

## Rural Health: Ein evidenzbasierter Rahmen für die Gesundheit des ländlichen Raums

---

Vortrag 1 – Prof. Dr. habil. Birgit Reime, Hochschule Furtwangen University

Laut Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung zählen 60% der Fläche bzw. rund 30% der deutschen Bevölkerung zum ländlichen Raum. Gesundheit im ländlichen Raum (*Rural Health*) beschäftigt sich mit dem Gesundheitszustand, der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung der Bevölkerung im ländlichen Raum. Unterschiede zwischen Stadt und Land hinsichtlich physischer, sozioökonomischer und kultureller Einflussgrößen von Gesundheit werden beschrieben und Konsequenzen für die Gesundheitsförderung formuliert. Viele ländliche Gebiete sind durch die Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen charakterisiert, so dass ein höheres Durchschnittsalter bei den Bewohnerinnen und Bewohnern festzustellen ist, woraus wiederum eine höhere Prävalenz an Pflegebedarf, chronischen Erkrankungen und Mobilitätseinschränkungen resultiert. Best Practice Interventionen für den ländlichen Raum sind in der Literatur kaum zu finden oder nicht einfach von einem internationalen Kontext auf die deutsche Situation übertragbar. Evidenzbasierte Interventionen fehlen insbesondere dann, wenn es sich nicht um die Mehrheitsbevölkerung, sondern um vulnerable Zielgruppen wie zum Beispiel Migrantenpopulationen handelt. Herausforderungen für den ländlichen Raum bestehen in der Sicherung eines angemessenen (und kultursensiblen) Angebots an Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung. Inwieweit Telemedizin und E-Health-Angebote eine bedeutsame Rolle hierbei einnehmen, muss kritisch diskutiert werden.

Kontakt: [rebi@hs-furtwangen.de](mailto:rebi@hs-furtwangen.de)

<https://www.hs-furtwangen.de/personen/profil/878-birgitreime/>

# Rural Health: Ein evidenzbasierter Rahmen für die Gesundheit des ländlichen Raums

BIRGIT REIME (HS FURTWANGEN)

FACHTAG GESUNDHEITSFÖRDERUNG AUF DEM LAND

---

5. SEPTEMBER 2019

RAMSTEIN, RHEINLAND-PFALZ

# Agenda

---

Ländlicher?

Raum?

Begriffsbestimmung

Determinanten der Gesundheit

Studienlage zu Raum und Gesundheit

Best practice Ansätze

Fazit

# Ländlich?

---

Obwohl die Gesundheit im ländlichen Raum in den letzten Jahren eine größere Aufmerksamkeit erhalten hat, gibt es bislang international keine einheitliche Definition des ländlichen Raums, wodurch Forschungsergebnisse oft nur schwer vergleichbar sind.

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 60% der Fläche und rund 30% der deutschen Bevölkerung zum ländlichen Raum zählen.

# Ländlich?

---

Die Bundeszentrale für politische Bildung definiert Räume unter 5.000 Einwohnern als ländlich, Räume über 50.000 Einwohnern als städtisch und die übrigen Räume als intermediär (Oelkers, 2016).

-> Hierzulande werden höchst unterschiedliche Ansätze unter Berücksichtigung verschiedener quantitativer und qualitativer Indikatoren verwendet: Neben einer dichotomen Differenzierung finden sich beispielsweise drei- bis fünfstufige Ansätze.

# „Raum“

---

Wir alle leben in Räumen. Raum kann für uns u.a. als Naturraum, Luftraum, Verkehrsraum, Wohnraum und Sozialraum bedeutsam sein.

Gemeinhin werden all diese Räume als Umwelt bezeichnet. Eine im Alltag gebräuchliche Differenzierung unserer Umwelt ist ihre Unterteilung in Stadt und Land.

Eine quantitativ und qualitativ einheitliche Definition für „Stadt“ und „Land“ existiert weder international noch national.

