

21. November 2019



Deutscher Behindertensportverband e.V.
National Paralympic Committee Germany

Qualitätsmanagement

in den Gruppen des DBS zum
ärztlich verordneten Rehabilitationssport

Deutscher Behindertensportverband e.V.
– Im Hause der Gold-Kraemer-Stiftung –
Tulpenweg 2-4
50226 Frechen-Buschbell



Inhaltsverzeichnis

1 Grundlagen	3
1.1 Rahmenvereinbarung	3
1.2 Durchführungsvereinbarung mit den Rehabilitationsträgern auf Bundes- und Landesebene.....	3
2 Strukturqualität	3
2.1 Bundeseinheitliches Anerkennungsverfahren.....	4
2.2 Richtlinie zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS	4
3 Prozessqualität	4
3.1 Verordnung über den ärztlich verordneten Rehabilitationssport	5
3.2 Beratungsgespräch / Anamnese	5
3.3 Dokumentation der Übungsstunde	5
4 Ergebnisqualität	6
4.1 Zufriedenheitsbefragung bei Teilnehmenden.....	6



1 Grundlagen

1.1 Rahmenvereinbarung

Die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (im Folgenden RV) in seiner jeweils gültigen Fassung stellt die strukturelle Grundlage des ärztlich verordneten Rehabilitationssports nach §64 SGB IX dar, auf deren Basis darüberhinausgehende Durchführungsvereinbarungen mit den Rehabilitationsträgern geschlossen werden können. Die qualitativen Mindeststandards, die jeder anerkannte Leistungserbringender im Rehabilitationssport erfüllen muss, werden in der Rahmenvereinbarung festgelegt. Gemäß RV Ziffer 19 sind die Rehabilitationssportgruppen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität verpflichtet. Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports erfolgt durch die anerkennenden Stellen (Ziffer 8.7). Innerhalb des DBS sind dies in der Regel die Landesbehindertensportverbände, weshalb der DBS ein bundeseinheitliches Anerkennungsverfahren entwickelt hat (vgl. 2.1 dieses Textes).

1.2 Durchführungsvereinbarung mit den Rehabilitationsträgern auf Bundes- und Landesebene

Die Durchführungsvereinbarungen mit den Rehabilitationsträgern auf Bundes- und Landesebene können Regelungen umfassen, die über die qualitativen Mindeststandards der Rahmenvereinbarung konkretisieren. In der Regel werden hier weitere Vorgehensweisen definiert, die die Struktur- und Prozessqualität maßgeblich beeinflussen. Regelmäßig finden sich hier u.a. konkrete Bestimmungen zur Meldung der Rehabilitationssportangebote und den Gründen, die zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen führen können.

Mit den Rehabilitationsträgern, die bundesweit auftreten, schließt der DBS grundsätzlich bundesweit gültige Durchführungs- und Finanzierungsvereinbarungen. Mit den regional auftretenden Rehabilitationsträgern sind i.d.R. eigenständige Vereinbarungen geschlossen, mit Wirkung für den jeweiligen regionalen Träger.

Damit Rehabilitationssportler/innen aller Rehabilitationsträger an einem anerkannten Rehabilitationssportangebot von Vereinen des DBS und seiner Landesverbände teilnehmen können, müssen die Erfordernisse aller für den Verein/Leistungserbringender gültigen Vereinbarungen erfüllt sein. Nach diesen Vereinbarungen werden standardisierte Dokumentationen in allen Qualitätsdimensionen eingesetzt (bspw. vdek-Vereinbarung §13 Qualitätssicherung).

2 Strukturqualität

Die Strukturqualität soll die Rahmenbedingungen benennen, die zur Erreichung der Teilhabeziele notwendig sind. Sie bildet die Grundlage, um die vereinbarte Leistung, den ärztlich verordneten Rehabilitationssport, erbringen zu können. Die Ziele des Rehabilitationssports ergeben sich aus



Absatz 2 der Rahmenvereinbarung. Die RV gibt darüber hinaus an verschiedenen Stellen Auskunft über eine geforderte Strukturqualität, u.a.:

- Einhaltung/Umsetzung des/r Leistungsumfangs/Leistungsdauer (Ziffer 4)
- Einhaltung/Umsetzung der Rehabilitationssportarten (Ziffer 5)
- Einhaltung von Gruppengröße und Gruppendauer (Ziffer 10)
- Sicherstellung der ärztlichen Betreuung/Überwachung (Ziffer 12)
- Einsatz qualifizierter Übungsleiter (Ziffer 13)

2.1 Bundeseinheitliches Anerkennungsverfahren

Das bundeseinheitliche Anerkennungsverfahren ermöglicht durch seine Formblätter AN, AP, ÜL, M, VL, TN sowie die Erklärung zum Antrag als Leistungserbringender, einheitliche Mindeststandards für die Anerkennung von Vereinen als Leistungserbringender. Mit den Formularen werden die wesentlichen Strukturdaten des Rehabilitationssportangebotes erfasst. Die erforderliche Verlängerung der Anerkennungen führt zu einer kontinuierlichen Beibehaltung dieser Mindeststandards.

