

Stellenwert und Bedeutung der kommunalen Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels

**Eine qualitative Analyse anhand einer Bürgermeister- und Bürgermeisterinnen-
befragung in ausgewählten Gemeinden in Niederösterreich**

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“

an der Ferdinand Porsche FernFH

Nicole Dodd

51807278

Begutachter: Gunter Maier, BA, MA

Schiltern, Mai 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

23. Mai 2020

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized cursive letters that appear to read 'Karl Schell'.

Abstract

Gesundheitsförderung gewinnt im Hinblick auf die weltweite demographische Entwicklung und einer integrierten Gesundheitsversorgung stetig an Bedeutung.

Gesundheitsförderung ist komplex und vielschichtig und bedarf einer professionellen Herangehensweise für eine nachhaltige und erfolgreiche Umsetzung in der Kommune. Wie in der Bachelorarbeit I gezeigt werden konnte, nehmen politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen hier eine zentrale Schlüsselrolle ein.

Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von acht Interviews mit Bürgermeister und Bürgermeisterinnen aus ausgewählten Gemeinden in Niederösterreich soll die vorliegende Arbeit Aufschluss über die Bedeutung und den Stellenwert der Gesundheitsförderung in der Kommune geben. Es soll die Frage geklärt werden, ob aus Sicht der Befragten Gesundheitsförderung einen Beitrag zur positiven Begegnung des demographischen Wandels und des sich zuspitzenden Mangels an Ärztinnen und Ärzten im ruralen Raum leisten kann.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten dem Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung äußerst positiv gegenüberstehen. Das Bewusstsein, dass Gesundheitsförderung ein wissenschaftlich fundiertes Konzept zur Begegnung von Herausforderungen des demographischen Wandels oder der ruralen Gesundheitsversorgung ist, ist nicht vorhanden. Die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen sehen sich als politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen in der Lage Gesundheit in der Bevölkerung positiv zu beeinflussen, indem sie unterstützend agieren, sehen sich jedoch nicht in der Verantwortung Gesundheitsförderung als Konzept und Lösungsansatz nachhaltig zu etablieren.

Schlüsselbegriffe: Gesundheitsförderung, demographischer Wandel, Kommune, Stellenwert, Bürgermeister

Abstract

Health promotion is becoming increasingly important regarding global demographic development and integrated health care.

Health promotion is complex and multi-layered and requires a professional approach for sustainable and successful implementation in the community. As could be shown in Bachelor Thesis I, political decision-makers play a key role here.

Based on a qualitative content analysis of eight interviews with mayors from selected municipalities in Lower Austria, the present work provides information about the relevance and the significance of health promotion in the community. The primary question of this thesis is whether from a point of view of mayors, health promotion can contribute to the positive encounter of demographic change and the worsening shortage of doctors in rural areas.

The results show that the respondents are extremely positive about health and health promotion. However, there is no awareness that health promotion is a scientifically sound concept for meeting demographic change. The mayors see themselves in a position to positively influence health in the population by acting in a supportive manner, but do not see themselves as responsible for establishing health promotion as a concept and solution.

Keywords: Health promotion, demographic change, awareness, mayors, community

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit.....	2
1.2	Forschungsfrage	2
2	Theoretischer Rahmen	3
2.1	Determinanten der Gesundheit.....	3
2.2	Gesundheitsförderung	4
2.3	Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich.....	6
3	Empirische Untersuchung	8
3.1	Methodisches Vorgehen.....	8
3.1.1	Samplekriterien	8
3.1.2	Auswahl der Interviewpartner	8
3.1.3	Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens	9
3.1.4	Vorbereitung und Durchführung der Interviews	11
3.1.5	Transkription	12
3.2	Ergebnisdarstellung.....	12
3.2.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	13
3.2.2	Kategorienbildung	18
4	Ergebnisse	21
4.1	Oberkategorie „Demographischer Wandel“	21
4.1.1	Wahrnehmung des demographischen Wandels vor Ort	21
4.1.2	Wandel der Bevölkerungsstruktur	22
4.1.3	Wandel des Angebotes für Wohnformen.....	23
4.1.4	Begegnung der Herausforderung des demographischen Wandels.....	24
4.2	Oberkategorie „Gesundheit“	25
4.2.1	Dimensionen der Gesundheit.....	26
4.3	Oberkategorie „Gesundheitsversorgung“	27
4.3.1	Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung.....	28

4.3.2	Unterstützungsangebote in der Gemeinde für die Gesundheitsversorgung	29
4.3.3	Begegnung der Herausforderung der Gesundheitsversorgung.....	29
4.3.4	Identifizierte Hindernisse in der ärztlichen Gesundheitsversorgung.....	30
4.4	Oberkategorie „Gesundheitsförderung“	30
4.4.1	Dimensionen der Gesundheitsförderung	31
4.4.2	Beitrag der Gemeinde zur Gesundheitsförderung	33
4.4.3	Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung	34
4.4.4	Möglichkeiten der Unterstützung von Gesundheitsförderung	36
4.4.5	Institutionen, Orientierungshilfen & Leitlinien.....	37
4.4.6	Kooperationsstrukturen und Netzwerke.....	38
4.4.7	Hinderliche und förderliche Faktoren.....	38
4.4.8	Verantwortungsträger der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung	40
4.4.9	Wünsche und Forderungen der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen	41
5	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage.....	42
6	Fazit und Ausblick.....	48
7	Literaturverzeichnis	50
	Abbildungsverzeichnis	52
	Tabellenverzeichnis	53
	Anhang.....	54

1 Einleitung

Gesundheit wird im alltäglichen Leben durch ein in Beziehung treten mit der Umwelt geprägt, „dort, wo [wir] spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO, 1986, S. 5). Im Alter nehmen der Aktionsradius und die Handlungsspielräume stetig ab und das Quartier und die Kommune werden zentrale Orte der Lebensgestaltung (Kricheldorf & Oswald, 2015, S. 408). Sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen können in ihrem unmittelbaren Lebensraum am besten erreicht werden (GKV, 2018, S. 31). Aus den genannten Gründen stellt die Kommune ein besonders geeignetes Setting für Gesundheitsförderung dar. Die demographische Entwicklung, eine Überalterung der Bevölkerung, von der speziell der ländliche Raum betroffen sein wird, erfordert gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse und Lebenswelten zu schaffen, in denen gesundes und aktives Altern sowie größtmögliche Autonomie ermöglicht wird. Mit dieser Verantwortung können Kommunen jedoch nicht allein gelassen werden.

Gesundheitsförderung ist vielschichtig, individuell und muss den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend aktiv gestaltet werden. Im Rahmen der Bachelorarbeit I konnten Nachhaltigkeitsfaktoren identifiziert werden, welche für die Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen von zentralem Stellenwert sind (Zengerer & Neuhold, 2015, S. 2f.):

- Kernbereich Politische Verankerung
- Gemeindeinfrastruktur & Vernetzung
- Leadership- & Managementkompetenzen
- Ressourcenanlage und -allokation
- Partizipation und Empowerment

Anhand dessen ist abzuleiten, dass eine nachhaltige Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Gemeinde durch politisches Leadership unterstützt und die Veränderung von der Gemeindepolitik gewünscht werden muss. Politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen (in der Kommune der Bürgermeister und die Bürgermeisterin) sind für eine nachhaltige Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen von zentraler Bedeutung.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung und einer sich zuspitzenden Situation der Gesundheitsversorgung im ruralen Raum aufgrund eines zunehmend spürbaren Mangels an Allgemeinmediziner und -medizinerinnen stellt sich einerseits die Frage, welchen Stellenwert Gesundheitsförderung bei den Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen einnimmt, und zwar insbesondere in Anbetracht der demographischen Entwicklung und Überalterung der Bevölkerung und welche Unterstützungsmöglichkeiten Bürgermeister und Bürgermeisterinnen für die Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen kennen.

1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Das Ziel der Erarbeitung der Bachelorarbeit II ist es Antworten auf die Frage zu finden, ob Gesundheitsförderung in den Gemeinden tatsächlich auch als Beitrag zur Gesundheitsversorgung und zur Problembewältigung der oben angeführten Entwicklung bzw. der integrierten gesundheitlichen Versorgung gesehen werden. Die Erkenntnisse der Arbeit sollen einen ersten Einblick bieten, welche Bedeutung und welchen Stellenwert politische Entscheidungsträger dem Handlungsfeld Gesundheitsförderung beimessen. Daran anknüpfend können die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse gezielt als Ausgangspunkt für weitere Forschung in Form von quantitativen Erhebungen herangezogen werden, um Bestätigung für Chancen und Probleme in der Umsetzung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene zu erhalten. In weiterer Folge könnte auf dieser Grundlage zukünftig die Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Gemeinden besser gefördert und begleitet werden.

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit gliedert sich in fünf Abschnitte. Abschnitt eins dient als Einleitung des Themas. Im Abschnitt zwei wird auf den theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit eingegangen. Zum Einstieg und zur Hinführung auf die Themenstellung werden die Determinanten der Gesundheit dargestellt. In einem weiteren Schritt wird die Gesundheitsförderung im kommunalen Setting erläutert. Anschließend wird die Bevölkerungsstruktur in Niederösterreich beleuchtet.

Der dritte Abschnitt erläutert die gewählte Forschungsmethode. Hier werden in einem ersten Schritt die Samplekriterien, die Erstellung des Interviewleitfadens und die Vorbereitung und Durchführung der Interviews ausgeführt und in einem zweiten Schritt die Ergebnisdarstellung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring beschrieben.

Im vierten Abschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse auf Basis der durchgeführten Interviews mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern strukturiert dargestellt. Dabei erfolgt eine Gliederung in Oberkategorien und Unterkategorien.

Im letzten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse und Erkenntnisse der Inhaltsanalyse zusammengeführt. Anhand dessen erfolgt eine Interpretation und Diskussion des Stellenwertes und der Bedeutung von Gesundheitsförderung für Bürgermeisterinnen und Bürgermeister im Setting der Kommune, sowie die Beantwortung der Forschungsfrage.

1.2 Forschungsfrage

Aus der Zielsetzung und der Problemstellung lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

Welchen Stellenwert nimmt Gesundheitsförderung bei Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern in der ruralen Gesundheitsversorgungsstruktur, insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, ein?

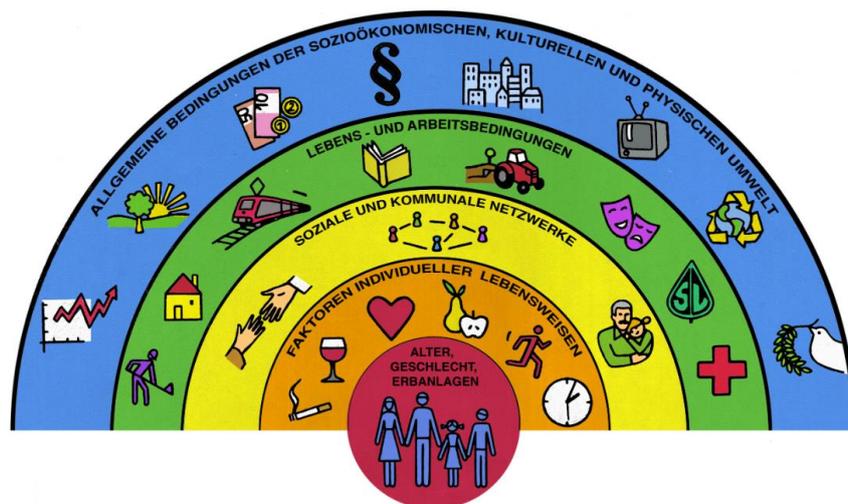
2 Theoretischer Rahmen

Dieses Kapitel soll dem Einstieg und der Hinführung des Themas der Gesundheitsförderung dienen. Im Weiteren soll im speziellen der Raum Niederösterreich, auf den sich die Themenstellung bezieht, beleuchtet werden.

2.1 Determinanten der Gesundheit

Der Gesundheitszustand wird von vielen unterschiedlichen Faktoren, die auf den Menschen wirken beeinflusst. Die wechselseitige Interaktion zwischen dem Menschen und seiner Umwelt leistet einen entscheidenden Beitrag zur Gesundheit. Das in Abbildung zwei dargestellte sozi-ökologische Modell der Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead, auch bekannt unter dem Regenbogenmodell, geht im Allgemeinen von vier unterschiedlichen Einflusebenen der Gesundheit aus (Dorner, 2016, S. 22).

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead



Quelle: www.gesundheit.gv.at, 02.01.2020

Im Mittelpunkt dieses Modells steht der Mensch mit seinen individuellen Grundvoraussetzungen, dem Alter, dem Geschlecht und den genetischen Faktoren. Die darüberliegende Ebene bildet die Elemente der individuellen Lebensweise ab. Dieser Bereich umfasst Faktoren des Lebensstils wie Ess- und Schlafgewohnheiten, körperliche Aktivität sowie Konsum von Alkohol und Nikotin. Eine positive Veränderung des Lebensstils kann gesundheitliche Probleme vorbeugen bzw. reduzieren. Die nächsthöhere Ebene repräsentiert soziale und kommunale Netzwerke. Die Gemeinschaft, in der der Mensch lebt, sowie soziale Tätigkeiten, an denen er sich beteiligt z.B. in Form einer Vereinszugehörigkeit, beeinflussen die Lebensweise direkt und somit indirekt die Gesundheit (Dorner, 2016, S. 22f.). Die dritte Ebene stellt die Lebens- und

Arbeitsbedingungen dar. Schule und Beruf werden eine besonders wichtige Rolle zugeordnet, da Nachteile in Bildungs- und Karrierechancen zu sozialen Ungleichheiten beitragen, die sich in weiterer Folge negativ auf die Gesundheit auswirken können. Der äußerste Halbkreis des sozioökologischen Modells der Gesundheit zeigt die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Hierzu zählen z.B. die wirtschaftliche und politische Lage eines Landes, die angebotene Infrastruktur, die Wohnverhältnisse und das Einkommen.

Je weiter nach außen die Ebenen dargestellt werden, desto weniger Einfluss kann der Mensch selbst nehmen und umso größer wird die Verantwortung der Gesellschaft (Dorner, 2016, S. 22f.).

2.2 Gesundheitsförderung

Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde erstmals durch die WHO im Jahr 1986 bei der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Ottawa etabliert. Hierbei handelt es sich im Gegensatz zur Krankheitsprävention, bei der vordergründig Strategien zur Vermeidung von Eintreten oder Ausbreiten einer Krankheit entwickelt werden, um Strategien zur Verbesserung der Lebensbedingungen (Hurrelmann et al., 2014, S. 13ff.). Das Wirkungsprinzip liegt in der Förderung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen, Kompetenzen und Schutzfaktoren, welche der Mensch zur Entfaltung der individuellen Gesundheit benötigt.

Die Ottawa Charta (WHO, 1986, S. 1) deklariert Gesundheitsförderung als *„einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt.“* Als Ansatzpunkt gilt einerseits das Individuum selbst, andererseits der unmittelbare soziale, ökologische und ökonomische Lebensraum (Hurrelmann et al., 2014, S. 47). Gesundheitsförderung ist ein Konzept, welches auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt und die Verantwortung nicht nur beim Individuum selbst sieht (WHO, 1986, S. 5).

Zur Förderung des Prozesses der Gesundheitsförderung empfiehlt die WHO drei grundlegende Strategien (WHO, 1986, S.2):

1. *„Advocacy“*: anwaltschaftliches Eintreten für die Gesundheit
2. *„Enabling“*: dazu zählen die Kompetenzförderung, das Schaffen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und der Ansatz des Empowerments, um das Ziel der Chancengleichheit und des Ressourcenausgleichs zu erreichen.
3. *„Mediating“*: bestimmt eine umfassende und nachhaltige Kooperation aller Akteure und Akteurinnen im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung, sodass die Integration von

Gesundheit in allen Lebensbereichen verortet werden kann. Dabei sind die örtlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten von zentralem Stellenwert.

Diese Grundprinzipien sollen in fünf Handlungsfeldern zur Umsetzung kommen. Das Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung stellt diese grafisch in Abbildung 2 dar:

Abbildung 2: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung



Quelle: eigene Darstellung nach Kaba-Schönstein (2018, S. 231)

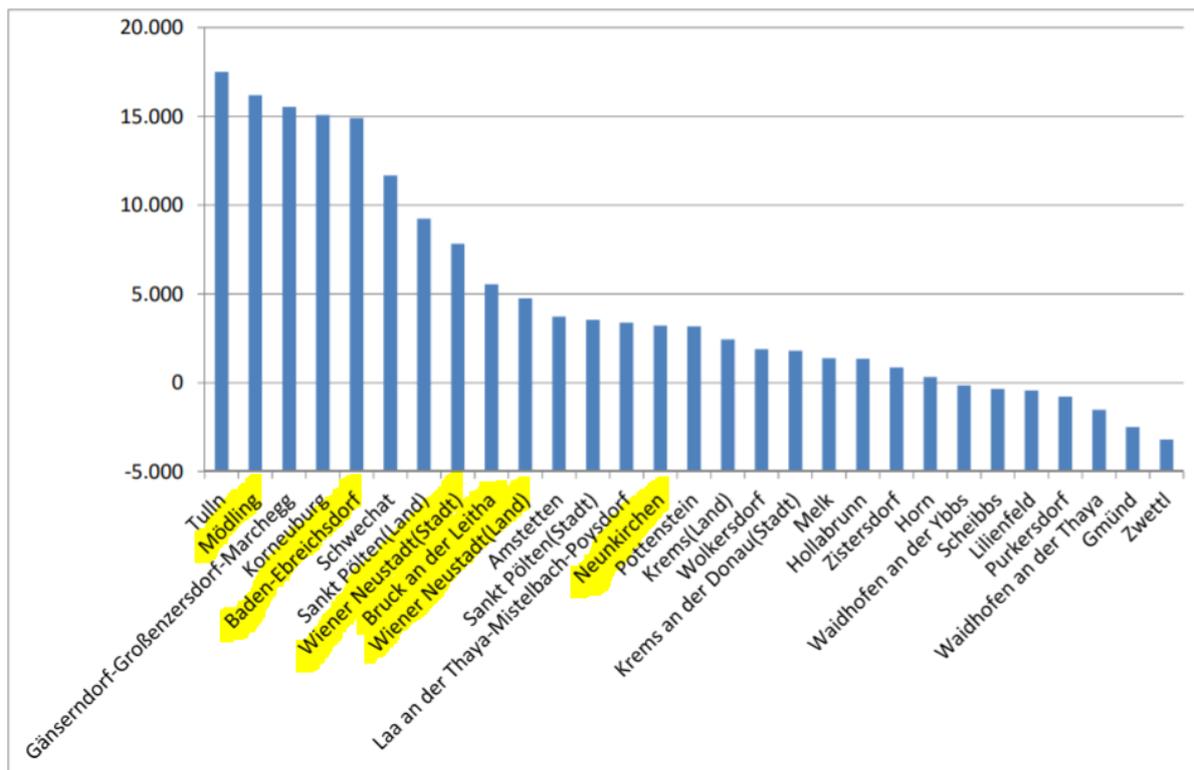
Der Fokus der Konferenz von Shanghai lag auf der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Dabei wurde betont, dass die Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit, die Entwicklung lokaler Gesundheitsstrategien in den Kommunen und die Stärkung der Gesundheitskompetenz als wichtige Voraussetzung für gesunde Lebensweisen und Gesundheit seien (WHO, 2016).

Dahlgrens und Whiteheads sozioökologisches Modell der Gesundheit stellt die wechselseitige Interaktion zwischen Menschen und der Umwelt dar und es wird gezeigt welchen bedeutenden Einfluss die Determinanten auf die Gesundheit haben. Die Verhältnisse, in denen der Mensch lebt und wohnt können vom Einzelnen nicht oder nur schwer verändert werden. Die Arbeits- und Lebensbedingungen, die wirtschaftliche und politische Lage eines Landes, die angebotene Infrastruktur, die Wohnverhältnisse und das Einkommen wirken auf die Gesundheit. So ist es nachvollziehbar, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen dann ausgesprochen effektiv sind, wenn die Interventionsmaßnahmen auf Verhaltensebene und Verhältnisebene kombiniert werden, denn Gesundheitsprobleme sind das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen der sozioökonomischen Umwelt und der persönlichen Lebensweise (Hurrelmann et al., 2014, S. 47).

2.3 Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich

Niederösterreichs Bevölkerung wächst im Prognosezeitraum bis 2040 um 8,2%. Hier steigt die Bevölkerungszahl zwischen den Jahresanfängen 2018 und 2040 von 1.671.000 auf 1.807.000 Einwohnern und Einwohnerinnen an. Niederösterreich weist zwar eine negative Geburtenbilanz auf, gewinnt aber durch einen Zuzug der Bevölkerung sowohl infolge des Außen- als auch des Binnenwanderungssaldos (ÖROK, 2019, S. 30). Die nachfolgend abgebildete Grafik in Abbildung 3 stellt den prognostizierten Bevölkerungszuwachs auf Bezirksebene dar. Gelb herausgehoben wurden die Bezirke des Industrieviertels, welche für die vorliegende Arbeit von Interesse sind.

