

Entspannungstherapie in der medizinischen Rehabilitation

→ Ein Leitfaden für die Praxis

Der Leitfaden wurde im März 2021 von Dr. Ulrike Worringen, Leitende Psychotherapeutin in der Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen, Dezernat 8023, Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund fertig gestellt.

Für Rückmeldungen, Korrekturen und Ergänzungen zu diesem Leitfaden wird namentlich Dr. Dieter Küch, Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP); Britta Mai, Reha-Zentrum Bad Nauheim der DRV Bund; Dieter Schmucker, Städtische Rehakliniken Bad Waldsee; Monika Dorn und Perdita Berg vom Reha-Zentrum Bad Eilsen der DRV Braunschweig-Hannover; Prof. Dr. Volker Köllner, Reha-Zentrum Seehof der DRV Bund; Dr. Andrea Reusch, Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V.; Angelika Baldus, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS); Dr. Dietmar Ohm, Dr. Claus Derra sowie Helmut Brenner von der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E e.V.); Thomas Welker, Rainer Kurschildgen und Ilka Pundt von der Fachgruppe Entspannungsverfahren des BDPs sowie Antje Hoppe, Dr. Marion Kalwa, Dr. Christiane Niehues und Dr. Helga Mai vom Dezernat 8023 der DRV Bund sehr herzlich gedankt.

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	5
1	Qualifikationsanforderungen	7
1.1	Progressive (Muskel)Relaxation und Autogenes Training	11
1.2	Yoga, Qi Gong, Tai Chi	13
1.3	Biofeedback	14
1.4	Weitere psychologische und psychotherapeutische Verfahren	15
1.4.1	Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Meditation	15
1.4.2	Imaginationsverfahren	16
1.4.3	Klinische Hypnose / Hypnotherapie	16
1.4.4	Exkurs Stressbewältigung	18
2	Durchführung von Entspannungstherapie	19
2.1	Indikationsstellung und Verordnung	21
2.2	Einzelsetting	23
2.3	Gruppensetting	23
2.3.1	Einführung in die Entspannungstherapie	23
2.3.2	Gruppengröße	25
2.3.3	Offene oder geschlossene Gruppe	25
2.3.4	Erwartungen und Vorerfahrungen der Rehabilitand*innen	26
2.4	Therapieräume	29
2.5	Mediennutzung und digitale Formate	30
2.6	Alltagstransfer und Nachsorge	31
2.7	Fortbildung	32
3	Dokumentation und Qualitätssicherung	32
3.1	Dokumentation	32

3.2	Reha-Entlassungsbericht	33
3.3	Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung	34
3.4	Stellenschlüssel	34
3.5	Konzept	35
3.6	Qualitätssicherung durch die DRV	36
3.6.1	Rehabilitandenbefragung	36
3.6.2	Klassifikation therapeutischer Leistungen	37
3.6.3	Reha-Therapiestandards	39
3.6.4	Peer-Review Verfahren	41
3.6.5	Visitationen	41
3.6.6	Beschwerdemanagement	42
4	Literatur-, Internet- und Fortbildungshinweise	42
4.1	Rahmenvorgaben und Empfehlungen der Rentenversicherung	44
4.2	Qualitätssicherungsinstrumente der Rentenversicherung	46
4.3	Sozialmedizin	48
4.4	Fortbildungen der DRV	48
4.5	Berufs- und Fachverbände	49
4.5.1	Deutsche Gesellschaft für Entspannungs- verfahren (DG-E e.V.)	49
4.5.2	Deutsche Gesellschaft für ärztliche Entspannungsmethoden, Hypnose und Autogenes Training und Therapie (DGäEHAT)	49
4.5.3	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	49
4.5.4	Biofeedback	50
4.5.5	Klinische Hypnose und Hypnotherapie	50
4.5.6	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)	51
4.5.7	Tai Chi und Qi Gong	51
4.5.8	Yoga	52
	Anhang	53
	Notizen	56

Einleitung

Seit den 70er Jahren ist die Entspannungstherapie fester Bestandteil der therapeutischen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Wirksamkeit einzelner Entspannungsverfahren ist gut belegt und der Bedarf an Entspannungstherapie ist bei Rehabilitand*innen in allen Indikationen gegeben (Küch & van Dixhoorn, 2020; Krampen, 2013; Petermann, 2020).

In den ersten Jahrzehnten hat die DRV zunächst nur die Progressive (Muskel)Relaxation, das Autogene Training und das Biofeedbacktraining als Entspannungsverfahren zugelassen. In den letzten Jahren haben aber achtsamkeitsbasierte Verfahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Insbesondere fernöstliche Methoden wie Yoga, Meditation, Tai Chi und Qi Gong sind mittlerweile in der Prävention (GKV, 2020) und medizinischen Rehabilitation fest etabliert.

Mit der zunehmenden Vielfalt an Verfahren stellte sich für die DRV die Frage, wie die Anforderungen für die verschiedenen Verfahren zu gestalten sind. Durch die Reflexion klinischer Erfahrungen und der Empfehlungen von einschlägigen Fach- und Berufsverbänden konnten hierzu Antworten im Rahmen der Qualitätssicherung gefunden werden. Bei Klinikbesuchen und bei Fortbildungen wurde allerdings deutlich, dass die Qualitätsvorgaben für die Entspannungstherapie in den Reha-Einrichtungen sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Der vorliegende Leitfaden leistet einen wichtigen Beitrag, die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung so auszuformulieren, dass eine möglichst evidenzbasierte und nachhaltige Entspannungstherapie in der medizinischen Rehabilitation erbracht werden kann.

Der Leitfaden umfasst vier Kapitel.

Im ersten Kapitel werden die Qualifikationsanforderungen an die Entspannungstherapeut*innen dargelegt.

Im zweiten Kapitel werden Fragen zur Durchführung der psychologischen Entspannungstherapie beantwortet.

Im dritten Kapitel wird die Dokumentation und Qualitätssicherung der Entspannungstherapie ausgeführt.

Im vierten Kapitel finden sich Hinweise zu weiterführender Literatur sowie Informationen zu einschlägigen Fachgesellschaften und Berufsverbänden.

1 Qualifikationsanforderungen

In dem vorliegenden Leitfaden wird von Entspannungstherapie gesprochen. Hiermit wird die Anleitung von Entspannung in der medizinischen Rehabilitation als eine therapeutische Leistung gewürdigt. Entsprechend qualifiziert müssen die therapeutischen Berufsgruppen sein, die Entspannungstherapie durchführen. Die Entspannungstherapie muss zudem eingebunden sein in das therapeutische Gesamtkonzept der Reha-Fachabteilung.

Die Deutsche Rentenversicherung legt größten Wert auf die Erfüllung der **beruflichen Qualifikationsanforderungen** der therapeutischen Mitarbeitenden in der medizinischen Rehabilitation. Daher wird erwartet, dass die Umsetzung der berufsgruppenspezifischen Therapien in der jeweiligen Reha-Einrichtung fachlich fundiert erfolgt. Fachliche Vorgaben werden von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie den jeweiligen Berufs- und Fachverbänden entwickelt. Für die Durchführung der Entspannungstherapie finden sich Vorgaben zu den jeweils qualifizierten Berufsgruppen in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, DRV Bund, 2015).

Die fachlichen Anforderungen der Rentenversicherung an die Entspannungstherapeut*innen unterscheiden sich nach Art und Form der Entspannungstherapie. Veranstaltungen zur Einführung in die Entspannungstherapie sind fachwissenschaftliche Leistungen. Sie sollen durch Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen oder entsprechend qualifizierte Ärzt*innen durchgeführt werden (siehe KTL, DRV, 2015).

Um Entspannungsverfahren in der medizinischen Rehabilitation durchführen zu können, bedarf es grundsätzlich die staatliche Anerkennung in einem Gesundheitsfachberuf oder ein einschlägiges therapeutisch ausgerichtetes Studium entsprechender Fachrichtung (DRV 2014, 2015). Die Anforderungen an die Zusatz-

qualifikation für die Durchführung von Entspannungsverfahren orientieren sich an den Empfehlungen der rehabilitationsrelevanten Fach- und Berufsverbände.

In der **Einführung zur Entspannungstherapie** werden Ziele der Entspannungstherapie, die Wirkung von Entspannung auf Körper und Psyche, Konditionierungsprozesse sowie der Nutzen der Entspannungsreaktion im Alltag besprochen. Die anschließende **Einübung der Entspannungsverfahren** kann von Psycholog*innen, Psychologischen Psychotherapeut*innen oder entsprechend qualifizierten Ärzt*innen selbst durchgeführt werden oder an eine andere therapeutische Berufsgruppe oder eine Pflegekraft mit einer Zusatzqualifikation in der entsprechenden Entspannungstherapie delegiert werden. Entspannungstherapeut*innen nicht psychologischer oder ärztlicher Berufsgruppen und Bachelorabsolvent*innen der Psychologie unterstehen bei der Durchführung der Progressiven (Muskel)Relaxation oder des Autogenen Trainings der **Fachaufsicht** von Master- oder Diplom-Psycholog*innen, Psychologischen Psychotherapeut*innen oder entsprechend qualifizierten Ärzt*innen. Die Gesamtverantwortung der Behandlung, auch für die Durchführung der Entspannungstherapie, obliegt den leitenden Fachärzt*innen der Reha-Fachabteilung.

Ziel der Entspannungstherapie ist die **Entspannungsreaktion und die Verbesserung der Körperwahrnehmung**. Die Entspannungsreaktion lässt sich auf körperlicher und psychischer Ebene beschreiben. Auf körperlicher Ebene geht die Entspannungsreaktion mit einer Aktivierung von Homöostaseprozessen im vegetativen Nervensystem einher. Der Parasympathikus wird aktiviert und der Sympathikus in seiner Wirkung begrenzt. Der Muskeltonus wird verringert, die Reflextätigkeit vermindert, die peripheren Gefäße erweitert, die Herzfrequenz verlangsamt, der arterielle Blutdruck gesenkt, der Sauerstoffverbrauch reduziert, die Hautleitfähigkeit verringert, und zentralnervös werden die hirnelektrischen, endokrinen und neurovaskulären Aktivitäten verändert. Auf

der psychischen Ebene wird in der Entspannungsreaktion Gelassenheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden erlebt und die Konzentrationsfähigkeit und Differenzierungsfähigkeit der körperlichen Wahrnehmung verbessert.

Die Entspannungsreaktion steht im Gegensatz zur Stressreaktion. Beide Reaktionen unterliegen psychophysiologischen Prozessen in der Wechselwirkung zwischen psychischen Vorgängen und körperlichen Funktionen. Manche Entspannungsverfahren, wie zum Beispiel die Progressive (Muskel)Relaxation, nutzen stärker die Möglichkeit, durch Veränderung körperlicher Funktionen auf psychische Vorgänge Einfluss zu nehmen, während andere Entspannungsverfahren, wie zum Beispiel das Autogene Training, stärker die Möglichkeit nutzen, durch Veränderungen psychischer Vorgänge die körperlichen Funktionen zu beeinflussen. In beiden Vorgehensweisen können sich die Übenden über die Zusammenhänge zwischen ihren körperlichen Empfindungen und ihrem psychischen Erleben bewusster werden.

