



DEUTSCHE ARZT
MANAGEMENT GMBH

Vertrag zur besonderen Versorgung nach §140a SGB V

GLA:D® - EVIDENZBASIERTE VERSORGUNG VON GONARTHROSE UND COXARTHROSE

Informationen für behandelnde Fachärzte

BARMER b-tu Brandenburgische
Technische Universität
Cottbus - Senftenberg



DEUTSCHE ARZT
MANAGEMENT GMBH

Inhaltsverzeichnis

WAS IST GLA:D®?	Seite 4
WAS IST DAS BESONDERE AN GLA:D®?	Seite 4
FÜR WELCHE PATIENTEN IST GLA:D® GEEIGNET?	Seite 5
IHRE VERGÜTUNG/ ABRECHNUNG	Seite 6
ABLAUF DES GLA:D® KONZEPTES	Seite 7
ÄRZTLICHE TEILNAHME AN GLA:D® DEUTSCHLAND	Seite 8
TEILNAHMEERKLÄRUNG FÜR PATIENTEN	Seite 9
EINSTEUERUNG VON PATIENTEN ÜBER DEN GLA:D® WEBAPP ZUGANG	Seite 11



DEUTSCHE ARZT MANAGEMENT GMBH

Im Teelbruch 118
45219 Essen

Telefon: 02054 93 856 50
E-Mail: lizenznehmer@damg.de



DIE EVIDENZBASIERTE VERSORGUNG VON GONARTHROSE UND COXARTHROSE



WAS IST GLA:D®?

GLA:D® (Good Life with OsteoArthritis in Denmark) ist ein aus Dänemark stammendes evidenzbasiertes Versorgungskonzept für Patienten mit Gonarthrose und Coxarthrose. Durch die Kombination aus Edukation, Lebensstiländerung und Aktivität soll die Progredienz der Erkrankungen in der Entstehung verhindert werden.

Jährlich absolvieren ca. 10.000 Teilnehmende mit Knie- oder Hüftarthrose das GLA:D®-Programm. GLA:D® ist ein einzigartiges Zusammenspiel aus Forschung, Physiotherapie und Patienten. Die Effekte des Programms werden fortlaufend evaluiert.

Die Resultate zeigen unter anderem:

- **SCHMERZREDUKTION**
- **REDUZIERT EINNÄHME VON SCHMERZMITTELN**
- **VERBESSERTE FUNKTIONALITÄT**
- **GESTEIGERTE LEBENSQUALITÄT**
- **WENIGER ABSENZEN AM ARBEITSPLATZ**

Die Deutsche Arzt Management GmbH hat GLA:D® zusammen mit der Brandenburgisch-Technischen Universität Cottbus-Senftenberg in Deutschland eingeführt.

GLA:D® wird in Deutschland erstmalig als Hybridversorgung umgesetzt. Neben Einzeluntersuchungen und Gruppentrainingseinheiten werden die Patienten während und nach dem GLA:D® Programm durch eine für das Programm speziell entwickelte App begleitet.

WAS IST DAS BESONDERE AN GLA:D®?

- Einsatz und Verbindung von nachweislich effektiven Behandlungsansätzen (state of the art) für eine höchstmögliche Versorgungsqualität
- Übertragung evidenzbasierter Therapie in die Praxis und Schließen von Versorgungslücken
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten (Empowerment)
- Kontinuierliche Erfassung und Evaluation der Therapieergebnisse
- Möglichkeit zur Digitalisierung der Versorgungskette zum Zweck der Flächendeckung
- Visualisierung der Versorgung in Form einer für GLA:D® entwickelten App

Das primäre Ziel von GLA:D® besteht darin, **internationale Best Practice Richtlinien qualitätskontrolliert in der Praxis umzusetzen** (www.glaidd.dk) und Menschen mit Arthrose eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen – unabhängig von Wohnort oder finanziellem Status.

ERGEBNISSE NACH 12 MONATEN GLA:D® THERAPIE

Die Evaluation der GLA:D® Therapie zeigt, dass sich bei Patienten in den Bereichen Lebensqualität, Gehgeschwindigkeit, Medikation und Schmerzen eine deutliche Verbesserung eingestellt hat und die Patienten vom Programm profitieren.

	Knie	Hüfte
Schmerzen 	-28 %	-21 %
Medikation 	-31 %	-23 %
Gehgeschwindigkeit 	+7 %	+7 %
Lebensqualität 	+13 %	+10 %

GLA:D® Annual report 2021

FÜR WELCHE PATIENTEN IST GLA:D® GEEIGNET?

