

Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum

Christian Weidmann
Birgit Reime
(Hrsg.)

Grundlagen, Strategien
und Interventionskonzepte

Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum

Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum

Christian Weidmann, Birgit Reime (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip, Bielefeld; Milo Puhan, Zürich;
Doris Schaeffer, Bielefeld

Christian Weidmann
Birgit Reime
(Hrsg.)

Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum

Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte

unter Mitarbeit von

Frank M. Amort

Corinna Anand

Jobst Augustin

Mario Bach

Monika Bachinger

Lisa Blattert

Britta Blotenberg

Marcellus Bonato

Susanne Busch

Vivien Dransfeld

Thomas Elkeles

Christoph End

Heike Englert

Carlo Fabian

Marisa Geiser

Adelheid Glott

Corinna Gréa

Alexander Haarmann

Anna Haupeltshofer

Kolja T. Heckes

Katharina Heimerl

Wolfram J. Herrmann

Kathrin Hofer-Fischanger

Bärbel Holzwarth

Christian Köder

Daniela Koller

Nadeschda Lampel

Werner Maier

Sigrid Mairhofer

Saskia Masur

Ingo Meyer

Nele Mindermann

Sonja Müller

Ulrike Nennstiel

Martin Neuenschwander

Petra Plunger

Hannes Rau

Stefanie Richter

Andreas Rod

Dominik Röding

Meltem Sahbaz

Ralf Schattschneider

Sven Schneider

Stefanie Seeling

Norbert Seidl

Helmut Simi

Lisa Johanna Stahl

Kirsten Steinhausen

Verena C. Tatzler

Julius Thume

Evgeniya Tkachenko

Eva Trompetter

Melek Tufan

Silvia Tuttner

Patrick Warth

Ronald Zabel

 **hogrefe**

Prof. Dr. Christian Weidmann

Hochschule Furtwangen
Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft
Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften
Robert-Gerwig-Platz 1
78120 Furtwangen
Deutschland
E-Mail: christian.weidmann@hs-furtwangen.de

Prof. Dr. Birgit Reime

Hochschule Furtwangen
Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft
Studiengang Angewandte Gesundheitswissenschaften
Robert-Gerwig-Platz 1
78120 Furtwangen
Deutschland
E-Mail: rebi@hs-furtwangen.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheit
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea

Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald/Hunsrück

Herstellung: Daniel Berger

Umschlag: Claude Borer, Riehen

Satz: punktgenau GmbH, Bühl

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín

Printed in Czech Republic

1. Auflage 2021

© 2021 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95979-5)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75979-1)

ISBN 978-3-456-85979-8

<http://doi.org/10.1024/85979-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung im ländlichen Raum: eine Einleitung	11
<i>Christian Weidmann und Birgit Reime</i>	
<hr/>	
Buchteil I – Erklärungsansätze für Stadt-Land-Unterschiede	19
1 Gesundheitliche Unterschiede zwischen Stadt und Land – Vorschlag für ein interdisziplinäres Erklärungsmodell	21
<i>Sven Schneider und Bärbel Holzwarth</i>	
1.1 Ausgangslage	21
1.2 Ziel und Aufbau des Beitrags	22
1.3 Terminologische Klärungen	22
1.4 Determinanten der Gesundheit auf Mikroebene	23
1.5 Determinanten der Gesundheit auf Mesoebene	25
1.6 Determinanten der Gesundheit auf Makroebene	31
1.7 Modellimmanente Wirkungspfade	31
1.8 Gesundheitsmodelle angrenzender Forschungsfelder	32
1.9 Fazit	33
2 Geografische Perspektiven des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung	38
<i>Jobst Augustin, Daniela Koller und Werner Maier</i>	
2.1 Aspekte geografischer Erreichbarkeit	38
2.2 Geografische Netzwerkanalysen als Instrument zur Quantifizierung der Erreichbarkeit	40
2.3 Regionale Deprivation und geografische Disparitäten in der Gesundheitsversorgung	45
2.4 Fazit	49
3 Wie können kulturelle Ökosystemleistungen konzeptionell gefasst werden? Ein Diskussionsbeitrag auf Basis der gesundheitlichen Effekte von Wäldern in Deutschland und Japan	52
<i>Monika Bachinger, Ulrike Nennstiel, Christoph End und Hannes Rau</i>	
3.1 Einleitung	52
3.2 Theoretische Grundlagen	54

3.3	Synthese: Schnittmengen zwischen den Konzepten der gesundheitlichen Effekte der Natur und der kulturellen Ökosystemleistungen	60
3.4	Methode	64
3.5	Ergebnisse	65
3.6	Fazit	71
3.7	Limitationen dieses Beitrags	72