# Begriffsbestimmung

---

## **Gesundheit im ländlichen Raum ...**

... beschäftigt sich mit dem Gesundheitszustand, der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung der Bevölkerung im ländlichen Raum.

Studien zur Gesundheit im ländlichen Raum haben vor allem den Zugang zu Gesundheitsinstitutionen

die Qualität

die Kosten der Gesundheitsversorgung herausgearbeitet.

# Begriffsbestimmung

---

Es wurden Besonderheiten hinsichtlich **physischer, sozioökonomischer und kultureller Einflussgrößen** von Gesundheit im ländlichen Raum beschrieben und Konsequenzen für die Gesundheitsförderung formuliert.

In diesen Studien kommen eine starke Gemeindeorientierung zum Ausdruck,

-> Gesundheitsförderung sollte den unmittelbaren sozialen und physischen Kontext und die Lebenszusammenhänge jedes einzelnen Menschen berücksichtigen.



# Internationale Datenlage

---

Daten vor allem aus den Vereinigten Staaten, Kanada und Australien:

Krankheitslast der Bevölkerung im ländlichen Raum bei fast allen Indikatoren höher als bei der städtischen Bevölkerung.

Erschwerter Zugang zu medizinischer Versorgung wichtigste Ursache.

Vergleichsweise schwierige sozioökonomischen Bedingungen

Lebensstil der ländlichen Bevölkerung

Erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsraten der indigenen Bevölkerung.

-> Ursachen der unterschiedlichen Raten kontrovers diskutiert.

# Internationale Datenlage

---

Der große Stellenwert, den die Gesundheit und die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum dort genießt, drückt sich zB in eigenen Fachzeitschriften aus:

(z.B. The Journal of Rural Health, Australian Journal of Rural Health).

Für die Bevölkerung im ländlichen Raum und für Entscheidungsträger gibt es zahlreiche Internetplattformen mit Informationen zu den Herausforderungen in ländlichen Gebieten sowie zu Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung speziell im ländlichen Kontext.

# Determinanten auf die Gesundheit (im ländlichen Raum)

---

Wie ein ländlicher oder städtischer Wohnort die Gesundheit zu beeinflussen vermag, lässt sich drei Dimensionen zuordnen:

## (1) der natürlichen Umwelt

- Luftschadstoffbelastung (Diesel, Feinstaub ...), Pollen

## (2) der physisch-gebauten

- Große Gärten, unverbaute Landschaften

## (3) der psychosozialen und ökonomischen Umwelt

- Rückbau der Infrastruktur, Einzelhandel, Gesundheitszentren, Verkehr
- -> Zugang zu Versorgung

# Exemplarisch: Demografische Aspekte

---

Wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung im ländlichen Raum mit der urbanen Bevölkerung verglichen, ist zu berücksichtigen, dass in vielen ländlichen Gebieten bedingt durch die Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen ein **höheres Durchschnittsalter** vorliegt.

-> Bei vielen chronischen Erkrankungen im ländlichen Raum eine erhöhte Prävalenz.

-> Lebenserwartung im ländlichen Raum auf Basis der Sterbetafel 2012-2014 um 0,5 Jahre (Frauen) bzw. 0,9 Jahre (Männer) unter der Lebenserwartung im städtischen Raum, auch wenn es vereinzelt ländliche Regionen mit hoher Lebenserwartung gab.

# Cont'd Demografische Aspekte

---

Selbst unter Berücksichtigung der Altersstruktur finden sich in Deutschland bspw. bei Adipositas und Diabetes mellitus markante Unterschiede zu Ungunsten eher ländlicher und weniger privilegierter Regionen.

-> Bedarf an einer stärker regionalisierten Gesundheitsberichterstattung.

