatV).
--	--

1.5.1 Basismaßnahmen	Stellungnahme mit Begründung: Die Position der PatV mit Verweis auf geeignete digitale Anwendungen stärkt die patientenzentrierte Versorgung und betont die aktive Rolle der Betroffenen. Änderungsvorschlag: Zustimmung zur neuen Formulierung
1.5.1 Basismaßnahmen	Stellungnahme mit Begründung: Die Position von KBV, PatV, DKG zur Art des körperlichen Trainings mit besonderer Empfehlung der Stärkung der Rumpfmuskulatur wird unterstützt.

	Änderungsvorschlag: Zustimmung zur neuen Formulierung
1.8	Stellungnahme mit Begründung: Zukünftige Knappheit der Personalressourcen bedingt notwendigerweise die Benutzung digitaler medizinischer Anwendungen.
	Änderungsvorschlag: Zustimmung zur neuen Formulierung

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

- (1) Bova G, Domenichiello A, Letzen JE, Rosenberger DC, Siddons A, Kaiser U, Anicich A, Baron R, Birch J, Bouhassira D, Casey G, Golden K, Iyengar S, Karp BI, Liedgens H, Meissner W, Nicholson K, Pogorzala L, Ryan D, Treede RD, Tugwell P, Turk DC, Vincent K, Vollert J, Williamson PR, Woller SA, Zaslansky R, Wandner LD, Pogatzki-Zahn EM. Developing consensus on core outcome sets of domains for acute, the transition from acute to chronic, recurrent/episodic, and chronic pain: results of the INTEGRATE-pain Delphi process. *EClinicalMedicine*. 2023 Dec 2;66:102340. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102340. PMID: 38089861; PMCID: PMC10711484. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10711484/>
- (2) schmerzgesellschaft.de/topnavi/deutscher-schmerzfragebogen-dsf
- (3) Aebischer B, Hill JC, Hilfiker R, Karstens S. German Translation and Cross-Cultural Adaptation of the STarT Back Screening Tool. *PLoS One*. 2015 Jul 10;10(7):e0132068. doi: 10.1371/journal.pone.0132068. PMID: 26161669; PMCID: PMC4498888. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4498888/>
- (4) Karstens S, Krug K, Raspe H, Wunderlich M, Hochheim M, Joos S, Hüppe A. Prognostic ability of the German version of the STarT Back tool: analysis of 12-month follow-up data from a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019 Feb 28;20(1):94. doi: 10.1186/s12891-019-2467-6. PMID: 30819162; PMCID: PMC6393968. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6393968/>
- (5) Hasenbring MI, Levenig C, Hallner D, Puschmann AK, Weiffen A, Kleinert J, Belz J, Schiltenswolf M, Pfeifer AC, Heidari J, Kellmann M, Wippert PM. Psychosoziale Risikofaktoren für chronischen Rückenschmerz in der Allgemeingesellschaft und im Leistungssport : Von der Modellbildung zum klinischen Screening – ein Review aus dem MiSpEx-Netzwerk [Psychosocial risk factors for chronic back pain in the general population and in competitive sports : From theory to clinical screening-a review from the MiSpEx network]. *Schmerz*. 2018 Aug;32(4):259-273. German. doi: 10.1007/s00482-018-0307-5. PMID: 29946960. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-018-0307-5>
- (6) Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Giamberardino MA, Goebel A, Korwisi B, Perrot S, Svensson P, Wang SJ, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):28-37. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001390. PMID: 30586068. https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.4.aspx
- (7) Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):77-82. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001389. PMID: 30586074. https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.10.aspx



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlussentwurf über die Änderung der
DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 2
(indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen
Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz
und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz –
Dokumentation**

Datum	09.04.2026
Stellungnahme von	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die explizite Integration von im BfArM-gelisteten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist ein zentraler Baustein für ein modernes und leitliniengerechtes DMP Chronischer Rückenschmerz. Wir begrüßen und unterstützen die Vorstöße im aktuellen Entwurf, DiGA als qualitätsgesicherte Regelleistung in den Behandlungsverlauf einzubinden. Die klinische Wirksamkeit von DiGA bei chronischen Verläufen ist wissenschaftlich belegt. DiGA befähigen Patientinnen und Patienten zur eigenständigen Therapie im häuslichen Umfeld und können den geforderten biopsychosozialen Behandlungsansatz nachweislich unterstützen.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
Anlage 15, 1.5.1 Basismaßnahmen	Stellungnahme mit Begründung: Der Entwurf fordert zielgerichtet, dass Patientinnen und Patienten regelmäßig körperliches Training durchführen. Wir unterstützen den konstruktiven Vorschlag der PatV, die eigenständige Durchführung durch digitale Anwendungen zu flankieren. So kann beispielsweise ein KI-gestütztes Bewegungstracking die korrekte Ausführung im häuslichen Umfeld sichern, die Therapieadhärenz maßgeblich fördern und sicherstellen, dass die geforderten aktiven Maßnahmen nachhaltig im Alltag verankert werden.
	Änderungsvorschlag: Aufnahme des vorgeschlagenen Zusatzes in den finalen Text: „(zum Beispiel mit der Unterstützung von geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen gemäß 1.8)“
Anlage 15, 1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen	Stellungnahme mit Begründung: Der Entwurf fokussiert sich richtigerweise auf aktivierende Maßnahmen und Bewegungstherapie. DiGA setzen diese Bausteine – je nach Ausgestaltung auch inklusive der explizit genannten Entspannungsverfahren – in standardisierter und strukturierter Form um. Klinische Evidenz belegt, dass eine multimodale DiGA bei chronifizierten Verläufen (Einschlusskriterium der Studie: Schmerzdauer bis zu 1 Jahr) der Kombination aus Standard-Krankengymnastik und Edukation in der Schmerzreduktion signifikant überlegen ist. ¹ DiGA sind daher im Rahmen der individuellen Therapiemaßnahmen geeignet und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung aktivierender Therapieansätze.
	Änderungsvorschlag: Ergänzung der Liste der therapeutischen Verfahren um folgenden Spiegelstrich: „Evidenzbasierte, Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) zur Bewegungstherapie und/oder Entspannungsverfahren“
Anlage 15, 1.8 Digitale medizinische Anwendungen	Stellungnahme mit Begründung: Um die Potenziale der Digitalisierung in der Versorgung voll auszuschöpfen, empfehlen wir, die Rolle von DiGA klar und handlungsorientiert zu fassen. Als BfArM-geprüfte Regelleistungen bieten sie eine qualitätsgesicherte, extrabudgetäre Therapieoption. Eine konkrete Einbindung motiviert Patientinnen und Patienten und unterstützt die vertragsärztliche Versorgung bei der Erreichung der

	Therapieziele. Vor diesem Hintergrund halten wir eine weitergehende, handlungsorientierte Konkretisierung für sinnvoll.
	Änderungsvorschlag: Anpassung der Formulierung zur besseren praktischen Umsetzbarkeit: „Auf geeignete digitale Gesundheitsanwendungen ist zur Erreichung der Therapieziele hinzuweisen; diese können als evidenzbasierte Maßnahme aktiv in den Behandlungsplan eingebunden werden.“

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

¹ <https://www.nature.com/articles/s41746-019-0109-x>

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen
Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chroni-
scher Rückenschmerz - Dokumentation)

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Inhalt

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e. V. (BVHI)	12. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V. (APH)	13. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)	14. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)	16. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V	16. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)	17. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	26. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	27. März 2026	Stellungnahme
Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB)	29. März 2026	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)	31. März 2026	Stellungnahme
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)	1. April 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	2. April 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)	2. April 2026	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)	8. April 2026	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesärztekammer	9. April 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh)	9. April 2026	Stellungnahme
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	9. April 2026	Stellungnahme
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	9. April 2026	Stellungnahme
Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.	9. April 2026	Stellungnahme
Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV)	9. April 2026	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppen-Sitzungen am 21. April und am 24. April 2026 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 13. Mai 2026 durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
1.	Bundesamt für Soziale Sicherung vom 27. März 2026		
1.1	Bundesamt für Soziale Sicherung vom 27. März 2026	Digitale Anwendungen 1.8 des Beschlusses (i.V.m Anlage 7 der Tragenden Gründe und Anlage 2 S. 43-44) Stellungnahme mit Begründung: Bewertung der DiGA (Vivira vs. Rise-uP): Die Empfehlungen zu digitalen Anwendungen Anlage 7 der TrG und Anlage 2. Die Problematik der Umsetzbarkeit stellt sich für uns wie folgt dar: Das BAS muss die "Rechtskonformität" der Programme feststellen. Hierfür ist auch die klare und eindeutige Benennung der im Rahmen von DMP für geeignet befundenen digitalen Anwendungen notwendig Änderungsvorschlag: Wir bitten um eine klare und eindeutige finale Positionierung zur Evidenzlage und mithin Geeignetheit der digitalen Anwendung „Vivira“	GKV-SV: Nach umfassender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 5 VerfO nicht aus, die digitale medizinische Anwendung Vivira als geeignet zu bewerten, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen. KBV, DKG, PatV: In der Position von KBV, DKG und PatV wird die Eignung von Vivira eindeutig festgestellt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
2.	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) vom 29. März 2026		
2.1	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) vom 29. März 2026	Allgemeine Anmerkung Die DVMB e.V. begrüßt ausdrücklich die Zielsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen stärker evidenzbasiert, aktivierend und patientenzentriert auszurichten. Insbesondere die Betonung des biopsychosozialen Krankheitsmodells, die Priorisierung nicht-medikamentöser Therapieansätze sowie die stärkere Outcome-Orientierung stellen wichtige Fortschritte dar. Gleichzeitig sehen wir in zentralen Punkten des vorliegenden Beschlussentwurfs erhebliche Risiken für die Versorgungsqualität und Patientensicherheit, insbesondere im Hinblick auf die Abgrenzung zu entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sowie die Versorgungssteuerung. Die DVMB e.V. begrüßt ausdrücklich: • die konsequente Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien,	Dank und Kenntnisnahme. Auf einzelne Aspekte wird im Zusammenhang mit den konkreten Änderungsvorschlägen eingegangen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		• die Stärkung von Bewegung und Aktivierung als zentrale Therapieprinzipien, • die Betonung von Patientenschulung und Selbstmanagement, • die stärkere Nutzung patientenberichteter Outcomes (z. B. Schmerz und Funktion), • die Reduktion nicht evidenzbasierter passiver Therapieformen Der vorliegende Beschlussentwurf stellt einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen dar. Um jedoch Fehlsteuerungen und Versorgungslücken zu vermeiden, ist aus Sicht der DVMB e.V. eine Nachschärfung insbesondere in folgenden Bereichen zwingend erforderlich: Sicherstellung der Differenzialdiagnostik und Integration entzündlicher Rückenschmerzen in geeignete Versorgungspfade Stärkere Einbindung spezialisierter fachärztlicher Expertise Verbindliche Integration digitaler Gesundheitsanwendungen Verbesserung der Schnittstellen zwischen Rehabilitation und DMP	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Die DVMB e.V. steht für einen konstruktiven Dialog zur Weiterentwicklung des DMP Chronischer Rückenschmerz gerne zur Verfügung.	
2.2	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) vom 29. März 2026	Stellungnahme mit Begründung: Ausschluss entzündlich-rheumatischer Erkrankungen – Risiko systematischer Fehlversorgung Der Beschlussentwurf sieht vor, Patientinnen und Patienten mit „autoimmunbedingten, entzündlich-rheumatischen Erkrankungen“ vom DMP auszuschließen. Diese Abgrenzung ist aus systematischer Perspektive nachvollziehbar, führt jedoch in der Versorgungspraxis zu erheblichen Problemen: Entzündliche Rückenschmerzen (z. B. axiale Spondyloarthritis / Morbus Bechterew) werden in frühen Krankheitsstadien häufig nicht erkannt. Die Symptomatik überschneidet sich in der Frühphase erheblich mit unspezifischen Rückenschmerzen. Es besteht daher ein erhebliches Risiko, dass betroffene Patientinnen und Patienten fehlgesteuert in das DMP eingeschrieben werden oder umgekehrt keinen adäquaten Zugang zur spezialisierten Versorgung erhalten.	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt unten zu den konkreten Änderungsvorschlägen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> • Verbindliche Implementierung von Screening-Kriterien für entzündliche Rückenschmerzen vor Einschreibung (z. B. entzündlicher Schmerzcharakter, Morgensteifigkeit, Besserung durch Bewegung). • Verpflichtende Differenzialdiagnostik bzw. Ausschlussdiagnostik vor DMP-Einschreibung. • Klare Regelung zur Überführung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf entzündliche Genese in die rheumatologische Versorgung.	DMP starten mit einer gesicherten Diagnose, für die es einen klaren evidenzbasierten Versorgungspfad zu etablieren gilt. Dennoch wird unter Umständen, wie auch im DMP chronischer Rückenschmerz an verschiedenen Stellen (vgl. 1.2, 1.5.4, 1.6), darauf hingewiesen, dass die Diagnose z.B. bei anhaltenden oder progredienten Beschwerden überprüft werden muss. Hinzu kommt, dass für eine Einschreibung in das DMP die Beschwerden länger als 12 Wochen bestehen müssen, so dass die hier beschriebene Frühphase nicht regelhaft mit der Einschreibung zusammenfallen würde. In dieser frühen Phase der Schmerzen gilt es, die Diagnose möglichst einzugrenzen und schließlich nur diejenigen Patientinnen und Patienten einzuschreiben, die vom DMP profitieren können. Eine abschließende und verbindliche Liste an Screening-Kriterien kann an der Stelle auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien nicht formuliert werden. Zudem sollen explizit unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen vermieden werden (vgl. 1.3), da hier oftmals eine Fehlversorgung stattfindet. Eine verpflichtende Differential- oder Ausschlussdiagnostik wird somit nicht festgelegt. Überweisungskriterien hingegen sind unter 1.7.2 geregelt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			GKV-SV, KBV, DKG: Eine Anpassung aufgrund dieses Änderungsvorschlages erscheint insgesamt nicht zielführend. PatV: In der regelmäßigen ärztlichen Verlaufskontrolle wird gezielt nach Symptomveränderungen gefragt, die auf eine spezifische Ursache (u.a. entzündliche Rückenschmerzen) hinweisen. Dies wird in den Tragenden Gründen klargestellt. Bei Verdacht wird an eine entsprechende Fachärztin bzw. Facharzt überwiesen.
2.3	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) vom 29. März 2026	Stellungnahme mit Begründung: Unzureichende Einbindung spezialisierter Versorgung Der Beschlussentwurf sieht eine primär hausärztliche Koordination der Versorgung vor. Aus Sicht der DVMB ist dies für viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen grundsätzlich sinnvoll. Jedoch gilt: Die Diagnostik und Behandlung entzündlicher Rückenschmerzen erfordert spezifische rheumatologische Expertise. Auch komplexe chronische Schmerzverläufe benötigen häufig interdisziplinäre, spezialisierte Strukturen.	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> • Verbindlichere Kriterien für die frühzeitige Einbindung spezialisierter Fachärztinnen und Fachärzte, insbesondere der Rheumatologie. Stärkere strukturelle Verankerung von interdisziplinären Versorgungsansätzen.	Überweisungskriterien werden unter 1.7.2 geregelt. Dort werden u.a. beide angesprochenen Situationen abgedeckt: die Überweisung zu „jeweils qualifizierten Fachärztin oder zum jeweils qualifizierten Facharzt oder einer jeweils qualifizierten Einrichtung bei neu aufgetretenen Hinweisen auf eine spezifische Ursache des chronischen Kreuzschmerzes“ sowie die schmerztherapeutische Mitbehandlung beispielsweise bei anhaltend hohem Schmerzniveau. Die interdisziplinäre Versorgung ist zudem Kernaspekt im DMP chronischer Rückenschmerz. Dies äußert sich beispielsweise in den Anforderungen zu den individuellen Therapiemaßnahmen im Rahmen der Regelleistungen (angeleitete Bewegungstherapie, Rehasport, Funktionstraining), in den Regelungen zur Über- bzw. Einweisung, sowie in den Anforderungen zu der multimodalen Schulung, zu der alle Patientinnen und Patienten Zugang erhalten sollen, und die das zentrale Element dieses DMP ist. Eine Anpassung erscheint somit nicht notwendig.
2.4	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) vom	Stellungnahme mit Begründung: Digitalisierung: Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen sicherstellen	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	29. März 2026	Im Beschlussentwurf ist die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) lediglich als strittiger Punkt enthalten. Die DVMB bewertet dies kritisch: Digitale Anwendungen bieten evidenzbasierte Unterstützung bei Bewegung, Edukation und Selbstmanagement. Sie ermöglichen insbesondere in ländlichen Regionen einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung. Sie stärken die Eigenverantwortung und Therapietreue.	
		Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> • Klare und verbindliche Aufnahme von geeigneten digitalen Gesundheitsanwendungen als regelhafte Ergänzung der Therapie. • Sicherstellung der Zugänglichkeit und Aufklärung für Patientinnen und Patienten.	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die in der KBV-Position genannte Anwendung ist als Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) dauerhaft gelistet, somit Teil der Regelversorgung und entsprechend verordnungsfähig. Davon abweichende Regelungen oder Anforderungen werden hier nicht gestellt. GKV-SV: Aus der einzigen vorhandenen randomisierten kontrollierten Studie geht aus der Studienpopulation nicht hervor, inwiefern es sich bei den eingeschlossenen PatientInnen mit Kreuzschmerzen um solche mit chronischen Beschwerden von mehr als 3 Monaten Dauer handelt. -Nach umfas-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			sender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 5 VerFO nicht aus, die digitale medizinische Anwendung Vivira als geeignet zu bewerten, um regelmäßig im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.
2.5	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) vom 29. März 2026	Stellungnahme mit Begründung: Schnittstelle Rehabilitation – DMP unzureichend geregelt Der Beschlussentwurf enthält widersprüchliche Regelungen zur Einschreibung von Patientinnen und Patienten mit laufender oder geplanter Rehabilitation. Dies birgt die Gefahr von: Versorgungsunterbrechungen mangelnder Kontinuität in der Behandlung	Kenntnisnahme.
		Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i>	Dank und Kenntnisnahme. Der Stellungnahme wurde gefolgt