M16	Coxarthrose
M17	Gonarthrose
M19.15	Posttraumatische Arthrose
M19.25	Sonstige sekundäre Arthrose: im Becken-, Hüft- und Oberschenkelbereich
M19.85	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: im Becken-, Hüft- und Oberschenkelbereich
M19.95	Arthrose: im Becken-, Hüft- und Oberschenkelbereich
M23.2	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung
M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen
M25.95	Arthropathie, Gelenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M25.96	Arthropathie, Gelenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

IHRE LEISTUNGEN

- Einsteuerung der Versicherten über die GLA:D® App (bzw. Webapp) mittels Teilnahmeerklärung der Versicherten
- Aufklärung der Versicherten über GLA:D®

TEILNEHMENDE KRANKENKASSE

BARMER

IHRE VERGÜTUNG

Bezeichnung	Vergütung
Einststeuerung	60€*

*abzgl. Managementfee i.H.v. 9,5%

ABRECHNUNG

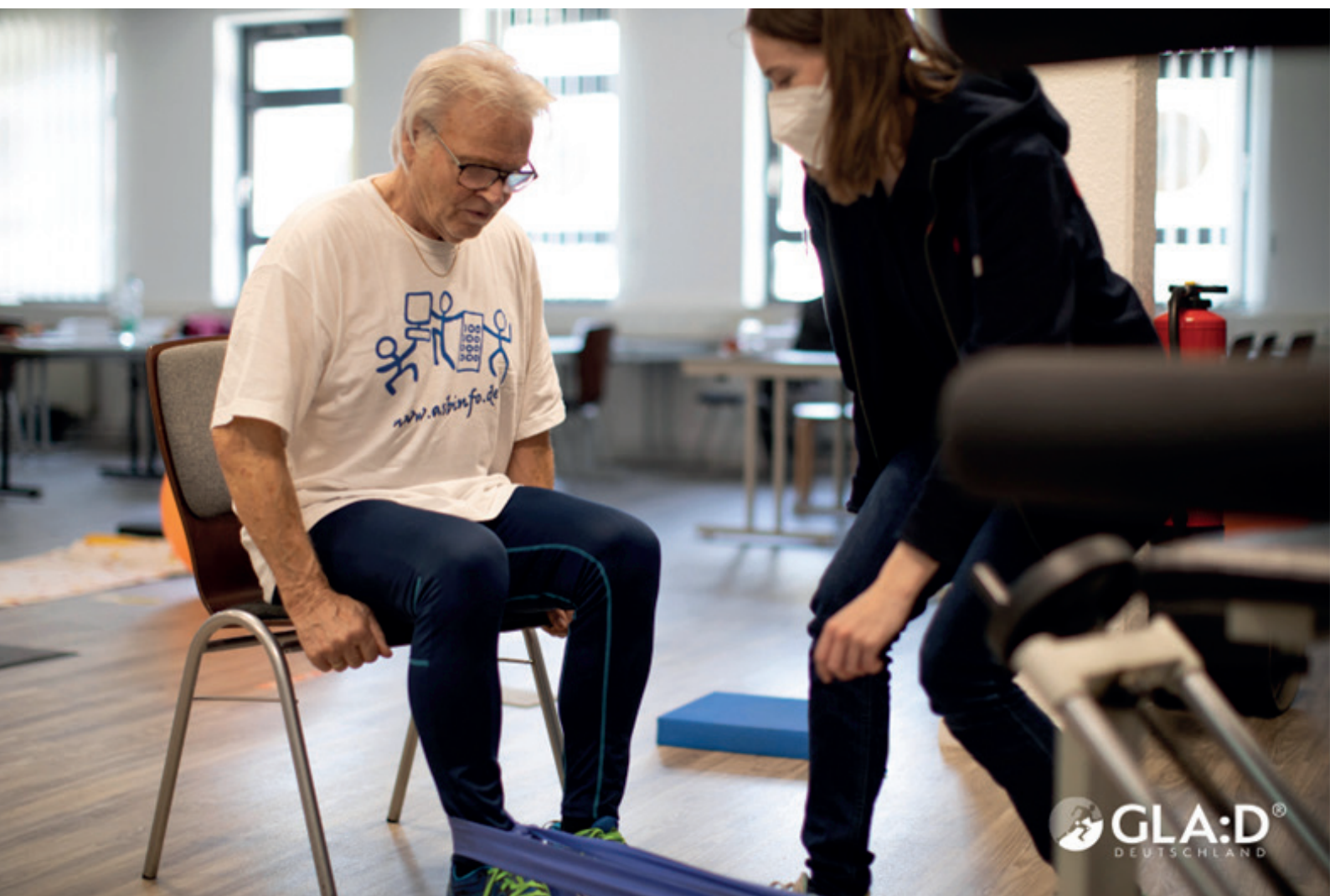
Die Deutsche Arzt Management GmbH übernimmt als Managementgesellschaft die Abrechnung aller Leistungen mit dem Kostenträger.