In der Übung eines Entspannungsverfahrens lernen Übende, ihre Gedanken und ihren Körper bewusst zu beeinflussen. Eine in dieser Weise bewirkte Steigerung des Wohlbefindens und die Linderung oder bessere Bewältigung von Beschwerden stärken auch das Erleben von Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle und Selbstkompetenz.

Durch jede der folgenden Entspannungsmethoden wird eine entsprechende Entspannungsreaktion erzeugt, die bei ausreichender Übung, das heißt bei einer 30- bis 50-maligen **selbständigen Übungsdurchführung** (Derra, 2017), auch im Alltag gezielt herbeigeführt werden kann. Zu den Inhalten und auch zur Standardisierung der einzelnen Entspannungsverfahren gibt es Empfehlungen von den entsprechenden Berufs- und Fachverbänden (siehe Kontaktdaten in Abschnitt 4.5).

Im Folgenden werden die Qualifikationsanforderungen für die Therapeut*innen in den jeweiligen Entspannungsverfahren benannt. Darüber hinaus lassen sich auch **verfahrenübergreifende Aufgaben und Kompetenzen** an Entspannungstherapeut*innen formulieren (Derra, 2017).

Verfahrensübergreifende Aufgaben und Kompetenzen

- wertschätzende und strukturierende Präsenz und Moderation
- Vermittlung plausibler und überzeugender psychophysiologischer Modellvorstellungen
- Etablierung einer positiven Arbeitsbeziehung
- Anleitung des Übungsablaufs
- Aufforderung zur Körperwahrnehmung
- Fokussierung der Wahrnehmung auf positive entspannungsfördernde Erlebnisse
- Betonen der Eigenständigkeit bei der Durchführung der Übungen
- Motivieren zum regelmäßigen Üben (auch schon während der Rehabilitation)
- offen sein für individuelle Rückmeldungen und Probleme

Alle Verfahren können sowohl zur komplementären Behandlung von Krankheiten als auch zur Verbesserung der generellen Entspannungsfähigkeit genutzt werden.

Anerkennungsfähig sind grundsätzlich für alle Entspannungsverfahren Qualifizierungsmaßnahmen von Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, die staatlich anerkannte Berufs- oder Studienabschlüsse vergeben bzw. die staatlich anerkannt sind, sowie von Berufs- und Fachverbänden und deren Mitgliedern. Der Nachweis umfasst für jedes Verfahren fachwissenschaftliche, fachpraktische und fachübergreifende Kompetenzen.

1.1 Progressive (Muskel)Relaxation und Autogenes Training

Bei der Progressiven (Muskel)Relaxation (PMR/PR) handelt es sich um ein Entspannungsverfahren, bei dem durch die willentliche und bewusste An- und Entspannung einzelner Muskelgruppen ein Zustand tiefer körperlicher und psychischer Entspannung erreicht werden kann (Brenner, 2004; Derra, 2017; Ohm, 2017). Es ist vergleichsweise leicht zu erlernen und das in der medizinischen Rehabilitation am häufigsten angewandte Entspannungsverfahren. Um einen einseitigen Bezug auf die körperliche Entspannung zu vermeiden, einigen sich einschlägige psychologische und medizinische Fachgesellschaften im Rahmen von Konsensuskonferenzen auf die ursprüngliche, aus dem amerikanischen stammende Bezeichnung Progressive Relaxation (PR) für dieses Entspannungsverfahren (Ohm, 2004; Derra, 2017; vgl. Leitlinie der DG-E, GKV, 2020; Hinweise in Abschnitt 4.5.1). In der medizinischen Rehabilitation wird sich diese Bezeichnung erst noch in den Qualitätssicherungsinstrumenten der DRV etablieren müssen.

Autogenes Training (AT) ist ein auf Autosuggestion basierendes Entspannungsverfahren. In der medizinischen Rehabilitation werden zumeist die Übungen, die das vegetative Nervensystem beeinflussen, eingeübt. Die im Ablauf des Erwerbs von AT eingeübten Organübungen werden genutzt, wenn gezielt Funktionen einzelner Organe einbezogen werden sollen. Die Möglichkeit der Autosuggestion als Ziel des Autogenen Trainings („Ich bin ganz ruhig“, „Mein rechter Arm ist ganz schwer“) wird auch als Selbsthypnose bezeichnet.

Der Qualifikationsnachweis muss für **Psycholog*innen** mindestens 64 Unterrichtsstunden bzw. 2 Punkte nach dem European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS, 1 ECTS-Punkt wird gleichgesetzt mit 30 Arbeitsstunden) fachpraktische Anleitung in PR und AT und entsprechende Selbsterfahrung in Präsenzform umfassen.

Ärztliche Entspannungstherapeut*innen müssen an mindestens 20 Stunden zur Einführung in die Grundlagen des AT mit angemessener Selbsterfahrung und Unterweisung zur Durchführung der Autogenen Therapie teilnehmen sowie 12 Stunden Supervision eigener mit AT behandelter Patient*innen nachweisen. Sie müssen zudem psychotherapeutische Grundkenntnisse vorweisen. Da AT nur dann sinnvoll angewandt werden kann, wenn solide Grundlagenkenntnisse psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychiatrischer Zusammenhänge vorhanden sind, ist deren Erwerb zusätzlich zu den o.a. Inhalten unerlässlich. Ihr Umfang orientiert sich an den für die „Psychosomatische Grundversorgung“ und in der gültigen ärztlichen Muster-Weiterbildungsordnung geforderten Kenntnissen und Erfahrungen.

Für nicht psychologische Therapeut*innen sollte die Weiterbildung in den beiden Entspannungsverfahren mindestens 3 ECTS (90 Unterrichtseinheiten) umfassen.

Zertifikate stellen die entsprechenden Berufs- und Fachverbände aus (vgl. Abschnitt 4).

Die nicht ärztlichen oder nicht psychologischen Therapeut*innen oder Pflegekräfte, die PR oder AT durchführen, müssen unter Supervision von Psycholog*innen, entsprechend qualifizierten Ärzt*innen oder Psychologischen Psychotherapeut*innen stehen. Die Supervision dient der Qualitätssicherung und der fortlaufenden Qualifizierung der Therapeut*innen. Gegenstand der Supervision soll insbesondere die patientenorientierte Anwendung der Methoden der Entspannungstherapie, die Abstimmung mit den Inhalten der Einführung, die Motivation zu eigenständigem Üben bereits während der Rehabilitation und die Gesprächsführung mit den Rehabilitand*innen in der Reflexion der Entspannungs- und Übungserfahrung sein.

Beispiele für Themen der Supervision

- Auswahl geeigneter Übungen
- Anleitung einzelner Übungen
- Variation von Übungen
- Motivationslage und Zielklärung
- Umgang mit „unmotivierten“ Teilnehmenden
- Besonderheiten im Erleben oder im Verhalten der Teilnehmenden
- Strukturierung der Feedbackgespräche

1.2 Yoga, Qi Gong, Tai Chi

Das säkularisierte **Yoga** wird wegen seiner positiven Effekte sowohl auf die physische als auch auf die psychische Gesundheit praktiziert. Das Hatha-Yoga ist eine Yogarichtung unter vielen, die sich als anerkannte Entspannungsmethode durchgesetzt hat. In Achtsamkeit praktizierte Körperstellungen und Atemübungen bewirken eine Entspannungsreaktion. Darüber hinaus hilft Yoga, das Körperbewusstsein und den Zugang zu den eigenen Gefühlen zu verbessern.

Qi Gong ist ein Sammelbegriff für vielfältige Übungsmethoden, die in China entwickelt wurden und sich in unterschiedlicher Weise mit der so genannten Lebenskraft, dem Qi, beschäftigen (Engelhardt et al., 2014). Sie umfassen Körperhaltungen und Bewegungen, Atemübungen und die geistigen Übungen der Konzentration und Imagination. Mit Qi Gong Übungen können körperliche, seelische und geistige Funktionen reguliert und gestärkt werden (Kurschildgen, 2016; Fischer & Schwarze, 2019).

Tai Chi folgt ähnlichen Prinzipien wie Qi Gong und dient der langsamen meditativen Übung harmonischer fließender Bewegungen mit Wechselwirkung auf das Vegetativum und die Organfunktionen. Sie wurden ursprünglich im Zusammenhang mit Kampfkunst (beispielsweise

zur verbesserten Konzentration oder um eine ruhige Hand beim Bogenschießen zu haben) entwickelt.

Für **Psycholog*innen** ist das Zertifikat „Yogatherapeut*in“ des Berufsverbands der Deutschen Psychologinnen und Psychologen e.V. zu erbringen. Das Zertifikat umfasst aufbauend auf einem Master oder Diplom Abschluss in Psychologie 16 ECTS (480 Unterrichtseinheiten) Weiterbildung in Yoga. Die psychologische Weiterbildung in Qi Gong sollte mindestens 16 ECTS (480 Unterrichtseinheiten) umfassen.

Dem Deutschen Verband für Gesundheits- und Sporttherapie (DVGS) folgend sollte die Fortbildung im Bereich Yoga für **Sport- und Bewegungstherapeut*innen** mindestens 9 ECTS (270 Unterrichtseinheiten) umfassen, für Tai Chi und Qi Gong jeweils 6 ECTS (180 Unterrichtseinheiten).

Wird nicht nur die körperliche Dimension der fernöstlichen Verfahren im Rahmen der Bewegungstherapie angewandt, sondern auch das psychische Potential dieser Verfahren genutzt (vgl. Abschnitt 2.1), sollten auch die Sport- und Bewegungstherapeut*innen eine umfangreiche Fortbildung von mindestens 480 Unterrichtseinheiten bei einschlägigen Fachgesellschaften (vgl. Abschnitt 4.5.7 und 4.5.8) durchlaufen.

Die genannten Umfänge entsprechen den Vorgaben der jeweiligen Berufs- und Fachverbände. Weitere Informationen zu den Zertifikaten können über die Fach- und Berufsverbände erfragt werden (Kontakt Daten in Abschnitt 4.5).

1.3 Biofeedback

Mit **Biofeedback** werden körpereigene, biologische Vorgänge mit elektronischen Hilfsmitteln beobachtbar gemacht. Im Biofeedbacktraining erlangen die Teilnehmenden die Fähigkeit, ansonsten unbewusst ablaufende körperliche Prozesse willentlich zu kontrollieren.

Zum Abschluss der Weiterbildung als **Biofeedback- oder Neurofeedback-Therapeut*in** ist die Approbation als Arzt oder Psychologe notwendig. In begründeten Ausnahmefällen können auf Antrag auch Diplom- oder Master Psycholog*innen mit klinischem Schwerpunkt einen Abschluss erhalten. Demgegenüber kann die Weiterbildung zum **Biofeedback- oder Neurofeedback-Trainer** auch von anderen Personen mit Abschlüssen des Gesundheitswesens absolviert werden (zum Beispiel Physiotherapeut*innen, Krankheits- und Gesundheitspflegekräfte, Ergotherapeut*innen, Sportwissenschaftler*innen, Logopäd*innen). In begründeten Ausnahmefällen kann die Weiterbildungskommission auch Personen mit anderen Berufsabschlüssen zulassen.