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		- Klare Regelung zur nahtlosen Integration von Rehabilitation und DMP - Möglichkeit der unmittelbaren Einschreibung nach Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme	und die Position der PatV übernommen. Die Regelungen in den DMP-Anforderungen wurden bewusst so getroffen, um Brüche in der Versorgung von Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Die Beregelung von anderen Sozialleistungsträgern fällt nicht in die Zuständigkeit des G-BA.
2.6	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) vom 29. März 2026	Stellungnahme mit Begründung: Medikamentöse Therapie – differenzierte Anwendung erforderlich Die DVMB unterstützt die Zielsetzung, eine Übermedikation – insbesondere mit Opioiden – zu vermeiden. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen: Chronische Schmerzverläufe sind heterogen. Einzelne Patientinnen und Patienten benötigen weiterhin eine individuell angepasste medikamentöse Therapie.	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.
		Änderungsvorschlag: <i>Von der DVMB e.V. identifizierte Erfordernisse:</i> Sicherstellung ausreichender therapeutischer Flexibilität im Einzelfall	Das DMP gibt einen allgemeinen Versorgungspfad vor, der bestehender Fehlversorgungen entgegenwirken soll. Sowohl im Rahmen der Erstellung der Erstfassung als auch im Rahmen der Aktualisierung wurde diesbezüglich entschieden,

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Vermeidung einer zu restriktiven Umsetzung in der Versorgungspraxis	den Schwerpunkt nicht auf die medikamentöse Versorgung zu legen, sondern auf die nicht-medikamentösen Maßnahmen. Insbesondere der regelhafte Einsatz von Opioiden wird auch in den berücksichtigten Leitlinien kritisch diskutiert und nicht empfohlen. Die Grundsätze der medikamentösen Therapie sind unter 1.5.5 ausführlich dargelegt und ein individuell angepasstes Vorgehen auch bei Opioiden weiterhin adressiert. Grundsätzlich gilt davon unbenommen immer § 137f Abs. 2 Satz 3 SGB V: „Soweit diese Anforderungen Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.“ Eine Anpassung erscheint an dieser Stelle daher nicht notwendig.
3.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026		
3.1	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	Allgemeine Anmerkung Unseres Erachtens hat dieses DMP nur eine begrenzte Bedeutung, denn für den Bereich der Dauertherapie gibt es nur wenige effektive Interventionen und diese sind in der Fläche	Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		oft nicht in der erforderlichen Intensität und Extensität verfügbar. Die kontinuierliche und proaktive Versorgung der PatientInnen ist extrem wichtig. Dabei liegt der Hauptfokus unseres Erachtens auf der Verhinderung/dem Absetzen einer inadäquaten Medikation, der Motivierung zu körperlicher Aktivität, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der Früherkennung psychischer Komorbidität. Diese sind Bestandteil einer guten hausärztlichen Versorgung für chronisch kranke Menschen. Die Einbindung in ein DMP ist dann erfolgreich, wenn dadurch Schnittstellen besser bedient werden können, was für das vorgeschlagene Konzept derzeit nicht realistisch umzusetzen ist. Schwierig ist, dass nicht zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen unterschieden wird, denn hier gibt es unterschiedliche Konzepte und Möglichkeiten zur Rehabilitation. Bei erheblicher Multimorbidität wäre eher ein integriertes DMP-Konzept für chronischen Schmerz sinnvoll statt verschiedener Einzel-DMPs. Rückenschmerz ist in höherem Lebensalter angesichts multilokulärer Schmerzen eine Teilkomponente. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Rahmenbedingungen	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		eine Umsetzung der Vorgaben dieses DMP überhaupt ermöglichen. Leider ist eine echte Evaluation der Effekte mangels geeigneter Vergleichsdaten nicht möglich.	
3.2	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	1.1 Stellungnahme mit Begründung: Die genannten Ausschlüsse a bis f sind sinnvoll. Eine symptomatische Radikulopathie sollte allerdings nur dann ein Ausschlusskriterium sein, wenn erhebliche neurologische Ausfälle oder andere red flags vorliegen. Denn ursprünglich radikuläre, dann aber chronifizierte Schmerz ohne OP-Indikation sollten ins DMP aufgenommen werden, ebenso das Post-Diskektomie-Syndrom. Bei laufenden oder geplanten Rehabilitationsverfahren sollte ein Ausschluss nur bis zum Abschluss desselben gelten. Die Formulierung eines generellen Ausschlusses ist missverständlich Änderungsvorschlag: Siehe Votum Pat-V	Die DMP-Anforderungen, Definitionen und Einschlusskriterien haben sich an der NVL zum chron. Kreuzschmerz orientiert. Dieses Beschwerdebild ist insbesondere dadurch charakterisiert, dass einerseits diagnostische Maßnahmen nur begrenzt notwendig sind, andererseits eine hohe Krankheitslast besteht. Die NVL grenzt davon die lumbale Radikulopathie ab, die eine „Red Flag“ darstellt und bei der weiteren Diagnostik, evtl. auch ein operatives Vorgehen notwendig sein kann. Dieser Ausschluss der lumbalen Radikulopathie umfasst nicht eine den chronischen Kreuzschmerz begleitende Nervenwurzelreizung, wie sie der Stellungnehmer adressiert. Das Post-Diskektomie-Syndrom ist als solches ebenfalls in den Anforderungen nicht als Ausschlussgrund spezifiziert. Wenn das Beschwerdebild den Kriterien des DMP entspricht, ist eine Teilnahme möglich. Einem unmittelbaren Einschluss ins DMP nach Abschluss der

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			Rehabilitationsmaßnahme steht nichts entgegen. Insgesamt besteht kein Änderungsbedarf.
3.3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	1.2 Stellungnahme mit Begründung: Zitat: „Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen Abklärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf insbesondere der vorangegangenen zwölf Wochen	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		zu berücksichtigen.“: Die NVL Kreuzschmerzen sieht keine Indikation in erneuter Bildgebung (selbst bei über Jahre zu-rückliegender Bildgebung), wenn sich die Symptomatik nicht geändert hat. Insofern sollte die Eingrenzung auf das voran-gegangenen Jahr entfallen. Weitere Präzisierung im Anschluss an Ausführung zu 1.1.	
		Änderungsvorschlag: „Dabei sind relevante Befunde einer vorangegangenen Ab-klärungsdiagnostik sowie die Dokumentation von Therapie und Verlauf zu berücksichtigen.“ Ergänzen: Eine Einschreibung soll erst erfolgen, wenn eine bereits beantragte oder intendierte Rehabilitation abgelehnt wurde oder nicht den gewünschten Erfolg hatte	Streichung nicht sinnvoll, da ein Fokus auf aktuell-vorlie-gende Befunde gelegt wird. Ein Ausschluss älterer Befunde ist nicht vorgesehen. „Beantragte oder intendierte Rehabilitation“ sind im aktuel-len Text umfasst, „abgelehnte Rehabilitation“ und „Rehabili-tation ohne den gewünschten Erfolg“ sind beides Situationen, in denen es sich von selbst versteht, dass dann eine Ein-schreibung in Frage kommt. Eine Änderung wird nicht für notwendig gehalten.
3.4	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	1.3 Stellungnahme mit Begründung und Änderungsvorschlag:	Bei den in 1.3 formulierten Therapiezielen handelt es sich um übergeordnete Ziele des DMP. Die individuelle Therapiepla-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	Die Therapieziele sind nachvollziehbar, erscheinen jedoch in Hinblick auf die zur bisherigen Therapie verfügbaren zusätzlichen therapeutischen Ressourcen im DMP, um die Ziele zu erreichen, zu ehrgeizig. Auch unter Berücksichtigung der Effektivität von Maßnahmen bei chronischen Rückenschmerzen erscheinen die Ziele sehr ehrgeizig. Auch die Vermeidung einer weiteren Verschlechterung ist ein wichtiges und realistisches Therapieziel. Dies betrifft die Punkte (vorgeschlagene Ergänzungen sind kursiv geschrieben) Steigerung <i>oder mindestens Erhaltung</i> der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, - Verbesserung <i>oder mindestens Erhalt</i> der Funktionsfähigkeit, - Reduktion der Schmerzintensität, <i>Vermeidung einer Verschlimmerung bei Vermeidung und gegebenenfalls Absetzen problematischer/inadäquater Medikation</i> - Steigerung <i>oder mindestens Erhalt</i> der Aktivität und Belastungsfähigkeit	nung erfolgt differenziert und berücksichtigt u.a. die psychische und somatische Situation der Patientin und des Patienten, den bisherigen Verlauf und die individuellen Voraussetzungen. Dies ist unter 1.4 hinreichend abgebildet. Eine pauschale Ergänzung erscheint an der vorgeschlagenen Stelle nicht zielführend.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
3.5	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	GA Stellungnahme mit Begründung: Es muss mit einkalkuliert werden, dass die therapeutischen Effekte oft nur gering sind ^{i, ii} . „Bei nicht ausreichendem Erfolg soll im Weiteren eine Modifikation der Therapiemaßnahmen im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung erfolgen“ ist daher problematisch. Änderungsvorschlag: Bei nicht ausreichendem Erfolg soll im Weiteren eine Modifikation der Therapiemaßnahmen im Sinne einer Ausweitung oder Intensivierung geprüft werden	Dem Vorbehalt des Stellungnehmers, dass Maßnahmen unter Umständen nur begrenzte Effekte zeigen, ist in den speziellen Teilnahmevoraussetzungen berücksichtigt: Die koordinierende Ärztin/der koordinierende Arzt prüft regelmäßig gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten, spätestens nach zwei Jahren, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme an diesem DMP profitiert. Grundsätzlich ist vor jeder Therapieänderung eine Prüfung ihrer voraussichtlichen Sinnhaftigkeit notwendig. Deshalb wird an dieser Stelle keine Änderung für notwendig gehalten. Darüber hinaus werden konkrete Therapiemaßnahmen ab Nummer 1.5 adressiert.
3.6	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	1.5.1 Keine Aufnahme eines Hinweises auf DIGAs in diesem Kontext, weil die dauerhaft zugelassenen nicht für diese Patientengruppe ausgelegt sind. Sinnvoll ist dagegen die von den anderen Bänken vorgeschlagene Ergänzung: Unter dieser Voraussetzung kann grundsätzlich jede Art von körperlichem Training durch- oder weitergeführt werden,	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Unter 1.8 werden geeignete DimA adressiert. Es wurde eine geeignete DimA identifiziert, die bereits als DiGA dauerhaft gelistet ist und bei chronischem unspezifischen Rückenschmerz verordnet werden kann. GKV-SV: DiGAs müssen die relevante Patientengruppe adressieren.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		wobei Ausdauertraining und Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur besonders empfehlenswert sind. Die DIGAs sind dann unter 1.8. zu erwähnen wie von den o.g. Bänken vorgeschlagen	Da sich eine spezifische Empfehlung für Ausdauertraining und Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur nicht aus den Leitlinienempfehlungen ableiten lässt, diese nicht aufgeführt. Siehe oben. Da keine geeignete DimA identifiziert werden konnte, erfolgt keine Erwähnung einer Empfehlung bei 1.8.
3.7	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	1.5.2 Hier sehen wir erhebliche Umsetzungsprobleme, die begleitend geregelt werden müssen: Es bedarf einer Klarstellung für das DMP chronische Rückenschmerzen anbietende Ärzte, ob Leistungen für Patienten im DMP chronische Rückenschmerzen in das Budget hereingenommen werden und ob die dieselben Regelungen für Wiederholungsverordnungen gelten. Wenn sich die Möglichkeiten zu Verordnungen von Leistungen des Heilmittelkatalogs bei Patienten im DMP nicht von Patienten die nicht im DMP eingeschrieben sind unterscheidet, stellt sich die Frage warum ein Patient sich in das DMP einschreiben lassen sollte. Es werden aber auch Maßnahmen genannt die nicht Teil des	Budgetfragen gehören nicht zum Regelungsbereich der DMP-A-Richtlinie. Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass Entspannungsverfahren im EBM (Kapitel 35) mit GOP 35111 und GOP 35112 enthalten sind. Ein Änderungsbedarf wird nicht gesehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Heilmittelkatalogs sind, nämlich Entspannungsverfahren: Jacobsonische Relaxationstherapie. Wie wird der Zugang zu diesen Maßnahmen unkompliziert und ortsnahe sichergestellt ohne die Praxen vor die Aufgabe zu stellen für jede Krankenkasse einzeln rauszufinden wie und wo es Zugang zu einem angeleiteten Entspannungsverfahren gibt? Auf online basierte Angebote sollte hingewiesen werden. Es ist absehbar, dass es hierdurch zu einer Ausweitung der Verordnung von Physiotherapie kommen würden, wenn sie innerhalb des DMP außerbudgetär verfügbar ist. Aus diesem Grund müssen auch im DMP die Indikationen benannt und die Wiederverordnungen geregelt werden: Funktionseinschränkungen, Bewegungsangst, Anleitung zu Übungen.	
3.8	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	1.5.3 Der Zugang zu einer multimodalen Schmerztherapie ist lokal schwierig bis sehr schwierig. Es stellt sich die Frage wie durch ein DMP der Zugang zu einer multimodale Schmerztherapie verbessert wird.	GKV-SV, KBV, DKG: Ambulante Schmerztherapie gemäß Schmerztherapievereinbarung ist Bestandteil des Regelleistungskataloges. Fragen der regionalen Verfügbarkeit fallen nicht in den Regelungsbereich der DMP-A-Richtlinie. PatV: Kenntnissnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
3.9	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	1.5.5 Die angegebenen Intervalle der Überprüfung sind zu kurz gefasst: sie sind zwar für die erste Kontrolle sinnvoll, sollten im weiteren Verlauf aber mit den Intervallen der DMP-Kontrolluntersuchung (optional auch 6 Monate) parallelisiert werden Änderungsvorschlag: initial nach ca 4 Wochen (bei Nebenwirkungen), danach im Rahmen der DMP-Kontrolluntersuchungen) und bei Fortführung der Therapie: initial nach 3 Monaten, danach im Rahmen der DMP-Kontrolluntersuchungen	Die Nennung des Dreimonats-Intervalls ist sinnvoll, um dem Risiko einer medikamentösen Dauertherapie entgegenzuwirken. Eine Änderung wird als nicht notwendig angesehen.
3.10	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	1.5.5.3 Für niedrig dosiertes Amitriptylin gibt es allerdings Wirknachweisnachweis als Ko-Analgeticum. Diese Dosis ist nicht antidepressiv wirksam. (DEGAM-Leitlinie chronische nicht tumorbedingte Schmerzen: https://www.degam.de/leitlinie-s1-053-036) Ergänzungsvorschlag Dies betrifft nicht den Einsatz von Amitriptylin in niedriger	Beim Amitriptylin handelt es sich bei Anwendung beim chronischen Rückenschmerz um einen Off-Label-Use, da dessen Anwendungsgebiet auf den neuropathischen Schmerz beschränkt ist. Die NVL von 2017, deren Gültigkeit allerdings abgelaufen ist, hat sich gegen den Einsatz von Antidepressiva ohne entsprechende Komorbidität ausgesprochen. Die aktuelle IQWiG-Leitlinienrecherche berichtet unterschiedliche Positionen einschließlich eindeutige Negativempfehlungen

