

FAQ für Physiotherapeuten

1. Was ist GLA:D®?

GLA:D® (Good Life with osteoArthritis in Denmark) ist ein evidenzbasiertes Versorgungskonzept für Patient:innen mit Knie- oder Hüftarthrose. Es kombiniert gezieltes Training, verständliche Patientenschulung und eine strukturierte Begleitung durch zertifizierte Therapeut:innen. Ziel ist es, Schmerzen zu lindern, die Beweglichkeit zu verbessern und die Selbstwirksamkeit der Patient:innen zu stärken.

2. Wie läuft das GLA:D® Programm ab?

Das Programm erstreckt sich über etwa 12 Wochen und beinhaltet:

- 3 Einzelsitzungen (Anamnese, Befundaufnahme, Durchführung der klinischen Tests und praktische Einführung in das Übungsprogramm)
- 2 Patientenschulungen
- 12 Gruppentrainingseinheiten mit neuromuskulären Übungen
- 1 Abschlussuntersuchung

Zudem erhalten Patient:innen über die GLA:D® WebApp Unterstützung für Zuhause (z. B. Übungspläne, Infos, Termine).

3. Wie kann ich als Physiotherapeut:in GLA:D® anbieten?

Um GLA:D® in der Praxis anzubieten muss die 2-tägige Fortbildung (Standort Essen) besucht- und ein Teilnahmevertrag der Praxis unterzeichnet werden.

Nach der Fortbildung können Sie das Programm anbieten – entweder selbstständig oder im Rahmen einer Praxis.

Zu allen Schulungstermine und die Anmeldung: <https://glad-deutschland.de/kurse>

4. Was kostet die GLA:D® Fortbildung?

Die Schulungskosten betragen derzeit ca. 399 € inkl. MwSt. Die Teilnahme umfasst:

- Schulungsunterlagen
- Zertifizierung als GLA:D® Therapeut:in inkl. Aufnahme in das GLA:D® Register
- Starterpaket mit Infomaterialien und Schulungsmaterialien für die ersten beiden Patientengruppen

→ Alle Verbandsmitglieder vom VPT sowie Physio Deutschland erhalten **10% Rabatt** auf **die Schulung**. Der Code wird gemeinsam mit der Mitgliedsnummer beim Checkout eingegeben. ←

5. Welche Vorteile habe ich als GLA:D® Therapeut:in?

- Zertifiziertes, wissenschaftlich fundiertes Konzept
- Sichtbarkeit über das bundesweite GLA:D® Netzwerk
- Förderung von eigenständigem Arbeiten und Therapeutenkompetenz
- Positive Patientenerfahrungen & nachgewiesene Wirksamkeit

6. Wie wird GLA:D® finanziert? Wer übernimmt die Kosten?

Das GLA:D® Programm wird im Rahmen von Selektivverträgen nach §140a SGB V angeboten. Die Abrechnung erfolgt über bestehende Verträge mit teilnehmenden Krankenkassen. Diese sind unter <https://glad-deutschland.de/krankenkassen/> gelistet. Es finden fortlaufend Verhandlungen mit weiteren Kostenträgern statt, um GLA:D® für möglichst viele Patient:innen zugänglich zu machen.

7. In meinem Bundesland gibt es noch keine ausreichende Kassenstruktur - lohnt sich die Fortbildung dann?

Die Fortbildung liefert einen ausführlichen, stets aktuellen Input über die aktuelle Evidenzlage bezüglich der Behandlung von Arthrose. Es werden wichtige nationale und internationale Leitlinien thematisiert, sowie Studien anhand ihrer Ergebnisse und Aussagekräftigkeit beurteilt. Innerhalb der GLA:D® Fortbildung werden dementsprechend viele Aspekte behandelt, welche in der Behandlung aller Patient:innen mit Knie- oder Hüftarthrose relevant sind.

Außerdem kann GLA:D® auch ohne eine ausreichende Kassenstruktur durch Gruppen, die sich aus Selbstzahler:innen, Privatpatient:innen und gesetzlich versicherten Patient:innen mit einem genehmigen Einzelfallantrag auf Kostenübernahme, erfolgreich umgesetzt werden.

8. Wie kann ich GLA:D® ohne Krankenkassen noch umsetzen?

GLA:D® Gruppen können sich auch rein aus Selbstzahler:innen, Privatpatient:innen und gesetzlich versicherten Patient:innen mit einem genehmigen Einzelfallantrag zusammensetzen.