In der medizinischen Rehabilitation kann unter der ärztlichen, psychotherapeutischen oder psychologischen **Supervision** das Biofeedbacktraining auch von entsprechend qualifizierten anderen Berufsgruppen durchgeführt werden. Auch beim Biofeedback ist die Einführung in das Verfahren durch Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen oder entsprechend qualifizierten Ärzt*innen selbst zu erbringen (KTL, 2015).

1.4 Weitere psychologische und psychotherapeutische Verfahren

1.4.1 Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Meditation

Viele Meditationsmethoden sind ursprünglich Praktiken mit spirituellem Hintergrund, die säkularisiert wegen ihrer entspannenden Wirkung praktiziert und auch in die klinische Praxis integriert werden. Achtsamkeitsbasierte Verfahren wie **Meditation** legen den Schwerpunkt auf ein nicht wertendes, gelassenes aber äußerst waches Gewahrsein körperlicher, geistiger und emotionaler Vorgänge. Der Meditation werden neben der Entspannungsreaktion weitergehende positive Wirkungen zugeschrieben. Im klinischen Bereich wird unter anderem die Achtsamkeitsmeditation angewendet.

Meditation oder Achtsamkeitsbasierte Verfahren wie die **Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion** (Mindfulness-Based Stress Reduction), ein Achtsamkeitstraining bestehend aus Meditationen, Atem- und Yogaübungen (Kabat-Zinn, 2013), werden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen oder psychotherapeutischen Ärzt*innen angeboten. Die Anwendung dieser Verfahren wird im Rahmen der Psychotherapieausbildung vermittelt oder kann durch Fortbildungen bei staatlich anerkannten Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstituten erworben werden.

1.4.2 Imaginationsverfahren

Mit Hilfe von Imaginationsverfahren lassen sich **mentale Vorstellungen** erzeugen, die sensorische, motorische, kognitive und affektive Komponenten enthalten und Zustände der Entspannung bewirken. Die Vorstellungsübungen werden bildhaft gestaltet. Im Rahmen der Entspannungstherapie werden Imaginationsverfahren in vielfältiger Form genutzt (zum Beispiel Phantasiereisen, Ruhebild). Entspannungstechniken für Kinder nutzen regelmäßig derartige Imaginationen, da sie wegen der konkreten Bilder deren Entspannungsreaktion deutlich verbessern können.

Imaginative Verfahren gehören zum Standardrepertoire **psychotherapeutischer Ansätze** (Petermann et al., 2020). Sie können in der Entspannungstherapie durch entsprechend aus- bzw. weitergebildete Psycholog*innen sowie Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut*innen eingesetzt werden.

1.4.3 Klinische Hypnose / Hypnotherapie

Die **klinische Hypnose bzw. Hypnotherapie** ist ein erfahrungsorientiertes zum Teil auch suggestives Verfahren, das wissenschaftlich gut untersucht ist und im Kontext von medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen eingesetzt wird. Klinische Hypnose bzw. Hypnotherapie gilt als **ressourcenorientierter Ansatz in der**

Psychotherapie, der körperliche und seelische Prozesse einbezieht und somit als Brücke zwischen Körper und Seele verstanden werden kann. Ein wesentliches Element ist die sogenannte hypnotische Trance, bei der ein **veränderter Aufmerksamkeits- und Bewusstseinszustand** induziert wird, der Parallelen zur Entspannungsreaktion aufweisen kann. In diesem Zusammenhang kann Hypnotherapie auch gezielt zur Entspannung eingesetzt werden. In Kombination mit einem anerkannten Psychotherapieverfahren dient Klinische Hypnose / Hypnotherapie der Ergänzung von Diagnostik und Intensivierung der Psychotherapie. Sie findet Anwendung bei verschiedenen Krankheitsbildern in der psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung.

Wird Hypnose primär als Entspannungsverfahren benutzt (zum Beispiel Bauchhypnose in der gastroenterologischen Rehabilitation), kann sie auch durch entsprechend fortgebildete Psycholog*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen Anwendung im Rahmen der Entspannungstherapie finden.

Das Zertifikat Klinische Hypnose des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. umfasst mindestens 60 Unterrichtseinheiten.

Die Weiterbildung in Ärztlicher Hypnose der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Entspannungsmethoden, Hypnose, autogenes Training und Therapie umfasst 20 Stunden zur Einführung in die Grundlagen der Hypnosetechnik und Hypnosetherapie mit angemessener Selbsterfahrung und Unterweisung zur Durchführung der Hypnosetherapie. Zudem sind 12 Stunden Supervision eigener mit Hypnose behandelter Patient*innen nachzuweisen. Da Hypnose nur dann sinnvoll angewandt werden kann, wenn solide Grundlagenkenntnisse in psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Zusammenhängen vorhanden sind, ist deren Erwerb zusätzlich zu den o.a. Inhalten unerlässlich. Ihr Umfang orientiert sich an den für die „Psychosoma-

tische Grundversorgung“ und in der gültigen ärztlichen Muster-Weiterbildungsordnung geforderten Kenntnissen und Erfahrungen.

1.4.4 Exkurs Stressbewältigung

Nach Kaluza (2018) lassen sich **mentale, instrumentelle und regenerative Stresskompetenzen** unterscheiden. Das kognitive Stressbewältigungstraining, das ausschließlich von der Berufsgruppe der Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen in der medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird, vermittelt mentale und instrumentelle Fähigkeiten zur Stressreduktion zum Beispiel durch Verbesserung der Zeit- oder Problemlösekompetenzen. Es arbeitet des Weiteren mit Strategien der kognitiven Umstrukturierung an Einstellungen, die Stress induzieren bzw. verstärken. Indirekt bewirken diese Strategien die Reduzierung der autonomen Stressreaktion.

Methoden dieses **kognitiv-verhaltenstherapeutischen Stressbewältigungstrainings** werden im Rahmen des Psychologiestudiums bzw. der Psychotherapieausbildung vermittelt und können darüber hinaus durch Fortbildungen bei staatlich anerkannten Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstituten erworben werden (vgl. Abschnitt 1.3). Die Durchführung des psychologischen Stressbewältigungstrainings kann nicht an andere Berufsgruppen delegiert werden (siehe KTL, DRV Bund, 2015).

Regenerative Stresskompetenzen dagegen sind eine Zusammenfassung direkt auf die Entspannungsreaktion zielende Methoden wie Sport, Entspannungstechniken und Entspannungspraktiken. Die in diesem Leitfaden vorgestellten Methoden der Entspannungstherapie zählen also zu den regenerativen Stresskompetenzen. Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Stressbewältigung zählt hingegen zu der problemorientierten Gruppenarbeit der Psychologie in der medizinischen Rehabilitation (KTL: F57 Psychologische Gruppe problemorientiert).

Ein Zertifikat für die Multimodale Stresskompetenz, das sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden als auch Entspannungsverfahren, die in diesem Leitfaden vorgestellt werden, umfasst, stellt der Berufsverband der Deutschen Psychologinnen und Psychologen e.V. aus. Es umfasst neben den entsprechenden 64 Unterrichtseinheiten für die Entspannungsverfahren 40 weitere Unterrichtseinheiten zum mentalen und instrumentellen Stressmanagement.

2 Durchführung von Entspannungstherapie

Da es sich bei allen Entspannungsverfahren um **einzuübende Methoden** handelt, sollen sie wiederholt im gesamten Rehabilitationsprozess vermittelt werden. In der KTL werden für Entspannungsverfahren aus dem **Kapitel F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie (KTL Code F61** für PR und AT) mindestens zwei Sitzungen pro Woche à 30 Minuten vorgegeben. Für die Verfahren aus dem **Kapitel A – Sport- und Bewegungstherapie mit dem KTL Code A63** (Yoga, Tai Chi und Qi Gong) wird mindestens einmal pro Woche eine Mindestdauer von 30 Minuten erwartet. Bei den angegebenen 30 Minuten handelt es sich um **Mindestzeiten**. Entsprechend der konzeptuellen Einbindung sind auch Zeiten von zum Beispiel 45 oder 60 Minuten sinnvoll. Bei einer 30-minütigen Dauer der Entspannungstherapie kann die Übung selbst lediglich 15 Minuten in Anspruch nehmen, denn eine **Vor- und Nachbesprechung** sollte **bei jeder Sitzung** möglich sein. Grundsätzlich sind 45 bis 60 Minuten empfehlenswert, wenn neben der Übung der Entspannungstechnik auch die **Selbstreflektion und Ziele, Vorsätze und Pläne zur eigenständigen Umsetzung** besprochen werden.

Für die Einübung von fernöstlichen Verfahren werden von Fachverbänden mindestens 60 Minuten pro Woche als notwendig erachtet.

Die Entspannungstherapie ist in der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL, 2015) der Klinischen Psychologie und der Bewegungstherapie zugeordnet. Psycholog*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen und entsprechend qualifizierte Ärzt*innen führen die Entspannungsverfahren und die Einführungsveranstaltungen zu den Entspannungsverfahren durch. Neben der Information und Einübung sind zentrale therapeutische Elemente auch das Vor- und Nachbesprechen der Übungen bezogen auf Selbstreflektion und Selbstmanagement. Entsprechend fortgebildete Bewegungstherapeut*innen und andere Gesundheitsfachberufe wie Pflegekräfte oder Ergotherapeut*innen können das psychologische und ärztliche Team bei der Einübung der Progressiven (Muskel)Relaxation und des Autogenen Trainings unterstützen. Bewegungstherapeut*innen mit entsprechender Fortbildung führen Entspannungsverfahren wie Yoga, Tai Chi und Qi Gong durch. Bei entsprechender Indikation können sie dabei von entsprechend qualifizierten Psycholog*innen, Psychologischen Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen unterstützt werden (vgl. Abschnitt 1.2, 2.1 und 3.4).

Die Entspannungstherapeut*innen sollen grundsätzlich in das **Reha-Team** integriert sein, also sowohl über die entsprechenden rehabilitationsrelevanten Diagnosen als auch Rehabilitationsziele informiert sein, um das Entspannungsangebot bei Bedarf entsprechend individuell anpassen zu können. Auch sollte sichergestellt sein, dass sich die Entspannungstherapeut*innen mit ihren Beobachtungen und Erfahrungen in das Reha-Team einbringen können. Die Möglichkeit zu einer **supervisorischen Begleitung** ist für alle Entspannungstherapeut*innen qualitätsfördernd.

Im gesamten Reha-Team sollten Ziele und Inhalte der angebotenen Entspannungstherapien bekannt sein, damit können das selbständige Üben und die Fortschritte der Rehabilitand*innen von allen Teammitgliedern unterstützt werden.