Buchteil II – Prävention und Gesundheitsförderung im ländlichen Raum 79

4	Gesundheitskompetenz stärken – durch digitales, vernetztes Bildungsmanagement, die „Digital Nurse“	81
	<i>Anna Hauptelshofer und Stefanie Seeling</i>	
4.1	Einleitung	81
4.2	Theoretischer Hintergrund	82
4.3	Methoden	84
4.4	Ergebnisse	85
4.5	Bildungsmanagement der „Digital Nurse“	87
4.6	Diskussion	88
4.7	Fazit	91
5	Durch Präventive Hausbesuche länger zu Hause wohnen bleiben	94
	<i>Britta Blotenberg und Stefanie Seeling</i>	
5.1	Hintergrund	94
5.2	Projektkonzept	96
5.3	Ergebnisse	100
5.4	Die Zukunftsvision	103
5.5	Fazit	105
6	Bewegungsförderung und aktive Mobilität im ländlichen Raum – Lessons learnt aus der Steiermark	109
	<i>Kathrin Hofer-Fischanger, Silvia Tuttner, Helmut Simi und Frank M. Amort</i>	
6.1	Hintergrund	109
6.2	Methode	111
6.3	Darstellung der Projekte	113
6.4	Ergebnisse der Projektreflexion anhand von Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung	115
6.5	Identifizierte Qualitätsmerkmale für Bewegungsförderung und aktive Mobilität im ländlichen Raum	119
7	Gesundheitsförderung und -versorgung in ländlich-peripheren Gemeinden Nordostdeutschlands	125
	<i>Dominik Röding und Thomas Elkeles</i>	
7.1	Abstract	125
7.2	Hintergrund	125
7.3	Daten und Methoden	127

7.4	Ergebnisse	130
7.5	Diskussion	137
7.6	Fazit	138
8	Gesunde Lebenswelten partizipativ gestalten: die Bedeutung des Ehrenamtes für ein gesundes Altern im ländlichen Raum	141
	<i>Sigrid Mairhofer</i>	
8.1	Abstract	141
8.2	Einleitung	141
8.3	Theoretischer Hintergrund	142
8.4	Forschungsansatz und Methodik	144
8.5	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	147
8.6	Fazit	152
9	Präventionsprojekte in Gemeinden – Erfolgsfaktoren	157
	<i>Carlo Fabian, Martin Neuenschwander und Marisa Geiser</i>	
9.1	Einleitung	157
9.2	Theoretischer Bezugsrahmen für Gemeindeprojekte	158
9.3	Grundlagen für die Studie	163
9.4	Zentrale Befunde aus der aktuellen Forschungsliteratur	164
9.5	Erfolgsfaktoren von Prävention in Gemeinden	166
9.6	Fazit	171
<hr/>		
	Buchteil III – Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	177
10	Pflegerische Versorgung auf dem Land – die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer	179
	<i>Eva Trompetter und Norbert Seidl</i>	
10.1	Ausgangslage und Forschungsinteresse	179
10.2	Methodisches Vorgehen	182
10.3	Ergebnisse	184
10.4	Fazit	190
11	Kultursensible Pflege und Versorgung von türkei- und russischstämmigen Patient*innen im ländlichen Raum des Schwarzwaldes	195
	<i>Patrick Warth, Melek Tufan, Meltem Sahbaz, Evgeniya Tkachenko, Christian Weidmann und Birgit Reime</i>	
11.1	Hintergrund	195
11.2	Daten und Methoden	197
11.3	Deskriptive Ergebnisse	199
11.4	Diskussion	205
11.5	Limitationen	207
11.6	Fazit	207

12	Dürfen wir in Zukunft nicht mehr so oft zum Arzt gehen? Entwicklung und Durchführung eines Bürgerforums im Rahmen eines deutsch-norwegischen Forschungsprojektes zur Inanspruchnahme (haus-)ärztlicher Versorgung . . .	211
	<i>Wolfram J. Herrmann und Alexander Haarmann</i>	
12.1	Einleitung	211
12.2	Methodik	212
12.3	Ergebnisse	214
12.4	Diskussion	215
12.5	Fazit	216
13	Demenz im ländlichen Raum – Versorgung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen	219
	<i>Nele Mindermann, Ralf Schattschneider und Susanne Busch</i>	
13.1	Einleitung	219
13.2	Ländliche Räume im Kontext Demenz	221
13.3	Belastungen und Unterstützungsbedarfe von pflegenden Angehörigen	223
13.4	Versorgungs- und Unterstützungssituation	225
13.5	Fazit	229
14	Die Versorgung von Menschen mit Demenz im ländlichen Raum – Herausforderungen und Chancen eines Zentrums für psychische Gesundheit mit aufsuchenden Dienstleistungen in Nord-Ost-Vorpommern	234
	<i>Stefanie Richter und Ronald Zabel</i>	
14.1	Einleitung	234
14.2	Fallbeispiel: Frau Ross	234
14.3	Kennzeichen des Landkreises Vorpommern-Rügen	236
14.4	Merkmale qualifizierter Versorgung für Menschen mit Demenz	237
14.5	Konzept einer bedarfsorientierten Versorgung im ländlichen Raum	239
14.6	Ausblick und Perspektiven für eine flächendeckende Versorgung	245
15	Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung für Menschen mit Demenz und betreuende Angehörige im ländlichen Raum: Was können Apotheken beitragen?	250
	<i>Petra Plunger, Katharina Heimerl und Verena C. Tatzer</i>	
15.1	Einleitung	250
15.2	Theoretischer Hintergrund	250
15.3	Projektentwicklung und methodische Umsetzung	253
15.4	Ergebnisse	255
15.5	Fazit	259