Abbildung 3: Niederösterreich: Regionale Bevölkerungsveränderung (absolut) 2018 bis 2040 nach Prognoseregionen



Quelle: bearbeitete Darstellung, ÖROK (2019, S. 30)

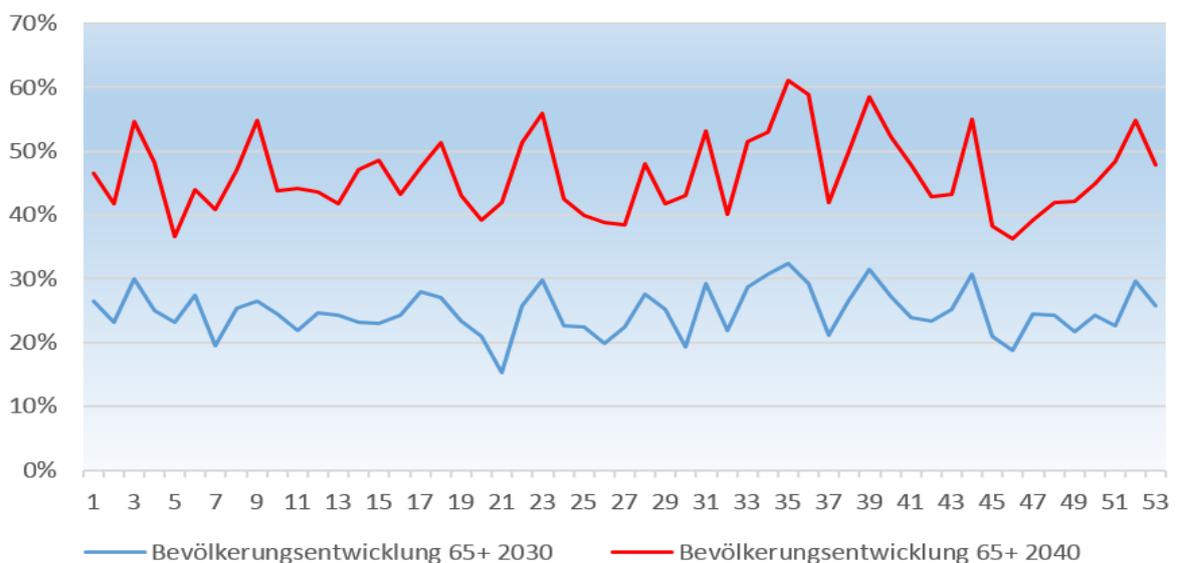
Es zeigt sich über den Zeitraum der nächsten 20 Jahre in allen für die Befragung ausgewählten Bezirken ein Zuwachs der Bevölkerung, wobei der Bezirk Neunkirchen eine deutlich geringere Zunahme von rund 4000 Einwohnern aufweist, als der Bezirk Mödling mit einem prognostizierten Anstieg von knapp 16000 Einwohnern. Das unterschiedliche Ausmaß kann durch die Nähe zur Stadt Wien begründet werden kann, je näher eine Region zu Wien liegt, desto stärker ist ihr Wachstum (ÖROK, 2019, S. 30).

Im Hinblick auf die Entwicklung der Bevölkerungsgruppe im Pensionsalter 65+ Jahren zeigt sich in Niederösterreich für den Modellrechnungszeitraum bis 2040 eine Zunahme von 49,8%, wobei dies knapp unter dem österreichweiten Mittelwert von 51,8% liegt (www.oerok.gv.at, 30.4.2020). Die Gemeinden selbst sind von der demographischen Entwicklung und dem Anstieg der Bevölkerung 65+ in einem unterschiedlichen Ausmaß betroffen.

Abbildung 4 präsentiert die Bevölkerungsentwicklungsprognose der 65+ Jährigen für das Jahr 2030 und das Jahr 2040 in den Gemeinden des Industrieviertels. Die x-Achse bildet numerisch die Gemeinden des Industrieviertels ab, die y-Achse die Zunahme in Prozent für den angeführten Modellrechnungszeitraum. Es ist deutlich ersichtlich, dass Gemeinden unterschiedlich stark von einer älter werdenden Bevölkerung betroffen sein werden.

Abbildung 4: Bevölkerungsprognose 65+

Bevölkerungsentwicklungsprognose 65+



Quelle: eigene Darstellung, Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (2019, Zugriff via Stat.Cube, 13.02.2020)

3 Empirische Untersuchung

Der dritte Abschnitt der Arbeit widmet sich dem methodischen Vorgehen der Forschung und der Ergebnisdarstellung in Form der systematischen Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

3.1 Methodisches Vorgehen

Auf Basis der Ergebnisse der Bachelorarbeit I und des dargelegten theoretischen Hintergrundes wurde in einem zweiten Schritt eine empirische Untersuchung durchgeführt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Instrument des leitfadengestützten Interviews mit acht Bürgermeister und Bürgermeisterinnen aus Gemeinden in Niederösterreich ausgewählt.

3.1.1 Samplekriterien

Im Rahmen der vorliegenden qualitativen Analyse wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage Interviews mit Bürgermeister und Bürgermeisterinnen aus ausgewählten Gemeinden des Industrieviertels in Niederösterreich durchgeführt. Das Industrieviertel ist eines der fünf Raumplanungsregionen Niederösterreichs und zählt die politischen Bezirke Wiener Neustadt, Wiener Neustadt Land, Baden, Mödling, Neunkirchen und Bruck/Leitha. Rund 34% der Niederösterreicher und Niederösterreicherinnen wohnen im Industrieviertel. Ein Fünftel der Bevölkerung des Industrieviertels gehören der Bevölkerungsgruppe 65+ an. Bei der Auswahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen wurde angestrebt Vertreter und Vertreterinnen der Initiative Gesunde Gemeinde Tut gut! im Sample zu integrieren, sowie Gemeinden mit und ohne hausärztliche Versorgung abzubilden. Um eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten und die Aussagekraft der Ergebnisse zu unterstreichen, wurde als ein weiteres Kriterium, die Bevölkerungszahl herangezogen. Die Einwohnerzahl der ausgewählten Gemeinden sollte zwischen 1000 und 2000 liegen. Aufgrund dieser Auswahlkriterien ergab sich ein Pool an 53 Gemeinden.

3.1.2 Auswahl der Interviewpartner

„Der Inhalt eines Interviews wird neben dem eigenen Erkenntnisinteresse vor allem durch den Interviewpartner bestimmt“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 117). So ist es in der Vorbereitung von großer Bedeutung an die Auswahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen mit Sorgfalt heranzugehen. Es wird angenommen, dass einerseits nicht jeder und jede über dieselben Informationen verfügt bzw. andererseits aus einer persönlichen Perspektive berichtet und deswegen Sachverhalte besser dargestellt werden können, wenn eine ausreichende Anzahl von Befragungen durchgeführt werden. Zusätzlich ist die Schwierigkeit der Erreichbarkeit

und Bereitschaft potenzieller Interviewpartner und Interviewpartnerinnen zu berücksichtigen, die unter anderem von der Arbeitsbelastung abhängig ist (Gläser & Laudel, 2010, S. 117).

Als ersten Schritt wurden aus dem Pool der 53 ausgewählten Gemeinden im Industrieviertel 22 Bürgermeister und Bürgermeisterinnen per e-Mail kontaktiert und die Bereitschaft zu einem Interview angefragt. In einem Zeitraum von einer Woche gab es zwei positive Rückmeldungen und die Interviewtermine konnten fixiert werden. Im nächsten Schritt wurden sechs Gemeinden per Telefon kontaktiert, dabei stellte sich die Erreichbarkeit der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen als eine Herausforderung dar und eine Terminvereinbarung über das Sekretariat war nur in einem Fall möglich. Nach einer weiteren Woche konnten vier zusätzliche Interviews terminisiert werden. Der letzte Termin wurde ebenfalls erfolgreich in der darauffolgenden Woche vereinbart, dabei mussten die Samplekriterien erweitert werden, da die Einwohnerzahl dieser Gemeinde 2000 knapp überschritt.

3.1.3 Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens

Das Erhebungsinstrument der Wahl in der vorliegenden Arbeit waren leitfadengestützte Interviews, welche mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Im Gegensatz zu standardisierten Fragebögen, stellt ein Interviewleitfaden ein Gerüst zur Orientierungshilfe während dem Gespräch dar. Die Interviewenden können anhand der Gesprächssituation entscheiden welche Fragen und in welcher Form gestellt werden, um einen natürlichen Gesprächsverlauf zu gewährleisten. Die Entwicklung des Leitfadens bedarf großer Sorgfalt, da er die einzige schriftliche Unterstützung in der Interviewsituation darstellt. Der Leitfaden stellt sicher, dass bei der Durchführung mehrerer Interviews, gleichartige Informationen erhoben werden und wesentliche Themen für die Auswertung nicht vergessen werden. Weiters wird damit sichergestellt, dass im Verlauf des Interviewprozesses keine Wandlung des Erkenntnisinteresses stattfindet. Es besteht die Gefahr, dass Interviewende aufgrund der Aussagen in vorangegangenen Interviews subjektive Theorien annehmen und in Folge dessen dazu geneigt sind anders zu fragen. Dabei nimmt der Informationsgehalt ab und der suggestive Charakter zu (Gläser & Laudel, 2010, S. 142f.).

Bei dem Aufbau des Interviewleitfadens ist darauf zu achten, dass inhaltliche Themenkomplexe nacheinander abgehandelt und Brüche weitgehend reduziert werden, sodass ein möglichst natürlicher Gesprächsverlauf sichergestellt wird. Der Einstieg in das Interview ist besonders wichtig, ein positives Klima und eine Anwärfrage sorgen dafür, dass eventuelle Spannungen, in der oft ungewöhnlichen Situation, abgebaut werden und eine Vertrauensbasis geschaffen wird. Einer ähnlichen Bedeutung wird dem Schluss des Interviews beigemessen, hier soll dafür gesorgt werden, dass das Interview in angenehmer Erinnerung bleibt. In der Formu-

lierung der Fragestellungen ist auf eine leicht verständliche Alltagssprache zu achten, die Fragen sollten klar und unmissverständlich verfasst werden. Generell sind Erzählanregungen Detailfragen vorzuziehen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass Interviewte dazu neigen Antworten an die bereits gegebene Information anzupassen, das sogenannte retrospektive Rationalisieren. Dies ist ein unbewusster Prozess, der auch durch unterschiedliche Fragetechniken nicht beeinflusst werden kann. Es kann deswegen von Vorteil sein erst Detailfragen zu behandeln und im weiteren Verlauf eine zusammenfassende Darstellung zu erfragen (Gläser & Laudel, 2010, S. 145ff.).

Die Inhalte des erstellten Interviewleitfadens (siehe Anhang) sind theoriegeleitet und basieren auf den Erkenntnissen der Bachelorarbeit I mit dem Fokus der Beantwortung der im Kapitel 1.2 gestellten Forschungsfrage. Vor diesem Hintergrund wurden vier Themengebiete identifiziert: „Gesundheit, demographischer Wandel, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung“, und in der Leitfadenerstellung berücksichtigt. Den einzelnen Themenbereichen wurden Leitfragen sowie untergeordnete optionale Fragen zugeordnet, die zum Erzählen auffordern bzw. den Gesprächsfluss aufrechterhalten. Die Leitfragen gaben eine Orientierung für den Gesprächsverlauf an und stellten sicher, dass eine einheitliche Befragung der unterschiedlichen Teilnehmer und Teilnehmerinnen gewährleistet wurde.

Zu Beginn wurde auf den demographischen Wandel und die Gesundheitsversorgung im ländlichen Bereich, welche von Experten und Expertinnen zunehmend als Herausforderungen identifiziert werden, eingegangen. Zentrale Fragen waren in diesem Zusammenhang die Wahrnehmung von Folgen des demographischen Wandels und die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur in der Gemeinde einerseits und die ärztliche Versorgung andererseits. Weiters war von Interesse wie diesen Herausforderungen konkret begegnet wird.

Die nächste Leitfrage widmete sich der Sichtweise der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen zu dem Wohlbefinden, der Lebensqualität und der Gesundheit der Einwohnerinnen und Einwohner der Gemeinde. Darauf folgte eine Bewertung der Rolle der Gesundheitsförderung im Hinblick auf die Begegnung des demographischen Wandels und der Gesundheitsversorgungsstruktur.

Der letzte Themenbereich erfasste zuerst das Verständnis von Gesundheitsförderung allgemein. Relevant war hier auch der Beitrag, den die Gemeinde zur Gesundheitsförderung leistet. Wurde dies nicht ausführlich genug beantwortet, so sah der Leitfaden optional vor nach einem Beispiel zu fragen. Die weiteren Fragen bezogen sich auf die Kenntnis von Unterstützungsmöglichkeiten und Orientierungshilfen, die hilfreich bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Gemeinde sind. In einem weiteren Schritt wurden förderliche und

hinderliche Bedingungen bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen thematisiert. Abschließend wurde auf die zwei letzten Fragen hingewiesen, die Raum für Wünsche und im Gespräch noch nicht Erwähntes ließen.

3.1.4 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Im Rahmen eines qualitativen Interviews wird den Befragten Raum gegeben, ihre eigene Sichtweise darzustellen (Vogt & Werner, 2014, S. 9). Helfferich (2005, S. 39f.) weist daraufhin, dass ein Interview ein Kommunikations- und Informationsprozess ist, wo die Interviewenden bewusst und kontrolliert die Kommunikation leiten, um das Interviewziel zu erreichen. Dafür nehmen die Interviewenden eine offene Haltung ein, sodass dem Gegenüber die Möglichkeit zur Entfaltung gegeben wird und dessen Sichtweise dargestellt werden kann.

Eine thematische Heranführung an das Thema der Gesundheit, dem demographischen Wandel und der Gesundheitsförderung fand in Form des Anschreibens der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen statt, worin die Gründe des Interviews in Kürze erläutert wurden. Aufgrund der Gefahr, dass politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen als Interviewte politische Motive in die Beantwortung der Fragen einbeziehen könnten und die Inhalte des Gespräches die Realität nicht in ausreichendem Maße widerspiegeln, wurde, um einen Bias zu vermeiden, bewusst darauf verzichtet einen Interviewleitfaden vorab auszuschicken. Dieser wäre bei Bedarf nachgereicht worden. Keiner der zu Interviewenden hatte Interesse daran geäußert. Das Interviewziel war es Erfahrungsberichte im Umgang mit Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Gemeinde zu sammeln, dafür war aus der Sicht der Autorin keine entsprechende fachliche Vorbereitung erforderlich.

Um eine ungestörte und vertrauensvolle Atmosphäre zu gewährleisten, war das Interviewsetting in den Räumlichkeiten der Bürgermeister vor Ort am Gemeindeamt vorgesehen. Sieben der acht Interviews fanden wie ursprünglich geplant statt, das letzte Interview erfolgte aufgrund einer österreichweiten Ausgangsbeschränkung zur Eindämmung der COVID 19 Pandemie per Telefon. Alle Interviews wurden im Zeitraum vom 3. März 2020 bis 19. März 2020 durchgeführt.

Zu Beginn der eigentlichen Durchführung des Interviews wurde nochmals darauf hingewiesen, dass dieses aufgezeichnet wird und in Folge das Einverständnis des Teilnehmers und der Teilnehmerin eingeholt. Zusätzlich war es der Autorin wichtig anzumerken, dass es sich um eine Erhebung von Erfahrungsberichten handelt und keine Vorbereitung erforderte. Das Interview folgte dem strukturierten Aufbau des Interviewleitfadens, worin Leitfragen angeführt waren, die die unterschiedlichen Themenbereiche abdeckten und optionale Zusatzfragen zur Auswahl standen. Die Dauer der Interviews lag zwischen 22 und 68 Minuten, wobei hier anzumerken ist, dass das Kürzeste am Telefon stattfand. Eine Auflistung der Interviewdauer wird in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Interviewdauer

Interviewnummer	Interviewdauer
Interview 1	00:31:17
Interview 2	00:31:24
Interview 3	00:34:04
Interview 4	00:57:17
Interview 5	01:02:57
Interview 6	00:43:28
Interview 7	00:41:12
Interview 8	00:22:13

Quelle: eigene Darstellung

3.1.5 Transkription

Für die Analyse des Datenmaterials wurden die Interviews mittels einer Soundrecorder App aufgenommen und in einem weiteren Schritt eine Transkription anhand der Transkriptionsregeln der Ferdinand Porsche FernFH durchgeführt. Die Transkripte der Interviews wurden mit einem numerischen Code versehen (z.B. INT1 für Interview 1), um bei der Analyse gezielt auf diese verweisen zu können. Die Interviewerin wurde mit I und die Befragten mit B bezeichnet, analog zu der Nummerierung des Interviews wurden auch diese Abkürzungen mit der entsprechenden Nummer versehen. Transkribiert wurde wörtlich, da eine Zusammenfassung eine methodisch nicht kontrollierte Reduktion der Information abbilden würde. Weiters ist anzumerken, dass bei der Transkription eine leichte Glättung durchgeführt wurde, das heißt ein breiter Dialekt wurde korrigiert, umgangssprachliche Ausdrücke wurden beibehalten. Nichtverbale Äußerungen (z.B.: lachen, stottern) wurden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung gaben.

3.2 Ergebnisdarstellung

Das methodische Vorgehen der Wahl zur Beantwortung der Forschungsfrage war die Durchführung und Auswertung von qualitativen, leitfadengestützten Interviews. Die Aussagen der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen wurden Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse

nach Mayring ausgewertet. Dieses Verfahren erschien geeignet, da es durch ein regelgeleitetes Vorgehen und die Zerlegung der einzelnen Analyseschritte für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar ist. Im Folgenden wird zunächst auf die Merkmale, die für die qualitative Inhaltsanalyse von Bedeutung sind und die Kategorienbildung näher eingegangen.

3.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Grundannahme der qualitativen Sozialforschung ist, dass es keine objektive Wirklichkeit geben kann, sondern nur subjektive Wirklichkeiten abgebildet werden können (Vogt & Werner, 2014, S. 5). Qualitative Methoden beruhen somit auf der Interpretation, der im Interview erhobenen Informationen. Ziel der Inhaltsanalyse der Aussagen der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen ist es, „Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“, auszuwerten (Mayring, 2015, S. 11).

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring stellt eine Methode dar, die systematisch und regelgeleitet Material in Bezug zu einer Fragestellung interpretiert und auswertet. Mayring (2015, S. 12f.) nennt sechs Punkte, die diese Methode charakterisieren.

1. *Kommunikation als Gegenstand der Inhaltsanalyse*: Kommunikation findet hier meist in Form von Sprache statt, jedoch können auch andere Formen der Kommunikation, wie z.B. Musik oder Bilder Teil der Analyse sein.
2. *fixierte Kommunikation*: das heißt Kommunikation muss in geeigneter Form festgehalten werden.
3. *systematische Herangehensweise*: grenzt sich dadurch von freien Interpretationsverfahren ab.
4. *Systematik durch eine Regelgeleitetheit überprüfbar*: dadurch für Außenstehende nachvollziehbar.
5. *theoriegeleitetes Vorgehen*: das auszuwertende Material wird auf Basis des theoretischen Hintergrundes untersucht und interpretiert.
6. *Inhaltsanalyse als Teil eines Kommunikationsprozesses*: das Ziel ist *Rückschlüsse* auf Aspekte der Kommunikation zu ziehen.