# Exemplarisch: Infrastruktur

---

## Studien:

Mangelnde Straßenbeleuchtung, fehlende Bürgersteige, hohe Verkehrsgeschwindigkeiten und Autoabhängigkeit sowie z.B. Nitrat-, Pestizid-, Trinkwasserbelastung durch intensive Landwirtschaft, Windkraftanlagen, Autobahnen und Eisenbahnlinien können einen negativen Einfluss auf die Gesundheit sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (z.B. physische Aktivität) der ländlichen Bevölkerung haben.

# Exemplarisch: Mobilität

---

Nicht nur, aber gerade auch für ältere, mobilitätseingeschränkte und sozial benachteiligte Landbewohner kommt damit der **Verkehrsanbindung** eine Schlüsselrolle zu (Siewert et al., 2013). Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung konstatiert für viele ländliche Regionen lediglich eine Grundversorgung.

Die Haltestellendichte ist in Großstädten fast zehnmal so hoch wie auf dem Land (2,6 versus 0,3 Haltestellen pro km<sup>2</sup>).

Ein besserer öffentlicher Personennahverkehr erhöht auch die Erreichbarkeit von gesundheitsrelevanten Einrichtungen wie Apotheken, Drogerien, Lebensmittelmärkten, Vereinen, etc.

# Zugang zur Gesundheitsversorgung

---

Die zunehmende Peripherisierung des ländlichen Raumes spielt in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle.

Die drohende Unterversorgung als auch die Qualität hausärztlicher Leistungen stehen dabei häufig im Mittelpunkt des Interesses.

Die Gründe für die mangelnde Bereitschaft, sich als Hausarzt oder Hausärztin im ländlichen Raum niederzulassen, sind vielfältig.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verhindern v.a. Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und eine schwache ländliche Infrastruktur eine flächendeckende hausärztliche Versorgung.



# Versorgung: Ärztinnen und Ärzte

---

So ist es im Rahmen der Bedarfsplanung politisch gewollt, dass **ambulante und stationäre Gesundheitseinrichtungen** in der Stadt Patienten im weiteren Umland mitversorgen.

Folglich ist für Deutschland ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle etwa bei der Ärztedichte typisch.

Beispielsweise ist in Stadtstaaten wie Berlin, Hamburg und Bremen die Ärztedichte am höchsten und in Flächenländern wie Bayern am niedrigsten (Greß & Stegmüller, 2011).

-> lokale Unterversorgung in ländlichen Regionen und eine Überversorgung in Ballungszentren (Greß & Stegmüller, 2011).

# Ärztinnen und Ärzte

---

Die quantitative Unterversorgung geht auch mit einer qualitativen Unterversorgung einher (Görig et al., 2016): So beklagten in einer bundesweiten Befragung Haus- und Fachärzte auf dem Land vollere Praxen, Zeitmangel und Vernetzungsdefizite mit anderen Leistungsanbietern.

Patienten auf dem Land bekommen deshalb seltener eine Beratung zu klassischen Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Fehlernährung, Alkohol- und Tabakkonsum angeboten wurde (Görig et al., 2016).

# Versorgung: Gesundheits(fach)berufe

---

Weniger diskutiert werden Stadt-Land-Unterschiede in der Versorgung mit Beratungsstellen oder approbierten Psychotherapeuten, sowie der Versorgung mit Hebammenleistungen oder Angeboten zur Gesundheitsförderung.

Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung wartet die ländliche Bevölkerung durchschnittlich doppelt so lange auf einen Behandlungsplatz (ca. 4 Monate).

# Versorgung in Krisen

---

Inwieweit sich dieser Mangel an professionellen Anlaufstellen unterschiedlich auf verschiedene Zielgruppen auswirkt, wurde bisher nicht systematisch untersucht.

Zum Beispiel sind Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen durch weite Distanzen zu Hilfsangeboten, das Angewiesen-Sein auf schlecht ausgebaute öffentliche Verkehrsmittel und die gegenüber Gleichaltrigen in der Stadt geringeren "Abtauchmöglichkeiten" in die Anonymität gegebenenfalls in besonderem Maße beeinträchtigt.