16 E-Health als Integrationsmotor in der ländlichen Krankenversorgung: Voraussetzungen, Herausforderungen und Chancen	262
<i>Mario Bach, Ingo Meyer und Sonja Müller</i>	
16.1 Versorgungssicherung und E-Health	262
16.2 E-Health-Anwendungen, Nutzenpotenziale und mögliche Barrieren	263
16.3 Zur Umsetzung von E-Health	268
16.4 Fazit	274
<hr/>	
Buchteil IV – Netzwerke im ländlichen Raum	277
17 Regionale Gesundheitsförderung im Kreis Borken (reges:BOR)	279
<i>Marcellus Bonato, Vivien Dransfeld, Corinna Gréa, Kolja T. Heckes, Lisa J. Stahl und Julius Thume</i>	
17.1 Entstehung und Förderung der Projektidee	279
17.2 Projektaufbau	282
17.3 Kartierung und Indikatorik	283
17.4 Netzwerkbildung	287
17.5 Fazit	290
18 Das Healthy-Lifestyle-Community-Programm: ein Community-basiertes, ganzheitliches Lebensstil-Interventionsprojekt zum gesunden Leben und Arbeiten	295
<i>Heike Englert, Corinna Anand und Christian Köder</i>	
18.1 Einleitung	295
18.2 Transferziele des Lebensstilprojektes Healthy Lifestyle Community	298
18.3 Ansatz des Lebensstilprojektes Healthy Lifestyle Community	300
18.4 Das Lebensstilprojekt Healthy Lifestyle Community	302
18.5 Wissenschaftliche Evaluation	304
18.6 Erste Erkenntnisse und Fazit	305
19 Gesunde Arbeit für Furtwangen (GAfF) – das Netzwerk als ein Modell für gesunde Arbeit im ländlichen Raum?	309
<i>Kirsten Steinhausen und Andreas Rod</i>	
19.1 Einleitung	309
19.2 Theoretischer Hintergrund	310
19.3 Methodisches Vorgehen und erste Ergebnisse der Bedarfsanalyse	313
19.4 Ergebnisse: Erstellung und Implementierung eines BGM-Netzwerkkonzeptes	315
19.5 Diskussion	320
19.6 Fazit	322

20 Ist die Welt auf dem Land noch in Ordnung? Bedarfserhebung für eine webbasierte Anlaufstelle für junge Menschen in suizidalen Krisen im Schwarzwald	324
<i>Birgit Reime, Lisa Blattert, Adelheid Glott, Nadeschda Lampel, Saskia Masur und Patrick Warth</i>	
20.1 Einleitung	324
20.2 Theoretischer Hintergrund	324
20.3 Das Projekt	327
20.4 Methodik	328
20.5 Ergebnisse	330
20.6 Fazit	335
<hr/>	
Anhang	339
Abkürzungsverzeichnis	341
Autorenverzeichnis	345
Sachwortverzeichnis	350

Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung im ländlichen Raum: eine Einleitung

Christian Weidmann und Birgit Reime

Hintergrund

Obwohl die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in den letzten Jahren eine größere Aufmerksamkeit erhalten haben, gibt es bislang international keine einheitliche Definition des ländlichen Raums. Auch in Deutschland existierte bis vor Kurzem in der amtlichen Statistik keine Ausweisung des ländlichen Raums. Inzwischen hat das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung eine Einteilung vorgelegt, in der knapp 70 % der Fläche als ländlich ausgewiesen werden. Rund 30 % der deutschen Bevölkerung lebt in diesem Raum. Basis für diese Einteilung ist die Zuordnung der Stadt- und Landkreise Deutschlands zu einem von vier strukturellen Kreistypen, basierend auf der Einwohnerdichte und dem jeweiligen Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- & Raumforschung, 2020). Landkreise mit einer Einwohnerdichte unter 150 Einwohnern je km² und einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von unter 50 % werden hierbei dem ländlichen Raum zugeordnet, alle anderen Kreise dem städtischen Raum. Der ländliche Raum Deutschlands befindet sich in dieser Raumabgrenzung vor allem in Nord- und Ostdeutschland sowie in weiten Teilen Bayerns. Als städtischer Raum gelten dagegen vor allem Nordrhein-Westfalen, das südliche Hessen, das Saarland und weite Teile Baden-Württembergs.

Die Einteilung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung nutzt wie viele andere internationale Klassifikationen die Einwohnerdichte zur Abgrenzung des ländlichen Raums, wobei die Grenze von 150 Einwohnern je km² nicht in allen Ländern angesetzt wird, was die Vergleichbarkeit von Studien erschwert (Weinhold & Gurtner, 2014). Zur Abgrenzung von Stadt und Land wurden in anderen Klassifikationen noch weitere Indikatoren herangezogen: Durch die Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale ergab sich eine Differenzierung des ländlichen Raums in Räume mit guter und weniger guter ökonomischer Perspektive (Küpper, 2016; Schulz, Czihal, Erhart & Stillfried, 2016). In Forschungsdatensätzen findet sich häufig aber die datensparsame und leicht rekonstruierbare Einteilung des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung auf Basis der siedlungsstrukturellen Kreistypen¹.

Vergleicht man die Bevölkerung im ländlichen und im städtischen Raum, zeigt sich ein höheres Durchschnittsalter im ländlichen Raum. Im Jahr 2017 betrug die Differenz im Durchschnittsalter fast zwei Jahre (45,3 Jahre vs. 43,4 Jahre im städtischen Raum) und der Bevölkerungsanteil der Personen über 65 Jahre war mit 23 % erkennbar höher als im städti-

1 So sind etwa die Daten der GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) des Robert Koch-Instituts mit den siedlungsstrukturellen Kreistypen angereichert.

schen Raum (20,7%). Als Ursache dieser Altersunterschiede gelten vor allem die im neuen Jahrtausend zu beobachtenden Urbanisierungstendenzen in der jüngeren Bevölkerung. Die Bildungs-, Erwerbs- und Lebensbedingungen erscheinen jungen Erwachsenen im städtischen Raum attraktiver, wodurch sich Wanderungsgewinne des städtischen Raums ergeben (Gans, 2017; Henger & Oberst, 2019). Eine vergleichbare Entwicklung ist in der älteren Bevölkerung nicht zu erkennen und der Altersaufbau in Stadt und Land geht daher auseinander.