2.1 Indikationsstellung und Verordnung

Ärzt*innen erheben in der Aufnahmeuntersuchung auch die **psycho-soziale Belastung** der Rehabilitand*innen. Bei eingeschränkter Entspannungsfähigkeit, die sich zum Beispiel auch in Form von Schlafstörungen oder anderen psychovegetativen Symptomen zeigen kann, wird die Indikation für eine Entspannungstherapie geprüft. Unabhängig davon hat sich bei fast allen somatischen und psychischen Erkrankungen Entspannungstherapie als **ergänzende Behandlungsmethode** als wirksam erwiesen (Ausführungen zur Wirksamkeit bei einzelnen Erkrankungsbildern finden sich im Überblick bei Krampen, 2013; Petermann, 2020). Das psychologische Stressbewältigungstraining wird verordnet, wenn außer der Entspannungsreaktion auch noch mentale und instrumentelle Stressbewältigungskompetenzen erlernt werden sollen (vgl. Punkt 1.4.3).

Die Verordnung der Entspannungstherapie erfolgt in der Regel zu Beginn der Rehabilitation durch die aufnehmenden Ärzt*innen. Nach klinikinterner Festlegung können auch die Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen entspannungstherapeutische Leistungen eigenverantwortlich veranlassen. Bei der Auswahl des jeweiligen Entspannungsverfahrens sollten die Wünsche und Vorerfahrungen der Rehabilitand*innen berücksichtigt werden. Einen Vorschlag zur Teilnahme an einem spezifischen Entspannungsverfahren können Therapeut*innen auch noch im Laufe der Rehabilitation unterbreiten. Allen Wünschen nach speziellen Entspannungsverfahren kann in der Regel nicht nachgekommen werden. Sollten regelmäßig größere Zahlen von Rehabilitand*innen mit besonderen Bedarfen bezüglich der Entspannungstherapie in den Einrichtungen sein, wird empfohlen, hierfür ein entsprechendes Entspannungs-konzept zu entwickeln.

Kriterien zur Indikationsstellung der Entspannungstherapie

- Wird von ärztlicher Seite bei Aufnahme eine chronische Stressbelastung diagnostiziert?
- Besteht aus medizinischer Sicht eine Behandlungsindikation für Entspannung?
- Gibt es Vorerfahrungen mit Entspannungsverfahren?
- Wie ist die Motivation zum Kennenlernen eines (neuen) Entspannungsverfahrens?
- Wie ist die Motivation bzw. Erfahrung, eigenständig zu üben?
- Was ist der Wunsch der Rehabilitand*innen?
- Art und Ziel der Entspannungstherapie sollen gemeinsam mit den Rehabilitand*innen festgelegt werden.

Entspannungsverfahren können bei entsprechender Indikation auch psychotherapeutisch genutzt werden (Fischer, 2013). In der Körperpsychotherapie wird zwischen einer übungs-, einer erlebnis- und einer konfliktzentrierten Arbeitsweise unterschieden (Geuter, 2019). So sind die Übungsprinzipien im Qi Gong zum Beispiel nicht nur körperliche Übungsprinzipien, sondern entsprechen auch Lebensprinzipien sich selbst, den Mitmenschen und dem Leben als Ganzem gegenüber. Eine Bewegung ist demnach nicht nur eine körperliche Bewegung, sondern kann auch eine sich der Mitwelt gegenüber öffnende und/oder schließende Bewegung sein. Um das psychotherapeutische Potential eines Entspannungsverfahrens zu nutzen, ist eine enge Einbindung des entsprechenden Entspannungsverfahrens in das psychotherapeutische Gesamtkonzept der Fachabteilung zielführend (Fischer, 2013).

Zu berücksichtigen ist bei der Verordnung der Entspannungsverfahren aber auch, dass Yoga, Qi Gong und Tai Chi nicht dem Evidenzbasierten Modul (ETM) „Entspannungsverfahren“ der Reha-Therapiestandards zugeordnet werden können (vgl. Abschnitt 3.6.3).

2.2 Einzelsetting

Das Biofeedbacktraining findet grundsätzlich im Einzelsetting statt. Alle anderen Verfahren der Entspannungstherapie werden in der Regel im Gruppensetting durchgeführt. Hier ist ein Einzelsetting nur bei bestimmten **medizinischen bzw. psychotherapeutischen Indikationen** sinnvoll. Dazu kann zum Beispiel eine soziale Phobie oder eine Posttraumatische Belastungsstörung zählen, wenn der gezielte Einsatz der Entspannungsreaktion ein wichtiges Reha-Ziel darstellt, diese aber nicht im Gruppensetting erlernt werden kann. Im Einzelsetting kann ganz individuell auf die Bedürfnisse und Probleme der einzelnen Person eingegangen werden. Alle in der medizinischen Rehabilitation geläufigen Entspannungsverfahren können grundsätzlich auch im Einzelsetting vermittelt werden und in begründeten Fällen auch Gruppensitzungen ergänzen.

2.3 Gruppensetting

Die folgenden Ausführungen zur Durchführungspraxis in Gruppen beziehen sich auf die Progressive (Muskel) Relaxation und das Autogene Training.

2.3.1 Einführung in die Entspannungstherapie

In Abhängigkeit von dem Gruppensetting wird auch die Einführung in das Entspannungsverfahren unterschiedlich ausgestaltet. Wird die Entspannung in **großen, offenen Gruppen** eingeübt, muss in einem gesonderten Einführungsvortrag das Verständnis für die Methode sowie der Stellenwert des regelmäßigen Übens für die Erlangung der Entspannungsreaktion und den Alltagstransfer vermittelt werden. Werden die Entspannungsverfahren als Therapie in **kleineren geschlossenen Gruppen** oder als Ergänzung zu weiteren psychologischen und psychotherapeutischen Gruppen vermittelt, kann in Abhängigkeit vom Lernfortschritt der Teilnehmenden die Entspannungsmethode und das persönliche Erleben der Teilnehmenden durch motivierende Fachinformationen kontinuierlich begleitet werden.

In jede Einführungsveranstaltung sollten auch **kurze übende Frequenzen** integriert werden, die der Vorstellung der einzelnen Verfahren in Form der **Erfahrung** dienen.

In der Einführungsveranstaltung kann auch die Anleitung zur Verwendung eines Übungsprotokolls (Derra, 2017, siehe Anlage 2) erfolgen. Für einen erfolgreichen Transfer der in der Rehabilitation gelernten Übungen ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Rehabilitand*innen bereits während der Rehabilitation regelmäßig üben. Hierbei gemachte Erfahrungen müssen reflektiert und etwaige Probleme besprochen werden können (Klosterhalfen et al., 2013). Dies sollte bereits in der Einführung thematisiert werden.

Leitfragen, die in der Einführung zur Entspannungstherapie beantwortet werden sollten:

- Was ist Anspannung und Entspannung auf körperlicher und auf psychischer Ebene?
- Was ist eine Entspannungsreaktion?
- Wie erlange ich eine Entspannungsreaktion?
- Was nutzt mir die Entspannungsreaktion im Alltag, im Beruf?
- Was sind die Unterschiede zwischen den Entspannungsmethoden in dieser Reha-Einrichtung?
- Welches ist das richtige Entspannungsverfahren für mich? Kann ich die Methode noch wechseln?
- Welche Vorerfahrungen bringe ich mit?
- Welche Wünsche oder Ziele habe ich persönlich?
- Welche Befürchtungen habe ich?
- Wie läuft mein Entspannungstraining in der Rehabilitation ab?
- Was muss ich selbst tun? Täglich üben?
- Und nach der Reha? Wie geht es da weiter?

In einem psychotherapeutischen Setting kann jede Rehabilitand*in die **erste Entspannungserfahrung** auch in der therapeutischen Beziehung mit der/dem Bezugs-

therapeut*in in Form einer kurzen 2 - 3 minütigen Körperwahrnehmung im Sitzen machen. So wird die Entspannungstherapie als psychotherapeutische Aufgabe festgelegt. Der/dem Bezugstherapeut*in kommt durch diese erste Erfahrung eine tragende Wirkung zu, auch wenn die weitere Durchführung der Entspannungstherapie durch andere Therapeut*innen erfolgt.

2.3.2 Gruppengröße

Als ideale Gruppengröße werden in der Literatur (Sammer, 2017) **8 - 10 Personen** beschrieben. Diese Gruppengröße ermöglicht bei entsprechender Dauer der Entspannungstherapie, eine vertrauensvolle Atmosphäre in der Gruppe zu schaffen und genügend Redezeit für alle Teilnehmenden zu ermöglichen. Dieses Konzept hat sich in der medizinischen Rehabilitation im Kontext von einigen psychotherapeutischen Gruppen bewährt. Sinnvoll ist es vor allem bei einer differentiellen Indikationsstellung, um zum Beispiel ein spezifisches Entspannungsangebot für Rehabilitand*innen mit ausgewählten Krankheitsbildern oder Symptomen zu schaffen.

Wird die Entspannung in der medizinischen Rehabilitation in **größeren Gruppen** durchgeführt, besteht weniger Möglichkeit, innerhalb der Gruppensitzung das Entspannungserleben, die Übungsfortschritte und Erfahrungen beim eigenständigen Üben und Möglichkeiten des Alltagstransfers zu reflektieren. Es kann in der Regel in größeren Gruppen (bis zu 15 Personen nach KTL, 2015) nur noch auf Besonderheiten im Ablauf oder im Entspannungserleben einzelner Teilnehmer*innen eingegangen werden. In diesem Fall ist eine **standardisierte Unterstützung der Selbstbeobachtung** (zum Beispiel Übungsprotokoll, siehe Anhang 2) besonders geeignet auch Teilnehmende aktiv einzubinden, die sich in einer größeren Gruppe nicht zu Wort melden.

2.3.3 Offene oder geschlossene Gruppe

Die Durchführung der Entspannungstherapie in einer geschlossenen Gruppe ermöglicht einen **systematischen**

Aufbau der Entspannungsübungen und die Schaffung eines **vertrauensvollen Gruppenklimas**. Zum einen ermöglicht die Durchführung in der geschlossenen Gruppe mehr Flexibilität und Möglichkeiten, auf die Bedürfnisse der einzelnen Teilnehmenden einzugehen. Zum anderen können einführende Erläuterungen, typische Probleme zu Beginn der Entspannungstherapie, aber auch Themen des Alltagstransfers gegen Ende der Entspannungstherapie gemeinsam für die gesamte Therapieruppe angeboten werden.

In offenen Gruppen steht die **Einübung der Entspannungsreaktion** im engeren Sinne im Vordergrund. Durch Wiederholung einer bestimmten Entspannungsübung oder einer festgelegten Reihenfolge von Übungen soll die Entspannungsreaktion gefestigt werden. Empfohlen wird hierfür eine Auswahl von wenigen, kurzen Übungen, die schnell erlernt werden und im Sitzen durchgeführt werden können (vgl. Abschnitt 2.3.4).