Hier bleibt dann oft nur der Rückgriff auf eine online-Beratung, wie sie beispielsweise von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (<https://jugend.bke-beratung.de>) angeboten wird.

# Versorgung Hebammen

---

Die unzureichende Versorgung mit Hebammenleistungen hängt z.B. auch mit der Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses zusammen, welche im ländlichen Umland bei  $> 9$  km liegt (Kernstädte: ca. 2 km).

# Versorgung: Zusammenfassung

---

Zusammenfassend kann eine unzureichende ländliche Gesundheitsversorgung in folgende Kategorien eingeteilt werden (Weinhold & Gurtner 2014):

Mangelnde Angebote bezüglich Quantität und Qualität, Fehlverteilung

Eingeschränkter Zugang durch z.B. Mobilitätsproblematik auf dem Land (Autoabhängigkeit, eingeschränkter ÖPNV),

Ineffiziente Nutzung vorhandener Angebote (z.B. mangelhafte Breitbandinfrastruktur verhindert Nutzung telemedizinischer Versorgungsangebote).

# Studienlage Kinder

---

Landkinder scheinen bezüglich ihrer psychosozialen, sprachlichen und motorischen Entwicklung Stadtkindern - auch nach Adjustierung individueller Merkmale wie Alter, Geschlecht und Nationalität - überlegen (Stich, Baune, Caniato, & Krämer, 2006).

Kinder auf dem Land weisen offenbar auch deutlich seltener psychische Belastungen und Auffälligkeiten auf als Kinder in der Stadt (Krause, Kuntz, Lampert, & Kamtsiuris, 2016).

# Studienlage Kinder

---

Keine Unterschiede zwischen Stadt und Land bei:

Gesundheitsrelevantem Verhalten (bspw. Stillverhalten, Süßigkeiten-, Obst- und Gemüseverzehr, körperliche Aktivität, Mediennutzung und Präventionsgeschehen) ebenso wie für den subjektiven Gesundheitszustand und unterschiedliche Aspekte objektiver Morbidität (u.a. Unfall- und Schmerzgeschehen, orthopädische, atopische und chronische Erkrankungen sowie Lebensqualität (Krause et al., 2016; Ritter & Adolph, 1995)).



# Studienlage Erwachsene

---

Auch erwachsene Landbewohner weisen seltener psychische Probleme auf: Hierzu zählen affektive Störungen (z.B. majore Depressionen und bipolare Störungen), Angststörungen (z.B. soziale Phobien und Agoraphobien), Schizophrenien und somatoforme Störungen (wie etwa Schmerzsyndrome (Dekker, Peen, Koelen, Smit, & Schoevers, 2008; Gesundheitsregion plus Regensburg, 2017)).

Zweitens sind Erwachsene auf dem Land seltener von allergischen Erkrankungen wie Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis, Urtikaria, Kontaktekzemen, Nahrungsmittel- und Insektengiftallergien betroffen als Erwachsene in der Stadt (Langen et al., 2013).

# Studienlage Erwachsene

---

Und drittens berichten Landbewohner im Vergleich zu Stadtbewohnern in Befragungen bessere Werte für das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit (Spellerberg et al., 2007).

Hinsichtlich des Übergewichtes und der Lebenserwartung sind Landbewohner gegenüber Stadtbewohnern geringfügig im Nachteil (Cornelius, 2011; Förtsch, 2018; Gesundheitsregion plus Regensburg, 2017; Schneidersmann, 2018).

# Studienlage Erwachsene: Gesundheitsverhalten

---

Abschließend sei noch erwähnt, dass der Konsum von Alkohol mitsamt seinen Folgeerkrankungen auf dem Land, der Konsum von Tabak, Wasserpfeifen und illegalen Drogen sowie der jeweiligen Folgeerkrankungen hingegen in der Stadt häufiger zu sein scheinen (Dekker et al., 2008; Gesundheitsregion plus Regensburg, 2017; Krause et al., 2016; Metzler, 2003; Völzke et al., 2006).

