

## Einzelfallantrag über die Teilnahme an GLA:D®

### Ablauf:

1. Drucken und füllen Sie die Antragsunterlagen vollständig aus
2. Händigen Sie den Versicherten die Teilnehmerinformation aus
3. Versehen Sie die Unterlagen an den gekennzeichneten Stellen mit **Stempel** und **Unterschrift**
4. Lassen Sie die Versicherten ebenfalls an den gekennzeichneten Stellen unterschreiben
5. Senden Sie die Teilnahmeerklärung und die Eignungsbescheinigung per Fax an **02054 / 938 56 59**, oder laden die Dokumente direkt im **Upload-Portal** der DAMG hoch



(<https://damg.de/dateiupload>)

6. Bei Eingang der Rückmeldung des Kostenträgers, werden Sie durch die DAMG kontaktiert und über das Ergebnis informiert
7. Legen Sie eine neue Verordnung für Versicherten über Ihren Arzt-Zugang in der GLA:D Webanwendung an

**Hinweis:** Bitte legen Sie die Verordnung erst **NACH** Erhalt der Information zur Kostenübernahme in der GLA:D® Webanwendung an.

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



# Eignungsbescheinigung

**E-Mail-Adresse:**

**Telefonnummer / Handynummer:**

- Hiermit bestätige ich, dass der Patient/die Patientin die Teilnahme Kriterien für das GLA:D Deutschland Programm erfüllt.
- Bestehende Knie- oder Hüftarthrose
  - Eignung für eine Trainingstherapie in der Gruppe
  - Bereitschaft und Fähigkeit zur Verwendung digitaler Medien zwecks Datenerhebung und Therapiebegleitung (Smartphone, Computer, Internet)
  - Keine andere Ursache für die Symptome (Tumor, entzündliche Gelenkerkrankung, Zustand nach Hüftfraktur, Weichteil- oder Bindegewebserkrankungen, usw.)
  - Keine anderen Beschwerden, die stärker ausgeprägt sind als die durch Arthrose verursachten Symptome (chronische Schmerzen, Fibromyalgie, usw.)
  - Fähigkeit, die Deutsche Sprache in Wort/Schrift zu verstehen

- Hiermit bestätige ich die medizinische Notwendigkeit einer Teilnahme an GLA:D

**Diagnose (ICD10):**

**Bestehend seit:**

**Bisherige Maßnahmen:**

Datum

Unterschrift + Stempel



**Teilnahme- und  
Einwilligungserklärung am  
GLA:D®  
Therapiekonzept zur  
Datenverarbeitung**

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

**Bitte schicken Sie das  
Original an**

Deutsche Arzt Management  
GmbH  
Im Teelbruch 118  
45219 Essen

**Teilnahme an einem übergreifenden Physiotherapie-Programm,  
welches Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll.**

**A. Erklärung zur Teilnahme am GLA:D Therapiekonzept & Nutzung [www.glad-app.de](http://www.glad-app.de) oder der GLA:D App**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt.

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

**Widerrufsbelehrung**

**Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Deutschen Arzt Management GmbH ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. 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**

Zur Teilnahme an dem GLA:D Therapiekonzept wird Ihr behandelnder Arzt Sie unter [www.glad-app.de](http://www.glad-app.de) registrieren. Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen und Sie werden digitale Fragebögen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausfüllen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

Durch die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Registrierung Ihres Nutzerkontos und der Annahme der AGB und der Datenschutzerklärung (einschließlich der Verwendung von Cookies) erklären Sie Ihre Einwilligung dazu, dass die tinana GmbH und die Deutsche Arzt Management GmbH Ihre personenbezogene Daten in Übereinstimmung mit der Datenschutzerklärung verarbeiten dürfen.

### Daten zur medizinischen Dokumentation

Zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des Versorgungsprogramms und zu wissenschaftlichen Studien werden demografische Angaben und die Ergebnisse aus den Patientenfragebögen in eine Datenbank eingespeist und in anonymisierter Form durch die Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus ausgewertet.