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Dosis als Co-analgetikum	von NASS 2020, SIGN 2019, WHO 2023 und Positivempfehlungen durch NICE 2021 und Korownyk 2022. Aufgrund der uneinheitlichen Empfehlungs- und Evidenzlage, auch mit Berücksichtigung der zitierten DEGAM-Leitlinie, lässt sich keine grundsätzliche Empfehlung für das DMP ableiten. Es besteht kein Änderungsbedarf.
3.11	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	1.6 Wenn die Interventionen ohne Erfolg bleiben oder nicht umsetzbar sind, sollte auch eine Beendigung des DMPs erwogen werden Ergänzungsvorschlag Überprüfung, ob Fortsetzung des DMP sinnvoll erscheint	Eine solche Regelung ist unter 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen verpflichtend vorgesehen und in der Dokumentation zur regelmäßigen DMP-Konsultation abgebildet (Feld 11).
3.12	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 31. März 2026	Literaturverzeichnis van der Wardt V, di Lorito C, Viniol A. Promoting physical activity in primary care: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2021 Apr 29;71(706):e399-e405. doi: 10.3399/BJGP.2020.0817. Erratum in: Br J Gen Pract. 2021	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Jul 29;71(709):348. ⁱⁱ Haas M, Boiché J, Chevance G, Latrille C, Brusseau M, Courbis AL, Dupeyron A. Motivation toward physical activity in patients with chronic musculoskeletal disorders: a meta-analysis of the efficacy of behavioural interventions. Sci Rep. 2024 Aug 13;14(1):18740.	
4.	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026		
4.1	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	Allgemeine Anmerkung Seitens des Fachverbandes DVGS e. V. begrüßen wir ausdrücklich, dass die körperliche Aktivität und das körperliche Training gemäß der Empfehlungen aus referenzierten (medizinischen) Leitlinien stark gewichtet werden. Gleichzeitig empfehlen wir, hierbei auch die “WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings” einzubeziehen.	Dank und Kenntnisnahme. Die genannte Leitlinie ist Teil des Leitlinienpools des IQWiG-Berichtes zur Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz und wurde somit im Rahmen der Beratungen berücksichtigt.
4.2	Deutscher Verband für Gesundheitssport	1.3	Der Begriff „Aktivität“ wurde an dieser Stelle bewusst gewählt und wird nicht angepasst, da es um übergeordnete

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	Stellungnahme mit Begründung: Konsistent mit dem Fließtext empfehlen wir, hier bei den Therapiezielen von „körperlicher Aktivität“ anstatt ausschließlich von „Aktivität“ zu sprechen. Änderungsvorschlag: Ersetzen des Stichpunktes „Steigerung der Aktivität und Belastungsfähigkeit“ durch „Steigerung der körperlichen Aktivität und Belastungsfähigkeit“.	Therapieziele geht. Hier soll die allgemeine Einschränkung der Aktivität im alltäglichen Leben adressiert werden. Unbenommen davon spielt die Steigerung der körperlichen Aktivität zur Erreichung der Therapieziele eine wesentliche Rolle, wie unter 1.5 und 1.6. abgebildet.
4.3	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	1.5.1 Stellungnahme mit Begründung: Im weitesten Sinne hat sich in der Fachdiskussion der Begriff des nicht-spezifischen oder Rückenschmerzes oder Kreuzschmerzes durchgesetzt. Im Text wird dies noch uneinheitlich verwendet und beispielsweise in diesem Paragraph 1.5.1 einmal von nichtspezifischen Rückenschmerzen und einmal von unspezifischen gesprochen. Änderungsvorschlag: Wir empfehlen, den gesamten Text auf „nicht-spezifisch“	Der Vorschlag der redaktionellen Vereinheitlichung wurde

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		oder „nichtspezifisch“ zu vereinheitlichen.	umgesetzt.
4.4	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	1.5.1 Stellungnahme mit Begründung: In diesem Absatz wird auf die „Rolle von körperlicher Aktivität zur Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden“ hingewiesen. Wir empfinden es als dringend geboten, hier nicht ausschließlich auf Schmerzen als relevanten Endpunkt zu rekurrieren, sondern gerade die Rolle hinsichtlich der Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf hervorzuheben. Gerade bei chronischen Schmerzpatient*innen ist oft die Funktionsfähigkeit das primäre Ziel bewegungsbezogener Maßnahmen in der Versorgung.	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.
		Änderungsvorschlag: (Gelb markierte Passage ergänzt) „Alle Patientinnen und Patienten sollen über die entscheidende, positive Rolle von körperlicher Aktivität zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf sowie zur	Dem Vorschlag wurde in Teilen gefolgt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Vermeidung und Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden aufgeklärt werden. Dies soll auch Ängsten entgegenwirken, dass körperliche Aktivität bei der Arbeit oder in der Freizeit zu einer Verschlimmerung der Schmerzen führt (Angst-Vermeidungs-Verhalten).“	
4.5	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	1.5.1 Stellungnahme mit Begründung: Wir sehen in der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz keine ausreichende Begründung, Ausdauertraining und Krafttraining des Rumpfes als „besonders empfehlenswert“ herauszustellen, wie dies in der dissenten Position u.a. von der KBV dargelegt ist. Einen sehr breiten Überblick zu der Wirksamkeit unterschiedlicher Bewegungs- und Trainingsmodalitäten hinsichtlich verschiedener Endpunkte liefert die oben bereits erwähnte WHO Leitlinie. Änderungsvorschlag: Wir empfehlen das Weglassen der hier als dissenter Position aufgeführten Sätze.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme KBV, DKG, PatV: Eine richtungsweisende, aber nicht abschließende Ergänzung des sehr allgemeinen Begriffs der körperlichen Bewegung erscheint uns an der Stelle weiterhin

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			zielführend. Auch ist die Benennung von Ausdauer- bzw. Krafttraining des Rumpfes hinreichend offen, um viele Bewegungs- und Trainingsmodalitäten zuzulassen. Sie beruht auf starken Empfehlungen, die sich im IQWiG-Bericht wiederfinden. Die Empfehlungen und Ausführungen in der hier genannten WHO-Leitlinie sind aus unserer Sicht dazu nicht widersprüchlich.
4.6	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	1.5.2 Stellungnahme mit Begründung: An zentralen Stellen lehnt sich das Dokument an die Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz an. Wir empfehlen daher, auch an der Stelle der Beschreibung der Bewegungstherapie auf den Duktus der NVL einzuschwenken und zu empfehlen, dass Bewegungstherapie mit edukativen Maßnahmen kombiniert werden sollte. Auch weist die NVL an vielen Stellen darauf hin, dass eine Motivation für einen gesundheitsbezogenen Lebensstil wichtiger Bestandteil von Interventionen ist. Diese Motivation wird auch im Beschlussentwurf zur DMP-A-RL mehrfach aufgegriffen, allerdings	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		nicht im Hinblick auf die Bewegungstherapie. Auch dort sollten Motivation und Volition einbezogen werden, wie dies z. B. gängige Praxis in der medizinischen Rehabilitation ist (siehe z. B. Geidl et al., 2026). Wenn dies bei der Bewegungstherapie ebenso hervorgehoben wird, dann ist dies im Einklang mit der Mehrdimensionalität von Bewegungstherapie in Gesundheits- und Krankenversorgung in Deutschland.	
		Änderungsvorschlag: Nach dem Satz „Aktivierende Maßnahmen stehen im Vordergrund.“ empfehlen wir folgenden Satz einzufügen: „Die Bewegungstherapie sollte kombiniert werden mit edukativen Maßnahmen bzw. Strategien zur Förderung von Motivation und Volition um die Verstetigung sicher zu stellen.“	DMP ist um die zentrale Maßnahme der multimodalen Schulung ausgerichtet, die für alle Patientinnen und Patienten zugänglich sein soll (Nummer 4.2.) und ebensolche edukativen Maßnahmen vorsieht. Dies ist bereits in den Basismaßnahmen und unter Nummer 4.2 verankert.
4.7	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie	1.5.2 Stellungnahme mit Begründung: Weil man sich hier auf angeleitete Bewegungstherapie be-	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	zieht, wie auch in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz, sollten aus unserer Sicht in der Auflistung auch bewegungstherapeutische Selektivverträge aufgeführt werden, in deren Rahmen angeleitete Bewegungstherapie bei Rückenschmerz*patientinnen möglich ist. Beispiele hierfür wären: https://www.bvou.net/selektivvertrag-dak-vertrag-mein-rueckencoach/ https://www.bkk24.de/leistungen-beitraege/leistungen-a-z/rueckenschmerztherapie-fpz https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen/weitere-leistungen/igv-vertraege/individuelle-knie-und-rueckenschmerztherapie-herodikos-app-2081502	
		Änderungsvorschlag: Ergänzung des Stichpunktes: „Selektivvertraglich geregelte Bewegungstherapie“	Die DMP-Anforderungen-Richtlinie gilt bundesweit und kassenübergreifend und soll der einheitlichen und flächendeckenden Implementierung evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen dienen. Zentrales Element ist im DMP Chronischer Rückenschmerz somit die multimodale Schulung (s. 1.5.1 und 4.2), die allen Patientinnen und Patienten im DMP angebo-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			ten werden soll. Eine geeignete Schulung ist bereits identifiziert und durch das BAS akkreditiert worden. Spätestens mit Start des Programms soll sie auch evaluiert werden. Der Verweis auf selektivvertragliche Maßnahmen ist insofern nicht zielführend, weil das DMP eine bereits umfassend und kongruente Versorgungsform anbietet.
4.8	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	1.5.2 Stellungnahme mit Begründung: In der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz der letzten Fassung (2017) wird auch der Rehabilitationssport explizit aufgeführt. Dies wird hier im Fließtext auch gemacht. In den Stichpunkten hier unter 1.5.2 finden sich Rehabilitationssport und Funktionstraining allerdings nicht wieder. Wir empfehlen, es zu ergänzen. Änderungsvorschlag: Ergänzung des Stichpunktes „Rehabilitationssport / Funktionstraining“	Die genannte Auflistung betrifft explizit konkrete Verfahren, welche beispielweise in der Heilmittel-Richtlinie zu finden sind, so dass die Ergänzung um Rehasport/ Funktionstraining

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			nicht schlüssig erscheint. Die Benennung unter Basismaßnahmen ist ausreichend.
4.9	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) vom 2. April 2026	Literaturverzeichnis Geidl W, Sudeck G, Matting L, Jung A, Pfeifer K. Practice recommendations for physical activity promotion in exercise therapy, physical therapy, and other movement-based therapies: a co-design project (PRO-BT) in German medical rehabilitation. Link: https://link.springer.com/article/10.1186/s13102-026-01638-4 WHO (Dezember, 2023): Guideline Low Back Pain. Link: https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789	
5.	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) vom 8. April 2026		
5.1	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN) vom 8. April 2026	Allgemeine Anmerkung Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie begrüßt die Einrichtung eines strukturierten, dedizierten Versorgungspfads für Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz ausdrücklich. Die vorliegende Richtlinie ist aus unserer Sicht	Dank und Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		insgesamt gut ausgearbeitet und setzt wichtige Akzente, insbesondere durch die stärkere Betonung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses, aktivierender und evidenzbasierter Therapieansätze sowie einer strukturierten, alltagsnahen Langzeitbetreuung. Positiv hervorzuheben ist zudem das Bemühen, die Versorgung praxisnah auszugestalten und zugleich unnötige Dokumentationslast zu reduzieren. Insgesamt stellt der Entwurf eine sinnvolle Grundlage für eine verbesserte, koordinierte und leitlinienorientierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz dar.	
5.2	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V (DGN) vom 8. April 2026	Anlage 15, Nummer 1.8 Digitale medizinische Anwendungen Stellungnahme mit Begründung: Die DGN begrüßt grundsätzlich, dass geeignete digitale medizinische Anwendungen im DMP chronischer Rückenschmerz berücksichtigt werden sollen. Bei entsprechender indikationsbezogener Evidenz sollten solche Anwendungen ausdrücklich als unterstützende Maßnahme empfohlen beziehungsweise benannt werden. Insoweit schließen wir uns der Auffassung von KBV, DKG und PatV an, die eine Aufnahme	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen in das DMP befürworten. Im Entwurf ist hierzu sowohl in Anlage 15 Nr. 1.8 als auch in den Tragenden Gründen eine dissente Position dokumentiert. Für die dauerhaft im DiGA-Verzeichnis gelistete Intervention Vivira liegt eine randomisierte kontrollierte Studie vor, in der ein 12-wöchiges appbasiertes Heimübungsprogramm bei unspezifischem und degenerativem Rückenschmerz im Vergleich zur physiotherapeutischen Standardversorgung zu einer statistisch signifikanten und klinisch relevanten Schmerzreduktion auf der numerischen Ratingskala führte. In der Studie wurden 108 Personen der Interventionsgruppe und 105 der Kontrollgruppe zugeteilt; die mittlere Differenz der Schmerzwerte nach 12 Wochen lag bei -2,44 Punkten zugunsten der Intervention. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, geeignete digitale medizinische Anwendungen im DMP ausdrücklich zu benennen. Die Formulierung sollte dabei technologieoffen bleiben und an die sich dynamisch entwickelnde Evidenz-	GKV-SV: Aus der einzigen vorhandenen randomisierten kontrollierten Studie geht aus der Studienpopulation nicht hervor, inwiefern es sich bei den eingeschlossenen PatientInnen mit Kreuzschmerzen um solche mit chronischen Beschwerden von mehr als 3 Monaten Dauer handelt. Nach umfassender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 5 VerO nicht aus, diese digitale medizinische Anwendung als geeignet zu bewerten, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		und Zulassungslage angepasst werden. Die im Entwurf dokumentierte Gegenposition des GKV-SV verweist zwar nachvollziehbar auf die nur begrenzte Passung der vorliegenden Vivira-Studienpopulation zur sehr spezifischen DMP-Zielgruppe; zugleich bewerten KBV, DKG und PatV Vivira nach Prüfung der Erkenntnisse dennoch als geeignet für das strukturierte Behandlungsprogramm.	PatV: Dank und Kenntnisnahme
		Änderungsvorschlag: „Auf geeignete digitale medizinische Anwendungen kann bei vorliegender indikationsspezifischer Evidenz als unterstützende Maßnahme im DMP hingewiesen werden. Die Berücksichtigung einzelner Anwendungen soll sich an der jeweils aktuellen Evidenz- und Zulassungslage orientieren.“	Für digitale medizinische Anwendungen besteht ein definiertes Verfahren auf der gesetzlichen Grundlage in § 137f Abs 8 SGB V und der Verfahrensordnung des G-BA (siehe oben). Ein unspezifischer Verweis wird an dieser Stelle nicht vorgenommen. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit weiterer Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.
5.3	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V	Anlage 2, laufende Nummer 15 sowie Fußnote 4 und Fußnote 7 - Dokumentationsparameter Blutdruck	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	(DGN) vom 8. April 2026	Stellungnahme mit Begründung: Die DGN unterstützt die vorgesehene Entbürokratisierung im DMP chronischer Rückenschmerz ausdrücklich. Die optionale Ausgestaltung des Dokumentationsparameters Blutdruck ist sachgerecht, da dieser Parameter für die unmittelbare Steuerung der Behandlung im DMP chronischer Rückenschmerz regelhaft keine zentrale Rolle spielt. Die in den Tragenden Gründen angeführte Erwägung, zusätzliche Dokumentationspflichten auf behandlungsrelevante Inhalte zu begrenzen, ist nachvollziehbar und sollte mitgetragen werden. Eine Reduktion nicht unmittelbar DMP-relevanter Pflichtdokumentation stärkt die praktische Umsetzbarkeit des Programms und entlastet koordinierende Praxen sinnvoll	
		Änderungsvorschlag: Die DGN unterstützt die vorgeschlagene Regelung, den Dokumentationsparameter Blutdruck im DMP chronischer Rückenschmerz nur optional auszugestalten.	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Der Parameter Blutdruck ist aus Sicht von Public Health sowie den Konzepten einer primärärztlichen Versorgung bzw. dem Konzept des Disease Managements von chronischen Erkrankungen von großer Relevanz. Der Nutzen der Erhebung und Dokumentation des Parameters überwiegt