Die Vergütung der ambulanten Leistungen wird von der BARMER innerhalb von 28 Kalendertagen nach Zugang der erstellten Quartalsrechnung an die Deutsche Arzt Management GmbH gezahlt.

Diese übernimmt die Vergütung der teilnehmenden Leistungserbringer nach Erhalt der Zahlung durch den Kostenträger.

Für die Abrechnung der folgenden Leistung benötigen wir folgende Dokumentation:

- Teilnahmeerklärung des Versicherten



Digitales Patienten-Fragebogenassessment

3 Einzelsitzungen

mit Eintrittsuntersuchung, Tests und praktischer Einführung ins Übungsprogramm

2 Sitzungen

Patientenedukation mit Beratung und Instruktion in Kleingruppen

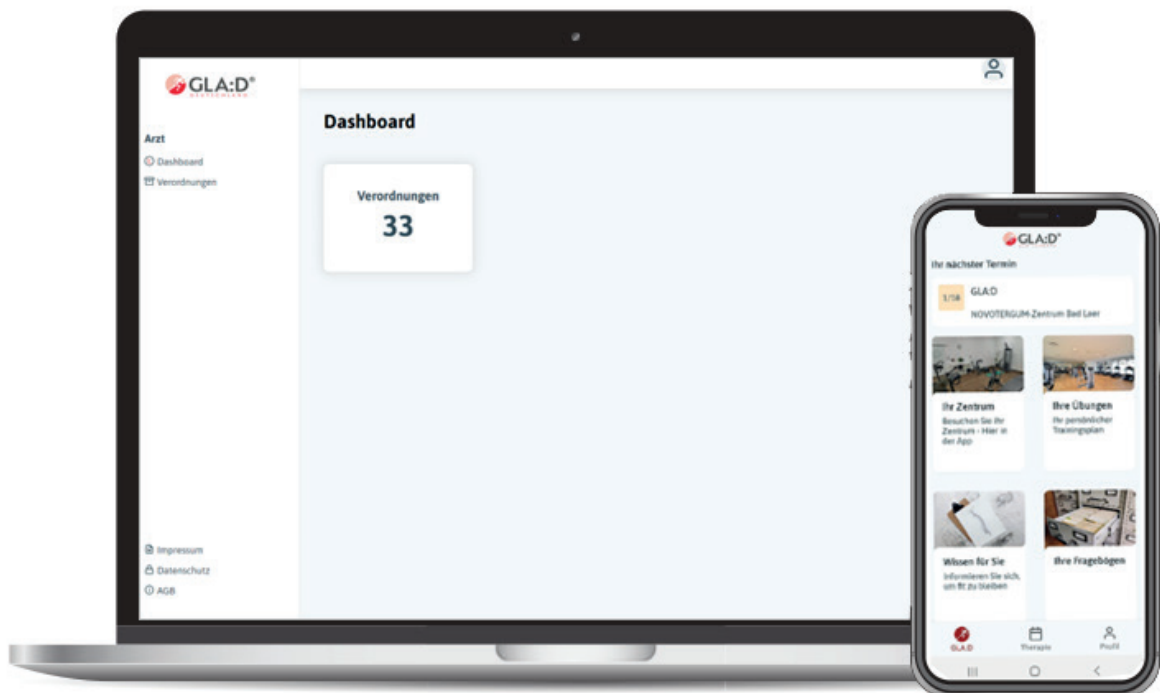
12 Einheiten

mit neuromuskulärem Übungsprogramm in Kleingruppen

1 Einzelsitzung

mit Austrittsuntersuchung inklusive Kurzbericht an den zuweisenden Arzt

Digitales Patienten-Fragebogenassessment



ÄRZTLICHE TEILNAHME AN GLA:D® DEUTSCHLAND



Übermitteln Sie die ausgefüllte Teilnahmeerklärung an das Casemanagement der Deutschen Arzt Management GmbH. Folgend wird in der GLA:D® App ein Benutzerprofil für Sie angelegt, sodass Sie Ihre Patienten in das Programm einsteuern können.

