

Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation

Ulla Walter¹

Christiane Patzelt²

Daniel Nowik³

¹ Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover, Germany

² Centre for Individualised Infection Medicine - CiiM | Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) Infektiologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany

³ Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Germany

Abstract

Seit vielen Jahren wird die Gleichzeitigkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gefordert. Verschiedene Akteurinnen und Akteure, Zugangswege, Ziele, Begriffe und Gesetze erschweren jedoch die Umsetzung. Der Blick auf Gemeinsamkeiten der drei Bereiche ermöglicht Perspektiven für ein vernetztes Denken. Präventive Maßnahmen vor der Rehabilitation gewinnen für Risikogruppen an Bedeutung. Schulungen von Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation enthalten vielfach gesundheitsfördernde und präventive Elemente. Reha-Nachsorgeprogramme tragen zur Förderung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und längerfristigen Verhaltensänderungen bei.

Keywords: Rehabilitation, Patientenschulungen, Erwerbsfähigkeit, Teilhabe, Selbstständigkeit

Einleitung

Zahlreiche internationale Gutachten und Stellungnahmen weisen auf die Relevanz von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation hin. Vor dem Hintergrund der Verbreitung chronischer Krankheiten, aber auch der Zunahme älterer und langlebiger Menschen wird Handlungsbedarf zur Ausschöpfung der bestehenden Potenziale gesehen und seit Jahren angemahnt. Die Gutachten des Sachverständigenrates 2002 und 2009 [1] forderten eine stärkere Vernetzung der Sektoren und die Integration der Prävention in die gesundheitsbezogene Versorgung – und damit eine Überwindung des traditionellen sequenziellen Modells. Auch im Gutachten des Jahres 2018 wurde eine „unsichtbare Mauer“ zwischen der Prävention, der ambulanten und der stationären Behandlung sowie der Rehabilitation und der Pflege“ bemängelt ([2], S. 363). Ebenso wird im aktuellen Sachverständigenratgutachten die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung hervorgehoben, da Einsparungspotenziale durch eine Senkung der Morbidität und in der Folge aufgrund einer „Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und damit des Fachkräftebedarfs“ gesehen werden ([3], S. 211).

Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation überschneiden sich teilweise, jedoch findet dies aufgrund verschiedener Zielsetzungen, Akteurinnen und Akteure, Zugangswege, Begrifflichkeiten und gesetzlicher Grundlagen bisher noch zu wenig Beachtung. So richten sich Gesundheitsförderung und Prävention im Unterschied zur individualisierten Rehabilitation auch an die Gesamtbevölkerung bzw. Teilpopulationen. Zudem unterscheiden sie sich von der Rehabilitation deutlich durch die größere Heterogenität der Akteurinnen und Akteure sowie durch idealerweise ergänzende verhältnisbezogene Maßnahmen und Ansätze in der Lebenswelt (Setting).

Trotz dieser Unterschiede sind die konkreten Maßnahmen jedoch oftmals die gleichen oder sich sehr ähnlich (z. B. Schulungen, Bewegungsförderung). Mittlerweile finden sich auch örtliche Überschneidungen, da nach § 14 SGB VI in Rehabilitationseinrichtungen auch Präventionsmaßnahmen angeboten werden können. Die Rentenversicherung als wichtiger Träger der Rehabilitation kann präventiv orientierte Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit und Förderung der Bewältigung des Arbeits- und Berufslebens für Erwerbstätige mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen ohne Rehabilitationsbedarf sowohl stationär als auch ambulant erbringen [4], [5]. Ebenso werden von der Rentenversicherung auch digitale Angebote zur Prävention vorgehalten [6]. Im Zuge des Präventionsgesetzes wurde der Grundsatz Prävention vor Rehabilitation vor Rente gestärkt.

Prävention

Prävention umfasst alle Maßnahmen mit dem Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. eine Krankheit zu verhindern, sie weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Der zeitlichen Unterteilung präventiver Interventionen nach dem Fortschreiten der Entwicklung eines Zielereignisses in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention stehen oft Abgrenzungsprobleme (z. B. durch eine verfeinerte Diagnostik) und Verständnisschwierigkeiten entgegen. Das erschwert zum Teil die (leistungsrechtliche) Integration der Prävention in die gesundheitsbezogene Versorgung. So wird vor allem eine risikoadaptierte Prävention empfohlen [7] ([Prävention und Krankheitsprävention](#)).