Damit eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann ist es erforderlich, dass alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen. Daher werden Ihre medizinischen Daten zu diesem Zweck in einer gemeinsamen Dokumentation erfasst. Die Daten daraus dürfen nur von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern und nur für den konkret anstehenden Behandlungsfall im Rahmen des Versorgungsprogramms abgerufen und genutzt werden.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

**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 den *GLA:D® Therapiekonzept* 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 Patient/in, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift, Stempel Zuweiser

**Patienteninformationen 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**



**Vertragskennzeichen: 121382AE021**

Mit der Deutschen Arzt Management GmbH ist ein Vertrag über eine Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Besonderen Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Unter Leistungserbringer sind alle an Ihrer medizinischen Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen zu verstehen – dies sind niedergelassene Ärzte und GLA:D zertifizierte Physiotherapeuten.

**Verbesserte Versorgung**

Durch das vorliegende Versorgungskonzept soll die Versorgung verbessert und eine effektivere Behandlung erreicht werden. Dazu erfolgt eine umfassende Koordination der medizinischen Behandlungen zwischen den Medizинern und den Therapeuten. Durch diese enge Vernetzung, gemeinsame Abstimmung und einer zusätzlichen digitalen Begleitung sollen einheitliche Therapiestandards oder Leitlinien für Arthrose-Patienten initiiert werden und somit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden. Zusätzlich sollen stationäre Operationen vermieden werden und Ausfallzeiten aufgrund der Krankheit verringert werden.

**Diese Leistungen können Sie erwarten**

Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung bieten wir Ihnen eine Eingangsdiagnostik mit einer Unbedenklichkeitsfeststellung zur Einschreibung in das Programm. Es finden Patientenedukationen statt. Zusätzlich zu physiotherapeutischen Einzelsitzungen werden Übungen in kleinen Gruppen durchgeführt. Während der gesamten Laufzeit des Programms können Sie durch die GLA:D-App digital begleitet werden. Um eine zielgerichtete Therapie zu gewährleisten, werden medizinische Fragebögen mit Ihnen ausgefüllt und ausgewertet. Zum Abschluss des Programms erhält die einweisende Ärztin / der einweisende Arzt nach einer Austrittsuntersuchung einen Kurzbericht.

**Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind**

Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt nimmt an der Besonderen Versorgung teil. Daneben sind die oben genannten Leistungserbringer an der Versorgung beteiligt. Die beteiligten Leistungserbringer zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte, den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualifikationsmerkmale erfüllen und eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchführen, insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

### **Wie Sie teilnehmen können**

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden Sie in einem Gespräch ausführlich über die Behandlungen und Untersuchungen, die im Rahmen der Besonderen Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt. Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist, wenn die Widerrufsbelehrung vollständig bei Ihnen eingegangen ist. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der Besonderen Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Sie sind an Ihre Teilnahmeerklärung nach Ablauf der Widerrufsfrist bis nach der letzten durchgeführten Einzelsitzung mit Austrittsuntersuchung einschließlich des letzten digitalen Patienten- Fragebogenassessments (12 Monate) gebunden. Danach endet Ihre Teilnahme automatisch. Während der Bindung können Sie Ihre Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei Ihrer Krankenkasse endet oder der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

### **Ihren schriftlichen Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrags und des Vertragskennzeichens an Ihre Krankenkasse**

Den Widerruf oder die Kündigung können Sie auch bei der Geschäftsstelle Ihrer Krankenkasse zur Niederschrift erklären.

### **Bleiben Sie treu!**

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es sinnvoll, dass Sie für die Behandlung oder Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Besondere Versorgung eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Sie sind daher für die Dauer Ihrer Teilnahme an diese Leistungserbringer gebunden. Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung nicht.

Sollten Sie andere als die beteiligten Leistungserbringer in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann Ihre Krankenkasse Sie auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Kommen Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann die Krankenkasse Ihre Teilnahme beenden. Zusätzlich kann Ihre

Krankenkasse verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.

### **Mitwirkungspflichten**

Für eine erfolgreiche Durchführung der Behandlung ist es ebenfalls erforderlich, dass Sie an Ihrer Behandlung mitwirken. Das bedeutet, dass Sie die Anweisungen der beteiligten Leistungserbringer z.B. zur Bewegung, Ernährung, die Beantwortung der Fragebögen einhalten

Sollten Sie diese Anweisungen nicht befolgen, kann Ihre Krankenkasse Ihnen die Leistungen der Besonderen Versorgung - nach entsprechender Aufforderung vorübergehend verweigern. Sollten Sie die Anweisungen der beteiligten Leistungserbringer wiederholt oder absehbar auf Dauer nicht einhalten, kann Ihre Krankenkasse Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung beenden.