Fax: 02054 938 56 59

E-Mail: info@glad-deutschland.de



TEILNAHMEERKLÄRUNG FÜR NIEDERGELASSENE VERTRAGSÄRZTE (OPRAPI)

(Fachärzte für Orthopädie sowie Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Internisten und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin)

Name	
Praxisanschrift	
LANR	
BSNR	
Telefon	Fax
E-Mail	
Bank	
IBAN	BIC
Ich bin Mitglied des BVOU ☐ nein ☐ ja Mitgliedsnummer	

Hiermit nehme ich an der bereits bestehenden Vereinbarung Qualitätspartnerschaft für ein strukturiertes Versorgungsmodell (gemäß § 140a SGB V) zwischen der Deutschen Arzt Management GmbH sowie den übrigen Vertragspartnern teil.

Kontakt:

Deutsche Arzt Management GmbH
Im Teelbruch 118
45219 Essen
Tel. 02054 93856 0
Fax 02054 93856 59
E-Mail: lizenznehmer@daag.de

ECKPUNKTE DER VERTRAGLICHEN LEISTUNGSVERSPRECHEN

- Möglichkeit der Bewertungsüberprüfung durch regelmäßige Qualitätsbefragung der eingeschriebenen Patienten
- Terminvergabe an Patienten innerhalb von 7 Tagen
- Verpflichtende persönliche Dokumentation und Verordnung unter www.login.glad-deutschland.de (siehe Behandlungspfad/Besonderheiten zum Vertrag)
- Für die vertragsvorbereitenden und -begleitenden Managementleistungen wird eine Handlingfee in Höhe von 9,5% der erwirtschafteten Umsätze an die Deutsche Arzt Management GmbH erhoben und in Abzug gebracht

Alle vertraglichen Bedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und ich verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Ich habe zur Kenntnis genommen und verstanden, dass sich die Deutsche Arzt Management GmbH für den Fall, dass die oben genannten Eckpunkte nicht eingehalten oder auffallend negativ bewertet werden sollten und auch nach einem Beratungstermin/Informationsgespräch keine positive Entwicklung im Sinne des Rahmenvertrages mit der Krankenkasse erkennbar sein sollte, vorbehalten, mich aus der vertragsgegenständlichen Besonderen-Versorgung auszuschließen ; ich stimme dem ausdrücklich zu.

Über für diese Entscheidung grundlegende Faktoren werde ich rechtzeitig durch die Deutsche Arzt Management GmbH informiert.

Der Unterzeichner ist mit der Weitergabe seiner Kontaktdaten und Aufnahme in ein Verzeichnis aller an der Versorgung teilnehmender Ärzte und Leistungserbringer an die teilnehmenden Ärzte, Leistungserbringer, den Kostenträgern sowie den teilnehmenden Versicherten einverstanden.

Darüber hinaus ist der Unterzeichner mit der Veröffentlichung seiner Kontaktdaten unter www.damg.de und www.glad-deutschland.de einverstanden.

Datum

Stempel/Unterschrift/Name des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur besonderen Versorgung und Datenverarbeitung

BARMER

Bitte schicken Sie das
Original an

Deutsche Arzt Management
GmbH
Im Teelbruch 118
45219 Essen

Vertragskennzeichen
121382AE021



A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung zur Etablierung einer weiterentwickelten, Sektor übergreifenden Physiotherapie, die Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll nach § 140a SGB V.

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahmeerklärung bis nach der letzten durchgeführten Einzelsitzung mit Austrittsuntersuchung einschließlich des letzten digitalen Patienten- Fragebogenassessments (12 Monate) gebunden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen dieser Besonderen Versorgung gebunden. Andere Leistungserbringer kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige.

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Die Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift, Stempel Arzt / Krankenhaus

TEILNAHMEERKLÄRUNG FÜR PATIENTEN AN GLA:D® DEUTSCHLAND

Die ausgefüllte und unterschriebene Teilnahmeerklärung des Patienten wird in der GLA:D® Webapp über den Dateiupload in der Anlage der Verordnung an die Deutsche Arzt Management GmbH übermittelt.