Diese Veränderungen verschärfen die ohnehin zu beobachtenden Verschiebungen in der Altersstruktur, die unter dem Schlagwort des demografischen Wandels diskutiert werden. Anhaltend niedrige Geburtenraten bei zugleich steigender Lebenserwartung führen dazu, dass sich Deutschland ebenso wie weitere europäische Länder in einem längerfristigen Alterungsprozess mit rückläufiger Bevölkerungsentwicklung befindet (Statistische Ämter des Bundes & der Länder, 2011). Dieser Prozess führt zu einer deutlich stärkeren Besetzung der oberen Altersklassen mit nachhaltigen Konsequenzen für das gesellschaftliche Zusammenleben und insbesondere für die sozialen Sicherungssysteme. Der demografische Wandel vollzieht sich in ganz Deutschland, regional allerdings in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Der ländliche Raum – insbesondere in Ostdeutschland – ist durch die bereits thematisierten Wanderungsverluste in der Gruppe der jungen Erwachsenen bereits heute stark von der Alterung betroffen. Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes lassen erwarten, dass auch weiterhin der ländliche Raum besonders stark altern wird (Maretzke, 2017; Schlömer, 2015).

In der Folge sind bei chronischen Erkrankungen mit alterstypischem Verlauf erhöhte Krankheitsraten im ländlichen Raum, vergleichbar mit anderen westlichen Ländern, zu erwarten. Nach Adjustierung für soziodemografische und gesundheitsbezogene Faktoren ergab sich bei US-amerikanischen Landbewohnern ein deutlich höheres Risiko, an einer demenziellen Er-

krankung zu leiden, als bei gleichaltrigen Stadtbewohnern (Weden, Shih, Kabeto & Langa, 2018). Ferner scheint es in den ländlichen Regionen mehrerer Länder Barrieren für eine valide Diagnostik einer demenziellen Erkrankung zu geben (Barth, Nickel & Kolominsky-Rabas, 2018). In Deutschland fand sich beim Diabetes mellitus Typ 2, der vor allem im fortgeschrittenen Lebensalter auftritt, unter AOK-Versicherten deutliche Prävalenzunterschiede zwischen den siedlungsstrukturellen Kreistypen. Während in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen eine Diabetes-Prävalenz von 10,1% vorlag, zeigte sich in den kreisfreien Großstädten mit mehr als 500 000 Einwohnern lediglich eine Prävalenz von 7,6% (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2019). Diese Unterschiede sind im Sinne eines Kompositionseffektes in erster Linie durch die unterschiedliche Altersstruktur in Stadt und Land zu erklären, da die Prävalenzunterschiede unter Adjustierung der Geschlechts- und Alterszusammensetzung in den Stadt- und Landkreisen deutlich geringer ausfielen. Allerdings zeigte sich in verschiedenen Studien, dass auch in adjustierten Modellen weiterhin regionale Unterschiede bestehen und es neben der Alterszusammensetzung somit weitere Ursachen für Stadt-Land-Unterschiede geben muss (Kauhl, Schweikart, Krafft, Keste & Moskwyn, 2016; Kroll & Lampert, 2010).

Die ungleiche Verteilung von Übergewicht und Adipositas, welche die Entstehung eines Diabetes mellitus begünstigen, kann ein solcher Erklärungsansatz sein. Auch hier gibt es in Deutschland Belege für eine stärkere Verbreitung von Übergewicht und Adipositas im ländlichen Raum (Kroll & Lampert, 2010; Wissenschaftliches Institut der AOK, 2019). Ähnliche Befunde zeigten sich auch in einer globalen Betrachtung der Gewichtsentwicklung in Stadt und Land auf der Basis einer umfassenden Metaanalyse. Im Zeitraum von 1985 bis 2017 war es die Landbevölkerung, die weltweit ihren Body-Mass-Index besonders stark steigerte und höhere durchschnittliche Zuwachsraten als die Stadtbevölkerung verzeichnete (NCD Risk Fac-

tor Collaboration, 2019). In den westlichen Industrienationen liegt daher inzwischen der Body-Mass-Index der Landbevölkerung über dem der Stadtbevölkerung. Vor diesem Hintergrund ist der markante Anstieg der Adipositas-Prävalenzen in den letzten Dekaden, der in vielen Industrienationen und am stärksten in den USA zu beobachten ist, hauptsächlich durch die starke Gewichtszunahme der Landbevölkerung bedingt (NCD Risk Factor Collaboration, 2019).

Eine Erklärung dieser starken Gewichtszunahme speziell im ländlichen Raum steht noch aus und es wurden bisher unterschiedliche Ansätze diskutiert: Neben der bereits angesprochenen abweichenden Alterszusammensetzung könnten die geringeren Bildungschancen und die niedrigeren Durchschnittslöhne, die sich in der Regel im ländlichen Raum finden lassen, die Gewichtsentwicklung erklären. Ebenfalls relevant könnte die schlechtere Verfügbarkeit von gesunden und qualitativ hochwertigen Lebensmitteln, der hohe Fettanteil in den ländlichen Ernährungsmustern, das geringere Angebot an sicheren Sport- und Bewegungsstätten und die stärkere Abhängigkeit vom Automobil aufgrund des schlechter ausgebauten öffentlichen Nahverkehrs sein (Befort, Nazir & Perri, 2012; NCD Risk Factor Collaboration, 2019).