Prävention geht über die alleinige Verhütung von Krankheiten hinaus, was insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (gesundes Aufwachsen) und älteren Menschen (Erhalt der Selbstständigkeit auch bei gesundheitlichen Einschränkungen) deutlich wird. So sollte zur Realisierung der präventiven Potenziale im Alter der gesamte „Alternsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration“ berücksichtigt werden ([8], S. 33).

Gesundheitsförderung

Das Konzept der Gesundheitsförderung nach der WHO ist umfassender als der ursprüngliche, an Krankheiten ausgerichtete Ansatz der Prävention. Das liegt insbesondere am sektorenübergreifenden politischen Anspruch und den Konzepten Empowerment [9] ([Empowerment/Befähigung](#)) und [10] [Settingansatz/Lebensweltansatz](#). Nach zunächst heftigen, zum Teil auch ideologisch geprägten Abgrenzungsversuchen sind mittlerweile beide Ansätze als sich ergänzend zu betrachten. Der Lebensweltansatz ist überdies im Präventionsgesetz verankert.

Präventive und gesundheitsfördernde Elemente der Rehabilitation

Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen zur Reduktion oder Beseitigung der Folgen einer chronischen Erkrankung oder eines akuten Ereignisses. Sie dient der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder der Vermeidung der Verschlimmerung einer bestehenden gesundheitlichen Schädigung.

Ziel ist es, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit meist bleibenden Gesundheitsschäden aufgrund von chronischen Erkrankungen und den daraus resultierenden Folgen zu befähigen, mit den Anforderungen des alltäglichen Lebens zurechtzukommen und am Leben in der Familie, im Beruf und in der Gesellschaft wieder teilzuhaben. Die Rehabilitation wird geleitet vom ICF-Konzept der funktionalen Gesundheit [11]. Eine zentrale Zielkomponente ist die Erhaltung und Wiederherstellung persönlicher und sozialer Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen. Zu den wichtigsten Handlungsprinzipien der Rehabilitation gehören Individualität und Komplexität sowie Selbstbestimmung, Partizipation und Ressourcenorientierung.

Zu den präventiven Elementen in der Rehabilitation zählen vor allem Schulungen für Patientinnen und Patienten, die gesundheitsfördernde, ressourcenorientierte und präventive Elemente umfassen. Neben der Informationsvermittlung zielen diese Maßnahmen auf die Förderung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und längerfristigen Verhaltensänderungen ab, beispielsweise in den Bereichen Ernährung, Stressbewältigung, Körperhaltung oder Raucherentwöhnung [12]. Idealerweise sollten sich präventive Interventionen an eine Rehabilitation anschließen. Diese Maßnahmen werden durch die Reha-Therapiestandards, ein Qualitätssicherungsinstrument der Rentenversicherung, vorgeschrieben [13].

Beispiele der Reha-Nachsorge

Das prominenteste Beispiel der Reha-Nachsorge sind [Herzsportgruppen](#). Das intensivierte Reha-Nachsorgeprogramm [IRENA](#) der Rentenversicherung ist seit über 25 Jahren etabliert. Es ist multimodal auf alle Indikationen (außer Suchterkrankungen) anwendbar und zielt u. a. auf die Übertragung und Stabilisierung der Lebensstil- und Verhaltensänderungen in den Alltag. Des Weiteren existieren unimodale indikationsspezifische Nachsorgeprogramme beispielsweise bei psychischen Erkrankungen ([Psy-RENA](#)), Suchterkrankungen (Sucht-Nachsorge) oder muskuloskelettalen Erkrankungen mit trainingstherapeutischen Schwerpunkten ([T-RENA](#)). Seit einigen Jahren werden digitale Reha-Nachsorgeprogramme für verschiedene Indikationen als digitale IRENA-Nachsorge, Psy-RENA und T-

RENA angeboten. Unabhängig vom Wohnort und der vorherigen Rehabilitationseinrichtung können alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden daran teilnehmen, die über einen Internetzugang und einen PC, Laptop, Smartphone oder Tablet verfügen [14].