Mayring (2015, S. 50) betont: „*Der grundlegende Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse ist nun, die Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse beizubehalten und auf ihrem Hintergrund Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse zu entwickeln.*“

Dies wird in Form von acht Merkmalen beschrieben (Mayring, 2015, S. 50ff.):

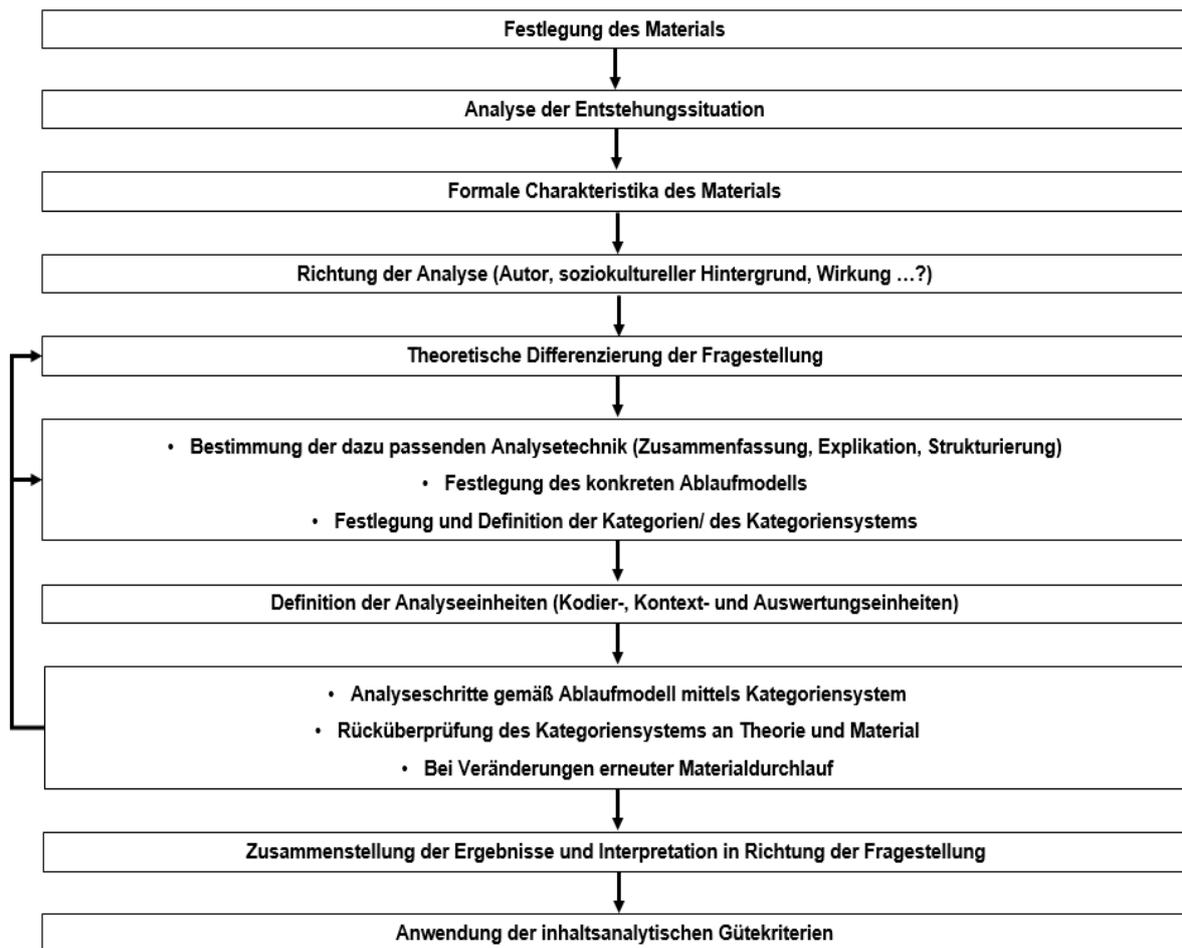
1. *Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang*: Zunächst erfolgt die Analyse des Material im Zusammenhang mit dessen Kontext, sodass die äußeren Umstände in die Ergebnisse einfließen. Es muss nachvollziehbar angegeben werden, auf welchen Teil des Kommunikationsprozesses sich die Interpretationen stützen.
2. *Systematische, regelgeleitete Vorgehen*: Dies gewährleistet das Verstehen, Nachvollziehen und Überprüfen der Analyse für Andere. Dafür wird vorab ein konkretes Ablaufmodell festgelegt, welches die einzelnen Arbeitsschritte definiert und gleichzeitig die Reihenfolge der Bearbeitung festlegt. Zusätzlich wird ein Regelwerk erstellt, um die einzelnen Analyseschritte zurückverfolgen zu können. Das Material wird dann in Analyseeinheiten zerlegt und nach festgelegten Regeln kodiert.
3. *Bildung eines Kategoriensystems*: Zentrales Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Bildung eines Kategoriensystems. Das Kategoriensystem ermöglicht die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und sichert die Zuverlässigkeit der Analyse. Dabei werden zwei Herangehensweisen der Kategorienbildung unterschieden. Bei der deduktiven Herangehensweise werden die Kategorien theoriegeleitet gebildet und danach an das Material herangetragen, während die induktive Herangehensweise Kategorien direkt aus dem zu analysierenden Material ableitet (Mayring, 2015, S. 85).
4. *Gegenstandsbezug statt Technik*: Die Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse können nicht beliebig von einem auf den anderen Analyseprozess übertragen werden, sondern müssen adäquat und gegenstandsbezogen angepasst werden. Die Auswahl der Grundverfahren (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) ist anhand des zugrundeliegenden Materials zu treffen (Mayring, 2015, S. 52).
5. *Überprüfung der spezifischen Instrumente durch Pilotstudien*: Das Kategoriensystem wird in einem Probedurchlauf und mithilfe von Rücklaufschleifen in den Ablaufmodellen überprüft, notwendige Adaptionen werden anschließend vorgenommen. Dieser Prozess wird dokumentiert, um die Nachvollziehbarkeit sicherzustellen.
6. *Theoriegeleitetheit der Analyse*: Qualitative Forschung erfordert das Heranziehen von theoretischen Argumentationen. Diese spiegeln den aktuellen Stand der Wissenschaft wieder und bieten Bezugspunkte bei der Auswertung. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass in der qualitativen Inhaltsanalyse Validität (Gültigkeit) vor Reliabilität (Zuverlässigkeit) steht.
7. *Quantitative Analyseschritte*: Das Einbeziehen von quantitativen Analyseschritten ist besonders dann sinnvoll, wenn es darum geht eine allgemeine Aussage aus dem Material abzuleiten oder die Bedeutung einer Kategorie hervorzuheben.

8. *Gütekriterien*: Neben den für die qualitative Forschung klassischen Gütekriterien *Objektivität* (Unabhängigkeit der Ergebnisse von der subjektiven Sichtweise des Forschers), *Reliabilität* (Stabilität und Genauigkeit der Messung) und *Validität* (es wird gemessen, was gemessen werden soll) ist in der Inhaltsanalyse ein weiteres Kriterium bedeutend, die *Intercoderreliabilität*. Hierbei werden mehrere Forscher an dasselbe Material herangeführt und die Ergebnisse ihrer Auswertungen verglichen (Mayring, 2015, S. 52ff.).

Wie bereits im vorangehenden Abschnitt erwähnt, entwickelt Mayring zur Orientierung ein allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell, welches im konkreten Fall an das jeweilige Material und die Fragestellung angepasst wird.

In einem ersten Schritt erfolgt die Festlegung des Materials, eine Analyse der Entstehungssituation, sowie eine formale Charakterisierung des Materials. Im zweiten Schritt erfolgt eine theoretische Differenzierung der Fragestellung. Anschließend werden die passenden Analysetechniken bestimmt, ein Ablaufmodell festgelegt und ein Kategoriensystem gebildet, sodass die Analyseeinheiten (Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheit) definiert werden können. In einem weiteren Schritt findet die Analyse anhand des gewählten Ablaufmodells und des definierten Kategoriensystems statt. Das Kategoriensystem wird in Hinblick auf das Material und der Theorie laufend rücküberprüft und gegebenenfalls überarbeitet. Im letzten Schritt werden die Ergebnisse ausgeführt und in Richtung der Fragestellung interpretiert sowie auf Basis der inhaltsanalytischen Gütekriterien bewertet (Mayring, 2015, S. 61f.). Das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell wird in der nachfolgenden Abbildung 5 veranschaulicht.

Abbildung 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell



Quelle: eigene Darstellung, Mayring (2015, S. 62)

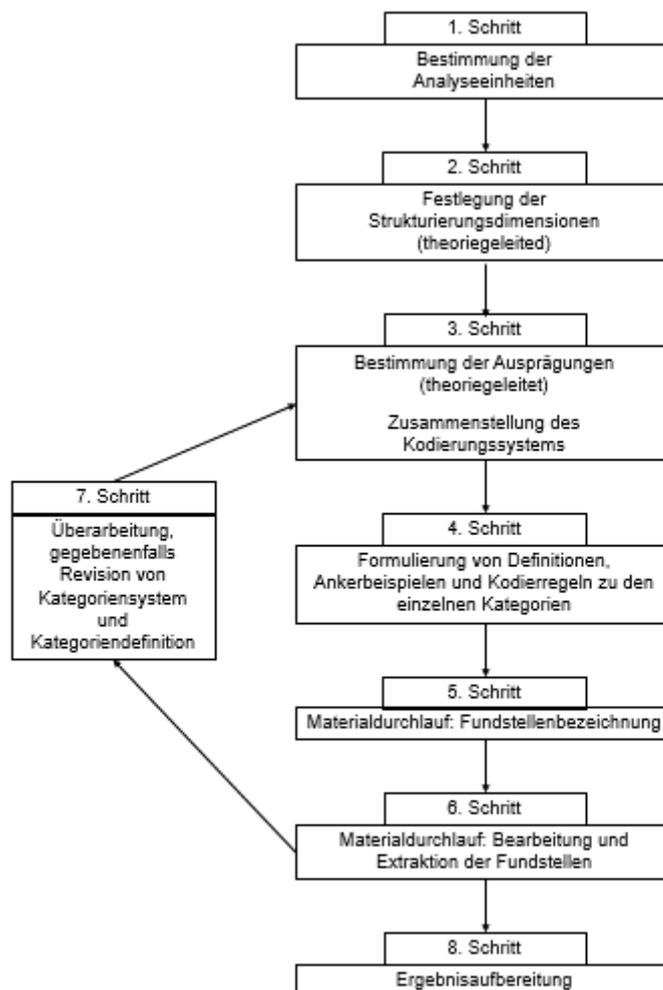
Wie in der Abbildung erkennbar unterscheidet Mayring (2015, S. 67) folgende drei Grundformen der Interpretation: die *Zusammenfassung*, die *Explikation* und die *Strukturierung*. Diese Analysetechniken unterscheiden sich in der Herangehensweise an das Material und der Auswertungsschwerpunkte. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit orientiert sich die Auswertung an der inhaltlich strukturierenden Analyse. Vor diesem Hintergrund beschränkt sich die Ausführung der Grundformen der Interpretation auf diese eine Technik.

Das Ziel der Strukturierung ist es „bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring, 2015, S. 67).

Mayring (2015, S. 103) führt die Untergruppe der inhaltlichen Strukturierung an, um bestimmte Inhalte und Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Als Basis hierfür dient ein vorab entwickeltes deduktives Kategoriensystem, das im Rahmen der Auswertung des Materials erweitert bzw. modifiziert werden kann. Die Festlegung der Strukturierungsdimensionen wird aus dem theoretischen Hintergrund und der Fragestellung abgeleitet. Eine

weitere Differenzierung der Dimensionen erfolgt anhand einzelner Ausprägungen, diese werden in einem Kategoriensystem dargestellt. Um das Material genau zuordnen zu können und für Außenstehende nachvollziehbar zu machen wird im Analyseprozess ein Kodierleitfaden erstellt. Hierbei wird die Kategorie einerseits genau definiert und andererseits ein Ankerbeispiel aus dem vorhandenen Material angeführt. Wo Abgrenzungsprobleme zwischen den Kategorien auftreten können, ist es zusätzlich hilfreich Kodierregeln zu formulieren und im Kodierleitfaden anzuführen. Zunächst erfolgt ein Testdurchlauf und wenn nötig eine Überarbeitung des Kategoriensystems oder der Definitionen. Daran schließt der eigentliche Materialdurchlauf an. Die Durchgänge unterteilen sich in zwei Arbeitsschritte. Im ersten Schritt werden Textabschnitte, die einer Kategorie entsprechen, markiert und im zweiten Schritt bearbeitet und extrahiert (Mayring, 2015, S. 97ff.). Das allgemeine Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse lässt sich grafisch, wie in Abbildung 6 ersichtlich, darstellen:

Abbildung 6: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein)



Quelle: eigene Darstellung, Mayring (2015, S. 98)

Nach Abschluss der Kodierung werden im Rahmen der inhaltlichen Strukturierung zwei weitere Schritte durchgeführt, erst werden die Unterkategorien und anschließend die Oberkategorien zusammengefasst (Mayring, 2015, S. 103).

3.2.2 Kategorienbildung

Wie bereits im oberen Abschnitt kurz erwähnt, gewährleistet die Bildung eines Kategoriensystems die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und sichert die Zuverlässigkeit der Analyse (Mayring, 2015, S. 50f.). Dabei werden zwei Herangehensweisen der Kategorienbildung unterschieden.

3.2.2.1 Deduktive Kategorienbildung

Die deduktive Kategorienbildung ist eine inhaltsanalytische Technik, welche die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen aus der Fragestellung ableitet und theoretisch begründet. Die weitere Differenzierung erfolgt durch Aufspaltung dieser Strukturierungsdimensionen in einzelne Ausprägungen. In einem weiteren Schritt wird das Kategoriensystem erstellt. (Mayring, 2015, S. 97)

Auf Grundlage der Ergebnisse der Bachelorarbeit I werden folgenden Kategorien deduktiv gebildet, die als Basis der Erarbeitung des Interviewleitfadens herangezogen wurden:

- Gesundheit (Gesundheit allgemein, Lebensqualität, Wohlbefinden)
- Demographischer Wandel (Überalterung, Entwicklung der nächsten 20 Jahre)
- Versorgung (Gesundheitsversorgungsstruktur, Mangel an HausärztInnen)
- Gesundheitsförderung (Verständnis, Bedeutung, Stellenwert, Beitrag zur integrativen Gesundheitsversorgung, Leitlinien, Qualitätskriterien, Orientierungshilfen, Unterstützungsangebote)

3.2.2.2 Induktive Kategorienbildung

Die induktive Kategorienbildung erfolgt durch systematische Ableitung von Auswertungskriterien aus dem vorliegenden Material. Der Gegenstand der Analyse sowie die Selektionskriterien für die Kategorienbildung werden in dieser Inhaltsanalysetechnik vorab festgelegt. Vor dem Hintergrund dieser definierten Kriterien wird das Material zeilenweise durchgearbeitet. Aus den Textstellen, welche den Kategoriendefinitionen entsprechen, werden Kategorien gebildet. Die Kategorienbezeichnung soll den Inhalt des Materials widerspiegeln. In den nächsten Schritten der Analyse werden passende Textstellen den Kategorien zugeordnet. Für Textstellen, welche die Kategoriendefinition erfüllen, zu der erstellten Kategorie aber nicht passen, werden neue Kategorien induktiv gebildet. Nach einem Durchgang von ca. 10 – 50 % des Materials, erfolgt eine Überprüfung des gesamten Kategoriensystems auf Überlappungen und Abstrakti-

onsgrad sowie zum Forschungsgegenstand und zur Fragestellung. Treten dadurch Veränderungen am Kategoriensystem auf, wird das Material nochmals von Beginn an überarbeitet (Mayring, 2016, S. 115ff.).

3.2.2.3 Kategorien der vorliegenden Arbeit

Die Kategorienbildung der vorliegenden Arbeit erfolgte in einem ersten Schritt, wie oben bereits beschrieben deduktiv anhand der Ergebnisse der Bachelorarbeit I und in einem weiteren Schritt induktiv anhand des Interviewmaterials.

Die nachstehende Tabelle führt die Bezeichnung und die Art der gebildeten Kategorien an.

Tabelle 2: Gebildete Kategorien

Kategoriennummer	Kategorienbezeichnung	Kategorienbildung
OK 1	Demographischer Wandel	deduktiv
UK1.1	Wahrnehmung des demographischen Wandels vor Ort	induktiv
UK1.2	Wandel der Bevölkerungsstruktur	induktiv
UK1.3	Wandel des Angebotes für Wohnformen	induktiv
UK1.4	Begegnung der Herausforderung des demographischen Wandels	induktiv
OK 2	Gesundheit	deduktiv
UK2.1	Dimensionen der Gesundheit	deduktiv
OK 3	Gesundheitsversorgung	deduktiv
UK3.1	Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung	induktiv
UK3.2	Unterstützungsangebote in der Gemeinde für die Gesundheitsversorgung	induktiv
UK3.3	Begegnung der Herausforderung der Gesundheitsversorgung	induktiv
UK3.4	Identifizierte Hindernisse der ärztlichen Gesundheitsversorgung	induktiv
OK 4	Gesundheitsförderung	deduktiv
UK4.1	Dimensionen der Gesundheitsförderung	deduktiv

UK4.2	Beitrag der Gemeinde zur Gesundheitsförderung	induktiv
UK4.3	Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung zur Bewältigung demographischen Wandel	induktiv
UK4.4	Möglichkeiten der Unterstützung von Gesundheitsförderung seitens der Gemeinde	induktiv
UK4.5	Institutionen, Orientierungshilfen & Leitlinien	induktiv
UK4.6	Kooperationsstrukturen und Netzwerke	induktiv
UK4.7	Hinderliche und förderliche Faktoren	induktiv
UK4.8	Verantwortungsträger der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung	induktiv
UK4.9	Wünsche und Forderungen der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen	induktiv

Quelle: eigene Darstellung

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung der Kategorien dargestellt. Die Strukturierung der Ergebnisdarstellung folgt dem Ablaufmodell der strukturierten Inhaltsanalyse. Demnach werden die Ergebnisse analog der im vorangegangenen Kapitel dargestellten Kategorien zusammengefasst.

4.1 Oberkategorie „Demographischer Wandel“

Die Oberkategorie „Demographischer Wandel“ beinhaltet Aussagen der interviewten Personen zur demographischen Entwicklung in den Gemeinden. Dabei wurden die Unterkategorien Wahrnehmung des demographischen Wandels vor Ort, Wandel der Bevölkerungsstruktur, Wandel des Angebotes für Wohnformen und Begegnung der Herausforderung des demographischen Wandels gebildet.

Zusammenfassend werden die Herausforderungen des demographischen Wandels wahrgenommen und als relevantes Handlungsfeld identifiziert, wenngleich die Entwicklung im Allgemeinen unterschätzt wird. Gesundheitsförderung wird als Begegnung dieser Herausforderung nicht explizit erwähnt, jedoch werden von den Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen einige Themenfelder identifiziert, die eindeutig der Gesundheitsförderung zugeordnet werden können.

4.1.1 Wahrnehmung des demographischen Wandels vor Ort

Die zunehmend älter werdende Bevölkerung wird von den befragten Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen deutlich spürbar wahrgenommen. Eine befragte Person meint dazu: *„die Folgen der alternden Bevölkerung, ja, das ist insofern wahrzunehmen, dass sich die Bevölkerung aktiv auseinandersetzt damit, was ist wenn ich älter werde, daher ist auch das betreute Wohnen, die Pflege und die Versorgung ein Thema. Das wird schon oft diskutiert. Themen wie betreutes Wohnen und Pflege sind schon vermehrt spürbar. Es stimmt die Gemeindegänger werden älter und die Jüngeren werden da nicht ausgleichen können“* (INT1, Z. 8-12). Ein Anderer oder eine Andere bestätigt dies folgendermaßen: *„Naja er ist absolut wahrzunehmen dieser Wandel, dass man immer älter wird, dass man dadurch natürlich auch andere Bedürfnisse hat, andere Anforderungen an uns als Gemeinde“* (INT3, Z. 8-9). Lediglich eine Person gibt an den demographischen Wandel nicht wahrzunehmen und begründet dies: *„Also ich persönlich nehme es nicht wahr, weil es eines der wichtigsten Dinge uns gelungen ist zu lösen und zwar erstens dass die ärztliche Versorgung gesichert ist“* (INT6, Z. 7-8). Die interviewte Person führt jedoch weiters an: *„man merkt das schon [...] dass man sieht dass die Jugend nicht mehr so zahlreich ist, wie wir das waren und da macht sich eine Schere auf“* (INT6, Z. 11-14) und lässt vermuten, dass auch sie den demographischen Wandel in der Gemeinde registriert. Die

Wahrnehmung des demographischen Wandels spiegelt sich laut den Aussagen aller acht befragten Bürgermeister und Bürgermeisterinnen in einer engen Verknüpfung mit der Gesundheitsversorgung. Dies zeigt sich auch im Schwerpunkt, der an die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen herangetragen Themen, der derzeit gehäuft in der Schaffung eines Angebotes neuer Wohnformen und einer Sicherstellung eines Betreuungs- und Pflegeangebotes vor Ort ist.

4.1.2 Wandel der Bevölkerungsstruktur

Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in der Gemeinde wird ebenfalls von allen befragten Personen bestätigt. *„Die Bevölkerung wird immer älter, also der Schlüssel der Bevölkerung wird immer älter, wir haben viel zu wenig Nachwuchs“* (INT2, Z. 11-12). Eine Einschätzung der Entwicklung der 65+ Jährigen vor Ort im Zeitraum der nächsten 10-20 Jahren zeigt deutlich, dass die Angaben der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen weit unter dem prognostizierten Ausmaß liegen und sich diese überrascht über die aktuellen Zahlen zeigen: *„Phuuu ja, doch so viel! Ja wie gesagt, dass die Bevölkerung älter wird, dass nehmen wir war“* (INT1, Z. 22). Eine weitere Aussage zeigt, dass dem Wandel der Bevölkerungsstruktur keine konkrete Aufmerksamkeit in der Gemeindegearbeit zukommt: *„da hab ich keine Ahnung, das analysieren wir nicht“* (INT8, Z. 19). Zusätzlich geben die Befragten an, dass durch Zuzug von Jungfamilien diesem Trend entgegenzuhalten sei, es werde auch zielgerichtet an entsprechenden Angeboten gearbeitet, um den ländlichen Raum attraktiv für die jüngere Generation zu gestalten. *„Ich würde das vielleicht so abschätzen, dass wir den jetzigen Zustand erhalten. Also, dass wir relativ viel Zuzug bekommen“* (INT3, Z. 29-30). Dabei konnten unterschiedliche Ansätze erhoben werden, folgend eine Zusammenfassung der Aussagen:

- Schaffung von leistbarem Wohnen
- Ausbau der öffentlichen Verkehrsanbindung
- Erhaltung und Verbesserung der Nahversorgung
- Sicherstellung der Infrastruktur
- Intakte Umwelt

„Ja das gewisse Infrastruktur vorhanden ist, eine intakte Umwelt, die Erreichbarkeit“ (INT1, Z. 76-77).

„Wir sind gerade dabei leistbares Wohnen zu planen um junge Bevölkerung zu bekommen bzw. um kleinere Wohnung zu haben damit die Älteren in die kleineren Wohnungen ziehen können und die Kinder, die Enkelkinder die Häuser übernehmen können. Weil wir haben sehr viele Häuser, wo nur eine ältere Person darin wohnt“ (INT2, Z. 15-18).

„Ja, wir hoffen, dass wir durch den Zuzug und durch den Bau dieser Wohnungen junge Menschen vermehrt herkriegten. Weil sie einfach über den öffentlichen Verkehr so gut angebunden

sind und sehr schnell zu ihrem Arbeitsplatz kommen können. Ansonsten bin ich ganz bei Ihnen, dass wir zwischen 30 und 40% älter werden, also die ältere Generation mehr wird“ (INT3, Z. 42-45).

„Das heißt von der Abwanderung her ist es nicht so schlimm. Von der Altersstruktur kann ich das jetzt nicht so genau beurteilen. Aber das ist eher so, dass Junge deshalb weggezogen sind und weniger wegziehen werden, wenn es mehr Bauplätze und Bauangebote gibt, dass man da Einfamilienhäuser bauen kann“ (INT7, Z. 19-22).

4.1.3 Wandel des Angebotes für Wohnformen

Aufgrund der sich ändernden Bevölkerungsstruktur sehen die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen sich zunehmend mit der Herausforderung der Schaffung alternativer Wohnformen konfrontiert. Der Bedarf an betreubarem Wohnen und der Gewährleistung der Barrierefreiheit steige und erfordere dahingehend vermehrte Aufmerksamkeit. Die Herangehensweise an dieses Thema ist in den Gemeinden unterschiedlich handgehabt. Generationenwohnen sehen die meisten der Befragten als zukunftssträchtiges Modell. In einer Gemeinde wurde dieses bereits erfolgreich umgesetzt, weitere Gemeinden sind in der Planungsphase und eine Gemeinde sieht dieses Modell als eine Option, hier liegen derzeit keine konkreten Pläne vor. Eines hat das Generationenwohnen laut den Aussagen der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen gemeinsam, der Wohnraum kann aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Generationen besser genutzt werden und eine gegenseitige Unterstützung wäre wünschenswert.