In beiden Settings ist es unerlässlich, die Rehabilitand*innen zu **motivieren**, auch zwischen den Therapiesitzungen **eigenständig zu üben**, um zu lernen, die Entspannungsreaktion auch ohne fremde Anleitung eigenständig herbeiführen zu können. Entspannungsbezogene Selbstreflektion und Selbstmanagementaspekte können ergänzend auch noch in anderen Therapien (zum Beispiel Patientenschulung, Psychotherapie) verstärkt werden.

Eine **höhere Zufriedenheit** der Rehabilitand*innen wird mit geschlossenen Gruppen erzielt.

2.3.4 Erwartungen und Vorerfahrungen der Rehabilitand*innen

Rehabilitand*innen nehmen mit **unterschiedlichen Erwartungen und Vorerfahrungen** an der Entspannungstherapie teil.

In Abhängigkeit von den Vorerfahrungen und den eigenen Erwartungen wird auch das Angebot der Entspannungstherapie unterschiedlich genutzt werden können (vgl. Abbildung 1).

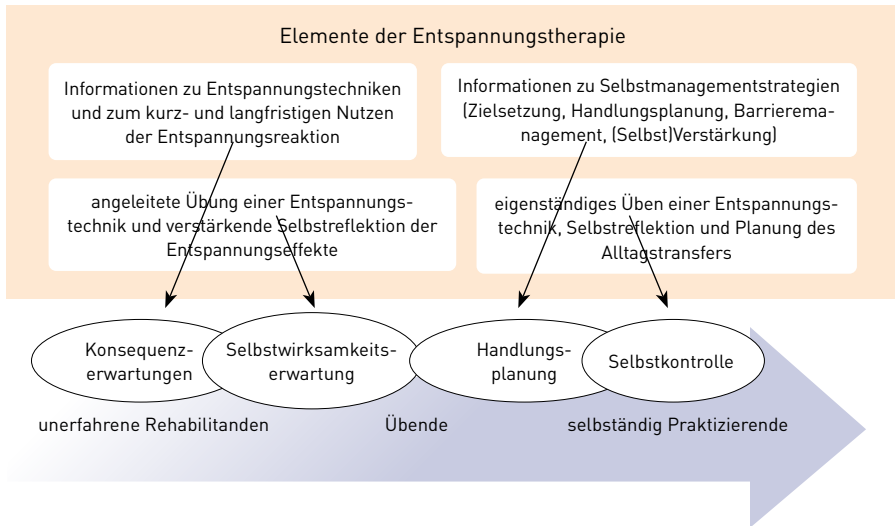


Abbildung 1: In Abhängigkeit von ihren Erwartungen und Vorerfahrungen werden die Teilnehmenden auch von unterschiedlichen Interventionen der Entspannungstherapie profitieren und unterschiedliche Ziele in der Entspannungstherapie erreichen

Es wird unerfahrene Rehabilitand*innen geben, die mithilfe der angeleiteten Entspannungstherapie **erstmal** die eigene körperliche Anspannung wahrnehmen lernen und im besten Fall die Möglichkeit der Entspannung am eigenen Körper erleben. Sie erhalten in der Entspannungstherapie Informationen zu Entspannungstechniken und deren Nutzen und erwerben im Laufe der Übungen eine Vorstellung, wie die Entspannungsreaktionen wirken können. Dazu ist die Anleitung zur Selbstreflexion der Erfahrungen ein wichtiges Element des entspannungstherapeutischen Angebots. Zu Beginn unerfahrene Rehabilitand*innen werden zum Ende der Rehabilitation noch nicht die Entspannungsreaktion gezielt im Alltag einsetzen können. Diese Personen könnten von einem Entspannungsangebot in der

Reha-**Nachsorge** profitieren, das zum selbständigen Üben anleitet und sie dabei unterstützt, die **Entspannungsreaktion im Alltag** herbeizuführen. Hilfreich ist bei Anfänger*innen insbesondere die **Einübung von Kurzübungen** (Derra, 2017), da hier die Entspannungsreaktion relativ leicht herbeizuführen und erlebbar gemacht werden kann.

Rehabilitand*innen mit Vorerfahrungen werden bei entsprechender Motivationslage den Zeitraum der medizinischen Rehabilitation gezielt nutzen können, um die **Entspannungsreaktion auch selbständig einzuüben** und nach der Reha anzuwenden. Dazu können sie in der Entspannungstherapie Informationen zu Selbstmanagementstrategien erhalten, die sie bei der Planung und Selbstkontrolle des selbstständigen Praktizierens unterstützen.

Im besten Fall gibt es spezifische - auf die jeweilige Motivationslage und Vorerfahrung der Rehabilitand*innen abgestimmte - Entspannungsangebote in der Reha-Fachabteilung. Bei der Planung der Entspannungstherapie sollten die aus gesundheitspsychologischen Modellen abgeleiteten Komponenten der **Konsequenzerwartung**, der **Selbstwirksamkeitserwartung**, der **Handlungsplanung** und der **Selbstkontrolle** Berücksichtigung finden (siehe Abbildung 1; adaptiert nach Health Action Process Approach, Scholz & Schwarzer, 2005). Positive Konsequenzerwartungen können durch die Information über die Wirkung und den Nutzen von Entspannungsübungen gestärkt werden. Die Selbstwirksamkeitserwartung (Zuversicht) kann durch das positive Erleben der in den Übungen eigenständig herbei geführten Entspannungsreaktion gestärkt werden. Die Handlungsplanung betrifft den Alltagstransfer. Sie impliziert die konkrete Planung, welche Entspannungsübung, wann, wo und wie im Alltag integriert wird. Unter Selbstkontrolle wird der Einsatz positiver Verstärkung, also Belohnung bei erfolgreicher Umsetzung der Entspannung im Alltag verstanden. Bestenfalls erleben

die Rehabilitand*innen in der Selbstreflektion positive Effekte der Übungen, so dass diese verstärkend wirken.

Sind Rehabilitand*innen mit **unterschiedlichen Vorerfahrungen und Motivationslagen** in ein und derselben Entspannungsgruppe, ist es sehr herausfordernd, den unterschiedlichen Bedürfnissen und Bedarfen der Teilnehmenden gerecht zu werden. Der Austausch in einer **heterogenen Gruppe** über das Entspannungserleben, das tägliche Üben und Erfolge in der Wahrnehmung der Entspannungsreaktion auf körperlicher und psychischer Ebene kann aber auch **therapeutisch genutzt** werden. Teilnehmende mit guten Erfahrungen und hoher Motivationslage können weniger motivierten Rehabilitand*innen als **Modell** dienen und diese stärken. Ein entsprechend erfolgreicher Austausch erfordert jedoch kleine Gruppengrößen (vgl. Abschnitt 2.3.2) und eine gute Moderationskompetenz.

2.4 Therapieräume

Grundsätzlich sollte in der Lernphase, wenn die Entspannungsreaktion also noch nicht konditioniert ist, eine möglichst **ruhige Umgebung** zum Üben ausgesucht werden. Nach einiger Übungserfahrung sollte der **Transfer in schwierigere Situationen** erfolgen. Um eine ruhige Umgebung zu ermöglichen, sollte der Gruppenraum für die psychologische Entspannungstherapie entsprechend ausgewählt werden. Zudem sollte die Möglichkeit bestehen, die Übungen in **unterschiedlichen Körperpositionen und mit unterschiedlichen Hilfsmitteln** durchzuführen.

Empfohlen wird die Durchführung der **Entspannungstherapie im Sitzen**. Im Liegen erfolgt nicht selten eine ungesteuerte Regression mit Aktivierung von primär prozesshaften Erlebnissen. Bei Schmerzpatient*innen beispielsweise können in dieser ungesteuerten Regression traumatische Erlebnisse, schlechte Erfahrungen mit früheren Behandlungen, das Gefühl, allein gelassen zu werden oder eine Schmerzverstärkung aktiviert werden.

Die bewegungsorientierten Entspannungsverfahren werden in der Regel in den Räumlichkeiten der Bewegungstherapie angeboten.

2.5 Mediennutzung und digitale Formate

Grundsätzlich erwartet die DRV, dass die Entspannungstherapie **persönlich** durch entsprechend qualifizierte Entspannungstherapeut*innen erbracht wird und die Anleitung in der medizinischen Rehabilitation nicht digital, zum Beispiel mithilfe von App's oder CD's, erfolgt. In der Rehabilitation können nur von Therapeut*innen selbst erbrachte Entspannungstherapien als therapeutische Leistung im Reha-Entlassungsbericht dokumentiert werden (vgl. Abschnitt 3.6.2). Es kann aber zum Einstieg in das eigene Üben hilfreich sein, den Teilnehmenden die Anleitung in Form von CDs oder MP-3-Dateien als Unterstützung für das eigenständige Üben zur Verfügung zu stellen.

Im Rahmen von **digitalen Versorgungsangeboten in der Nachsorge oder Prävention** werden aber auch entspannungstherapeutische Übungseinheiten digital durchgeführt. Ebenso wie die anderen Therapieangebote der digitalen Versorgung wird die Einführung in die Entspannungstherapie dabei persönlich durch Entspannungstherapeut*innen der Rehabilitationseinrichtung erbracht. Weitere Übungseinheiten des Entspannungsverfahrens erfolgen dann zumindest teilweise digital, müssen aber therapeutisch supervidiert werden.

Der grundsätzliche **Einsatz von Musik** in der Entspannungstherapie wird von Teilnehmenden und Therapeut*innen unterschiedlich bewertet. Durch Musik fühlen sich einige Teilnehmende abgelenkt. Bei anderen Teilnehmenden kann Musik die **Konzentration auf die Entspannungsübung** fördern, wenn die Musik störende Nebengeräusche (zum Beispiel lautes Atmen von anderen Teilnehmenden, andere Außengeräusche) oder auch einen Tinnitus relativiert. Entsprechend ausgewählte

Musik kann die Entspannungsreaktion verstärken, manche Personen fühlen sich aber auch davon gestört.

Die **Aufmerksamkeit** bei der Einübung von Entspannung sollte grundsätzlich immer **nach innen** gelenkt werden. Auf Dauer kann nur die wiederholte Einübung der Entspannungsreaktion unabhängig vom Einsatz (digitaler) Medien und Musik den **Alltagstransfer sichern**.