Über die ARGE IK (Institutionskennzeichen) erhält jeder Verein ein eigenes IK zur eindeutigen Identifizierung seiner Angebote.

Die erfassten Strukturdaten müssen in regelmäßigen Abständen an die Rehabilitationsträger gemeldet werden.

2.2 Richtlinie zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS

Im Rahmen des bundeseinheitlichen Anerkennungsverfahrens verpflichten sich die Vereine zur Einhaltung der Richtlinie zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS. Mit der Richtlinie gibt der DBS einerseits Orientierung hinsichtlich der Durchführung des Rehabilitationssports, andererseits werden Empfehlungen getroffen, die über die Regelungen der RV oder der nachgeordneten Verträge hinaus gehen.

3 Prozessqualität

Die Prozessqualität bezieht sich u.a. auf die Planung, die Strukturierung und die Durchführung des Rehabilitationssports sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung. Beim Umgang mit den personenbezogenen Daten und besonderen Kategorien von Daten (u.a. Gesundheitsdaten) sind die Regelungen zum Datenschutz zu beachten. Weitere Informationen finden Sie im „Leitfaden Datenschutz im Rehabilitationssport“ des DBS.



3.1 Verordnung über den ärztlich verordneten Rehabilitationssport

Die genehmigte ärztliche Verordnung bzw. der Antrag auf Kostenübernahme (Muster 56 bzw. GO850) ist die Grundlage zur Abrechnungsmöglichkeit der konkret erbrachten

Rehabilitationssporteinheiten. Eine Abrechnungsmöglichkeit besteht nur dann, wenn eine Anerkennung der entsprechenden Gruppe vorliegt. Darüber hinaus wird über eine vollständig ausgefüllte ärztliche Verordnung sichergestellt, dass im Verein eine indikationsgerechte Zuordnung der/des Rehabilitationssportlers/in erfolgen kann.

Die Verordnung ist der Planungsqualität als Teil der Prozessqualität zu zuordnen. Sie sollte Informationen zur Diagnose, Schädigung, Rehabilitationsziel(e), Rehabilitationssportart Anzahl und Zeitraum der Übungseinheiten enthalten.

3.2 Beratungsgespräch / Eingangsfragebogen

Die ordnungsgemäße Beratung im Rahmen des (Erst-)Beratungsgesprächs zum ärztlich verordneten Rehabilitationssport ist durch die Nutzung des (DBS-)Beratungsprotokolls (Formular B) gemäß Richtlinie zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS sicherzustellen. Über das Beratungsprotokoll ist gewährleistet, dass die Rehabilitationssportler/innen über die für sie wichtigen und grundsätzlichen Rahmenbedingungen des Rehabilitationssports informiert werden. Darüber hinaus empfiehlt der DBS die Gruppenzuordnung grundsätzlich anhand der Inhalte der ärztlichen Verordnung und eines standardisierten Eingangsfragebogens. So können mögliche Kontraindikationen erkannt und ggf. Rücksprache mit der ärztlich verordnenden Person gehalten werden. Bei relevanten gesundheitlichen Bedrohungen, weiteren bislang unbekanntem Diagnosen oder sonstigen Unklarheiten, sollte eine Rücksprache mit der ärztlichen Betreuung und ggf. mit der verordnenden Ärzt*in erfolgen.

Der DBS empfiehlt hierfür die Verwendung des Eingangsfragebogens gemäß Anlage 1. Hierbei ist darauf zu achten, die auf Seite 3 beigegefügte Datenschutzerklärung bzw. Einwilligungserklärung ebenso zu nutzen, da immer dann, wenn personenbezogene Daten gemäß Artikel 13. DSGVO verarbeitet werden, Informationspflichten zu erfüllen sind.

3.3 Dokumentation der Übungsstunde

Teilnahmebestätigung:

Die Verwendung der Teilnahmebestätigung wird i.d.R. durch die Durchführungsvereinbarung mit dem jeweiligen Rehabilitationsträgern vorgegeben und dient als Grundlage für die Abrechnung der absolvierten Übungseinheiten der Rehabilitationssportler/innen. Mit der Teilnahmebestätigung der Versicherten wird die Teilnahme dokumentiert.



Anwesenheitsliste:

Zusätzlich wird die Teilnahme über eine Anwesenheitsliste (gemäß RV und Richtlinie) dokumentiert, die i.d.R. durch die Übungsleitung geführt wird. Die Anwesenheitsliste sollte i.d.R. nur Namen und Vornamen, sowie einen Status-Vermerk wie Teilnahme, Abwesenheit oder entschuldigt mit jeweiligem Datum enthalten (Muster vgl. Anlage 2).