„Also wir haben da jetzt ein Projekt in Planung, das wird nächstes Jahr oder auch heuer umgesetzt, das Haus der Generationen, da sind Starterwohnungen vorgesehen, genauso wie Einheiten für das betreubare Wohnen und ja da gibt es bereits vereinzelt Anfragen dafür“ (INT4, Z. 15-17).

„Eine Art Generationenwohnen, das wir anstreben und nicht nur ein junges oder altes Wohnen, sondern eher ein Generationenwohnen, wo mobile als auch immobile Personen unterwegs sind mit dem Vorteil, dass die jüngeren mehr Parkraum brauchen als die Älteren und sie sich dann auch vielleicht da eine gewisse Prioritäten herausgestalten, dass dann ein Generationendenken wieder stattfindet“ (INT6, Z. 23-27).

„Also bei dem Generationenwohnen würde schon auch die Philosophie sein, dass man sich gegenseitig unterstützt“ (INT6, Z. 32-33).

Als zweite wichtige Wohnform geben die Befragten das betreubare Wohnen an, ein möglichst langer Verbleib in der gewohnten Umgebung der älteren Einwohner und Einwohnerinnen soll dadurch sichergestellt werden können. Betreubares Wohnen soll in zukünftige Bauprojekte im

Sinne des Generationenwohnens integriert werden oder als eigenständige Wohnform in den Gemeinden existieren.

„In diesem Gebäude sollen auch betreubare Wohnungen eingerichtet werden. Das ist so, dass nicht nur sagen wir 14 Wohnungen für betreubares Wohnen gebaut werden, sondern, einige Einheiten werden für betreubares Wohnen genützt werden können, diese werden auch barrierefrei gestaltet“ (INT1, Z. 34-37).

„[...] ein Haus der Generationen errichtet, wo wir mit zwei Betreuungskräften der Gemeinde schauen, dass man ältere Menschen lange zu Hause betreuen kann, ohne dass sie jetzt noch große medizinische Unterstützung brauchen. Sie haben ganz einfach mehr Ansprache, sie haben immer jemanden der für sie da ist“ (INT3, Z. 10-15).

„das Haus der Generationen, da sind Starterwohnungen vorgesehen, genauso wie Einheiten für das betreubare Wohnen“ (INT4, Z. 15-17).

4.1.4 Begegnung der Herausforderung des demographischen Wandels

Die Frage der Begegnung der Herausforderung einer älter werdenden Bevölkerung in der Gemeinde beantworten die Befragten mit folgenden Nennungen:

- *Angebot des betreubaren Wohnens*
- *Angebot von Betreuungs- und Pflegediensten*
- *Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Gemeinde*
- *Erhaltung und Schaffung der erforderlichen Infrastruktur (Einkaufsmöglichkeiten)*
- *Unterstützungsangebote in Form von Fahrtenservice und Essenszulieferung*
- *Förderung und Unterstützung der Vereine*
- *Förderung von Bewegungsangeboten*
- *Integration eines Gemeindefachausschusses für Generation und Gesundheit*

Im konkreten Zusammenhang mit der Fragestellung nennen Befragte als mögliche Option die Wohnform des betreubaren Wohnens und messen zusätzlich der Sicherstellung eines adäquaten Angebotes von Betreuungs- und Pflegediensten eine große Bedeutung bei.

„Das betreute Wohnen spielt mit Sicherheit eine große Rolle“ (INT1, Z. 58-59).

„Da ist unsere Philosophie, dass wir die Menschen möglichst lange im Ort behalten wollen und erst die letzte Lösung das Pflege- oder Altenheim ist“ (INT6, Z. 16-18).

„Wir versuchen eben, dadurch dass wir die sozialen Dienste wie Volkshilfe oder Caritas intensiv anbieten. Durch das betreubare Wohnen schaffen wir die Möglichkeit länger im Ort zu bleiben“ (INT8, Z. 84-85).

Nur eine der befragten Personen gibt an, dass die ärztliche Versorgung vor Ort der Begegnung der Herausforderung des demographischen Wandels dienen könne. *„In unserer Gemeinde wäre es wichtig einen Arzt zu haben, also Ärzte zu haben die mehr in die Gemeinde kommen und mehr Hausbesuche machen“* (INT2, Z. 102-103).

Die vorhandene und erforderliche Infrastruktur wird hingegen mehrfach genannt. In diesem Zusammenhang setzen die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen zusätzlich auf Unterstützungsangebote in Form von Taxiservice oder Essenzustellung, um den Mangel an vorhandener Infrastruktur ausgleichen zu können.

„Im Ortskern [Ort] kämpfen wir ein bisschen mit der Infrastruktur einkaufen. Wir haben da auf Vereinsbasis zur Zeit ein Geschäft für laufen, das wir als Gemeinde betreiben. Sollten wir das nicht mehr schaffen, wäre es natürlich notwendig, dass wir als Gemeinde sagen, es gibt [...] ein Sammeltaxi welches die ältere Generation zum Einkaufen bringt. Welches die ältere Generation vielleicht zu einem Arzt bringt“ (INT3, Z. 93-97).

„Es ist so dass wir Essen auf Rädern haben, es ist so dass der Wirt kocht und dass die Gemeinde, die Verteilung die Gemeinde organisiert“ (INT6, Z. 91-92).

Wenige Personen geben an, einen Gemeindefachausschuss zum Thema Generation und Gesundheit zu haben, der Herausforderungen in der Gemeinde erhebt und Lösungsvorschläge erarbeitet.

„Haben wir auch in der Gemeinde einen Ausschuss für Soziales und Generationen, wo wir uns genau um solche Themen annehmen. Wer braucht was, wir machen vier Mal im Jahr Treffen mit der älteren Generation, wo man eigentlich diskutiert, was fehlt euch, was braucht ihr, wo können wir helfen“ (INT3, Z. 108-111).

Die Förderung von Vereinen und das Durchführen von Veranstaltungen wird insofern als wichtig erachtet, weil es die „Zusammenkunft“ und das „Generationendenken“ positiv begünstigt und eine Chance als „Hilfe zur Selbsthilfe“ sei.

Alle acht Befragten sehen eine Unterstützung und Forcierung der Bewegungsangebote in der Gemeinde und die Schaffung von öffentlich zugänglichen Generationenfreizeitparks als wesentlichen Beitrag den demographischen Wandel positiv zu begegnen.

4.2 Oberkategorie „Gesundheit“

Die Oberkategorie „Gesundheit“ beinhaltet Aussagen zu dem Begriff Gesundheit.

Gesundheit ist als ein mehrdimensionaler Begriff zu verstehen. In der Befragung wurde der Begriff der Gesundheit mit den Begriffen Lebensqualität und Wohlbefinden erweitert, sodass

das Blickfeld auf dieses Thema größer wurde. Diese Oberkategorie enthält die Unterkategorie „Dimensionen der Gesundheit“.

Generell sehen Bürgermeister und Bürgermeisterinnen den Schwerpunkt eines Beitrages zur Gesundheit vorwiegend in der Erhaltung und Bereitstellung von gesundheitsförderlicher Infrastruktur und in der Unterstützung und Förderung der ortsansässigen Vereine.

4.2.1 Dimensionen der Gesundheit

In der Befragung zum Thema was ist wichtig für die Gesundheit der Bürger und Bürgerinnen in den Gemeinden, zeigt sich ein homogenes Bild der Antworten. So ist die häufigste genannte Dimension eine adäquate Infrastruktur. Dazu zählen die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen einen Nahversorger, Kindergarten- und Schuleinrichtungen sowie eine gute Anbindung an das Verkehrsnetz.

„Das Wohlbefinden. Ja das gewisse Infrastruktur vorhanden ist [...] dass die Bürger mobil sind, nicht abgeschieden leben“ (INT1, Z. 76-80).

Ebenso wichtig in der Nennung ist eine intakte Umwelt, welche ausreichend Platz für Erholung der Bürger und Bürgerinnen bietet. Dem Naherholungsraum werden mehrere positive Eigenschaften zugeschrieben. So sehen die Befragten einerseits damit im Zusammenhang eine Sicherung einer hohen Lebens- und Wohnqualität und damit verbunden den Zuzug von Jungfamilien zu fördern bzw. einer Abwanderung entgegenzuwirken, andererseits einen direkten Zusammenhang mit der Gesundheit. Eine Umgebung, wo sich die *„Lärmbelästigung in Grenzen hält“* und eine *„hohe Luftqualität“* vorhanden ist, stärkt das Wohlbefinden und dient als Grundlage für eigenverantwortliche Förderung der Gesundheit. Die Befragten sehen sich in der Verantwortung den Naherholungsraum für die unterschiedlichen Generationen attraktiv zu gestalten.

„Dass ich in einer intakten Natur aufwachse, wo ich sage die Lärmbelästigung hält sich in Grenzen, die Luftqualität ist eine hohe und ja ich bin überzeugt von der heilenden Wirkung des Waldes“ (INT4, Z. 165-167).

Ein funktionierendes Vereinsleben wird ebenfalls mit Gesundheit und Wohlbefinden in Beziehung gebracht. Durch Angebote der unterschiedlichen Vereine wird der Vereinsamung in speziellem bei der älteren Bevölkerung vorgebeugt. Neben Pensionisten- und Sportvereinen gibt es laut den Aussagen der Befragten vereinzelt auch Geschichts- und Kulturvereine, die die Zielgruppe der älteren Bürger und Bürgerinnen konkret ansprechen. Der Bekämpfung der Vereinsamung kommt auch im öffentlichen Raum vermehrt Aufmerksamkeit zu, so werden Begegnungszonen gezielt geschaffen, um die Kommunikation untereinander zu stärken.

„Zur Lebensqualität gehört auch, dass ich in einem Verband leben kann, also dass ich weiß, wer meine Nachbarn sind, dass ich nicht alleine bin und deswegen sind mir diese Begegnungszonen sehr wichtig“ (INT4, Z. 183-185).

„Dass sie wo haben, dass sie sich treffen können, dass die Kommunikation auch im hohen Alter möglich ist, da haben wir von der Gemeinde her ein Gemeinde Café, alle 14 Tage“ (INT6, Z. 126-128).

Als weiterer Faktor, der zur Gesundheit beiträgt, nennt eine befragte Person die Einrichtung einer Anlaufstelle bzw. eine Ansprechperson, an die sich die Bürger und Bürgerinnen mit ihren Anliegen wenden können.

„Ich glaube, das Wichtigste für die Menschen ist, dass sie sich geborgen fühlen, gut aufgehoben und wissen wenn irgendetwas ist, ist irgendwer da, der auf mich schaut. Das ist das Wichtigste was der Mensch braucht, dass er sich nicht alleingelassen fühlt und das es ganze einfach eine Anlaufstation gibt für einen jeden, wenn es ihm nicht gut geht, wenn er nicht weiß, wie es weiter geht, kann er sich dort melden und kann hier sich mitteilen“ (INT3, Z. 104-108).

Weiters appelliert eine Person an die Eigenverantwortung und das Gesundheitsbewusstsein der Einzelnen. Individuelle Verhaltensfaktoren, die einen positiven Lebensstil begünstigen, können der Aussage nach von außen nur bedingt beeinflusst werden.

„Zur Gesundheit braucht es primär ein Gesundheitsbewusstsein und dementsprechend auch einen gesunden Lebensstil und der wird vom Elternhaus mitgegeben und auch untereinander vorgelebt und da wird untereinander motiviert dazu oder halt nicht“ (INT4, Z. 193-195).

4.3 Oberkategorie „Gesundheitsversorgung“

Die Oberkategorie „Gesundheitsversorgung“ beinhaltet Aussagen zur Gesundheitsversorgung in der Gemeinde. Diese Kategorie wurde gegliedert in Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung, Unterstützungsangebote in der Gemeinde für die Gesundheitsversorgung, Begegnung der Herausforderung der Gesundheitsversorgung und identifizierte Hindernisse der ärztlichen Gesundheitsversorgung im Ort.

Zusammenfassend zeigt sich in dieser Kategorie, dass Gesundheitsförderung in den Augen der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen nur einen kleinen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten kann. Das Bewusstsein, dass das Konzept der Gesundheitsförderung eine deutliche Entlastung der ärztlichen Versorgungsleistungen bieten kann, ist (noch) nicht vorhanden.

4.3.1 Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung

Die Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung ist allen befragten Personen ein besonderes Anliegen. In den Aussagen zeigt sich, dass dem Allgemeinmediziner und der Allgemeinmedizinerinnen vor Ort ein hoher Stellenwert beigemessen werden. Zusätzliche Fachrichtungen, hier werden explizit die Kinder- und Jugendheilkunde sowie die internistische Medizin genannt, wären wünschenswert, da diese den Angaben nach selten im ruralen Raum zur Verfügung stehen. Um die Attraktivität der Gemeinden für Ärzte zu verbessern, bieten die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen individuelle Lösungen an und zeigen sich offen für eine Neugestaltung der Gesundheitsversorgung. „Primärversorgungsnetzwerke“ und „Ärztezentren“ werden als Beispiele dafür genannt.

„Nicht in einem Primärversorgungszentrum, aber in einem Netzwerk, wissen Sie. Wir haben eine Studie durchführen lassen und seitens des NÖGUS wäre alles auf Schiene“ (INT1, Z.62-63).

„Ziel ist es wieder eine Versorgung in der Gemeinde anbieten zu können. [...] Vielleicht können wir zumindest zu einer Lösung kommen, dass eine Ordination im Ort von den Ärztinnen mitbetreut wird“ (INT1, Z. 34-37).

„Die Gemeinde hat die Ärzte unterstützt, sie mussten keine Miete bezahlen, aber trotzdem haben sie den Vertrag aufgekündigt“ (INT5, Z. 52-54).

Die Erreichbarkeit der Ärzte und Ärztinnen für Bürger und Bürgerinnen sehen die befragten Personen gegeben. *„Wir sind am Land und haben hervorragende Hausärzte, die sind 7 Tage die Woche, 24 Stunden am Tag erreichbar. Die halten diese Ehre auch hoch und es ist wirklich, wenn ein Notfall ist, rufst du sie an und die sind da“ (INT4, Z. 45-47).* Gemeinden, die keine Ordination im eigenen Ort haben, nennen eine gute Zusammenarbeit mit den Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen und das Angebot der Hausbesuche als zentrales Instrument dieser Herausforderung zu begegnen. Eine befragte Person wünscht sich mehr Kapazitäten für Hausbesuche: *„Hausbesuche werden gemacht, aber auch nur im Notfall. Normalerweise sollte man in die Ordination kommen, da ich finde, dass die Ärzte immer weniger Zeit für Hausbesuche haben“ (INT2, Z. 43-44).*

Zusätzlich geben weitere Personen eine Kooperation mit dem Roten Kreuz an, welches durch Transportmöglichkeiten Personen unterstützt, die selbst über keine Mittel verfügen, um Arztbesuche machen zu können. Eine andere Gemeinde hat ein Taxiservice eingerichtet, welches finanziell durch die Gemeinde unterstützt wird.

4.3.2 Unterstützungsangebote in der Gemeinde für die Gesundheitsversorgung

Die Fragen bezüglich der Unterstützungsangebote seitens der Gemeinde beziehen sich auf Leistungen, die die Gemeinde zur Verfügung stellt, sodass eine adäquate Gesundheitsversorgung sichergestellt werden kann.

Hier geben wenige der Befragten an einen Bedarf eines Angebotes zu sehen. Die meisten Befragten sehen Unterstützungsangebote in diesem Zusammenhang in ihrer Gemeinde nicht erforderlich, da dies bereits durch andere Organisationen (Rotes Kreuz und Caritas) gut abgedeckt sei bzw. im eigenen Familienverband (noch) organisiert werden könne. *„Nein, ist auch noch keine Nachfrage im Prinzip gewesen, weil die Struktur schon so ist, dass noch viele Generationen in einem Haus wohnen, dass die älteren Leute von den Jüngeren diesbezüglich schon versorgt werden, mitversorgt werden“* (INT7, Z. 72-74). Eine befragte Person sieht hier aufgrund der demographischen Entwicklung zukünftig einen Handlungsbedarf: *„Könnte aber irgendwann zu einem Thema werden“* (INT3, Z. 80).

Folgende Unterstützungsangebote sind vereinzelt in den Gemeinden etabliert:

- Taxiservice
- Apothekenzustellservice

Die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen geben an, dass sich die Gemeindeglieder bei Bedarf an das Gemeindeamt wenden können und individuelle Lösungen gefunden werden.

4.3.3 Begegnung der Herausforderung der Gesundheitsversorgung

Um die kommunale Gesundheitsversorgung aufrecht erhalten zu können, nennen die Befragten in erster Linie eine Neugestaltung der traditionellen „Hausarztpraxen“. Einige könnten sich gut vorstellen, dass eine Netzwerkbildung der vorhandenen Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen die Gesundheitsversorgung zukünftig sicherstellen könne. Weitere Aussagen zeigen, dass die Schaffung zusätzlicher Wahlarztordinationen durchaus ein denkbarer Lösungsansatz wäre. Befragte geben an Pläne für ein Ärztezentrum in der Gemeinde zu haben, wo neben dem Allgemeinmediziner und der Allgemeinmedizinerin auch weitere Fachrichtungen angeboten werden sollen und das gesundheitliche Angebot durch Therapeuten erweitert wird.

„Der große Traum ist ja ein Netzwerk zu bilden mit den umliegenden Gemeinden, wo dann wirklich eine medizinische Versorgung von 7.00 bis 19.00, 5 Tage die Woche gewährleistet wird“ (INT1, Z. 60-61).

„Ein Haus mit Ärzten, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Logopäden, das wär sicher auch eine Möglichkeit. Step by Step. Aber das wären Möglichkeiten, die stehen offen“ (INT5, Z. 120-121).

Ein weiterer genannter Ansatzpunkt der Begegnung der Herausforderung der Gesundheitsversorgung ist es die Attraktivität der Gemeinde durch verbesserte Rahmenbedingungen und Infrastruktur für Ärzte und Ärztinnen zu erhöhen. Eine befragte Person sieht hier die Sozialen Dienste von wesentlicher Bedeutung und sieht den Beitrag der Gemeinde in der Vermittlung der Dienste.

4.3.4 Identifizierte Hindernisse in der ärztlichen Gesundheitsversorgung

In der Befragung der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen bezüglich der ärztlichen Gesundheitsversorgung zeigten sich wie oben beschrieben mehrere denkbare Ansatzmöglichkeiten einem zukünftigen Ärzte- und Ärztinnenmangel zu begegnen. Die Umsetzung dieser Ideen und Pläne stellen die Befragten vor Herausforderungen. Die identifizierten Herausforderungen stellen sich in folgenden Bereichen dar:

- Vergebung der Planstellen
- Widerstand seitens der Ärzte
- Erforderliche Infrastruktur nicht vorhanden

Die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen haben keinen direkten Einfluss auf die Vergebung der ärztlichen Planstellen. Die Aufteilung der Sanitätssprengel sei nur schwer nachzuvollziehen. Eine befragte Person gibt an: *„Wenn sie keine Planstelle haben, brauchen sie auch nicht zum Suchen beginnen. Das hat keinen Sinn. Da waren wir in den letzten beiden Jahren sehr intensiv dran, weil ja bei uns in der Nachbargemeinde es z.B. zwei Planstellen gibt obwohl die weniger Einwohner haben. Das kann mir aber niemand erklären, wie diese Planstellen zustande kommen, aber Fakt ist ohne Planstelle der Krankenkasse kriegen sie auch keinen praktischen Arzt“* (INT8, Z. 39-44).

Eine Gemeinde sieht eine mangelnde Bereitschaft für eine Strukturveränderung seitens der Ärzte, die einerseits aufgrund möglicher finanzieller Einbußen zu begründen sei und andererseits in der Aufgabe der eignen Identität gesehen wird.

In der Vergangenheit seien auch eine fehlende Infrastruktur und eine Gewährleistung der Barrierefreiheit als Hindernisse identifiziert geworden. Den Angaben nach stelle das zukünftig kein Hindernis dar, da die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen die Infrastruktur den Bedürfnissen bereits angepasst haben oder anpassen möchten.

4.4 Oberkategorie „Gesundheitsförderung“

Die Oberkategorie „Gesundheitsförderung“ beinhaltet Aussagen, die den Themenkreis der Gesundheitsförderung umfassen. Die Unterteilung wurde in neun Unterkategorien vorgenom-

men: Dimensionen der Gesundheitsförderung, Beitrag der Gemeinde zur Gesundheitsförderung, Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung, Möglichkeiten der Unterstützung von Gesundheitsförderung, Institutionen, Orientierungshilfen & Leitlinien, Kooperationsstrukturen und Netzwerke, hinderliche und förderliche Faktoren, Verantwortungsträger der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, Wünsche und Forderungen seitens Bürgermeister und Bürgermeisterinnen.

Gesundheitsförderung ist ein Themenfeld dem Bürgermeister und Bürgermeisterinnen äußerst positiv gegenüberstehen. Eine genaue Vorstellung des Konzeptes der Gesundheitsförderung und der Leitlinien zur nachhaltigen Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting der Gemeinde ist den Befragten nicht bekannt. Es herrscht die vorwiegende Meinung, dass Gesundheitsförderung nicht über Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit hinausgeht.