Mit Anlage der Verordnung wird dem Patienten die Versicherteninformation der BARMER sowie der Registrierungslink für die GLA:D® App, an die hinterlegte E-Mail-Adresse übersendet.

min. 18 Jahre

Versicherung

Krankenkasse: KVNR: Versichertenstatus: Versorgungsvertrag:

GLA:D

PIN der Verordnung:

Betroffenes Gelenk:

Keilgren-Lawrence-Score:

Anhänge

Anhang 1 auswählen

Anhang 2 auswählen

Nur .jpg/.jpeg/.tiff/.pdf

Kombination aus medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie über min. 3-6 Monate innerhalb der letzten 12 Monate erfolgt?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Hiermit bestätige ich, dass der Patient/die Patientin die Teilnahme Kriterien des [Versorgungsvertrages](#) erfüllt.

Verordnung absenden

VORSCHAU DER ZU ÜBERMITTELNDEN DOKUMENTE

BARMER

Teilnahmeerklärung zur Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland

Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt. Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt.

BARMER

Teilnahmeerklärung zur Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland

Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt. Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt.

BARMER

Teilnahmeerklärung zur Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland

Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt. Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt.

BARMER

Teilnahmeerklärung zur Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland

Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt. Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt.

BARMER

Teilnahmeerklärung zur Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland

Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt. Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt.

BARMER

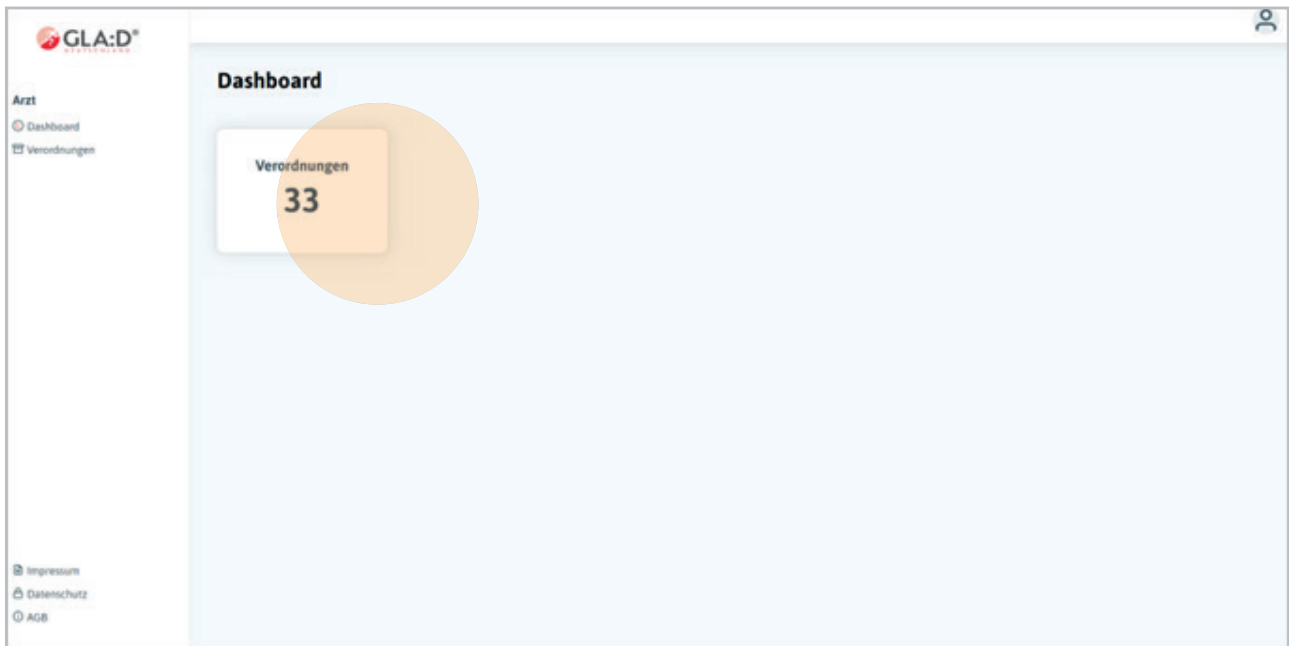
Teilnahmeerklärung zur Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland

Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt. Die Teilnahmeerklärung ist ein Dokument, das die Teilnahme an der BARMER Versorgung für Patienten mit Knie- oder Hüftgelenk-arthrose (GLA:D®) in Deutschland bestätigt.