# Studienlage Erwachsene

---

Forschungsergebnisse aus dem internationalen Kontext zeigen, dass im Gegensatz zum städtischen Raum auf dem Land häufiger geraucht wird (für Deutschland wurde ein entgegengesetzter Trend dokumentiert).

Des Weiteren ist der Anteil sportlicher Aktivitäten und von Alltagsbewegung (Laufen, Radfahren) niedriger (van Dyk et al. 2011), die Ernährungsgewohnheiten sind ungesünder (Unite for Sight 2015) und die Lebensqualität (bezüglich Bildung, Kultur, medizinischer Versorgung, Warenangebot) wird als geringer eingestuft (BBSR 2011).

# Forschung notwendig

---

Dieser Trend kann nicht (nur) auf Unterschiede in Angeboten aus der Prävention oder Gesundheitsförderung zurückgeführt werden.

Die soziokulturellen Ursachen dieser Unterschiede sind wenig erforscht, werden aber auf unterschiedliche sozioökonomische Bedingungen (Einkommen, Erwerbslosigkeit, Bildung) und die zunehmende Peripherisierung des ländlichen Raumes (Rückgang der Infrastruktur, soziostrukturelle Abkoppelung) zurückgeführt.

# Ressourcen des ländlichen Raumes

---

Soziokulturelle Aspekte des ländlichen Lebens können sich aber auch positiv auf die Gesundheit auswirken. Sozialkapital, soziale Netzwerke und die Reziprozität sozialer Beziehungen haben auf dem Land eine besondere Bedeutung.

Obwohl die soziale Verbundenheit auch im ländlichen Raum in den letzten Jahren abgenommen hat (z.B. Familienleben, Nachbarschaftshilfe, Bereitschaft zum Ehrenamt, Vereinszugehörigkeit), gewinnt das kulturelle Gemeindeleben an Bedeutung.

# Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

---

Internationale Studien zu Gesundheitsförderung im ländlichen Raum beziehen sich zB auf die Implementierung von E-Health Angeboten, den Umgang mit psychotischen Erkrankungen oder die Schulungen von ärztlichem und Gesundheitsfachpersonal zum Umsetzen von evidenzbasierten Empfehlungen.

Meist sind dies isolierte Pilotprojekte ohne fundierte Evaluation.

Beispiel: Workshops für Haus- und Fachärzte im ländlichen Nova Scotia (Kanada) verbesserten die Kommunikation, das Sozialkapital und daraus folgend den Zugang von Schlaganfall-Patienten zu spezialisierter Versorgung.

# Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

---

Beispiel II: Versorgung von Diabeteserkrankten im ländlichen Australien.

Speziell ausgebildete Pflegekräfte im Einsatz, um Patienten im Wechsel mit Hausärzten beim Management des Diabetes und mit Lebensstiländerungen zu unterstützen.

Das Wissen der Diabeteserkrankten über ihre Erkrankung und das Zutrauen in ihre Fähigkeiten, mit der Krankheit umzugehen, lag in der Gruppe der von beiden Berufsgruppen Betreuten höher als in der nur von Hausärzten und Hausärztinnen betreuten Gruppe.



# Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

---

Dieses Modellprojekt geht über das vom deutschen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Gutachten des Jahres 2014 vorgeschlagene Modell der mobilen Praxen zur Deckung der Versorgungsbedarfe im ländlichen Raum hinaus.

Infolge der unterschiedlichen soziokulturellen, akademischen und rechtlichen Kontexte, in denen Beschäftigte in Gesundheitsfachberufen im westlichen Ausland und im deutschen Rahmen tätig sind, können solche Modelle in Deutschland nicht einfach kopiert werden.

# Gesundheitsförderung und soziokulturelles Umfeld im ländlichen Raum

---

Ein besseres Verständnis der Interaktionen zwischen dem soziokulturellen Umfeld und Gesundheit spielt auch im Rahmen der Entwicklung kultursensibler Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme eine wichtige Rolle.