4.4.1 Dimensionen der Gesundheitsförderung

Der Begriff Gesundheitsförderung wurde von den Befragten mit Interventionen auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene assoziiert. Die am häufigsten genannte Dimension der Gesundheitsförderung war die Bewegung. *„Ein Mensch, der genug Bewegung machen kann, ein Mensch der sich geborgen fühlt, dem es seelisch gut geht, dem geht es auch gesundheitlich gut, das muss man klar, absolut einmal feststellen“* (INT3, Z. 177-180). Die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen geben an gezielte Bewegungsförderungsprogramme in Form von Turngruppen, Walkinggruppen und die Unterstützung der Sportvereine und Sportveranstaltungen in den Gemeinden aktiv mitzugestalten. Zudem werden gezielt Wanderwege errichtet, die die Gemeindebürger zur regelmäßigen Bewegung animieren sollen. Eine befragte Person nennt in diesem Zusammenhang auch die barrierefreie Gestaltung eines Wanderweges für die älteren Bürger und Bürgerinnen der Gemeinde: *„das Errichten von diesen Wanderwegen die barrierefrei sind, mit ausreichend Rastplätzen mit Beschattungen, wo man sitzen kann [...] da gehen sie wirklich mit dem Rollator“* (INT3, Z. 178-180).

An zweitmeist genannter Stelle im Zusammenhang mit dem Begriff der Gesundheitsförderung steht die Förderung der sozialen Kontakte. Hier sehen die Befragten die Möglichkeit der Vereinsamung im Alter vorzubeugen und durch das Angebot von regelmäßigen Treffen die mentale Gesundheit zu fördern.

„Möglichkeiten gibt sowohl die körperliche als auch die geistige Fitness zu fördern und da ist es so, dass wir Spieleabende, Gedächtnistraining dann haben wir mehrere Schrittwegen, wo man die Möglichkeit hat abzuwechseln“ (INT6, Z. 140-142). Eine andere befragte Person gibt an: *„Schon alleine die Aufgabe, dass ich mich in der Früh ordentlich wasche, dass ich mich*

ordentlich anziehe und dann in die Öffentlichkeit gehe, das ist schon ein ganz schöner Motivationsschub im Menschen. Solange man das hat, ist er, ist er fit, ist er gut“ (INT3, Z. 197-199).

Eine weitere Dimension der Gesundheitsförderung stellt nach Angaben der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen das Wissen über einen gesunden Lebensstil und die dafür nötigen Ressourcen und Infrastrukturen dar. Der Erwerb von Gesundheitskompetenzen der bereits im Kindergarten beginnt und im Erwachsenenalter im Sinne des *„lebenslangen Lernens“* sei eine Voraussetzung, um gesundheitsfördernde Entscheidungen im Lebensalltag zu treffen. Um das zu ermöglichen, sehen die Befragten es als ihre Verantwortung eine entsprechende Infrastruktur zur Verfügung zu stellen und den Zugang zu Gesundheitsinformationen in Form von Gesundheitsveranstaltungen sicherzustellen.

Ernährung nannten einige Befragte als wichtigen Teil der Gesundheitsförderung. Gesunde Ernährung könne gezielt durch Gesundheitsförderungsprojekte im Kindergarten und in der Schule, aber auch durch das Angebot von Kochveranstaltungen in der Gemeinde gefördert werden. Diese Dimension wurde in der konkreten Fragestellung von drei Bürgermeister und Bürgermeisterinnen angeführt, im Gesprächsverlauf jedoch nennen vier weitere Befragte Ernährung als Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung.

Weitere Angaben zu dem Begriff der Gesundheitsförderung umfassten eine barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und die Förderung eines gesunden Lebensstils. Barrierefreiheit umfasst in diesem Sinne nur die räumliche Gestaltung, die Barrierefreiheit im Sinne von Verstehen und Zugang zu Gesundheitsinformationen wird hier nicht genannt.

Nachfolgend werden die genannten Dimensionen zusammenfassend aufgelistet:

- Lebensstil
- Bewegung
- Ernährung
- Barrierefreiheit
- Soziale Kontakte
- Wissen & Ressourcen

Ein Bürgermeister bzw. eine Bürgermeisterin fasst den Begriff der Gesundheitsförderung folgendermaßen zusammen: *„Die Gesundheitsförderung ist eigentlich die Grundlage für ein langes Leben in der Ortschaft und in der Gemeinschaft. Und zur Gesundheitsförderung gehört auch dazu die Begleitung, weil die Menschen, auf die muss eingegangen werden, um die persönlichen Bedürfnisse herauszufinden. Weil man muss gezielt auf die persönlichen Bedürfnisse Rücksicht nehmen“ (INT6, Z. 119-123).*

4.4.2 Beitrag der Gemeinde zur Gesundheitsförderung

Die zuvor genannten Dimensionen der Gesundheitsförderung spiegeln sich in den Beiträgen der Gemeinde zur Gesundheitsförderung wider. Nachfolgend sind die genannten Beiträge zu den Dimensionen Bewegung, Soziale Kontakte, Wissen und Ressourcen und Ernährung aufgelistet:

Bewegung

- Vereinsförderung
- Errichtung und Erhaltung von (barrierefreien) Wanderwegen
- Förderung des Angebotes der Turngruppen
- Verfügenstellen der Räumlichkeiten
- Errichtung und Erhaltung von Sportanlagen (Schwimmbad, Parkanlagen, Generationenspielplätze)
- Durchführen von Sportveranstaltungen

„Eben diese Spiel- und Sportanlagen für die Jugend und das soll dann nächstes Jahr erweitert werden, für alle Altersgruppen“ (INT2, Z. 232-233).

„Ja das Schwimmbad haben wir ja natürlich auch. Da haben wir heuer im Sommer eine Wassergymnastik angeboten“ (INT5, Z. 220-221).

Soziale Kontakte

- Unterstützung der Vereine
- Schaffung von Begegnungszonen
- Organisieren von Veranstaltungen

„Ja da gibt es Walkinggruppen, die Treffen sich regelmäßig einmal die Woche im Sommer und wandern gemeinsam dazu zählen auch die Gasthausbesuche und Heurigenbesuche. Unsere Seniorenvereine sind sehr aktiv“ (INT1, Z. 105-107).

„Da gibt es dann verschieden Treffen, z.B. auch das Seniorensingen, vom Wandern bis zur Theaterfahrt und das wird auch sehr gut angenommen“ (INT1, Z. 111-112).

„Habe ich ein Baby-Cafe ins Leben gerufen [...] die Treffen sich jeden Mittwochvormittag, Kaffee und Kuchen, Kinderspiel und Erfahrungsaustausch und ja ich glaube, dass man da die größten Impulse setzen kann, jetzt auf kommunaler Ebene“ (INT4, Z. 121-128).

Wissen und Ressourcen

- Organisieren von Gesundheitsvorträgen
- Unterstützung von Projekten in Schulen und Kindergarten
- Errichtung einer Anlaufstelle (Sozialarbeiter)

- Finanzielle Unterstützung von gesundheitsfördernden Projekten der Bürger und Bürgerinnen

„Ich will einen Sozialarbeiter in [Ort] installieren, der genau diese Bereiche abdeckt. Meine Idee ist eben so: Junge Familien, Jugendliche mit ihren Problemen mit Drogenproblematik oder ältere mit Alkoholproblematik oder Langzeitarbeitslose, es gibt genug Betätigungsfeld“ (INT4, Z. 138-141).

Ernährung

- Unterstützung der Gesundheitsprojekte „Gesunde Jause“
- Errichtung von Hochbeeten in Schulen
- Errichtung von Naschhecken an öffentlichen Plätzen
- Errichtung und Instandhaltung eines öffentlich zugänglichen Gemüsegarten
- Veröffentlichung von Beiträgen zur „Gesunden Ernährung“ in der Gemeindezeitung
- Veranstaltung von Kochkursen

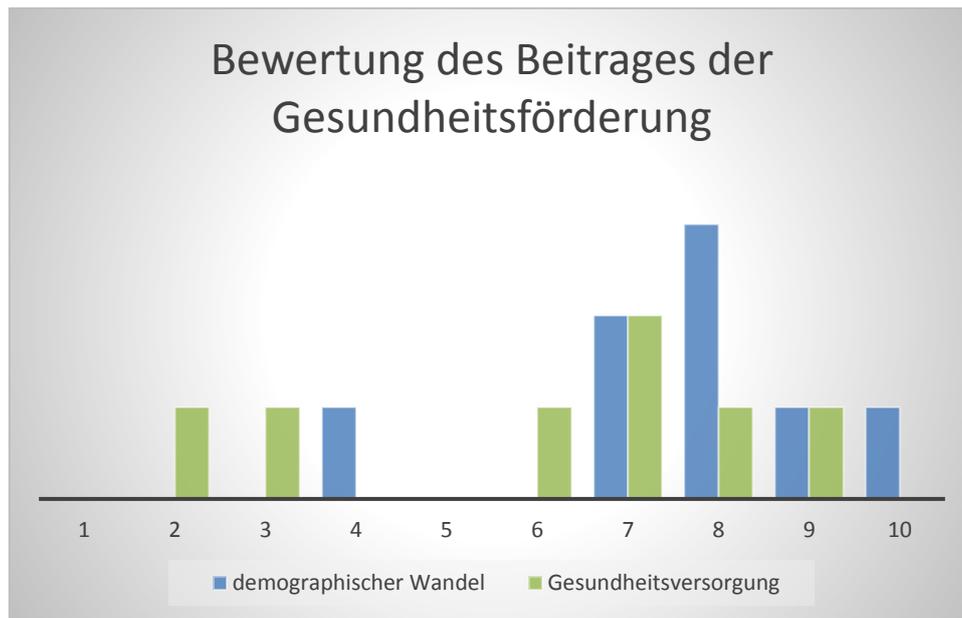
Zusammenfassend sehen die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen vorwiegend ihren Beitrag zur Gesundheitsförderung in der Unterstützung der an sie herangetragenen gesundheitsfördernden Projekten, sei es durch Privatpersonen oder den Vereinen und andererseits in der Errichtung und Erhaltung der benötigten Infrastruktur.

„Bei uns läuft das über die Vereine und unserer Tut Gut Beauftragten, da kommen Initiativen und die kommen zu mir [...] dann sag ich ja machts“ (INT8, 149-152).

4.4.3 Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung

In dieser Kategorie erfolgte eine Bewertung der Gesundheitsförderung im Hinblick auf den demographischen Wandel und der Gesundheitsförderung, welche in der nachstehenden Auswertung in Abbildung 7 dargestellt wurde. Die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen sollten anhand der beiden Fragestellung wie hilfreich kann Gesundheitsförderung sein, um den demographischen Wandel positiv zu begegnen und welchen Beitrag kann Gesundheitsförderung leisten, um den sich zuspitzenden Ärzte- und Ärztinnenmangel im ländlichen Raum entgegenzuwirken, anhand einer Skala von 1-10 bewerten. Waren sich die Befragten in der Zuordnung nicht sicher und nannten einen Zahlenbereich von z.B. 7-8, so wurde für die Auswertung die kleinere Zahl herangezogen.

Abbildung 7: Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung



Quelle: eigene Darstellung

Generell scheint Gesundheitsförderung aus Sicht der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen einen höheren Beitrag zu Fragen des demographischen Wandels leisten zu können als zu Fragen der Gesundheitsversorgung.

Im Hinblick auf den demographischen Wandel ordnete in der Bewertung lediglich eine Person der Gesundheitsförderung weniger als fünf Punkte zu, die befragte Person fügt hinzu: *„Die Gesundheitsförderung ist ganz, ganz wichtig, dass man das mehr unterstützt und besser forciert, weil je länger der Mensch gesund ist umso weniger, ich meine, das ist jetzt vielleicht ein bisschen egoistisch oder zu sehr wirtschaftlich gesehen, umso weniger Kosten verursacht er. Umso weniger belastet er die Gesellschaft“* (INT3, Z. 134-137). Der Aussage nach liegt die objektive Bewertung vielleicht noch höher als angegeben.

Gründe warum Gesundheitsförderung für die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen in einem Zeitalter der älter werdenden Gesellschaft wichtig erscheint, spiegeln die angeführten Zitate wieder:

„Dadurch bleiben die Leute schon auch länger fit“ (INT2, Z. 138).

„Dem demographischen Wandel begegnen, naja das heißt wenn die Leute länger gesund sind, brauchen sie nicht so schnell ein Pflegeheim, dann können sie gesund altern, das heißt aktiv“ (INT5, Z. 96-98).

„Ja dann glaub ich, dass die Menschen mit weniger Chemie und weniger Medikamenten alt werden können. Das glaub ich“ (INT8, Z. 108-109).

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zeigt sich in der Bewertung, dass die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen Gesundheitsförderung im Vergleich zur Begegnung des demographischen Wandels weniger hilfreich bewerten. Im Vordergrund stand hier, dass durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung der Ärztemangel nicht behoben wird und die Sicherstellung nach einer ärztlichen Gesundheitsversorgung vor Ort gewünscht wird.

„Ja ich glaub, dass die ganzen Turngruppen, Yogagruppen egal was das ist schon den Ärztemangel nicht ausgleichen kann aber fit bleiben das man weniger Ärzte braucht und weniger ärztliche Betreuung in Anspruch nehmen muss. Aber ich glaub den Ärztemangel kann es nicht wirklich beeinflussen, weil das wird immer mehr werden desto älter wir werden desto mehr Ärzte brauchen wir ganz einfach“ (INT2, Z. 145-149).

„Ja natürlich hoch. [...] Wenn ich die Bevölkerung gesünder hab, brauchen sie weniger Hilfe von außen, dadurch ist die Gesundheitsversorgung eine weit leichtere, weil ich ja weniger Probleme habe“ (INT4, Z. 263-265).

„Ja den Hausärztemangel werden wir so nicht begegnen können. Wenn ich länger gesund bin, brauch ich nicht so oft den Hausarzt, sagen wir so, brauch auch nicht so viele Medikamente“ (INT5, Z. 165-166).

„Naja wenn ich jetzt annehme ich habe eine Gesundheitsförderung dann wird ja dadurch die Gesundheitsversorgung nicht besser. Vielleicht müssen weniger versorgt werden. Ja“ (INT7, Z. 128-129).

Die Aussage, dass Gesundheitsförderung für die Gesundheitsversorgung gar nicht relevant ist, ist zwar eine Einzelmeinung, legt aber den Schluss nahe, dass diese unter den Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen im ruralen Österreich womöglich öfter vorkommt.

4.4.4 Möglichkeiten der Unterstützung von Gesundheitsförderung

Neben den bereits genannten Möglichkeiten der Unterstützung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Gemeinde wie Förderung von Vereinen, Organisieren von Veranstaltungen und Schaffen von Infrastruktur, nennen die Befragten vereinzelt weitere Handlungsfelder:

- Arbeitsgruppen im Gemeinderat
- Gesundheitsausschuss im Gemeinderat
- Ausbildung zur Gesundheitskoordinator und zum Gesundheitskoordinatorin
- Motivation und Vorbildwirkung durch den Bürgermeister und die Bürgermeisterin
- Synergieeffekte nutzen und Netzwerke bilden

Die meisten der befragten Bürgermeister und Bürgermeisterinnen geben an Arbeitsgruppen zu Gesundheitsthemen im Gemeinderat etabliert zu haben. Eine Person sieht die Ausbildung

einer Angestellten zur Gesundheitskoordinatorin als Vorteil. Durch die erworbenen Kompetenzen hätte nicht nur die Gemeinde selbst profitiert, sondern die Kleinregion. Gesundheitsfördernde Projekte würden zukünftig gemeindeübergreifend stattfinden, sodass Synergien bestens genutzt werden können und durch die Bildung von Netzwerken mehr Ressourcen zur Verfügung stehen.

„Gesundheitskoordinatoren sind nicht nur für eine Gemeinde da, sondern sollten kleinregional wirken, weil gerade in der Kleinregion liegen viele Schätze verborgen, das was die eine Gemeinde hat, muss die andere nicht neu erfinden und dass man Synergieeffekte besser ausnutzen kann, dahingehend sehe ich die Zukunft, dass wir uns besser vernetzen und nimmer mehr dass ich sondern das wir denken auch in der Region durchsetzt“ (INT6, Z. 204-208).

Weitere Befragte nennen die Motivation durch den Bürgermeister und die Bürgermeisterin und ihre Vorbildwirkung als wesentlichen Beitrag Gesundheitsförderung in der Gemeinde zu unterstützen.

„Ich glaub meine Hauptverantwortung ist, dass ich alle Personen unterstütze, die motiviert sind in diese Richtung etwas zu tun und ich glaub es ist auch meine Verantwortung es selber vorzuleben. Ja ich glaub wir unterschätzen die Wirkung des Vorbilds“ (INT4, Z. 378-380).

4.4.5 Institutionen, Orientierungshilfen & Leitlinien

In dieser Kategorie sollte zur Beantwortung kommen, welche Institutionen in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten bekannt sind und in wie fern vorhandene Orientierungshilfen und Leitlinien praktisch relevant sind.

Den Ergebnissen nach kennen alle Befragten die Initiative Gesunde Gemeinde Tut gut! vom Land Niederösterreich und nutzen teilweise auch die Kontakte zu den Regionalberatern für Informationen bezüglich Angeboten der Gesundheitsförderung. Vorgeschlagene Themenbereiche und vorgefertigte Konzepte sind anstoßgebend Projekte in der eigenen Gemeinde umzusetzen.

„Also die fertigen Konzepte, die sie haben, sind durchdacht und die funktionieren. Ja die sind gut, die kann man nehmen wie es ist [...] Und ich muss sagen die anderen Dinge, die machen wir selber. Und da such ich mir dann auch eher die Vertrauenspersonen irgendwo anders, weil die Kontakte, die ich zu Tut gut! habe, in diesen Bereichen dann gar nicht so bewandert sind. Dass das hilfreich wäre“ (INT4, Z. 318-322).

Die zweitmeist genannte Institution sind die Sozialversicherungsträger, auch hier wurden in der Vergangenheit gemeinsam Veranstaltungen ins Leben gerufen und in der Gemeinde erfolgreich umgesetzt.

Nur eine befragte Personen nannte in diesem Zusammenhang den Fonds Gesundes Österreich, auch durch gezieltes Nachfragen war den restlichen sieben Befragten diese Institution kein Begriff und daher die Fördermöglichkeiten seitens des FGÖ nicht bekannt.

Zusätzlich geben die Befragten an keine praktisch relevanten Leitlinien oder Orientierungshilfen zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten zu kennen bzw. auch nicht in der Vergangenheit angewandt zu haben. Gründe dafür sind einerseits fehlende Information über die genannten Dokumente und andererseits auch die Vermutung für eine praktikable Umsetzung zu „aufgeblasen“ und nicht geeignet zu sein.

„Ja man muss da schon ein bisschen aufpassen, [...] das artet irrsinnig in einem Papierkrieg aus, ja und da braucht man nicht nur eine Arbeitsgruppe, da braucht man eine Planung eine Evaluierung, dann braucht man die Evaluierung von der Evaluierung und da spielen mir die Leute nicht mit“ (INT8, Z. 159-162).

4.4.6 Kooperationsstrukturen und Netzwerke

Etablierte Kooperationsstrukturen und nachhaltige Netzwerke auf Gemeinde- und Gemeindeübergreifendebene sind anhand der Angaben vorwiegend in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen zu finden. Dabei wurden das Land Niederösterreich und die Sozialversicherungsträger als Kooperationspartner angeführt. Wenige befragte Personen gaben nachhaltige Kooperationsstrukturen mit anderen Berufsgruppen an. Hierzu zählen Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, welche gezielt Turngruppen anbieten und Ärzte und Ärztinnen, welche Vorträge zu aktuellen Gesundheitsthemen in der Gemeinde halten. Kooperationen mit benachbarten Gemeinden sind derzeit nicht etabliert, eine befragte Person gibt an, dass das zukünftig geplant sei und weist auf die Synergiemöglichkeiten hin: *„gerade in der Kleinregion liegen viele Schätze verborgen, das was die eine Gemeinde hat, muss die andere nicht neu erfinden und dass man Synergieeffekte besser ausnutzen kann, dahingehend sehe ich die Zukunft, dass wir uns besser vernetzen und nimmer mehr das ich sondern das wir denken auch in der Region durchsetzt“ (INT6, Z. 205-208)* und weiters: *„Es ist ja wie überall, der Personalmangel zwingt zur Kooperation [...] Solche Gemeinschaften sind die Grundlage für Ideen“ (INT6, Z. 280-284).*

4.4.7 Hinderliche und förderliche Faktoren

In Bezug auf die Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf kommunaler Ebene nennen die Befragten folgende förderliche und hinderliche Faktoren:

Förderliche Faktoren:

- Gezielte Ansprechpartner
- Kontakte zu Fachkräften
- Ausbildung

- finanzielle Unterstützung und Ideen vom Land
- Motivation und Überzeugungsarbeit
- Evaluation der durchgeführten Projekte

Hierbei zeigt sich, dass neben finanzieller Unterstützung, den Befragten besonders hilfreich der Kontakt zu ausgebildeten Fachkräften mit fundierten Kompetenzen und Erfahrung im Bereich von Gesundheitsförderungsprojekten ist. In der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Gemeinde sind die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen davon überzeugt, dass es für eine erfolgreiche und nachhaltige Etablierung vor allem Überzeugungsarbeit und Motivation der Bürger und Bürgerinnen bedarf.

„Mundpropaganda. Das ist das einzige was funktioniert. Wir hängen alles auf, es ist auf der Homepage in der Gemeindezeitung, Postwurfsendung, aber das was wirklich funktioniert ist direkt hingehen, direkt mit den Leuten reden. Es liegt an uns wie weit motivieren wir die Bürger. Ich muss sagen wir laufen wie die Wahnsinngen vor der Wahl, kämpfen um jede Stimme, das ganze kann ich ja auch machen, wenn es um die Gesundheit geht“ (INT4, Z. 300-304).