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			Aufwand und Kosten. Deshalb wird an der bisherigen Dokumentationspflicht festgehalten.
5.4	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V (DGN) vom 8. April 2026	Anlage 15, Nummer 1.1 und 1.2 Stellungnahme mit Begründung: Aus neurologischer Sicht sollte hervorgehoben werden, dass bei chronischem Rückenschmerz im Verlauf weiterhin eine sorgfältige Prüfung auf das Vorliegen neurologischer Warnzeichen und spezifischer neurogener Ursachen erforderlich bleibt. Dies betrifft insbesondere neu auftretende oder progrediente motorische Defizite, sensible Ausfälle, Gangstörungen, Blasen- oder Mastdarmfunktionsstörungen sowie Hinweise auf eine symptomatische Radikulopathie oder ein Kaudasyndrom. Auch bei zunächst als nichtspezifisch eingeordnetem Kreuzschmerz kann im Verlauf eine erneute differenzialdiagnostische Einordnung notwendig werden. Die bereits im Entwurf angelegte Forderung nach Überprüfung der Bildgebungsindikation bei anhaltenden oder progredienten Beschwerden ist aus neurologischer Sicht ausdrücklich zu unterstützen.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Änderungsvorschlag: „Bei neu auftretenden oder progredienten neurologischen Defiziten ist eine zeitnahe weiterführende diagnostische Abklärung zu veranlassen.“	Das DMP startet mit der gesicherten Diagnose eines nicht-spezifischen Rückenschmerzes, mit einem klaren Versorgungspfad. An verschiedenen Stellen wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Diagnose z.B. bei anhaltenden oder progredienten Beschwerden überprüft werden muss (vgl. 1.2, 1.5.4, 1.6). Auch die Überweisungsregelungen unter 1.7.2 sind entsprechend formuliert. Unter 1.7.3 werden explizit ausgeprägte oder zunehmende neurologische Defizite als Einweisungskriterien benannt. Daher wird dem Vorschlag nicht gefolgt. PatV: Die Ergänzung in den Tragenden Gründen bzgl. der ärztlichen Verlaufskontrolle soll sicherstellen, dass gezielt nach Symptomen gefragt wird, die auf eine spezifische Ursache (u.a. neurologische Defizite) hindeuten können. Bei Verdacht ist dann eine weiterführende Diagnostik zu veranlassen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
5.5	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V (DGN) vom 8. April 2026	Literaturverzeichnis <i>Weise H, Zenner B, Schmiedchen B, Benning L, Bulitta M, Schmitz D, Weise K</i> <i>The Effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and Degenerative Back Pain: Pragmatic Open-label Randomized Controlled Trial</i> <i>J Med Internet Res 2022;24(10):e41899</i> <i>URL: https://www.jmir.org/2022/10/e41899</i> <i>DOI: 10.2196/41899</i>	
6.	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) vom 9. April 2026		
6.1	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie	Allgemeine Anmerkung Keine Einwände gegen die vorgeschlagenen Änderungen der Anlage 2, 15 und 16	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) vom 9. April 2026	Die DGRh hat jedoch generell Anmerkungen und Änderungsvorschläge zur Diagnostik des chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzes, die unten aufgeführt sind.	
6.2	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) vom 9. April 2026	Stellungnahme mit Begründung: Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe Ausgeschlossen von der Teilnahme an diesem DMP sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen: a) Tumor im Bereich der Wirbelsäule, b) Infektion im Bereich der Wirbelsäule, c) nicht stabil durchbaute Wirbelkörperfrakturen, d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, e) symptomatische Radikulopathie, f) Kaudasyndrom.	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Anmerkung aus Sicht der DGRh: Es fehlen aus Sicht der DGRh Handlungsanweisen zum korrekten Ausschluss der spezifischen Ursache unter Punkt d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankung: Vielen Fachärzten für Allgemeinmedizin, die Patientinnen und Patienten in das DMP chronischer (nicht-spezifischer) Rückenschmerz einschließen werden, ist nicht bekannt, dass zum Ausschluss einer entzündlich rheumatischen Erkrankung (hier einer axialen Spondyloarthritis) die Erfragung des „entzündlichen Rückenschmerzes“, die Bestimmung von HLA-B27 und ggfls. eine MRT-Untersuchung der Sakroiliakalgelenke (und nicht der LWS!) erforderlich sind.	GKV-SV: wie beschrieben müssen die Kriterien zur Teilnahme an einem DMP zum Zeitpunkt der Einschreibung vorliegen und somit bereits vor dem eigentlichen DMP erhoben worden sein. KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag (s. nachstehende Zeile)
		Änderungsvorschlag: Die DGRh schlägt vor,	GKV-SV, KBV, DKG: Beide der vorgeschlagenen Leitlinien sind aktuell nicht zitierfähig, da in Überarbeitung. PatV: DMP starten mit einer gesicherten Diagnose, die evidenzbasiert gestellt wird.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		1.) bezüglich der Definition des chronischen (nicht-spezifischen) Rückenschmerzes auf die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz zu verweisen, die aktuell überarbeitet wird: „Ausgeschlossen von der Teilnahme an diesem DMP sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen (zur Diagnostik nicht-spezifischer Kreuzschmerzen siehe Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (NVL-KS; https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-007): 2.) Die DGRh schlägt vor, an Punkt d) „autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen“ die Referenz zur S3 Leitlinie axiale Spondyloarthritis anzugeben: d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungenⁱ,	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
6.3	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) vom 9. April 2026	Literaturverzeichnis <i>S3-Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen</i> (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-003)	
7.	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 9. April 2026		
7.1	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 9. April 2026	1.5 Therapeutische Maßnahmen 1.5.1 Basismaßnahmen (zum Beispiel mit der Unterstützung von geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen gemäß 1.8) 1.8 Digitale medizinische Anwendungen Es kann auf geeignete digitale medizinische Anwendungen als unterstützende Maßnahme hingewiesen werden. Stellungnahme mit Begründung: Digitale medizinische Anwendungen sollten idealerweise nur	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		als unterstützende Maßnahme und nicht als erste Therapieoption /Basismaßnahme eingesetzt werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass kein ausreichendes Training stattfindet. Unter der Anleitung beispielsweise eines Physiotherapeuten kann individuell auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen des Patienten eingegangen werden. Zudem wird so das Risiko minimiert, dass Übungen nicht adäquat durchgeführt werden. Darüber hinaus ermöglicht die Betreuung, dass Fragen direkt an den Physiotherapeuten oder die Physiotherapeutin gestellt werden können und diese ggf. die Durchführung der Maßnahmen bei Bedarf korrigieren können. Eine individuelle Anpassung des Trainings kann so gewährleistet werden. Änderungsvorschlag: Digital medizinische Anwendungen sollten nicht als „Basismaßnahmen“ verstanden werden. Es sollte individuell eruiert werden, inwiefern Patientinnen und Patienten für eine digital medizinische Anwendung geeignet sind.	GKV-SV: es wird weder auf digitale medizinische Anwendungen im Abschnitt „1.5.1 Basismaßnahmen“ noch im Abschnitt „1.8. Digitale medizinische Anwendungen“ hingewiesen. Dies hat den Hintergrund, dass für keine digitale medizinische Anwendungen eine Eignung für das DMP chronischer Rückenschmerz festgestellt werden konnte. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit von digitalen medizini-

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			schen Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen. PatV: Streichung des Ergänzungsvorschlags unter 1.5.1 Basismaßnahmen. DimA sind als unterstützende Maßnahmen zu verstehen. KBV: Dank und Kenntnisnahme. Weiteres zu digitalen medizinischen Anwendungen ist unter Nummer 1.8 zu finden.
7.2	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vom 9. April 2026	1.5 Therapeutische Maßnahmen 1.5.1 Basismaßnahmen Unter dieser Voraussetzung kann grundsätzlich jede Art von körperlichem Training durch- oder weitergeführt werden, wobei Ausdauertraining und Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur besonders empfehlenswert sind. Stellungnahme mit Begründung: Wir begrüßen ausdrücklich die Nennung von körperlichem	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Training. Um die Anpassungen des Körpers nach Durchführung regelmäßiger Trainingseinheiten aufrechtzuerhalten, muss eine regelmäßige Weiterführung der Therapie empfohlen werden. Wünschenswert wäre die Angabe konkreter Trainingsfrequenzen. Unterschiedliche Quellen benennen Trainingsfrequenzen und Intensität von körperlicher Aktivität: „Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren sollten wöchentlich mindestens 150 Minuten mäßig intensive körperliche Aktivität ausüben oder mindestens 75 Minuten intensive körperliche Aktivität, oder eine entsprechende Kombination aus beidem. Für zusätzliche gesundheitliche Vorteile sollten Erwachsene ihre mäßig intensive körperliche Aktivität auf 300 Minuten pro Woche oder eine entsprechende Menge steigern. Muskelkräftigende Übungen, die die großen Muskelgruppen beanspruchen, sollten an mindestens zwei Tagen pro Woche	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		durchgeführt werden.“ (WHO 2026)	
		„Die empfohlene Trainingsfrequenz beträgt 2–3 Einheiten pro Woche für Anfänger, 3–4 Einheiten pro Woche für Fortgeschrittene...“ (American College of Sports Medicine 2009)	
		Änderungsvorschlag: Unter dieser Voraussetzung kann grundsätzlich jede Art von körperlichem Training (an mindestens 2 Tagen pro Woche) durch- oder weitergeführt werden, wobei Ausdauertraining und Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur besonders empfehlenswert sind.	GKV-SV, PatV: Kenntnisnahme Der Zusatz „an mindestens 2 Tagen pro Woche“ wurde aus Empfehlungen für gesunde Erwachsene abgeleitet. Sie sind daher nicht pauschal für PatientInnen mit chronischem Kreuzschmerz übertragbar. GKV-SV: Da sich konkrete Empfehlung der Stärkung der Rumpfmuskulatur nicht hinreichend mit den zugrunde gelegten Leitlinienempfehlungen begründen lässt, wird diese nicht unter Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen aufgenommen. KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die in dieser Stellungnahme zitierten Quellen sind veraltet oder richten sich an die Allgemeinbevölkerung (und sind somit nicht spezifisch für den chronischen Rückenschmerz). Eine konkrete

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			Ergänzung zur Trainingsfrequenz lässt sich aus aktuellen Leitlinienempfehlungen nicht ableiten. Maßgeblich sind aber die bereits vorhandenen Hinweise auf die Regelmäßigkeit und „allmählich gesteigerter“ körperlicher Aktivität bzw. die Verweise auf angeleiteten Maßnahmen (Rehasport/ Funktions-training und Schulung unter 1.5.1 sowie die angeleitete Bewegungstherapie unter 1.5.2).
8.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 9. April 2026		
8.1	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 9. April 2026	Allgemeine Anmerkung Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die vorliegenden Änderungen, die den zentralen Stellenwert von körperlicher Aktivität und Bewegung für das Management chronischer Kreuzschmerzen noch deutlicher hervorheben.	Dank und Kenntnisnahme.
8.2	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 9. April 2026	1.5 Therapeutische Maßnahmen 1.5.1 Basismaßnahmen Die BPtK schließt sich dem Votum von KBV, DKG und GKV-SV	Dank und Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		an, hier keinen Hinweis auf Digitale Gesundheitsanwendungen aufzunehmen, da diese – wie von KBV, DKG und PatV vorgeschlagen – auch als eigener Punkt unter 1.8 aufgenommen werden sollen. Zudem unterstützt die BPtK den Vorschlag von KBV, DKG und PatV, einen Hinweis aufzunehmen, dass jede Art von körperlichem Training auch bei chronischen Kreuzschmerzen fortgeführt werden kann.	
8.3	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 9. April 2026	1.8 Digitale medizinische Anwendungen Die BPtK unterstützt den Vorschlag von KBV, DKG und PatV einen eigenen Punkt zu Digitalen Gesundheitsanwendungen aufzunehmen. Digitale Gesundheitsanwendungen sind insbesondere geeignet, Patient*innen mit chronischen Rückenschmerzen bei der Aufnahme und Beibehaltung körperlicher Aktivität zu unterstützen, einem der wichtigsten Therapiebausteine in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen. Durch regelmäßige Erinnerungen und Fortschrittsanzeigen können Thera-	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Auf digitale medizinische Anwendungen wird weder im Abschnitt „1.5.1 Basismaßnahmen“ noch im Abschnitt „1.8. Digitale medizinische Anwendungen“ hingewiesen. Dies hat den Hintergrund, dass für keine digitale medizinische Anwendungen eine Eignung für das DMP chronischer Rückenschmerz festgestellt werden konnte. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit von digitalen medizinischen Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		pieadhärenz und langfristige Verhaltensänderungen nachweislich unterstützt werden. Zudem sind Digitale Gesundheitsanwendungen orts- und zeitunabhängig verfügbar, was die Integration von Verhaltensänderungen in den Alltag erleichtert. Positive Effekte bestehen zudem in Bezug auf die Förderung von Selbstmanagement und Eigenverantwortung.	
9.	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. vom 9. April 2026		
9.1	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. vom 9. April 2026	Allgemeine Anmerkung Grundsätzlich werden die diversen Änderungen im Text grundsätzlich unterstützt. Ergänzt wurde eine Anmerkungen zur aktuellen Diskussion um den Begriff des nicht-spezifischen Kreuzschmerzes mit Perspektive auf den ICD11 (Anlage 15, 1.1) sowie Anmerkungen zu den noch offenen Punkten mit gegensätzlichen Positionen.	Kenntnisnahme
		Allgemeine Stellungnahme zur begleitenden Datenerhebung und vorgeschlagenen Dokumentation: Wir beziehen uns auf die ausschließliche Anwendung des	Der CPG wurde als zentrales Instrument für die Erhebung der wesentlichen Verlaufsparemeter Funktion und Schmerz im Rahmen der Erstdokumentation und die Verlaufskontrolle ausgewählt. STarT Back Tool und der Örebro Kurzfragebogen