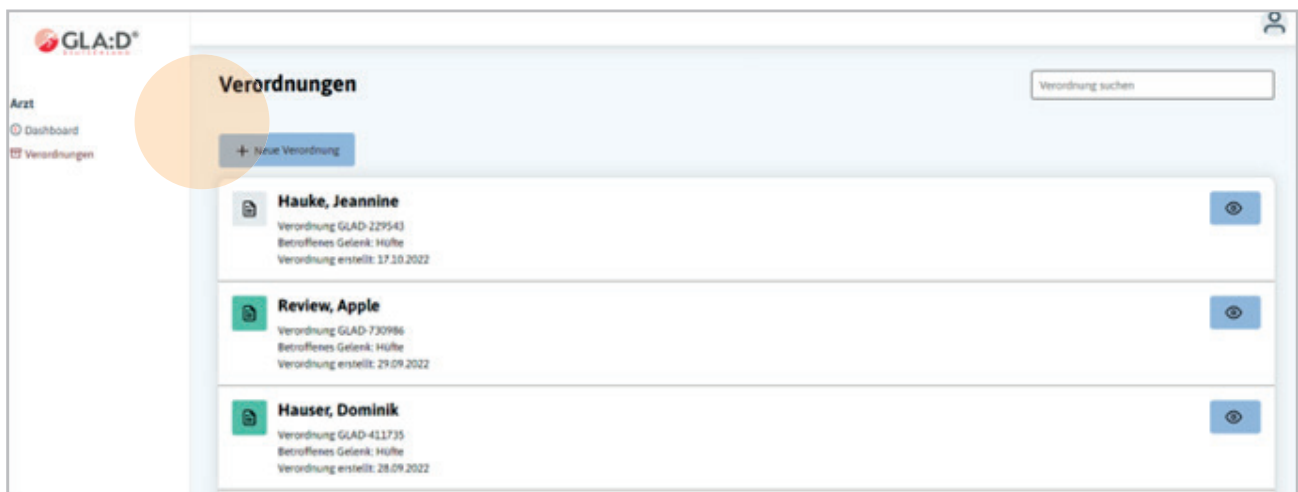
EINSTEUERUNG VON PATIENTEN ÜBER DEN GLA:D® WEBAPP ZUGANG

Eine Einsteuerung von Patienten in das GLA:D® Deutschland Programm ist ausschließlich über die GLA:D® Webapp möglich.

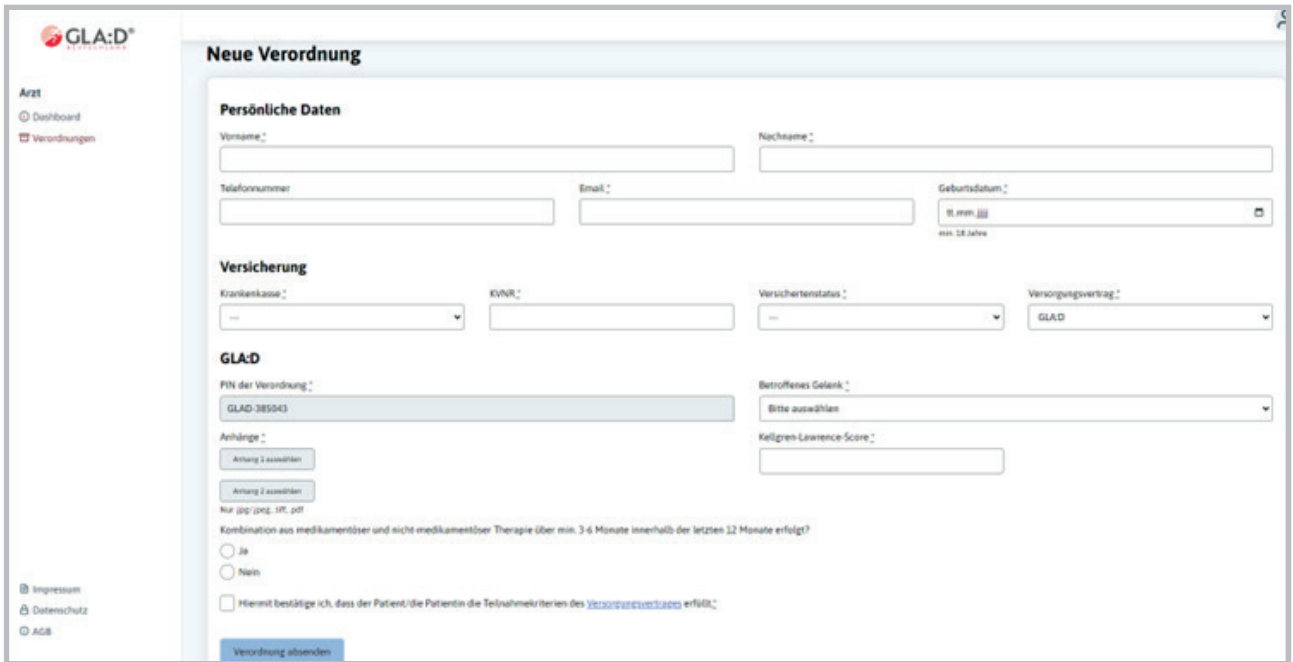
Im Dashboard ist die Anzahl der bisher ausgestellten **Verordnungen** durch Sie dargestellt.