Dokumentationsbogen:

„Ein einheitlicher Dokumentationsbogen ist noch zu entwickeln, der dann auch verpflichtend im Rahmen der Übungsleitungsausbildung vermittelt werden soll.“

4 Ergebnisqualität

Ergebnisqualität bezieht sich laut BAR auf die Frage, in welchem Ausmaß die angestrebten individuellen und generellen Rehabilitationsziele erreicht werden (vgl. 1.3 dieses Textes). Diese kann u.a. durch eine Einschätzung der ärztlich verordnenden Person bewertet werden und andererseits durch die subjektive Wahrnehmung der Rehabilitationssportler/innen.

4.1 Zufriedenheitsbefragung bei Teilnehmenden

Zufriedenheitsbefragungen der Teilnehmenden dienen einerseits der Abfrage der subjektiven Wahrnehmung der Rehabilitationssportler in Bezug auf die Erreichung ihrer Rehabilitationsziele. Sie können auch ein Bewusstsein schaffen, welche Fortschritte bereits erzielt wurden.

Andererseits können Zufriedenheitsbefragungen als Instrument des Vereins als Leistungserbringender dienen, um zu erfahren, wie er seine Struktur- und Prozessqualität verbessern kann.

Um die Erreichung der Ziele im zeitlichen Kontext bewerten zu können, sind wenige persönliche Angaben der Rehabilitationssportler notwendig: Rehabilitationssportgruppe/Hauptindikation, Teilnahme seit, Altersgruppe, Teilnahme über ärztliche Verordnung.

Der DBS empfiehlt die Verwendung des Befragungsbogens in Anlage 3.

Name:	Vorname:
-------	----------

Verein:

Name:	Vorname:
Anschrift:	Telefon:
Geburtstag:	Beruf/Tätigkeit:*
Überweisende Ärzt*in/Hausarzt*in: <small>(Name, Anschrift, Telefon)</small>	
Körpergröße:*	Gewicht:*

Erkrankungen / Diagnosen	Bemerkungen / Ergänzungen / Medikamente / OP's (in den letzten 10 Jahren)
Herzerkrankungen (siehe Rückseite!) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Durchblutungsstörungen / Krampfadern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blutdruck _____	
Hypertonie (hoher Blutdruck) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hypotonie (niedriger Blutdruck) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Tablettenpflicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Insulinpflicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arthrose / Arthritis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Endoprothesen (TEP) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Halswirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Brustwirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lendenwirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Osteoporose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenfehlfunktionen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hyperthyreose (Überfunktion) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hypothyreose (Unterfunktion) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Andere Erkrankungen:	
Weitere Medikamente:	
Ich wünsche eine ärztliche Beratung beim Vereinsarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? Name: _____ Telefon: _____	
Datum, Ort: _____ Unterschrift Interessent*in: _____	

Wird vom Verein ausgefüllt:	
Übungszeit:	Übungsort:
Beginn voraussichtlich ab:	
Arztuntersuchungstermin (falls gewünscht):	

**Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport
Erfassungsbogen für Herzgruppen / Koronarsport
(Angaben des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin)**



Erkrankungen / Diagnosen:	
Medikamente:	

Ergometertest

Datum/Uhrzeit					
Medikamente <small>(Zeitpunkt der Einnahme am Tage)</small>					

Belastungs-EKG

Ruhepuls					
Max. Watt					
Max. HF					
RR vor Belastung					
RR nach Belastung					
Abbruchkriterien					

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? Name, Vorname: Telefon:
--

Name, Vorname der Ärzt*in:	Anschrift:
Unterschrift der Ärzt*in:	Ort, Datum:

Teil dieses Eingangsfragebogens ist die als Anlage beigefügte „Datenschutz- und Einwilligungserklärung zum Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport“ deren Kenntnisnahme durch meine dort gesondert zu leistende Unterschrift bestätigt wird.

Die Verwendbarkeit dieses Eingangsfragebogens ist bedingt durch die auf der Anlage „Datenschutz- und Einwilligungserklärung zum Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport“ zu leistende Unterschrift. Ihre personenbezogenen Daten werden durch geeignete technische sowie organisatorische Maßnahmen vor einer Kenntnisnahme durch Dritte geschützt; weitere Informationen zum Schutz Ihrer Daten erhalten Sie auf Anfrage in unserer Geschäftsstelle.