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Chronic Pain Grades als Instrument zur Definition der Eignung von Patienten und Patientinnen zum Einschluss (CPG II-IV, Anlage 15, 1.1) und zur Erfassung von Qualitätsindikatoren (CPG Item 3 und 5, Anlage 16). Uns ist klar, dass hier der Aufwand im Rahmen eines DMP soweit wie möglich reduziert und praktikabel gehalten werden muss, allerdings werden für die ärztlichen Verlaufsuntersuchungen diverse Anforderungen der Erhebung und klinischen Einschätzungen definiert, die von unterstützenden Screening-Verfahren für psychosoziale Risikofaktoren profitieren könnten. Für den chronischen Schmerz wurde für klinische Studien kürzlich ein Core Outcome Set definiert (1). Durch den CPG werden auch im DMP schmerzbezogene Aspekte angemessen erfasst (Schmerzintensität, schmerzbezogene Beeinträchtigung). Darüber hinaus wird eine Erhebung der Lebensqualität und Alltagsaktivitäten empfohlen. Ein zeitgemäßes DMP würde aus Sicht der Deutschen Schmerzgesellschaft durch folgende Aspekte bei der Erhebung von Daten und Befragung der Teilnehmenden profitieren:	haben ihren Platz bei der Abschätzung des Risikos der Chronifizierung von kürzer bestehenden Rückenschmerzen. Es besteht diesbezüglich bei einem DMP für bestehenden chronischen Rückenschmerz kein Ergänzungsbedarf.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		1. CPG als Basis-Assessment und für den Verlauf beibehalten (für Kontinuität und Vergleichbarkeit). Hier ist auch die Vergleichbarkeit zur Dokumentation in der speziellen Schmerztherapie gegeben (Siehe (2) Deutscher Schmerzfragebogen und KEDOQ-Schmerz). Eine Berücksichtigung im Verlauf und als Qualitätsindikator wäre auch für den Chronic Pain Grade selbst, der ja veränderungssensitiv ist, möglich und nicht nur auf Grundlage der ausgewählten Items. 2. Ergänzung durch ein Instrument zum Screening für psychosoziale Risikofaktoren, auch aus Gründen der Zeitersparnis für die Behandelnden, die ja auch diesen Verlauf klinisch beurteilen sollen (siehe Anforderungen 1.6) sowohl zu Beginn des DMP als auch im Verlauf der Behandlung. Von der NVL Kreuzschmerz wurden zwei Instrumente hervorgehoben, das STarT Back Tool (3,4) und der Örebro Kurzfragebogen ((Örebro Musucoskeletal Pain Screening Questionnaire (5). Die NVL wird aktuell überarbeitet, ein Update dieser Empfehlung ist möglich und sollte ggfs. dann im DMP mit aufgenommen werden. Wichtig erscheint uns	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		hier insbesondere die Wahrnehmung dieser Faktoren für den individuellen Fall, die inhaltliche Unterstützung der geforderten ärztlichen Verlaufsuntersuchung und zur Unterstützung der Kooperation der Versorgungsebenen und angemessenen Zuweisung (siehe Anlage 15 1.7.2-1.7.4), insbesondere der Indikationsstellung spezieller und intensiver Therapiemaßnahmen. Nicht erwähnt im DMP wird das in der NVL Kreuzschmerz explizit empfohlene Multidisziplinäre Assessment, das bei Fragen weiterer Therapieplanung und auffälligem psychosozialen Screening durchgeführt werden soll (NVL Kreuzschmerz, Empfehlung 3-10). Dies ist aktuell in der Regelversorgung allerdings kaum abgebildet (z.B. als Voraussetzung einer teilstationären oder stationären multimodalen Schmerztherapie, sonst nur durch Selektivverträge einzelner Kassen). 3. Perspektivisch, aber nicht in der aktuellen Überarbeitung ist eine Integration der mechanismenbasierten	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Klassifikation und des primary/secondary pain-Konzepts nach ICD-11 in den DMP aus schmerzmedizinischer Sicht sinnvoll (6,7).	
9.2	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. vom 9. April 2026	Anlage 2 Stellungnahme mit Begründung: Die Positionen von DKG, KBV, PatV gewährleisten eine praktikable und versorgungsnahe Umsetzung der Dokumentationsanforderungen.	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.
		Änderungsvorschlag: Übernahme der Vorschläge von DKG, PatV und KBV.	GKV-SV: Der Parameter Blutdruck ist aus Sicht von Public Health sowie den Konzepten einer primärärztlichen Versorgung bzw. dem Konzept des Disease Managements von chronischen Erkrankungen von großer Relevanz. Der Nutzen der Erhebung und Dokumentation des Parameters überwiegt Aufwand und Kosten. Deshalb wird die bisherige Dokumentationspflicht festgehalten. KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
9.3	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. vom 9. April 2026	Stellungnahme mit Begründung: - Der terminologisch unscharfe und im ICD-11-Kontext obsolet werdende Begriff „nicht-spezifisch“ wird ersetzt durch eine Ausschlusslogik klar definierter spezifischer Pathologien - Dies entspricht der aktuellen Klassifikation: chronischer primärer Schmerz (ICD-11) vs. chronischer sekundärer Schmerz - Auch bezüglich mechanistischer Deskriptoren spricht man heutzutage von noziplastischem, nozizeptivem und neuropathischen Schmerz, der mit dieser Änderung implementiert werden kann. - Diese Konzepte sind in das biopsychosoziale Modell chronischer Schmerzen integriert, für das auch eine Reihe von Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf identifiziert wurden (NVL Kreuzschmerz 2.0, derzeit in Überarbeitung), auf die explizit bei der Definition von	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		chronischen Rückenschmerzen hingewiesen werden sollte, da entscheidend für die Verlaufsbetrachtung im Kontext des DMP. Die Formulierung bleibt versorgungstauglich, ohne mechanistische Offenheit zu verlieren	
		Änderungsvorschlag: 1.1 Definition des chronischen Rückenschmerzes für das strukturierte Behandlungsprogramm und Kriterien für die Abgrenzung der Zielgruppe In das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) können Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit chronischem Kreuzschmerz und wesentlicher funktioneller Beeinträchtigung eingeschrieben werden, sofern ein Schweregrad von Grad II–IV im „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen vorliegt und eine fortlaufende Therapie erfolgt. Dem chronischen Rückenschmerz können nozizeptive, neuropathische und/oder nozioplastische Schmerzmechanismen	GKV-SV, KBV, DKG, PatV: Die aktuelle Versorgung arbeitet mehrheitlich mit der ICD-10. Dies spiegelt sich auch in der Leitliniensynopse des IQWiG wider. Vor diesem Hintergrund wird aktuell auf eine Anpassung auf die ICD-11 verzichtet.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		zugrunde liegen, die im Rahmen der Diagnostik zu berücksichtigen und für die Therapieplanung relevant sind. Darüber hinaus wird die Beeinträchtigung auch durch das Vorliegen individueller Risikofaktoren einer Schmerzchronifizierung im biopsychosozialen Modell chronischer Schmerzen bestimmt (z.B. Ausbreitung der Schmerzen, schmerzfördernde Schmerzverarbeitung (wie Fokussierung auf Schmerz, Ängste) und Verhaltensweisen (wie Schon- und Vermeidungsverhalten, Überforderung und Durchhalten, hohes Inanspruchnahmeverhalten), Stressbelastung in Familie, sozialem Umfeld, Beruf, psychisch affektive Faktoren). Kreuzschmerz im Sinne dieser Anlage ist Schmerz im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten. Chronisch im Sinne dieser Anlage ist der Kreuzschmerz, wenn er länger als zwölf Wochen anhält. Eingeschlossen werden Patientinnen und Patienten mit chronischem Kreuzschmerz, bei denen keine hinreichend spezifische strukturelle oder systemische Ursache im Sinne der nachfolgend definierten Ausschlusskriterien vorliegt. Dies	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		entspricht inhaltlich auch dem Konzept des chronischen primären Kreuzschmerzes („chronic primary low back pain“) gemäß ICD-11, bei dem der Schmerz nicht ausreichend durch eine andere Erkrankung erklärt werden kann und mit funktionellen Beeinträchtigungen einhergeht.	
		Ausschlusskriterien Von der Teilnahme an diesem DMP ausgeschlossen sind Patientinnen und Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen aufgrund folgender spezifischer Ursachen: a) Tumor im Bereich der Wirbelsäule b) Infektion im Bereich der Wirbelsäule c) nicht stabil verheilte oder instabile Wirbelkörperfrakturen d) autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen e) symptomatische Radikulopathie f) Kaudasyndrom	Die Änderungsvorschläge sind nicht inhaltlicher Art und nicht begründet. Es steht nicht im Widerspruch zu den aktuellen Regelungen. Eine Änderung erscheint nicht erforderlich.
		Berufskrankheiten	Kein inhaltlicher Änderungsvorschlag

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Versicherte, deren Rückenschmerzen als Berufskrankheit gemäß Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) anerkannt sind, können nicht in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden. Besteht der begründete Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit, sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, dies gemäß § 202 SGB VII dem zuständigen Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle anzuzeigen.	
		Rehabilitationsmaßnahmen Versicherte mit geplantem, beantragtem oder laufendem Rehabilitationsverfahren aufgrund von Kreuzschmerzen können erst nach Abschluss dieses Verfahrens in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden. (entsprechend Empfehlung der PatV).	Der Vorschlag wurde übernommen.
9.4	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. vom 9.	1.5.1 Basismaßnahmen Stellungnahme mit Begründung:	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	April 2026	Die Position der PatV mit Verweis auf geeignete digitale Anwendungen stärkt die patientenzentrierte Versorgung und betont die aktive Rolle der Betroffenen.	
		Änderungsvorschlag: Zustimmung zur neuen Formulierung	GKV-SV: Voraussetzung für die Empfehlung einer digitalen medizinischen Anwendung in ein DMP ist immer die Feststellung der Eignung für die an diesem DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Es konnte für keine digitale medizinische Anwendungen eine Eignung für das DMP chronischer Rückenschmerz festgestellt werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit von digitalen medizinischen Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen. KBV, DKG: Eine Verankerung von digitalen medizinischen Anwendungen in den Basismaßnahmen lässt sich aus Leitlinienempfehlungen nicht ableiten. Für digitale medizinische Anwendungen besteht vielmehr ein definiertes Verfahren auf der gesetzlichen Grundlage in § 137f Abs 8 SGB V und der Verfahrensordnung des G-BA (vgl. auch Anlage 6 und 7 der Tragenden Gründe sowie Nummer 1.8 im Beschluss).

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			PatV: Dank und Kenntnisnahme
9.5	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. vom 9. April 2026	1.5.1 Basismaßnahmen Stellungnahme mit Begründung: Die Position von KBV, PatV, DKG zur Art des körperlichen Trainings mit besonderer Empfehlung der Stärkung der Rumpfmuskulatur wird unterstützt.	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.
		Änderungsvorschlag: Zustimmung zur neuen Formulierung	GKV-SV: Da sich konkrete Empfehlung der Stärkung der Rumpfmuskulatur nicht hinreichend mit den zugrunde gelegten Leitlinienempfehlungen begründen lässt, wird diese nicht unter Nummer 1.5.1 Basismaßnahmen aufgenommen. KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme
9.6	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. vom 9. April 2026	1.8 Stellungnahme mit Begründung: Zukünftige Knappheit der Personalressourcen bedingt not-	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		wendigerweise die Benutzung digitaler medizinischer Anwendungen.	
		Änderungsvorschlag: Zustimmung zur neuen Formulierung	KBV, DKG, PatV: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Voraussetzung für die Empfehlung einer digitalen medizinischen Anwendung in ein DMP ist immer die Feststellung der Eignung für die an diesem DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Dies ist unabhängig davon, ob der Bedarf an alternativen Vorgehensweisen aufgrund knapper Ressourcen gesehen wird. Für keine digitale medizinische Anwendungen konnte eine Eignung für das DMP chronischer Rückenschmerz festgestellt werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit von digitalen medizinischen Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.
9.7	Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. vom 9. April 2026	Literaturverzeichnis 1) Bova G, Domenichiello A, Letzen JE, Rosenberger DC, Sidons A, Kaiser U, Anicich A, Baron R, Birch J, Bouhassira D,	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

		Casey G, Golden K, Iyengar S, Karp BI, Liedgens H, Meissner W, Nicholson K, Pogorzala L, Ryan D, Treede RD, Tugwell P, Turk DC, Vincent K, Vollert J, Williamson PR, Woller SA, Zaslansky R, Wandner LD, Pogatzki-Zahn EM. Developing consensus on core outcome sets of domains for acute, the transition from acute to chronic, recurrent/episodic, and chronic pain: results of the INTEGRATE-pain Delphi process. <i>EClinicalMedicine</i>. 2023 Dec 2;66:102340. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102340. PMID: 38089861; PMCID: PMC10711484. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10711484/ (2) schmerzgesellschaft.de/topnavi/deutscher-schmerzfragebogen-dsf (3) Aebischer B, Hill JC, Hilfiker R, Karstens S. German Translation and Cross-Cultural Adaptation of the STarT Back Screening Tool. <i>PLoS One</i>. 2015 Jul 10;10(7):e0132068. doi: 10.1371/journal.pone.0132068. PMID: 26161669; PMCID: PMC4498888. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4498888/ (4) Karstens S, Krug K, Raspe H, Wunderlich M, Hochheim M, Joos S, Hüppe A. Prognostic ability of the German version of the STarT Back tool: analysis of 12-month follow-up data	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

		from a randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord. 2019 Feb 28;20(1):94. doi: 10.1186/s12891-019-2467-6. PMID: 30819162; PMCID: PMC6393968. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6393968/ (5) Hasenbring MI, Levenig C, Hallner D, Puschmann AK, Weiffen A, Kleinert J, Belz J, Schiltenswolf M, Pfeifer AC, Heidari J, Kellmann M, Wippert PM. Psychosoziale Risikofaktoren für chronischen Rückenschmerz in der Allgemeingesellschaft und im Leistungssport : Von der Modellbildung zum klinischen Screening – ein Review aus dem MiSpEx-Netzwerk [Psychosocial risk factors for chronic back pain in the general population and in competitive sports : From theory to clinical screening-a review from the MiSpEx network]. Schmerz. 2018 Aug;32(4):259-273. German. doi: 10.1007/s00482-018-0307-5. PMID: 29946960. https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-018-0307-5 (6) Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Giamberardino MA, Goebel A, Korwisi B, Perrot S, Svensson P, Wang SJ, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. Pain. 2019 Jan;160(1):28-37. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001390. PMID: 30586068.	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.4.aspx (7) Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. Pain. 2019 Jan;160(1):77-82. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001389. PMID: 30586074. https://journals.lww.com/pain/abstract/2019/01000/the_iasp_classification_of_chronic_pain_for.10.aspx	
10.	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) vom 9. April 2026		
10.1	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) vom 9. April 2026	Allgemeine Anmerkung Die explizite Integration von im BfArM-gelisteten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist ein zentraler Baustein für ein modernes und leitliniengerechtes DMP Chronischer Rückenschmerz. Wir begrüßen und unterstützen die Vor-	KBV, DKG, PatV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Voraussetzung für die Empfehlung einer digitalen medizinischen Anwendung in ein DMP ist immer die Feststellung der Eignung für die an diesem DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Es konnte für keine digitale medizinische Anwendungen eine Eignung für das DMP chronischer

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		stöße im aktuellen Entwurf, DiGA als qualitätsgesicherte Regelleistung in den Behandlungsverlauf einzubinden. Die klinische Wirksamkeit von DiGA bei chronischen Verläufen ist wissenschaftlich belegt. DiGA befähigen Patientinnen und Patienten zur eigenständigen Therapie im häuslichen Umfeld und können den geforderten biopsychosozialen Behandlungsansatz nachweislich unterstützen.	Rückenschmerz festgestellt werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit von digitalen medizinischen Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.
10.2	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) vom 9. April 2026	Anlage 15, 1.5.1 Basismaßnahmen Stellungnahme mit Begründung: Der Entwurf fordert zielgerichtet, dass Patientinnen und Patienten regelmäßig körperliches Training durchführen. Wir unterstützen den konstruktiven Vorschlag der PatV, die eigenständige Durchführung durch digitale Anwendungen zu flankieren. So kann beispielsweise ein KI-gestütztes Bewegungstracking die korrekte Ausführung im häuslichen Umfeld sichern, die Therapieadhärenz maßgeblich fördern und sicherstellen, dass die geforderten aktiven Maßnahmen nachhaltig im Alltag verankert werden.	GKV-SV: Voraussetzung für die Empfehlung einer digitalen medizinischen Anwendung in ein DMP ist immer die Feststellung der Eignung für die an diesem DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Es konnte für keine digitale medizinische Anwendungen eine Eignung für das DMP chronischer Rückenschmerz festgestellt werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit von digitalen medizinischen Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz -
Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Änderungsvorschlag: Aufnahme des vorgeschlagenen Zusatzes in den finalen Text: „(zum Beispiel mit der Unterstützung von geeigneten digitalen medizinischen Anwendungen gemäß 1.8)“	PatV: Dank und Kenntnisnahme KBV, DKG, GKV-SV: Eine Verankerung von digitalen medizinischen Anwendungen in den Basismaßnahmen lässt sich aus Leitlinienempfehlungen nicht ableiten. Für digitale medizinische Anwendungen besteht vielmehr ein definiertes Verfahren auf der gesetzlichen Grundlage in § 137f Abs 8 SGB V und der Verfahrensordnung des G-BA (vgl. auch Anlage 6 und 7 der Tragenden Gründe sowie 1.8 im Beschluss).
10.3	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) vom 9. April 2026	Anlage 15, 1.5.2 Individuelle Therapiemaßnahmen Stellungnahme mit Begründung: Der Entwurf fokussiert sich richtigerweise auf aktivierende Maßnahmen und Bewegungstherapie. DiGA setzen diese Bausteine – je nach Ausgestaltung auch inklusive der explizit genannten Entspannungsverfahren – in standardisierter und strukturierter Form um. Klinische Evidenz belegt, dass eine multimodale DiGA bei chronifizierten Verläufen (Einschlusskriterium der Studie: Schmerzdauer bis zu 1 Jahr) der Kombination aus Standard-Krankengymnastik und Edukation in der Schmerzreduktion signifikant überlegen ist¹. DiGA sind daher	GKV-SV: Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		im Rahmen der individuellen Therapiemaßnahmen geeignet und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung aktivierender Therapieansätze.	
		Änderungsvorschlag: Ergänzung der Liste der therapeutischen Verfahren um folgenden Spiegelstrich: „Evidenzbasierte, Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) zur Bewegungstherapie und/oder Entspannungsverfahren“	GKV-SV: Voraussetzung für die Empfehlung einer digitalen medizinischen Anwendung in ein DMP ist immer die Feststellung der Eignung für die an diesem DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Es konnte für keine digitale medizinische Anwendungen eine Eignung für das DMP chronischer Rückenschmerz festgestellt werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit von digitalen medizinischen Anwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen. KBV, PatV, DKG: Die Auflistung unter 1.5.2 ist aus Leitlinienempfehlungen abgeleitet und zielt auf einzelne konkrete Verfahren ab, wie sie beispielsweise in der Heilmittel-Richtlinie zu finden sind. Die vorgeschlagene Ergänzung erscheint somit inhaltlich nicht schlüssig, da es sich nicht um ein Verfahren handelt, sondern um ein multimodal angelegtes Angebot.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			KBV, PatV, GKV-SV, DKG: Für digitale medizinische Anwendungen- auch wenn sie bereits als DiGA verordnungsfähig sind- besteht ein definiertes Verfahren auf der gesetzlichen Grundlage in § 137f Abs 8 SGB V und der Verfahrensordnung des G-BA (vgl. auch Anlage 6 und 7 der Tragenden Gründe sowie 1.8 im Beschluss).
10.4	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) vom 9. April 2026	Anlage 15, 1.8 Digitale medizinische Anwendungen Stellungnahme mit Begründung: Um die Potenziale der Digitalisierung in der Versorgung voll auszuschöpfen, empfehlen wir, die Rolle von DiGA klar und handlungsorientiert zu fassen. Als BfArM-geprüfte Regelleistungen bieten sie eine qualitätsgesicherte, extrabudgetäre Therapieoption. Eine konkrete Einbindung motiviert Patientinnen und Patienten und unterstützt die vertragsärztliche Versorgung bei der Erreichung der Therapieziele. Vor diesem Hintergrund halten wir eine weitergehende, handlungsorientierte Konkretisierung für sinnvoll.	Kenntnisnahme. Die Auswertung erfolgt zu dem konkreten Änderungsvorschlag.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Änderungsvorschlag: Anpassung der Formulierung zur besseren praktischen Umsetzbarkeit: „Auf geeignete digitale Gesundheitsanwendungen ist zur Erreichung der Therapieziele hinzuweisen; diese können als evidenzbasierte Maßnahme aktiv in den Behandlungsplan eingebunden werden.“	KBV, DKG, PatV: Die Stärke der Empfehlung bzw. dieser Stellenwert im Versorgungspfad lässt sich aus aktuellen Leitlinien nicht ableiten. GKV-SV: Vivira ist aufgrund der ungenügenden Evidenz nicht geeignet. Deshalb kann unter 1.8 keine Empfehlung erfolgen.
10.5	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) vom 9. April 2026	Literaturverzeichnis ⁱ https://www.nature.com/articles/s41746-019-0109-x	