2.6 Alltagstransfer und Nachsorge

Alle Entspannungsverfahren zielen durch häufiges Wiederholen der Entspannungsübung auf eine Bahnung und Stabilisierung der Entspannungsreaktion im Zentralnervensystem ab. Je länger ein Entspannungsverfahren geübt wird, also je öfter und stärker die Entspannungsreaktion mit der Übung gekoppelt wurde – insbesondere im eigenständigen Üben –, desto schneller und leichter kann sie aufgrund von **Konditionierungsprozessen im Alltag** abgerufen werden. Eine kurze Selbstinstruktion oder eine kleine bewusste körperliche Veränderung können dann, selbst in Stresssituationen, schnell beruhigend wirken. Hierzu bedarf es in der medizinischen Rehabilitation einer entsprechenden Aufklärung, Motivierung zum eigenständigen Üben und ggf. **Handlungs- und Bewältigungsplanung für den Alltag**. Insbesondere die Vermittlung von alltagsnahen Kurzinterventionen ist zur Förderung des Alltagstransfers in der Entspannungstherapie wichtig. Eine angeleitete Handlungs- und Bewältigungsplanung, wie sie im Programm „SelMa“ (DRV, 2019) vorgestellt wird, kann die Rehabilitand*innen unterstützen, konkrete Zeiträume für die Entspannungsübung im Alltag einzuplanen, mögliche Störungen des geplanten Verhaltens vorwegzunehmen, Lösungsoptionen für diese Störungen sowie Instrumente der Verstärkung des gewünschten Übungsverhaltens zu entwickeln. Des Weiteren können **Reha-Nachsorgeleistungen** der DRV die Verstetigung des Entspannungsverhaltens sichern. Die Rehabilitand*innen sollen durch die Nachsorge die Kompensationsstrategien und Verhaltensänderungen, die sie in der Rehabilitation erlernt ha-

ben, im Alltag stabilisieren und weiterentwickeln können. Entspannungstherapeutische Leistungen können Teil der interdisziplinären Nachsorge IRENA sein (siehe weiterführende Literaturhinweise in Abschnitt 4.1).

Auch **Entspannungs-Apps** können den Übungsprozess nach der Rehabilitation unterstützen. Entspannungs-Apps werden zum Beispiel von Krankenkassen kostenlos zur Verfügung gestellt.

2.7 Fortbildung

Für alle therapeutischen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation wird von der DRV ein **Fortbildungsplan** erwartet, der Teamfortbildungen, Fortbildungen durch Berufs- und Fachverbände sowie rentenversicherungseigene Fortbildungen beinhalten kann. Dies gilt auch für die Therapeut*innen, die Entspannungstherapie durchführen.

Die Entspannungstherapie soll zudem Gegenstand des **internen Qualitätsmanagements** sein wie zum Beispiel die Auswertung interner Fragebögen zur Rehabilitandenzufriedenheit bezüglich der Entspannungstherapie.

3 Dokumentation und Qualitätssicherung

3.1 Dokumentation

Die entspannungstherapeutischen Verordnungen und Empfehlungen werden in der (elektronischen) **Patientenakte** dokumentiert und bei Bedarf in den wöchentlichen **interdisziplinären Teamsitzungen und Visiten** kommuniziert. Ein Beispiel für eine Dokumentationshilfe einer entspannungstherapeutischen Sitzung findet sich im Anhang 1.

Die Durchführung der Entspannungstherapie und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in

der Entspannungstherapie soll auch Gegenstand der **Supervision** sein (vgl. Abschnitt 1.1).

3.2 Reha-Entlassungsbericht

Im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht können sich Daten und Empfehlungen zur Entspannungstherapie wiederfinden. Auf Blatt 1 des Reha-Entlassungsberichtes besteht die Möglichkeit, bei „**Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung**“ ein Kreuz für „Sonstige Empfehlung“ unter der Kategorie „Patienten“ zu setzen (siehe Abbildung 2).

Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung: Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen		Rentenversicherung		Patienten
<input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung	<input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente	<input type="checkbox"/> schufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben prüfen	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport	<input type="checkbox"/> Funktionstraining	<input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge		

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Abbildung 2: Auszug aus dem Blatt 1 des Reha-Entlassungsberichtes

Im darunter befindlichen Feld kann auch eine kurze **Erläuterung als Freitext** gegeben werden.

Auf Blatt 1b des Reha-Entlassungsberichtes werden über die KTL die **entspannungstherapeutischen Leistungen** erfasst. Bei der Auswahl der KTL Ziffern für die computerbasierten Terminierungsprogramme sind auch die Entspannungstherapeut*innen aufgefordert mitzuwirken, damit die Dokumentation aussagekräftig, vollständig und korrekt ist.

Auf Blatt 2 des Reha-Entlassungsberichtes fließen an verschiedenen Stellen wie **Vegetativanamnese, Therapiezielvereinbarung, Therapieverlauf** und **weitergehende Empfehlungen** Informationen ein, welche entspannungstherapeutisch relevant sein können.

Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht ist ein Dokument, welches von der Rentenversicherung intensiv sowohl zur **externen Qualitätssicherung** als auch als Grundlage für Entscheidungen über weiterführenden Sozialleistungen genutzt wird.

Weiterführende Informationen zur Erstellung des Reha-Entlassungsberichts finden sich im Leitfaden der Rentenversicherung zum ärztlichen Reha-Entlassungsbericht (vgl. Punkt 4.1).

3.3 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist im Reha-Entlassungsbericht bei der individuellen Darstellung der Anamnese und der Fähigkeiten der Rehabilitand*innen von dem Begriff der Funktionsfähigkeit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) auszugehen. Diesem liegt eine Wechselbeziehung zwischen dem bestehenden Gesundheitsproblem von Rehabilitand*innen und deren Kontextfaktoren zugrunde. Dabei können Förderfaktoren und Barrieren den Zustand der Funktionsfähigkeit beeinflussen. Diese sozialmedizinisch bedeutsamen Themen sind im Einzelsetting und Gruppenangeboten auch Gegenstand der Entspannungstherapie. Die in der Entspannungstherapie berichtete und wahrgenommene **Umstellungs-, Durchhalte- und Lernfähigkeit** der Rehabilitand*innen kann auch für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bedeutsam sein.

Sozialmedizinische Fortbildungen für die verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen, Pflegefachkräfte und Ärzt*innen werden von der Rentenversicherung angeboten (vgl. Hinweis unter Abschnitt 4.3).

3.4 Stellenschlüssel

Grundlage für den Stellenschlüssel in der medizinischen Rehabilitation sind trägerweit abgestimmte **einheitliche Anforderungen** an die Struktur der Reha-Einrichtungen (DRV, 2014). Nicht nur für die räumliche und technische

Ausstattung der Reha-Einrichtungen, sondern auch für die personelle Besetzung und die internen Kommunikationsstrukturen werden Vorgaben gemacht. Dadurch wird gewährleistet, dass in Reha-Einrichtungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, eine qualitativ hochwertige Arbeit möglich ist und eine optimale Versorgung der Rehabilitand*innen erfolgen kann.

Der mit der Rentenversicherung **abteilungsbezogene vereinbarte Stellenschlüssel** bezieht sich zunächst auf die stationär bzw. ganztägig ambulant versorgten Rehabilitand*innen. Solange nur einzelne Präventions- und Nachsorgeleistungen von der Reha-Einrichtung durchgeführt werden, ändert sich am Stellenschlüssel nichts. Die **Präventions- und Nachsorgeteilnehmer*innen** werden von diesen mitversorgt. Bei größeren Zahlen von Präventions- und Nachsorgeleistungen wird das entsprechend benötigte therapeutische Personal im Sollstellenplan zusätzlich berücksichtigt.

Im Soll-Stellenplan der DRV ist die Durchführung der psychologischen Yogatherapie oder Qi Gong nicht im Stellenansatz für Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen einberechnet (vgl. Reader Psychologie und Psychotherapie der DRV, 2019). Ob der Einsatz dieser Berufsgruppe für die Yogatherapie oder das Qi Gong zielführend ist, muss im Rahmen des Gesamtkonzepts der Reha-Einrichtung geprüft werden. Die Durchführung der psychologischen Yogatherapie bzw. des psychologisch angeleiteten Qi Gongs sollte in jeder Indikation in enger Abstimmung mit den behandelnden Bewegungs- und Sporttherapeut*innen bzw. Physiotherapeut*innen erfolgen.

3.5 Konzept

Eine indikationsgerechte Zuweisung und qualitativ hochwertige Entspannungstherapie in der medizinischen Rehabilitation wird durch folgende Kriterien erfüllt:

- Es liegt ein aktuelles entspannungstherapeutisches Konzept für die Reha-Fachabteilung vor.
- Es sind standardisierte Behandlungspfade und Routineabläufe definiert.
- Es finden interne Qualitätszirkel und Supervisionen mit den beteiligten Berufsgruppen statt (Mitarbeitende unter anderem aus Psychologie, Medizin und Bewegungstherapie).

Bei der Prüfung des medizinischen Gesamtkonzeptes einer Fachabteilung durch den federführenden Rentenversicherungsträger werden Aussagen zum Entspannungstraining unter dem Abschnitt „Gesundheitstraining“ oder bei den psychologischen Angeboten erwartet.

3.6 Qualitätssicherung durch die DRV

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung der DRV werden verschiedene Verfahren genutzt, die alle auch die Entspannungstherapie berücksichtigen. Sie werden im Folgenden kurz vorgestellt.

3.6.1 Rehabilitandenbefragung

Die Rehabilitandenbefragung der Rentenversicherung wird unter Verwendung strukturierter Fragebögen durchgeführt und gibt als retrospektive Befragung wichtige Hinweise zur Nachhaltigkeit der in Rehabilitationen erreichten Ergebnisse. Durch die kontinuierliche monatliche Stichprobenerhebung und Befragung (8 - 12 Wochen nach Beendigung der Reha) werden sowohl die subjektive Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot als auch der Erfolg der Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitand*innen erfasst.

In der Rehabilitandenbefragung werden die Zufriedenheit mit Vorträgen, Seminaren oder Schulungen auch zum Thema Entspannung erfragt. Darüber hinaus wird erfasst, ob der Transfer in den Alltag durch die Rehabilitation angeregt wurde (Beispielfrage: „Hat Sie die Reha dazu angeregt, etwas Neues zu beginnen oder eine

bisherige Aktivität fortzusetzen, um Ihre Gesundheit zu bessern oder zu erhalten?“).

Die Rückmeldung der Befragungsergebnisse an die einzelne Reha-Einrichtung erfolgt adjustiert an Reha-abililitandenmerkmale, die den Vergleich zu den Befragungsergebnissen der anderen Reha-Einrichtungen mit derselben Hauptindikation, verzerren würden.

3.6.2 Klassifikation therapeutischer Leistungen

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) wird in der Routine der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung eingesetzt, um das therapeutische Leistungsspektrum der Reha-Einrichtungen zu dokumentieren, zu bewerten und auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu analysieren. Die KTL gilt sowohl für die stationäre wie auch für die ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. Die routinemäßig erhobenen und ausgewerteten KTL-Daten werden jährlich an die Reha-Einrichtungen und die federführenden Rentenversicherungsträger zurückgemeldet. Für die Leistungen der Entspannungstherapie gibt es Ziffern im Kapitel F Klinische Psychologie, Neuropsychologie und im Kapitel A Sport- und Bewegungstherapie der KTL.

In der KTL finden sich **psychologische Entspannungstherapien im Kapitel F**. Die Ziffern **F61 Entspannungstraining in der Gruppe** und **F60 Entspannungstraining einzeln** umfassen psychologische Leistungen zur Entspannungstherapie. Sie beschreiben die Qualifikationsanforderungen für die Therapeut*innen, das zutreffende Fachgebiet und die Indikationsstellung, Therapieziele, Mindstdauer und Frequenz der Intervention, die maximale Anzahl der Rehabilitand*innen und weitere Hinweise zur Durchführung der Entspannungstherapie (siehe Abbildung 3).