Auch ein durch die ZPP (Zentrale Prüfstelle Prävention) zertifizierter Onlinekurs orientierend an GLA:D® ist denkbar. Gerne unterstützt das GLA:D® Deutschland Team Interessierte dabei.

Die Häufigsten Fragen zu GLA:D® (FAQ):

9. Gibt es bestimmte räumliche Voraussetzungen, um GLA:D® anzubieten?

Lediglich eine ausreichende Raumgröße für ein Gruppentraining mit max. 5 Teilnehmenden mit Kleingeräten wie Theraband, Gymnastikball, Stepper, Stuhl Hanteln. Mehrsatztraining oder Zirkeltraining ist möglich. Weitere Einzelheiten zur Umsetzung werden in der Fortbildung ausführlich besprochen.

10. Wo werde ich nach der Fortbildung gelistet?

Zertifizierte Therapeut:innen und (Arzt-)Praxen werden auf der offiziellen GLA:D® Website in der GLA:D® Standortkarte gelistet. Voraussetzung dafür ist die Einsendung einer Teilnahmeerklärung der Praxis, nachdem die Schulung abgeschlossen wurde.

<https://glad-deutschland.de>

11. Wie ist die Wirksamkeit wissenschaftlich belegt?

GLA:D® wird in mehreren Ländern erfolgreich eingesetzt. In Deutschland wird es durch die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (BTU) evaluiert. Erste Ergebnisse zeigen bereits nach 3 Monaten signifikante Verbesserungen bei Schmerz, Gehfähigkeit und Lebensqualität. Auch nach 12 Monaten bleibt der Effekt stabil – ein wissenschaftlich belegter Nutzen, der in dieser Form in der Physiotherapie selten ist.

Die Häufigsten Fragen zu GLA:D® (FAQ):

12. Können auch Selbstzahler:innen am Programm teilnehmen?

Ja. Patient:innen, deren Krankenkasse GLA:D® nicht übernimmt, oder Privatpatienten können das Programm auch als Selbstzahlerleistung in Anspruch nehmen. Die Preise dafür können von Praxis zu Praxis leicht variieren, orientieren sich aber an den Erstattungssätzen der teilnehmenden Kassen (mind. 680€).

13. Wie können Patient:innen als Selbstzahler teilnehmen?

- Ein Sektoraler Heilpraktiker (Physiotherapie) füllt einen Behandlungsvertrag aus (s. Muster) und meldet den neuen Selbstzahler an die DAMG. Mitarbeiter der DAMG legen die Verordnung im GLA:D® System an.

ODER

- Ein GLA:D® Netzwerkarzt legt eine Verordnung für Selbstzahler an.

14. Wie können Patient:innen einen Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse stellen?

Der Einzelfallantrag (s. Formular) wird von einem GLA:D® Netzwerkarzt oder auch von einem anderen Arzt ausgefüllt. Der Patient schickt den Einzelfallantrag an seine Krankenkasse. Nach etwa 6 Wochen ist mit einer Rückmeldung seitens der Krankenkasse zu rechnen.

- Positiver Bescheid: Verordnung wird von einem GLA:D® Netzwerkarzt ausgestellt ODER der Einzelfallantrag inklusive **Teilnahmeerklärung** wird an die DAMG geschickt und Mitarbeiter der DAMG legen die Verordnung an.
- Negativer Bescheid: Keine Kostenübernahme, ABER Möglichkeit als Selbstzahler an GLA:D® teilzunehmen.

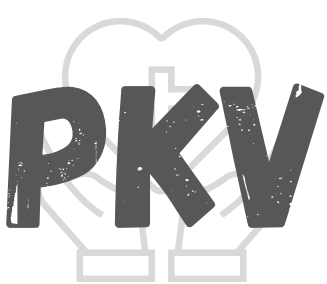
Alle **notwendigen Formulare** können über <https://glad-deutschland.de/fuer-patienten/einsteuerungsunterlagen/> oder im GLA:D® Therapeutenzugang unter "Anbietermaterial" heruntergeladen werden.

Teilnehmende Krankenkassen



Gesetzlich
versichert

Privat versichert



JA

JA

Ist die **GKV**
schon Teil von
GLA:D®?

NEIN

Teilnahme als
Selbstzahler

JA

ODER

Verordnung
durch **GLA:D®**
Arzt / Onlinearzt

Einzelfallantrag*
an die
Krankenkasse

Start im
**Physiotherapie-
zentrum**

Alle teilnehmenden Netzwerkpartner
sind unter <https://glad-deutschland.de>
auf der Startseite aufgeführt.