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 12. April 2026 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB)	nein	nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	27. April 2026	ja
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)	27. März 2026	ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)	22. April 2026	ja
Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)	22. April 2026	nein
Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.	8. Mai 2026	ja
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)	nein	nein
Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)	29. April 2026	nein

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 13. Mai 2026 durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)), der Anlage 15 (DMP Chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (Chronischer Rückenschmerz - Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung
1.	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Schmerzge- sellschaft e. V.	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Thema DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A- RL): Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz: Auswertung des Stellungnahmeverfahrens und Beschlussempfehlung

Vom 13. Mai 2026

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	10:33 Uhr
Ende:	10:41 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
Herr

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
Frau

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)
Frau Prof. Dr.
Herr Prof. Dr.

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.
Herr Dr.

Beginn der Anhörung: 10:33 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Guten Morgen, meine Damen und Herren! Ich hoffe, Sie können mich alle hören und verstehen. Es reicht, wenn einer mit dem Kopf nickt. – Vielen Dank. Dann ist das schon mal hilfreich.

Ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserem Sitzungstag und vor allem natürlich zur Anhörung über das:

**DMP Chronischer Rückenschmerz – DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Aktualisierung des DMP Chronischer Rückenschmerz: Auswertung des
Stellungnahmeverfahrens und Beschlussempfehlung**

Ich habe noch einige Anmerkungen, diejenigen, die schon gelegentlich bei uns waren, kennen das, diese sind formaler Art: Sie müssten bitte Ihr Mikro verwenden, wenn Sie das Wort ergreifen und zu Beginn immer den Namen und die Institution nennen, die Sie vertreten. Das ist einfach deswegen wichtig, weil es ein stenografisches Protokoll gibt und das Protokoll dann auch später im Internet veröffentlicht wird. Vor allem machen Sie es uns dann auch mit der Niederschrift leichter.

Inhaltlich dürfen Sie davon ausgehen, dass wir Ihre Stellungnahmen gelesen haben und dass diese bereits in der zuständigen Arbeitsgruppe intensiv beraten wurden. Heute geht es im mündlichen Teil darum, dass Sie die Gelegenheit zu Ergänzungen haben, wichtige Gesichtspunkte noch einmal herauszuarbeiten – und für uns natürlich hier um die Gelegenheit zur gezielten Nachfrage.

Wir haben zunächst für Sie, für jede Organisation, das ist auch wichtig, insgesamt 3 Minuten vorgesehen. Wir haben dazu auf dem Bildschirm, den Sie sehen, eine virtuelle Sanduhr, das soll das Management der Redezeit erleichtern.

Wir haben, soweit mir Ihre Anmeldungen vorliegen, insgesamt 5 Organisationen, die sich zu Wort gemeldet haben. Das heißt, ich würde in der Reihenfolge des Eingangs Ihrer Stellungnahmen aufrufen, und am Ende der letzten Stellungnahme würde ich dann die Gelegenheit zu Fragen für die hier vertretenen Bänke und die PatV geben.

Das war die Vorrede. Dann würde ich jetzt sagen, beginnen wir sofort, und zwar mit dem Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V., dem SHV, und es hat sich Herr (SHV) gemeldet, Sie haben das Wort.

Herr (SHV): Vielen Dank. Ich bedanke mich im Namen des SHV für die Möglichkeit der Stellungnahme und würde an dieser Stelle gern unterstreichen, dass digitale medizinische Anwendungen Therapien unterstützen, diese aber nicht ersetzen können. Ansonsten haben wir seit Abgabe der schriftlichen Stellungnahme keine Ergänzungen vorzunehmen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr (SHV), das war kurz und knapp, in der Kürze liegt die Würze. – Dann folgt das Bundesamt für Soziale Sicherung. Frau Dr. (BAS) und Frau (BAS), wem darf ich das Wort geben?

Frau (BAS): Da würde ich beginnen. (BAS), Bundesamt für Soziale Sicherung. Wir haben zu unserer schriftlich erteilten Stellungnahme auch keine weiteren Ergänzungen vorzunehmen. Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke auch Ihnen. – Dann folgt die DEGAM, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Herr Prof. (DEGAM) oder Frau Prof. (DEGAM). Wem darf ich das Wort geben?

Frau Prof. (DEGAM): Ja, ich kann etwas dazu sagen. Prinzipiell begrüßt die DEGAM den Ansatz, Patienten mit chronischen Rückenschmerzen eine strukturierte Versorgung anzubieten.

Es muss jedoch sichergestellt werden, dass die veränderte Struktur auch tatsächlich mit verbesserten Versorgungsangeboten einhergeht. Wenn dieses DMP ernsthaft in der Versorgung etabliert werden soll, dann müssen die Randbedingungen optimiert werden. Insbesondere muss die Verfügbarkeit von multimodalen Therapieansätzen verbessert und längerfristige Heilmittelverordnungen müssen extrabudgetär gestellt werden.

Auch der Erhalt der Funktionsfähigkeit und die Vermeidung von Verschlechterungen sowie das Absetzen von Medikamenten müssen akzeptierte Therapieziele sein. Anforderungen an Diagnostik und Kontrollen müssen im Praxisalltag umsetzbar bleiben. Wir haben zu all diesen und weiteren Punkten detaillierte Angaben unterbreitet und stehen für Ihre Rückfragen zur Verfügung. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Prof. (DEGAM). – Und dann folgt die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie, die DGRh, Herr Prof. (DGRh). – Er ist noch nicht eingewählt. Dann würden wir ihn mal ans Ende stellen, vielleicht kommt er noch dazu. – Dann würde jetzt die Deutsche Schmerzgesellschaft Gelegenheit erhalten, Herr Dr. (Deutsche Schmerzgesellschaft).

Herr Dr. (Deutsche Schmerzgesellschaft): Jawohl, wunderbar, vielen herzlichen Dank. Ganz kurze Vorstellung: Ich bin im Präsidium der Deutschen Schmerzgesellschaft, bin Orthopäde und Unfallchirurg und habe zumindest von außen bei der BVOU diese ganze Entwicklung des DMP Rückenschmerz, was uns als Orthopäden natürlich auch sehr betrifft, mitgemacht.

Vorneweg: Wir haben uns natürlich wirklich gekümmert, wissenschaftlich, welche Instrumente wir benutzen zur Evaluation und zum Assessment. Wir sind dafür, das CPG als Basis-Assessment für den Verlauf beizubehalten, wie wir das geschrieben haben. Man muss ja immer unterscheiden, dass wir einerseits schauen müssen: Ist der Patient bereits qualifiziert, wie weit hat er denn einen Burden of Load? Und auf der anderen Seite müssen wir schauen, screenen daraufhin: Hat er psychosoziale Risikofaktoren? – Das haben wir alles in unserem Papier mehr oder weniger beschrieben. In diesem Punkt habe ich nicht viel dazu zu sagen.

Ich möchte da noch mal aufmerksam machen – und das ist mir auch ein persönliches Anliegen, auch der Gesellschaft –, dass wir uns so langsam auch von unserer Terminologie verabschieden sollten, weil immer noch zum Teil mit dem nichtspezifischen Rückenschmerz gearbeitet wird. Das ist, wenn man jetzt die neuere Forschung und auch die Aussagen der International Association for the Study of Pain betrachtet, obsolet geworden, weil wir eigentlich einen neuen ICD haben, den wir in Deutschland noch nicht haben, den ICD-11, und wir nur noch von primärem und sekundärem Schmerz sprechen und es eben neu ist, es gibt Überlappungen hier bezüglich. Das ist der sogenannte nozioplastische Schmerz, der mit ins Boot kommt.

Wir sehen aber auch, dass das in dem jetzigen Stadium nicht umgeworfen werden kann. Wir haben auch gerade ein NVL Nichtspezifischer Kreuzschmerz, wo es mir auch sehr schwerfällt, sozusagen das umzuwerfen. Aber in der Zukunft müssen wir sehen, dass es nicht Schwarz und Weiß gibt, mit „spezifisch“ und „nichtspezifisch“, und sollten das in weiteren Änderungsschritten auch beim DMP Rückenschmerz so kommunizieren. – Das soweit von der Schmerzgesellschaft, vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Dr. (Deutsche Schmerzgesellschaft). – Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung hat – nein, er hat nicht. Ich habe jetzt die Liste durch. Ich frage noch einmal nach Herrn Prof. (DGRh). – Er ist nicht da. Dann hatten wir eine kurze Runde, herzlichen Dank! Und jetzt würde ich in die Runde bei mir sehen und gucken, ob es Fragen dazu gibt. – Das sieht nicht so aus. Dann darf ich mich

ganz herzlich bei Ihnen, den Sachverständigen, bedanken, dass Sie uns hier zur Verfügung gestanden haben, und darf Sie an Ihre übliche Tätigkeit weitergeben. Herzlichen Dank und schönen Resttag!

Schluss der Anhörung: 10:41 Uhr

Dokumentation der eingegangenen Vorschläge zur Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm DMP chronischer Rückenschmerz

Im Rahmen des Prüfverfahrens zur Eignung digitaler medizinischer Anwendungen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Verfo wurden von fünf stellungnahmeberechtigten Organisationen die folgenden Anwendungen als digitale medizinische Anwendungen zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz vorgeschlagen und die im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Verfo genannten Kriterien unter anderem mithilfe eines Fragenkatalogs dargelegt:

1. Kaia Rückenschmerzen
2. ViViRA-App bei Rückenschmerz
3. Herodikos
4. tinana
5. Selfapy

Der G-BA hat zu den eingegangenen Vorschlägen die jeweiligen Hersteller der digitalen medizinischen Anwendung ebenfalls gebeten, die im 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 Verfo genannten Kriterien unter anderem mithilfe des Fragenkatalogs darzulegen.

Die zu den einzelnen Anwendungen übermittelten Fragenkataloge sind im Folgenden dokumentiert.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	08.08.2024
Rückmeldung von:	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V.
Name der DimA	KAIA Kaia Rückenschmerzen, Rückentraining für zuhause
Name und Anschrift des Herstellers	kaia health software GmbH Herzog-Wilhelm-Straße 26, 80331 München
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	X ☐ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	X ☐ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Erwachsene Patienten mit nicht-spezifischem Rückenschmerz (> 4 Wochen), OHNE: Mögliche Verletzungen der Wirbelsäule (T09.- / M51.-), Wirbelsäulentumor (D48.- / C79.5), Wirbelsäuleninfektionen (M46.-), Bandscheibenvorfall (M51.-), frühere WS-Operationen Z98.-), Verminderte Knochendichte (M80.- / M81.-), fortgeschrittene Herzerkrankungen (I50.- / I51.-), Erkrankungen der Gelenke der Beine (M25.-), Schwangerschaft (O09.-), Gangunsicherheit (R26.-), gehäufte Sturzereignisse (R29.6), Erkrankungen, welche die Kontrolle über ihre Beine vermindern G82.-), Blutungsneigung (D68.-), Vorgeschichte von verstärkten Blutungen
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Information unter https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330
Mindestdauer der Nutzung	3 Monate

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Besserung von Beschwerden bei Rückenschmerzen (Schmerzen, Bewegungseinschränkungen)
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	Information unter https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: II a nach MDR ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☒ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein ☐ unbekannt
Quellenverzeichnis	https://kaiiahealth.de/rueckenschmerzen/ https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330 Gebrauchsanweisung: https://diga.bfarm.de/api/diga-vz/media/3082

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	07.08.2024
Rückmeldung von:	Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)
Name der DimA	Kaia Rückenschmerzen - Rückentraining für Zuhause
Name und Anschrift des Herstellers	kaia health software GmbH
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	erwachsene Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Vermittelt leitlinienbasierte, an das Krankheitsstadium der Patientin bzw. des Patienten angepasste Kerninhalte der multimodalen Therapie. Kaia Rückenschmerzen setzt sich aus den Therapie-Elementen Bewegung, Wissen und Entspannung zusammen. Die Inhalte basieren auf den Vorgaben der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“.
Minstdauer der Nutzung	Keine bekannt
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen	Soll Intensität nicht-spezifischer Rückenschmerzen reduzieren und die körperliche Aktivität sowie das Krankheitsverständnis der Patientin bzw. des Patienten verbessern

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Parameter, die Sie beeinflussen soll)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	X Ja, Quelle(n) z.B.: https://doi.org/10.2147/JPR.S260761 Digital Treatment of Back Pain versus Standard of Care: The Cluster-Randomized Controlled Trial, Rise-uP Teils Interessenkonflikte bei den Autoren der verschiedenen Studien zu Kaia
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	X Ja Falls ja – Risikoklasse: IIa ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	X Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja X Nein ☐ unbekannt
Quellenverzeichnis	https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01330

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	16.08.2024
Rückmeldung von:	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.
Name der DimA	Kaia Rückenschmerzen – Rückentraining für Zuhause
Name und Anschrift des Herstellers	kaia health software GmbH Herzog-Wilhelm-Str. 26 80331 München
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Kaia Rückenschmerzen richtet sich an Erwachsene ab 18 Jahren, die unter nicht-spezifischen Rückenschmerzen (ICD-GM-10 Diagnose M54.-). Sofern eine der folgenden Kontraindikationen vorliegt, sollte eine spezifische Abklärung durch den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin erfolgen, ob die Anwendung von Kaia Rückenschmerzen für den Patienten bzw. die Patientin unbedenklich ist: • C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes • D48.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen • D68.- Sonstige Koagulopathien • G82.- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie • I50.- Herzinsuffizienz • I51.- Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit • M25.- Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert • M46.-: Sonstige entzündliche Spondylopathien • M50.- Zervikale Bandscheibenschäden