Internationale und deutschsprachige Studien zu Migrantpopulationen basieren überwiegend auf Erhebungen im städtischen Kontext.

Es werden auch im ländlichen Raum Ansätze benötigt, um gesundheitsrelevante Verhaltensmuster in ihren sozialen, ökonomischen und soziokulturellen Zusammenhängen besser zu verstehen.

# Best Practice Beispiele

---

Best Practice Beispiele für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum fehlen insbesondere dann, wenn es sich um vulnerable Zielgruppen wie beispielsweise Migrantenpopulationen handelt.

Im Schwarzwald wurde daher im Jahr 2014 mit Hilfe eines partizipativen, empowerment-basierten Ansatzes eine gesundheitsbezogene Bedarfsanalyse in türkischen Gemeinden aus Südbaden durchgeführt (Reime et al. 2016).

Dabei stellte sich die häusliche Pflege als das Thema mit dem höchsten Informationsbedarf heraus. Zu den Themen Depression, Demenz und Ernährung wurden ebenfalls Informationen gewünscht.

# Best Practice

---

Die partizipativ erarbeiteten Maßnahmen beinhalteten zweisprachige Informationsveranstaltungen in den Gemeinden und die Erstellung zweisprachiger Flyer zu den Themen Pflege und Depression mit Hinweisen zu Anlaufstellen.

Basierend auf diesen Vorarbeiten stellte das Land Baden-Württemberg im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege 2016 eine Anschubförderung zur Etablierung einer Vernetzungsstelle für kultursensible Pflege im ländlichen Raum zur Verfügung.

# Best Practice

---

An der Hochschule Furtwangen werden kultursensible Schulungen für Beschäftigte in der häuslichen Pflege angeboten und im angeschlossenen Pflegelabor werden Skills an pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund vermittelt.

Des Weiteren wird die Vernetzung zwischen den Pflegestützpunkten und den türkischen und russischen Gemeinden in der Region von zweisprachigen Gesundheitswissenschaftlerinnen in der Vernetzungsstelle gefördert. Die Herausforderung besteht auch hier in der Verstetigung und Ausdehnung der Angebote.

# Neue Wege: zB E-Health?

---

Stadt-Land-Unterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten erfordern eine kontextspezifische Gesundheitsförderung.

Durch die kommenden demografischen Veränderungen wird sich die Bedeutung des Kontextes vermutlich noch weiter verschärfen.

Herausforderungen für den ländlichen Raum bestehen vor allem in der Sicherung eines angemessenen und kultursensiblen Angebots an Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung.

Können Telemedizin und E-Health-Angebote eine bedeutsame Rolle einnehmen, indem sie den Rückgang klassischer Infrastruktur kompensieren und Technologien für Maßnahmen der GF nutzen.

# Neue Wege: Gesundheitsregionen

---

In einigen Bundesländern wurden vor diesem Hintergrund Gesundheitsregionen gegründet - um die regionalen Akteure der Gesundheitsversorgung stärker zu vernetzen und den Gesundheitszustand der Menschen in den Regionen zu verbessern.

Erste Evaluationen zeigen, dass die Netzwerkbildung 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).

# Fazit

---

Das Leben auf dem Land hat für die Bewohner Vor- und Nachteile: Einerseits hohes Sozialkapital, weniger Emissionen etc, auf der anderen Seite schlechtere Infrastruktur und Zugang zu Versorgung.

## **Podiumsdiskussion:**

E-Health: Verkleinert oder vergrößert die Digitalisierung die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Stadt und Land?

Gesundheitsfachberufe: Kommt mit der Akademisierung die Übernahme größerer Verantwortung, u.a. durch Ausweitung der Angebotsstruktur im ländlichen Raum.



Danke sehr für Ihre Aufmerksamkeit!

Schluss