Eine befragte Person nennt in diesem Zusammenhang die Evaluation. Es sei wichtig, Projekte die man „ins Leben ruft“ zu begleiten und bei Bedarf zu adaptieren, sodass diese auch entsprechend angenommen werden.

Hinderliche Faktoren:

- Mangelnde Beteiligung
- Erreichbarkeit der Bürger
- vorhandener Raum (Grundstücke)
- mangelnde Zeit- und Personalressourcen

Limitierte personelle und strukturelle Mittel engen den Handlungsspielraum der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen ein. Mangelnde Ressourcen, die sich vor allem in den Bereichen des zur Verfügung stehenden Personals zeigen, sind nur schwer zu kompensieren und stellen oft einen Hinderungsgrund dar, Gesundheitsförderung in der Gemeinde professionell zu begleiten. Ein Befragter sieht auch bei der Umsetzung den begrenzten Raum als hinderlichen Faktor: *„Das Schwierige bei dem Ganzen ist ja nicht das hilfreich oder hinderlich, das Schwierige ist immer, dass man die Grundstücke bekommt. Es geht da einfach um Grünräume, es geht um Flächen [...] braucht man immer einen Grund von einem Privaten. Und den muss man halt immer entweder langfristig pachten oder kaufen, und das ist manchesmal mühsam“ (INT3, Z. 258-262).*

Andererseits sehen sich die Befragten auch mit einer mangelnden Beteiligung der Bürger und Bürgerinnen konfrontiert. Angebote würden nicht oder nicht zahlreich genug angenommen

werden, sodass es sinnvoll wäre diese auch fortzuführen. Die Aussage einer befragten Person unterstreicht dies deutlich: *„Wenn man irgendwelche Vorträge oder was macht, kommen sehr wenige, das ist dann immer sehr schwierig. Es ist auch die Beteiligung von den Menschen oft sehr wenig“* (INT2, Z. 117-119). Zusätzlich sei es schwierig bestimmte Personengruppen zu erreichen.

4.4.8 Verantwortungsträger der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung

In dieser Kategorie sollte zur Beantwortung kommen, wen die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen als Verantwortungsträger bei der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung sehen.

Bund, Land, Gemeinde waren die meistgenannten Nennungen, sowohl bei der Gesundheitsversorgung als auch bei der Gesundheitsförderung. Zwei Personen sehen die Sozialversicherungsträger und das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz maßgeblich im Zusammenhang mit der Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung in der Verantwortung.

Auch die Bezirksebene wurde einmal genannt. Hier liegt es in der Verantwortung bei Bürgermeister – und Bürgermeisterinnenkonferenzen das Thema der Gesundheitsförderung gezielt einzubringen und Möglichkeiten besser aufzuzeigen.

Einige der Befragten sehen die Gesellschaft bzw. den Einzelnen in der Verantwortung gesundheitsbewusste Entscheidungen zu treffen. Auch der Bürgermeister und die Bürgermeisterin übernehme eine besonders bedeutende Position als Verantwortungsträger.

„Ich seh die Verantwortung darin, dass die Dinge, die an mich herangetragen werden, dass ich mich damit beschäftige und versuche in die Bahnen zu leiten. Dass man das mal bespricht, ich kann natürlich alleine nicht alles machen, aber ich bin ja auch nicht kompetent alles alleine zu tun“ (INT7, Z. 218-220).

„Das ist in der Verantwortung von uns. Und nach oben hin gibt es nie Grenzen“ (INT7, Z. 247).

„Nicht bei der Behörde, die Behörde wird das sicher nicht schaffen können, weil es muss eine gewisse Menschlichkeit auch dabei sein und die kann nur in der Person visavis sein. Das ist so, dass sich ja Gemeinschaften prägen, dass man eine Verantwortung übernimmt, dass es einem nicht wurscht ist, dass sich beim Nachbarn die Post türmt und dass er Wochen später tot gefunden wird“ (INT6, Z. 306-309).

4.4.9 Wünsche und Forderungen der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen

Wünsche und Forderungen seitens der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen orientieren sich an den oben genannten förderlichen und hinderliche Faktoren und lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Finanzielle Unterstützung
- Information bezüglich Förderschwerpunkte
- Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung
- Sicherstellung der Betreuung und Pflege zuhause
- BestPractice Beispiele und fertige Konzepte

Den Angaben nach sehen sich die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen in der Sicherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger allein gelassen. Im speziellen ist hier mehrfach genannt die Gewährleistung der Betreuung und Versorgung der Älteren:

„Unterstützung würden wir uns dann wünschen, dass das Land noch mehr mitsponsort, weil es wird für die Gemeinden auch das Finanzielle immer enger. [...] Und da wird's auch so in der Altersversorgung so sein, man wälzt immer mehr auf die Gemeinden ab und auch bei den Gemeinden wächst das Geld nicht. [...] Es ist ja doch Krankenversorgung und Altersversorgung das gehört meiner Meinung nach zur Krankenversorgung“ (INT2, Z. 279-287).

„Da wäre die Überlegung wie man [...] in Form bringen kann, dass jemand doch zuhause bleiben kann, solange wie möglich zuhause bleiben kann. Die gewohnte Umgebung ist das letzte was einen aufrecht erhält. Viele die in einem Pflegeheim landen, warten nur mehr auf den Tod“ (INT6, Z. 292-295).

Weiters wünschen sich die Befragten Information bezüglich Förderschwerpunkte in der Gesundheitsförderung in der Gemeinde, die in geeigneter Form in den bereits regelmäßig etablierten Veranstaltungen an die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister übermittelt wird.

„Ich würds schön finden, wenn wir gut informiert werden, und es wär eine gute Idee bei der Bürgermeisterkonferenz, dass da immer wieder Vorträge drinnen sind, wo man erfährt welche Fördermöglichkeiten es gibt, welche Programme es gibt und was könnte man gerade alles machen“ (INT4, Z. 391-393).

5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse anhand der Reihenfolge der Oberkategorien in der Ergebnisdarstellung diskutiert und im Anschluss erfolgt die Beantwortung der Forschungsfrage.

Demographischer Wandel

Weltweit wirkt sich die demografische Entwicklung durch die Zunahme der älter werdenden Bevölkerung auf die Wirtschaft, die soziale Sicherung und das Zusammenleben aus. Die Gesundheitsförderung als Teil der integrierten Gesundheitsversorgung gewinnt in Konzepten, Modellen und Förderschwerpunkten von gesundheitsfördernden Institutionen stetig an Bedeutung. Ziel ist es ein gesundes und aktives Altern durch die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensverhältnissen und der Förderung von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen zu ermöglichen. Trotz altersbezogenen Herausforderungen soll ein Leben in hoher Lebensqualität und größtmöglicher Autonomie in der gewohnten Umgebung so lange wie möglich sichergestellt werden. Es gilt Barrieren, die ältere Menschen daran hindern gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen, zu identifizieren und abzubauen. Etwa ein Drittel der 50- bis 59-Jährigen und rund 80 Prozent der über 80-Jährigen sind von abnehmenden Seh- und Hörvermögen betroffen. Mobilität und Selbständigkeit nehmen ebenfalls im fortschreitenden Alter ab (Wiebke, 2015).

Die Analyse der Forschungsergebnisse dieser Kategorie zeigt, dass der demographische Wandel in den Gemeinden von den Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen deutlich spürbar ist. Die Befragten sehen sich vermehrt mit den Themenschwerpunkten der Betreuung und Pflege alter Menschen konfrontiert. Die Erarbeitung von neuen Wohnkonzepten und Integration von Generationenprojekten in Form von Freizeitanlagen sind in allen acht Gemeinden in Planung bzw. bereits in Durchführung.

Die Einschätzung der Bevölkerungsentwicklung der 65+ Jährigen im Zeitraum der nächsten 10-20 Jahren vor Ort zeigt, dass die Annahmen der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen weit unter dem prognostizierten Ausmaß liegen. Eine Zunahme der Bürger und Bürgerinnen dieser Altersgruppe von bis zu 32% in den folgenden 10 Jahren und bis zu 55% in den folgenden 20 Jahren ist eine Entwicklung, die negativ überrascht. Bevölkerungsentwicklungsstatistiken werden von den Befragten retrospektiv geführt, dabei ist ein Trend einer älter werdenden Bevölkerung erkennbar. Die gezielte Auseinandersetzung mit Modellen zu Prognosen der Zukunft, wird skeptisch betrachtet. Die Befragten zeigen sich zuversichtlich durch die gezielte Förderung des Zuzuges von Jungfamilien dieser Entwicklung entgegensteuern zu können.

Entsprechende Bewältigungsstrategien für den prognostizierten Anstieg der 65+ Jährigen werden daher nicht weiter explizit ausgeführt. Eine positive Begegnung des demographischen

Wandels sehen die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen in der Barrierefreiheit und in der Sicherstellung der Betreuung und Pflege vor Ort. In der Sicherstellung der Betreuung der Pflege vor Ort wünschen sich die Befragten mehr Unterstützung durch das Land in Form von finanzieller Zuwendung, aber auch in Form von geeigneten Modellen, die ein längeres Verbleiben im Ort zukünftig sicherstellen. Das Modell des betreubaren Wohnens ist, wie bereits erwähnt, in den meisten befragten Gemeinden bereits in Umsetzung oder in Planung.

Gesundheitsaspekte werden in der Bewältigung der demographischen Entwicklung nur indirekt erwähnt (Umwelt und Infrastruktur). Durch in Beziehung bringen der beiden Bereiche und durch die gezielte Formulierung der Frage: „Welchen Beitrag kann Gesundheitsförderung leisten, um den demographischen Wandel zu begegnen?“, zählen die Befragten auch gesundheitsfördernde Maßnahmen auf. Maßnahmen der Gesundheitsförderung betreffen in diesem Zusammenhang einerseits Angebote, die eine soziale Integration der Älteren fördern. Dies ist Großteils durch die örtlichen Vereine organisiert (PensionistInnenverein, Kulturverein), welche regelmäßige Treffen, Veranstaltungen und Ausflüge für Vereinsmitglieder organisieren und teils die Treffen für Vorträge zur Gesundheit nutzen. Die Frage stellt sich hier, ob dadurch die vulnerablen Gruppen auch wirklich erreicht werden und ob eine Vereinszugehörigkeit eine Barriere darstellt. Vereinzelt bieten Gemeinden selbst regelmäßige Treffen an, die die Zielgruppe der älteren Bevölkerung anspricht, wie z.B. das Gemeindecafé. Andererseits werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung in diesem Zusammenhang in der Bewegungsförderung gesehen, die ebenfalls in den meisten Fällen durch Vereine im Ort oder ausgebildete Trainer und Trainerinnen organisiert werden. Hier sehen der Bürgermeister und die Bürgermeisterin die Verantwortung darin, Sportvereine zu unterstützen und eine ausreichende Infrastruktur zur Verfügung zu stellen.

Gesundheit

Gesundheit wird im alltäglichen Leben geprägt, im alltäglichen in Beziehung treten mit der Umwelt. Festgehalten ist dies in der Ottawa-Charter: *„dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt“* (WHO, 1986, S. 5). Vor diesem Hintergrund ist der Gesundheitszustand nicht von einem einzigen Faktor abhängig, sondern als ein Ergebnis bestimmter Einflüsse zu verstehen. Körperliche, geistige, seelische und gesellschaftliche Dimensionen stehen in Beziehung zueinander und beeinflussen das Wohlbefinden des Individuums. Zudem wirken nach dem Gesundheitsmodell von Dahlgren und Whitehead soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine sozioökonomische Bedingungen, wie die wirtschaftliche und politische Lage eines Landes, die angebotene Infrastruktur und Wohnverhältnisse auf die Gesundheit der Menschen (Dorner, 2016, S. 22f.). Die funktionale Gesundheit eines Menschen ist voraussetzend für eine selbstständige Lebensführung.

Die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen sehen Möglichkeiten positiv auf die Gesundheit einzuwirken. Allen voran steht im ruralen Raum die Erhaltung einer intakten Umwelt und des natürlichen Lebensraum. Der Grünraum, die Luftqualität und die geringe Lärmbelastung bieten Platz für Erholung, steigern das Wohlbefinden und tragen somit direkt zur Gesundheit bei.

Weiters führen die Befragten die Infrastruktur in der Gemeinde an. Ein Nahversorger sei von großer Bedeutung für die Lebensqualität und die Erhaltung der Selbständigkeit. In abgeschiedenen Gemeinden stellt eine Einkaufsmöglichkeit für den täglichen Bedarf einen zentralen Stellenwert vor allem für die ältere Bevölkerung dar. An dieser Stelle sind die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen sehr bemüht diese auch zu gewährleisten. In der Auswertung der Befragung zeigen sich unterschiedliche Lösungsansätze. An Standorten, wo sich kein Unternehmen findet, gibt es eine Nahversorgung der in Form eines Vereines organisiert wird und dort, wo es nicht gelingt einen Nahversorger anzubieten, wird durch ein Taxiservice die Möglichkeit geboten Einkaufsfahrten zu erledigen. In diesem Zusammenhang sehen die Befragten auch die Sicherstellung der Gastronomie im Ort, sodass die Menschen eine Möglichkeit haben essen zu gehen bzw. einen Essensservice nach Hause in Anspruch nehmen zu können.

Das soziale Zusammenleben stellt aus der Sicht der Befragten für die Gesundheit einen zentralen Ansatzpunkt, wo die Schlüsselfaktoren in einem gesellschaftlichem und kulturellen Gesamtprozess liegen. Vor allem durch Aktivitäten der unterschiedlichen ortsansässigen Vereine und die Schaffung von Begegnungszonen und -orten sei dies sicherzustellen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Schwerpunkt eines Beitrages zur Gesundheit vorwiegend in der Bereitstellung von gesundheitsförderlicher Infrastruktur und in der Unterstützung und Förderung der Vereine gesehen wird.

Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgung ist ein Thema, das ausschließlich mit der ärztlichen Gesundheitsversorgung in Beziehung gesetzt wird. Dies zeigt sich in den Ergebnissen der Befragung in der Dringlichkeit und der Fokussierung auf eine allgemeinmedizinische Versorgung vor Ort. Der Wunsch nach einer Arztpraxis in der Gemeinde war bei allen Befragten gegeben. Konzepte und Modelle zur Gewährleistung und Beibehaltung dieser beinhalteten die Bildung von Netzwerken bzw. einen Zweitsitz in der Nachbarortschaft. Das Modell der Primärversorgung wird grundlegend als positiv bewertet, sei jedoch in der Umsetzung eine Herausforderung, die derzeit vor allem aufgrund Widerstände seitens der Ärzte nicht durchführbar sei. Auch würden Zentren eine „Zentralisierung“ der Versorgungsleistung bedeuten und dadurch eine Gefährdung der örtlichen Gesundheitsversorgung darstellen.

Wenige Angaben in diesem Zusammenhang beziehen sich auf andere Gesundheitsberufsgruppen. Einige sehen einen Vorteil Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen in der Gemeinde zu haben. Keine Aussagen gab es zu Gesundheitsberatungsstellen oder dem Konzept der Community Nurse bzw. Angaben zur Gesundheitshotline 1450.

Dem Mangel an Ärzten im ländlichen Raum zu begegnen sehen die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen vorwiegend in der Attraktivierung des Berufsbildes der Allgemeinmediziner und medizinerinnen, einer besseren Entlohnung und einer Neugestaltung der traditionellen Hausarztpraxen sowie einem Überarbeiten der Vertragsstellen. Die Verantwortung dafür liege beim Bundesministerium für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz und den Sozialversicherungsträger.

Dem Konzept der Gesundheitsförderung als Teil der Gesundheitsversorgung kommt in dieser Kategorie keine nennenswerte Rolle zu. Durch den direkten Hinweis der Interviewenden konnte Gesundheitsförderung in der Begegnung des Ärzte- und Ärztinnenmangels jedoch positiv assoziiert und als sehr wichtigen Aspekt identifiziert werden, wie auch in der Auswertung im Kapitel 4.4.3 „Bewertung der Gesundheitsförderung“ deutlich ersichtlich ist. Dem Zitat folgend: „Sind die Menschen gesünder und gesundheitsbewusster, brauchen sie weniger oft einen Arzt aufsuchen“, können beinahe alle Befragten beipflichten.

Gesundheitsförderung

Im Hinblick auf die fünf Handlungsfelder des Mehrebenenmodells der Gesundheitsförderung kommen politischen Entscheidungsträgern und -trägerinnen in der Gemeinde eine besondere Schlüsselrolle in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten zu. So erschien es in der Befragung wichtig zu erfahren, was die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen unter dem Begriff der Gesundheitsförderung verstehen. Der Begriff der Gesundheitsförderung wurde an erster Stelle mit dem Angebot der Förderung der Bewegung in Verbindung gebracht. Hierbei lässt sich auch eine Verbindung zu den geförderten Projekten des Landes Niederösterreich erkennen, deren Schwerpunkt derzeit in der Bewegung liegt und durch z.B. den „tut gut“ Schrittweg oder der Spielplatzförderung als Anreizwirkung zur Umsetzung animiert. Weitere genannte Dimensionen der Gesundheitsförderung zeigen sich in der Ernährung, der sozialen Kontakte und der Bildung. Wobei Ernährung ebenfalls einen Bezug zu dem Förderungsschwerpunkt des Landes darstellt und in Form der „Gesunde(n) Jause“ in Kindergärten und Schulen umgesetzt wird.

Neben der Unterstützung der gesundheitsfördernden Projekten von Privatpersonen und Vereinen, die an die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen herangetragen werden, sehen die Befragten die Instrumente der Arbeitsgruppen und eines Gesundheits- und Generationenaus-

schuss, um Gesundheitsthemen in den Gemeinden voranzutreiben, als geeignet. Die Ausbildung zur Gesundheitskoordinatorin wurde in diesem Zusammenhang einmal genannt. Hier zeigt sich deutlich, dass die betroffene Gemeinde von dem Wissenszuwachs durch den Lehrgang in der Organisation und der professionellen Herangehensweise an Gesundheitsprojekte profitiert. Öffentlichkeitsarbeit und Partizipation der Bürger und Bürgerinnen sind in dieser Gemeinde Schlüsselemente für die erfolgreiche Etablierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen.

In anderen Gemeinden stellt Partizipation eine große Herausforderung dar. Trotz unterschiedlicher Angebote ist die Beteiligung der Bürger und Bürgerinnen sehr gering, sodass eine Fortführung von den Maßnahmen oft nicht als sinnvoll erachtet wird. Auf die Frage wie die Akzeptanz und die Annahme der Intervention der Zielgruppen gesteigert werden kann, haben nur wenige eine Antwort. Wenige nannten hier: *„Mit gutem Beispiel vorgehen, die Bürger und Bürgerinnen motivieren, einer nannte nach den Ursachen suchen und gezielt die Maßnahmen ändern.“* Evaluation als Instrument selbst schien den Befragten nicht geeignet, es sei zu aufwendig, dafür würden Personal- und Zeitressourcen fehlen. Maßnahmen, die einmal gescheitert sind, werden eher eingestellt, als evaluiert und adaptiert. Professionelle Prozessbegleitung in der Gesundheitsförderung ist einerseits gewünscht, andererseits wird befürchtet, dass es dadurch zu einem „aufgeblasenen“ Prozess ausartet und Methoden zur Anwendung kommen, die unnötig erscheinen.

Aufbau von Netzwerken und Verankerung von bestehenden Strukturen in Leitbilder stellen eine weitere wichtige Säule dar, um Gesundheitsförderung nachhaltig in der Gemeinde zu sichern (Denk, 2019, S. 78f.). Dauerhafte Kooperationsstrukturen mit anderen Gemeinden, Institutionen und Berufsgruppen sind den erhobenen Gemeinden (noch) nicht etabliert. Es finden sich vereinzelt Absprachen mit den Nachbargemeinden bezüglich der Organisation von Veranstaltungen und der Abhaltung von Kursen mit dem Ziel das Angebote und die Auslastung besser abstimmen zu können. Begrenzt verfügbare Ressourcen (personell, finanziell, zeitlich) sind in der vorliegenden Auswertung der Ergebnisse als hinderliche Faktoren genannt. Eine nachhaltige Netzwerkbildung schafft personelle und organisationale Kapazitäten und kann vor allem in kleineren Gemeinden mit schlechter Infrastruktur ein unverzichtbares Element für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sein.

In der Unterkategorie „Institutionen, Orientierungshilfen, Leitlinien“ überrascht die Tatsache, dass die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen keine Orientierungshilfen und Leitlinien für die Umsetzung von Gesundheitsförderung im kommunalen Setting kannten. Orientierungshilfen und Leitlinien werden in diesem Sinne negativ assoziiert und die Befragten befürchten durch die Anwendung einen Mehraufwand, sie vertrauen auf die eigene Arbeitsweise Projekte umzusetzen. Einer professionellen Projektbegleitung sind die meisten nicht abgeneigt, einige

nennen die Zusammenarbeit von bekannten und vertrauten Personen jedoch als vorteilhafter. Hier wünschen sich die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen bessere Information über Förderschwerpunkte und Konzepte von BestPractise Beispielen, die in der eigenen Gemeinde selbständig (im eigenen Team) umgesetzt werden können. Institutionen, die hierbei hilfreich sind, sind das Land Niederösterreich mit der Initiative Tut gut! und die Sozialversicherungsträger.

Zur Durchführung der Maßnahmen im Sinne des Gesundheitsförderungsgesetzes ist die Geschäftsstelle der Gesundheit Österreich GmbH Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) betraut und fungiert als nationale Förderstelle für Gesundheitsprojekte, als Kompetenzzentrum, um Wissen und Qualität im Bereich der Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu verbreiten, und als Drehscheibe für den Austausch der Ergebnisse der Praxis mit der Politik und der Wissenschaft. Die identifizierten förderlichen Faktoren und die Wünsche der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen (finanzielle Unterstützung, Information zu Förderung, Evaluation von Projekten, BestPractise Beispiele) werden seitens des FGÖ genau in dieser Form bereits angeboten. Der Fonds Gesundes Österreich wird jedoch in diesem Zusammenhang von den Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen überraschenderweise nur einmal genannt. Den übrigen Befragten ist diese Förder- und Anlaufstelle zur Gänze unbekannt.