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	• M51.- Sonstige Bandscheibenschäden • M80.- Osteoporose mit pathologischer Fraktur • M81.- Osteoporose ohne pathologische Fraktur • O09.- Schwangerschaftsdauer • R26.- Abnorme unwillkürliche Bewegungen • R29.6 Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert • T09.- Sonstige Verletzungen der Wirbelsäule und des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet • Z98.- Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Inhalt: Die digitale Anwendung Kaia Rückenschmerzen setzt sich aus den Therapie-Elementen Bewegung, Wissen und Entspannung zusammen. Die Inhalte basieren auf den Vorgaben der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL). Das Therapie-Element Bewegung ist auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten zugeschnitten und wird für jedes Training an die körperliche Leistungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten angepasst. Das Therapie-Element Wissen gibt jederzeit Zugang zu patientengerecht aufbereiteten Lerninhalten über Rückenschmerzen. Das Therapie-Element Entspannung besteht aus Übungen zum Selbstmanagement und Techniken zur Entspannung und Stressreduktion. Es sind keine begleitenden vertragsärztlichen Tätigkeiten vorgesehen.
Mindestdauer der Nutzung	Empfehlenswert ist eine Mindestdauer der Nutzung von drei Monaten, da die randomisierte kontrollierte Studie Rise-uP zeigt, dass sich die Schmerzintensität nach dreimonatiger Nutzung von Kaia Rückenschmerzen signifikant gegenüber der Kontrollgruppe reduziert. Die geeignete Anwendungsdauer hängt vom individuellen Krankheitsstadium der Patientin bzw. des Patienten ab und liegt im Ermessen der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren und Krankheitslast der Patientin bzw. des Patienten.
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen	Medizinische Zweckbestimmung: Kaia unterstützt Anwender bei der multidisziplinären Rehabilitation von unspezifischen Rückenschmerzen (M54.-), die seit mehr als 4 Wochen anhalten oder wenn im

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

Parameter, die beeinflussen soll)	Vorfeld bereits Episoden solcher Rückenschmerzen vorlagen. Kaia Rückenschmerzen ersetzt keine ärztliche Diagnose und sollte nur von Patienten angewendet werden, die die Diagnose nicht-spezifischer Rückenschmerzen gestellt bekommen haben. Die Nutzung von Kaia Rückenschmerzen erfolgt eigenständig durch den Patienten. Der behandelnde Arzt sollte jedoch prüfen, ob spezifische Ursachen für die Rückenschmerzen vorliegen oder andere Kontraindikationen gegen die Anwendung sprechen und im Verlauf über die Entwicklung der Rückenschmerzen informiert werden. Zielsetzung: Kaia Rückenschmerzen vermittelt Patienten mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen leitlinienbasierte, an das Krankheitsstadium angepasste Kerninhalte der multimodalen Therapie. Das Ziel von Kaia Rückenschmerzen ist die Reduktion der Schmerzintensität, die nachweislich in klinischen Studien gezeigt werden konnte und gleichzeitig mit einer Verbesserung der Funktionskapazität sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Wirkungsweise: Kaia Rückenschmerzen vermittelt der Patientin bzw. dem Patienten multimodale Maßnahmen zur Behandlung der Rückenschmerzen, welche auf den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ basieren. Dazu zählen Bewegungstherapie, Entspannungstechniken und Patientenedukation. Durch die multimodale Therapie reduziert Kaia Rückenschmerzen die Intensität nicht-spezifischer Rückenschmerzen und verbessert die körperliche Aktivität sowie das Krankheitsverständnis der Patientin bzw. des Patienten. Kaia Rückenschmerzen berücksichtigt die individuellen Voraussetzungen wie die körperliche Leistungsfähigkeit, die Schmerzintensität und die Schmerzlokalisation und ermöglicht so eine auf die Patientin bzw. den Patienten individuell angepasste Therapie.
-----------------------------------	--

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☒ Ja, Quelle(n): Priebe, Janosch A., et al. "Medical App Treatment of Non-Specific Low Back Pain in the 12-month Cluster-Randomized Controlled Trial Rise-uP: Where Clinical Superiority Meets Cost Savings." <i>Journal of Pain Research</i> (2024): 2239-2255. Priebe, Janosch A., et al. "Digital treatment of back pain versus standard of care: the cluster-randomized controlled trial, rise-uP." <i>Journal of pain research</i> (2020): 1823-1838. Toelle, Thomas R., et al. "App-based multidisciplinary back pain treatment versus combined physiotherapy plus online education: a randomized controlled trial." <i>NPJ digital medicine</i> 2.1 (2019): 34. _____ _____ ☐ Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: IIa (MDR) ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☒ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein ☐ unbekannt

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Quellenverzeichnis	Priebe, Janosch A., et al. "Medical App Treatment of Non-Specific Low Back Pain in the 12-month Cluster-Randomized Controlled Trial Rise-uP: Where Clinical Superiority Meets Cost Savings." <i>Journal of Pain Research</i> (2024): 2239-2255. Priebe, Janosch A., et al. "Digital treatment of back pain versus standard of care: the cluster-randomized controlled trial, rise-uP." <i>Journal of pain research</i> (2020): 1823-1838. Toelle, Thomas R., et al. "App-based multidisciplinary back pain treatment versus combined physiotherapy plus online education: a randomized controlled trial." <i>NPJ digital medicine</i> 2.1 (2019): 34. GBA: Innovationsfondsprojekt Rise-uP – Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten DiGA-Verzeichniseintrag Kaia Rückenschmerzen Gebrauchsanweisung Kaia Rückenschmerzen Biebl, Johanna Theresia, et al. "App-based feedback for rehabilitation exercise correction in patients with knee or hip osteoarthritis: prospective cohort study." <i>Journal of Medical Internet Research</i> 23.7 (2021): e26658

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	20.08.2024
Rückmeldung von:	DGNC
Name der DimA	Kaia Rückenschmerz – Rückentraining für Zuhause
Name und Anschrift des Herstellers	Kaia Health Software GmbH, Herzog-Wilhelm-Straße 26, 80331 München
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Digitale Anwendung für erwachsene Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen. ICD-10 M54 Ausschlusskriterien: spezifischer Rückenschmerz kognitive Einschränkungen Alter > 65 Jahre Physische Einschränkungen
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Multimodale Therapie zur Reduktion der Rückenschmerzen und deren Intensität- Berücksichtigt die individuellen Voraussetzungen der Patienten wie die körperliche Leistungsfähigkeit, die Schmerzintensität und die Schmerzlokalisierung sowie das Krankheitsverständnis.
Minstdauer der Nutzung	90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen	Therapieelemente Bewegung, Wissen und Entspannung: Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit Reduktion der Intensität von Rückenschmerzen Verbesserung in der schmerzbedingten Beeinträchtigung, von Angst, Depression und Stress, der Funktionskapazität und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Parameter sie beeinflussen soll)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☒ Ja, Quelle(n): Randomisierte Studie: „Rise-UP – Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten“ ☐ Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: ... ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☒ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☐ Nein ☒ unbekannt
Quellenverzeichnis	Kaia Rückenschmerz DiGA-VE-ID 001 01330001

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung Kapitel 6 § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	15.02.2025
Rückmeldung von:	Vivira Health Lab GmbH
Name der DimA	ViViRA
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Zielgruppe der Anwendung sind Anwender mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen sowie Arthrose der Wirbelsäule (Indikationen nach ICD-10: M42.0, M42.1, M42.9, M53.2, M53.8, M53.9, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9, M99.02, M99.03, M99.04, M99.82, M99.83, M99.84, M99.92, M99.93, M99.94) Ausschlusskriterien bzw. Gegenanzeigen für die Anwendung sind u.a. akute Entzündungen oder Fieber, Bandscheibenvorfälle mit sensomotorischen Störungen, frühere Wirbelsäulenoperationen, frühere Hüft- oder Knieoperationen. Alle Kontraindikationen gemäß DiGA-Verzeichnis sind C41.2, C70.1, C79.4, C79.5, C79.88, G55.1, G99.2, I80, M00, M01, M02, M03, M23.4, M24.05, M46, M50, M50.1, M51.0, M51.1, M87, M93.0, M93.2, T84, Z96.6, Z96.64, Z96.65, Z96.68.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Die DiGA Vivira bietet therapeutische Trainingsinhalte (vier Übungen pro Tag mit Video, Audio, und Textanleitungen), die sich basierend auf den Rückmeldungen der Nutzer*innen (zu Schmerz und Funktion) täglich anpassen. Zudem wird die Trainingsaktivität und Krankheitsverlauf abgebildet und Möglichkeiten zum Testen der Bewegungsfähigkeit sowie edukative Inhalte zur Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparates angeboten. Als begleitende, vertragsärztliche Tätigkeit ist die „Befund- und Verlaufskontrolle (Auswertung des Therapie- und

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Nutzungsberichts aus der DiGA) während der Behandlung mit der DiGA Vivira von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Betreuungsbedarf“ definiert.
Mindestdauer der Nutzung	Die Anwendungsdauer pro Verordnung beträgt 90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Zielsetzung: Die App adressiert im Rahmen der Bewegungstherapie durch regelmäßige Eigenübung gezielt die spezifischen Parameter der Schmerzreduktion, Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Unterstützend (aufklärend und motivierend) wirken dabei Möglichkeiten zur Nachverfolgung von Trainingsaktivität und Krankheitsverlauf (Trainingshistorie, Verlaufsprotokoll zu Schmerz, Einschränkungen inkl. Lebensqualität, Verlauf der Behandlung), Möglichkeiten zum Testen der Bewegungsfähigkeit (Beweglichkeit, Kraft, Koordination, s.o.) sowie edukative Inhalte zur Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparats. Medizinische Zweckbestimmung: Die Vivira App ist ein therapeutisches Trainingsprogramm bei Rückenschmerzen. Adressiert werden Anwender mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen und Arthrose der Wirbelsäule (Osteochondrose). Die App kann nach ärztlicher Verordnung und ohne ärztliche Verordnung genutzt werden. Die App bietet u.a. personalisierte und therapeutische Trainingsinhalte, die sich basierend auf den Rückmeldungen der Nutzer anpassen, Möglichkeiten zur Beobachtung von Trainingsaktivität und Krankheitsverlauf, Möglichkeiten zum Testen der Bewegungsfähigkeit sowie edukative Inhalte zu der Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparats. Die App adressiert im Rahmen der Bewegungstherapie durch regelmäßige Eigenübung gezielt die Schmerzreduktion, Mobilität (Beweglichkeit), Stabilität (Kraft) und Koordination. Die Übungen wirken meist auf mehrere Gelenke und Muskelgruppen, d.h. sie folgen dem Prinzip überregionaler Abhängigkeiten und damit zusammenhängenden Muskelketten.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	X Ja, Quelle(n): Weise H et al. The effect of an App-Based Home Exercise Program on Self-reported Pain Intensity in Unspecific and degenerative Back Pain: Pragmatic open-label randomized controlled trail. J Med Internet Res. 2022; 24(10):e41899 ☐ Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	X Ja Falls ja – Risikoklasse: MDR Risikoklasse I ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	X Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja X Nein
Quellenverzeichnis	https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00387

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	20.01.2025
Rückmeldung von:	Herodikos GmbH
Name der DimA	Herodikos
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☒ Ja ☐ Nein weitere Anwender: Arzt:in/Therapeut:in
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Einschlusskriterien: - Alter: 18+ - ICD: M54.x, F45.40, F45.41, R52x (Rücken) / M25.36, M25.56, M25.96, M17.x, M22.x, M23.x, S83.x, F45.40, F45.41, R52x (Knie) - Schmerzstärke: 4+ gemäß Numerische Rating-Skala - Schmerzdauer: 2 Wochen+ Ausschlusskriterien (absolut): - akute infektiöse Erkrankung (Fieber, Schüttelfrost, Appetitlosigkeit, allgemeine Ermüdbarkeit) - akute Blutung oder Blutungsgefahr, Aneurysma - akute, lebensbedrohliche Erkrankung - nicht abgeklärte koronare Erkrankungen (Angina pectoris,...) - nicht abgeklärte Tumorerkrankung - instabile Knochenmetastasen - kürzlich zurückliegende Infiltrationsbehandlung - Luftnot, akute Atembeschwerden, schwere Atemwegserkrankungen - Kreislaufprobleme, Blutdruckentgleisung - Suizidgedanken, Suizidalität - schwere Depression - schwere psychiatrische Erkrankungen

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Herodikos dient der Umsetzung einer digital durch eine Arzt:in / Therapeut:in begleiteten multimodalen Schmerztherapie für Rücken- und Knieschmerzpatienten. In einem wahlweise vor Ort oder telemedizinisch durchgeführten, PROM-gestützten Anamnesege spräch erstellt die Arzt:in oder Therapeut:in einen individuellen Therapieplan, der sich je nach Indikation sowie der Frage, ob es sich um einen akuten oder chronischen Schmerzpatienten handelt, aus unterschiedlichen Trainings- und Edukationsinhalten zusammensetzt. Die Erstellung eines individuellen Therapieplan kann wahlweise anhand von Vorlagen oder basierend auf einem funktionalen app-gestützten Assessment erfolgen. Nahezu 300 Übungen sind in Herodikos enthalten und können individuell kombiniert werden. Variation, Häufigkeit und Dauer der Trainings sind jederzeit anpassbar. Patienten trainieren anhand von Videos und erfassen vor und nach jedem Training ihre Schmerzintensität und können ihre:r Behandler:in Feedback geben. Diese:r wird bei Eingang eines Feedbacks / zu starken Schmerzen / Ausbleiben von Trainings benachrichtigt. Für die begleitende Edukation stehen zahlreiche Video-Masterclasses von anerkannten Experten aus den Bereichen Schmerz, Bewegung, Stress, Ernährung, Schlaf und Arbeitsplatz zur Verfügung. Diese werden von der Behandler:in in einem wochenweisen Edukationsplan individuell zusammengestellt. Patient:innen können zu den Masterclasses Rückfragen stellen und diese bewerten. Es gibt zudem verschiedene Tagebuch-Funktionen (u.a. Bewegung, Schmerz, Ernährung), eine Adhärenz-Statistik auf Wochenbasis, PROM-Bögen zur Therapiesteuerung und weitere Möglichkeiten zur Qualitätskontrolle. Die Herodikos-App ermöglicht die erste evidenzbasierte, ambulante, multimodale (Tele-) Schmerztherapie. Die App wird momentan in drei Versorgungsangeboten am Markt angeboten: - Im Vertrag „OrthoHeroBKK“ nutzen Fachärzt:innen die App für die Versorgung von Rücken- und Knieschmerzpatienten und übernehmen die Begleitung der Patienten für 90-180 Tage. Es sind mehrere Begleittermine und optionale Monitoring-Anlässe vorgesehen. Der Vertrag wird von 49 BKK'en unterstützt. - Im Vertrag „Herodikos plus“ verordnen Fachärzt:innen die Therapie, während Physiotherapeuten diese
---	--

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	mithilfe der Herodikos-App in regelmäßigen telemedizinischen Begleitterminen in einer Behandlungsdauer von bis zu 360 Tagen umsetzen. 6 Krankenkassen, darunter auch die TK und die AOK Niedersachsen, unterstützen dieses Versorgungsmodell. - Der Vertrag „ChroniFlex“ erweitert die Versorgung von Herodikos plus um edukative Aspekte sowie Beratungen durch Schmerztherapeuten, Ernährungsexperten und psychologische Fachkräfte und erweitert die multimodale Therapie auf diese Weise leitliniengerecht für chronische Schmerzpatienten. ChroniFlex kann auch parallel zur klassischen Physiotherapie vor Ort genutzt werden.
Minestdauer der Nutzung	90 Tage
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Die Herodikos-App dient der Bereitstellung von Therapieplänen sowie der Kommunikation mit den behandelnden Ärzt:innen oder Therapeut:innen während der Umsetzung einer digital begleiteten multimodalen Schmerz-Therapie für Rücken- und Knieschmerzpatienten. Der medizinische Nutzen liegt in der Verbesserung des Gesundheitszustandes (Schmerzen, Funktion, Lebensqualität).
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☐ Ja, Quelle(n): ☒ Nein – eine Publikation mit Real World Evidenzen von 5386 Patienten aus dem Zeitraum 01.05.2022 and 22.02.2024 soll bis März 2025 veröffentlicht werden (DRKS ID: DRKS00034325). Wir werden sei nachreichen, sobald sie vorliegt. Alle Versorgungen von Herodikos werden außerdem durch eine Vertragsevaluation und ein laufendes Berichtswesen an die teilnehmenden Krankenkassen begleitet.
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	Falls ja – Risikoklasse: 1 (MDR) ☐ Ja ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☐ Ja ☒ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein ☐ unbekannt
Quellenverzeichnis	

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Die **Gebrauchsanweisung** der Herodikos-App ist online unter dem Link [https://www.herodikos.de/assets/pdf/instruction for use de 1-1-0.pdf](https://www.herodikos.de/assets/pdf/instruction%20for%20use%20de%201-1-0.pdf) abrufbar.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	17.02.2025
Rückmeldung von:	Tinana GmbH
Name der DimA	tinana
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☒ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☐ Ja ☒ Nein Primärer Anwender ist der Heilmittelerbringer
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Keine Angabe möglich. Der Heilmittelerbringer entscheidet in der Therapie, welche Patienten sich für die Nutzung der tinana App eignen.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Die tinana App bietet einen Katalog an Übungen, aus denen der Heilmittelerbringer einen Trainingsplan erstellen kann. Die Patienten sollen dann die Übungen - begleitend zur Therapie – zuhause durchführen.
Minstdauer der Nutzung	Keine Angabe möglich. Der Heilmittelerbringer entscheidet über die Dauer und den Umfang.
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Mit der tinana App motivieren die Heilmittelerbringer ihre Patienten, aktiv an der Therapie teilzunehmen.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☐ Ja, Quelle(n): ☒ Nein
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☒ Ja Falls ja – Risikoklasse: 1 ☐ Nein
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☐ Ja ☒ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☒ Nein
Quellenverzeichnis	

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle – für jede digitale medizinische Anwendung (DimA) separat – vollständig aus.