**Patienteninformation zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung zur Etablierung einer weiterentwickelten, Sektor übergreifenden Physiotherapie, die Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll**  
Vertragskennzeichen: 121382AE021



**Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von Ihrer Krankenkasse, Ihren Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten**

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der §§ 140a Abs. 5, 284 und 295a SGB V

**Teilnahmedaten**

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden an die Deutsche Arzt Management GmbH geschickt. Dort werden die Daten aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, an Ihre Krankenkasse gesandt und dort auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie an der Besonderen Versorgung teilnehmen. Der Deutschen Arzt Management GmbH wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

**Daten zur medizinischen Dokumentation**

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

Zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des Versorgungsprogramms und zu wissenschaftlichen Studien werden demografische Angaben und die Ergebnisse aus den Patientenfragebögen in eine

Datenbank eingespeist und in anonymisierter Form durch die Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus ausgewertet.

**Die Krankenkasse erhält auf keinen Fall Einsicht in diese medizinischen Daten.**

Zur vorliegenden besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass alle an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen, damit eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann. Daher werden Ihre medizinischen Daten zu diesem Zweck in einer gemeinsamen Dokumentation erfasst. Die Daten daraus dürfen nur von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern und nur für den konkret anstehenden Behandlungsfall im Rahmen der Besonderen Versorgung abgerufen und genutzt werden.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

In dieser besonderen Versorgung erbringt die Deutsche Arzt Management GmbH als Vertragspartner nicht selbst die medizinischen Leistungen, sondern bindet dazu die erforderlichen Leistungserbringer ein und übernimmt Verwaltungs- und

Steuerungsaufgaben (die Koordination aller beteiligten Leistungserbringer, Koordination / Organisation der Versorgungsleistungen, Erstellen der Abrechnung). Um diese vertraglichen Aufgaben durchführen zu können, verarbeitet die Deutsche Arzt Management GmbH Ihre dafür notwendigen Daten. Dabei handelt es sich um die Teilnahmedaten.

### **Abrechnungsdaten**

Damit die beteiligten Leistungserbringer eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Diagnosen, ggf. Verordnungsdaten und Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an Ihre Krankenkasse übersenden. Bei Ihrer Krankenkasse werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

In dieser Versorgung rechnen die beteiligten Leistungserbringer nicht selbst direkt mit Ihrer Krankenkasse ab, sondern haben damit als externen Abrechnungsdienstleister die Deutsche Arzt Management GmbH, Im Teelbruch 118, 45219 Essen beauftragt.

Das bedeutet, dass die Leistungserbringer ihre o.g. für die Abrechnung erforderlichen Daten an diese beauftragte Abrechnungsstelle übermittelt, diese die Daten für die Rechnungsstellung aufbereitet an Ihre Krankenkasse übermittelt.

Die beteiligten Leistungserbringer, Ihre Krankenkasse und die Vertragspartner sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Behandlung.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Durchführung dieser besonderen Versorgung erforderlich und gemäß § 140a Abs. 5 SGB V erlaubt, sofern Sie darin einwilligen. Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung erklären Sie diese Einwilligung.

### **Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung**

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre Einwilligung zu diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht möglich. Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist nicht mehr möglich.

Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die oben in den "Patienteninformationen zur Teilnahme" genannte Adresse oder erklären ihn zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

### **Prüfung durch den MD**

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung oder Maßnahme, sind die beteiligten Leistungserbringer dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen gemäß dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren weiterzuleiten. Der Arzt des MD ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

### **Datenlöschung bei Ihrer Krankenkasse**

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei Ihrer Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.

Ihre bei Ihrer Krankenkasse verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten der Besonderen Versorgung) werden bei der Ablehnung Ihrer Teilnahme, Ihrem Ausscheiden oder Ihrem Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung Ihrer Krankenkasse für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und spätestens nach 10 Jahren gelöscht (§ 304 SGB V).

### **Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei Ihrer Krankenkasse**

In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten  
(Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten  
(Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten  
(Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)

- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten  
(Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht  
(Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht Datenübertragbarkeit  
(Art. 20 DS-GVO).

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die Stelle für den Datenschutz bei Ihrer Krankenkasse wenden.

Beschwerden hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten:

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Graurheindorfer Str. 153

53117 Bonn

E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)