Präventive Maßnahmen vor Rehabilitation

Insbesondere im Vorfeld einer Rehabilitation gewinnen präventive Maßnahmen für Risikogruppen zunehmend an Bedeutung. Diese sind vor allem in der Altersgruppe 50plus zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit bei verlängerter Lebensarbeitszeit relevant. Mit dem Programm [RV Fit](#) bietet die Rentenversicherung bei ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Bewegungsorgane, der inneren Organe oder psychischen Beeinträchtigungen ein Präventionsangebot an (§ 14 SGB VI). Im Rahmen von Modellprojekten erprobt werden derzeit stationäre Kurzprogramme z. B. für junge Erwachsene mit Adipositas (Modellprojekt [BREAKOUT](#) der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover). Mit einer ambulanten oder stationären Initialphase in einer Rehabilitationseinrichtung, einer berufsbegleitenden Trainingsphase in der Gruppe, einer Eigeninitiativphase und einem Abschluss-Auffrischkurs werden die Motivation und die Aktivität zu einem eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Verhalten gefördert.

Mit dem konzeptionellen Rahmen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF – deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und ihrem zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell berücksichtigt die Rehabilitation sowohl Ressourcen als auch Defizite in allen Lebensbereichen. Der Gesetzgeber hat den Teilhabebegriff der ICF im SGB IX aufgenommen. Als Ziel der Rehabilitation wurden Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe festgelegt.

Dieses Ziel ist vor allem für ältere Menschen zur Förderung und zum Erhalt der Selbstständigkeit zentral. Im höheren Lebensalter liefert die ICF ein umfassendes Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unter den Prämissen der Aktivität, Autonomie und Partizipationsmöglichkeiten von Altern vor dem Hintergrund der gegebenen personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren wie Lebensstil, bisherige Erfahrungen, Unterstützung durch Angehörige, Vorhandensein geeigneter, gesundheitsbezogener Angebote oder behinderungsgerechtem Wohnraum. Diese bieten Ansatzpunkte und Parallelen zu verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen. Bei der speziell für ältere Menschen vorgesehenen indikationsübergreifenden geriatrischen Rehabilitation besteht weiterhin Entwicklungsbedarf [15], der Sachverständigenrat [3] forderte eine nationale Strategie zur flächendeckenden Versorgung.

Einen zusammenfassenden Überblick über Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gibt Tabelle 1.

	Gesundheitsförderung	Prävention	Rehabilitation
Zielgruppen	• Gesamte Bevölkerung • (Vulnerable) Teilgruppen	• Bevölkerungsgruppen ohne bzw. mit leicht erhöhten pathogenen Risiken • (Hoch-)Risikogruppen	• Personen insbesondere mit chronischer Erkrankung bzw. Hochrisikopersonen • Patientinnen/Patienten nach akutstationärer Versorgung
Zugang	• Zugehstruktur • Strukturelle Maßnahmen • Settings, Lebenswelten • Peers, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Fachkräfte	• Überwiegend Kommstruktur • Weniger Zugehstruktur • Peers, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Fachkräfte	• Kommstruktur • Aufforderung der Krankenkasse (§ 51 SGB V)