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Datum:	13.02.2025
Rückmeldung von:	Selfapy GmbH
Name der DimA	Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen
Ist die DimA in Deutschland und mindestens in deutscher Sprache verfügbar?	☐ Ja ☐ Nein
Ist die primär anwendende Person die Patientin oder der Patient?	☐ Ja ☐ Nein weitere Anwender: ...
Zielgruppe der DimA (Benennen Sie hier bitte die Indikation(en) so genau wie möglich. Nennen Sie ggf. vorgesehene Eingrenzungen oder Ausschlusskriterien (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung))	Indikationen Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen ist geeignet für Personen, die mindestens 18 Jahre alt sind und eine der folgenden Indikationen (ICD-10) aufweisen: ● F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung ● F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ● M54.- Rückenschmerzen Kontraindikationen Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen ist nicht für eine Anwendung vorgesehen bei ● Personen, die mit einer der folgenden Indikationen diagnostiziert wurden: ○ Bipolare Störung (F31). ○ Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3). ○ Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2*). ○ Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2). ○ Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3).

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

	○ Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzabhängigkeit mit Abhängigkeitssyndrom (F1*.2). ○ Psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzabhängigkeit mit Entzugssyndrom (F1*.3). ● Personen mit akut suizidalen oder selbstverletzenden Tendenzen. ● Personen, die für die Anwendung von Selbsthilfe-Therapien ungeeignet sind, aufgrund geistiger, körperlicher oder anderweitig krankheitsbedingter Einschränkungen.
Intervention (Beschreiben Sie hier bitte kurz die Inhalte, die Art der Anwendung und ggf. die Abgrenzung der DimA zu begleitenden Komponenten (z. B. beratende Leistungen oder vertragsärztliche Tätigkeiten))	Selfapy bietet Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen einen individuellen Online-Kurs, der auf evidenzbasierten Theorien und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie basiert. Die psychotherapeutischen Inhalte können über den internetbasierten Kurs selbstständig bearbeitet werden. Hierbei lässt sich Selfapys Konzept in den Bereich der "internetbasierten Selbstmanagement-Interventionen" einordnen, deren Wirksamkeit bereits durch zahlreiche Studien nachgewiesen wurde und von vielen Fachgesellschaften Zuspruch findet. Der Online-Kurs ist in einzelne Lektionen aufgeteilt, welche sich jeweils mit einem zentralen Thema beschäftigen und aus Audio- und Videoclips, Texten und Übungen bestehen. Die Themen umfassen u. a. Schmerzedukation, den Umgang mit Stress, Körperwahrnehmung und Selbstwirksamkeit, sowie Lektionen zu Entspannungstechniken, zu Sozialer Kompetenz und Rückfallprävention. Ein starker Fokus des Kurses liegt auf Transferaufgaben („Hausaufgaben“), um neu erworbene Strategien und Techniken in das tägliche Leben zu integrieren. Zur Gewährleistung der sicheren Anwendung des Produktes und zur Wahrung der Patientensicherheit werden Nutzerinnen und Nutzer während des Kurses durchgehend durch unsere Psychologinnen und Psychologen überwacht. Bei Bedarf steht eine psychologische Ansprechperson über eine Nachrichtenfunktion bei Fragen zur sachgemäßen Anwendung zur Verfügung. Es erfolgen keine

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	therapeutischen und/oder diagnostischen Maßnahmen durch die psychologische Ansprechperson.
Minstdauer der Nutzung	90 Tage. Die Patientinnen und Patienten können den Kurs von überall, am Computer bzw. Laptop, auf einem Tablet oder auf einem Smartphone bearbeiten. Den Patientinnen und Patienten wird empfohlen, eine Lektion pro Woche zu absolvieren, was einer Nutzungsdauer von ca. 60 Minuten entspricht. Die Bearbeitung einer Lektion kann dabei auf mehrere Sitzungen oder Tage verteilt werden.
Zielsetzung und medizinische Zweckbestimmung (Bitte beschreiben Sie kurz, was die DimA bewirken soll und welche spezifischen Parameter sie beeinflussen soll)	Selfapys Online-Kurs bei chronischen Schmerzen ist Teil des CE-zertifizierten digitalen Medizinprodukts <i>“Selfapy Online Programm bei psychischen Erkrankungen”</i>. Zweckbestimmung Das Medizinprodukt Selfapy Online Programm bei psychischen Erkrankungen (Selfapy - Mental Health App) ist eine digitale Anwendung für Personen, die unter psychischen Erkrankungen leiden. Es vermittelt Methoden und Techniken basierend auf der kognitiven Verhaltenstherapie und unterstützt bei der Durchführung sowie der Dokumentation der Übungen, mit dem Ziel, die Symptomatik des Anwendenden zu verbessern. Dabei liefert es hilfreiche Informationen zu den Themen psychische Krankheit und Gesundheit und stellt sicher, dass die Nutzenden nur Zugang zu validierten, unkritischen und sicheren Inhalten erhalten, die anhand von Videos, Audios und textueller Gestaltung aufbereitet sind. Es dient den folgenden Zwecken: • Zugang zu passenden und geeigneten (unkritischen/sicheren) Therapietechniken sowie Unterstützung bei der Auswahl und der Durchführung. • Dokumentation von Symptomen und der Durchführung von therapeutischen Übungen. • Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen (Psychoedukation).

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
Liegt mindestens eine vollständig publizierte, am PICO-Schema (Patientengruppe, Intervention, Komparator, Outcome) orientierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor, die sich auf die oben genannte Zielgruppe, die Intervention und die Parameter, die im Hinblick auf die Zielsetzung beeinflusst werden sollen, bezieht? Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechende Quelle an.	☐ Ja PICO-Schema der randomisiert kontrollierten Evaluationsstudie: Patientengruppe: Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (ICD-10: F45.41; F45.40; M54). Intervention: 12 Wochen Online-Intervention Selfapy für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen. Komparator: Kontrollgruppe mit verzögertem Zugang zur Online-Intervention Selfapy für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen (12 Wochen Wartezeit) und parallelem Zugang zu üblicher Versorgung. Outcome: Primärer Endpunkt ist die Beeinträchtigung durch Schmerzen im Alltag, erhoben mit dem Multidimensional Pain Inventory (MPI-D). Quelle: Kirst, S., Prengel, L., Naumann, S., Dziobek, I. (2024). Evaluation of the online self-help program "Selfapy" for patients with chronic pain – a randomized controlled trial. Hinweis: Der Studienbericht ist am 18.12.2024 beim BfArM eingereicht worden und liegt aktuell zur Prüfung vor. Anschließend wird der Studienbericht zur Publikation bei einem peer-reviewed Journal eingereicht.
Weitere Kriterien	
Medizinprodukte-Status	☐ Ja Falls ja – Risikoklasse I (MDR)

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)	
	☐ Nein Die jeweils aktuelle Gebrauchsanweisung ist auf unserer Website verfügbar (Link: Selfapy-Gebrauchsanweisung).
Listung im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	☐ Ja ☐ Nein
Liegt ein ablehnender Bescheid des BfArM zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis vor?	☐ Ja ☐ Nein
Quellenverzeichnis	Aufgeführte Studie: https://drks.de/search/de/trial/DRKS00031521 Eintrag im DiGA-Verzeichnis: https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01954 Quellen für die in der DimA umgesetzten medizinischen Inhalte und Verfahren, Leitlinien, Lehrwerke und Studien: DGPM, DKPM, AWMF, editors. S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden" AWMF-Reg.-Nr. 051-001 Langfassung. [Internet]. 2018. Available from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-001I_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11-abgelaufen.pdf Kleinstäuber M, Bleichhardt G, Gottschalk JM, Rief W. Therapietools Somatoforme Störungen. Weinheim: Beltz; 2018 Kleinstäuber M, Thomas P, Witthöft M, Hiller W. Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. 2nd ed. Berlin: Springer; 2018 Korb J. Achtsamkeit und Akzeptanz in der Schmerztherapie. Psychologie in Österreich. 2012; 3(4):298-305 Kröner-Herwig B et al. Schmerzpsychotherapie. Springer Berlin Heidelberg; 2011

Fragenkatalog zur vorgeschlagenen digitalen medizinischen Anwendung (DimA)

	Morschitzky H. Somatoforme Störungen. 2nd ed. Wien: Springer; 2008 Nilges P and Rief W. "F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren." Der Schmerz 24.3; 2010 Pioch E. Schmerzdokumentation in der Praxis. Springer Medizin Verlag Heidelberg; 2005. Richter J. Schmerzen verlernen. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2013 Traue HC et al. Psyche und Schmerz. Praktische Schmerzmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg; 2013 Tschacher W, Storch M. Embodiment und Körperpsychotherapie. In Künzler A, Böttcher C, Hartmann R, Nussbaum MH, editors. Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Heidelberg: Springer; 2010. p. 161-176 Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. Cogn Behav Ther. 2016;45(1):5-31 von Wachter M. Chronische Schmerzen. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2014 von Wachter M, Hendrichke A. Psychoedukation bei chronischen Schmerzen. Berlin Heidelberg: Springer; 2016 von Wachter M, Kappis B. Therapietools Schmerzstörungen. Weinheim: Beltz; 2019 Weltgesundheitsorganisation, Dilling H, Freyberger HJ, editors. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 9th ed. Bern: Hogrefe; 2019
--	---

Sofern es sich um ein Medizinprodukt handelt: Bitte fügen Sie eine Gebrauchsanweisung zur vorgeschlagenen DimA nach den jeweils geltenden medizinprodukterechtlichen Vorschriften bei oder hinterlegen Sie einen Link zum Abruf.

Die Kriterien der vorgenannten Tabelle orientieren sich an der Verfahrensordnung 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/42/>.

Dokumentation der Prüfung der Eignung digitaler medizinischer Anwendungen für das strukturierte Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz

Kaia Rückenschmerzen

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Kaia Rückenschmerzen sind in Anlage 5 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO nicht aus, die digitale medizinische Anwendung Kaia als geeignet zu bewerten, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Gemäß DIGA-Verzeichnis ist der nicht-akute, chronisch-konstante Rückenschmerz ein Ausschlusskriterium zur Anwendung der digitalen medizinischen Anwendung Kaia Rückenschmerz. Dies entspricht den Einschlusskriterien der entsprechenden Erprobungsstudie [1, 2], welche Patientinnen und Patienten mit akutem bzw. subakutem (bis zu zwölf Wochen anhaltend) oder rezidivierendem Rückenschmerz umfasst. Zielgruppe des strukturierten Behandlungsprogramms Chronischer Rückenschmerz hingegen sind Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz (länger als zwölf Wochen anhaltend). Die Zielgruppe der digitalen medizinischen Anwendung Kaia Rückenschmerz ist somit nicht relevant für die Indikation des strukturierten Behandlungsprogramms Chronischer Rückenschmerz und für dieses nicht geeignet.

Herodikos

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Herodikos sind in Anlage 5 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO nicht aus, die digitale medizinische Anwendung Herodikos als geeignet zu bewerten, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Für die digitale medizinische Anwendung Herodikos lag nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt des Abschlusses des Stellungnahmeverfahrens keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor. Ohne das Vorliegen einer solchen Studie für die digitale medizinische Anwendung Herodikos kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren. Gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 1 Satz 3 VerfO sollen für die Beseitigung von Versorgungsdefiziten bzw. die Erreichung von Versorgungszielen gleichermaßen evidenzbasierte Grundlagen im Hinblick auf Wirksamkeit und Sicherheit verfügbar sein. Der Nachweis eines positiven Effekts für Patientinnen und Patienten mittels vollständig publizierter Evaluationsstudien im Vergleichsgruppendesign ist somit die Grundvoraussetzung für eine Empfehlung zur Anwendung in der DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Selfapy Online-Kurs bei chronischen Schmerzen

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Selfapy Online-Kurs bei chronischen Schmerzen sind in Anlage 5 beschrieben.

Da Selfapy mit Datum vom 28. Mai 2025 aus dem Verzeichnis gemäß § 139e Absatz 4 Satz 8 SGB V gestrichen wurde, sind die Anforderungen nach § 1a Absatz 5 DMP-A-RL nicht erfüllt.

Tinana

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Tinana sind in Anlage 5 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nummer 5 VerfO nicht aus, diese digitale medizinische Anwendung als geeignet zu bewerten, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Für die digitale medizinische Anwendung Tinana lag nach Kenntnis des G-BA zum Zeitpunkt des Abschlusses des Stellungnahmeverfahrens keine vollständig publizierte Evaluationsstudie im Vergleichsgruppendesign vor. Ohne das Vorliegen einer solchen Studie kann der G-BA nicht feststellen, ob Patientinnen und Patienten von der Anwendung profitieren.

Vivira

Zielgruppe, Zweckbestimmung, Merkmale und Funktionen der digitalen medizinischen Anwendung Vivira sind in Anlage 5 beschrieben.

Nach umfassender Prüfung und Beratung reichen die vorliegenden Erkenntnisse und ergänzenden Informationen auf Grundlage des § 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V und der Vorgaben des 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 5 VerfO nicht aus, diese digitale medizinische Anwendung als geeignet zu bewerten, um regelhaft im strukturierten Behandlungsprogramm chronischer Rückenschmerz empfohlen zu werden. Davon unberührt bleibt eine etwaige Verordnungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe anderer gesetzlicher Bestimmungen.

Es existiert eine randomisierte kontrollierte Studie [3], in der mit einem Follow-Up von zwölf Wochen die Anwendung der App Vivira mit sechs bis zwölf Sitzungen Physiotherapie bei Patientinnen und Patienten vergleicht, die Lumboischialgie, Kreuzschmerzen und zu Anteilen von 18,5 % bzw. 25,7 % (Interventions- zu Kontrollgruppe) Rückenschmerzen ohne genauere Zuordnung der Lokalisation hatten. Für den Studieneinschluss wurde weder die Dauer der Rückenschmerzen noch der Grad der Funktionseinschränkung vorgegeben. Auch in den Auswertungen finden sich keine Hinweise auf diese beiden Parameter. Außerdem war die Einnahme von schmerzstillenden Medikamenten Ausschlusskriterium für die Studienteilnahme. Auch das kann als Hinweis für eine eher kurze Krankheitsdauer und -schwere gewertet werden. Damit bleibt unklar, inwiefern es sich bei der untersuchten Population um Patientinnen und Patienten mit chronischem, mehr als drei Monate anhaltendem Rückenschmerz mit wesentlicher Funktionseinschränkung Grad II – IV im „Chronic Pain Grade (CPG)“-Patientenfragebogen, wie sie ins DMP eingeschrieben werden, handelt.

Die Erkenntnisse reichen somit für eine Empfehlung der DiMA Vivira für das DMP Chronischer Rückenschmerz nicht aus.

Literaturverzeichnis der Anlage 6 der Tragenden Gründe

1. **Priebe JA, Haas KK, Moreno Sanchez LF, Schoefmann K, Utpadel-Fischler DA, Stockert P, et al.** Digital treatment of back pain versus standard of care: The cluster-randomized controlled trial, Rise-uU. J Pain Res 2020;13:1823-1838.
<https://dx.doi.org/10.2147/JPR.S260761>.
2. **Priebe JA, Kerkemeyer L, Haas KK, Ahtert K, Moreno Sanchez LF, Stockert P, et al.** Medical app treatment of non-specific low back pain in the 12-month cluster-

randomized controlled trial Rise-uP: where clinical superiority meets cost savings. J Pain Res 2024;17:2239-2255. <https://dx.doi.org/10.2147/JPR.S473250>.

3. **Weise H, Zenner B, Schmiedchen B, Benning L, Bulitta M, Schmitz D, et al.** The effect of an app-based home exercise program on self-reported pain intensity in unspecific and degenerative back pain: pragmatic open-label randomized controlled trial. J Med Internet Res 2022;24(10):e41899. <https://dx.doi.org/10.2196/41899>.