Allerdings werfen diese Erklärungsansätze neue Fragen auf: Werden nicht viele der gesunden Nahrungsmittel im ländlichen Raum angebaut und sollten dort auch verfügbar sein? Bewegt sich die Landbevölkerung trotz der Naturnähe, der größeren Gärten und der verstärkten körperlichen Aktivität im Beruf, die sich im ländlichen Raum vermutlich finden lässt, wirklich weniger? Gibt es noch eine ländliche Kultur, die sich unter anderem in eigenen Geschmacks- und Ernährungsmustern ausdrückt? Ferner stellt sich die Frage nach der Assoziation zwischen Kontext und Diversität: Wie hängt der soziokulturelle Kontext mit der Gesundheit verschiedener Altersgruppen, von Frauen und Männern, von Angestammten, Zugewogenen und Migrantinnen und Migranten

zusammen? Diese Aspekte zielen auf den spezifischen Kontext des ländlichen Raums und dessen Auswirkungen auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Da dieser Kontext aus unserer Sicht bislang unzureichend beschrieben wurde, sammelt dieser Band in einem **ersten Buchteil** Beiträge, die Erklärungsansätze für gesundheitliche Stadt-Land-Unterschiede liefern. Die Beiträge beleuchten den gesundheitlichen Kontext des ländlichen Raums aus soziologischer, epidemiologischer, geografischer und forstwirtschaftlicher Sicht und beschränken sich hierbei nicht auf die körperliche Aktivität.

Eine wichtige Erklärungsgröße der Stadt-Land-Unterschiede in der Gesundheit sind die jeweiligen Verhaltensmuster. Der Lebensstil hat erheblichen Einfluss auf die Entstehung zahlreicher Erkrankungen und auf die Lebenserwartung. So sind beispielsweise die gesundheitlichen und ökonomischen Auswirkungen eines inaktiven Lebensstils und die Folge einer Adipositas inzwischen umfangreich beschrieben worden (Afshin et al., 2017; Ding et al., 2016). Insbesondere der wachsende Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in vielen Ländern wird hierbei als wichtiges Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung definiert. Erfreulich umfangreich ist daher inzwischen auch die Studienlage zu Interventionen im Kinder- und Jugendbereich, die auf die Vermeidung einer Adipositas und adipösen Verhaltensmustern zielen (Sisson, Krampe, Anundson & Castle, 2016). Best-Practice-Interventionen speziell für den ländlichen Raum, die eine Adipositas-Prävention im Kontext eines erschwerten Zugangs zu gesunden Lebensmitteln, zu Sport- und Bewegungsangeboten sowie zu Beratungsstellen beschreiben, sind dagegen in der Literatur kaum zu finden².

Auch in anderen Handlungsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung liegen nur

2 Eine positive Ausnahme bilden die Präventionsansätze, die sich auf folgender Website finden: <https://www.ruralhealthinfo.org>

vereinzelt regionalisierte Ansätze unter Berücksichtigung des ländlichen Kontextes vor. Diese fokussieren sich beispielsweise auf die Vermeidung von Stürzen, auf die Reduktion des Alkoholkonsums oder einer Vermeidung von HIV-Infektionen (Connors, Walitzer, Prince & Kubiak, 2017; Smith et al., 2018; Worthington et al., 2020). In diesen Interventionen finden sich häufig E-Health-Elemente integriert, da diese meist aus Ländern wie den USA, Australien oder Kanada stammen, die sehr große und zum Teil sehr abgeschiedene ländliche Räume mit wenigen Präventionsangeboten aufweisen. In diesen Ländern hat die Gesundheit im ländlichen Raum in Politik und Wissenschaft einen größeren Stellenwert, da die Krankheitslast der Bevölkerung im ländlichen Raum und ganz besonders der indigenen Bevölkerung (z. B. der American Indians, der Alaska Natives oder der Aborigines Australiens) bei fast allen Indikatoren höher ist als bei der städtischen Bevölkerung. Aus dem deutschsprachigen Raum finden sich dagegen bislang nur wenige Studien, die Konzepte oder Erfolgsfaktoren für Prävention und Gesundheitsförderung speziell im ländlichen Raum beschreiben. Vor dem Hintergrund der verstärkten Alterung des ländlichen Raums und den Herausforderungen eines hohen Bevölkerungsanteils Übergewichtiger und Adipöser sehen wir einen großen Bedarf an solchen Konzepten. Neben den gesundheitlichen Herausforderungen sollten diese Konzepte nach Möglichkeit die besonderen Ressourcen des ländlichen Raums, etwa die engen sozialen Netzwerke und das hohe soziale Kapital, nutzen. Der **zweite Buchteil** sammelt entsprechende Präventionsansätze und Erfahrungsberichte, die aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und Italien stammen. Das Kapitel schließt mit einer Sammlung von Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für die Präventionsarbeit.