Identifikation und Auswahl der Zielgruppen	• Lebensräume, Settings	• Steuerung über Angebote • Problem: Risikogruppen werden häufig nicht erreicht • Zum Teil Identifikation über Routinedaten oder Erhebungen (z. B. Risiko-, Schutzfaktoren)	• Über (niedergelassene) Ärztinnen/Ärzte • Antragsverfahren mit Begutachtung • Spezifische Indikationen: direkt im Anschluss nach Akutkrankenhauses (Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation) • In Modellen: AU- oder Leistungsanspruchsnahmedaten
Art der Interventionen	• Politische, regulatorische Interventionen • Settingansatz, Whole Institution Approach • Empowerment • Kompetenzförderung, Capacity Building	• Beratung • Kurse, Schulungen • Kompetenzförderung, Capacity Building • Regulatorische, organisations- und verhältnisbezogene Maßnahmen • Medikamentöse Prävention	• Beratung • Patientinnen- und Patientenschulungen • Bewegungsförderung und andere Maßnahmen • Medikation • Sonstige Maßnahmen
Inhalte und Ziele der Beratungen/Schulungen/Themenfelder		• Gesunder Lebensstil, u. a. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Alkohol, Tabakkonsum • Informationsvermittlung • Veränderung von Einstellungen und Verhalten	• Krankheitsbewältigung, funktionale Gesundheit • Gesunder Lebensstil, u. a. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Alkohol, Tabakkonsum • Informationsvermittlung • Veränderung von Einstellungen und Verhalten • Erhöhung der Compliance

Struktur der Interventionen	• Politikfelder • Strukturentwicklung • Beeinflussung von Settings • Erhöhung personaler und kollektiver Gesundheitskompetenz	• Verhaltensbezogene Individualangebote: vorrangig singulär, seltener multimodal • Multimodal, verhältnisorientiert	• Multimodal
Eingebundene Professionen	• Zahlreiche Disziplinen, auch Politik	• Zahlreiche Disziplinen, aber häufig unverbunden, oft monodisziplinäres Angebot	• Zahlreiche Disziplinen, multiprofessionelles Team
Nachhaltigkeit	• Bisher kaum strukturierte Nachhaltigkeit	• Bisher kaum strukturierte Nachhaltigkeit	• Teilweise strukturierte Nachsorgeprogramme, Langfristigkeit noch Problem
Evaluation	• Nur vereinzelt • Für komplexe Ansätze wenig Evidenz • Gut belegt: betriebliche Gesundheitsförderung	• standardisierte und evaluierte Programme liegen vor • Evidenz besonders bei verhaltensorientierten Programmen	• Evaluation von (Kosten-)Effektivität, insbesondere von Patientinnen- und Patientenschulungen • Standardisierte Interventionen liegen für mehrere Indikationen vor
Qualitätssicherung	• Ansatzweise, siehe Prävention	• Uneinheitlich, lückenhaft; z.T. verbindlich für Leistungsträger	• Verbindliche Systeme der Leistungsträger (z. B. GKV, DRV)

Tab. 1: Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation – Gemeinsamkeiten und Unterschiede (modifiziert und erweitert nach [16])

Hinsichtlich der gesetzlichen Verankerung und Einbindung in die gesundheitsbezogene Versorgung unterscheiden sich die drei Bereiche deutlich, wobei die Rehabilitation wesentlich früher gesetzlich verankert wurde. Die Palette der (Kosten- bzw. Leistungs-)Träger der Rehabilitation ist vor allem in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts erweitert worden. Auch wurde der berechnete Personenkreis in den vergangenen Jahrzehnten erweitert, Art und Umfang der Leistungen sind ergänzt, modifiziert, zum Teil aber auch wieder eingeschränkt worden.

Seit 2001 liegt mit dem SGB IX ein eigenständiges Gesetzbuch für die Rehabilitation vor. Mit dem Eingang der Prävention in die gesetzlichen Grundlagen zur Rehabilitation (§ 3 SGB IX: Vorrangstellung der Prävention) erweiterte sich das Aufgabenspektrum der Träger. Mit dem [Präventionsgesetz](#) [17] fanden Prävention und Gesundheitsförderung einen stärkeren Eingang in das SGB V und in weitere Sozialgesetzbücher wie das SGB XI zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. So sollen

Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in der Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig in vielen Handlungsfeldern, Lebenswelten und für verschiedene Altersgruppen verpflichtend zusammenarbeiten.