Beantwortung der Forschungsfrage

Im Hinblick auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lässt sich die Forschungsfrage:

„Welchen Stellenwert nimmt Gesundheitsförderung bei Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen in der ruralen Gesundheitsversorgungsstruktur ein, insbesondere im Hinblick auf die demographische Entwicklung?“ folgenderweise beantworten:

Gesundheit hat für die befragten Bürgermeister und Bürgermeisterinnen persönlich einen sehr hohen Stellenwert, schlussfolgernd ist es ihnen auch ein persönliches Anliegen die Gesundheit zu fördern. Die Befragten stehen dem Thema der Gesundheitsförderung in der Kommune äußerst positiv gegenüber. In der professionellen und nachhaltigen Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zeigen sich jedoch Stolpersteine.

Gesundheitsförderung als Konzept dem demographischen Wandel zu begegnen und als integrierter Bestandteil der Gesundheitsversorgung wird in dieser Form nicht bewusst wahrgenommen. Gesundheitsförderung als professionelles und eigenständiges Werkzeug hat keinen eigenständigen Platz. Die Befragten zeigen sich motiviert Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und das Wohlbefinden sowie die Gemeinschaft stärken, anzubieten. Das Ziel ist es den Bürgern und Bürgerinnen ein umfangreiches Angebot und die benötigte Infrastruktur für einen gesunden Lebensstil zu bieten. Umgesetzte Projekte orientieren sich sehr stark an den Förderprogrammen des Landes Niederösterreich, Bedarfserhebungen werden eher selten

durchgeführt, Evaluationen gar nicht. Genannte Gründe sind in diesem Zusammenhang der Mangel an Personal- und Zeitressourcen. Es erweckt auch den Anschein, dass durch die Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme keine messbaren Verhaltensänderungen bzw. keine bedeutende Verbesserung der Gesundheit erwartet würde, sodass es den Aufwand einer Evaluation rechtfertigt.

Die Bürgermeister und Bürgermeisterinnen sehen sich als politische Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen in der Lage die Gesundheit in der Bevölkerung positiv zu beeinflussen, indem sie unterstützend agieren, sehen sich jedoch nicht in der Verantwortung Gesundheitsförderung als Konzept und Lösungsansatz nachhaltig zu etablieren.

Die befragten Bürgermeister und Bürgermeisterinnen assoziierten Gesundheitsförderung nicht von sich aus als Lösungsansatz um den demographischen Wandel und den sich zuspitzenden Mangel an Ärzten und Ärztinnen positiv zu begegnen, sondern erst als sie mehr oder weniger direkt mit der Nase darauf gestoßen werden. Sie haben keine genaue Vorstellung davon, was Gesundheitsförderung umfasst und haben kein Konzept vor Augen. Bei der Befragung zum demografischen Wandel kamen zwar Themenfelder, die der Gesundheitsförderung eindeutig zugeordnet werden können vor, aber ein Bewusstsein, dass Gesundheitsförderung ein Konzept ist, welches zukünftig helfen könnte, war nicht vorhanden. Bei der Versorgungsfrage fehlt das Bewusstsein völlig. Wenn im Gespräch auf Gesundheitsförderung hingelenkt wird und auf die Tatsache aufmerksam gemacht wird, dass Gesundheitsförderung insbesondere in dem Bereich der integrierten Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung ist und dies beispielhaft erwähnt wird, erkennen die Befragten Gesundheitsförderung als wertvollen und zukunftsorientierten Beitrag.

Gesundheitsförderung in der ruralen Gesundheitsversorgungsstruktur nimmt derzeit einen (noch) untergeordneten Stellenwert ein.

6 Fazit und Ausblick

In Anbetracht der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit eröffnet sich hier ein weites Feld für Gesundheitsförderungsanbieter und Beratungstätigkeit. Bürgermeister und Bürgermeisterinnen sind Schlüsselpersonen in der nachhaltigen Integration von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene. Dabei ist die Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit, die Entwicklung lokaler Gesundheitsstrategien in den Kommunen und die Stärkung der Gesundheitskompetenz eine wichtige Voraussetzung für gesunde Lebensweisen und Gesundheit. Die Verantwortung eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln, können in erster Linie nur politische Entscheidungsträger übernehmen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass es den Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen noch an Bewusstsein fehlt, welchen Beitrag Gesundheitsförderung zur integrativen Gesundheitsversorgung tatsächlich leisten kann.

Dies präsentiert sich dadurch, dass Gesundheitsförderung als Konzept im Gemeinwesen nicht in Leitlinien verankert ist und trotz mangelnder personeller und zeitlicher Ressourcen nachhaltige Netzwerke und dauerhafte Kooperationsstrukturen in Bezug auf Gesundheitsförderung fehlen. Das Bewusstsein, dass Gesundheitsförderung einen wesentlichen Beitrag als Lösungsansatz zur demographischen Entwicklung und zu einem bevorstehenden Ärzte- und Ärztinnenmangel im ländlichen Raum leistet, muss gezielt geschaffen werden.

Hier gilt es anzusetzen und die äußerst positive und offene Haltung der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen gegenüber dem Thema Gesundheit zu nutzen und kommunale Gesundheitsförderung auszubauen.

Die Ergebnisse der Bachelorarbeit I zeigen auf, dass Gesundheitsförderung in der Kommune komplex und vielschichtig ist. Für eine nachhaltige Umsetzung bedarf es eine professionelle Begleitung in der Planung, Umsetzung und Evaluierung. Durch Beratung/Consulting könnte die Reichweite der Gesundheitsförderungsprojekte aufgezeigt und die Akzeptanz der Interventionen bei den Zielgruppen verbessert werden. Weiters könnte eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit der gesundheitsfördernden Institutionen zur Bewusstseinsbildung beitragen.

Insgesamt betrachtet, benötigen die Gemeinden einen gezielten Aufbau von personellen (Wissen, Fertigkeiten) und organisationalen (Infrastruktur, Netzwerke) Kapazitäten, sowie regionale Unterstützungsstrukturen. Ein Ansatz könnte hier die Ausbildung der Gesundheitskoordinatoren und -koordinatorinnen darstellen, welche als Schnittstelle zur Gemeinde und als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen der Gesundheitsförderung fungieren. Das Ziel der Steigerung der gesunden Lebensjahre und die Verbesserung der Lebensqualität im Alter durch Gesundheitsförderung, wird zukünftig dazu beitragen dem demographischen Wandel und der Gesundheitsversorgung positiv zu begegnen.

In Bezug auf weitere Entwicklungsmöglichkeiten gilt es folgende Frage zu klären:

Wer ist für die professionelle und nachhaltige Umsetzung der Gesundheitsförderung in der Kommune verantwortlich?

7 Literaturverzeichnis

- Dorner, T. (2016). *Einführung in Public Health und Sozialmedizin*. Wiener Neustadt: FFH Gesellschaft zur Erhaltung und Durchführung von Fachhochschulstudiengängen m. b. H.
- Froschauer, U., & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- GKV. (2018). *Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, 2010*. Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf; [Abruf am 15.11.2019]
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterview und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.
- Helfferrich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K., Kloetz, T. & Haisch, J. (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kaba-Schönstein, L. (2018). *Gesundheitsförderung 1: Grundlagen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; doi:10.17623/BZGA:224-i033-1.0
- Kricheldorf, C., & Oswald, F. (2015). Gelingendes Altern im Sozialraum und Quartier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 399-400.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P., & Gläser-Zirkuda, M. (2008). *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse* (2. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- ÖROK. (2019). *Kleinräumige Bevölkerungsprognose*. Wien: Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz. Online: https://www.oerok.gv.at/fileadmin/user_upload/Bilder/2.Reiter-Raum_u._Region/2.Daten_und_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose_2018/Bericht_BevPrognose_2018.pdf [Abruf am 28.03.2020]

Vogt, S., Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse*. Köln: Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften. Online: https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf [Abruf am 3.4.2020]

WHO. (1986). *Ottawa Charta*. Genf: World Health Organisation.

WHO. (2016). 9. *Globale Konferenz zur Gesundheitsförderung Shanghai: Erklärung von Shanghai über Gesundheitsförderung im Rahmen der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung*. Shanghai: World Health Organisation. Online: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/9th_global_conference_on_health_promotion_german-original-1486020620.pdf [Abruf am 2.3.2020]

Wiebke, F. (2015). *Von Alter(n) und Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; doi:10.17623/BZGA:224-i002-1.0

Zengerer, A., & Neuhold, C. (2015). *Faktoren für Nachhaltigkeit in der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung*. Pinkafeld: FH Burgenland Department Gesundheit.

Online Quellen:

www.oerok.gv.at (2020). ÖROK - Österreichische Raumordnungskonferenz. *Ausführliche Tabellen zur kleinräumigen ÖROK-Prognose 2018*. Online: <https://www.oerok.gv.at/raum/daten-und-grundlagen/oerok-prognosen/oerok-bevoelkerungsprognose-2018> [Abruf am 30.4.2020]

www.statcube.at (2019). Stat.Cube. *Bevölkerungsprognose der Statistik Austria*. Zugriff via: https://www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html [Abruf am 13.02.2020]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead	3
Abbildung 2: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung.....	5
Abbildung 3: Niederösterreich: Regionale Bevölkerungsveränderung (absolut) 2018 bis 2040 nach Prognoseregionen.....	6
Abbildung 4: Bevölkerungsprognose 65+.....	7
Abbildung 5: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell.....	16
Abbildung 6: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein).....	17
Abbildung 7: Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung.....	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewdauer	12
Tabelle 2: Gebildete Kategorien.....	19

Anhang

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Forschungszwecke

Teilnehmerinformation „Gesundheit und Gesundheitsversorgung im ruralen Raum“

Sehr geehrte/r Interviewteilnehmer/in!

Herzlichen Dank für die Bereitschaft für ein Einzelinterview zum Thema „Gesundheit und Gesundheitsversorgung im ruralen Raum“.

1. Kurzinformation über die Forschungsarbeit

Im Rahmen der Bachelorarbeit II am Studiengang Aging Services Management der Ferdinand Porsche FernFH werden Befragungen von Bürgermeisterinnen und Bürgermeister zum Thema Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung in ländlichen Gemeinden durchgeführt. Aufgrund der demographischen Entwicklung und einer älter werdenden Bevölkerung einerseits und einer sich ändernden Gesundheitsversorgung andererseits (z.B. zunehmender Mangel an AllgemeinmedizinerInnen) stehen viele Gemeinden vor neuen Herausforderungen. Die Bachelorarbeit II soll Aufschluss geben, wie Bürgermeisterinnen und Bürgermeister diesen Herausforderungen begegnen.

2. Zweck der Studie

Der Zweck der Studie ist es Erfahrungsberichte von Bürgermeisterinnen und Bürgermeister über kommunale Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung einzuholen.

3. Zwecke der Datenerhebung und Verarbeitung

Die erhobenen Interviewdaten werden nach Transkription mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und dienen dazu, die Forschungsfrage der Bachelorarbeit II zu beantworten.

4. Welche Daten werden gespeichert?

Indirekt personenbezogene Audiodaten und nicht personenbezogene, anonymisierte Transkripte.

Die Gespräche werden aufgezeichnet, die Aufnahmen abgetippt und anonymisiert. Bei der Anonymisierung werden Personennamen, Ortsnamen und Berufsbezeichnungen, Kontaktdaten wie Emailadressen oder Telefonnummern ersetzt. Ihr Name und Ihre Kontaktdaten werden für datenschutzrechtliche Dokumentation gesondert gespeichert. Zugriff hierauf hat ausschließlich die Forscherin. In Veröffentlichungen können einzelne anonymisierte Zitate wiedergegeben werden.

5. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Ihre personenbezogenen Daten werden für 10 Jahre gespeichert, sofern Sie Ihre Einwilligung nicht widerrufen haben.

6. Wer hat Zugriff auf die Daten?

Auf die indirekt personenbezogenen Audiofiles nur die Forschende. Die Leserinnen und Leser der Bachelorarbeit haben Zugriff auf Ausschnitte aus anonymisierten Transkripten. Einige Ihrer Aussagen können möglicherweise in öffentlich zugänglichen Berichten anonym zitiert werden.

7. Widerruflichkeit erteilter Einwilligungserklärungen

Wenn Sie eine Einwilligung erteilt haben, Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten, haben Sie das Recht, die erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, d.h. Ihr Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der vor dem Widerruf auf Basis der Einwilligung erfolgten Verarbeitung Ihrer Daten nicht.

8. Zusätzlich haben Sie folgende Rechte

- Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten
- Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit und Widerruf

Diese Rechte können Sie bei der verantwortlichen Forscherin (Nicole Dodd) geltend machen (nicole.dodd@mail.fernfh.ac.at).

Außerdem besteht das Recht auf Beschwerde bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, Telefon: +43 1 52 152 0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at.

Einwilligungserklärung

„Gesundheit und Gesundheitsversorgung im ruralen Raum“

Name der/des Teilnehmerin/Teilnehmers in Druckbuchstaben:

.....

Ich habe dieses Informationsschreiben gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Mit meiner persönlich datierten Unterschrift gebe ich hiermit freiwillig mein Einverständnis zur Teilnahme an einem Interview.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Eine Kopie dieser Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin.

.....

(Datum und Unterschrift der/des Teilnehmerin/Teilnehmers)

.....

(Datum und Unterschrift der Forscherin)

Interviewleitfaden

Demographischer Wandel (Überalterung, Entwicklung der nächsten 20 Jahre) /Gesundheit

Leitfrage	Erzählimpuls	Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses
<p>Es gibt 2 große Themen, das eine ist der demographische Wandel und das zweite Thema betrifft die Gesundheitsversorgung.</p> <p>Der demographische Wandel wird von ExpertInnen zunehmend als Herausforderung identifiziert, vor allem im ländlichen Bereich.</p> <p>Nehmen Sie bereits Folgen des demographischen Wandels in Ihrer Gemeinde war? Wenn ja, in welcher Form?</p>	<p>Wie entwickelt sich die Bevölkerungsstruktur in Ihrer Gemeinde in den nächsten 20 Jahren?</p>	<p>BürgermeisterInnen schätzen lassen:</p> <p>„Um wie viel Prozent wird die Bevölkerung 65+ in Ihrer Gemeinde bis 2030 Ihrer Meinung nach ansteigen?“</p>
<p>„Das zweite große Thema betrifft die Gesundheitsversorgung, im Speziellen der Mangel an AllgemeinmedizinerInnen am Land“</p> <p>Wie sieht es in Ihrer Gemeinde mit einem Gemeindefeizt aus?</p>	<p>Wie wird die ärztliche Versorgung sichergestellt?</p> <p>Gibt es Unterstützungsangebote seitens der Gemeinde (Fahrtdienst, Apothekenservice, ...)?</p>	
<p>Wie begegnen Sie diesen beiden Herausforderungen?</p>	<p>Können Sie sich vorstellen, dass Gesundheitsförderung einen Beitrag leisten kann diesen Herausforderungen zu begegnen? Wenn ja, welchen?</p>	
<p>Was ist wichtig für Wohlbefinden/Lebensqualität/Gesundheit der EinwohnerInnen Ihrer Gemeinde?</p>		

Versorgung (Gesundheitsversorgungsstruktur, Mangel an HausärztInnen)

Leitfrage	Erzählimpuls	Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses
Welche Rolle, welchen Beitrag kann Gesundheitsförderung zur Bewältigung des demographischen Wandels spielen/leisten	Auf einer Skala von 1-10, wie hilfreich kann aus Ihrer Sicht Gesundheitsförderung sein, um den demographischen Wandel positiv zu begegnen?	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfegruppen • Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz • Intergenerative Angebote
Welche Rolle, welchen Beitrag können aus Ihrer Sicht Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Hinblick auf die sich ändernde Gesundheitsversorgungsstruktur (HausärztInnenmangel) leisten?	Auf einer Skala von 1-10, wie hilfreich kann aus Ihrer Sicht Gesundheitsförderung für eine Gesundheitsversorgung sein?	

Gesundheitsförderung (Verständnis, Beitrag zur integrativen Gesundheitsversorgung)

Leitfrage	Erzählimpuls	Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses
Was verstehen Sie unter Gesundheitsförderung?	Welchen Beitrag leistet Ihre Gemeinde zur Gesundheitsförderung der EinwohnerInnen? Können Sie ein Beispiel nennen?	Können Sie das ausführlicher beschreiben?
Welche Unterstützungsmöglichkeiten kennen Sie für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Gemeinde?	Wie hilfreich sind diese in der Vergangenheit gewesen? Planung/Durchführung/Evaluierung?	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionen • Projekte • Gütesiegel
Welche Orientierungshilfen, praktisch relevante Leitlinien kennen Sie/wenden Sie an?	Auf einer Skala von 1-10 wie hilfreich sind diese in der praktischen Umsetzung?	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätskriterien • FGÖ Leitlinien

<p>Welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen gibt es für eine konkrete Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Ihrer Gemeinde?</p>	<p>Welche Verantwortung tragen Sie als politische/r Entscheidungsträgerin in Bezug auf Gesundheitsförderung?</p> <p>Gibt es dauerhafte Kooperationsstrukturen in Bezug auf Gesundheitsförderung in Ihrer Gemeinde? Wenn ja, welche?</p> <p>Wie wird nachhaltige Gesundheitsförderung in Ihrer Gemeinde sichergestellt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • politisches Leadership • politische Verankerung • strategische Maßnahmen zum Aufbau von Ressourcen/Fähigkeiten
<p>Was würden Sie sich als BürgermeisterIn an Unterstützung wünschen bezüglich Gesundheitsversorgung/demographischer Wandel, von wem?</p>	<p>Wen sehen Sie in der Verantwortung?</p>	
<p>Gibt es sonst noch irgendetwas, das Sie mir sagen möchten/das Sie loswerden möchten?</p>		

INDUKTIVE KATEGORIENENTWICKLUNG

Demographischer Wandel

Inter-view-zeile	Originaltext aus dem Transskript	Paraphrase	Generalisierung
INT1, Z 8-12	<p>„Die Folgen der alternden Bevölkerung, ja, das ist insofern wahrzunehmen, dass sich die Bevölkerung aktiv auseinandersetzt damit was ist wenn ich älter werde, daher ist auch das betreute Wohnen, die Pflege und die Versorgung ein Thema. Das wird schon oft diskutiert. Themen wie betreutes Wohnen und Pflege sind schon vermehrt spürbar. Es stimmt die Gemeindegänger werden älter und die Jüngeren werden da nicht ausgleichen können.“</p>	<p>Die Bevölkerung setzt sich vermehrt mit den Themen Pflege und Versorgung im Alter auseinander, das ist auch vermehrt in der Gemeinde spürbar.</p>	<p>Wahrnehmung des demographischen Wandels vor Ort</p>
<p>INT1, Z 14-16</p> <p>INT1, Z 19</p> <p>INT1, Z 22</p>	<p>„Die Bevölkerungsstruktur, ungefähr weiß ichs, es wird der Anteil der über 60 Jährigen werden mehr, drum, mit den Geburten werden wir es nicht ganz ausgleichen können und die Bevölkerung zwischen 30 und 60 Jahren werden etwas schwächer sein als in der Vergangenheit.“</p> <p>„Ja ich hab da schon ungefähre Zahlen im Kopf, so 10-15% werden es schon sein.“</p> <p>„Phuuu ja, doch so viel! Ja wie gesagt, dass die Bevölkerung älter wird, dass nehmen wir war.“</p>	<p>Die Bevölkerungsstruktur ändert sich, die Jüngeren werden es nicht ausgleichen können</p>	<p>Wandel der Bevölkerungsstruktur</p>

INT1, Z 34-37	„In diesem Gebäude sollen auch betreubare Wohnungen eingerichtet werden. Das ist so, dass nicht nur sagen wir 14 Wohnungen für betreubares Wohnen gebaut werden, sondern, einige Einheiten werden für betreubares Wohnen genützt werden können, diese werden auch barrierefrei gestaltet.“	Errichtung eines Wohngebäudes mit barrierefreien Einheiten für betreubares Wohnen	Wandel des Angebotes für Wohnformen
INT1, Z 58-59	„Das betreute Wohnen spielt mit Sicherheit eine große Rolle“	Angebot des betreubaren Wohnens	Begegnung der Herausforderung des demographischen Wandels

Gesundheit

Interviewzeile	Originaltext aus dem Transskript	Paraphrase	Generalisierung
INT1, Z 76-80	„Das Wohlbefinden. Ja das gewisse Infrastruktur vorhanden ist, eine intakte Umwelt, die Erreichbarkeit. Erreichbar ist wahrscheinlich nicht das richtige Wort, aber dass die Bürger mobil sind, nicht abgeschieden leben. Und so wie es bei uns ist wir haben ein sehr reges Vereinsleben, da merkt man schon, dass durch den persönlichen Kontakt zu den Vereinen, dass sich der Großteil sehr wohl fühlt.“	Wohlbefinden wird durch eine gewisse Infrastruktur, eine intakte Umwelt und ein reges Vereinsleben gefördert	Dimensionen der Gesundheit

Gesundheitsversorgung

Inter- view- zeile	Originaltext aus dem Transskript	Paraphrase	Generalisierung
INT1, Z 26-30	„Ja bis vor ein paar Jahren waren wir Standort in einem Sprengel mit der Nachbarortschaft und jetzt momentan ist der Sitz der Ärztinnen in der Nachbargemeinde und wir arbeiten aber daran, dass wir eine zusätzliche Ordination in [Ort] bekommen oder dass der Ordinationsstandort von den Ärztinnen der Nachbargemeinde betrieben wird, das ist auch in anderen Gemeinden so üblich, dass Ärzte im Sanitätssprengel mehrere Gemeinden betreuen.“	Die Gemeinde gehört einem Sanitätssprengel an, derzeit haben wir keine Ordination im Ort, Ziel ist es eine Versorgung im Ort anbieten zu können.	Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung in der Gemeinde
INT1, Z 34-37	„Ziel ist es wieder eine Versorgung in der Gemeinde anbieten zu können. Wir haben ja ein Zentrum wo Physiotherapeutinnen und Ergotherapeutinnen arbeiten. Vielleicht können wir zumindest zu einer Lösung kommen, dass eine Ordination im Ort von den Ärztinnen mitbetreut wird.“		
INT1, Z 40-42	„Teilweise kommen die Ärzte ins Haus und ansonsten müssen die älteren Leute, die keine Transportmöglichkeiten haben durch das Rote Kreuz oder privat transportiert werden.“	Es gibt die Möglichkeit der Hausbesuche durch die Ärztinnen und den Transport durch das Rote Kreuz.	