Mit der Alterung der Bevölkerung im ländlichen Raum wachsen auch die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Die hohen Adipositas- und Diabetes-Prävalenzen erfordern

beispielsweise eine enge hausärztliche Betreuung der Betroffenen mit einer wiederkehrenden Lebensstilberatung, ein kontinuierliches Monitoring wichtiger Parameter und eine gute Pharmakotherapie. Regelmäßige Facharzttermine werden nötig, etwa zur Erkennung von Augenkomplicationen. Neben der ärztlichen Versorgung wächst auch der Bedarf an pflegerischer Unterstützung und die Nachfrage nach weiteren Gesundheitsfachberufen (bspw. nach Physio- oder Ergotherapeuten). Über viele Jahre war das deutsche Gesundheitssystem in der Lage, sowohl in der Stadt als auch auf dem Land eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Durch die anhaltenden demografischen Veränderungen und die zunehmende Peripherisierung des ländlichen Raumes wird diese flächendeckende Versorgung jedoch infrage gestellt. Es häufen sich Berichte über Schwierigkeiten bei der Nachfolgesuche für Hausarztpraxen, Apotheken und Einrichtungen der Gesundheitsfachberufe sowie über lange Wege zu Fachärzten und Kliniken. Weniger Beachtung findet zum Beispiel die gesundheitliche Situation jugendlicher und junger Menschen auf dem Land, denen im Falle von Entwicklungskrisen und psychosozialen Problemen ein deutlich weniger dichtes Netz an professionellen Anlaufstellen zur Verfügung steht als in städtischem Umfeld (Steck, Egger, Schimmelmann & Kupferschmid, 2018).

Von politischer und gesundheitswissenschaftlicher Seite wird vor allem die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum diskutiert. Die drohende Unterversorgung als auch die Qualität hausärztlicher Leistungen stehen dabei häufig im Mittelpunkt des Interesses. Die Gründe für die unzureichende hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum sind vielfältig. Diskutiert werden der zu geringe Stellenwert der Allgemeinmedizin in der medizinischen Ausbildung, die zu starke Konzentration der Praxen auf die Ballungsräume, die zunehmende „Feminisierung“ der Medizin mit einer insgesamt wachsenden Nachfrage nach (Teilzeit-)Beschäftigung im

Angestelltenverhältnis, Vorbehalte gegenüber dem Leben und Arbeiten auf dem Land, die hohe Verantwortung in der hausärztlichen Versorgung und mögliche Umsatzeinbußen gegenüber einer Niederlassung im städtischen Raum (Kaduszkiewicz, Teichert & van den Bussche, 2018; Weinhold & Gurtner, 2014).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2014 zahlreiche Vorschläge zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, teils unter Einbeziehung von Telemedizin, entwickelt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014). Auch für die stationäre Akutversorgung und für die pflegerische Langzeitversorgung wurden entsprechende Vorschläge vorgelegt. Teilweise wurden die Ideen aufgegriffen, etwa die Stärkung der Allgemeinmedizin in der medizinischen Ausbildung, insgesamt bleibt die Versorgungssicherung auf dem Land aber eine Herausforderung der kommenden Jahre und wird vielfältige Anstrengungen erfordern. Im **dritten Buchteil** sind daher verschiedene Ansätze zur Sicherung und Stärkung der gesundheitsbezogenen Versorgung im ländlichen Raum gesammelt. Vorrangig, aber nicht ausschließlich wird in diesen Ansätzen die Demenzversorgung thematisiert, da durch die Alterung auch ein Anstieg in den Demenzerkrankungen erwartet wird und die wohnortnahe Versorgung dieser Erkrankung besonders anspruchsvoll ist (Peters, Pritzkeleit, Beske & Katalinic, 2010).

Um die Gesundheitsversorgung vor Ort zu stärken, wurden in einigen Bundesländern sogenannte Gesundheitsregionen gegründet – etwa die Gesundheitsregionen Niedersachsen oder die Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern – oder aber kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet. Ziel dieser Einrichtungen ist es, die regionalen Akteure der Gesundheitsversorgung stärker zu vernetzen, den Dialog zu fördern und den Gesundheitszustand der Menschen in den Regionen zu verbessern. Hierzu werden in der Regel datengestützt regionale Schwierigkeiten in

der Gesundheitsversorgung identifiziert und gemeinsam Strategien entwickelt. Erste Evaluationen belegen, dass die Netzbildung in den teilnehmenden Regionen erfolgreich war. Viele der beteiligten Stadt- und Landkreise stammen aus dem ländlichen Raum und konnten von der verbesserten Koordination profitieren (Hollederer, 2016; Hollederer, Eicher, Pfister, Stühler & Wildner, 2017). Netzbildungen erscheinen uns gerade im ländlichen Raum als wichtiges Instrument der Versorgungsoptimierung, da sehr unterschiedliche Akteure aus dem Gesundheitswesen zusammengebracht werden können. Staatliche Akteure, Leistungserbringer, Patientenvertreter, Kostenträger, Vertreter der Zivilgesellschaft und lokale Unternehmen können in den Austausch kommen und Probleme vor Ort lösen. Im **vierten Buchteil** werden daher verschiedene Gesundheitsnetzwerke aus dem ländlichen Raum mit ihren spezifischen Zielen und Erfahrungen vorgestellt.

Mit diesen vier Buchteilen – Erklärungsansätze für Stadt-Land-Unterschiede, Prävention und Gesundheitsförderung im ländlichen Raum, Gesundheitsversorgung sowie Netzwerke im ländlichen Raum – möchten wir einen Überblick aktueller Ansätze der Gesundheitsförderung und der Versorgungsstärkung speziell im ländlichen Raum geben. Damit einher geht der Wunsch, dass die Gesundheit im ländlichen Raum zukünftig eine größere Aufmerksamkeit erhält.