Berufsgruppe:	Psychologe (BA, MA, Diplom), Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit entsprechender Weiterbildung (z. B. psychosomatische Grundversorgung), andere qualifizierte Berufsgruppen*
Zusatzqualifikation:	*mit Zusatzqualifikation in Entspannungstraining
Fachgebiet:	fachgebietsübergreifend
Indikation:	Verspannungszustände, Nervosität, Unruhe
Therapieziel:	Erlernen von Entspannungsfähigkeit, Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten im Alltag
Minstdauer:	30 Minuten
Frequenz:	mindestens 2 mal pro Woche
Anzahl Rehabilitanden:	max. 15 Rehabilitanden
Weitere Hinweise:	Einführungsveranstaltung muss von einem Psychologen (BA, MA, Diplom), Psychologischen Psychotherapeuten oder Arzt mit entsprechender Weiterbildung (z.B. psychosomatische Grundversorgung) durchgeführt werden; ausgenommen Qi Gong, Thai Chi, Yoga (A630)

Abbildung 3: Beschreibung der KTL Ziffer F61 in der KTL

Bewegungstherapeutische Entspannungsverfahren werden im Kapitel A und der Ziffer A630 (Achtsamkeits- und Wahrnehmungsorientierte Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe) verschlüsselt.

Fachverbände empfehlen bei einer Überarbeitung der KTL und der Reha-Therapiestandards auch die fernöstlichen Entspannungsverfahren dem Kapitel F Klinische Psychologie, Neuropsychologie zu zurechnen und diese achtsamkeitsbasierten Verfahren nicht von der psychologischen oder ärztlichen Einführung auszuschließen.

3.6.3 Reha-Therapiestandards

Die Rentenversicherung hat Reha-Therapiestandards (RTS) für die medizinische Rehabilitation entwickelt. Ziel dieser Reha-Therapiestandards ist es, die rehabilitative Behandlung von Rehabilitand*innen auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Die Entwicklung von Reha-Therapiestandards gilt als ein wichtiger Schritt zur qualitativen Verbesserung der rehabilitativen Versorgung.

In fast jedem Reha-Therapiestandard (siehe Tabelle 1) findet sich ein **Evidenzbasiertes Modul (ETM) mit entspannungstherapeutischen Leistungen**. In Abhängigkeit von der jeweiligen Indikation muss ein Mindestanteil an Rehabilitand*innen eine Mindestdauer an entspannungstherapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation erhalten haben, um den Therapiestandard zu erfüllen.

Tabelle 1:

ETM Entspannungsverfahren in den Reha-Therapiestandards der DRV (*altersabhängig)

RTS	Mindestanteil an Rehabilitand*innen	Mindestdauer
Chronischer Rückenschmerz	50 %	60 Minuten pro Woche
Brustkrebs	50 %	60 Minuten pro Woche
Diabetes mellitus Typ 2	20 %	60 Minuten pro Woche
Hüft- und Knie-TEP	10 %	60 Minuten pro Woche
Koronare Herzkrankheit	30 %	60 Minuten pro Woche
Schlaganfall – Phase D	20 %	60 Minuten pro Woche
Depressive Störungen	60 %	30 Minuten pro Woche

Alkoholabhängigkeit	40 %	30 Minuten pro Woche
Kinder und Jugendliche – Neurodermitis*	25 % bzw. 50 %	20 Minuten pro Woche
Kinder und Jugendliche – Adipositas*	Kein ETM Entspannungsverfahren	
Kinder und Jugendliche – Asthma bronchiale*	Kein ETM Entspannungsverfahren	

Zu den **entspannungstherapeutischen Leistungen im Reha-Therapiestandard** zählen Biofeedback Einzel (F59), Entspannungsverfahren einzeln (F60) sowie Entspannungsverfahren in der Gruppe (F61).

Bewegungstherapeutische Leistungen (A630) werden dem ETM Bewegungstherapie zugerechnet (siehe Abbildung 4).

ETM	Entspannungsverfahren
Therapeutische Inhalte	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag.
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Woche: mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	F590 Biofeedback einzeln
	F601 Autogenes Training einzeln
	F602 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen einzeln
	F609 Sonstige Entspannungsverfahren einzeln
	F611 Autogenes Training in der Gruppe
	F612 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen in der Gruppe
	F619 Sonstige Entspannungsverfahren in der Gruppe

Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 50 %
Weitere Hinweise	QiGong, Tai Chi, Yoga u.a. können unter dem KTL-Code A630 im ETM „Bewegungstherapie“ dokumentiert werden.

Abbildung 4: Therapeutische Leistungen im ETM Entspannungsverfahren am Beispiel des RTS Chronischer Rückenschmerz

3.6.4 Peer-Review Verfahren

Mit dem Peer-Review-Verfahren wird die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Dazu werden von erfahrenen Reha-Mediziner*innen des jeweiligen Fachgebietes zufällig ausgewählte anonymisierte Reha-Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitand*innen begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer indikations-spezifischen Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale der Rehabilitation. Bewertet werden zum Beispiel die Regelmäßigkeit der Behandlung, die fallgerechte Festlegung und Vermittlung von Behandlungszielen oder die Plausibilität sozialmedizinischer Schlussfolgerungen. Dabei werden Bewertungen aller Bereiche der Rehabilitation (Anamnese, Diagnostik, Therapieziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis, Sozialmedizinische Epikrise sowie weiterführende Maßnahmen und Nachsorge) vorgenommen. Es wird auch geprüft, ob erforderliche **entspannungstherapeutische Aspekte im Reha-Entlassungsbericht** erfasst und durch geeignete therapeutische Interventionen beachtet werden.

3.6.5 Visitationen

Visitationen der Rentenversicherung dienen der Aufnahme unmittelbarer Informationen vor Ort in einer Reha-Einrichtung. Die Reha-Einrichtung wird dabei in ihrer ganzen Komplexität einschließlich der Mitarbeitenden und Rehabilitand*innen wahrgenommen. Hierdurch wird eine umfassende tagesaktuelle Bestandsaufnahme ermöglicht. Visitationen werden auch für die Beratung der Mitarbeitenden der Einrichtung genutzt.

Die Beratung basiert auf der Summe aller gewonnenen Informationen und kann sich sowohl auf allgemeine als auch auf sehr konkrete Fragestellungen beziehen. Visitationen ermöglichen auch den unmittelbaren Kontakt zu Rehabilitand*innen, die sich zum Zeitpunkt der Visitation in der Einrichtung befinden. Durch sie können zusätzlich wesentliche Einschätzungen aus Rehabilitandensicht gewonnen werden. Insbesondere für die Beurteilung der patientenbezogenen, organisatorischen und inhaltlichen Abläufe einer Reha-Einrichtung kommt der Visitation eine entscheidende Bedeutung in der Qualitätssicherung der Rentenversicherung zu. Das **Angebot der Entspannungstherapie** ist auch immer Gegenstand der Visitation.

3.6.6 Beschwerdemanagement

Die Rentenversicherung wertet schriftliche Beschwerden von Rehabilitand*innen systematisch aus und prüft bei Bedarf den Beschwerdeanlass. Unzureichende Therapien, auch bei der Entspannungstherapie, können Gegenstand der Beschwerde sein. Wird die Beschwerde als berechtigt eingestuft, werden die Reha-Einrichtungen von der Rentenversicherung aufgefordert, Abhilfe zu schaffen.

4 Literatur-, Internet- und Fortbildungshinweise

Folgende Quellen wurden bei der Erstellung des Leitfadens genutzt:

- Alman, B. M., Lambrou, P. T.: Selbsthypnose. Heidelberg: Carl-Auer. 2010.
- Brenner, H.: Progressives Entspannungstraining. Lengerich: Pabst. 2004.
- Derra, C.: Progressive Relaxation. Neurobiologische Grundlagen und Praxiswissen für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer. 2. Auflage. 2017.

- Derra, C.: Körperorientierte Entspannungstechniken. Stuttgart: Kohlhammer. 2021.
- Engelhardt, U., Hildenbrand, G., Zumfelde-Hüneburg, C. (Hrsg.): Leitfaden Qigong: Gesundheitsfördernde und therapeutische Übungen der chinesischen Medizin. München: Urban Fischer. 2. Auflage. 2014.
- Fischer, C. (2003). Eine heilsame Körpertherapie als komplementäres gruppentherapeutisches Verfahren in der klinischen Behandlung traumatisierter Patienten. Zeitschrift für Qigong Yangsheng, 129-139.
- Fischer, C., Schwarze, M.: Qigong in Psychotherapie und Selbstmanagement. Stuttgart: Klett-Cotta, 4. Auflage, 2019.
- Geuter, U.: Praxis Körperpsychotherapie. 10 Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess. Berlin: Springer. 2018.
- GKV (2020). Leitfaden Prävention. Kriterien zur Zertifizierung von Kursangeboten in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V. Stand 23.11.2020.
- Guldin, B., Weinbrenner, S.: Achtsamkeit und meditative Bewegungstherapien. In: Köllner, V., Bassler, M. (Hrsg.). Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation. München: Elsevier. 2021.
- Hartmann-Strauss, S.: Entspannungstherapie. Berlin: Springer. 2020.
- Kabat-Zinn, J.: Gesund durch Meditation. Das vollständige Grundlagenwerk zu MBSR. München: Barth. 2013.
- Kaluza, G.: Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin: Springer. 4. Auflage. 2018.
- Klosterhalfen, S., Welsch, K., Becker, N., Kraft, D., Köllner, V. (2013). Verbesserung des Transfers von Progressiver Relaxation in den Alltag der Patienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Rehabilitation, 52, 337-343.
- Krampen, G.: Entspannungsverfahren in Therapie und Prävention. Göttingen: Hogrefe. 2013.

- Küch, D., van Dixhoorn, J.: Entspannungsverfahren. In: Bengel, J. & Mittag, O. (Hrsg.). Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Somatopsychologie und Verhaltensmedizin. Berlin: Springer. 2. Auflage. 2020.
- Kurschildgen, R. (2016): Qigong - Dialog mit der Lebenskraft. VPP-Aktuell, 10-13.
- Ohm, D.: Stressfrei durch Progressive Relaxation. Buch mit CD. Stuttgart: TRIAS. 2017.
- Ohm, D. (2004). Bisherige Ergebnisse der Konsensuskonferenzen zur Progressiven Relaxation. Entspannungsverfahren, 21, 83-89.
- Petermann, F. (Hrsg.): Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch. Weinheim: Beltz. 6. Auflage. 2020.
- Revenstorf, D., Peter, B. (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer. 2015.
- Sammer, U.: Entspannung erfolgreich vermitteln. Progressive Muskelentspannung und andere Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta. 7. Auflage. 2017.
- Scholz, U., Schwarz, R.: Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. In: Schwarzer, R. (Hrsg.). Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Bd.1: Göttingen: Hogrefe. 2005.