Einen erheblichen Beitrag bezüglich der wissenschaftlichen Fundierung der Rehabilitation leistete der gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Rentenversicherung getragene Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften mit acht regionalen Forschungsverbünden und 145 Projekten (1998 bis 2005 wurden 40,9 Millionen Euro bereitgestellt, davon leistete das BMBF insgesamt 20 Millionen Euro). Im Rahmen der Förderung der Versorgungsforschung (seit 2006) wird die wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation weiter unterstützt. Deutlich geringer fällt dagegen die Förderung der Forschung in der Prävention und Gesundheitsförderung aus [18] ([Forschung zur Gesundheitsförderung](#)).

Internetadressen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Available from: <https://www.bar-frankfurt.de>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Available from: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html
- Deutsche Rentenversicherung. RV Fit. Available from: <https://www.rv-fit.de>
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege. Available from: <https://www.svr-gesundheit.de>

Weiterführende Quellen:

- Schönle PW. Zur Zukunft der Rehabilitation in Deutschland. In: Blumenthal W, Schliehe F, editors. Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Heidelberg: DVfR; 2009. p. 347–64.
- Stähler T. Wichtige Handlungsprinzipien von Rehabilitation und Teilhabe. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), editor. Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Frankfurt am Main; 2005. p. 24–7.
- Walter U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Hannover; 2003. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Diverse_Materialien/Gesetze_neu/Gesetze_2003_Walter_Expertise_Wahrg_Umsetzg_rechtlicher_Bestimmg.pdf

References

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. 2009. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. 2018. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2009/Kurzfassung_2009.pdf
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. 2024. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf DOI:10.4126/FRL01-006400072
4. Buschmann-Steinhage R, Brüggemann S. Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Bundesgesundheitsblatt. 2011 Apr;54(4):404–10. DOI:10.1007/s00103-011-1240-2
5. Moser NT, Fischer K, Korsukéwitz C. Prävention als Aufgabe der Rentenversicherung: Innovative Modelle ergänzen bewährte Konzepte. Rehabilitation. 2010 Apr;49(2):80–6. DOI:10.1055/s-0029-1246141
6. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), editor. Weiterentwicklung von Prävention und

- Rehabilitation. Gemeinsames Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung. Berlin; 2023.
7. Franzkowiak P. Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I091-4.0)
 8. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000 / 2001. Ausführliche Zusammenfassung. 2002. [accessed 2026 Jan 12]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2000_2001/Kurzfassung_Band3.pdf
 9. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0)
 10. Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0)
 11. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), editor. ICF-Praxisleitfaden: Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt am Main; 2015 [accessed 2026 Jan 19]. Available from: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/PLICF1.web.pdf
 12. Deutsche Rentenversicherung (DRV). Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. 2026 [accessed 2026 Jan 19]. Available from: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Patientenschulung-und-Beratung/gesundheitsstraining.html>
 13. Farin E, Wirth A, Quaschnig K, Meyer T, Nowik D, Block I, Vogel H, Volke E. Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation. 2018 Feb;57(1):48–54. DOI:[10.1055/s-0043-124309](https://doi.org/10.1055/s-0043-124309)
 14. Deutsche Rentenversicherung (DRV). Digitale Reha-Nachsorgeangebote. 2025 [accessed 2026 Jan 19]. Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Nachsorge/TeleNachsorge_index.html
 15. Flor W. Geriatrische Rehabilitation. Eine Untersuchung des Zugangs aus der hausärztlichen Versorgung. Dissertation. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover; 2021.
 16. Walter U, Buschmann-Steinhage R, Faller H, Kliche T, Müller H, Pfeifer K, Koch U. Prävention und Rehabilitation: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Konzepten, Rahmenbedingungen und Umsetzung in der gesundheitlichen Versorgung. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H, editors. Prävention und Versorgungsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2008. p. 359–87. DOI:[10.1007/978-3-540-73042-2_18](https://doi.org/10.1007/978-3-540-73042-2_18)
 17. Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I092-4.0)
 18. Röding D, Walter U. Forschung zur Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I019-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I019-2.0)

Korrespondenz: Prof. Dr. phil. Ulla Walter, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30623 Hannover, Deutschland, E-mail: Walter.Ulla@MH-Hannover.de

Zitierhinweis: Walter U, Patzelt C, Nowik D. Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i050-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i050-1.0)

Copyright: © 2026 Ulla Walter et al.

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>