Neue Patienten werden über Verordnungen in der Webapp angelegt. Hierzu muss der blau hinterlegte Button **+ Neue Verordnung** ausgewählt werden.



Daraufhin öffnet sich das Fenster **Neue Verordnung**. Die persönlichen Daten, Versicherungsdaten sowie Informationen zum betroffenen Gelenk müssen ausgefüllt werden. Nach Eingabe aller Informationen klicken Sie auf **Verordnung absenden**.



Neue Verordnung

Persönliche Daten

Vorname: Nachname:

Telefonnummer: Email: Geburtsdatum: min. 18 Jahre

Versicherung

Krankenkasse: KVNR: Versichertenstatus: Versorgungsvertrag: GLA:D

GLA:D

PIN der Verordnung: GLAD-385043

Betroffenes Gelenk: Bitte auswählen

Kellgren-Lawrence-Score:

Anhänge:

Anhang 1 auswählen

Anhang 2 auswählen

Nur .jpg/.jpeg/.tiff/.pdf

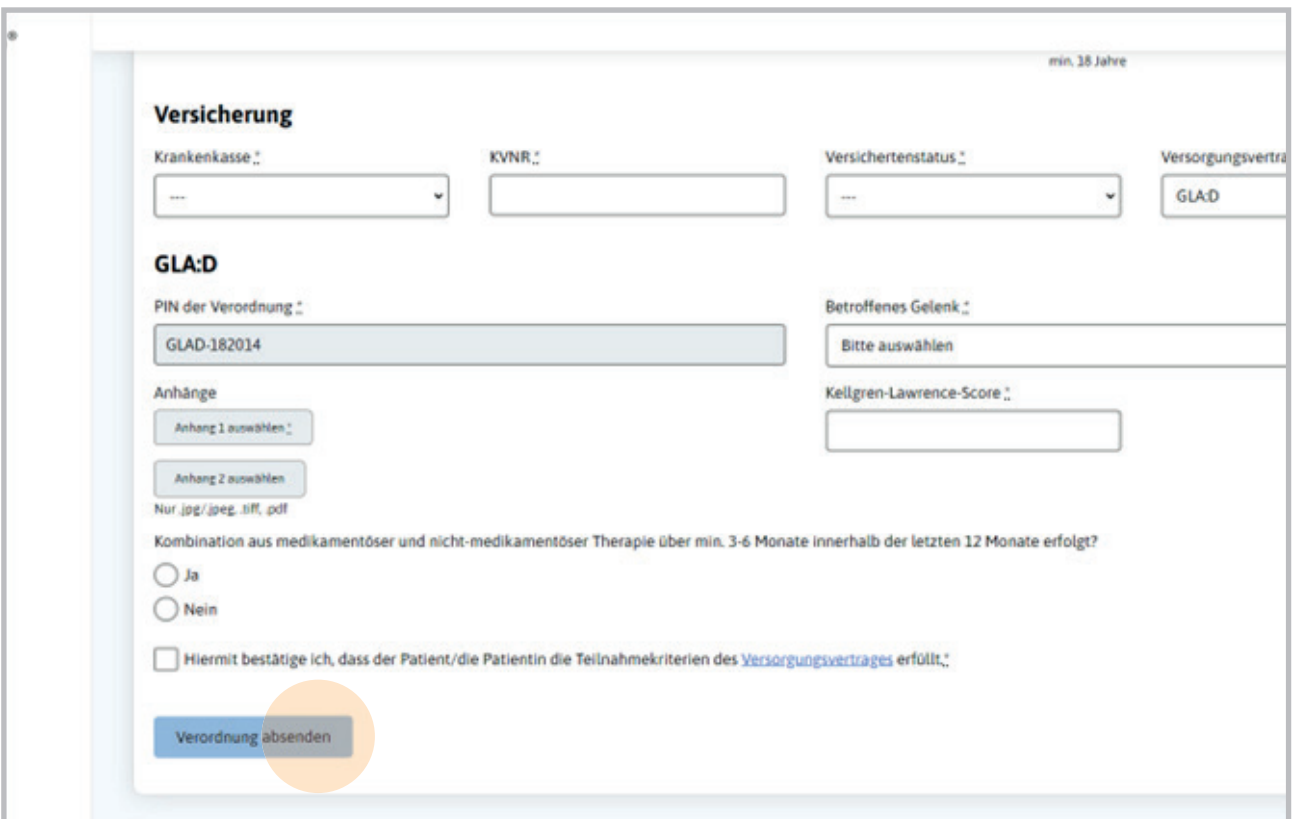
Kombination aus medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie über min. 3-6 Monate innerhalb der letzten 12 Monate erfolgt?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Hiermit bestätige ich, dass der Patient/die Patientin die Teilnahmebedingungen des [Versorgungsvertrages](#) erfüllt.