Möglich wurde dieses Buch, da zahlreiche Autorinnen und Autoren dieses Thema ebenfalls als wichtig erachten und im Laufe des Jahres 2019 einen Beitrag erstellt haben. Hierfür sind wir sehr dankbar. Nachdem dieses Manuskript beim Verlag eingereicht wurde, wird die Welt von der Covid-19 Pandemie in Atem gehalten. In der Fachliteratur der letzten Monate zeigt sich, dass Stadt und Land zum Teil auf unterschiedliche Art und Weise von der Pandemie betroffen sind. So wurde in China unter der Landbevölkerung eine geringere Bereitschaft gefunden, sich im Falle von einschlägigen Symptomen auf Covid-19 testen zu lassen (Yue,

Zhang, Cao & Chen, 2020). Das Wissen hinsichtlich der Symptomatik und geeigneter Präventionsmaßnahmen unterschied sich jedoch nicht zwischen der Stadt- und der Landbevölkerung. Weitere Wege und schlechtere Infrastruktur in ländlichen Gegenden können diese Befunde erklären.

Ferner wird in vielen Studien der Ausbau von E-Health angesichts der Reise- und Kontaktbeschränkungen im Kontext der Pandemie gefordert. Das auf dem Land oft vorherrschende langsame Internet oder andere technische Probleme erschwerten in New Hampshire den Zugang zu webbasierten Anlaufstellen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Satti & Ojugbele, 2020). Auf der anderen Seite zeigte sich in einer australischen Studie unter der erwachsenen Landbevölkerung ein Anstieg an Bereitschaft, ein Tabakentwöhnungsprogramm in digitaler Form in Anspruch zu nehmen (Byaruhanga et al., 2020).

Eine große Sorge im Zusammenhang mit den social distancing Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie betraf den möglichen Anstieg an häuslicher Gewalt. Rhodes und Kolleg*innen (Rhodes, Petersen & Biswas, 2020) berichten aus einer ländlich gelegenen Klinik in South Carolina von grundsätzlich weniger Einweisungen in die Notaufnahme verglichen mit üblichen Jahren. Dies erklärt sich durch das im Kontext von Covid-19 geringere Verkehrsaufkommen und die geringere Anzahl an Arbeitsunfällen durch den großflächigen „Lockdown“. Dagegen sei die Zahl der Behandlungen wegen häuslicher Gewalt signifikant gestiegen, insbesondere nach Schließung der Schulen. Während diese Entwicklung grundsätzlich auch für den städtischen Raum zutreffen kann, gelten auf dem Land besondere Bedingungen: Nachbarn und Freunde wohnen unter Umständen weiter entfernt und die Infrastruktur bezogen auf geeignete Anlaufstellen und Fachpersonal ist weniger gut entwickelt.

Ein methodisches Problem der Studien im Kontext von Covid-19 liegt in der Selbstselektion der Teilnehmenden. Da die Studien fast

ausnahmslos per Online-Fragebogen durchgeführt wurden, ist die Stichprobe umso weniger repräsentativ, je weniger Zugang die vulnerable Bevölkerung zu digitalen Endgeräten hat oder diese nutzen möchte. Dies trifft insbesondere auf low resource countries zu (Amjad, Mumtaz & Nazia, 2020).

Diese Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Gesundheitsförderung und die gesundheitsbezogene Versorgung im ländlichen Raum lassen sich momentan nur grob skizzieren und werden in den Beiträgen nicht thematisiert, da die Manuskripte vor Beginn der Covid-19-Pandemie verfasst wurden. Die Beiträge wurden jeweils von Kolleginnen und Kollegen begutachtet, denen wir ganz herzlich danken möchten.

Es waren dies Esther Berkemer, Florian Braune, Gudrun Faller, Johann Keogh, Christophe Kunze, Ulrike Lindwedel-Reime, Olaf Neumann, Liane Schenk, Saskia Staiger, Irmgard Teske, Sindy Lautenschläger und Linda Zipfel. Für die vielfältige Unterstützung bei der Erstellung des Manuskriptes danken wir Marie Derstroff und Tim Bertsche. Ein ganz besonderer Dank gilt Susanne Ristea und Sibylle Khoumeri vom Hogrefe-Verlag für die Unterstützung und die Geduld.

Literatur

- Afshin, A., Forouzanfar, M.H., Reitsma, M.B., Sur, P., Estep, K., Lee, A. et al. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoA1614362>
- Amjad, A., Mumtaz, A. & Nazia, H. (2020). Socioeconomic impact of COVID-19 pandemic: Evidence from rural mountain community in Pakistan. *Journal of Public Affairs*, e2355.
- Barth, J., Nickel, F. & Kolominsky-Rabas, P.L. (2018). Diagnosis of cognitive decline and dementia in rural areas – A scoping review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(3), 459–474. <https://doi.org/10.1002/gps.4841>
- Befort, C.A., Nazir, N. & Perri, M.G. (2012). Prevalence of obesity among adults from rural and ur-