4.1 Rahmenvorgaben und Empfehlungen der Rentenversicherung

Alle folgenden Publikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Website der Deutschen Rentenversicherung eingesehen und heruntergeladen werden: www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation
in der gesetzlichen Rentenversicherung.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2009.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Strukturqualität von Reha-Einrichtungen –

Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Anforderungsprofil verhaltensmedizinisch orientierte
Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung
Bund. 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Psychologische Interventionen. Praxisempfehlungen für
psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Ko-
morbide Suchterkrankungen. Berlin: Deutsche Renten-
versicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Praxishilfe. Erfassung und Dokumentation psychischer
Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der
somatischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenver-
sicherung Bund. 2017.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Einführung zum Gesundheitstrainingsprogramm der
DRV Bund – Curricula für Patientenschulungen in der
medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Renten-
versicherung Bund. 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Planung, Umsetzung und Dokumentation von Patienten-
schulungen in der medizinischen Rehabilitation – Eine
Praxishilfe. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen
Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversiche-
rung Bund. 2019.

Nachsorgeportal der Rentenversicherung, um wohnort-
nahe Nachsorgeangebote zu finden: www.nachderreha.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Fachkonzept „IRENA“. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2019.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Orientierungsgliederung für das medizinische Konzept einer Reha-Einrichtung inkl. MBOR-Konzept. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2019.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2019.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reader Psychologie und Psychotherapie: Aktuelle Informationen zur psychologischen und psychotherapeutischen Arbeit in der somatischen medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 3. Auflage, 2020.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.):
Aktiv Gesundheit fördern. Schattauer, Stuttgart. 2000.
Buch ist vergriffen, als pdf-Datei unter:
www.deutsche-rentenversicherung.de

4.2 Qualitätssicherungsinstrumente der Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Rehabilitandenbefragung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2007.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2014.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der

medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2020.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Schlaganfall.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Depressive Störungen.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Abhängigkeitserkrankungen
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Brustkrebs.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2020.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Hüft- und Knie-TEP.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2020.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Diabetes mellitus Typ 2.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Reha-Therapiestandards Kinder und Jugendliche.
Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Peer Review Verfahren – Psychosomatik und Sucht. Manual mit Checkliste. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 12. Auflage, 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.):
Peer Review Verfahren – somatische Indikationen. Manual mit Checkliste. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 9. Auflage, 2017.

4.3 Sozialmedizin

Die Deutschen Rentenversicherung bietet sozialmedizinische Fortbildungen für das Reha-Team an. Inhalte und Termine können auf der Website www.reha-einrichtungen.de (Pfad: Fort- und Weiterbildungen) eingesehen werden.

Die Fortbildungscurricula „Sozialmedizin im Reha-Team“ und „Sozialmedizin für Psychotherapeut*innen“ der DRV sind manualisiert. Die Manuale können ebenfalls auf der Website der DRV eingesehen und heruntergeladen werden.

Die Website www.leistungsbeurteilung-reha.de weist darüber hinaus vielfältige Informationen, Publikationen und Fortbildungen zum Thema Sozialmedizin in der Rehabilitation auf.

4.4 Fortbildungen der DRV

Die DRV bietet verschiedene Fortbildungen für die Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation an. Regelmäßig findet auch ein Fachaustausch zum Thema „Entspannungsverfahren“ statt. Informationen zu den Fortbildungen finden sich auf der Website www.reha-einrichtungen.de.

4.5 Berufs- und Fachverbände

Fach- und Berufsinformationen für Entspannungstherapeut*innen in der medizinischen Rehabilitation können bei den folgenden Berufs- und Fachverbänden erfragt werden.

4.5.1 Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E e.V.)

Die Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren bietet sich als Kompetenz-Netzwerk zum Thema Entspannungsverfahren an. Auf ihrer Homepage finden sich vielfältige Informationen zum Thema Entspannungsverfahren.

www.dg-e.de

4.5.2 Deutsche Gesellschaft für ärztliche Entspannungsmethoden, Hypnose und Autogenes Training und Therapie (DGäEHAT)

Die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Entspannungsmethoden, Hypnose und Autogenes Training und Therapie fördert die Wissenschaft und die Therapiemethoden der Hypnose, des Autogenen Trainings und anderer Entspannungsverfahren. Mitglieder der Gesellschaft vermitteln die Methoden für Ärzte und Ärztinnen der Psychosomatischen Medizin, für die Zusatzbezeichnung Psychosomatischen Grundversorgung und die fachgebundene Psychotherapie.

www.dgaehat.de

4.5.3 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)

Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren

Bei der Fachgruppe Entspannungsverfahren des BDPs können grundlegende Informationen über die Leit- und Richtlinien der verschiedenen Entspannungsverfahren, die Beschreibungen der Weiterbildungen sowie Aktuelles und Informationen zu den Zertifizierungen und Veranstaltungen in Erfahrung gebracht werden.

www.entspannungsverfahren-bdp.de

Auf den Jahrestagungen der Fachgruppe Klinische Psychologie in der Rehabilitation werden auch regelmäßig entspannungs- oder körperorientierte Workshops angeboten.

www.bdp-klinische-psychologie.de/fachgruppen/gruppe2.shtml

4.5.4 Biofeedback

Deutsche Gesellschaft für Biofeedback e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Biofeedback (DGBfb) vertritt die Berufsinteressen von Biofeedback-Therapeut*innen und –Trainer*innen und informiert über das Verfahren und die Weiterbildungsmöglichkeiten zu Biofeedback-Therapeut*innen und –Trainer*innen.

www.dgbfb.de

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. bietet Ausbildungen zum Biofeedback-Verfahren an.

www.dgschmerzmedizin.de/dgs-campus/curriculum-biofeedback

4.5.5 Klinische Hypnose und Hypnotherapie

Informationen zur klinischen Hypnose der wissenschaftlich fundierten deutschsprachigen Hypnose-Gesellschaften finden sich unter folgender Webadresse

www.hypnose.de

Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V. (DGH)

Die DGH ist die deutsche Fachgesellschaft für Ärzt*innen, Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie Zahnärzt*innen. Diesen Berufsgruppen bietet sie spezialisierte Fortbildungen in Hypnose und Hypnotherapie an.

www.dgh-hypnose.de

Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.)

Die Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e.V. (M.E.G.) wurde 1978 gegründet. Seither hat sich die

M.E.G. zu einer international anerkannten Organisation auf dem Gebiet der Psychotherapie entwickelt. Die M.E.G. ist Mitglied der „International Society of Hypnosis“ (ISH) und der „European Society of Hypnosis“ (EHS). Das Fortbildungscurriculum/Zertifikat „Klinische Hypnose“ ist von der ISH anerkannt.

www.meg-hypnose.de

4.5.6 Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)

Der DVGS e.V. ist ein Fachverband für Sport- und Bewegungstherapeut*innen mit sport- und bewegungswissenschaftlicher und sportpädagogischer wie physiotherapeutischer Berufsausbildung und vergibt in Kooperation mit Ausbildungsstätten indikationsspezifische Fortbildungen bzw. therapeutische Zusatzqualifikationen. Der DVGS vertritt die Sport- und Bewegungstherapie evidenzbasiert in wissenschaftlichen und politischen Gremien.

www.dvgs.de

4.5.7 Tai Chi und Qi Gong

Medizinische Gesellschaft für Qigong Yangsheng e.V.

Die Medizinische Gesellschaft für Qigong Yangsheng e.V. ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die qualifizierte Aus- und Weiterbildung in Qi Gong und Yangsheng fördert.

www.qigong-yangsheng.de

Deutsche Qigong Gesellschaft e.V.

Die Deutsche Qigong Gesellschaft verbreitet, fördert und erforscht Qigong als Methode zur Selbstregulation und Persönlichkeitsentwicklung und ist keinem bestimmten Übungsstil verpflichtet.

www.qigong-gesellschaft.de

Qigong Fachgesellschaft e.V.

Die Qigong Fachgesellschaft hat sich die Aufgabe gestellt, die traditionelle chinesische Heilkunde, insbesondere das Qigong, zu erforschen, die Verbreitung zu

fördern, das Wissen zu mehren und durch geeignete Konzepte und Strategien die Qualität der Anwendung zu sichern und weiter zu entwickeln. Sie bildet auch Qigong-Trainer*innen aus.

www.qigong-fachgesellschaft.de

4.5.8 Yoga

Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren des BDPs

Die Fachgruppe des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. bietet auch Informationen zu Weiterbildungen zur Yogatherapeut*in für Psycholog*innen.

www.entspannungsverfahren-bdp.de

Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher Yogalehrender e. V. (BUGY)

Der BUGY wurde gegründet von Yoga-Lehrenden, die sich einer gesundheitswissenschaftlichen Begründung ihrer Lehrinhalte verpflichtet fühlen.

www.yoga-berufsverband.de

Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. (BDY)

Der Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. (BDY) ist der älteste Berufsverband für Yogalehrende in Deutschland. Er ist weltanschaulich neutral und vereint unterschiedliche Traditionen und Stile. Der BDY setzt sich für die gesellschaftliche Anerkennung des Yoga in Deutschland ein.

www.yoga.de

Anhang

1. Dokumentation von Entspannungstherapie

Dokumentation von Entspannungsverfahren

Name Therapeut/in:

Name, Vorname des/ der Rehabilitand/in: Datum der Gruppentermine:

Art und Anzahl der KTL Leistungen

Biofeedback einzeln F590	<input type="checkbox"/>	Autogenes Training einzeln F601	<input type="checkbox"/>
Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson einzeln: F602	<input type="checkbox"/>	Sonstige Entspannungsverfahren einzeln: F609	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training in der Gruppe F611	<input type="checkbox"/>	Sonstige Entspannungsverfahren in der Gruppe: F619	<input type="checkbox"/>
Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson in der Gruppe: F612	<input type="checkbox"/>		

- Zuweisung:
- Arzt / Ärztin
 - Rehabilitand / Rehabilitandin
 - Psychologe/in / Psychotherapeut/in
 - Andere:

Inhalte des Entspannungsverfahrens

Einführung, Informationsvermittlung	
Anleitung und Durchführung von Entspannungsübung, eingesetzte Methoden	
Motivationsaufbau, Vermittlung von Strategien zum Alltagstransfer, eingesetzte Methoden	

2. Wochenprotokoll für die täglichen Entspannungsübungen

Tageszeit		Art und Dauer der Übung	vorher habe ich mich geföhlt (0 = total angespannt; 10 = völlig entspannt)	nachher habe ich mich geföhlt (0 = total angespannt; 10 = völlig entspannt)
Mo	morgens		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗
	mittags		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗
	abends		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗
Di	morgens		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗
	mittags		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗
	abends		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗
Mi	morgens		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗
	mittags		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗
	abends		⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗	⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

Do

morgens

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

mittags

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

abends

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

Fr

morgens

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

mittags

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

abends

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

Sa

morgens

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

mittags

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

abends

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

So

morgens

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

mittags

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

abends

⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗ ⊗ 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 ⊗

Notizen

Notizen



Deutsche
Rentenversicherung