Verordnung absenden



Versicherung

Krankenkasse: KVNR: Versichertenstatus: Versorgungsvertrag: GLA:D

GLA:D

PIN der Verordnung: GLAD-182014

Betroffenes Gelenk: Bitte auswählen

Kellgren-Lawrence-Score:

Anhänge:

Anhang 1 auswählen

Anhang 2 auswählen

Nur .jpg/.jpeg/.tiff/.pdf

Kombination aus medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie über min. 3-6 Monate innerhalb der letzten 12 Monate erfolgt?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Hiermit bestätige ich, dass der Patient/die Patientin die Teilnahmebedingungen des [Versorgungsvertrages](#) erfüllt.

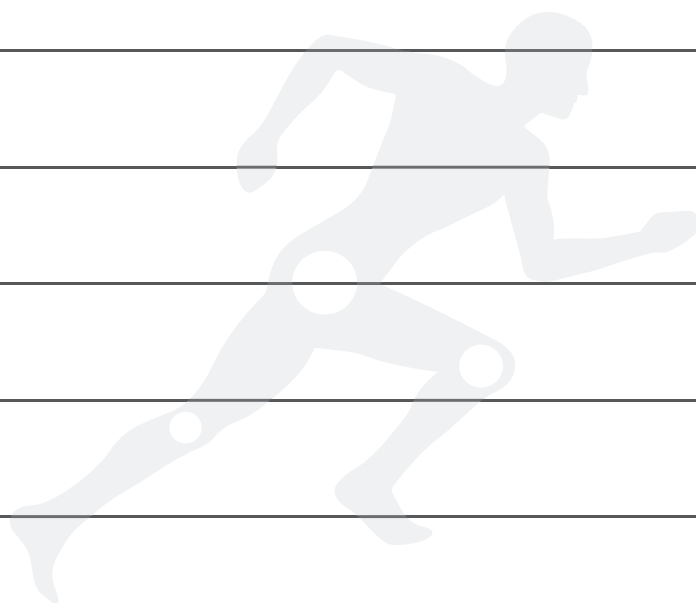
Verordnung absenden

Ihr Patient erhält sofort danach eine Benachrichtigung über den Therapie-Code (PIN der Verordnung) via E-Mail.

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd



Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal lines.





ANDREAS GLAUBITZ
Projektleiter
GLA:D® Deutschland



JEANNINE HAUKE
Projektmanagerin
GLA:D® Deutschland



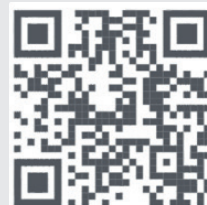
SIMONE NAPIERALA-KOMP
Projektmanagerin
GLA:D® Deutschland

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: 02054 93856 50

E-Mail: lizenznehmer@damg.de

Alle aktuellen Dokumente und Informationen zu GLA:D® Deutschland finden Sie über den untenstehenden Link oder durch Scannen des QR-Codes.



<https://glad-deutschland.de/>