Hiermit willige ich _____ (Name, Vorname, Geb.-Dat.) darin ein, dass meine personenbezogenen Daten (inkl. Gesundheitsdaten) aus dem beiliegenden Eingangsfragebogen für die Teilnahme am Rehabilitationssport durch den Verein

_____ (Verantwortliche*r: _____, Kontakt: _____) zum Zweck der Angebotszuordnung, inhaltlichen Gestaltung und Verwaltung der Übungseinheiten erhoben, gespeichert und an die zugeordnete/n **Übungsleitung/en** sowie ggf. an die betreuende **Ärzt*in** des Vereins übermittelt werden dürfen.

Folgende Daten werden durch den Verein _____ erhoben, gespeichert und ggf. übermittelt:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift (Straße, PLZ, Ort)
- Telefonnummer
- Körpergröße und -gewicht
- Verordnende Ärzt*in
- Angegebene Erkrankungen/Diagnosen
- Medikation
- Notfallkontakt
- Messwerte des Ergometertests (bei Herzgruppen)
- Messwerte des Belastungs-EKGs (bei Herzgruppen)

Dauer der Speicherung:

Die o.g. personenbezogenen Daten (inkl. Gesundheitsdaten) werden maximal bis zum der Ende Teilnahme am ärztlich verordneten Rehabilitationssport aufbewahrt. Personenbezogene Daten werden im Rahmen der Teilnehmenden-/Mitgliederverwaltung bis _____ aufbewahrt.

Ansprechperson zum Datenschutz:

Datenschutzbeauftragte Person des Vereins: _____
Kontakt: _____

Die für den Verein zuständige Datenschutz-Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter:

Ihnen stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden

Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO.

Freiwilligkeit der Einwilligung und Recht zum Widerruf:

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Einwilligung in die Datenerhebung und -weitergabe freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen beim Verein widerrufen kann. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Folgen des Widerrufs:

Ein Widerruf der freiwilligen Einwilligung hat zur Folge, dass die im Eingangsfragebogen erhobenen Gesundheitsdaten nicht an die zugewiesene(n) Übungsleitung(en) übermittelt werden können. Die Übungsauswahl enthält daher ggf. Übungen, die aufgrund des Gesundheitszustandes nicht absolviert werden können.

Ort, Datum, Unterschrift Interessent*in

Zufriedenheitsbefragung zum ärztlich verordneten Rehabilitationssport

Liebe Teilnehmende,

wir als Verein sind bestrebt, unser Angebot zum Rehabilitationssport kontinuierlich zu verbessern. Um dies zu gewährleisten freuen wir uns über Ihre Unterstützung. Mit der folgenden Zufriedenheitsbefragung möchten wir Verbesserungspotential für unsere Gruppen ermitteln.

Die Teilnahme an der Zufriedenheitsbefragung ist freiwillig. Die anonymisierten Daten werden dazu verwendet, das Angebot vor Ort zu verbessern. Zur Ermittlung von Vergleichswerten, können die anonymisierten Daten Angaben an den Deutschen Behindertensportverband weitergegeben werden.
Rehabilitationssportgruppe (Tag, Uhrzeit): _____

Ich nehme an der Rehabilitationssportgruppe teil seit: _____

Demografische Angaben:

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

Alter: bis 18 Jahre bis 35 Jahre bis 60 Jahre über 60 Jahre

Wie bewerten Sie die folgenden Aspekte des Angebots?

Rahmenbedingungen (Regelmäßigkeit, Gruppengröße, Gruppenzusammensetzung):



Die Übungsstätte (Ausstattung, Geräte, Sauberkeit, Zugang):



Die Übungsleitung (Kompetenz, Belastung angemessen, Lernen für den Alltag):



Der Rehabilitationssport hat mir zu einer positiveren Lebensart/Lebensweise verholfen:



Ich führe ein aufbauendes Sportangebot des Vereins weiter:



Stundendokumentation

Gruppe: _____



Übungsleitung: _____

Datum:	Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____			
	Hauptteil	Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____		
		Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____		
	Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____			
Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____			
	Hauptteil	Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____		
		Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____		
	Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____			
Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____			
	Hauptteil	Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____		
		Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____		
	Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____			
Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____			
	Hauptteil	Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____		
		Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____		
	Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____			
Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____			
	Hauptteil	Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____		
		Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____		
	Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____			
Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____			
	Hauptteil	Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____		
		Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____		
	Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____			
Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____			
	Hauptteil	Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____		
		Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____		
	Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____			
Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung: <input type="checkbox"/> Rhythmisch <input type="checkbox"/> mit Kleingerät <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> _____			
	Hauptteil	Ziel: <input type="checkbox"/> Konditionell <input type="checkbox"/> Koordinativ <input type="checkbox"/> _____		
		Gerät: <input type="checkbox"/> Theraband <input type="checkbox"/> Pezziball <input type="checkbox"/> Stab <input type="checkbox"/> Redondoball <input type="checkbox"/> Airex-Kissen <input type="checkbox"/> Hanteln <input type="checkbox"/> _____		
	Entspannung: <input type="checkbox"/> Dehnung <input type="checkbox"/> Atemübungen <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> _____			
Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				