* siehe nächste Seite

* Einzelfallantrag an die Krankenkasse

1. Eignungsbescheinigung ausfüllen: Medizinische Notwendigkeit mittels ICD-10 Diagnose feststellen

- Von Arzt oder sektorialem HP
Physiotherapie ausfüllbar

Krankenkasse (Name, Versicherungsnummer)	
Name, Vorname des Versicherten	
Geb. Ort	
Geburtsdatum (MM/JJJJ)	
Geburtsort (MM/JJJJ)	
Geburtsort (MM/JJJJ)	

E-Mail-Adresse: _____ **Telefonnummer / Handynummer:** _____

☐ Hiermit bestätige ich, dass der Patient/ die Patientin die Teilnahmekriterien für das GLAD 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 Infektion, Weichteil- oder Bindegewebsverletzungen, 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 GLAD

Diagnose: _____

Bestehend seit: _____

Bisherige Maßnahmen: _____

Datum
Unterschrift + Stempel

www.glad-deutschland.de

Kostenübernahmeantrag:
Versichertendaten des Patienten auf
Seite 1 ausfüllen

- Von Patient ausfüllbar (oder Arzt, Physiotherapeut)

Kostenübernahmeantrag Einzelfallentscheid

Einzelfallentscheid zur Kostenübernahme für die Behandlung von Versicherten mit Knie- oder Hüftbeschwerden

Für Ihre/Ihren Versicherte/Versicherten ist die Teilnahme an einem intensiven Therapieprogramm gemäß der vorliegenden Bescheinigung indiziert und die Teilnahmevoraussetzungen werden erfüllt.

Wir bitten daher um Kostenübernahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. (Weitere Informationen im Anhang)

Name des/der Versicherten/Patienten:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nummer:

Wir bitten um Genehmigung für die Teilnahme an GLA.D³ – Die evidenzbasierte Versorgung von Gonarthrose und Coarthrose (§30,09 €)

☐ **genehmigt**

☐ **nicht genehmigt, Ablehnungsgrund:** _____

☐ **Ich benötige weitere Informationen und bitte um Kontaktaufnahme**

Datum

Stempel / Unterschrift Kostenträger

Wir bitten um Antwort per Fax unter folgender Fax-Nummer:

02054 / 938 56 59

Für Ihre Bemerkungen danken wir herzlich im Voraus. Rückfragen beantworten wir Ihnen jederzeit gerne.

Bitte Ansprechpartnerin:

Katharina Leonak

02054 / 938 56 88

Anlagen:

- Eignungsbescheinigung, Teilnahmeerklärung

Koxarthrose

Zugang zu einer
herbei bestehende

Steigerung ihrer
evidenzbasierten, 1.
auf internationalen
auf. Dadurch werden
momente von Anfang

en und bietet einen
vierte Assessments.
sinnvoller durch die

praktischer

en

in der/den

nd digitalen

Kostenübernahmeantrag Seite 1 von 2

Teilnahmeerklärung des Patienten:
Versichertenkopf ausfüllen
Patientenunterschrift unten links
Zuweiserunterschrift unten rechts

- Von Patient und Arzt/ Sektorales HP (Selbstzahler oder Privat) auszufüllen



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

**Bitte schicken Sie das
Original an**

Deutsche Arzt Management
GmbH
Am Heidenbach 118
45219 Essen

Widerrufbelehrung
Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen
zur Niederschrift bei der Deutschen Arzt Management GmbH
Freiwillig genügt die rechtzeitige Abmeldung der Widerruf
Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit dem

**B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner pers-
sonlichen Daten**

Zur Teilnahme am GLA-D® Therapiekonzept wird Ihr behandeln-
eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben
von ihnen und Sie werden digitale Fragebögen zu unterschiedlich
gängigen medizinischen Dokumentation.

Durch die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Regist-
rierung und der Datenschutzerklärung (einschließlich der Verwendung von
Ihrem Namen und der Deutschen Arzt Management GmbH Ihre per
Datenschutzklärung verarbeiten dürfen.

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

Zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des Versorgungskonzepts und zu wissenschaftlichen Studien werden
demografische Angaben und die Ergebnisse aus den Patienteneingabebögen in eine Datenbank eingepreist und in
anonymer Form durch die Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus ausgewertet.

Damit eine eng verzettelte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann ist es erforderlich,
dass alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Dokumentationen erfassen und Befunde daraus. 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 Versorgungskonzepts 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 dem 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.**

Datum, Unterschrift Patient/in, Bevollmächtigter, gesetzl. Vertreter
Unterschrift, Stempel Zeugen

www.glad-deutschland.de