<p>INT1, Z 47-48</p> <p>INT1 Z 50-54</p>	<p>„Unterstützungsangebote? Nein, derzeit noch nicht, oder nicht offiziell, wobei das rote Kreuz hier sehr unterstützend ist.“</p> <p>„Nein, das bieten wir derzeit nicht an, Apothekendienst ist auch nicht notwendig, da Die Ärztinnen ja eine Hausapotheke haben und die Menschen daher gut versorgt sind. Fahrten-dienste nein, wie gesagt, es kommt schon manchmal vor, dass das Rote Kreuz einspringt. Was natürlich sehr stark in An-spruch genommen wird sind die Hilfsdienste, sprich Caritas und Hilfswerk, die decken auch ei-nen Teil ab und die 24 Std. Pflege ist auch stark verankert.“</p>	<p>Unterstützungsangebote bietet die Gemeinde offi-ziell nicht an, Transport-dienste übernimmt das Rote Kreuz, Apotheken-service ist aufgrund der Hausapotheke der Ärztin-nen nicht notwendig. Pflege- und Betreuungsdienste werden in An-spruch genommen.</p>	<p>Unterstützungsange-bote in der Gemeinde für die Gesundheitsver-sorgung</p>
<p>INT1, 58-64</p>	<p>„und eben schauen, dass wir wieder eine ärztliche Versorgung vor Ort bekommen. Sei es durch Kassen oder Wahlarzt. Da kann man nur hoffen. Der große Traum ist ja ein Netzwerk zu bilden mit den umliegenden Gemeinden, wo dann wirklich eine medizinische Versorgung von 7.00 bis 19.00, 5 Tage die Woche gewährleistet wird. Nicht in einem Primärversorgungs-zentrum, aber in einem Netz-werk, wissen Sie. Wir haben eine Studie durchführen lassen und seitens des NÖGUS wäre alles auf Schiene, aber im Mo-</p>	<p>Das Ziel ist es eine ärztliche Versorgung im Ort sicherzustellen, sei es durch einen Kassen- o-der Wahlarzt. Die beste Lösung wäre ein Primär-versorgungsnetzwerk.</p>	<p>Begegnung der Heraus-forderung der Gesund-heitsversorgung</p>

		ment ist das noch nicht durchführbar, nicht alle sind damit einverstanden.“		
INT1, Z 66-69		„Die Ärztinnen sind dafür nicht bereit. Sie wollen sich nicht in ein Netzwerk eingliedern und an Ihrem Konzept nichts ändern, sag ich mal. Es sollen alle vorhandenen Ordinationen bestehen bleiben und zusätzlich auch in unserem Ort eine Ordination bzw. eine ärztliche Betreuung 2-3 Mal die Woche angeboten werden.“	Mangelnde Bereitschaft seitens der Allgemeinmedizinerinnen zu einer Veränderung der Strukturen.	Identifizierte Hindernisse der ärztlichen Gesundheitsversorgung im Ort
INT1, Z 72-73		„Ja das ist natürlich eine Umstellung der Abrechnung und so wie ich das verfolgt habe die Angst der Aufgabe der eigenen Identität der Ärzte. Das ist natürlich auch eine Geldfrage.“	Befürchtungen finanzieller Einbußen und Aufgabe der eigenen Identität.	

Gesundheitsförderung

Interviewzeile	Originaltext aus dem Transskript	Paraphrase	Generalisierung
INT1, Z 83-86	„Gesundheitsförderung ist sicherlich auch das aktiv bleiben im Alter, das beginnt ja schon in jungen Jahren, aktiv mit Sport und Bewegung und da sind wir auch in Planung, dass wir das verstärkt anbieten können, in Verbindung mit Turnstunden und Groupfitness und Fitnesscenter und so ganz einfach gesagt, das	Die Gesundheitsförderung beginnt einerseits im Kindergarten und in der Schule mit einer Aufklärung bezüglich gesunder Ernährung und einem gesunden Lebensstil und andererseits zählt auch das Aktiv Bleiben im Alter dazu.	Dimensionen der Gesundheitsförderung

<p>INT1, Z 94-96</p>	<p>funktioniert derzeit eh schon tadellos muss ich sagen.“</p> <p>„Gesundheitsförderung [Pause] ja das beginnt bereits in der Schule oder schon im Kindergarten, mit bewusster Ernährung, gesunder Lebensstil, weil man das den Kindern gut beibringen kann, natürlich auch den Erwachsenen“</p>		
<p>INT1, Z 98-100</p> <p>INT1, Z 102-103</p> <p>INT1, Z 105-107</p> <p>INT1, Z. 111-114</p>	<p>„Ja wir haben die verschiedenen Vereinsförderungen und dann in der Schule und im Kindergarten mit der gesunden Jause und in der Mittelschule zum Beispiel haben wir gemeinsam Hochbeete eingerichtet, wo sich die Schüler selbst das Gemüse anbauen können.“</p> <p>„Die ältere Bevölkerung [Pause] grundsätzlich ist das im Bereich der Bewegung, Walkinggruppen, Turngruppen, weniger Ernährung aber ... ja Bewegungsangebote!“</p> <p>„Ja da gibt es Walkinggruppen, die Treffen sich regelmäßig einmal die Woche im Sommer und wandern gemeinsam dazu zählen auch die Gasthausbesuche und Heurigenbesuche. Unsere Seniorenvereine sind sehr aktiv.“</p> <p>„Da gibt es dann verschieden Treffen, z.B. auch das Seniorensingen, vom Wandern bis</p>	<p>Wir fördern Vereine, Schule und Kindergarten bieten eine Gesunde Jause an. Es gibt Hochbeete in der Mittelschule für den Anbau von Gemüse. Weiters bieten wir Bewegungsgruppen und regelmäßige Treffen für die Älteren an.</p>	<p>Beitrag der Gemeinde zur Gesundheitsförderung</p>

	zur Theaterfahrt und das wird auch sehr gut angenommen. Ich schau halt immer, dass ich, also bei den meisten bin ich eingeladen jetzt, das war früher nicht so, und dass ich halt auch da bin und meinen Teil seitens der Gemeinde auch beitragen kann. Für das soziale Wohlbefinden sag ich mal.“		
INT1, Z 89	„Ja da würde ich auf jeden Fall sagen 8, Gesundheitsförderung ist in der Hinsicht sehr wichtig“	Gesundheitsförderung ist sehr wichtig	Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung
INT1, Z. 117-118 INT1, Z 130-134	„Unterstützungsmöglichkeiten ist sicherlich mal das zur Verfügung stellen der Räumlichkeiten, der Schaffung einer Infrastruktur einer entsprechenden, das ist mal das vorwiegende.“ „Wir haben da in der Gemeinde eine eigene Arbeitsgruppe. Dafür haben wir einen eigenen Gesundheitsausschuss in der Gemeinde, Gemeinderäte, die Themen zur Gesundheit und Soziales bearbeiten, leider in der letzten Periode nicht so gut verlaufen wie ich mir das vorgestellt habe, am Anfang waren sie sehr aktiv, aber ja, jetzt haben wir eine andere Besetzung und da bin ich zuversichtlich.“	Das Verfügenstellen der Räumlichkeiten und der Schaffung der entsprechenden Infrastruktur. Einrichtung einer Arbeitsgruppe und eines Gesundheitsausschusses im Gemeinderat.	Möglichkeiten der Unterstützung von Gesundheitsförderung

<p>INT1, Z. 136- 140</p>	<p>„Da sind Gemeinderätinnen beteiligt und das geht bis zur Organisation des Gesundheitstages, der findet alle 2 Jahre in der Gemeinde statt. Da gibt es verschiedene Anbieter, Informanten das geht von Masseuren bis Blutspenden und verschiedenen Gesundheitsassessores, die man so braucht. Auch die Hilfsorganisationen und das Rote Kreuz sind vertreten. Und auch Information über Gesunde Ernährung, sodass man ein breites Spektrum anbieten kann.“</p>	<p>Organisieren von Veranstaltungen zum Thema Gesundheit</p>	
<p>INT1, Z 121- 124</p> <p>INT1, Z 126- 128</p> <p>INT1, Z 144- 145</p>	<p>„Naja [Pause] da ist man schon in Verbindung mit dem Land, mit den Experten, das Land Niederösterreich unterstützt uns, Tut gut! Da kann man sich informieren! Das fangt bereits beim Verkehr an, bei der Planung von Gehwegen, Barrierefreiheit ist ein großes Thema bis hin zum Wohnbau“</p> <p>„Von der Krankenkasse gäbe es da noch einige Möglichkeiten, es können Vorträge gehalten werden, bzw. ja von den Ärzten wenn man möchte gibt's das auch, da gibt es auch einige die Vorträge halten, aber eher weniger.“</p> <p>„Kenn ich eher weniger eigentlich. Da werden eher die</p>	<p>Das Land Niederösterreich und die Initiative Tut Gut unterstützt uns in vielfältigen Bereichen. Auch die Gebietskrankenkasse und Ärztinnen sind dabei unterstützend.</p>	<p>Unterstützung, Orientierungshilfen und praktisch relevante Leitlinien</p>

	allgemeinen Themen aufgegriffen und die werden so wie es für unsere Gemeinde passt dann zurechtgebogen.“		
INT1, 168-169	„Grundsätzlich sind unsere anwesenden Physiotherapeuten immer bereit und bringen sich auch in die Gesundheitsförderung auch ein, wie mit den Turnstunden, Yoga und Bewegungseinheiten.“	Wir arbeiten mit den Nachbargemeinden zusammen.	Kooperationsstrukturen und Netzwerke
INT2, 241-242	„Mit [Ort 2] und [Ort 3] arbeiten wir zusammen, auch Vortragsmäßig, wenn [Ort 2] was macht wird das automatisch in [Ort 1] mitausgeschrieben das wir [Name] mitmachen können.“		
INT2, Z 117-119	„Wenn man irgendwelche Vorträge oder was macht kommen sehr wenige, das ist dann immer sehr schwierig. Es ist auch die Beteiligung von den Menschen oft sehr wenig.“	eine Schwierigkeit stellt die Beteiligung der Menschen dar	Hinderliche und förderliche Faktoren
INT1, Z 153-156	„Hinderlich fällt mir eigentlich gar nichts ein. Und förderlich, ja da muss man schauen, dass man mit den richtigen Personen zusammenkommt, die einem da helfen. Da geht es wieder in Richtung Fachkräften Physiotherapeuten, Ärzten und so“	Hinderlich fällt mir nichts ein, förderlich ist wenn die richtigen Menschen zusammenarbeiten	
INT1, Z 179-181	„Wen seh ich da in der Verantwortung. Die liegt an und für sich beim Bund und Land bis	Die Verantwortung liegt bei Bund, Land	Verantwortungsträger der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung

	zur Gemeinde und teilweise auch bei den einzelnen Personen, dass man selbst auch etwas für die Gesundheit tut, auch finanziell, die es sich leisten können.“	und Gemeinden sowie den einzelnen Bürgern	
INT1, Z 175- 177	Das ist eine große Geldfrage, sag ich mal, vordringlich ist für uns die ärztliche Versorgung vor Ort sicherzustellen, so dass wir nicht auspendeln müssen und Förderung, es ist ja leider Gottes eine Geldfrage.	Das ist eine finanzielle Frage, vordringlich ist für uns eine Ärztliche Versorgung im Ort	Wünsche und Forderungen bezüglich der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung

1. KODIERLEITFADEN

	Kategorienbezeichnung	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
		Für jede Kategorie muss genau beschrieben werden, was diese beinhaltet	typische Interviewzitate, die verdeutlichen, welche Textstellen unter die jeweilige Kategorie fallen	beschreibt, welche Aspekte eine Textstelle enthalten muss, um sie einer bestimmten Kategorie zuzuordnen
OK 1	Demographischer Wandel	Aussagen zur demographischen Entwicklung		
UK1.1	Wahrnehmung des demographischen Wandels vor Ort	Aussagen zur Wahrnehmung der demographischen Entwicklung vor Ort	„Die Folgen der alternden Bevölkerung, ja, das ist insofern wahrzunehmen, dass sich die Bevölkerung aktiv auseinandersetzt damit was ist wenn ich älter werde, daher ist auch das betreute Wohnen, die Pflege und die Versorgung ein Thema. Das wird schon oft diskutiert. Themen wie betreutes Wohnen und Pflege sind schon vermehrt spürbar. Es stimmt die Gemeindegänger werden älter und die Jüngeren werden da nicht ausgleichen können.“ (INT1, Z. 8-12)	
UK1.2	Wandel der Bevölkerungsstruktur	Aussagen zu der Entwicklung der Bevölkerungsstruktur im Ort	„Die Bevölkerungsstruktur, ungefähr weiß ichs, es wird der Anteil der über 60 Jährigen werden mehr, drum, mit den Geburten werden wir es nicht ganz ausgleichen können und die Bevölkerung zwischen 30 und 60 Jahren werden etwas schwächer sein als in der Vergangenheit.“ (INT1, Z. 14-16)	

UK1.3	Wandel des Angebotes für Wohnformen	Aussagen zum Wandel des Angebots von Wohnformen	„In diesem Gebäude sollen auch betreubare Wohnungen eingerichtet werden. Das ist so, dass nicht nur sagen wir 14 Wohnungen für betreubares Wohnen gebaut werden, sondern, einige Einheiten werden für betreubares Wohnen genutzt werden können, diese werden auch barrierefrei gestaltet.“ (INT1, Z. 34-37)	
UK1.4	Begegnung der Herausforderung des demographischen Wandels	Aussagen zu Möglichkeiten den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen	„Das betreute Wohnen spielt mit Sicherheit eine große Rolle“ (INT1, Z. 58-59)	Derzeitige Möglichkeiten und zukünftige Pläne und Ideen
OK 2	Gesundheit	Aussagen zur Gesundheit		
UK2.1	Dimensionen der Gesundheit	Aussagen zu Bereichen, die zur Gesundheit beitragen	„Das Wohlbefinden. Ja das gewisse Infrastruktur vorhanden ist, eine intakte Umwelt, die Erreichbarkeit. Erreichbar ist wahrscheinlich nicht das richtige Wort, aber dass die Bürger mobil sind, nicht abgeschieden leben. Und so wie es bei uns ist wir haben ein sehr reges Vereinsleben, da merkt man schon, dass durch den persönlichen Kontakt zu den Vereinen, dass sich der Großteil sehr wohl fühlt.“ (INT1, Z. 76-80)	Aussagen die die Bereiche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität beinhalten
OK 3	Gesundheitsversorgung	Aussagen über die Gesundheitsversorgung		
UK3.1	Sicherstellung der ärztlichen Gesundheitsversorgung	Aussagen über die ärztliche Gesundheitsversorgung in der Gemeinde	„Ziel ist es wieder eine Versorgung in der Gemeinde anbieten zu können. Wir haben ja ein Zentrum, wo Physiotherapeutinnen und Ergotherapeutinnen arbeiten. Vielleicht können wir zumindest zu einer Lösung kommen, dass	Derzeitige ärztliche Versorgung sowie Pläne für die Zukunft.

			eine Ordination im Ort von den Ärztinnen mitbetreut wird.“ (INT1, Z. 34-37)	
UK3.2	Unterstützungsangebote für die Gesundheitsversorgung	Aussagen über Angebote seitens der Gemeinde, die die Gesundheitsversorgung unterstützt	„Unterstützungsangebote? Nein, derzeit noch nicht, oder nicht offiziell, wobei das rote Kreuz hier sehr unterstützend ist.“ (INT1, Z. 47-48)	
UK3.3	Begegnung der Herausforderung der Gesundheitsversorgung	Aussagen über die Begegnung der Herausforderungen bezüglich der Gesundheitsversorgung	„und eben schauen, dass wir wieder eine ärztliche Versorgung vor Ort bekommen. Sei es durch Kassen oder Wahlarzt. Da kann man nur hoffen. Der große Traum ist ja ein Netzwerk zu bilden mit den umliegenden Gemeinden, wo dann wirklich eine medizinische Versorgung von 7.00 bis 19.00, 5 Tage die Woche gewährleistet wird.“ (INT1, Z. 58-62)	
UK3.4	Identifizierte Hindernisse der ärztlichen Gesundheitsversorgung im Ort	Aussagen über Barrieren im Hinblick auf die ärztliche Gesundheitsversorgung vor Ort	„Die Ärztinnen sind dafür nicht bereit. Sie wollen sich nicht in ein Netzwerk eingliedern und an Ihrem Konzept nichts ändern, sag ich mal. Es sollen alle vorhandenen Ordinationen bestehen bleiben und zusätzlich auch in unserem Ort eine Ordination bzw. eine ärztliche Betreuung 2-3 Mal die Woche angeboten werden.“ (INT1, Z. 66-69)	
OK 4	Gesundheitsförderung	Aussagen, die den Bereich der Gesundheitsförderung umfassen		
UK4.1	Dimensionen der Gesundheitsförderung	Aussagen, die die unterschiedlichen Bereiche der Gesundheitsförderung darstellen	„Gesundheitsförderung [Pause] ja das beginnt bereits in der Schule oder schon im Kindergarten, mit bewusster Ernährung, gesunder Lebensstil, weil man das den Kin-	

			dem gut beibringen kann, natürlich auch den Erwachsenen“ (INT1, Z- 94-96)	
UK4.2	Beitrag der Gemeinde zur Gesundheitsförderung	Aussagen zu den Beiträgen der Gemeinde zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen	„Ja wir haben die verschiedenen Vereinsförderungen und dann in der Schule und im Kindergarten mit der gesunden Jause und in der Mittelschule zum Beispiel haben wir gemeinsam Hochbeete eingerichtet, wo sich die Schüler selbst das Gemüse anbauen können.“ (INT1, Z. 98-100)	Beiträge, die die Gemeinde selbst initiiert und leistet
UK4.3	Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung	Aussage zur Bewertung des Beitrages der Gesundheitsförderung zur Bewältigung des demographischen Wandels und als Beitrag zur Gesundheitsversorgung	„Ja da würde ich auf jeden Fall sagen 8, Gesundheitsförderung ist in der Hinsicht sehr wichtig“ (INT1, Z. 89)	qualitative und quantitative Bewertungen
UK4.4	Möglichkeiten der Unterstützung von Gesundheitsförderung	Aussagen, die die Unterstützung der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen seitens der Gemeinde widerspiegelt	„Unterstützungsmöglichkeiten ist sicherlich mal das zur Verfügung stellen der Räumlichkeiten, der Schaffung einer Infrastruktur einer entsprechenden, das ist mal das vorwiegende.“ (INT1, Z. 117-118)	
UK4.5	Institutionen, Orientierungshilfen & Leitlinien	Aussagen zu Erfahrungen mit unterstützenden Institutionen, Orientierungshilfen und praktisch relevanten Leitlinien für Gesundheitsförderungsprojekte	„Naja [Pause] da ist man schon in Verbindung mit dem Land, mit den Experten, das Land Niederösterreich unterstützt uns, Tut gut! Da kann man sich informieren! Das fängt bereits beim Verkehr an, bei der Planung von Gehwegen, Barrierefreiheit ist ein großes Thema bis hin zum Wohnbau“ (INT1, Z. 121-124)	
UK4.6	Kooperationsstrukturen und Netzwerke	Aussagen bezüglich Kooperationsstrukturen und Netzwerke in	„Mit [Ort 2] und [Ort 3] arbeiten wir zusammen, auch vortragsmäßig, wenn [Ort 2] was macht wird das	

		der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen	automatisch in [Ort 1] mitausgeschrieben das wir [Name] mitmachen können.“ (INT2, Z. 241-242)	
UK4.7	Hinderliche und förderliche Faktoren	Aussagen über Faktoren die hinderlich und förderlich in der Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind	„Hinderlich fällt mir eigentlich gar nichts ein. Und förderlich, ja da muss man schauen, dass man mit den richtigen Personen zusammenkommt, die einem da helfen. Da geht es wieder in Richtung Fachkräften Physiotherapeuten, Ärzten und so“ (INT1, Z. 153-156)	
UK4.8	Verantwortungsträger der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung	Aussagen, die die Verantwortungsträger der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung betreffen	„Wen seh ich da in der Verantwortung. Die liegt an und für sich beim Bund und Land bis zur Gemeinde und teilweise auch bei den einzelnen Personen, dass man selbst auch etwas für die Gesundheit tut, auch finanziell, die es sich leisten können.“ (INT1, Z. 179-181)	
UK4.9	Wünsche und Forderungen der Bürgermeister und Bürgermeisterinnen	Aussagen über Wünsche und Forderungen bezüglich der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung	„Unterstützung würden wir uns dann wünschen, dass das Land noch mehr mitsponsort, weil es wird für die Gemeinden auch das Finanzielle immer enger.“ (INT2, Z. 279-280)	