- ban areas of the United States: findings from NHANES (2005–2008). *Journal of Rural Health*, 28(4), 392–397. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00411.x>
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). (2020). *Laufende Raumb Beobachtung – Raumbegrenzungen*. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Zugriff am 17. Juli 2020 unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbegrenzungen/Raumbegrenzungen/deutschland/kreise/Kreistypen4/kreistypen.html>
- Byaruhanga, J., Wiggers, J., Paul, C.L., Byrnes, E., Mitchell, A., Lecathelinais, C. & Tzelepis, F. (2020). Acceptability of real-time video counseling compared to other behavioural interventions for smoking cessation in rural and remote areas. *Drug and Alcohol Dependence*, 217: 108296.
- Connors, G. J., Walitzer, K. S., Prince, M. A. & Kubiak, A. (2017). Secondary prevention of alcohol problems in rural areas using a bibliotherapy-based approach. *Rural Mental Health*, 41(2), 162–173. <https://doi.org/10.1037/rmh0000073>
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W. et al. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*, 388(10051), 1311–1324. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
- Gans, P. (2017). Urban population development in Germany (2000–2014): The contribution of migration by age and citizenship to reurbanisation. *Comparative Population Studies*, 42, 319–352. Retrieved March 23, 2020 from <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/195079/1/1067816275.pdf>
- Henger, R. & Oberst, C. (2019). *Alterung der Gesellschaft im Stadt-Land-Vergleich (IW-Kurzbericht 16/2019)*. Zugriff am 23. März 2020 unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/195079/1/1067816275.pdf>
- Holleder, A. (2016). Regionale Gesundheitskonferenzen und GesundheitsregionenPlus in Deutschland: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. *Public Health Forum*, 24(1), 22–25. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-0008>
- Holleder, A., Eicher, A., Pfister, F., Stühler, K. & Wildner, M. (2017). Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionenplus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. *Gesundheitswesen*, 79(8–09), 613–616. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555892>
- Kaduszkiewicz, H., Teichert, U. & van den Bussche, H. (2018). Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Eine kritische Analyse der Evidenz bezüglich der Rolle von Aus- und Weiterbildung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 61(2), 187–194. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2671-1>
- Kauhl, B., Schweikart, J., Krafft, T., Keste, A. & Moskwyn, M. (2016). Do the risk factors for type 2 diabetes mellitus vary by location? A spatial analysis of health insurance claims in Northeastern Germany using kernel density estimation and geographically weighted regression. *International Journal of Health Geographics*, 15(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12942-016-0068-2>
- Kroll, L. E. & Lampert, T. (2010). Regionale Unterschiede in der Gesundheit am Beispiel von Adipositas und Diabetes mellitus. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“* (S. 51–59). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Küpper, P. (2016). *Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume (Thünen Working Paper 68)*. Zugriff am 22. März 2020 unter <https://www.econstor.eu/handle/10419/148398>
- Maretzke, S. (2017). Der demografische Wandel läuft und läuft. Ohne regionale Anpassungsstrategie geht es nicht. In T. Mayer (Hrsg.), *Die transformative Macht der Demografie* (S. 531–553). Wiesbaden: Springer VS.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2019). Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature*, 569(7755), 260–264. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1171-x>
- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F. & Katalinic, A. (2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53, 417–426. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1050-y>
- Rhodes, H. X., Petersen, K. & Biswas, S. (2020). Trauma Trends During the Initial Peak of the COVID-19 Pandemic in the Midst of Lockdown: Experiences From a Rural Trauma Center. *Cureus*. 12(8), e9811.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche* (Gut-

- achten 2014, Kurzfassung*). Bonn/Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf
- Satti, K., Ojugbele, O. (2020). Lessons Learned: Pediatric Tele-Mental Health in a Rural Medical Center in the Age of SARS-CoV-2. *Journal of Rural Health*. <https://doi.org/10.1111/jrh.12512>.
- Schlömer, C. (2015) Demographische Ausgangslage: Status quo und Entwicklungstendenzen ländlicher Räume in Deutschland. In U. Fachinger & H. Künemund (Hrsg.), *Gerontologie und ländlicher Raum (Veichtaer Beiträge zur Gerontologie)*. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09005-0_3
- Schulz, M., Czihal, T., Erhart, M. & Stillfried, D.v. (2016). Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs. *Gesundheitswesen*, 78 (05), 290–297. Verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/148398/1/874961904.pdf>
- Sisson, S.B., Krampe, M., Anundson, K. & Castle, S. (2016). Obesity prevention and obesogenic behavior interventions in child care: a systematic review. *Preventive Medicine*, 87, 57–69. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.016>
- Smith, M.L., Towne, S.D., Herrera-Venson, A., Cameron, K., Horel, S.A., Ory, M.G. et al. (2018). Delivery of fall prevention interventions for at-risk older adults in rural areas: findings from a national dissemination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph15122798>
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2011). *Demografischer Wandel in Deutschland* (Heft 1). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Publikationen/Downloads/bevoelkerungs-haus-haltsentwicklung-5871101119004.html>
- Steck, N., Egger, M., Schimmelmann, B.G. & Kupferschmid, S. (2018). Suicide in adolescents: findings from the Swiss National Cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 47–56. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1019-6>
- Weden, M.M., Shih, R.A., Kabeto, M.U. & Langa, K.M. (2018). Secular trends in dementia and cognitive impairment of U.S. rural and urban older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(2), 164–172.
- Weinhold, I. & Gurtner, S. (2014). Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy*, 118(2), 201–214. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.018>
- Wissenschaftliches Institut der AOK. (2019). *Gesundheitsatlas Deutschland. Diabetes mellitus Typ 2: Verbreitung in der Bevölkerung Deutschlands und seinen Regionen. Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten*. Berlin: Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO). Verfügbar unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Gesundheitsatlas/wido_int_gesundheitsatlas_deutschland_1119.pdf
- Worthington, C., Mollison, A., Herman, T., Johnston, C., Masching, R., Pooyak, S. et al. (2020). A qualitative study of community-based HIV/AIDS prevention interventions, programs, and projects for rural and remote regions in Canada: implementation challenges and lessons learned. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(1), E28–E37. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000878>
- Yue, S., Zhang, J., Cao, M. & Chen, B. (2020). Knowledge, Attitudes and Practices of COVID-19 Among Urban and Rural Residents in China: A Cross-sectional Study. *Journal of Community Health*, 1–6.